

arcades dentaires qui l'enserrent et bientôt y creusent des ulcérations. Quelquefois les ganglions cervicaux, les glandes salivaires s'engorgent et tous les mouvements du cou deviennent douloureux.

En même temps s'écoule une salive visqueuse; mais la salivation n'est réellement très abondante que dans la stomatite mercurielle. Il est inutile d'insister sur les troubles de la phonation, de la mastication, de la déglutition. Ceux de la respiration — dus au refoulement de la langue en arrière, à l'œdème de la glotte — sont souvent d'une gravité extrême: ils ont fait périr quelques malades, et ils sont l'indication formelle du traitement énergique par les grandes incisions.

Ces troubles fonctionnels expliquent le malaise, l'anxiété; on a observé des symptômes de congestion cérébrale, de l'assoupissement, de la céphalalgie; l'infection générale peut se traduire par de la diarrhée. La réaction fébrile est souvent assez modérée.

2° *Hémiglossite*. — Dans d'autres cas, une moitié de la langue s'enflamme seule et alors, s'il faut en croire Graves⁽¹⁾, ce serait le plus souvent la moitié gauche. Cette hémiglossite est considérée comme rare par Bruns, par B. Arnold; elle est au contraire la règle pour Stromeyer, Demme, Copland. Cette seconde opinion est également celle de Butlin, de Dyce Duckworth, et elle semble exacte, car l'abcès consécutif est le plus souvent circonscrit, unilatéral; mais il convient d'ajouter que le noyau unilatéral initial disparaît bien vite au milieu du gonflement général. Ce qui est relativement rare, en somme, c'est la circonscription de l'œdème phlegmoneux à une moitié de la langue. C'est là la caractéristique de l'hémiglossite. Dans ce cas, le gonflement est beaucoup moindre que celui de la glossite totale; le côté malade s'incurve autour du côté sain. Les phénomènes fonctionnels sont naturellement bien moins graves, d'autant mieux que la glossite se localise alors volontiers à la partie antérieure de la langue.

3° *Glossite basique* (2). — L'inflammation de la base de la langue, l'*angine linguale*, comme disait David Craigie et comme on l'a répété dans ces dernières années, est cliniquement analogue aux angines phlegmoneuses, auxquelles d'ailleurs elle est quelquefois associée et qu'elle aggrave alors notablement. C'est bien une angine, car elle est due à l'inflammation de l'amygdale linguale. Même isolée, elle est une variété grave des angines phlegmoneuses, car — comme cela est naturel d'après les connexions anatomiques — les accidents respiratoires sont souvent fort graves. Par le toucher, on constate la dureté, le gonflement, la douleur à la pression de la base de la langue. Quelquefois la partie antérieure est œdématiée et refoulée en avant, ce qui ferait croire à une glossite totale, si cette partie antérieure n'était relativement souple et surtout indolente à la pression.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'existence n'est pas douteux: le gonflement énorme de la langue permet d'affirmer la glossite. Mais il faut distinguer les diverses variétés. L'étiologie fera reconnaître la plupart du temps les plaies

(1) R.-J. GRAVES, d'après *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1828, 1^{re} série, t. XVII, p. 427. — DEMME, *Schw. Zeitschrift für Heilk.*, Berne, 1863, t. II, p. 75. — GUÉNEAU DE MUSSY, *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1879, t. I, p. 385.

(2) Parmi les travaux récents sur cette lésion, d'ailleurs depuis longtemps bien connue et interprétée, voy. GUROVITCH, *Berl. klin. Woch.*, 1892, p. 4104. — LABÈQUE, Thèse de doct. de Bordeaux, 1895-1894, n° 59. — MARION, Thèse de doct. de Paris, 1893-1894, n° 556.

envenimées, ce qui a de l'importance, car dans ces conditions les grandes incisions sont la plupart du temps inutiles.

Il en est de même dans la glossite mercurielle, caractérisée par l'abondance de la salivation, la fétidité de l'haleine, la stomatite concomitante, la fièvre peu élevée, le gonflement des glandes salivaires; tous symptômes utiles au diagnostic lorsque le sujet ne veut pas avouer qu'il a pris du mercure.

