

papilles de la langue. Les points jaunes ne sont pas uniformément répartis autour de l'ulcère, il y a presque toujours une région où ils sont plus nombreux et semés sur une muqueuse plus congestionnée. C'est dans ce sens que s'agrandit l'ulcère.

Ces petites taches étaient déjà connues de Bayle. Elles ont été décrites avec beaucoup de soin par Julliard. Toutefois c'est surtout Trélat qui a insisté sur la valeur de ce signe. Aussi appelle-t-on ordinairement ces taches, les *points jaunes de Trélat*. La palpation pratiquée autour de la surface ulcérée ne révèle habituellement aucune induration, ni aucune augmentation de consistance. Sur la langue toutefois et aux lèvres, il arrive qu'une infiltration plus profonde qu'à l'ordinaire, rende l'organe plus volumineux et plus ferme dans une certaine étendue. On a même vu des cas où l'ulcération reposait sur une véritable tumeur. Mais ce sont des faits absolument exceptionnels et presque toujours le processus reste superficiel, et au pourtour de l'ulcération la muqueuse et les parties sous-jacentes conservent à peu de chose près leur souplesse ordinaire.

Cette exploration des parties avoisinantes est indolente, mais la surface et les bords de l'ulcération sont fréquemment le point de départ de vives douleurs quand on les examine avec le doigt ou le stylet. Aux lèvres et aux joues, il y a habituellement une légère déformation causée par l'œdème des parties sous-jacentes aux ulcérations, du moins quand l'ulcération présente une certaine étendue. Cet œdème n'est jamais considérable. La peau présente aussi dans ces cas, dans l'étendue des parties atteintes, une légère hyperhémie qui lui donne une teinte rosée. Enfin, au niveau de la commissure labiale, point de départ assez fréquent des accidents, l'ulcération peut se montrer à l'extérieur, et détruire partiellement le pourtour de l'orifice buccal. La partie exposée à l'air se couvre d'une croûte jaunâtre que détache sans cesse la salive qui s'écoule à travers la brèche creusée par l'ulcération.

Il n'y a généralement qu'un seul ulcère, mais il peut y en avoir deux ou trois, l'un siégeant par exemple à l'isthme du gosier et l'autre à la lèvre.

L'ulcère tuberculeux de la bouche est presque toujours la source de pénibles souffrances. Il est douloureux dès le début, et les douleurs deviennent d'autant plus cruelles que la maladie est plus étendue et sa marche plus rapide.

Le contact des aliments, des substances irritantes ou acides, détermine des sensations de cuissons intolérables. Les moindres mouvements de l'organe affecté occasionnent parfois d'atroces douleurs. Ainsi les mouvements de la déglutition quand l'affection siége à l'isthme du gosier, les mouvements de la mastication quand elle occupe les joues et surtout la langue. L'articulation des mots est aussi particulièrement pénible, quand par exemple il existe une

ulcération assez étendue de la langue, le langage est non seulement à peu près inintelligible, mais toute tentative d'élocution devient cause d'atroces souffrances. Les douleurs surviennent même spontanément et se montrent avec des irradiations dans la face et vers l'oreille. Un autre phénomène très pénible est la salivation exagérée. Non seulement la salive est sécrétée d'une façon excessive, mais le malade espace de plus en plus les déglutitions à cause de la difficulté et des douleurs qu'il éprouve à avaler.

Aussi voit-on des cas où elle s'écoule incessamment hors de la bouche. Le malade de Féréol vivait devant un crachoir où il laissait couler sa salive sans interruption. Féréol ajoute que les tortures sont telles qu'elles finissent « par jeter les caractères les mieux trempés dans une désespérance qui les conduit au suicide ». Sans doute les formes graves et étendues réalisent seules un pareil tableau. Dans bien des cas et pendant longtemps l'affection est tolérable quoique douloureuse. Les plus à plaindre sont ceux dont la tuberculose occupe l'isthme du gosier. Ces angines tuberculeuses sont les plus douloureuses des tuberculoses bucco-pharyngées, et mettent rapidement le malade dans la plus misérable situation.

