

ramollissent, se vident à l'extérieur, et l'ulcère qui en résulte, à bords taillés à pics, est entouré d'une aréole dure et rouge. En s'agrandissant, l'ulcère laisse à nu le fond de la cavité qui présente un aspect pultacé, également bourbillonneux.

Outre cette forme, commune, classique, il y aurait une autre variété confluyente dans laquelle les gommages sont disséminées dans la langue qui semble « rembourrée de noisettes. » FOURNIER parle encore d'une forme phagédénique serpigineuse.

Toutes ces altérations se font remarquer par le peu de troubles fonctionnels qu'elles déterminent, en un mot par leur marche insidieuse. Les ganglions restent indifférents et même, à la période d'ulcération, le malade ne souffre qu'autant que des excitations produites par le contact des aliments épicés, du vinaigre, de l'alcool ou l'usage du tabac, viennent irriter la plaie.

Diagnostic. — Pour établir le diagnostic différentiel des lésions syphilitiques, il est nécessaire d'admettre une distinction primordiale entre celles qui forment les tumeurs et les ulcérations. Quelle que soit leur forme, il faudra toujours s'enquérir des antécédents, rechercher s'il n'existe pas des lésions de même nature sur d'autres points du corps.

a. Les tumeurs de la langue, susceptibles d'être confondues avec les gommages appartiennent à deux catégories différentes : 1° les néoplasmes très rares tels que les lipomes, les kystes, les fibromes dont on ne peut que soupçonner la nature ; 2° les productions morbides fréquentes, les cancroïdes. Or pour différencier les premières de la gomme, en dehors des antécédents, il faut tenir compte de l'inefficacité du traitement spécifique, de la marche du mal, de son siège. Existe-t-il plusieurs tumeurs, il sera plus rationnel de penser à des gommages qu'à une autre affection. Nous avons exposé, en parlant de l'épithélioma interstitiel, les moyens de le reconnaître de la gomme. En résumé, c'est par exclusion qu'on arrivera à distinguer ces glossites.

b. Rien n'est aussi difficile que de déterminer la nature des ulcérations de la langue ; on doit tout d'abord établir l'origine syphilitique de l'affection et ensuite la variété de la lésion. Une ulcération de la pointe, plus ou moins arrondie, indolente, reposant sur un fond induré, avec engorgement des ganglions sous-maxillaires, fera penser à un chancre de la langue. La coïncidence d'autres ulcérations sur la muqueuse buccale, l'existence antérieure du chancre et de la roséole ne permettront guère de confondre les plaques muqueuses avec d'autres affections ; cependant, dans quelques cas l'hésitation est permise ; ainsi certains ulcères dits traumatiques, fongueux, provoqués et entretenus par le contact irritant de dents cariées, sont d'un diagnostic difficile ; ce n'est qu'en faisant disparaître la cause qu'on peut reconnaître leur véritable nature.

Le psoriasis de la langue présente plus d'une analogie avec les plaques muqueuses anciennes et la glossite scléreuse. D'après CORNIL, les modifications de l'épithélium sont distinctes pour les deux cas ; dans le psoriasis, la muqueuse est recouverte par un enduit blanchâtre constitué par une épaisse couche de cellules épithéliales, la muqueuse n'est ni rouge, ni lisse.

Les plaques opalines des fumeurs pourraient être prises pour des plaques muqueuses, et de fait quelques auteurs les confondent ; il y en a habituellement

d'autres à la face interne des joues et au niveau des commissures labiales. Bien autrement difficile est le diagnostic entre la gomme ulcérée, l'ulcère tuberculeux et le cancroïde. Nous avons déjà insisté sur les caractères qui permettent de distinguer le cancroïde en parlant de l'ulcère tuberculeux : on verra qu'il est possible de le séparer des ulcères gommeux.

D. — SYPHILIS DESQUAMATIVE DE LA LANGUE

Une autre affection qui a été rattachée à la syphilis est connue sous le nom de syphilis desquamative héréditaire de la langue. Cette maladie, plus spéciale à l'enfance, signalée par RAYER, BARTHEZ, GUBLER, décrite par BRIDOU, a été rapportée à la syphilis par PARROT. En 1879, la Société pathologique de Londres s'occupa de la question à propos d'un cas communiqué par BARKER ; les uns en faisaient une lésion parasitaire ; d'autres y voyaient une manifestation de la syphilis, et récemment UNNA considère la maladie comme une trophonévrose. Les faits que nous avons eu l'occasion d'observer confirment l'opinion de PARROT.

