

sement, on la panse avec l'iodoforme, le salol : on calme les douleurs à l'aide d'une pommade à la cocaïne. On peut encore cautériser l'ulcère avec l'acide lactique en solution à 80 pour 100, ou avec le chlorure de zinc au 1/10^e, après badigeonnage à la cocaïne, car ces cautérisations sont fort douloureuses.

Quand le sujet n'est pas tuberculeux d'ailleurs, une ulcération de peu d'étendue, bien circonscrite, doit être extirpée avec le tissu sous-jacent, toutes les fois que le siège du mal le permet. A défaut d'extirpation on pratiquera le raclage à la curette tranchante, ou mieux encore la cautérisation au fer rouge, qui a l'avantage de ne pas provoquer d'hémorragies et de ne pas disséminer les bacilles.

On peut aussi, dans tous les cas, user avec avantage du permanganate de potasse en poudre répandu sur l'ulcère. Ce topique est déposé sur la plaie pendant dix minutes ou un quart d'heure, tous les trois ou quatre jours. Hallopeau a obtenu, par ce moyen, la cicatrisation, au moins apparente, des ulcères tuberculeux.

Si la lésion repose sur des tissus infiltrés, les injections de calomel peuvent être utiles. Une jeune femme qui portait un ulcère tuberculeux et phagédénique du pied avec éléphantiasis, fut traitée par Gastou et Dominici par le calomel en injection dans les muscles de la fesse. Après une seule injection de 5 centigrammes l'éléphantiasis disparut presque entièrement, et l'ulcère se combla sur ses bords. Cette femme ne présentait aucun stigmate de syphilis héréditaire ou acquise⁽¹⁾.

ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES DE LA LANGUE

Historique. — Ricord sut, le premier, distinguer de la syphilis et attribuer à la tuberculose certaines lésions ulcéreuses de la langue, de la bouche, de l'isthme du gosier; et son élève Buzenet, en 1858, dans sa thèse sur le chancre de la bouche, agita le diagnostic différentiel de la tuberculose et de la syphilis buccales. Julliard, de Genève, donna en 1865, une excellente description des ulcérations de la bouche et du pharynx qui se rencontrent chez les phthisiques. Cependant on doutait encore si ces lésions ulcéreuses survenues chez des tuberculeux étaient des localisations de la tuberculose ou des altérations de nature cachectique. Trélat affirma, dans une communication faite en 1869 à l'Académie de médecine, que les points jaunes qui paraissent autour de ces ulcères sont des granulations tuberculeuses caractéristiques. Dès ce moment, plusieurs observations sur ce sujet furent portées devant la Société médicale des hôpitaux par Féréol, Bucquoy, Isambert, Lancereaux, C. Paul, Laboulbène, Raynaud, Laveran, Vallin et Millard. Leurs travaux ont suscité nombre d'observations nouvelles, de thèses, de mémoires, tant en France qu'à

⁽¹⁾ Société de dermat., 1897.



II.



IV.



I.



III.

I - Ulcération tuberculeuse de l'Anus. Musée St-Louis N° 311 (Martincau).

II - Tuberculose linguale. Musée St-Louis N° 1321 (E. Bevier).

III - Gomme tuberculeuse du Bras. Musée St-Louis N° 430 (A. Fournier).

l'étranger; et, grâce à toutes ces recherches, la question de la tuberculose de la langue et de la bouche est aujourd'hui définitivement éclaircie (1).

Étiologie. — Pathogénie. — Les ulcérations tuberculeuses de la langue se voient surtout chez l'adulte, rarement dans l'enfance et dans la vieillesse. C'est communément au cours de la tuberculose pulmonaire que les sujets en sont atteints, le plus souvent à la période de consommation. Il est rare, en effet, que cette tuberculose linguale soit primitive; et, quand elle l'est, les poumons sont exposés à s'infecter tôt ou tard. P. Auguy observe que, sur 45 cas d'ulcérations tuberculeuses de la langue, 55 furent secondaires aux lésions du poumon; 10 seulement furent primitives; et trois fois, sur ces 10 cas, la tuberculose pulmonaire se manifesta dans la suite.

