

devient livide et se couvre d'une sueur froide, et il semble alors qu'il soit sur le point de succomber. — « L'aspect de la face du malade ne pouvait être mieux comparé qu'à celui qu'offre la figure des cadavres qui, après avoir été immergés dans l'eau, viennent flotter à la surface » (Giraud).

« Je le trouve assis sur son lit, offrant tous les phénomènes de l'asphyxie et avec une physionomie qui ne peut ni se traduire ni s'oublier. Les yeux saillants expriment l'angoisse dans sa plus déchirante expression » (Lenduger-Formorel), si bien qu'on pouvait à bon droit craindre que le pauvre diable ne fût « à point de mort ».

« La face est vultueuse, cyanosée, et l'expression du visage de ce malheureux est véritablement hideuse » (Castex). C'est là la forme suraiguë et dramatique. Mais dans beaucoup de cas, les plus nombreux peut-être, les accidents sont à la fois moins bruyants, moins graves et moins rapides dans leur évolution, qui revêt un caractère aigu, sans déterminer de péril immédiat, ni exiger d'intervention absolument urgente. En pareil cas, le gonflement, quoique assez considérable, n'atteint jamais les proportions effrayantes qui ont tant frappé les observateurs de la variété précédente. En outre, s'il survient toujours avec une certaine brusquerie, il met plus de temps à acquérir ses proportions maxima. Les accidents du côté de la langue sont généralement précédés d'une courte période prodromique de malaise, de fièvre, de céphalalgie. D'autre part, la tuméfaction linguale est précédée ou accompagnée de sensations de lourdeur, de picotements, de lancinements dans la langue, et souvent même de douleurs véritables, parfois très vives, siégeant non seulement dans la langue, mais s'irradiant dans toute la face et dans la tête.

Ce sont ces douleurs qui avaient frappé Gueneau de Mussy au point de le conduire à son étrange théorie de l'origine nerveuse de l'hémiglossite.

Le gonflement ne tarde pas à survenir, et même il est quelquefois, sinon le premier signe de la maladie, du moins le premier auquel le malade attache de l'importance. Il survient souvent pendant la nuit. Le malade est réveillé et s'aperçoit qu'il ne peut plus parler qu'avec d'extrêmes difficultés, ou bien il constate au matin le fâcheux état où il se trouve. Cette tuméfaction augmente, sinon à vue d'œil, comme il arrive quelquefois dans les formes suraiguës, du moins assez vite. En quelques heures, au maximum en trente-six ou quarante-huit heures, il atteint les limites qu'il ne doit pas dépasser. Il peut occuper toute la langue, ou seulement une partie de la langue. La glossite est donc diffuse, totale, ou circonscrite et partielle. La physionomie de la maladie n'est pas absolument identique dans ces deux cas, mais il n'y a pas là de raison sérieuse pour en traiter dans des chapitres distincts, comme le fait Butlin, par exemple, comme s'il s'agissait d'affections différentes. Les hémiglossites sont peut-être plus fré-

quentes que les glossites totales, et même quand toute la langue est tuméfiée, il y a souvent inégalité dans le gonflement des deux moitiés, ce qui laisse entrevoir que le côté le moins pris peut l'avoir été secondairement. Quand la langue est prise dans sa totalité, son volume est assez considérable pour empêcher l'occlusion complète de la bouche. Elle vient se montrer entre les arcades dentaires, et même les dépasse légèrement, sans que cette légère saillie rappelle l'énorme prolapsus des formes suraiguës. Elle présente un aspect globuleux; sa surface est d'un rouge parfois violacé, ou pâle, mais habituellement d'un rouge très vif.

Cette coloration est quelquefois voilée par un exsudat d'un blanc jaunâtre, plus ou moins visqueux et adhérent, qu'il faut enlever pour bien voir la muqueuse.

Les bords de la langue gardent les empreintes des dents contre lesquelles ils viennent s'appliquer. De même, quand cet organe vient dépasser en avant les arcades dentaires, les incisives laissent sur la face inférieure et sur la face dorsale des empreintes profondes. Toutes ces empreintes deviennent le siège d'exulcérations et d'ulcérations quand la maladie se prolonge seulement quelques jours.

