

b. Fibromes. — M. Passaquay, auteur d'une thèse sur les tumeurs de l'amygdale (1872), rapporte une observation de fibrome de l'amygdale enlevé par M. Verneuil.

c. Cancer. — Il est exceptionnel de rencontrer des carcinomes primitifs de l'amygdale. On y observe plus souvent des épithéliomas. L'épithélioma primitif de l'amygdale a été étudié dans les thèses de MM. Piérin (1879), et Derecq (1887). Dans un mémoire publié par la *Revue de chirurgie* en 1886, M. Castex place dans l'amygdale le point de départ de la plupart des tumeurs malignes de l'arrière-bouche; d'après lui, sur 51 cas de cette nature, 21 fois l'amygdale aurait été primitivement envahie. Toutefois, dans certains cas, il est bien difficile de dire si la maladie a débuté par l'amygdale ou par un point voisin du voile du palais. Nous n'insisterons pas sur l'immense gravité de pareilles tumeurs, qui déterminent de bonne heure l'engorgement ganglionnaire, l'ulcération, des douleurs violentes, et qui contribuent encore à la ruine de l'organisme par l'obstacle mécanique qu'elles apportent à la respiration et à la déglutition.

d. Lymphadénomes. — Ce sont les plus fréquentes des tumeurs des amygdales. Étant donnée la nature du tissu qui constitue l'organe à l'état normal, tissu adénoïde, on comprend qu'il soit fréquemment le siège du lymphadénome, qu'il s'agisse de lymphadénome simple ou de lymphosarcome. On voit habituellement le lymphadénome de l'amygdale coïncider avec le lymphadénome des ganglions du cou.

Diagnostic. — Le diagnostic des tumeurs de l'amygdale ne laisse pas que de présenter de grandes difficultés. Au début, lorsque la tumeur n'est pas ulcérée, on peut croire à une hypertrophie simple. Cependant l'âge avancé des malades, la dureté de l'organe, l'unilatéralité de l'affection sont des signes qui doivent faire penser plutôt au cancer ou au lymphadénome. Lorsque la tumeur est ulcérée, on est exposé à la confondre avec un chancre induré, ou avec une gomme ulcérée. Mais, dans le chancre, il y a une induration manifeste; dès le début, une adénopathie composée de ganglions indurés; enfin, on ne constate pas les douleurs violentes qui appartiennent au cancer. En cas de doute, il faut instituer le traitement spécifique.

Traitement. — Ce qui aggrave encore le pronostic des tumeurs malignes de l'amygdale, c'est la difficulté du traitement. En opérant par la bouche, soit avec l'amygdalotome, soit avec le bistouri, on

court toujours le risque de n'enlever le mal qu'incomplètement. Aussi vaut-il mieux se frayer une voie jusqu'à l'amygdale par une incision cutanée. C'est ce que fit Demarquay, qui pratiqua une incision le long du bord antérieur du sterno-mastoidien, écarta les vaisseaux, et enleva l'amygdale avec l'écraseur. Cheever (de Boston) a conseillé un procédé analogue, qui se compose de deux incisions, l'une parallèle au sterno-mastoidien, l'autre suivant le bord inférieur du maxillaire.

ARTICLE III

MALADIES DE LA LANGUE ET DU PLANCHER DE LA BOUCHE

PREMIÈRE PARTIE

MALADIES DE LA LANGUE.

Comme travaux consacrés à la pathologie chirurgicale de la langue en général, nous citerons, outre les articles des *Dictionnaires*, l'ouvrage de Fairlie Clarke, publié en 1875, et une revue critique de Paul Hybord, insérée dans les *Archives de médecine* de la même année. En 1885, Butlin a fait paraître en Angleterre un manuel des maladies de la langue.

LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA LANGUE.

Sous ce titre, nous décrirons les plaies et les corps étrangers de la langue.

1° PLAIES.

