

la grosseur d'un grain de mil, dures ou molles, susceptibles d'être énucléées avec le scalpel. Vient-on à presser cette coupe entre les doigts, on voit sourdre les amas épithéliaux des lobules sous forme de petits filaments (*vermiformes de Virchow*). A la périphérie, les cellules épithéliales n'existent pas encore; on y trouve seulement du tissu embryonnaire qui se prolonge çà et là plus ou moins loin sous forme de traînées. Tout ce que nous savons de l'histoire de la maladie tend à prouver que les lymphatiques sont envahis de très bonne heure. L'épithélium de la muqueuse, respecté pendant un certain temps, tombe à son tour, met à nu une ulcération et le cancroïde passe à la seconde période. Ainsi l'affection se développe en profondeur, se substitue au tissu de la langue qu'elle détruit, tend à se propager en outre en arrière vers les piliers et surtout vers la base. Quelques auteurs, ANGER, entre autres, admettent que la tumeur ne dépasse pas le milieu de la langue; mais la prétendue cloison est plus théorique que réelle.

Les ganglions peuvent être sains dans les premières périodes, mais ne tardent pas à se prendre quand la tumeur est ulcérée; ils forment des colonies secondaires qui participent des caractères de la tumeur mère.

Symptômes. — Nous distinguerons dans l'évolution du cancroïde de la langue quatre périodes: 1° invasion; 2° ulcération; 3° adénopathie; 4° cachexie.

1° *Période d'invasion.* — L'affection, ainsi que nous l'avons dit, ne présente pas les mêmes symptômes dans les deux formes; de plus, la période d'invasion a peut-être une longue durée. Les malades en effet font peu attention à une petite plaque indolente ou à une légère induration qui les incommodent assez peu pour qu'ils négligent de la soigner. Cependant la persistance du mal, la douleur que provoquent certains aliments, la gêne des mouvements de la langue finissent par éveiller la sollicitude du malade. On trouve alors dans la forme papillaire une plaque crevassée, fendillée, blanchâtre, près de la pointe ou sur le côté de la langue, reposant sur un fond induré. L'épithélioma interstitiel légèrement douloureux à la pression, encore plus insidieux à ses débuts, ne manifeste sa présence que par une induration sans altération encore appréciable de la muqueuse.

2° *Période d'ulcération.* — Dans l'une et l'autre forme, les bourgeons épithéliaux, après avoir étouffé tous les éléments vasculaires, tombent et produisent l'ulcération. Ce processus est facile à comprendre dans la forme papillaire: dans l'autre, les lobules croissent, se réunissent à ceux du voisinage, intéressent la muqueuse sur une plus large surface et s'ulcèrent en vidant leurs produits au dehors; il en résulte une excoriation ulcéreuse. Ainsi, tantôt il existe une plaque, tantôt une cavité à bords anfractueux. Cette ulcération grisâtre, sanieuse, chagrinée, fendillée, hérissée de petites saillies facilement saignantes, repose sur une base indurée. Il y aurait à la fois un travail ulcéreux et bourgeonnant, le premier dû à l'élimination superficielle, le second à l'induration croissante. A cette période la douleur est plus vive; aussi en a-t-on fait un symptôme caractéristique; il est certain qu'elle se propage aux trois branches du trijumeau, et RICHARD a reconnu que les douleurs auriculaires étaient presque constantes dans le cancroïde de la langue. Cette irradiation s'observerait de bonne heure et constituerait un signe diagnostique précieux. Les ganglions

lymphatiques sont déjà un peu tuméfiés mais encore peu volumineux du côté malade; il faut les chercher pour les trouver, l'état général reste satisfaisant.