Le diagnostic de la variété — glossite totale, glossite basique, hémiglossite — s'établit par la vue et par le toucher, constatations souvent rendues difficiles, il est vrai, par l'intensité du gonflement et par la constriction des mâchoires.

Marche. — Terminaisons. — La glossite aiguë a une marche très rapide. En trois à quatre jours les accidents ont atteint leur maximum et, quand le traitement a été bien dirigé, tout est fini en huit à dix jours, en général au moins, car Joel Langelot a vu une hémiglossite traîner pendant trois semaines.

Les terminaisons sont la résolution, la suppuration, la gangrène et le passage à la chronicité. Parfois, d'ailleurs, aucune d'elles n'a le temps de se dessiner, l'œdème intense ayant en quelques heures causé une suffocation mortelle.

1° *Résolution*. — La résolution est, à tout prendre, la terminaison la plus fréquente. Mais encore faut-il établir quelques distinctions. Ainsi, elle est à peu près constante dans les prétendues glossites par plaies envenimées; mais nous avons dit que ces œdèmes aigus sont sans doute bien différents des atteintes phlegmoneuses proprement dites. Elle n'est pas rare dans la vraie glossite dite catarrhale ou *a frigore*. Peu à peu la fièvre tombe, la douleur, la dyspnée, l'aphonie s'amendent, puis c'est le tour de la dysphagie, qui de tous les symptômes est le plus persistant. Cette résolution est quelquefois marquée par des phénomènes critiques, des sueurs profuses, par exemple; une dame, soignée par Gaubric, fut soulagée après une métrorragie suivie d'avortement. Dans certains cas, et à cet égard on peut citer des faits de J. Franck, d'Ozanam, à plusieurs reprises on note, avant la résolution finale, des recrudescences et des améliorations.

2° *Suppuration*. — La suppuration serait relativement rare et cela s'expliquerait, dit-on, par la richesse musculaire et par la pauvreté conjonctive de l'organe. Il faut en distinguer deux formes: la suppuration diffuse et l'abcès circonscrit.

La *suppuration diffuse* ne reste même pas cantonnée à la langue. Elle gagne le pharynx, le larynx, elle s'accompagne d'accidents pyohémiques et en peu de temps la mort survient, à peu près inévitable, par dyspnée et par infection générale.

Elle est rare, heureusement, et presque toujours on se trouve en présence d'un phlegmon circonscrit, d'un *abcès chaud de la langue*. Cette suppuration s'annonce par les phénomènes rationnels classiques, par des frissons irréguliers, tandis que la douleur devient fixe, pulsative, que les phénomènes dyspnéiques s'aggravent. Mais bientôt le gonflement tend à se limiter, puis une tumeur molle, violacée, proémine, d'ordinaire vers la face dorsale, exceptionnellement vers la face inférieure. On la voit alors et on la touche, on constate qu'elle est fluctuante, ou plutôt seulement dépressible. A partir de ce moment les troubles fonctionnels subissent une légère détente, puis, au bout de huit à

dix jours, l'abcès s'ouvre spontanément, il en sort une à deux cuillerées de pus fétide et la cicatrisation est rapide. Il va sans dire que l'incision chirurgicale du foyer abrège de beaucoup la durée du mal. Après cette évacuation, il peut persister une induration assez prolongée.

La formation du pus n'a rien de spécial dans l'angine linguale, dont j'ai déjà indiqué la gravité particulière. De ces abcès de la base de la langue, on peut jusqu'à un certain point rapprocher certains abcès sous-linguaux, dont Fleming, Weiss (de Nancy) (1) ont relaté des exemples. Leur gravité, en effet, est due à la menace d'asphyxie. Mais, quoique la base de la langue y participe, ils seront plus rationnellement décrits parmi les maladies du plancher de la bouche.

