

**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 diagnostique 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<sup>o</sup> 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

Buzenet (1) et surtout de Julliard (1865), de Trélat (1870). Depuis cette époque, on a publié tant en France qu'à l'étranger de nombreux mémoires et l'on a démontré nettement, par l'histologie et la bactériologie, qu'il s'agit presque toujours d'ulcérations tuberculeuses et non d'ulcérations simples chez des tuberculeux.

**JULLIARD,** Des ulcérations de la bouche et du pharynx dans la phtisie pulmonaire. Thèse de doct. de Paris, 1865, n° 176, et voy. *Bull. de la Soc. de méd. de la Suisse romande*, Genève, 1870, p. 104 et 181. — **U. TRÉLAT,** Note sur l'ulcère tuberculeux de la bouche. *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1870, t. I, p. 35. — **FÉRÉOL,** Ulcère tuberculeux de la langue. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris, 1872, p. 188; 1874, p. 97, 120, 159, 174. — **KÖRTE,** Ueber das tubercul. Zungengeschwür. *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, Leipzig, 1876, t. VI, p. 417. — **CHVOSTEK,** Ueber das tubercul. Zungengeschwür. *Allg. Wiener med. Zeitung*, 1884, t. XXIX, p. 209, 224, 254, 260, 284. — **P. RECLUS,** Tuberculose buccale. *Gaz. heb. de méd. et de chir.*, Paris, 1887, p. 691. — **ORLOW,** Tuberkulose der Zunge. *Saint-Petersb. med. Woch.*, 1887, p. 575. — **AUGUY,** De la tuberculose linguale. Thèse de doct. de Paris, 1895-1896, n° 46.

**Étiologie.** — Les ulcérations tuberculeuses de la langue se montrent surtout chez l'homme adulte. On les a cependant observées chez l'enfant.

Elles sont dites *primitives* ou *secondaires*, selon que le sujet est indemne de toute autre tuberculose, ou au contraire déjà infecté. Dans ce dernier cas, la lésion initiale porte surtout sur le poumon et le larynx, et il semble qu'il faille alors invoquer une inoculation par les crachats, d'autant mieux que, d'après la remarque de Butlin, la langue des cachectiques est volontiers excoriée. Ces ulcérations, parfois alors combinées à des lésions analogues des lèvres, de la gorge, ne sont pas rares à la période ultime de la phtisie, mais en ce cas leur intérêt chirurgical est à peu près nul. On range également dans les ulcérations secondaires celles où la tuberculose initiale porte sur un organe éloigné comme l'anus (Bucquoy), l'épididyme (O. Weber), des ganglions (P. Reclus). Mais, s'il est bien sûr que ces malades ne rendaient pas de crachats tuberculeux, le mécanisme de l'infection est alors plus comparable à celui de l'ulcération primitive qu'à celui de l'ulcération des phtisiques. La tuberculose réellement primitive n'a été comptée que 12 fois sur 65 cas par Orlow. Dans certains cas, rares il est vrai, il y a évolution concomitante des lésions buccales et pulmonaires.

Parfois on trouve à l'agent infectieux une porte d'entrée traumatique, et je citerai les exemples suivants : morsures (A. Verneuil, Decaisne, F. Lambert), piqûre de fourchette (Ehrlich), tuyau de brûle-gueule (A. Laboulbène), pointe de dent cariée (Féréol, Leloir, Lücke). De cela on doit rapprocher une observation de Doutrépoint (2) où le bacille a infecté une ulcération syphilitique, une de Mendel (3), où il s'est implanté sur un ulcère dentaire.

**Anatomie pathologique.** — Je rappellerai pour mémoire l'opinion ancienne qui attribuait ces ulcérations à l'inflammation suppurative des glandules linguales. Cette opinion fut admise d'abord par Julliard, Gubler, Hérard et Cornil. Puis Julliard a pensé qu'il pouvait y avoir deux variétés d'ulcérations, les unes cachectiques, les autres tuberculeuses et il y a quelques mois Claude a fait voir que les ulcérations non spécifiques sont réelles. Mais les examens histologiques dus à Liouville et Vulpian, à Nedopil (4), à Friedländer, à Hanse-

(1) BUZENET, Thèse de doct. de Paris, 1858, n° 225, p. 65.  
 (2) DOUTREPOINT, *Berl. klin. Woch.*, 1887, p. 270.  
 (3) MENDEL, *Ann. de dermat. et syph.*, 1894, p. 1365.  
 (4) NEDOPIL, *Arch. für klin. Chir.*, Berlin, 1877, t. XX, p. 365.

mann, ont définitivement démontré la nature presque toujours tuberculeuse de ces ulcérations, et depuis la découverte de Koch, le bacille a été coloré par Hansemann sur les coupes, par Salzer dans les produits du raclage. Ces vérifications sont aujourd'hui courantes.