Voici la description donnée par BRIDOU : « On voit d'abord sur la langue, à peu de distance de la pointe, une petite tache blanche, de trois à quatre millimètres de diamètre, faisant un léger relief sur les parties voisines qui sont dans leur état normal ; le lendemain au même endroit, on ne trouve plus une tache, mais un petit anneau d'un diamètre au moins double. En même temps que ce cercle constitué par un enduit blanchâtre agagné en étendue, il a desquamé dans sa partie centrale. Celle-ci est d'un rose vif, évidemment dépouillée de son revêtement épithélial ; on y voit très nettement quelques papilles dénudées, et dans certains cas un peu plus volumineuses qu'à l'état normal. » GAUTIER en admet trois variétés : 1° La desquamation à découpures nettes ou desquamation géographique, en raison de son analogie avec les cartes. 2° Desquamation à contours festonnés. 3° Desquamation lichénoïde. Au bout de quelques jours, les cercles gagnent du terrain et forment des lignes festonnées ; du huitième au dixième jour il est impossible de suivre le cercle primitif, et de nouveaux se reforment au centre. Cette manifestation, d'ailleurs très bénigne, finit par disparaître.

Traitement. — Le traitement spécifique devra être institué dans tous les cas, on le modifiera suivant la nature des accidents ; l'iodure de potassium convient spécialement aux gommages. De plus, les cautérisations locales, la proscription du tabac, des mets irritants, rendront d'utiles services.

2° AFFECTION TUBERCULEUSE DE LA LANGUE

Bibliographie. — TRÉLAT, in *Arch. gén. de médecine*, 1870, p. 35. — FÉRÉOL, *Union médicale*, 1872. — NEDOPIL, in *Arch. de Langenbeck*, 1876, t. XX, p. 305. — TRÉLAT, *Soc. de chir.*, 1881, p. 813. Thèses de Paris. — 1865, JULLIARD. — 1870, BOURCHEIX. — 1873, POUZERGUES. — 1876, LAMBERT. — 1878, GELADE, SPILLMANN (*Agr. Bibliogr.*).

Quoique connue au commencement de ce siècle, l'ulcération tuberculeuse de la langue n'a été bien étudiée que depuis vingt ans, grâce aux travaux de JULLIARD, de TRÉLAT. De nombreuses monographies publiées récemment, ont apporté de précieux documents à l'histoire de cette affection.

L'ulcère tuberculeux de la langue est une lésion rare que l'on rencontre de préférence chez les phtisiques à tous les âges de la vie; il a pour siège de prédilection le dos et les bords de la langue. D'après FÉREOL, l'affection débute sur le dos de la langue, tantôt par une hypertrophie des papilles avec tuméfaction dure de l'organe, tantôt par une fissure linéaire au fond de laquelle on aperçoit des bords frangés, décollés, et même des fibres musculaires. Peu à peu l'ulcération s'agrandit et l'on peut observer à sa surface, surtout à sa périphérie des petits points jaunes de la grosseur d'une tête d'épingle, légèrement saillants. Ces plaques, à fond jaune, mesurant de un à quatre millimètres, ne deviennent un véritable ulcère qu'après la chute de l'épithélium. La plupart du temps ces ulcérations restent solitaires, mais elles peuvent encore être multiples; les bords en sont nets, un peu déprimés, parsemés de points jaunes qu'on a cru tout d'abord être des granulations tuberculeuses, et que THAON considère comme des abcès miliars sous-épithéliaux. L'histologie a montré en outre à NÉDOPIL que l'ulcération est formée par une petite dépression vers laquelle le bord de la muqueuse s'abaisse en revenant légèrement sur lui-même. L'ulcération est recouverte par une couche fine d'une teinte jaunâtre qu'il est facile d'enlever par le raclage. Les follicules tuberculeux envahissent jusqu'au muscle.