Il est très important de diagnostiquer aussi vite que possible l'existence et le siège d'un abcès : en ouvrant à temps la collection, on évite une trachéotomie qui paraissait indiquée, et même quelquefois on sauve la vie du malade. Il faut donc, par la pression, rechercher avec grand soin la douleur localisée, la dépressibilité. Cet examen, malheureusement, est souvent rendu très difficile par la constriction des mâchoires, par le volume de la langue qui remplit toute la bouche et même pend au dehors.

3° *Gangrène.* — On observe au cours de la glossite aiguë deux variétés de gangrène : une gangrène locale, frappant la pointe prolabée en avant de la striction exercée par les dents, celle-là est peu grave; une gangrène réellement septique, frappant toute la langue. Cette deuxième forme, rare d'ailleurs, est fort grave. La débilitation de l'état général joue un grand rôle dans sa genèse, et elle se déclare presque exclusivement au cours des pyrexies ataxo-adiynamiques (2), du scorbut. Autrefois elle n'était pas exceptionnelle comme conséquence de la glossite variolique. A côté de cette gangrène précédée de glossite proprement dite, il faut ranger la gangrène d'emblée, analogue au noma, débutant sur le bord de la langue par une escarre que recouvre une phlyctène. Parfois alors, comme dans un fait de Ballard, la gangrène est précédée de vives douleurs, si bien que Clarke se demande s'il ne faut pas faire intervenir le système nerveux.

Cette gangrène, qui a les caractères objectifs de la gangrène humide, est fort grave. Souvent, en effet, le sphacèle s'étend fort loin, va ulcérer de gros vaisseaux, d'où la mort possible par hémorragie. Mais les accidents de septicémie, d'intoxication par les produits déglutis sont la cause la plus ordinaire de la mort, et c'est d'ailleurs ce qui a fait renoncer à l'ablation de la langue par la ligature lente. La guérison toutefois n'est pas impossible, la gangrène se limite et la masse mortifiée, détachée, est quelquefois rejetée d'un bloc dans un effort d'expuition. Après cela il reste au patient un moignon, souvent soudé au plancher buccal, en un ankyloglosse acquis, mais cependant fort utile à la phonation et à la déglutition. Cette conservation de la parole après une destruction totale de la langue, a donné lieu à de nombreuses controverses, dont l'intérêt aujourd'hui est purement historique; et, sans suivre Horstius, Rolland de Bellebat dans leurs dissertations sur la régénération de la langue, nous nous bornerons à renvoyer ceux qu'intéresse ce point au mémoire de Louis (3).

(1) WEISS, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1887, n. s., t. XIII, p. 52.

(2) Pour la scarlatine, voy. VIDAL, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1854, p. 260.

(3) LOUIS, *Mémoires phys. et path. sur la langue. Mém. de l'Acad. roy. de chir.*, éd. in-4, t. V, p. 486, Paris, 1774; voy. aussi t. IV, p. 96. — Voy. aussi le mémoire récent de A. et SCHULTEN, *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, Leipzig, 1892, t. XXXV, fasc. 5-6, p. 417.

La gangrène peut être le résultat d'une pustule maligne de la langue (4). Le diagnostic avec la gangrène proprement dite s'établit par les commémoratifs : non seulement on ne trouve pas les causes que nous venons d'énumérer, mais on est guidé par la profession du sujet et parfois on apprend qu'il s'est mis dans la bouche le couteau avec lequel il avait dépouillé une bête malade. Objectivement, la différence principale résiderait dans la formation de vésicules roussâtres.

4° *Le passage à la chronicité* est rare. Après l'atteinte aiguë, on voit la langue rester volumineuse, prolabée même, et dans les cas extrêmes il se constitue de la sorte une variété de macroglossie. Cette glossite chronique généralisée hypertrophique, est en général englobée dans la macroglossie proprement dite, et c'est une des causes de l'obscurité si fréquente des discussions sur la congénitalité de la maladie, sur les relations du prolapsus et de l'hypertrophie. A un degré notable, on observe sans doute un véritable prolapsus acquis de la langue, autrefois assez fréquent à la suite de l'abus du mercure, et ce prolapsus exige le même traitement que la macroglossie congénitale. Mais il a pour caractères spéciaux son origine par une glossite aiguë, son peu de tendance à l'accroissement, et peut-être est-ce lui surtout qui cède à la compression bien dirigée.