La structure du tubercule n'a ici rien de spécial. L'ulcération détruit rapidement toute l'épaisseur de la muqueuse, et l'on voit alors à nu les fibres musculaires pâles, recouvertes d'un détritit caséeux. Entre les faisceaux charnus, le long des vaisseaux, on trouve des nodules tuberculeux avec cellules géantes, et plus loin une simple prolifération conjonctive; sur les bords de l'ulcère existent quelques tubercules isolés.

**Symptômes.** — Le début a lieu par des points jaunâtres, nettement limités, du volume d'une tête d'épingle, un peu saillants. L'épithélium se détruit et laisse à nu une surface ulcérée qui grandit peu à peu.

L'ulcération est presque toujours unique; on en voit quelquefois deux, exceptionnellement trois, et je citerai comme rareté une observation d'E. Vidal où il y avait des masses caséuses multiples, grosses comme des lentilles, jaunes, qui bientôt s'ulcèrent (5).

D'abord arrondie, l'ulcération affecte plus tard les formes les plus diverses, par suite de son extension irrégulière. Son étendue est des plus variables : dans une observation de Gazagne, toute la longueur d'un bord était envahie. Dans plusieurs cas, le mal s'est propagé de la langue aux piliers du voile du palais, au plancher buccal, aux gencives.

L'ulcération a ordinairement les bords irréguliers, tantôt à peine saillants, tantôt boursoufflés, presque toujours nettement découpés. Son fond est quelquefois lisse et uni, mais presque toujours mamelonné et anfractueux, raviné, recouvert, par places au moins, de détritit caséeux. Généralement pâle, grisâtre, il peut exceptionnellement être d'un rouge vif, et Julliard l'a vu ecchymotique. Au niveau des angles, il est fréquent de constater de petites saillies arrondies, roses, les unes opaques, les autres transparentes, ressemblant, dit

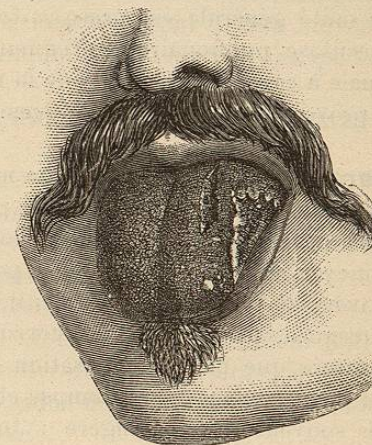


FIG. 51. — Tuberculose linguale. (Follin et Duplay.)

E. Besnier, à un grain de sagou incomplètement cuit. Autour de l'ulcération, il n'est pas rare de trouver çà et là un semis de points jaunâtres signalé par Julliard et sur la valeur duquel Trélat a insisté. Quelquefois on suit très nettement l'évolution des lésions, et l'on voit ces points s'ulcérer à leur sommet puis se fusionner avec l'ulcération principale.

Butlin décrit une forme exceptionnelle où l'ulcération est d'abord fissurique, étroite et profonde; mais elle ne tarde pas à s'étendre en surface et à prendre les caractères classiques.

En général, la base de l'ulcération n'est pas indurée, mais quelquefois elle

(5) VIDAL, Musée de l'hôpital Saint-Louis, pièce n° 1319.

devenant le siège d'une glossite interstitielle, causant une induration notable, et même, dans un fait d'Enteneuer (1), il en est résulté une véritable tumeur.

On dit que ces ulcérations occupent surtout la face supérieure de la langue : c'est l'opinion classique de Demarquay, S. Duplay. J'admettrai plutôt, avec Baudon (2), avec Butlin, la prédilection pour les bords et la pointe. Les deux faces peuvent être affectées soit primitivement, soit par extension d'une ulcération marginale.

L'engorgement des ganglions sous-maxillaires est noté par bon nombre d'observateurs, et même si l'on n'accorde pas à Julliard, à Butlin qu'il existe dans la majorité des cas, on ne saurait comprendre comment Demarquay a pu proclamer sa rareté. Cet engorgement est donc fréquent ; son évolution est en général parallèle à celle de l'ulcération linguale, et il peut aboutir à la calcification.