Les symptômes fonctionnels ne sont pas très marqués; il y a de légères douleurs que les mouvements de l'organe, le contact des aliments, les frottements accroissent; ordinairement la salive devient plus abondante, la déglutition est gênée. Une des particularités importantes de cette affection est sa coïncidence fréquente avec les lésions tuberculeuses du poumon, du larynx et du péritoine. Sur vingt-trois cas SIMON a trouvé huit fois des symptômes pulmonaires.

Cette ulcération marche lentement, surtout quand elle est la première manifestation de la maladie; elle serait, ainsi que le prouve un fait de POUZERGUES, susceptible de guérir spontanément. Habituellement l'ulcère rebelle persiste jusqu'à la mort.

On a proposé beaucoup de traitements contre cette affection, sans obtenir de résultats bien encourageants. Ainsi les cautérisations au nitrate d'argent, la teinture d'iode, le chlorate de potasse, le fer rouge, successivement pronés, sont inconstants dans leur action; le traitement général ne réussit pas à lui seul; aussi a-t-on conseillé de pratiquer l'extirpation des ulcérations tuberculeuses; sur sept extirpations relevées par SPILLMANN, on compte quelques cas de guérison; malheureusement l'opération est impuissante à arrêter la marche du mal, et la mort est survenue plusieurs fois malgré l'ablation.

Diagnostic des ulcérations linguales. — Nous exposerons succinctement à propos de l'ulcère tuberculeux, les règles qui doivent servir de base au diagnostic différentiel des ulcérations de la langue. DUPLAY admet deux cas, suivant que l'ulcération repose ou non sur une tumeur. Y a-t-il une tumeur ou une

plaque dure, il est impossible d'admettre un ulcère tuberculeux; ce dernier, superficiel, ne s'accompagne pas d'une induration des parties profondes. On ne pourrait, en pareil cas, penser qu'à une ulcération de l'un de ces néoplasmes bénins très rares (fibromes, lipomes), ou à des ulcérations cancéreuses, syphilitiques. La gomme ulcérée n'est jamais la première manifestation de la maladie; elle est indolente et a été précédée par une tumeur ferme, plus tard ramollie; son fond est bourbillonneux, la langue fissurée. De même, les douleurs lancinantes, l'âge du malade, l'adénopathie sous-maxillaire, l'existence antérieure ou concomitante du psoriasis lingual, la tendance à saigner du fond de l'ulcère, l'ichor fétide qu'il sécrète, les bords anfractueux, crevassés, sanieux, caractérisent le cancroïde.

Si l'ulcération repose directement sur la langue, il sera possible de la confondre avec les solutions de continuité dues à un traumatisme fréquemment répété, avec les affections syphilitiques et tuberculeuses. Souvent les ulcères simples ressemblent à des ulcérations de mauvaise nature; mais parfois l'existence d'un contact irritant est un indice qui permettra de soupçonner la nature bénigne de la maladie, et ces probabilités se changeront en certitude lorsque l'ablation de la dent cariée aura amené une guérison rapide. L'ulcération tuberculeuse n'a pas les mêmes allures; elle présente à sa surface et à sa périphérie les petits points jaunes caractéristiques; sa coexistence avec des tubercules pulmonaires ou d'autres lésions de voisinage la distinguera aisément.

Les accidents syphilitiques offrent tous ici un caractère spécial. Le chancre siège à la pointe de la langue, son induration est des plus manifestes; l'engorgement ganglionnaire existe; il a une tendance bien nette à guérir. Du reste, l'apparition d'accidents secondaires lèverait tous les doutes. La plaque muqueuse est recouverte d'une pellicule opaline, irisée, caractéristique; elle est d'ailleurs rarement isolée, et coïncide avec des plaques aux commissures, au voile du palais.

Il n'est pas jusqu'à la durée de l'affection qui ne puisse dans quelques cas aider à déterminer la nature d'une ulcération. Ainsi toute ulcération qui dure depuis plusieurs années ne saurait être considérée comme cancéreuse, et si l'individu n'est pas phtisique, il faut penser à la syphilis. L'âge, les habitudes, l'essai des traitements serviraient également à préciser le diagnostic.

3° PSORIASIS LINGUAL

SYNONYMES. — Ichthyose, leukoplakia, leucoplasie.