3° *Période. Envahissement ganglionnaire.* — Par suite des progrès du mal, l'ulcération s'étend en largeur et en profondeur; les traînées embryonnaires s'enfoncent plus loin. La salive mêlée à la sanie de l'ulcère s'écoule abondamment, l'haleine devient fétide, le mal envahit les gencives, le plancher buccal qui s'indure, les piliers qui se gonflent. Les ganglions tuméfiés deviennent des deux côtés le siège de nouveaux foyers qui font saillie au cou où ils forment des masses plus ou moins volumineuses, isolées ou conglomérées: dans les cas graves la chaîne carotidienne est prise elle-même. Tantôt ils continuent à grossir, tantôt ils ulcèrent les téguments ou encore donnent lieu à des abcès gangréneux, à des phlegmons diffus très graves. Les fonctions de la langue s'exécutent mal; les douleurs lancinantes privent les malades de sommeil, et l'altération des vaisseaux détermine quelquefois des ulcérations et des hémorragies sérieuses.

4° *Période cachectique.* — Après avoir résisté pendant un temps plus ou moins long, l'état général s'altère de plus en plus par suite de la nutrition insuffisante, de la douleur et de l'intoxication qui résultent de ce foyer sanieux. Peut-être aussi, sans qu'il soit facile de se rendre compte du phénomène, le sang devient-il malade; toujours est-il que le marasme arrive et que les fonctions périssent.

Marche. Terminaisons. — La guérison spontanée du cancroïde est absolument inconnue; abandonné à lui-même, il tue en quatorze mois (TH. ANGER). Tous les traitements qui n'amènent pas une cure radicale, surtout les moyens généralement employés au début, le traitement mercuriel entre autres, activent encore la marche du mal. On a vu certains épithéliomes déterminer la mort en trois mois. PAMARD parle d'un cancroïde qui aurait été arrêté dans sa marche par un érysipèle; mais cette amélioration ne fut que passagère et le mal reprit bientôt son activité.

On meurt dans le cancer de la langue, de diverses manières; les uns succombent à quelque complication telle qu'une hémorragie foudroyante de la linguale ou de la carotide interne, une pneumonie gangréneuse, un œdème de la glotte, la chute d'un papillome pédiculé sur l'orifice laryngé (VELPEAU), un érysipèle phlegmoneux, la pyohémie; d'autres s'éteignent par suite de l'épuisement, du marasme, et en partie victimes de l'inanition. Les malheureux conservent jusqu'au dernier jour l'intégrité de leurs facultés.

Diagnostic. — Deux cas se présentent: ou bien la tumeur n'est pas ulcérée et il n'y a que le noyau dur de l'épithélioma interstitiel, ou bien il y a une plaque ulcérée. La nodosité ne peut être confondue qu'avec une gomme, une tumeur bénigne, un abcès chronique, un foyer tuberculeux. TRÉLAT avoue que le diagnostic entre le noyau du cancroïde et la gomme, souvent difficile, ne saurait être posé qu'après avoir employé comme *pierre de touche* l'iodure de potassium, à doses rapidement progressives jusqu'à six grammes. Si l'on n'obtient rien, il faut interrompre et éliminer l'origine syphilitique de la tumeur. De plus, la gomme indolente a été accompagnée ou précédée par d'autres accidents; un foyer tuberculeux n'est jamais isolé; les abcès froids sont plus élastiques, les tumeurs bénignes ne s'accompagnent pas de douleurs lancinantes.

S'agit-il d'une ulcération, le diagnostic devra être établi d'après les considérations suivantes. Toute ulcération linguale qui ne s'améliore pas rapidement après l'extraction des chicots cariés, doit être considérée comme de mauvaise nature. L'ulcération tuberculeuse de la langue ne s'accompagne pas de tumeur. « Il s'agit, dit TRÉLAT, d'une lésion de surface qui est spécifique, caractéristique, accompagnée de lésions analogues sur les parties voisines, et jamais végétante. » On peut ajouter qu'il n'existe pas d'adénopathie, qu'il y a coïncidence fréquente de phtisie pulmonaire, que les bords et le fond de l'ulcère ne sont pas durs comme ceux du cancroïde. L'ulcération gommeuse a été précédée d'une tumeur indolente assez longtemps stationnaire et d'autres accidents vénériens; ses bords sont moins durs, les ganglions indemnes. Le traitement spécifique servira encore ici à lever les hésitations. Ainsi la douleur, la nature des bords, l'adénopathie, l'aspect, la durée du mal, doivent aider au diagnostic. En règle générale, quand on doute, il vaudra mieux croire au cancroïde que d'attendre une confirmation ultérieure qui sera un arrêt de mort pour le malade.