La lésion linguale provoque des troubles fonctionnels importants. La parole, la mastication s'accompagnent de gêne, et même de véritables douleurs, exaspérées par le contact des aliments trop chauds, trop durs, trop irritants. Quelquefois les douleurs sont nulles pendant toute la durée du mal, mais ailleurs elles sont intenses, intolérables, irradiant même jusqu'à l'oreille, comme dans le plus pénible des cancers. Dans ce dernier cas, il y a ordinairement coexistence d'ulcérations de l'isthme du gosier, toujours plus douloureuses que celles de la langue.

La salivation, la fétidité de l'haleine existent, mais en général modérées.

La santé générale est presque toujours très débilisée, non seulement par la tuberculose pulmonaire si fréquente, mais encore directement par la lésion linguale à cause des troubles de la mastication, des pertes de salive, des insomnies provoquées par les souffrances.

**Marche. — Pronostic.** — La marche est envahissante, généralement lente, continue; quelquefois elle procède par poussées.

On a proclamé l'incurabilité absolue de ces ulcères : mais depuis longtemps Stromeyer, Fleming admettent la possibilité de la guérison, et des observations relativement récentes de Verneuil, de Laboulière, de Vulpian, publiées par Pouzergues, par Ducrot, ont corroboré cette assertion (3). Mais Nedopil a fait remarquer que cette cicatrisation souvent n'est que partielle, d'autres places étant envahies en même temps, et d'autre part quand elle est complète, elle n'est souvent que passagère : Julliard, Laboulière, Barthélemy n'ont pas tardé à enregistrer la récurrence, et c'est ainsi qu'il faut interpréter probablement les faits, mis en évidence par Vulpian, où les sujets porteurs d'ulcérations tuberculeuses de la langue ont eu à plusieurs reprises des ulcérations buccales cicatrisées.

Mais cette forme superficielle et relativement bénigne n'est malheureusement pas la règle. Le plus souvent, l'ulcération persiste, rebelle à tous les traitements et, par la douleur, par la gêne à l'alimentation, aggrave encore l'état général, déjà compromis par d'autres lésions tuberculeuses. Toutefois, c'est de ces lésions, et surtout de la phtisie pulmonaire, que dépend principalement le pronostic. On aura donc soin de ne pas porter, en raison de la seule lésion lin-

(1) ENTENEUER, Dissert. inaug., Bonn, 1872.

(2) BAUDON, Thèse de doct. de Paris, 1874, n° 451.

(3) POUZERGUES, Thèse de doct. de Paris, 1875, n° 229. — F. LAMBERT, Thèse de doct. de Paris, 1876, n° 195. — L. DUCROT, Thèse de doct. de Paris, 1879, n° 555.

gualé, un pronostic fatal, et l'examen soigné des poumons, de l'intestin, du péritoine doit être pratiqué. Au total, en tenant compte à la fois de l'état général et de l'état local, le pronostic est certainement grave, et la plupart des malades, d'après les calculs de Butlin, succombent en un à deux ans.

**Diagnostic.** — Le diagnostic est évident quand on constate autour d'un ulcère grisâtre, atone, raviné, le semis de granulations jaunâtres signalé par Trélat; quand, en l'absence de ce signe pathognomonique, un ulcère suspect se déclare chez un phtisique avéré. Mais le doute n'est pas rare, malgré l'assertion d'A. Fränkel, lorsque l'aspect objectif n'est pas très caractéristique et lorsqu'en même temps le sujet est indemne de toute tare tuberculeuse.

Dans ces conditions, j'ai déjà dit que l'ulcère dentaire prête volontiers à l'erreur, d'autant mieux que parfois la tuberculose s'implante sur une excoriation créée par un chicot. Le seul procédé pour élucider le problème consiste alors à extraire la dent soupçonnée et à surveiller l'évolution ultérieure de la perte de substance.

L'erreur de diagnostic avec le cancer est parfois déclarée impossible. Cela n'est vrai que pour les cas nettement tranchés, et le fait est que les examens histologiques de Nedopil, de Körte, d'Enteneuer, ont pour la plupart été pratiqués sur des pièces de tuberculose obtenues par amputation, parce qu'on avait cru à l'existence d'un épithéliome; une des pièces de Körte a été enlevée par Lücke comme sarcome. Dans ces cas embarrassants, dont il sera surtout fait mention dans l'étude du cancer, on ne sortira souvent du doute qu'en examinant au microscope un fragment excisé.