Ce sont d'ailleurs surtout ces formes qui surviennent chez des malades déjà tuberculeux depuis longtemps et qui progressent avec une rapidité d'autant plus grande qu'elles trouvent un terrain mieux préparé.

Dans certains cas, exceptionnels à la vérité, l'ulcère est indolent. J'ai en particulier observé dans le service de mon maître Reclus, un homme dont une énorme ulcération tuberculeuse primitive occupait toute la joue, depuis la commissure labiale qu'elle échançait jusqu'au pilier antérieur du voile du palais qui lui-même était envahi, et qui d'autre part s'étendait d'une gencive à l'autre. Cet homme ne souffrait point, et la mastication n'était en aucune façon entravée. Ce caractère d'indolence ou de douleur modérée est bien plus souvent observé aux joues et aux lèvres qu'à la langue et au pharynx.

Marche. — L'évolution du processus ulcératif peut être rapide ou lente. Les formes rapides, aiguës, se voient surtout au niveau de l'isthme du gosier et du pharynx; elles sont très rares au niveau de la cavité buccale.

Il y a alors une angine tuberculeuse, véritable tuberculose miliaire aiguë du pharynx, dans laquelle en quelques jours se fait sur le pharynx, les amygdales, mais surtout sur les piliers du voile et de la luette, une éruption de granulations grises ou jaunâtres, précédées par une rougeur intense qui occupe le gosier et le pharynx. Cette éruption est confluyente ou discrète; elle aboutit à la constitution très rapide de petits ulcères qui se fusionnent pour en former d'autres plus étendus. Ces phénomènes s'accompagnent de dysphagie, de fièvre, et presque toujours le malade succombe en peu de temps à une tuber-

culose généralisée d'allure extrêmement rapide. Cette forme n'a rien d'intéressant pour le chirurgien.

Quand la marche est lente, l'aspect de l'ulcération est sensiblement le même au pharynx ou à la bouche. Elle progresse lentement, gagnant de proche en proche, surtout en surface. On en voit qui passent de la joue au voile du palais, ou du palais à la joue en contournant les dernières molaires, ou en passant par la gencive en des points laissés vides par la perte antérieure des dents. On voit aussi les gencives envahies, les dents devenues branlantes être éliminées successivement (Dujardin-Beaumetz, Giraudeau). Le squelette de la voûte palatine peut être mis à nu, la luette peut être détachée ou détruite. Une ulcération linguale gagne souvent la face inférieure et le plancher de la bouche.

Enfin on a vu des malades périr d'accès de suffocation par œdème de la glotte quand la lésion siégeait au pharynx. Il peut se produire aussi des hémorragies par ulcération d'une artère de notable calibre. Cela s'est vu par exemple pour la palatine postérieure. Mais ces hémorragies sont bien rares, et c'est tout au plus si l'on observe à la surface de l'ulcère un léger saignotement insignifiant quand la surface malade a été un peu trop minutieusement explorée ou que le malade vient de manger.

Les ganglions sous-maxillaires et carotidiens s'engorgent très fréquemment. Ils peuvent se ramollir, former des abcès froids ganglionnaires, qui ne présentent du reste rien de spécial.

La durée de l'affection est très variable, elle se prolonge souvent pendant des mois dans les formes primitives. Beaucoup de malades ont été suivis pendant un an, quinze ou dix-huit mois. Mais il est rare qu'au bout de deux ans le malade ne soit pas mort. Il succombe, on peut le dire, toujours aux progrès de la tuberculose pulmonaire.

Sauf dans certaines circonstances, qui constituent de rares exceptions, comme par exemple lorsqu'il survient un œdème de la glotte, la lésion bucco-pharyngienne n'entraîne pas directement la mort. Mais par la difficulté de l'alimentation, la déperdition de la salive, l'intensité des douleurs, elle contribue singulièrement à diminuer la résistance du sujet, à amener l'affaiblissement graduel et les progrès de la tuberculose. En outre l'ulcération devient elle-même un foyer de dissémination des bacilles, qui d'une part sont entraînés avec les aliments et la salive dans le tube digestif où ils pourront coloniser secondairement, de l'autre peuvent être emportés un peu partout par la circulation sanguine.