Il n'est pas toujours facile de bien apercevoir la surface de la langue; elle est en effet, quand le gonflement est total, assez étroitement appliquée au palais, et d'autre part il y a fréquemment en pareil cas de la contracture des mâchoires, qui s'écartent avec une extrême difficulté et dans des limites fort restreintes.

Quand la glossite est unilatérale, le volume total de la langue est moindre que dans la variété précédente; cet organe est habituellement contenu sans de grandes difficultés dans la bouche, seulement celle-ci reste encore ordinairement entr'ouverte, ou du moins le rapprochement des mâchoires ne s'effectue qu'avec beaucoup de peine. La tuméfaction, au début du moins, semble porter véritablement sur toute une moitié de la langue, bien que probablement les lésions véritablement inflammatoires soient toujours limitées à une portion peu étendue de ce côté de la langue.

La moitié saine, débordée dans tous les sens par la moitié malade, et comme étalée sur une de ses faces, est comme dissimulée dans certains cas; la partie malade attire seule l'attention. Aussi, quand la tuméfaction de cette partie est assez considérable, la langue prend-elle encore l'aspect globuleux que nous avons signalé pour la glossite totale. Dans un des cas que j'ai observés, la langue tuméfiée figurait absolument un gland en érection. La surface de la langue présente d'ailleurs dans toute l'étendue de la partie malade les mêmes caractères que nous avons déjà signalés, c'est-à-dire qu'elle est d'un rouge intense, d'un rouge vif, ou d'un rouge vineux, carminé, ou violacé, et qu'elle est couverte d'un enduit jaunâtre, plus ou moins épais ou adhérent. L'exploration de la langue tuméfiée fait constater des mo-

difications variables dans la consistance de l'organe. On constate quelquefois des signes non douteux d'œdème de la langue; le doigt y laisse son empreinte sous forme d'un godet. D'ailleurs la trace laissée par les dents sur les parties en contact est encore une preuve de l'état œdémateux de cet organe. Mais la langue peut offrir une consistance rénitente ou même ferme et dure. Cette consistance paraît habituellement uniforme.

Mais il faut faire la part des difficultés que présente l'exploration et qui empêchent de se rendre compte des différences de consistance, qu'on saisit parfois quand les tissus sont moins tendus et que la bouche s'ouvre plus facilement. C'est surtout dans les hémiglossites qu'on arrive à faire cette constatation. On sent alors au milieu des tissus tuméfiés une partie dont la consistance plus ferme contraste avec celle des parties voisines et qui présente la forme d'un noyau arrondi, allongé ou ovoïde. C'est là le point de départ et le siège même de l'inflammation, le reste pouvant être mis sur le compte de la congestion, de l'œdème, de la thrombose de quelques veines. Ce sera là aussi que se formera un abcès si la résolution ne survient pas.

L'augmentation de volume de la langue s'accompagne de troubles fonctionnels toujours très accentués. Nous avons dit que les douleurs accompagnaient et précédaient le gonflement de la langue. Ces douleurs cessent quelquefois, ou s'atténuent quand la tuméfaction est à son apogée. Mais c'est là un phénomène fort inconstant, et souvent les douleurs persistent pendant toute la durée de la maladie. C'est une douleur sourde avec des exacerbations provoquées par toutes les tentatives de mouvements de la langue, ou des lancinements qui surviennent sans motif et principalement pendant la nuit. Les irradiations dans tout le territoire du trijumeau peuvent même persister tant que dure la maladie, et même lui survivre. C'est en particulier ce que Gueneau de Mussy observa sur un de ses malades atteints d'hémiglossite.

L'exploration avec le doigt est souvent peu douloureuse, parfois même complètement indolente quand elle est faite avec douceur; mais ce n'est pas la règle, et les pressions sur la surface de la langue réveillent assez péniblement les souffrances.

D'ailleurs, elle met quelquefois en évidence un fait dont l'importance est considérable dans le cas particulier, elle montre que la douleur n'est pas uniformément répartie, mais qu'il existe un point fixe où elle est plus vive et constamment réveillée par l'exploration.