Pronostic. — L'épithéliome de la langue constitue une affection très grave, toujours fatale quand elle est abandonnée à elle-même; cependant les statistiques prouvent que la récurrence ne serait pas absolument constante après les opérations. « Enlevez, dit TRÉLAT, la totalité du mal à un moment quelconque de son évolution et votre malade sera sauvé. » Cela revient à dire que le pronostic s'aggrave avec les progrès du mal.

Traitement. — Indications. — La guérison spontanée du cancroïde de la langue étant impossible, de tout temps on a dû s'adresser à des moyens curatifs très variés dans le but : 1° de faire résoudre la tumeur; 2° de la modifier par des topiques ou d'en arrêter les progrès en l'affaissant; 3° de l'enlever en totalité. Or, l'expérience a montré l'inutilité et les dangers de tous les traitements autres que l'extirpation. Aussi les conclusions suivantes, posées par VERNEUIL à la Société de chirurgie, soutenues par TRÉLAT, TERRILLON, et acceptées par la grande majorité, doivent-elles servir de guide au praticien. « Le traitement interne et les applications topiques n'ont jamais guéri un épithélioma de la langue; le mercure et l'iodure de potassium sont non seulement impuissants mais encore nuisibles. L'opération est indiquée; pratiquée de bonne heure, quand l'épithélioma est limité, elle est efficace, peu grave et assez facile. »

La proscription doit-elle s'étendre à la ligature atrophiante des artères afférentes, linguales ou carotides, telle qu'elle a été pratiquée par MIRAULT, MOORE, COSTE, HAWARD, DEMARQUAY, BROCA, ANGER? Malgré quelques succès temporaires, ce moyen de traitement ne saurait être conseillé dans tous les cas; il peut convenir pour les cancroïdes inopérables, lorsque le néoplasme donne lieu à des hémorragies. Tout au plus peut-on espérer retarder l'évolution fatale.

L'opération étant indiquée, quand faut-il la pratiquer, et à quel procédé doit-on donner la préférence? Tout le monde est d'accord pour opérer le plus tôt et le plus largement possible; en se hâtant, quand bien même on aurait quelque doute sur la véritable nature de la tumeur, on a plus de facilité pour dépasser les limites de la production morbide. Dès qu'il y a des trainées embryonnaires dont il est difficile d'apprécier l'étendue, TERRILLON, et nombre

de chirurgiens français et étrangers conseillent d'extirper la langue en totalité. KOCHER a fait voir que l'extirpation large donne de meilleurs résultats que l'opération partielle. Si les ganglions sont pris, il est de toute nécessité de les enlever en totalité afin d'éviter des récidives fatales. Les seules contre-indications à l'opération sont : 1° l'envahissement de la chaîne des ganglions carotidiens; 2° la propagation du cancroïde au pharynx et au maxillaire.

Choix du procédé opératoire. — En présence d'un cancroïde de la langue, le chirurgien doit avant tout être éclectique et se laisser guider : 1° par le siège du mal; 2° par son étendue, ses ramifications, l'état du plancher buccal et surtout des ganglions. Les règles qui doivent présider au choix du procédé ont été nettement posées par VERNEUIL dans la thèse d'un de ses élèves (GUILHES, 1881). On peut à cet égard diviser tous les nombreux procédés opératoires en deux groupes : 1° ceux dans lesquels on suit la voie buccale; 2° ceux qui créent une voie artificielle, sus-hyoïdienne. Quand le cancroïde est à sa première ou à sa seconde période, qu'il est limité, facilement accessible, sans adénopathie appréciable, quand le plancher de la bouche est sain, il faut donner la préférence à la voie buccale.