Un peu impressionnés par les cas qui leur avaient dessillés les yeux, les premiers observateurs considéraient la tuberculose buccale comme une affection du plus sombre pronostic et devant aboutir à peu près fatalement à la mort. Il y avait là une exagération, bien légitime, mais évidente. Il est certain qu'il existe des formes bénignes et qui ne

demandent qu'à guérir, pour peu qu'on leur vienne en aide, se comportant en somme comme la plupart des tuberculoses locales. Depuis que Vulpian a attiré l'attention sur ces cas favorables, chacun en a pu observer pour son propre compte. Il n'en est pas moins vrai que cette tendance à la réparation n'est pas habituelle, et que l'on n'enregistre pas souvent de succès durables. Voici en effet ce qui arrive souvent. L'application de topiques énergiques, ou de poudres antiseptiques, des cautérisations, amènent la cicatrisation de l'ulcère. Mais la trêve est de courte durée. L'état général continue à s'altérer, l'organisme étant déjà profondément touché, la plaie buccale se rouvre, reprend son aspect primitif et le malade succombe. Ailleurs une amélioration apparente se dessine, l'ulcération se comble, les bords se rapprochent, mais le malade continue à décliner, et meurt avant d'avoir achevé la réparation de la perte de substance.

Dans bon nombre des cas malheureusement l'état trop précaire du sujet ne permet pas même d'espérer cette amélioration toute locale, et l'ulcération s'étend sans cesse jusqu'à la fin.

Somme toute, c'est une tuberculose grave, mais dont il ne faut point désespérer. La lésion en elle-même n'a rien d'incurable, l'état général et l'auscultation des poumons diront au chirurgien ce qu'il peut espérer pour son malade. Encore robuste, avec des poumons sains ou légèrement touchés, il peut et doit guérir, temporairement du moins. Tuberculeux avéré à foyers multiples de tuberculose, il est perdu, et on ne peut que le soulager.

Diagnostic. — Julliard consacre une bonne partie de son mémoire à passer en revue les différentes affections qui peuvent être confondues avec la tuberculose buccale, et énumère successivement, le cancer, la syphilis, les différentes stomatites, les ulcérations arsenicales, mercurielles, stibiées, les plaques des fumeurs, etc. Mais son travail se ressent de l'époque où il a été écrit, époque où la tuberculose buccale était presque inconnue.

Pendant longtemps encore ce diagnostic a passé pour délicat. On la cité des confusions singulières. On parle de chirurgiens qui ont enlevé comme cancer des langues tuberculeuses. Les publications un peu anciennes nous révèlent de longues perplexités au sujet du diagnostic d'ulcérations tuberculeuses de la langue ou du gosier. Certes il est des cas difficiles, où l'on peut avoir quelque hésitation, mais vraiment ces incertitudes ne sont plus de mise dans l'immense majorité des cas que nous rencontrons, et l'on peut, comme l'a dit mon maître Reclus, « renoncer à l'humiliant procédé du diagnostic par exclusion ». En effet, ces ulcères à bords déchiquetés, à fond irrégulier et raviné, avec des points jaunes, semés à leur périphérie et dans leur excavation, ont une physionomie très particulière qui, une fois bien gravée dans la mémoire, fait immédiatement formuler un diagnostic que corroborent le plus souvent l'examen des ganglions

des viscères thoraciques, et l'étude de l'état général et des antécédents. Mais les bords peuvent être à peu près réguliers, le fond sans caractère, les points jaunes faire défaut, l'ulcération peut reposer sur une base dure, l'adénopathie elle-même peut devenir une source d'erreur. On est alors conduit à examiner les hypothèses d'ulcération dentaire, cancéreuse, chancreuse, ou gommeuse. Quand un doute persiste, et qu'on n'ose pas rejeter définitivement ces diverses hypothèses, il faut essayer d'un traitement d'attente ou d'un traitement d'épreuve, et en cas d'insuccès rechercher les bacilles dans un petit fragment prélevé sur un des bords, ou recueilli par la curette sur le fond de l'ulcère. Cette recherche est délicate, les bacilles étant parfois peu nombreux, il faut la répéter en cas d'insuccès pour ne pas conclure trop prématurément que la lésion n'est pas tuberculeuse.