La salivation est excessive, et comme les mouvements de déglutition sont non seulement très douloureux, mais encore à peu près impossibles pour peu que le volume de la langue soit un peu considérable, cette salive s'écoule perpétuellement de la bouche, et ce n'est pas là le moindre ennui de cette pénible affection. On a pensé autrefois que l'abondance de la salivation s'observait principalement dans

la glossite d'origine mercurielle. Il n'est pas impossible en effet qu'elle soit en pareil cas d'une abondance particulière. Mais on l'observe dans toutes les glossites sans exception. Caulier estime, et *à priori* cette assertion paraît assez acceptable, que si la salivation diffère dans les glossites d'origine mercurielle et celles qui ne le sont pas, c'est surtout par sa fécondité.

Le gonflement de la langue rend très rapidement la parole inintelligible; dans plusieurs observations, on note ce fait, constaté dès le début, comme un des signes qui ont le plus vivement impressionné le malade. La difficulté d'avaler accompagne l'impossibilité de parler. La langue obture mécaniquement la cavité buccale, et empêche l'introduction des aliments solides.

L'écartement limité des arcades dentaires, les douleurs que déterminent les mouvements de la langue ou des mâchoires feraient renoncer bien vite à toute tentative de mastication. Mais le malade n'y songe guère. Il est surtout tourmenté par la soif. Celle-ci est moins difficile à satisfaire, sauf quand la langue fait issue hors de la barrière des dents; mais chaque gorgée, laborieusement avalée, est une source de souffrance. Cette soif est un des plus pénibles symptômes.

Les troubles de la respiration ne s'observent guère dans les formes simplement aiguës que nous étudions en ce moment, sauf toutefois quand la glossite est localisée à la base de la langue. En pareil cas, le volume de la langue est habituellement assez considérable, et parfois même le gonflement s'étend jusqu'à la pointe de la langue qui fait issue au dehors. D'autres fois, la partie antérieure reste souple.

L'introduction du doigt, quand elle est possible, permet de reconnaître, et encore pas toujours, avec netteté une induration, un empâtement spécial et résistant de la base de la langue. Mais en outre, et c'est le signe qui frappe le plus, de bonne heure les accidents respiratoires revêtent une grande intensité. Ce sont des phénomènes d'asphyxie dus à la tuméfaction œdémateuse des replis aryéno-épiglottiques et au déplacement de l'épiglotte qui est repoussée en arrière.

Les ganglions lymphatiques sous-maxillaires sont quelquefois engorgés d'un seul ou des deux côtés, et cette augmentation de volume, parfois à peine perceptible, est souvent assez considérable. Ces adénopathies guérissent presque toujours par résolution, mais elles peuvent aussi aboutir à la suppuration.

Indépendamment de ces adénopathies, on note parfois une infiltration œdémateuse plus ou moins étendue du plancher buccal. C'est surtout dans les phlegmons de la base de la langue que s'observe cette tuméfaction. Dans le cas de M. Raynaud, qui était spécial, puisqu'il s'agissait d'une morsure de reptile, l'œdème s'étendait jusqu'aux joues.

La glossite aiguë parenchymateuse détermine presque toujours de la fièvre, mais celle-ci présente d'extrêmes variations dans son in-

tensité. Il y a quelquefois apyrexie complète; dans d'autres circonstances une fièvre ardente, atteignant ou dépassant 40° et s'accompagnant de frissons répétés. C'est entre les deux que se trouve la vérité pour les cas ordinaires. Il y a de la fièvre, mais une fièvre modérée, 38°, 38°,5.

Marche. — Nous avons vu qu'il existait une forme suraiguë se dénouant par la mort rapide ou l'intervention chirurgicale.

Les cas aigus dont l'étude vient de nous arrêter peuvent aboutir à la résolution, à la suppuration ou à la gangrène. La résolution se fait spontanément en quelques jours, même parfois quand au début l'affection paraît sérieuse. Spontanément, le mot n'est peut-être pas tout à fait exact, car l'affection qui ne passe pas inaperçue est presque toujours l'objet d'un traitement assez actif.

Dans certaines circonstances, la rétrocession des accidents est sous la dépendance des moyens mis en œuvre, et cette résolution doit être attribuée à une médication énergique.