Protégée par les parties molles du plancher de la bouche et par les arcades dentaires, la langue est assez rarement le siège de trau-

matismes qui intéressent isolément cet organe. Au contraire, dans les plaies de la région sus-hyoïdienne, la base de la langue est parfois atteinte.

Les simples piqûres de la langue sont habituellement sans gravité. Cependant, dans un cas exceptionnel, une aiguille à tricoter fut enfoncée si profondément dans la langue, qu'il en résulta une hémorragie qui persistait encore après vingt-quatre heures. Brasdor, pour arrêter le sang, dut cautériser la plaie à l'aide d'une aiguille rougie au feu.

Les plaies par instruments tranchants sont rares; mais ce qu'on observe beaucoup plus souvent, ce sont les morsures de la langue. Les morsures simples, qui se produisent accidentellement pendant la mastication, n'ont pas de gravité. Il en est autrement des morsures qui se produisent dans le cours d'attaques convulsives, par exemple dans l'épilepsie ou le tétanos. Bouisson rapporte le cas d'un tétanique qui, pendant qu'il essayait de montrer sa langue, fut pris d'une crise de trismus d'où résulta l'écrasement de l'organe entre les incisives. Si l'on n'eût dégagé la langue à l'aide d'un instrument moussé, sa section eût été complète. Les morsures fréquemment répétées de la langue chez les épileptiques amènent parfois une dilacération de l'organe, qui est criblé de cicatrices. Quelquefois même les morsures, portant toujours sur le même point, creusent à la surface de l'organe un sillon séparant du reste de la langue une portion de son tissu, qui devient le siège d'une hypertrophie gênante pour le malade. C'est ce qui existait chez un épileptique observé par Maisonneuve, à Bicêtre. Il éprouvait une telle gêne dans les fonctions de la langue, qu'il demanda l'ablation de la partie tuméfiée, dont le volume égalait celui d'un œuf de pigeon. Il est encore une circonstance dans laquelle les plaies de la langue produites par les dents peuvent prendre une grande importance. C'est lorsque ces morsures surviennent à la suite d'un coup ou d'une chute sur le menton. Cette dernière cause a été observée plus d'une fois chez les enfants. Deux cas de ce genre ont été vus, par Wilkes et par Branca, chez des enfants de quatre et de treize mois. Dans ces faits, toute l'épaisseur de la langue était divisée, et la partie antérieure de l'organe formait un lambeau flottant qui entravait la succion et la mastication. La suture amena rapidement la guérison. Enfin les plaies par armes à feu sont plus graves encore que les précédentes, à cause

de la dilacération des parties, de la mortification consécutive des lambeaux et de la présence des corps étrangers. On les observe parfois dans les tentatives de suicide.

Traitement. — Les petites plaies, qui ne comprennent pas toute l'épaisseur de l'organe, ne réclament pas autre chose que quelques lavages sous forme de gargarismes antiseptiques. La plaie est-elle plus large, comprend-elle la langue dans toute son épaisseur, il est nécessaire de recourir à la suture. Pour amener une coaptation exacte des lambeaux, on fera des sutures sur chacune des deux faces de l'organe. Il est enfin des faits dans lesquels la partie antérieure de la langue, presque complètement détachée, ne tient plus au reste de l'organe que par un mince pédicule. Que doit-on faire en pareil cas? Eh bien! ici encore, les recherches de Bérenger-Féraud ont démontré que la conservation avec suture de l'organe devait être la règle. Cet auteur a pu réunir onze cas de cette nature. Le plus souvent, avon-nous dit, l'hémorragie n'a pas de gravité. Si cependant il en était autrement, la première chose à faire serait de tenter la ligature des vaisseaux dans la plaie. Si l'on n'y pouvait réussir, on devrait imiter la conduite de Brasdor, c'est-à-dire recourir à la cautérisation avec le fer rouge. On pourrait encore pratiquer le tamponnement de la plaie avec une boulette de charpie imbibée de perchlorure de fer. La ligature des artères linguales resterait comme dernière ressource

2^o CORPS ÉTRANGERS.