Traitement. — Le traitement sera suivant les cas hardi et actif, ou au contraire doux et palliatif. Quand l'ulcération est limitée et siège sur une région d'un accès relativement facile, comme la langue ou la joue, que le sujet est robuste, que la lésion est primitive, c'est-à-dire en somme dans des cas assez rares, le plus simple est d'extirper au bistouri les parties malades, et de tenter ensuite la réunion par première intention de la plaie qui résulte de cette exérèse.

Dans d'autres cas, comme à la face, à la lèvre, à la voûte palatine, on peut tenter le curettage soigneux de l'ulcération suivi de l'application de chlorure de zinc, d'eau phéniquée forte, etc.

Enfin, quand l'ulcère est étendu et d'un abord malaisé, quand par exemple il occupe l'isthme du gosier, il est permis d'en essayer la cautérisation à l'aide du thermocautère. Cette même méthode peut aussi donner de bons résultats pour les ulcérations qui siègent dans les autres parties de la cavité buccale.

A défaut de ces méthodes énergiques, on doit avoir recours à des applications topiques, qui seront, selon l'indication, caustiques, anesthésiantes, ou simplement antiseptiques. On a obtenu de bons résultats, mais temporaires, par des applications d'iodoforme, de chlorate de potasse. On préfère aujourd'hui à ces médicaments l'acide lactique, le phénol sulfuriciné, le chlorure de zinc. Je ne saurais trop conseiller pour ma part l'emploi de la mixture que mon maître Gaucher préconisait contre l'angine diphtérique. Mais l'intensité des douleurs comporte une autre indication. A l'aide de gargarismes additionnés de cocaïne, on peut presque toujours calmer ces vives souffrances. L'application de tampons imbibés d'une solution de cocaïne au centième anesthésie à ce point la surface ulcérée et les parties environnantes, que le malade peut manger et s'alimenter sans aucun phénomène pénible, alors qu'auparavant la douleur l'empêchait seulement d'avalier sa salive. Il y a là une précieuse ressource, et pour les malades dont on peut espérer la guérison, et surtout pour les

infortunés auxquels nous ne pouvons souhaiter que l'oubli temporaire de leurs atroces souffrances.

Lupus de la cavité bucco-pharyngienne. — Une brève mention sera consacrée ici au lupus de la cavité bucco-pharyngienne, affection que les chirurgiens n'ont guère l'occasion d'observer, et dont on trouvera la description dans les traités spéciaux. Je ne saurais mieux faire que de renvoyer purement et simplement à ces publications pour tout ce qui concerne l'anatomie pathologique.

Le lupus se montre bien plus souvent au niveau du pharynx et de l'isthme du gosier, que dans la cavité buccale. S'il est commun à la face cutanée des joues et des lèvres, il est rare du côté de la face muqueuse. Parfois primitif, il est presque toujours secondaire et propagé des fosses nasales vers le pharynx. Son début passe inaperçu et pendant des mois et des années même il peut évoluer sans éveiller l'attention. Il est en effet indolent, et comme le dit Fougère, on peut être dévoré de lupus sans le savoir. Quand on examine la gorge de ces sujets, on voit que les parties envahies, qui sont presque toujours les parois du pharynx, les piliers et le voile du palais, offrent une coloration d'un rouge violacé, et une surface mamelonnée, inégale et mûriforme.