La suppuration s'annonce par la persistance de la fièvre et des douleurs, et parfois des frissons. Quand le pus est formé, il semble qu'il y ait eu détente; la langue diminue de volume, et parfois les douleurs sont moins vives. A ce moment, l'aspect de la langue s'est un peu modifié; l'abcès, qui est toujours unilatéral, fait une saillie limitée et mousse, au niveau de laquelle la muqueuse est lisse, décapillée, et d'un rouge très vif. La palpation montre dans l'épaisseur du corps charnu un noyau allongé ou ovoïde, qui parfois se présente comme une tumeur solide. Il est en effet assez bien limité, d'une consistance ferme, presque dure. Mais la pression à ce niveau détermine une vive douleur. Quand il est devenu très superficiel, on peut sentir la fluctuation. Dans un des cas que j'ai observés, à la consultation de Broussais, cette fluctuation était parfaitement nette.

Quand l'abcès siège à la base, il est à peu près impossible de sentir cette fluctuation, mais un empâtement circonscrit de la base survenant dans les conditions que nous avons énoncées plus haut doit faire soupçonner qu'il existe en ce point un abcès.

Dans quelques cas, bien qu'il n'y ait pas formation d'un abcès, on sent dans la langue un noyau dur, dont la résolution se fait avec lenteur, et qui reste douloureux à la pression pendant un certain temps. Mais peu à peu il diminue et finit par disparaître sans laisser de traces.

Dans certains cas, la glossite se termine par sphacèle. La mortification peut être partielle, occuper la pointe ou les bords. Dans un cas cité par le Dr M. Fourrier, il y avait eu d'abord un abcès, puis sphacèle autour de cet abcès qui occupait la face dorsale de la langue, et il en était résulté un large et profond ulcère n'ayant aucune tendance à la cicatrisation. Il s'agissait d'un diabétique, obèse, chez lequel la vitalité des tissus était fort compromise. D'ailleurs ces gan-

grènes ne surviennent guère que chez des diabétiques, ou à la suite de fièvres graves. C'est exclusivement dans ces dernières, car nous ne voyons plus les terribles glossites mercurielles, qu'on peut encore observer les mortifications étendues ou même totales. La variole, par exemple, a amené autrefois nombre de gangrènes de la langue, susceptibles de détruire complètement l'organe, ou de laisser à la suite de l'élimination d'escarres importantes des rétractions cicatricielles, des déformations, des adhérences au plancher buccal.

Enfin, et dans un ordre d'idées tout opposées, je désire insister sur les formes tout à fait bénignes, bien limitées dès le début et qui jamais ne présentent les signes sérieux ou graves sur lesquels on insiste habituellement. Il se forme dans l'épaisseur de la langue un noyau de glossite qui disparaît plus ou moins tôt par résolution, sans avoir jamais déterminé grande gêne ni douleurs bien vives. J'en ai eu un exemple chez un de mes anciens élèves de l'École pratique. Ce jeune étudiant vint un jour me trouver, fou de terreur. Il se croyait atteint d'un cancer de la langue et venait me demander s'il était encore temps de l'opérer. Du côté droit de la langue, à la partie moyenne, au voisinage du bord, existait une masse indurée du volume d'une grosse noisette, qui déformait un peu la langue en faisant un léger relief, mais qu'on sentait s'enfoncer dans l'épaisseur du corps charnu de la langue. Cette masse uniformément consistante était légèrement douloureuse à la pression, et à sa surface la muqueuse était le siège d'une rougeur un peu plus foncée qu'à l'état normal. D'ailleurs la langue jouissait de tous ses mouvements, la parole et la mastication étaient à peine gênées. Je fus pleinement rassuré quand ce jeune homme m'eut appris en outre que les accidents dataient seulement de trois jours. Mais il fut beaucoup plus difficile de lui faire admettre qu'il était atteint d'une affection sans gravité. Il n'en fut pleinement persuadé qu'après sa guérison complète. Celle-ci ne tarda guère. Au dixième jour, le prétendu cancer avait disparu. Le traitement était pour peu de chose dans ce résultat, la cocaïne et l'eau boriquée en avaient fait tous les frais.