Déjà nous avons signalé comme complication des plaies par armes à feu la présence des corps étrangers. Ce sont tantôt des projectiles, comme des balles, des éclats de bois, tantôt des esquilles des maxillaires, ou même des fragments de dents. Ces derniers ont pu aussi se retrouver dans des plaies par morsure ou à la suite d'extractions de dents.

Lorsqu'on voit le malade immédiatement après l'accident, l'exploration de la plaie, soit avec les doigts, soit à l'aide d'instruments, une douleur localisée, la sensation d'un corps dur perçue par le blessé, sont autant de circonstances qui rendent aisé le diagnostic. Mais il peut se faire qu'au moment même de l'accident, l'existence du corps étranger passe inaperçue, et, plus tard, les circonstances dans lesquelles il se présente ne laissent pas que de causer au chi-

rurgien un certain embarras. On connaît les faits de Boyer et de Velpeau, dans lesquels une balle incluse dans la langue depuis plusieurs mois formait une tumeur circonscrite, dure et peu douloureuse; un trajet fistuleux conduisait un stylet jusque sur le corps étranger, et permettait d'en apprécier la résistance. Dans un fait communiqué à la Société de chirurgie par le docteur Herbert (de Tillyères), il s'agissait de la couronne d'une grosse molaire qui avait pénétré dans la langue au moment de l'extraction d'une dent faite par un charlatan. Sur un blessé de la campagne de Crimée, M. Bouisson retira de la base de la langue, quinze mois après la blessure, une grosse molaire à racines multiples divergentes dont l'une était cassée.

Legouest a fait connaître un cas dans lequel une balle avait été enkystée pendant six ans dans l'épaisseur de la langue avant d'être extraite. Dans un fait de Seiler, il s'agissait d'un poil de brosse à dent qui, implanté depuis quelques semaines dans la base de la langue, avait produit tous les symptômes d'une laryngite chronique.

Une circonstance qui se retrouve dans la plupart des observations, c'est l'existence d'un trajet fistuleux conduisant sur le corps étranger. Cela permettra de distinguer les corps étrangers de la langue des tumeurs de l'organe avec lesquelles on pourrait les confondre. Quant au traitement, il consiste bien évidemment dans l'ablation du corps étranger.

II

LÉSIONS INFLAMMATOIRES DE LA LANGUE.

1^o GLOSSITE.

L'inflammation de la langue ou glossite peut être superficielle, c'est-à-dire n'intéressant que la muqueuse, ou profonde, développée dans l'épaisseur même du tissu charnu de l'organe. Si la glossite superficielle est plutôt du domaine de la médecine, la glossite profonde appartient à la chirurgie par son histoire clinique et par son traitement.

Définition. — La glossite a reçu un très grand nombre de noms différents : glossocèle, paraglosse, glossite phlegmoneuse ou œdémato-phlegmoneuse, glossite parenchymateuse ou profonde. La glossite profonde peut exister à l'état aigu et à l'état chronique. A l'exemple de M. Duplay, nous ne traiterons ici que de la glossite aiguë, renvoyant ce que nous avons à dire de la glossite profonde à l'histoire de la macroglossie.

Étiologie. — Nous pouvons, avec M. Caulier, auteur d'une thèse récente sur ce sujet (1885), ranger en deux groupes les causes de la glossite aiguë, suivant qu'elles relèvent de l'état général ou qu'elles sont purement locales.

Parmi les causes générales, il faut signaler les maladies infectieuses et les fièvres graves, au premier rang desquelles se place la variole; d'après le même auteur, la scarlatine aurait causé une fois la glossite profonde aiguë. Enfin la fièvre typhoïde a donné plus d'une fois naissance à cette complication.