Bibliographie. — BAZIN, *Leçons sur les affections cutanées*, 2^e édition, p. 272. — MAURIAC, *Union méd.*, 1873-1874. — NÉDOPIL, in *Arch. de Langenbeck*, 1876, p. 324. — SCHWIMMER, in *Vierteljahr. f. Dermatol. u. Syph.*, 1877, p. 511 et 1878, p. 53. — VIDAL, in *Union méd.*, 1883, nos 1 et 4. — MERKLEN, in *Ann. de dermatologie*, 1883, p. 158. Thèse de Paris. — 1873, DEBOVE.

Définition. — On désigne sous ce nom, depuis BAZIN, une affection chronique de la muqueuse de la langue dont le caractère clinique et anatomique le

plus saillant est la transformation cornée de l'épithélium buccal. Cette dénomination est vicieuse parce qu'il n'y a presque jamais coïncidence de psoriasis cutané et buccal; aussi lui préfère-t-on le nom de *leucoplasie*.

Parmi les auteurs, les uns admettent que l'affection en question présente, au point de vue anatomo-pathologique, de grandes analogies avec le psoriasis; tels sont BAZIN, MAURIAC, et dans une certaine mesure F. CLARKE, TILBURY FOX.

D'autres, KAPOSI, SIGMUND, etc. ont décrit sous le nom de psoriasis lingual syphilitique les plaques opalines de la syphilis secondaire, et KAPOSI réservait le nom de *kératosis* au psoriasis et aux plaques opalines invétérées. Ainsi il y a eu, dès le début, une confusion regrettable; les auteurs employant le même mot pour désigner des choses différentes. Afin d'obvier à ces inconvénients, on a admis plus récemment le nom de leukoplakie (SCHWIMMER), leucoplasie (VIDAL), stomatite épithéliale chronique (BESNIER).

Symptômes. — Le début de l'affection est fort mal connu, car le hasard seul la fait découvrir. D'après SCHWIMMER, les plaques blanches seraient précédées par des plaques rouges avec de petites élevures dues au gonflement des papilles fungiformes. Au bout de quelques mois leur coloration change, les taches deviennent grises, bleues, puis blanc d'argent. Pendant cette période la plaque croît, et un liseré rose indique qu'elle est encore progressive.

Les dimensions des plaques varient entre celles d'un grain de mil et d'une lentille; les papilles, d'abord saillantes, finissent par se tasser, s'aplatir; plus tard il existe une excavation à leur niveau comme s'il y avait une dépression cicatricielle, et le tissu sous-muqueux est toujours induré. Tantôt elles restent stationnaires, surtout si un traitement convenable leur est appliqué; tantôt elles s'étendent, prennent une forme stellaire, confluent, et le dos de la langue, induré, semble recouvert d'une cuirasse blanc nacré, avec des stries transversales ou antéro-postérieures qui transforment la surface en groupes polygonaux; de là des craquelures, des fissures sanglantes et douloureuses. La desquamation a été nettement constatée, on l'a comparée à celle que produit une légère cautérisation au nitrate d'argent. Quelquefois les plaques épithéliales qui s'enlèvent ainsi mesurent, d'après VIDAL, de un à trois centimètres.

On trouve souvent d'autres plaques ou des traînées sur la face interne des joues et des lèvres; elles sont encore connues sous le nom de plaques des fumeurs.

Suivant VIDAL, la leucoplasie présenterait un deuxième stade papillomateux qui existe en certains points seulement. SCHWIMMER admet une leucoplasie bénigne curable et une variété maligne aboutissant au cancroïde, avec une forme intermédiaire qui correspond à celle de VIDAL. Cet état papillomateux a été désigné par quelques auteurs étrangers, F. CLARKE entre autres, sous le nom de *tylose*. Des plaques dures, verruqueuses, ulcérées, pourraient aboutir à la guérison avec cicatrices; la tylose se transformerait en épithélioma.

Les symptômes fonctionnels de l'affection sont peu marqués; à la sécheresse de la bouche s'ajoute une gêne de la mastication, le goût est conservé; quand il y a érosion, la surface irritée devient douloureuse.