Certains points présentent une légère teinte opaline, l'épithélium étant en ce point à la veille de se desquamer et de disparaître. En d'autres existent des ulcérations plus ou moins étendues, parfois très vastes. Ces pertes de substance ne ressemblent en rien à celles de la syphilis ou de la tuberculose proprement dite, elles n'ont ni le contour arrondi des unes, ni les bords taillés à pic et décollés des autres. Ils siègent d'abord sur le bord libre du voile et la base de la luette, détruisent lentement, égrènent, effritent les tissus du voile et des piliers, les rongent, les usent pour ainsi dire sans jamais procéder par destructions rapides et mortifications étendues comme la syphilis, ni surtout par brusques perforations entraînant, comme dans cette dernière maladie, du jour au lendemain de profondes perturbations dans la parole et la déglutition. Ces troubles surviennent lentement par évolution progressive des lésions. Tout cela s'effectue sans douleur dans l'immense majorité des cas. Le lupus guttural peut guérir sous l'influence d'un traitement approprié, mais comme pour les autres lupus, le malade, après une guérison lentement et péniblement obtenue, est exposé à une récurrence étendue et rapide. Encore ce terme de guérison ne signifie qu'un arrêt dans l'évolution lupique. La maladie laisse en effet des désordres irréparables, quand elle a duré longtemps, des pertes de substance, des rétractions cicatricielles, des brides pharyngées, des soudures et des déviations de la luette et du voile, des rétrécissements de l'isthme du gosier ou de l'orifice nasopharyngien.

Le *diagnostic* de l'affection est en général singulièrement facilité

par la constatation d'un lupus facial et en particulier des lésions caractéristiques du nez. Même en l'absence de ces signes extérieurs, si utiles en pareille circonstance pour dissiper toute hésitation, on arrive généralement à reconnaître assez bien la nature de la maladie. Tout d'abord il n'y a guère que la syphilis qui puisse prêter à confusion, aucune autre affection, pas même la tuberculose, ne pouvant offrir un tableau qui se rapproche de celui du lupus pharyngien. Et en effet, pendant longtemps, il y a eu de déplorables erreurs dans l'interprétation des lésions graves dont le pharynx peut être le siège. On décrivait comme angines scrofuleuses et scrofulides des lésions que nous attribuons aujourd'hui sans hésitation à la syphilis et en particulier à la syphilis héréditaire. La connaissance de la syphilis héréditaire tardive a apporté ici une grande clarté.

Or l'hérédité syphilitique se traduit par une foule de signes dont la recherche est faite aujourd'hui systématiquement toutes les fois qu'on éprouve quelque doute dans l'interprétation d'une lésion, et comme ces manifestations héréditaires sont généralement multiples, on arrive presque toujours à sortir d'embarras. En outre, la physionomie des lésions est assez différente, pour qu'on puisse dans l'immense majorité des cas ne pas hésiter longtemps, leur aspect est dissemblable, et leur manière de procéder à l'égard du voile du palais et du pharynx est loin d'être la même.

Le traitement du lupus pharyngien est celui du lupus en général, cautérisation, scarifications, applications topiques, parfois curettage. Il est toujours long, fastidieux, et nécessite autant de bonne volonté du côté du malade que de patience de la part du chirurgien. L'affection guérie, les rétrécissements du pharynx et les pertes de substance du voile pourront, dans certains cas, donner lieu à des interventions chirurgicales, dont cependant les indications sont fort restreintes.

On a quelquefois à faire de la dilatation, à détruire quelques adhérences, à sectionner quelques brides. Il est rare qu'on ait à pratiquer quelque opération réglée, et en particulier qu'on puisse songer à une réparation chirurgicale du voile plus ou moins déformé ou détruit. Quand il y a perte de substance du voile entraînant des troubles par trop considérables de la phonation, le mieux est d'installer un appareil prothétique qui remplace dans la mesure du possible le voile détruit.

Abcès froids. — Les abcès froids de la langue sont peu fréquents. Bien que, dit-on, Blandin ait ouvert une collection de ce genre, et qu'un autre fait analogue ait été, paraît-il, observé par Brignon, son élève, les premiers cas relatés avec détail sont ceux de Fano et de Gosselin. Encore n'ont-ils été observés qu'à l'état d'abcès fistuleux. Depuis que Péan a publié son premier cas, recueilli à Saint-Louis sur une femme de trente-cinq ans, différentes observations ont été produites, mais en les additionnant c'est à peine si l'on arrive au

chiffre d'une vingtaine. Dans ce nombre les hommes figurent pour un chiffre plus élevé que les femmes. Tous les malades avaient de trente à cinquante ans.