Les causes locales sont les traumatismes, les corps étrangers, les brûlures, les diverses opérations pratiquées sur la langue. L'application de substances irritantes, des cautérisations trop énergiques, les piqûres d'insectes, l'action de certains venins, peuvent encore lui donner naissance. A Paré rapporte que deux hommes ayant bu du vin dans lequel ils avaient fait infuser de la sauge sans la laver, eurent un gonflement énorme de la langue, des vomissements, des sueurs froides, des syncopes. Ils enflèrent et moururent. Leur mort fut attribuée à la bave de crapaud dont étaient couvertes les feuilles de sauge qu'ils avaient cueillies. Dupont a vu un jeune paysan de seize ans qui, ayant mâché à deux reprises un crapaud, eut un gonflement tel de la langue qu'il pensait déjà à faire la trachéotomie. De nombreuses scarifications suffirent à réduire le volume de l'organe.

Il faut encore signaler comme causes de la glossite aiguë la stomatite mercurielle et l'impression du froid, qu'on trouve notée dans plusieurs observations.

D'après Butlin, la glossite rare chez les enfants, s'observe souvent chez les adultes, plus souvent chez les jeunes gens que chez les vieillards. Elle est plus commune chez l'homme que chez la femme, plus commune aussi en hiver, ce qu'expliquerait l'influence du froid et de l'humidité.

Anatomie pathologique. — Il semble, d'après ce que nous sa-

vons de l'anatomie pathologique de la glossite, que ce soit surtout une inflammation interstitielle. En effet, d'après Niemeyer, les fibres musculaires sont rarement altérées, au début du moins. Ce n'est que si la maladie se prolonge que l'on constate le ramollissement et la dés-organisation des fibres musculaires. Il existe dans le tissu cellulaire interstitiel de l'organe une infiltration de sang et de sérosité; plus tard même, une infiltration purulente. Enfin le pus, venant à se collecter, constitue un abcès dans l'intérieur duquel on trouve des débris de tissu conjonctif et de fibres musculaires altérées. Prenant en considération la rareté du tissu cellulaire dans la langue, M. Caulier se demande avec juste raison si la plus grande part dans l'évolution des phénomènes inflammatoires ne doit pas revenir au système lymphatique.

Symptômes. — Il est à remarquer tout d'abord que la glossite peut être générale ou partielle. Cette dernière est beaucoup moins fréquente; elle peut porter sur la base de l'organe, ou sur une de ses moitiés, du côté gauche le plus souvent. Le début brusque du mal et la gravité apparente des symptômes frappent l'observateur. Il se produit en effet un gonflement considérable de l'organe qui remplit complètement la cavité buccale, déborde même les arcades dentaires et fait saillie entre les lèvres. Cette langue ainsi saillante hors de la bouche est tantôt pâle et anémiée, tantôt rouge, et même noirâtre, fuligineuse; sur sa face supérieure se voient les empreintes tracées par le contact prolongé des dents. La parole est toujours extrêmement gênée, quelquefois même impossible. Ne pouvant plus prononcer un seul mot, le malade est réduit à s'exprimer par signes. La bouche étant constamment entr'ouverte, il en résulte une salivation abondante; l'haleine est fétide. La douleur est habituellement très vive, la déglutition extrêmement difficile; enfin, la respiration elle-même est entravée; il se produit des accès de suffocation, qui ont obligé quelquefois de recourir à la trachéotomie.

La marche est toujours très rapide, et la maladie évolue en quelques jours. La terminaison peut se faire par résolution; c'est là le cas le plus favorable et aussi le plus fréquent. D'autres fois la suppuration se produit et aboutit à la formation d'un abcès, qui se montre sous la forme d'une tuméfaction molle, rénitente, quelquefois même fluctuante. L'existence d'un pareil abcès au niveau de la base de la langue peut déterminer des phénomènes graves de suffocation, comme

M. Caulier en rapporte dans sa thèse un exemple intéressant. Le pus qui s'échappe des abcès de la langue est habituellement fétide; son évacuation est suivie d'une prompte amélioration. Une dernière terminaison possible, c'est la gangrène. C'est surtout dans les cas où la glossite se montre comme complication dans les états généraux graves, variole, fièvre typhoïde, que l'on observe cette terminaison. Mais on peut l'observer aussi comme conséquence de l'excès d'inflammation, en dehors de tout état général particulier. Le gonflement de l'organe est tel, la constriction produite sur lui par les arcades dentaires est si marquée, que toute la portion de la langue qui proémine en dehors de la bouche, privée de circulation, est frappée de gangrène.