Pronostic. — De ce qui précède, il résulte que le pronostic doit toujours être très réservé. En effet, la mort en quelques heures est possible, par asphyxie ou dans le collapsus, et plus tardivement elle peut survenir par suppuration diffuse ou par gangrène, par épuisement, par pneumonie. Le pronostic dépend du siège : la glossite basique est la plus grave, l'hémiglossite est la moins dangereuse. Enfin, il faut tenir compte de la cause et, en particulier, les glossites secondaires aux maladies aiguës sont beaucoup plus sévères que la glossite dite idiopathique, *a frigore*.

Le pronostic dépend pour beaucoup du traitement, car avec une thérapeutique bien dirigée la guérison est à peu près constante.

Traitement. — Le traitement doit être envisagé à la période phlegmoneuse et à la période d'abcès.

A la période phlegmoneuse, lorsque les accidents sont modérément intenses, on peut, à l'aide d'un traitement assez doux, obtenir la résolution. On ordonnera un purgatif salin, on appliquera des sangsues sous la langue ou à la région sus-hyoïdienne (autrefois on pratiquait une large saignée générale), puis on prescrira des lavages fréquents de la bouche avec des collutoires émoullissants et antiseptiques.

Lorsque les accidents sont plus sérieux et surtout quand la dyspnée menace, on peut être forcé de faire la trachéotomie d'urgence. Mais ce sera exceptionnel si l'on attaque directement l'œdème phlegmoneux par de profondes incisions prenant toute la longueur de la langue. On en fait une ou deux selon que la glossite est unilatérale ou bilatérale. Cette thérapeutique a été préconisée depuis bien longtemps déjà par Job a Mec'kren, par Zacutus Lusitanus, à la fin du siècle dernier par Delamalle. Elle est d'une efficacité incontestable. Pour la

(4) Voy. les articles cités de Breschet et Finot (glossanthrax), Maisonneuve (p. 77), Demarquay (p. 149).

glossite basique, la partie verticale de la langue sera débridée profondément avec un bistouri en faucille.

Si le gonflement est intense, nous avons vu que la constatation exacte d'un abcès et de son siège est très aléatoire. Peu importe d'ailleurs, car l'abcès est alors accessoire; les profondes incisions le rencontreront parfois, et si elles passent à côté, il ne tardera pas à s'y ouvrir secondairement. Mais il va sans dire que si l'on sait où siège le foyer, c'est sur lui qu'il faut inciser.

L'alimentation sera composée de liquides, de bouillies. Parfois la dysphagie sera telle qu'il faudra nourrir le malade à l'aide d'une sonde œsophagienne introduite par le nez. Il est important, dans les glossites secondaires surtout, de soutenir les forces du malade par l'alimentation et par une médication tonique.

La gangrène sera combattue par de larges débridements au fer rouge. On combattra la septicité par des lavages avec une solution de chloral, par des pulvérisations d'iodoforme. L'alimentation par une sonde nasale sera de rigueur pour éviter le plus possible la déglutition de parcelles putrides.

2° GLOSSITES PROFONDES CHRONIQUES

Les scléroses profondes qui résultent de la leucoplasie linguale invétérée sont des glossites interstitielles chroniques. De même, si l'on veut, celles qu'on observe en conséquence de lésions syphilitiques. Mais ces lésions surviennent à la période ultime, alors que le traitement n'a plus de prise sur la lésion initiale. L'intérêt clinique devient donc médiocre.

D'autres glossites chroniques sont plus importantes pour le chirurgien. Il y en a deux formes principales : la glossite généralisée et les glossites localisées.

La glossite chronique généralisée hypertrophique a été indiquée plus haut comme terminaison de la glossite aiguë.