Pronostic. — La glossite est parfois une affection très grave, puisqu'elle peut entraîner la mort par différents mécanismes, ou aboutir à la destruction plus ou moins étendue de la langue. Mais dans la très grande majorité des cas, ou bien la maladie est plus effrayante que dangereuse, ou bien elle ne cause ni effroi ni danger. La guérison est en somme la terminaison habituelle, et les catastrophes autrefois observées auraient pu sans doute être évitées par un traitement plus énergique et mieux compris.

Diagnostic. — La glossite aiguë, ou mieux les glossites aiguës, car nous avons vu que des formes terrifiantes aux formes très bénignes il y a bien des aspects cliniques, ne présentent généralement pas de

difficultés sérieuses de diagnostic. La tuméfaction douloureuse et rapide de la langue en totalité ou en partie n'appartient qu'à elles. Les inflammations diffuses du plancher buccal soulèvent la langue en lui laissant sa souplesse, et leur évolution est bien moins rapide. La glossite basique, il est vrai, peut prêter à confusion. Elle détermine souvent de la tuméfaction de la région sus-hyoïdienne, des troubles respiratoires. La difficulté d'écarter les mâchoires rend parfois impossible l'exploration directe de la base de la langue, et l'on peut alors songer à un phlegmon pharyngo-laryngé, à une inflammation de la loge glosso-épiglottique, à un phlegmon sus-hyoïdien. On peut même, comme Bœckel, être obligé d'intervenir sans avoir de diagnostic absolument précis.

L'abcès lingual peut devenir la source d'erreurs d'un autre ordre. Les phénomènes inflammatoires qui précèdent et préparent sa formation ne sont pas toujours très bruyants.

Et si l'on négligeait ces commémoratifs, on pourrait confondre l'abcès examiné au moment où il est collecté, avec une gomme ramollie, un abcès tuberculeux ou même une tumeur. Mais la rapidité de l'évolution permettra d'éliminer ces causes d'erreur.

Traitement. — « Un bourgeois de Paris, auquel des frictions mercurielles avaient procuré la salivation, eut la langue si démesurément gonflée que la bouche ne pouvait la contenir. Pimpernelle, chirurgien de robe longue, fut mandé, et ayant appris que tout ce qu'on avait fait pour remédier à cet accident avait été inutile, dans la crainte de la gangrène, il coupa la moitié de la langue. » Le malade guérit. Mais Louis trouve que ce « parti est bien violent », et en effet c'est un exemple à ne pas suivre. Des mesures moins radicales suffisent à conjurer les accidents dans les cas les plus urgents et les plus graves. Comme autrefois de la Malle en présence du malade asphyxiant dont la langue démesurément gonflée remplit toute la cavité buccale, on pratiquera sur la face dorsale de la langue et de chaque côté de la ligne médiane une longue et profonde incision. C'est bien une incision et non une simple scarification qu'il faut pratiquer pour obtenir un soulagement rapide. « Les auteurs nous disent qu'on doit faire sur la langue des incisions ayant un demi-centimètre de profondeur. La recommandation ne nuit en rien dans un traité de chirurgie ; elle est illusoire en pratique » (L. Formorel). Tous ceux qui se sont trouvés en présence de cas semblables ont été obligés d'avoir recours à ces débridements, et tous ont été frappés de l'amélioration presque immédiate obtenue par ce moyen. Butlin raconte qu'ayant vu, à Saint-Bartholomew's Hospital, Wormald inciser ainsi une glossite aiguë, l'opération lui parut d'abord bien brutale, mais le lendemain il changea d'avis en constatant son merveilleux résultat, et considéra désormais ce traitement énergique comme la meilleure ressource dont on puisse disposer en beaucoup de cas. Il faut faire ces incisions

sur la face dorsale pour éviter de blesser les vaisseaux importants de la langue. Il n'est pas toujours facile de les pratiquer, dans les cas où les mâchoires s'écartent difficilement et où la langue tuméfiée s'applique étroitement aux parois de la cavité buccale. Dans ces circonstances embarrassantes, on peut profiter de l'absence d'une dent pour glisser son bistouri. Généralement on peut sans trop de difficulté saisir la langue de la main gauche, l'attirer un peu, entr'ouvrir les mâchoires suffisamment pour, sinon opérer à l'aise, du moins ne pas agir à l'aveugle.