Comme complications de la glossite aiguë, nous avons cité déjà les accès de suffocation; le gonflement peut être tel qu'il détermine la mort en quelques heures. Lyfor a rapporté le cas d'un malade qui succomba trente-deux heures après le début de l'inflammation. On trouvera dans la thèse de M. Caulier un cas de mort subite par perforation de l'artère linguale et pénétration du sang dans le larynx.

Diagnostic. — En général, le diagnostic de la glossite aiguë est aisé. Peut-être cependant le début brusque et la similitude des accidents pourraient-ils la faire confondre avec une grenouillette aiguë. Mais, dans cette dernière affection, il sera possible de constater une tumeur rouge et luisante, remplissant le plancher de la bouche, tandis que la langue est refoulée en haut et en arrière. On pourrait encore confondre la glossite aiguë avec un phlegmon du plancher de la bouche. Mais dans cette dernière affection, comme dans la grenouillette, la langue est refoulée en haut et en arrière, tandis que, dans la glossite, elle vient proéminer entre les arcades dentaires. De plus, dans la glossite, le gonflement se produit d'abord dans la cavité buccale, tandis que, dans le phlegmon du plancher de la bouche, il se manifeste surtout du côté de la région sus-hyoidienne. Quant à la cause de la glossite, les antécédents, l'existence souvent constatée d'une fausse membrane au niveau de la plaie ou de la morsure, la coïncidence de la gingivite et de la stomatite, la fétidité de l'haleine, l'abondance de la suppuration permettront de rattacher la maladie, soit à un traumatisme, soit à l'ingestion du mercure.

Pronostic. — D'une manière générale, le pronostic n'est pas grave. Très effrayante par son cortège de symptômes, la glossite aiguë se termine le plus souvent par la résolution. Cependant la possibilité

des accidents que nous avons signalés, et aussi l'état général des malades dans les fièvres graves, sont de nature à rendre réservé le pronostic.

Traitement. — Dans les cas les plus légers, les gargarismes émollients, les révulsifs sur le tube digestif, les applications de sangsues à la région sus-hyoïdienne peuvent suffire à amener la résolution. Si le gonflement est énorme et qu'il y ait menace de suffocation, il ne faut pas hésiter à pratiquer à la surface de l'organe de longues et profondes scarifications qui amènent une détente rapide des symptômes. Enfin lorsque la palpation attentive de l'organe permet de constater l'existence d'abcès, il faut sans tarder donner issue au pus. Dans des cas comme celui de Weger, où le malade est menacé de périr asphyxié, il faudrait imiter la conduite de ce chirurgien, et pratiquer immédiatement la trachéotomie.

2° ULCÉRATIONS SIMPLES DE LA LANGUE.

On observe à la langue des ulcérations auxquelles on peut donner le nom d'*ulcérations dentaires*, vu la cause qui les produit le plus souvent. Par opposition aux ulcérations spécifiques de la syphilis et de la tuberculose, aux ulcérations du cancer, on leur donne aussi le nom d'*ulcères simples*.

Leur siège de prédilection est sur les bords de la langue, au niveau des dents molaires. C'est en effet le plus souvent l'une de ces dents qui, atteinte de carie ou présentant des aspérités aiguës à la suite de la fracture d'une partie de sa couronne, provoque l'ulcération. Pendant les mouvements de la mastication, le bord de la langue vient incessamment frotter sur la pointe de la dent; de là une petite plaie qui se creuse de plus en plus, verse un pus fétide, et prend les caractères d'une ulcération rebelle, à bords indurés et calleux. Elle cause généralement au malade de grandes souffrances. Parfois la saillie de la dent qui produit l'ulcération n'est pas très appréciable à la vue; mais il suffit de passer le doigt sur la couronne pour sentir l'aspérité aiguë qui est la cause des accidents. L'extraction de la dent malade détermine la cicatrisation de l'ulcération linguale; et par là, celle-ci se différencie facilement des autres ulcérations avec lesquelles on pourrait la confondre.