Au contraire, toutes les fois que le carcinome ulcéré ou infiltré pousse des ramifications profondes dans l'organe, intéresse le plancher de la bouche, la base de la langue, s'accompagne d'adénopathie sous-maxillaire simple ou double, dans les cas où l'on opère un cancer récidivé, il vaut mieux recourir à la voie sus-hyoïdienne. C'est le meilleur moyen de pratiquer l'extirpation large, l'amputation de l'organe, recommandée par la plupart des chirurgiens (REGNOLI, VERNEUIL, LANGENBECK, TERRILLON).

Cependant quelques opérateurs, même dans ces conditions, BILLROTH, WHITEHEAD, WELFLER entre autres, préfèrent la voie buccale à l'opération cervicale. Il se fait certainement, à l'étranger, une réaction en faveur de la première, tandis que la seconde est prônée en France. Opérer de bonne heure conduit forcément à préférer la voie buccale; la seconde doit être réservée aux cas de nécessité.

Procédés opératoires. — Nous nous bornerons à indiquer les principaux procédés, renvoyant le lecteur pour plus de détails aux traités spéciaux. Il y a lieu de distinguer : 1° les opérations préliminaires; 2° l'extirpation proprement dite.

1° Opérations préliminaires. — a. Ligature de l'artère linguale au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde. Les opérations qui se pratiquent sur la langue donnant beaucoup de sang, on emploie très souvent aujourd'hui la ligature préalable de l'une ou des deux artères linguales. Cette précaution facilite l'opération, quel que soit le procédé auquel on s'adresse; néanmoins il ne convient d'y recourir que dans les extirpations larges, car on peut y suppléer dans une certaine mesure par l'emploi des grandes pinces à forcipressure de PÉAN, de l'écraseur, des ligatures, du thermo-cautère. WHITEHEAD pousse même l'optimisme jusqu'à ne pas se préoccuper de l'hémorragie dans l'excision totale de la langue avec des ciseaux, et dit qu'il lui est arrivé d'enlever la langue sans faire aucune ligature.

b. Trachéotomie. — BARKER, KOCHER ont conseillé et pratiqué la trachéo-

tomie préventive avec application de la canule de TRENDELENBURG et tamponnement antiseptique, dans le but d'éviter l'entrée du sang dans la trachée après l'opération, et les accidents pulmonaires qui surviennent fréquemment.

c. Enfin il faudra joindre à ces opérations préliminaires le conseil donné par BOYER, KRISHABER, VERNEUIL, TERRILLON, d'habituer le malade, dans les cas d'extirpation de l'organe, à la sonde œsophagienne à demeure. On réussit ainsi à éviter l'inanition dont les opérés sont quelquefois menacés; cette conduite est beaucoup plus rationnelle que la gastrostomie à laquelle a eu recours WHITEHEAD (*Brit. med. J.*, t. II, 1882, p. 133).

2° *Procédés d'extirpation.* — A. *Voie buccale.* — Les principaux procédés que l'on peut combiner suivant les cas comprennent : l'excision avec le bistouri, les ciseaux, le thermo-cautère, le galvano-cautère, l'écraseur linéaire de Chassaignac, la ligature sur des aiguilles, l'incision après avoir cerné la tumeur avec les grosses pinces à points d'arrêt de PÉAN. Pour faciliter l'accès, un certain nombre d'opérateurs ont eu recours à la section transversale de la joue (JAGER, RIZZOLI, MAISONNEUVE, WILMS).

B. *Voie sus-hyoïdienne.* — Dans ce groupe nous signalerons : 1° les procédés de ROUX, SYME, SÉDILLOT, LANGENBECK, qui consistent, avec quelques modifications, à ouvrir largement la région sus-hyoïdienne en sciant le maxillaire inférieur au niveau de la symphyse. Suivant SCHLAPFER, c'est une opération plus meurtrière que les autres.