Les incisions doivent être longitudinales, uni ou bilatérales, suivant que la glossite occupe l'une des moitiés ou la totalité de la langue.

Elles donnent moins de sang qu'on n'aurait pu le croire. Le lendemain, quand on voit son malade, on est surpris de trouver, à la place des larges et profondes brèches qu'on avait créées la veille, des sillons qui paraissent bien moins étendus en longueur et surtout presque superficiels, ce qui tient à ce que les incisions de la veille avaient porté sur des tissus extraordinairement tuméfiés, qui ont subi un dégonflement très rapide. Au bout de peu de temps, ces incisions sont cicatrisées et ne laissent généralement que des traces à peine appréciables. Ces larges débridements suffisent toujours à conjurer les accidents asphyxiques, et l'on n'aura pas en pareil cas à se préoccuper d'y remédier par une trachéotomie.

Malgré la bénignité de ces incisions, malgré leur efficacité sur laquelle tout le monde est d'accord, on ne saurait toutefois en faire le traitement de choix, applicable à toutes les glossites aiguës. Il faut le garder pour les cas urgents et graves où il fait merveille. Mais dans un grand nombre de cas, les plus nombreux peut-être, le péril est moins grand, l'indication moins pressante, et l'on peut attendre de moyens plus doux une guérison tout aussi parfaite. Beaucoup de ces glossites aiguës ne demandent qu'à guérir spontanément ; notre rôle doit se borner à calmer les douleurs à l'aide de collutoires anesthésiques, à nettoyer la bouche et à l'aseptiser, et à surveiller le malade pour parer à toute éventualité. C'est en particulier la ligne de conduite toute tracée pour les glossites partielles peu étendues. Quand une notable partie de la langue est tuméfiée, ou même quand il y a glossite totale, et que les accidents ne commandent pas une intervention immédiate, on obtient parfois de la saignée locale à l'aide de sangsues une prompte amélioration. On a appliqué souvent ces sangsues sur la langue elle-même. Je pense qu'on doit se borner à les placer à la région sus-hyoïdienne. C'est un bon moyen, qui donne un soulagement rapide et suffit bien souvent à faire disparaître la tuméfaction linguale. S'il était impuissant, au lieu de mettre des sangsues dans la bouche, je crois que chacun se résoudrait sans grande hésitation à faire une incision linguale. Les vésicatoires sur le cou doivent être proscrits, de même que l'émétique couramment

prescrit autrefois. Par contre, l'antisepsie buccale ne sera négligée dans aucun cas.

Ainsi, pour certaines glossites à marche suraiguë, intervention d'emblée, immédiate et large ; pour d'autres, en somme, attendre et laisser guérir.

Mais nous l'avons vu, certaines glossites aboutissent à la suppuration. L'abcès qui se forme en pareil cas dans le parenchyme lingual est généralement unique.

La guérison peut survenir après son ouverture spontanée, mais, naturellement, il vaut mieux ne pas attendre cette éventualité, et appliquer à ces abcès le traitement ordinaire des abcès chauds. Ils font presque toujours saillie à la face dorsale de la langue et siègent dans son tiers moyen. C'est donc par la bouche et à l'aide d'une incision pratiquée sur la face dorsale qu'on donnera issue au pus. Personne ne songera plus à imiter Chassaignac, qui se servait pour cela du scarificateur à huit lames. Pour peu que l'incision soit suffisamment étendue, on obtiendra en quelques jours la cicatrisation de l'abcès. Il se peut que l'abcès, s'étant ouvert spontanément, se vide incomplètement par un pertuis insuffisant. C'est dans cet état qu'était le malade souvent cité de Dupuytren. Il suffit alors de débri-der sur la sonde cannelée. Les abcès de la base doivent aussi être ouverts par la bouche, quand cela est possible. Mais l'abcès est parfois très profondément situé, et difficilement accessible par cette voie, que le gonflement de la langue et la contraction des mâchoires rendent peu praticable. On est conduit alors à faire une incision extérieure et à aller chercher l'abcès par la voie sous-maxillaire. C'est ce que fit une fois Chassaignac chez un jeune homme de dix-neuf ans. Il pratiqua tout d'abord une ponction dans la région sous-maxillaire avec le trocart, puis avec le bistouri, et ouvrit la collection. Mais celle-ci se vidant incomplètement, « il débri-dera largement la région sous-maxillaire, et au moyen d'une ponction avec le trocart on finit par pénétrer complètement dans le foyer ». Castex (1) fut aussi conduit à faire des incisions sous-maxillaires, après avoir ouvert par la bouche un abcès lingual ; mais il est probable qu'il s'agissait d'adéno-phlegmons consécutifs. Bœckel a plus récemment appelé l'attention sur la nécessité d'employer la voie sus-hyoïdienne pour aborder certains phlegmons de la base de la langue. « Ce procédé, dit-il, vient naturellement à l'esprit quand on ne peut faire autrement. Il constitue un procédé de nécessité et rentre dans la catégorie des opérations d'urgence que l'on ne saurait ni différer, ni ignorer, car de ce débridement pratiqué à temps peut dépendre la vie d'un homme. »