La rareté de la tuberculose linguale, eu égard au nombre infini des phtisiques, semble tenir à la structure musculaire de l'organe, les muscles étant peu propres à favoriser la multiplication du bacille de Koch. Les causes qui aident au développement de la lésion sont toutes celles qui offensent, irritent la muqueuse, comme la fumée du tabac, le contact d'un tuyau de pipe, la morsure de la langue, une piqûre de fourchette, une dent saillante et déviée, ou les fragments pointus d'une dent cariée, de simples érosions aphteuses, et même un ulcère syphilitique. Les bacilles contenus dans la salive, quelquefois dans les aliments, trouvant alors la muqueuse ouverte, pénètrent dans la plaie et l'ensemencent.

Symptômes. — L'ulcère siège de préférence à la pointe et sur les bords de la langue, qui sont les parties les plus exposées aux frottements et aux chocs (Planche XV, Fig. 2); de là, il empiète souvent sur l'une ou l'autre face de l'organe. Il est ordinairement unique. Sa surface est arrondie ou ovalaire, peu profonde, grisâtre. L'enduit grisâtre une fois enlevé, la surface ulcérée paraît d'un jaune gris, finement granuleuse ou mamelonnée. Les bords sont d'un rouge vif, ondulés, comme festonnés; ils sont peu élevés, mais nettement arrêtés et taillés à pic. Sur la bordure d'un rouge vif qui entoure l'ulcère on voit, ainsi que sur la muqueuse voisine, de petites élevures, de petits grains d'un blanc jaunâtre, gros comme une tête d'épingle, tantôt au nombre de deux ou trois, tantôt en semis abondant. Ces points jaunes sont caractéristiques. Ils étaient déjà connus de Bayle, qui décrivit, au commencement du dernier siècle, les aphtes des phtisiques. Ils furent signalés par Juliard; mais c'est Trélat qui reconnut leur nature et leur importance. Ces grains jaunes sont des abcès miliaires, formés par des follicules tuberculeux caséifiés. En s'ouvrant, ils sont l'origine d'une petite ulcération qui paraît taillée à l'emporte-pièce et se réunit à l'ulcère principal, d'où l'accroissement et les bords festonnés de ce dernier.

(1) DUCROT, Tuberculose de la bouche. *Thèse de Paris*, 1879, n° 555. — DUGUET, Tuberculose linguale. *Ann. méd.-chir.*, août 1885. — P. RECLUS, Tuberculose buccale. *Gaz. hebdom.*, 1887. — P. AUGUY, Ulcérations tuberculeuses de la langue. *Thèse de Paris*, déc. 1895.

Tel est l'aspect ordinaire de la lésion. Elle revêt encore, par exception, la forme d'une fissure antéro-postérieure, étroite et profonde, plus large à la partie moyenne qu'aux extrémités.

Si l'on gratte la surface de l'ulcère et qu'on examine au microscope, après coloration, le produit du grattage, on y trouve des bacilles tuberculeux.

L'adénopathie sus-hyoïdienne, du même côté que la lésion, est fréquente. C'est une adénopathie solitaire, non douloureuse, peu développée, et qui peut se terminer par la caséification.

La douleur est très variable : quelquefois nulle quand la langue est au repos, elle est réveillée par le parler, par le contact des aliments ; ou bien elle se fait sentir même quand l'organe reste immobile. Elle est souvent aiguë, lancinante, s'irradie jusqu'à l'oreille, comme la douleur du cancer. D'autres fois, au contraire, la souffrance est fort modérée ; ce n'est qu'une gêne insignifiante pour l'articulation des mots et la mastication ; mais la pression de la base de l'ulcère est toujours douloureuse.