2° BILLROTH (1861) pratiquait la résection temporaire d'une portion antérieure et médiane du maxillaire inférieur par deux traits de scie latéraux. Sur dix huit opérés, ce procédé a donné à LANGENBECK six morts.

3° Le procédé de REGNOLI ouvre une large voie, grâce à un grand lambeau en fer à cheval qui suit le bord inférieur du maxillaire; il permet d'attirer la langue. VERNEUIL, KOCHER, dans les cas où les ganglions sous-maxillaires sont volumineux, font une incision sous-mentale très étendue d'un seul côté; de plus, ils enlèvent la glande sous-maxillaire en totalité avec les ganglions qu'elle contient.

C. *Procédés mixtes.* — J. CLOQUET, NUNNELEY, etc., ont proposé de faire la ligature de la langue en passant les fils ou les chaînes d'écraseur par une incision sus-hyoïdienne.

Traitement palliatif et traitement des complications. — HILTON a eu l'idée, dans le but de diminuer les douleurs et l'abondance de la sécrétion salivaire, de sectionner le lingual au niveau de la dernière molaire. MOORE, COLLIN y ont eu recours avec quelque bénéfice. Le chirurgien peut encore être amené à pratiquer des opérations partielles palliatives, pour obvier à des complications graves, à des menaces d'asphyxie. Il faut être réservé dans cette voie.

Si des hémorragies surviennent, on se trouvera bien d'appliquer localement de la glace, de l'amadou, du perchlorure de fer, et, s'il est nécessaire, on liera la linguale ou la carotide.

Résultats des opérations. — L'extirpation du cancroïde de la langue fournit des résultats très contradictoires suivant les cas et la période de la maladie; on conçoit aisément que les dangers de l'opération sont proportionnels à son importance, et que l'extirpation totale après ligature des deux linguales soit

plus grave qu'une simple incision buccale, d'ordinaire partielle. Voici les résultats fournis par les statistiques au point de vue de la mortalité. Sur cinquante extirpations de cancroïde, SCHLAPFER a trouvé onze morts des suites de l'opération, soit 22 p. 100; BARKER, sur vingt et un opérés, compte huit morts; BILLROTH, sur quarante-six malades, fit cinquante-six opérations de 1877 à 1881 et a obtenu quarante-deux succès opératoires; la mortalité a été de 17 p. 100. Sur ce nombre, BILLROTH a pratiqué quarante fois l'extirpation par la voie buccale. La mortalité a été moitié moindre dans les cas où l'on a fait l'hémostase préventive par la ligature de la linguale. Parmi les causes les plus communes de la mort, nous citerons en première ligne les pneumonies septiques (12 p. 100); BARKER compte même cinq complications pulmonaires sur huit morts. Viennent ensuite l'hémorragie secondaire, l'asphyxie par œdème de la glotte, l'érysipèle, l'inanition, et d'une façon générale toutes les complications des plaies.

Si l'on envisage le traitement chirurgical du cancroïde au point de vue des récidives, les résultats obtenus sont si opposés qu'il est d'abord difficile de dire dans quelle mesure l'intervention est efficace. En effet les chiffres varient entre 25 p. 100 et 83 p. 100! Tout ce que nous savons tend à prouver que la réalité se rapproche beaucoup de ce dernier chiffre. Cela est si vrai que les exemples de guérison définitive après l'extirpation sont rares, et l'on s'estime très heureux quand la récidive n'arrive pas avant six ou sept ans. TRÉLAT, VERNEUIL, LE DENTU ont signalé, après bien d'autres, des guérisons sans récidives, et tous les chirurgiens en comptent quelques-unes. BUCHANAN (*The Lancet*, 1880) a publié un cas où la récidive ne s'était pas produite quinze ans après la première opération. Sur quatorze ablations, KOCHER compte un mort par hémorragie secondaire, huit récidives et cinq guérisons radicales. BILLROTH, dans les quarante-cinq cas relevés par WELFLER, a obtenu des résultats assez satisfaisants; six fois il n'y avait pas encore de récidive au bout de deux à trois ans, et dans quatre autres, au bout d'un an la tumeur n'était pas revenue; treize récidives fournissent neuf morts. Les opérations actuelles donnent certainement des résultats meilleurs : 1° parce qu'on les fait plus tôt; 2° parce qu'on opère plus largement; 3° parce qu'on se préoccupe davantage d'enlever de bonne heure et complètement tous les ganglions.