Pour le diagnostic des ulcérations syphilitiques, je renvoie au paragraphe consacré à ces lésions.

Dans la forme superficielle passagère décrite par Vulpian et Ducrot, l'éruption tuberculeuse peut être multiple et ressembler à des aphtes. Mais la poussée aphteuse est caractérisée par l'embarras gastrique concomitant, par plus de rapidité et de bénignité encore dans l'évolution locale.

Julliard, Demarquay se sont ingéniés à différencier cliniquement l'ulcère tuberculeux de l'ulcère cachectique chez les tuberculeux. Cette distinction paraissait vaine il y a quelques années, malgré une tentative de P. Le Gendre et Du Périer (4) pour la réhabiliter. Mais depuis, elle a reçu, dans une observation de Claude (5), la sanction de la bactériologie et de l'histologie.

**Traitement.** — Le traitement doit être à la fois général et local.

Du traitement général je ne dirai rien : c'est le traitement classique de la tuberculose.

Le traitement local comporte des moyens de divers ordres.

D'abord, et dans tous les cas, on assurera une bonne hygiène buccale : lavages antiseptiques, propreté dentaire, extraction des racines, des dents cariées, pointues, déviées.

La conduite chirurgicale varie suivant que le sujet est ou non compromis par la phtisie.

Si le sujet est profondément touché par la tuberculose viscérale, il ne saurait être question de traitement curatif, et l'on s'en tiendra aux méthodes relative-

(4) DU PÉRIER, Thèse de doct. de Paris, 1882-1885, n° 567.

(5) CLAUDE, Bull. de la Soc. de biol., Paris, 18 janvier 1896, p. 68.

ment douces. L. Labbé s'est bien trouvé d'applications de teinture d'iode; Féréol, de chlorate de potasse; le perchlorure de fer, l'alun ont été utilisés avec avantage. L'acide chromique, préconisé par Verneuil, est un caustique puissant et à côté de lui se rangent les attouchements au fer rouge dont Trélat, Féréol ont obtenu d'assez bons résultats palliatifs.

Quelquefois la douleur, par son intensité, fournit une indication spéciale. Butlin conseille alors la section du nerf lingual, déjà en honneur parmi certains de ses compatriotes pour pallier la douleur des cancéreux. Mais cette section sera presque toujours inutile, et on calmera considérablement les souffrances par des moyens plus simples. On commence par les applications émollientes et laudanisées, puis, une fois la région un peu moins sensible, on abstergé l'ulcération et on la saupoudre d'iodoforme. On aura recours, au besoin, aux injections sous-cutanées de morphine.

Si le sujet n'est pas tuberculeux par le poumon, on a mieux à faire qu'à chercher, par l'action de topiques modificateurs ou caustiques, une cicatrisation toujours aléatoire malgré les quelques succès enregistrés de temps à autre. De même, si les lésions pulmonaires sont légères. L'ablation radicale du foyer infectieux semble être dans ces circonstances le traitement de choix, si l'étendue du mal n'est pas une contre-indication. Cette doctrine est celle de Billoth; elle a été soutenue en 1881 par Trélat à la Société de chirurgie, où elle a compté d'assez nombreux adhérents. Certes, elle ne met pas à l'abri des récidives. Mais quelle intervention contre les tuberculoses locales n'en est pas là? Une question maintenant se pose: comment faire cette exérèse, au thermocautère ou à l'instrument tranchant? Je pense qu'il y a un intérêt réel à laisser le moins possible dans la bouche une surface suppurante, source d'infection et capable inversement de cultiver à nouveau les bacilles de la tuberculose. L'ablation à l'instrument tranchant, suivie de suture, est donc préférable, et la suppuration ganglionnaire observée par Reclus, après une intervention au thermocautère, n'est pas de nature à modifier cette opinion.

#### 2° TUBERCULES CASÉUX PROFONDS (ABCÈS FROIDS)

La tuberculose profonde de la langue se présente au début sous forme d'une nodosité interstitielle, isolée, peu considérable, qui évolue sans grand symptôme réactionnel, sans douleur. Le plus souvent, et c'est ce qu'ont noté H. de Brun, Schwartz, F. Gade, il n'y a dans la langue qu'une seule de ces nodosités; mais H. Barth en a senti plusieurs. A un moment donné, cette nodosité se ramollit, devient fluctuante, s'ouvre à l'extérieur, et c'est à cette période de fistulisation qu'ont été observés les malades de Fano, de Gosselin.