L'abcès peut survenir chez des tuberculeux avérés, ou chez des individus simplement suspects à ce point de vue, ou même chez des sujets chez lesquels on ne trouve aucune trace de tuberculose. Bien que l'examen histologique et bactériologique ait fait défaut dans la plupart des cas, il est probable que tous ces cas d'abcès froids, ou presque tous, sont des cas de tuberculose linguale.

On trouve parfois une cause déterminante qui a amené la production de l'abcès. Ainsi, pour un malade de M. P. Reynier, dont l'observation citée dans la thèse de Whitmann est tout particulièrement intéressante. On l'endort pour lui gratter un petit abcès froid dépendant de l'os malaire. Une syncope due à la chloroformisation nécessite la saisie de la langue avec une pince à griffes. Quelques jours après se développe dans la partie de la langue qui avait été pincée un abcès d'allures torpides, dont le pus contient des bacilles.

Dans le cas de Herbel (1) l'abcès était consécutif à une morsure.

L'abcès est généralement unique, mais parfois, comme dans le cas de Barth, il y en a plusieurs. Il peut coexister avec une tuberculose superficielle de la langue ou de la cavité buccale, mais presque toujours il se montre en dehors de pareilles lésions.

Il peut enfin exister des ganglions sous-maxillaires.

Anatomie pathologique. — Les abcès de la langue siègent presque toujours du côté dorsal, ils sont plus ou moins profondément situés, mais généralement immédiatement au-dessous de la muqueuse. Leur volume est très variable, ils sont gros comme des pois, des noisettes, des noix. Dans un cas de Péan, il occupait toute l'étendue antéro-postérieure d'une moitié de la langue.

La partie moyenne de la langue est leur lieu d'élection. Cependant, chez le malade cité par Bergmann, un médecin, l'abcès occupait la base de la langue. Il formait là une tumeur d'une exploration assez difficile, qui fut prise pour un cancer par Wetzer. On décida de l'extirper. Mais au premier coup de bistouri il s'écoula du pus qui révéla l'erreur.

Enfin la collection est toujours unilatérale et plus rapprochée d'un des bords que de la ligne médiane.

Le pus qu'ils contiennent est tantôt bien lié, crémeux et verdâtre, tantôt séreux et grisâtre.

L'étude histologique de ces abcès a été faite avec beaucoup de soin par MM. Auché et Carrière. Étudiant un abcès non ouvert, ils ont trouvé que le contenu en était formé par des globules de pus, des éléments cellulaires multinucléés, arrondis ou à peu près au centre

(1) HERBEL, Inaugural Dissertation. Wurzburg, 1891.

de l'abcès, polygonaux ou en raquette dans une zone excentrique, et enfin à la périphérie tout à fait épithélioïdes, en somme des cellules épithélioïdes dissociées et modifiées, par des cellules géantes en petit nombre, et enfin un réticulum délicat et lâche entre ces divers éléments, réticulum visible surtout à la périphérie. Pour la paroi, dont l'épaisseur n'était pas uniforme et dont la surface interne était irrégulière et tomenteuse, elle était tapissée de cellules épithélioïdes à sa face interne, et son épaisseur contenait des cellules de tissu conjonctif plus ou moins modifiées, des leucocytes, des mastzellen et des plasmazellen très abondantes.

Il n'y avait point de bacilles dans le contenu de l'abcès, mais dans l'épaisseur de la paroi on en pouvait déceler un certain nombre.

L'examen d'un abcès déjà ouvert a permis de faire des constatations très analogues au sujet de la structure de la paroi, dont cependant le nombre des couches épithélioïdes augmentait vers l'orifice fistuleux.

Enfin, l'étude des petits abcès microscopiques a montré qu'il s'agissait de follicules dont le centre était transformé en un petit foyer renfermant quelques globules de pus. Ce petit abcès occupait la place de la cellule géante et des cellules épithélioïdes qui l'entourent immédiatement.

Enfin, au voisinage de l'abcès se trouvaient une foule de petits tubercules aberrants et isolés.