Résulte-t-il quelque avantage de l'opération quand bien même le néoplasme récidive? Sur douze opérés, TRÉLAT a trouvé que la survie variait entre trois et douze mois; il y a donc bénéfice au seul point de vue de la prolongation de la vie à pratiquer l'opération. Mais nous ne saurions trop mettre en garde contre des hésitations irréparables ou un optimisme exagéré.

§ 4. — Lésions syphilitiques et tuberculeuses de la langue

1° LÉSIONS SYPHILITIKES DE LA LANGUE

Bibliographie. — BOUISSON, *Gaz. méd.*, 1846. — LAGNEAU, in *Gaz. hebd.*, 1859. — FOURNIER, in *France médic.*, 1874, et *Des glossites tertiaires*, Paris, 1877. — GAUTIER, *Rev. de la Suisse rom.*, 1882, n° 10. — UNNA, *Viert. Jahr. f. Dermat.*, 1881.

Thèses de Paris. — 1871, SAISON. — 1872, BRIDOU. — 1873, CHAPUIS. — 1876, SIMON, HUGONNAU.

La langue est un lieu d'élection des manifestations de la syphilis. Si le chancre induré y a été observé rarement, il est au contraire très commun d'y rencontrer des *plaques muqueuses* et même des lésions tertiaires (*glossite tertiaire*).

A. — CHANCRE INDURÉ DE LA LANGUE

D'après les recherches de FOURNIER, tous les chancres linguaux seraient syphilitiques; d'ailleurs cette lésion siège exceptionnellement à la langue, puisque sur huit cent vingt-quatre chancres, trois seulement intéressaient cet organe. Leurs caractères ne différeraient pas de ceux des autres chancres des muqueuses; la pointe est leur lieu d'élection, ils y affectent l'aspect d'un ulcère rond, taillé à l'emporte-pièce, à fond grisâtre et induré; presque toujours les ganglions voisins sont indolents, quoique indurés. Quant à leur évolution, les chancres linguaux, après une période destructive qui varie de deux à trois semaines, se cicatrisent peu à peu. Est-il permis d'admettre avec BUZENET que ces ulcérations primitives soient susceptibles de se transformer en plaques muqueuses? C'est au moins, suivant nous, un fait contestable.

Des lotions émoullientes, quelques cautérisations à la période de réparation, constituent tout le traitement de cette affection.

B. — PLAQUES MUQUEUSES

Les bords et le dos de la langue sont en quelque sorte des lieux d'élection pour les plaques muqueuses qui présentent deux variétés principales: les *érosions* et les *papules*. Comme celles des lèvres, elles sont irrégulièrement arrondies ou ovalaires, recouvertes par une pellicule opaline; leur surface est moins lisse par suite de la saillie des papilles fungiformes, et sur les parties latérales de la langue elles offrent un aspect strié, fissuraire. Ces plaques érosives, ordinairement indolentes, ne deviennent sensibles qu'au contact des aliments irritants ou des chicots dentaires. Lorsque les dents sont cariées, il n'est pas rare de voir une ou plusieurs plaques ulcéreuses végétantes, comme festonnées, et conservant l'impression des dents.