A son début, l'ulcère de la langue est un point blanc, gros comme une tête d'épingle, qui se ramollit et donne lieu à une petite perte de substance, laquelle s'agrandit peu à peu et prend l'apparence que nous avons vue. Souvent la lésion reste superficielle, mais avec le temps elle peut gagner en profondeur jusqu'à la couche musculaire. Saisie entre deux doigts et pressée légèrement, on reconnaît tantôt qu'elle repose sur des tissus souples, et tantôt sur une base résistante, indurée d'une manière diffuse, et se perdant insensiblement dans la profondeur de l'organe. Dans quelques cas, il se développe dans la moitié correspondante de la langue une véritable glossite interstitielle. La marche de la lésion est essentiellement chronique. Une fois qu'elle a acquis certaines dimensions, elle reste longtemps stationnaire ; et si elle s'agrandit encore c'est surtout en surface, car les ulcères tuberculeux, en général, s'étendent plutôt qu'ils ne creusent.

La guérison par bourgeonnement du fond et cicatrisation définitive est rare mais non impossible. Elle peut se faire d'elle-même et mieux encore par un traitement convenable. On la voit principalement se produire dans ces formes superficielles de l'ulcère décrites par Vulpian et Ducrot. Mais trop souvent la cicatrice n'est que passagère, elle se rouvre ; ou bien elle reste toujours partielle, incomplète.

Plus d'une fois le mal s'est propagé de la langue aux piliers du voile du palais, au plancher de la bouche, aux gencives.

L'ulcère tuberculeux des joues, de l'isthme du gosier, présente les mêmes caractères que celui de la langue. Mais, à l'isthme, la déglutition est horriblement douloureuse, la salivation incessante, l'alimentation presque impossible ; ce qui porte les caractères les plus fermes au désespoir et aux projets de suicide.

En raison de la douleur plus modérée ou même nulle des ulcères tuberculeux des joues et de la langue, le malade se nourrit aisément et les forces se conservent.

Anatomie pathologique. — Au début, à la phase d'infiltration tuberculeuse qui précède l'ulcère de la langue, des granulations confluentes paraissent dans le chorion muqueux ; elles se caséifient, l'épithélium se détache à leur niveau, et la masse caséuse s'élimine. Une perte de substance est alors visible.

Une coupe histologique faite dans le tissu de l'ulcère montre que les bords et le fond sont composés uniquement de cellules jeunes. Sous cette couche superficielle et en dehors de l'ulcère se trouvent les granulations tuberculeuses caractéristiques. On aperçoit encore des follicules tuberculeux isolés jusqu'à 2 centimètres au-dessous de la surface ulcérée, dans le tissu conjonctif intermusculaire, infiltré de cellules rondes.

Les fibres musculaires qui touchent à ces lésions sont grêles et ont perdu leur striation transversale.

Diagnostic. — Le diagnostic s'appuie sur la présence de points jaunes autour de l'ulcère, et, quand les points jaunes font défaut, sur l'existence habituelle de la phtisie pulmonaire et sur l'absence de la syphilis. La recherche des bacilles dans le produit du raclage et surtout l'examen histologique d'un fragment du tissu malade seront quelquefois indispensables pour assurer le diagnostic.

Il faut savoir que tous les ulcères qui se forment dans la bouche d'un phtisique ne sont pas nécessairement tuberculeux. Dans un cas communiqué par Claude, en 1896, à la Société de biologie, il n'y avait ni bacilles de Koch, ni lésions tuberculeuses au microscope ; ce qui semble prouver la réalité d'un ulcère cachectique de la langue, causé par les parasites ordinaires de la bouche.

On ne confondra pas les ulcérations tuberculeuses avec les aphtes. Le tabac est la cause la plus ordinaire de ces derniers. Ce sont des ulcérations arrondies, nombreuses, très superficielles, à surface non grenue. Il n'y a pas de points jaunes sur la muqueuse qui les sépare. Ils se cicatrisent promptement, se succèdent les uns aux autres. Quoique plus superficiels que les ulcérations tuberculeuses, ils sont en général plus douloureux.

On rencontre quelquefois des ulcérations simples de la langue chez les fumeurs qui se servent d'une pipe à tuyau court. Les plaques nacrées et blanches, qui se voient en même temps aux joues et aux commissures des lèvres, révèlent l'usage du tabac ; et l'ulcère guérit par la suppression de la pipe.

Des dents saillantes et mal plantées, ou des fragments aigus de dents brisées blessent la langue par leur contact, leur frottement réitérés. L'érosion siège alors sur le bord de la langue, et sa situation correspond exactement à celle de la dent. Il suffit d'extraire la dent pour que l'érosion guérisse d'elle-même.