Quant à la muqueuse sus-jacente à la lésion, son épithélium était aplati et aminci comme au niveau d'une cicatrice dans les parties centrales, en même temps qu'on notait la disparition des papilles, au lieu qu'à la périphérie il y avait allongement des papilles et infiltration de l'épithélium par des cellules migratrices.

Signes. — L'abcès froid de la langue évolue avec une lenteur insidieuse qui empêche qu'on en puisse observer les premiers stades. C'est toujours en effet à la période d'abcès constitué qu'on a l'occasion de voir les malades, et toute la période préparatoire pendant laquelle s'effectue à froid le dépôt des tubercules dans l'épaisseur de la langue et leur ramollissement échappe à notre examen. Ce travail s'effectue lentement, sans douleur, et ne se révèle par aucun signe bien manifeste ni bien pénible pour le malade. Mais très souvent survient une sorte de poussée aiguë, tenant peut-être à une surinfection, qui rend la marche de l'affection plus rapide et plus sérieuse. Ou bien la tumeur, devenue perceptible pour le malade, grossit lentement et vient se dessiner à la surface de la langue dont elle soulève la muqueuse.

Quand on examine ces malades, on voit que leur langue est déformée par une saillie qui occupe un des côtés de la langue, sur sa partie moyenne, et fait saillie du côté de la face dorsale. Cette saillie est arrondie et mousse, et souvent au niveau de cette voussure la

langue est d'un rouge plus intense, et paraît dépouillée de son revêtement papillaire. Elle est plus lisse et semble parfois comme vernissée.

La palpation montre dans l'épaisseur du corps charnu une tumeur arrondie ou ovoïde, enchâssée dans les tissus environnants, et d'une consistance ferme. On a au premier abord la sensation d'un noyau solide, mais en étudiant avec plus de soin la résistance de la tumeur, on perçoit assez souvent une fluctuation parfois obscure, parfois très nette. Cette exploration peut être complètement indolente, ou déterminer une douleur notable.

Abandonné à lui-même l'abcès s'ouvre à l'extérieur en ulcérant la muqueuse qui le recouvre et demeure fistuleux. La paroi de l'abcès vide peut même bourgeonner, et ce bourgeon fongueux et mollasse vient faire issue à travers l'orifice, et s'étaler à l'extérieur comme un champignon dont le pédicule serait caché.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'affection n'est pas sans présenter parfois de notables difficultés. On peut en présence d'une tumeur intra-musculaire linguale songer à tous les néoplasmes de la langue, kystes, sarcomes, lipomes, fibromes, et aussi et surtout à une gomme syphilitique qui revêt un aspect identique.

En pareil cas on peut être guidé par les antécédents, à moins qu'ils ne soient eux-mêmes une cause d'erreur, comme chez le malade de Chauffard, qui était à la fois tuberculeux et syphilitique. Les signes de tuberculose pulmonaire constituent toutefois un élément précieux de diagnostic et *a priori* feront songer à la glossite tuberculeuse.

En présence de gommages tuberculeux multiples, on sera plus embarrassé encore, si l'on manque du renseignement précieux que donne la constatation d'une lésion pulmonaire indubitable.

Enfin, le traitement spécifique qui modifie si rapidement les glossites gommeuses syphilitiques tranchera en dernier ressort.

L'évolution différente et l'aspect bien différent aussi empêcheront de confondre ces abcès avec les tumeurs malignes, mais certains cas de glossites aiguës partielles peuvent être confondus jusqu'à l'examen bactériologique exclusivement avec les abcès tuberculeux.

On peut dire que jusqu'à présent le pronostic de ces abcès froids de la langue s'est montré peu grave. C'est évidemment de toutes les variétés de tuberculose buccale celle qui s'est montrée la plus favorable et qui a donné les plus rapides succès.

Traitement. — Ces suppurations peuvent à la rigueur guérir par une incision suivie d'applications topiques. Mais c'est là une thérapeutique longue et incertaine dans ses résultats. Aussi est-il préférable d'imiter la conduite de Péan, Le Dentu, Brun, etc., c'est-à-dire de faire suivre l'incision de l'abcès et l'évacuation de son contenu, de l'extirpation de ses parois. La suture de la plaie complétera