Sur le dos de la langue on rencontre plutôt la forme papuleuse; les plaques légèrement saillantes donnent à l'organe, quand elles sont multiples, un aspect chagriné, bosselé, comparé par FOURNIER au dos de crapaud. Par l'irritation, ces papules deviennent hypertrophiques, acquièrent les dimensions d'un noyau de cerise et même davantage. Elles forment alors de véritables nodosités végétantes qui ont plus d'une analogie avec la sclérose interstitielle.

On rencontre encore à la période secondaire des fissures linguales, ulcérées ou cicatricielles; enfin FOURNIER signale des éruptions en *plaques lisses* « plus ou moins étendues qui se localisent exclusivement sur le dos de la langue, plaques tantôt circonscrites et lenticulaires, tantôt étalées sur une assez large surface, rougeâtres et d'un rouge plus vif notamment que les par-

ties saines environnantes, régulières, de contour plutôt lisse que déchiqueté et assez souvent arrondies ou ovalaires ». Ces plaques lisses, sèches, non érosives, rasées, décapillées, chauves, correspondraient dans l'esprit de FOURNIER au psoriasis lingual. Nous y reviendrons en parlant de cette affection.

C. — GLOSSITE TERTIAIRE

C'est généralement entre la cinquième et la quinzième année de la maladie qu'apparaissent les manifestations tertiaires de la syphilis linguale. Nous empruntons aux études de FOURNIER la description des glossites tertiaires qui se présentent sous deux formes, l'une *scléreuse*, l'autre *gommeuse*. De plus, chacune d'elles peut être corticale ou parenchymateuse, suivant le siège du mal.

1° *Glossite scléreuse*. — On doit considérer ces altérations comme des « néoplasies interstitielles vivantes ». Lorsqu'elles intéressent la muqueuse, elles se présentent sous la forme de plaques parcheminées dorsales, uniques ou multiples; à leur niveau la muqueuse offre une coloration rouge sombre comme si elle avait été rasée. Parfois l'induration s'étend en nappe en communiquant à la langue un aspect tout particulier (*aspect parqueté* de FOURNIER). D'après CORNIL, l'épaississement serait dû à l'inflammation du chorion muqueux par des éléments de nouvelle formation. Ces plaques persistent indéfiniment; l'alcool, le tabac, les chicots, les éraillures rendent la langue douloureuse et amènent des crevasses rebelles.

Lorsque l'altération intéresse en même temps le parenchyme, elle détermine une disposition lobulée de l'organe, manifeste à la vue parce que la glossite scléreuse est à la fois parenchymateuse et corticale. Elle a pour caractères d'occuper une assez grande étendue, de siéger sur la moitié antérieure de la langue.

Celle-ci devient hypertrophique, épaisse, en dos d'âne, dans les premières périodes; ce n'est que plus tard, alors que la cirrhose s'accroît, qu'elle se rétracte, se ratatine; elle offre des sillons qui limitent des mamelons saillants, des ravines profondes pouvant atteindre un demi centimètre. Le sillon médian, le plus considérable, semble servir d'axe principal, comme dans les nervures d'une feuille. La muqueuse présente une coloration veineuse avec des plaques blanchâtres disséminées. FOURNIER a encore observé une forme hypertrophique assez prononcée pour que la langue fit saillie au dehors.

2° *Glossite gommeuse*. — Les gommages de la langue suivent au point de vue de leur évolution les quatre périodes classiques, crudité, ramollissement, ulcération, réparation. Avec FOURNIER, nous les diviserons en deux groupes, suivant qu'elles sont muqueuses ou parenchymateuses.

Les gommages muqueuses offrent l'aspect de petites saillies tuberculiformes isolées ou parfois réunies en bouquets; elles se ramollissent insensiblement, s'ouvrent au dehors par un petit pertuis qui s'agrandit et laisse voir une masse bourbillonneuse.

Les gommages profondes, habituellement dorsales, font un relief marqué à la surface, et acquièrent les dimensions d'une noisette ou d'une olive; comme les précédentes, après une période d'induration, elles deviennent pâteuses, se