Les sujets sont en général tuberculeux, et c'est ce qui permet de soupçonner l'abcès froid de la langue; sans quoi le diagnostic avec une gomme ramollie, avec un kyste hydatique, est impossible avant la ponction exploratrice.

Ces abcès froids seront traités, comme dans l'observation de H. de Brun, par l'ablation large suivie de suture. Si cela est impossible, on se contentera de l'incision et du curettage (1).

(1) PORTAL, *Cours d'anat. méd.*, t. IV, p. 527, Paris, an XII. — FANO, *Union méd.*, Paris, 1862, n. s., t. XVI, p. 347. — GOSSELIN, *Clin. chir. de l'hôpital de la Charité*, Paris, 1875, t. II, p. 59. — DE BRUN (H.), *France méd.*, Paris, 1885, t. I, p. 157. — GADE (F.), *Nord. Mag. for*

#### IV SYPHILIS LINGUALE

La syphilis peut frapper la langue à ses trois périodes : primitive, secondaire et tertiaire.

Il sera question ici des lésions siégeant en avant du V lingual. La syphilis de la base de la langue, c'est-à-dire de l'« amygdale linguale » est un épiphénomène de celle des amygdales et du pharynx (1).

##### 1° CHANCRE

Le chancre induré de la langue a la même étiologie que celui des lèvres, mais il est beaucoup plus rare, et sur un relevé de 642 chancres extra-génitaux, A. Fournier (2) en compte 528 des lèvres et 55 de la langue. Est-ce parce que le pus virulent est ici plus vite entraîné par la salive? ou plutôt parce que les fissures sont plus rares à la langue qu'aux lèvres? Un autre point noté est la fréquence plus grande chez l'homme, et la statistique de Demarquay nous donne, sur 28 chancres buccaux de la femme, 2 chancres linguaux, et 8 sur 59 chez l'homme. Mais Demarquay ajoute: « L'explication de ce fait se conçoit aisément », ce qui pourtant ne saute pas tout d'abord aux yeux.

On a d'ailleurs ici, comme pour tous les chancres buccaux, abusé des considérations étiologiques ayant pour base les particularités du coit *ab ore*. Cependant on accordera à P. Reclus, « sans entrer dans des considérations répugnantes », qu'on puisse comprendre pourquoi chez l'homme le chancre siégerait surtout à la pointe de l'organe et chez la femme un peu partout. Chez les enfants il occuperait volontiers le filet, d'après Demarquay.

Le chancre lingual est d'ordinaire unique. Méricamp l'a observé, au stade initial, sous forme d'un bouton blanchâtre que le patient ouvrit avec une pointe d'épingle. Ce bouton peu à peu s'ulcère, et presque toujours c'est lorsqu'il est à l'état d'ulcération que le malade vient consulter. Souvent ce sera une érosion de peu d'étendue, de forme arrondie, à surface opaline, à base indurée. Il n'est pas rare que l'induration soit noueuse et saillante, que les bords soient découpés. Quelquefois le contact des dents provoque des douleurs, des saignements. L'adénopathie, en général située à l'angle de la mâchoire, est précoce.

L'évolution est bénigne, et le phagédénisme, observé cependant (Homolle), est tout à fait exceptionnel. Presque toujours le chancre croit pendant une quinzaine de jours, puis se cicatrise. Toutefois, la transformation en plaque muqueuse, sous le nom d'*ulcus elevatum*, n'est pas très rare.

*Lægevid.* 1884, p. 95. — BARTH (H.), *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris, 25 novembre 1887, p. 442. — CHAUFFARD, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris, 24 février 1895, p. 141. — C. WHITMAN, Thèse de doct. de Paris, 1895-1894, n° 48. — SAUVAGE, Thèse de doct. de Paris, 1894-1895, n° 88. — ROLLAND, Thèse de doct. de Lyon, 1895-1896, n° 1155. — LE NADAN, Thèse de doct. de Bordeaux, 1895-1896, n° 101.

(1) O. SEIFERT, *Münch. med. Woch.*, 1895, n° 6, p. 401.

(2) A. FOURNIER, *Les chancres extra-génitaux*, Paris, 1897.