3° SYPHILIS LINGUALE.

La syphilis peut se manifester à la langue à ses diverses périodes et sous des formes multiples. Nous décrirons successivement les accidents des périodes initiale, secondaire et tertiaire.

a. Chancre lingual. — Le chancre lingual est très rare. Dans la statistique dressée par M. Fournier, il figure trois fois seulement sur 824 cas de chancres divers. Habituellement solitaire, il siège le plus souvent au niveau de la pointe de l'organe. Il constitue une ulcération à fond grisâtre, dont les bords sont rouges, dont la base est indurée. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés, durs et indolents. Le diagnostic est généralement facile. Il se base sur les caractères de l'ulcération, sur la présence de l'engorgement ganglionnaire, l'âge du sujet, la conservation de la santé générale qui distingue le chancre des ulcérations tuberculeuses ou cancéreuses. Du reste, la cicatrisation survenant rapidement lèverait tous les doutes.

b. Accidents secondaires. — A l'exemple de M. Duplay, nous étudierons sous ce titre les plaques muqueuses, les syphilides tuberculeuses et ulcéreuses.

Les plaques muqueuses de la langue sont très fréquentes. Elles siègent le plus souvent sur les bords de l'organe, et leur contact incessant avec les dents détermine fréquemment leur ulcération. Chez les fumeurs, le contact répété du tuyau de la pipe aboutit au même résultat.

On observe alors de petites ulcérations irrégulières, recouvertes d'une pellicule blanchâtre qui semblent quelquefois se mouler sur les anfractuosités des dents. Assez souvent on rencontre en même temps d'autres manifestations syphilitiques sur la gorge et à la surface du corps.

Les syphilides tuberculeuses constituent une lésion beaucoup plus rare et plus tardive. Les tubercules se présentent sous la forme de saillies à base large, indurée, faisant corps avec la muqueuse linguale. Lorsqu'ils s'ulcèrent, ils ont un fond grisâtre, des bords taillés à pic et de couleur rouge brun. Ils laissent après leur guérison une cicatrice étoilée.

Enfin on observe encore à la langue des syphilides ulcéreuses qui ne reposent pas sur des tubercules. Elles ont une forme irrégulière,

serpigineuse; elles détruisent toute l'épaisseur de la muqueuse et pénètrent par conséquent à une grande profondeur. Elles coïncident parfois avec des syphilides ulcéreuses ou pustulo-crustacées de la peau.

c. Glossites tertiaires. — Les glossites tertiaires ont été, en 1877, de la part de M. le professeur Fournier, l'objet d'un très intéressant mémoire que nous suivrons dans notre description.

On doit les diviser en deux classes : les glossites scléreuses et les glossites gommeuses, tout en notant que ces deux formes peuvent se trouver réunies.

Bien qu'elles se rencontrent dans les deux sexes, les glossites tertiaires sont infiniment plus fréquentes chez l'homme. Ce sont des lésions des périodes avancées de la syphilis, se développant généralement après la cinquième année de la maladie. Leur siège de prédilection est la face dorsale de l'organe.

1° Glossite scléreuse. — La glossite scléreuse, caractérisée anatomiquement par l'hyperplasie du tissu fibreux, peut être superficielle ou profonde. La glossite superficielle ou corticale a son siège dans le derme de la muqueuse; la glossite profonde ou parenchymateuse est caractérisée par l'hypertrophie du tissu conjonctif interstitiel de la langue.