Parmi les glossites localisées, je me bornerai à mentionner les restes de glossite aiguë, abcédée ou non. Je signalerai une observation remarquable de Kappeler⁽¹⁾ où l'auteur crut à un cancer de la base de la langue et amputa l'organe : à l'examen histologique de la pièce, Roth constata simplement une myosite sclérosante, ayant probablement son origine dans l'irritation chronique causée par un calcul du canal de Wharton. J'ai déjà suffisamment parlé des glossites chroniques entretenues par des corps étrangers.

Toutes les glossites chroniques que je viens d'énumérer sont relativement rares. Mais il est une forme de glossite localisée qui est tout à fait vulgaire : c'est celle qui résulte du contact constant avec un chicot dentaire, avec une dent plus ou moins déviée. L'inflammation chronique aboutit presque toujours à l'ulcération, et cet ulcère dentaire a une grande importance en diagnostic différentiel.

Glossites dentaires. — Il est fréquent d'observer sur les bords de la langue des ulcérations d'origine purement traumatique, au niveau d'un point où un chicot vient continuellement offenser l'organe. C'est là une notion bien ancien-

⁽¹⁾ KAPPELER, *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1882, t. XVI, p. 569. — Il semble aussi que des calculs accompagnés d'accidents inflammatoires plus ou moins marqués et à répétition puissent exister dans les glandules ou dans les cryptes de la base de la langue. (Voy. GOUENHEIM, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1875, p. 95.)

nement connue, car on la trouve nettement exprimée par Hippocrate, et Celse a donné plus tard de ces lésions une description précise. Mais ces ulcères dentaires, encore appelés ulcères simples de la langue, ne sont qu'un cas particulier des diverses glossites dentaires⁽¹⁾.

Deux cas sont à distinguer :

Dans l'un, la langue hypertrophiée vient se comprimer sur les arcades dentaires. De là les empreintes qui, dans toutes les glossites, festonnent les bords de la langue. Si le gonflement dure quelque temps, ces dépressions sont susceptibles de s'ulcérer et après plusieurs atteintes de ce genre, il peut se constituer un tissu cicatriciel qui rend l'empreinte définitive. Butlin cite à cet égard une observation typique, où, de plus, les dents étaient déviées, en sorte que celles de la mâchoire supérieure, au nombre de trois, avaient creusé de la sorte la face supérieure de la langue.

Lorsque la langue est en prolapsus — nous le verrons plus loin en étudiant la macroglossie — les incisives inférieures ulcèrent plus ou moins profondément sa face inférieure. A un degré moindre, c'est par projection du frein contre ces mêmes incisives qu'on a parfois expliqué l'ulcération de ce frein au cours de la coqueluchè. Le mécanisme est analogue chez certains enfants au moment où font éruption les incisives inférieures : W. Roser signale des faits de ce genre⁽²⁾. Ces faits sont d'ailleurs exceptionnels, comme ceux, de même nature, que Dumas a observés chez deux enfants nés avec des incisives inférieures⁽³⁾.

Jusqu'à présent, la langue vient se blesser sur les dents normales. Mais les ulcères dentaires sont la plupart du temps provoqués par des dents déviées ou malades. Ainsi on peut noter l'action nocive de certaines dents supplémentaires; les ulcérations linguales par déviation de la dent de sagesse en dedans ont déjà été décrites⁽⁴⁾; quelquefois les incrustations de tartre sont en cause, mais presque toujours la lésion a pour origine une dent cariée, à moitié détruite, un chicot plus ou moins pointu. C'est en général d'une molaire qu'il s'agit, et le plus souvent d'une molaire inférieure.

⁽¹⁾ HIPPOCRATE, *Œuvres compl.*, édit. Littré, t. IX, p. 55. — CELSE, *Traité de la méd.*, trad. Védrenes, p. 441. — DUPLAY et MAROT, *Progrès méd.*, Paris, 1876, p. 225. — TRICHET, Thèse de doct. de Paris, 1885-1884, n° 267.