Enfin, dans les glossites gangreneuses, bien rares heureusement,

(1) CASTEX, *Gaz. des hôp.*, 1862.

quand l'antisepsie bien comprise de la bouche reste impuissante à borner le processus destructeur, on est quelquefois obligé d'avoir recours à d'énergiques cautérisations avec le fer rouge.

Ulcérations d'origine dentaire (1). — Le contact des dents est généralement inoffensif pour les organes avoisinants, bien que ce contact soit intime, permanent, et en dépit des frottements perpétuels qui ont lieu entre les dents et ces parties molles, cette bonne harmonie persiste tant que les uns et les autres conservent leur intégrité. La perte ou l'altération d'une ou plusieurs dents n'a généralement pas de conséquences fâcheuses, mais parfois les parties molles sont lésées d'une façon sérieuse ou légère, et cela exclusivement à cause du voisinage des dents. Il s'y produit des ulcérations qui ne relèvent d'aucune autre cause que d'un rapport anormal des parties molles avec une dent déviée ou irrégulière.

Quand la langue ou les joues sont déjà le siège d'une inflammation ou d'une tumeur qui en modifient la consistance et le volume, le contact des dents devient une cause d'ulcérations plus ou moins étendues, plus ou moins graves ; elles favorisent l'ulcération d'un cancer ou d'un sarcome, créent une cause d'appel pour les syphilitides, un lieu de moindre résistance où se développent plus volontiers les ulcérations tuberculeuses ; leur contact prolongé creuse des ulcérations sur une langue qui est le siège d'une hypertrophie congénitale et fait saillie hors de la bouche. Mais dans tout cela l'ulcération reconnaît pour cause principale une maladie antérieure de la langue. Les ulcérations dentaires dont nous voulons nous occuper ont une existence isolée, et surviennent indépendamment des états morbides classés dont la langue et les joues peuvent être le siège. Ce sont des accidents qui semblent reconnaître uniquement pour cause le contact prolongé de dents irrégulières, déviées ou malades.

Ainsi définis, ces accidents sont connus depuis fort longtemps, puisqu'ils auraient été signalés par Hippocrate en son livre *Des Prédications*, et que Celse leur consacre la meilleure partie de son chapitre des ulcérations de la langue. Elles peuvent être dans certains cas malaisés confondues avec d'autres lésions ulcéreuses de la bouche. C'est là leur principal intérêt. En outre, par elles-mêmes, elles sont la source de pénibles symptômes dont la disparition suit avec une rapidité merveilleuse la suppression de la cause. Il suffit pour cela qu'un diagnostic exact ait conduit au traitement voulu.

Étiologie. — Suivant que les dents déviées, brisées, cariées, feront saillie en dehors ou en dedans, elles pourront déterminer des ulcérations, soit sur les lèvres et les joues, soit sur la langue. Ce dernier organe est bien plus fréquemment que les autres le siège d'ulcérations dentaires. Cependant ces lésions ne sont pas d'une extrême

(1) TRICHET, thèse de Paris, 1883-1884.