Anatomie pathologique. — DEBOVE considérait la leucoplasie comme une cirrhose de la muqueuse avec épaissement de l'épithélium, infiltration de

jeunes cellules dans le chorion. VIDAL a constaté de plus l'aplatissement des papilles, la dilatation des vaisseaux et l'accumulation de leucocytes autour d'eux. Les recherches de SCHWIMMER et BABESIU confirment ces données. L'épithélium subit en outre la transformation cornée, la couche de Malpighi s'atrophie, le feston papillaire disparaît.

Étiologie. — Sur mille dermatoses, SCHWIMMER trouve quatre cas de leucoplasie. Le malade le plus jeune avait vingt-trois ans, le plus âgé soixante-deux. Inconnue chez l'enfant, rare chez la femme, cette affection peut être attribuée aux habitudes d'intempérance de l'homme, à l'usage abusif du tabac. Il est certain que ce sont là des causes prédisposantes très importantes, bien que BESNIER ait observé le psoriasis sur des personnes qui ne fumaient pas. D'autres ont encore invoqué l'arthritisme, la syphilis. Cependant, sur vingt psoriasis, SCHWIMMER a constaté que dans quatorze cas il n'y avait pas d'antécédents syphilitiques. C'est là une des questions les plus controversées de l'histoire de la leucoplasie; un certain nombre de maladies, telles que la plaque opaline syphilitique, la plaque des fumeurs, ont de grandes analogies avec elle. Ces manifestations présenteraient les mêmes lésions pathologiques; l'épithélium réagirait différemment suivant la cause. Dans la plaque opaline l'épithélium s'épaissit, s'opacifie et tombe en laissant une surface légèrement ulcérée. Dans la plaque psoriasique il s'épaissit, s'opacifie, mais devient corné et adhérent. F. CLARKE ne serait pas éloigné de rattacher la leucoplasie à une lésion nerveuse des branches linguales.

Depuis quelques années, on fait jouer un grand rôle aux rapports étiologiques de la leucoplasie et du cancroïde; ce fait a été signalé pour la première fois en 1862 par NÉGLIGAN; en 1873, DEBOVE attire de nouveau l'attention sur ce point. TRÉLAT, VERNEUIL, CLARKE récemment ont insisté sur cette question. Sur vingt-cinq malades atteints de cancroïdes, treize avaient la leucoplasie. Suivant VIDAL, le psoriasis pourrait rester inoffensif pendant quinze ou vingt ans, et ensuite l'épithélioma surviendrait dans la moitié des cas; cependant SCHWIMMER a vu le cancroïde succéder à des psoriasis beaucoup moins anciens.

Il est évident, après ce qui précède, que le pronostic du psoriasis doit être réservé; sa longue indifférence n'est pas un gage absolu de bénignité, puisqu'on a observé sa transformation en épithélioma au bout de trente ans. Tantôt le cancroïde se développe au niveau d'une plaque, tantôt à côté d'elle.

Traitement. — Pour toutes ces raisons, il est indiqué de détruire de bonne heure les plaques de leucoplasie; les chirurgiens s'accordent généralement aujourd'hui pour proscrire les cautérisations. C'est à l'extirpation prompte et large qu'il faut donner la préférence.

§ 5. — Vices de conformation de la langue. — Névralgies de la langue

1° VICES DE CONFORMATION DE LA LANGUE

Les vices de conformation de la langue, affections très rares, sont congénitaux ou acquis; nous nous bornerons à exposer brièvement les principaux

traits : 1° l'absence de l'organe ou son atrophie ; 2° la bifidité ; 3° l'ankyloglosse.

L'absence de la langue, quand elle est acquise, résulte de causes diverses, les unes traumatiques, les autres inflammatoires ; il est d'usage chez certains peuples de couper la langue aux parjures ; le chirurgien s'y résout quelquefois pour arrêter la marche des cancroïdes ; maintes fois des malheureux qui ne réussissent pas à se suicider en se tirant un coup de revolver sous le menton, ont la langue déchirée et réduite plus tard à un petit moignon peu utile ; enfin les blessés dont les régions inférieures de la face sont emportées par un gros projectile ne conservent que des rudiments de l'organe. Dans tous les cas traumatiques, et même dans ceux qui sont congénitaux, il n'y a jamais absence totale de la langue. CHOLET parle d'une absence unilatérale de la langue remplacée sur un des côtés par la muqueuse repliée. Si cette affection n'est pas incompatible avec l'existence, elle n'en gêne pas moins notablement les fonctions, la succion chez l'enfant, la mastication, la déglutition, la parole. C'est donc une infirmité d'autant plus sérieuse qu'elle est irrémédiable.