⁽²⁾ On a décrit sous le nom de *maladie de Riga* une lésion spéciale constituée par une petite tumeur lenticulaire, grisâtre, de 2 centimètres de longueur et de 1/2 centimètre d'épaisseur, développée sur la face inférieure et le frein de la langue. Histologiquement, c'est simplement un papillome formé par l'hypertrophie et l'hyperplasie de la muqueuse, principalement de sa couche papillaire. Dans les tumeurs ulcérées, on trouve en outre la surface infiltrée de petites cellules séparées par places par un réseau fibrillaire de fibrine.

Au point de vue clinique, l'affection se présente avec trois formes : 1° Les nourrissons sont bien portants et tout se réduit à l'existence de la tumeur sublinguale. 2° La tumeur qui existe déjà depuis quelque temps est accompagnée d'une autre affection, troubles gastro-intestinaux, tuberculose, etc., si bien que les enfants sont amaigris, cachectiques, et la complication retentissant à son tour sur la tumeur, celle-ci s'aggrave et ne présente aucune tendance à la guérison. 3° Dès le début, la tumeur est accompagnée de troubles généraux graves qui amènent ordinairement la mort de l'enfant.

Malgré cela, et d'après ce que j'ai observé par moi-même, je ne crois pas à l'existence d'une maladie spéciale. En effet, ces nourrissons ont déjà leurs incisives inférieures et nous sommes en présence d'une variété d'ulcère dentaire. (Les derniers mémoires sur ce sujet sont ceux de BRUN, *Presse méd.*, 1895, p. 25; F. FEDE, *Arch. f. Kinderheilk.*, 1897, t. XXI, p. 351.)

⁽³⁾ W. ROSER, *Arch. der Heilk.*, Leipzig, 1861, t. II, p. 471. — DUMAS, *Bull. gén. de therap.*, Paris, 1876, t. XCI, p. 514.

⁽⁴⁾ Voy. t. IV, p. 820.

Symptômes. — Les lésions dentaires de la langue passent par deux phases : une de glossite chronique, une d'ulcération. Pour Clarke, pour James Paget, l'ulcération ne se déclarerait guère qu'à l'occasion de troubles dyspeptiques, ce qui est au moins douteux.

Avant l'ulcération, on observe ce que Butlin appelle un *nodule dentaire*, rarement constaté il est vrai, car souple, indolent, il passe presque toujours inaperçu. Sa surface est marquée d'une empreinte dentaire. Si l'on n'arrache pas la dent, l'ulcération est certaine. Ce nodule ressemblerait assez à une gomme crue, n'était son siège sur un bord, sa surface marquée d'une empreinte, ses limites un peu diffuses. Il se différencie du cancer par une dureté et une profondeur moindres.

L'ulcération n'est d'ailleurs pas toujours précédée d'un nodule de ce genre. Souvent elle apparaît d'emblée et s'indure peu à peu. C'est d'abord une simple fissure ou une excoriation, puis cela devient une vraie ulcération, peu profonde, à bords sinueux et à pic, à fond finement granuleux, recouvert assez fréquemment d'un enduit pulvaccé blanc jaunâtre. Tout autour existe du gonflement et même une véritable induration, en sorte que l'ulcère semble reposer sur une tumeur. Le dos de la langue est souvent couvert d'un enduit épais, l'haleine est parfois fétide. Dans quelques cas, l'ulcération subit une inflammation aiguë et de là des mouvements douloureux, de l'adénite sous-maxillaire. En dehors même de ces poussées, le contact de la dent contre l'ulcération dans les divers mouvements de la langue provoque en général quelques douleurs.

O. Nægeli (*) a relaté une observation curieuse où la pointe de la langue fut perforée et retenue en avant par une incisive cariée et pointue. Il en résulta des troubles graves de la déglutition.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'ulcère dentaire est quelquefois difficile lorsque la lésion est ancienne, et surtout lorsque la pointe causale est peu visible. Il faut savoir, en effet, qu'il peut suffire d'une aspérité dentaire que l'œil voit à peine; mais on la sent en passant le doigt à la face interne de l'arcade dentaire. C'est cette constatation du chicot qui permet le diagnostic.

Le chancre syphilitique est plus dur, plus circonscrit, siège surtout à la pointe, s'accompagne d'adénopathie; plus tard arrivent les accidents secondaires.