La glossite scléreuse superficielle consiste en des indurations en forme de plaques, au niveau desquelles la muqueuse est rouge, lisse et luisante; on n'y constate ni ulcérations, ni desquamation épithéliale. Tantôt ces îlots d'induration sont isolés, disséminés à la surface de la muqueuse, tantôt ils forment une nappe continue qui la recouvre complètement. Parfois la muqueuse présente un aspect comme parqueté, c'est-à-dire que sa surface est parcourue, à la façon d'un parquet, par un réseau de sillons, qui isolent les uns des autres les îlots indurés. On voit même, au bout d'un certain temps, se produire des fissures, des crevasses profondes qui ajoutent à la maladie un élément douloureux. La marche est du reste essentiellement chronique.

La glossite scléreuse profonde occupe le plus souvent à la fois l'épaisseur de la muqueuse et tout le tissu cellulaire interstitiel de l'organe. Elle s'étend habituellement à une grande partie de la langue, à sa moitié, à ses deux tiers ou même à ses trois quarts antérieurs. Il y a une tuméfaction et une induration profonde de la

langue, dont la surface est mamelonnée, lobulée. Ces mamelons, ces bosselures sont séparées les unes des autres par des sillons et des fissures profondes. Ces sillons, ces crevasses ont été signalées par Saison dans sa thèse, en 1871. Fairlie Clarke y insiste également. Elles ont une grande importance au point de vue du diagnostic. Quelquefois, on voit se produire au milieu des lobules scléreux des ulcérations à fond jaunâtre, bourbillonneux, à bords profondément excavés. Ce sont de petites gommées ulcérées. Il s'agit en pareil cas de formes mixtes, scléro-gommeuses.

2° Glossite gommeuse. — Comme la forme scléreuse, la glossite gommeuse peut être superficielle ou profonde.

Les gommées superficielles ne sont pas autre chose que de petites nodosités qui se développent dans l'épaisseur même de la muqueuse, et proéminent sous forme de mamelons sur la face dorsale ou sur les bords de l'organe. Ce sont ces petites gommées superficielles qui, en s'ulcérant, donnent naissance aux ulcérations dont nous notions tout à l'heure la présence dans certains cas de glossites mixtes, scléro-gommeuses.

Les gommées profondes siègent dans l'épaisseur même des muscles. M. Bouisson fait remarquer avec juste raison que, de tous les organes musculaux, c'est la langue qui est la plus sujette aux gommées.

Elles se développent d'une façon presque exclusive vers la face supérieure de l'organe, à peu près aussi souvent vers la pointe et la partie antérieure de la langue que vers sa base. C'est à tort, dit M. Fournier, qu'on les a décrites comme étant plus fréquentes sur la partie médiane de la langue; elles siègent plus souvent, au contraire, sur les parties latérales. Il existe quelquefois une tumeur unique; mais habituellement on en rencontre deux ou trois, et même davantage. Aussi lorsqu'on vient à palper avec l'extrémité des doigts la face supérieure de l'organe, on sent dans son épaisseur un grand nombre de tumeurs dures. Il semble, selon l'expression de Ricord, que la langue soit « rembourrée de noisettes ». Exceptionnellement ces tumeurs confluentes peuvent atteindre un grand volume. La langue présente alors une tuméfaction considérable; elle ne peut plus être contenue dans la cavité buccale et devient proclivente, comme dans un cas de J. Cloquet, où elle descendait à trois pouces au-dessous du niveau du menton. Le malade était constamment inondé de salive; il ne pouvait plus parler que d'une façon presque

inintelligible; il ne respirait et n'avalait qu'avec une difficulté extrême. Plusieurs médecins avaient pensé à un cancer; J. Cloquet reconnut la syphilis, et obtint la guérison par le traitement spécifique.

Très dures à leur début, les gommages de la langue se ramollissent de plus en plus, au point de devenir complètement fluctuantes. La muqueuse rougit à leur niveau; elle s'amincit, enfin l'ulcération s'établit. Celle-ci est souvent profondément excavée, à bords taillés à pic, à fond grisâtre et induré. Dans des cas exceptionnels, les ulcérations gommeuses de la langue prennent la forme phagédénique, elles s'étendent en surface d'une manière irrégulière et deviennent serpigneuses, ou bien, creusant en profondeur, elles revêtent la forme térébrante.