La *bifidité*, exclusivement congénitale, rappelle la langue des serpents, des dromadaires, etc. ; elle accompagne d'ordinaire d'autres monstruosité analogues de la voûte et du voile du palais, du maxillaire inférieur. La réunion après avivement, comme dans le procédé en V de Boyer pour l'ablation des tumeurs, pourrait rendre quelques services.

Sous le nom d'*ankyloglosse*, on désigne des adhérences anormales de la langue aux parois buccales ; il est congénital ou acquis, inférieur, supérieur, ou latéral suivant le point où les adhérences s'établissent. On appelle *filet* l'ankyloglosse médian inférieur dû à un excès de longueur du frein médian de la langue. Une petite opération qui consiste dans la section de la bride exubérante avec des ciseaux mousses, sur le pavillon de la sonde cannelée modifiée dans ce but par J.-L. PETIT, a été conseillée pour guérir cette infirmité gênante. Elle est à peu près tombée en désuétude ; aussi ne ferons-nous que mentionner la possibilité d'accidents consécutifs, tels que l'hémorragie et le renversement de la langue en arrière, fort redoutés jadis. Lorsque le filet est hypertrophié, il forme une sorte de tumeur très incommode désignée sous le nom de *soubre-langue*.

L'ankyloglosse inférieur gêne notablement les fonctions parce qu'il s'oppose à l'occlusion hermétique du larynx par l'épiglotte repliée, et prédispose ainsi à l'entrée des aliments dans les voies aériennes. Dans un cas classique, SÉDILLOT provoqua cette affection pour remédier à des menaces d'asphyxie déterminées par une glossite traumatique chez un blessé qui s'était fait, dans une tentative de suicide, une plaie sus-hyoïdienne. Il attira la langue au dehors par cette ouverture, et dut plus tard débrider les parties latérales de l'organe soudé au plancher buccal pour corriger l'ankyloglosse inférieur.

L'ankyloglosse latéral est d'ordinaire produit par des adhérences congénitales et surtout acquises entre les muqueuses de la langue, des gencives ou des joues ; ces brides ont une origine traumatique ou pathologique (noma, scorbut). L'excision des adhérences et l'interposition d'un corps étranger permettraient de mobiliser l'organe.

Quant à l'ankyloglosse supérieur, variété la plus rare, son existence est

contestable ; la langue serait adhérente à la voûte palatine. Les faits de LAPIE sont trop peu explicites pour qu'on puisse admettre l'existence de cette forme.

2° NÉVRALGIES DE LA LANGUE

Nous aurions passé sous silence cette affection si elle n'était passible d'un traitement chirurgical. Il existerait deux variétés de névralgies : 1° la névralgie simple, caractérisée par une douleur vive, unilatérale, plus fréquente à gauche qu'à droite. Toute pression sur le nerf lingual, tous les mouvements de l'organe augmentent notablement la douleur. 2° La névrite du nerf lingual encore mal connue, et dont GELLÉ a rapporté un cas compliqué de zona de la langue (*Tribune méd.*, 1876, p. 219) ; la névralgie alternait entre les branches du trijumeau, et les crises fort pénibles s'accompagnaient d'un changement de couleur de la langue qui devenait blanchâtre ; deux points particulièrement douloureux, l'un vers la pointe, l'autre sur la partie moyenne de l'organe, correspondaient à deux plaques ovalaires ulcérées. Tous les accidents disparurent au bout d'un mois.

Ces névrites sont très douloureuses et rebelles, ce qui explique l'intervention chirurgicale quand les moyens simples échouent. DEMARQUAY s'est bien trouvé d'une injection de morphine dans le tissu même de la langue. On a conseillé et pratiqué l'élongation et la résection du nerf lingual ; POLAILLON guérit un cas de névralgie épileptiforme du lingual, non traumatique, par l'élongation. LE DENTU réussit également par l'élongation à guérir un tic douloureux de la face, datant de cinq ans.