Les plaques muqueuses, celles par exemple qui, sous le nom d'*ulcus elevatum*, succèdent *in situ* au chancre, peuvent ressembler à un ulcère dentaire, mais alors les lésions buccales sont multiples. Ce qui rend quelquefois le problème un peu obscur, c'est qu'un chicot est une cause possible de localisation syphilitique, et une fois une plaque muqueuse appelée de la sorte, elle se creuse, se modifie sous l'influence de la cause irritante. Peu importe, d'ailleurs, car, malgré la nature diathésique primordiale, la guérison de la lésion linguale ne s'obtient guère qu'après l'ablation de la dent pointue.

L'ulcère syphilitique tertiaire est plus profond, a une base plus large, ne siège pas souvent aux bords. Si le sujet avoue des commémoratifs spécifiques, on n'hésitera guère. Quelquefois même on n'hésitera pas assez, et Maisonneuve raconte l'histoire d'un malade, syphilitique avéré et pendant longtemps traité comme tel sans succès, qu'il guérit en quelques jours par l'extraction d'un chicot.

L'ulcère tuberculeux dans sa forme typique ne prête guère à la confusion,

(*) NÆGELI, *Correspondenzblatt für schw. Aerzte*, Basel, 1894, p. 40.

mais quelquefois il est modifié par l'irritation constante que lui imprime une pointe dentaire et son aspect laisse place au doute.

C'est dans les mêmes conditions que l'on croit quelquefois à tort à un cancroïde au début, lorsque n'existent ni les douleurs, ni les adénopathies de la période tardive, et l'on n'oubliera pas, pour éviter d'amputer la langue sans motif, un fait observé par Maisonneuve : un homme qu'on allait opérer comme cancéreux eut une rage de dents telle qu'on différa l'intervention et qu'il fit arracher la dent malade, après quoi le prétendu cancer guérit de lui-même. Dans les cas douteux, donc, au lieu d'accorder trop d'importance à l'âge, au sexe, à l'induration plus ou moins prononcée, on commencera par faire extraire les dents suspectes, et l'on observera les effets de cette intervention. De plus, lorsqu'on croira nuisible d'attendre trop longtemps, on pourra, selon le conseil de Butlin, exciser sur les parties malades un fragment qu'on soumettra à l'examen histologique.

De ce qui précède, résulte donc que les ulcérations spécifiques, diathésiques ou néoplasiques se localisent volontiers en regard d'une dent cariée, et c'est dans ces conditions que le diagnostic devient délicat. Le critérium diagnostic consistera à traiter convenablement cette dent et à observer l'évolution ultérieure de la lésion linguale.

Traitement. — Il faut avant tout limer, obturer ou extraire la dent irritante. On recommandera d'éviter toute irritation buccale : le sujet ne devra pas chiquer, fumer, prendre des aliments épicés. On prescrira quelques colutoires au borax ou au chlorate de potasse. Dans les cas rebelles, quelques cautérisations à l'acide chromique seront utiles. Si malgré cela la lésion persiste, on se méfiera d'une transformation cancéreuse et l'on n'hésitera pas à pratiquer l'ablation du mal.

III

TUBERCULOSE LINGUALE

On observe à la langue divers types de lésions tuberculeuses. L'ulcération franche en est le plus fréquent. Mais à côté d'elle il faut mentionner une autre forme de tuberculose superficielle, le lupus, que je ne décrirai point, car il est extrêmement rare et peu chirurgical. D'autre part, on peut rencontrer ici des foyers profonds, parenchymateux, sous forme d'abcès froid.

1^o ULCÉRATION TUBERCULEUSE FRANCHE

L'ulcération tuberculeuse n'est connue que depuis une date relativement récente. Morgagni, Baumès avaient bien remarqué l'existence d'ulcérations buccales chez les phthisiques à la période ultime; Frank avait noté leur ténacité. Mais leur nature tuberculeuse n'a guère été soupçonnée que par Bayle, puis par Dugès, et leur étude n'a été faite qu'après les travaux de Ricord et de