Le début de la maladie est insidieux, les phénomènes fonctionnels sont peu marqués; ce qui gêne les malades, c'est la salivation continuelle, la difficulté de la phonation et de la déglutition, plutôt que les douleurs. Celles-ci n'apparaissent qu'avec la période d'ulcération. La règle est qu'il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire. On peut cependant en voir quelquefois au voisinage des gommages ulcérées.

L'évolution des glossites syphilitiques est essentiellement chronique. La glossite gommeuse, après avoir marché très longtemps d'une façon sourde et insidieuse, aboutit à la période d'ulcération et de réparation. Les lésions de la glossite scléreuse sont, au contraire, permanentes et définitives. De plus, elle est sujette à de nombreuses rechutes; de sorte que le pronostic de la forme scléreuse est beaucoup plus défavorable que celui de la forme gommeuse.

4^o TUBERCULOSE LINGUALE.

Bien qu'elle ait été depuis longtemps signalée, la tuberculose linguale a cependant une histoire assez récente. C'est, en effet, surtout la thèse de Julliard, en 1865, qui a appelé sur elle l'attention. Depuis lors ont paru un mémoire de M. Trélat sur ce sujet dans les *Archives de médecine* de 1870, les thèses de Bourcheix et de Pouzergues, un article de M. Féréol dans l'*Union médicale*, etc. Dans une thèse récente sur les *ulcérations tuberculeuses de la bouche*, (Paris, 1887), M. Bruneau analysant 56 cas de cette nature, en trouve 44 chez

l'homme, et 12 seulement chez la femme. Peut-être les irritations de la muqueuse par l'alcool et le tabac expliquent-elles cette fréquence plus grande des lésions dans le sexe masculin.

Anatomie pathologique. — Deux opinions ont été émises sur la nature des ulcérations linguales qu'on peut observer dans le cours de la tuberculose. Les uns les ont considérées comme des ulcérations simples, tenant à l'état cachectique du malade et résultant de l'inflammation et de la suppuration des glandules de la langue; les autres, avec MM. Trélat, Verneuil, Féréol, Bourcheix, les ont regardées comme étant réellement tuberculeuses, c'est-à-dire produites par la fonte de véritables tubercules de la muqueuse linguale. Dans un travail postérieur à sa thèse, M. Julliard a admis une opinion mixte, c'est-à-dire qu'après des ulcérations tuberculeuses, il admet des ulcérations simples produites chez les tuberculeux par l'état cachectique. Que cette dernière variété d'ulcérations existe, il n'en est pas moins vrai que, dans l'immense majorité des cas, les ulcérations de la langue, dans le cours de la tuberculose pulmonaire, sont bien réellement de nature tuberculeuse.

La tuberculose linguale débute sous la forme d'une ou plusieurs granulations confluentes, situées à la surface du chorton muqueux, où elles déterminent un léger relief. Au bout d'un certain temps, il se forme au sommet du tubercule une érosion qui creuse peu à peu en profondeur, au point d'amener parfois l'élimination complète de la granulation tuberculeuse. Mais généralement, en même temps que les produits tuberculeux s'éliminent par ulcération, de nouvelles productions néoplasiques se déposent dans les tissus voisins. Lorsqu'on examine au microscope une ulcération tuberculeuse, on constate que ses bords sont formés par la muqueuse linguale extrêmement épaissie; le fond de l'ulcère est constitué par des bourgeons charnus, formés de tissu embryonnaire. Au-dessous de cette couche bourgeonnante et jusque dans le tissu conjonctif qui sépare les faisceaux musculaires de l'organe, on trouve des granulations tuberculeuses isolées. On en voit aussi à la surface de la muqueuse, au pourtour des ulcérations; quelquefois il existe simultanément des lésions tuberculeuses de la luette, des amygdales et du voile du palais.

Symptômes. — Les ulcérations tuberculeuses peuvent se voir sur tous les points de la langue, mais surtout à la face supérieure, d'où elles peuvent empiéter sur les bords et même sur la face infé-