Le cancroïde de la langue paraît chez des fumeurs qui ont passé soixante ans. Il présente une surface végétante et saignante, d'où s'écoule un ichor à

odeur fétide; ses bords sont durs, relevés et renversés; l'induration sous-jacente est très prononcée : c'est une tumeur ulcérée. L'adénite correspondante est dure, douloureuse, et atteint un développement considérable.

Malgré ces caractères différentiels, une erreur de diagnostic peut être faite; et plus d'une fois un ulcère réputé cancéreux a été extirpé, dont la nature tuberculeuse fut ensuite reconnue au moyen du microscope.

Enfin la confusion est possible avec la syphilis à toutes ses périodes, chancre induré, plaques muqueuses, gommés ulcérés, selon que les lésions de la langue sont superficielles ou profondes.

On se souviendra que le chancre induré est une érosion très superficielle, au fond en relief, à surface rose et vernissée, et non pas grisâtre et granuleuse comme l'ulcère tuberculeux. L'induration sous-jacente est nettement arrêtée, enchâssée autour de la lésion, au lieu de se perdre insensiblement dans les parties profondes. La pression en est fort peu douloureuse; l'adénopathie est multiple, souvent énorme. Au bout de quelques semaines, le chancre infectant s'accompagne d'accidents secondaires évidents; il est guéri ou en voie de guérison au bout de deux mois.

Les plaques muqueuses de la langue se reconnaissent à leur teinte d'un blanc opalin, à leur fond lisse, régulier; il y en a aussi aux lèvres, à la gorge, à l'anus. On constate en même temps la cicatrisation d'un chancre, l'alopecie, des adénopathies multiples au cou, à l'aîne, des manifestations cutanées.

Les gommés syphilitiques ulcérés au lieu de siéger, comme l'ulcération tuberculeuse, vers les bords et la pointe de la langue, se trouvent plutôt vers la base de l'organe, au centre même du parenchyme. Elles produisent en s'ouvrant des anfractuosités profondes aux bords déchiquetés, et non pas des ulcérations superficielles. Dans les cas douteux, on recherchera les bacilles dans le produit du raclage, et surtout on mettra en œuvre le traitement anti-syphilitique.

Pronostic. — Le pronostic est favorable quand l'ulcère tuberculeux est primitif et l'intervention prompte. Mais, comme la lésion est presque toujours consécutive à la tuberculose du poumon, c'est sur le degré de l'altération pulmonaire et sur l'état général que le pronostic doit se régler.

Traitement. — Avant d'exposer ce qu'il convient de faire quand le diagnostic est certain, examinons quelle est la conduite à tenir dans les cas difficiles où l'on hésite sur la nature tuberculeuse, syphilitique ou cancéreuse d'une ulcération de la langue.

L'examen histologique d'un fragment du tissu malade donnera toujours, il est vrai, des éclaircissements prompts et précis; mais l'exécution en est bien embarrassante pour la plupart des médecins.

Dans cette incertitude on essayera d'abord le traitement antisiphilitique. Mais donnera-t-on de l'iodure de potassium, ou vaut-il mieux pratiquer des injections de calomel? On regarde aujourd'hui l'iodure comme un mauvais médicament en cas d'épithéliome, dont il aggrave les lésions. Il faudra donc

le répudier s'il s'agit d'une ulcération de la langue de nature indéterminée.

Le calomel n'est pas si dangereux dans ces mêmes circonstances. On a vu cependant, sous l'influence d'injections de cette substance, des épithéliomes qui d'abord s'étaient améliorés pendant deux ou trois semaines, s'accroître ensuite tout à coup avec une rapidité foudroyante. Le calomel a l'utile propriété d'opérer la résolution, au moins partielle, de la base infiltrée d'une ulcération à marche lente, de *quelque nature qu'elle soit*, aussi doit-on se garder de croire que la syphilis soit avérée par le fait de cette rétrocession.

En cas de doute, dit Lenglet, on pourra d'emblée recourir aux injections de calomel, en se souvenant qu'elles peuvent améliorer l'épithéliome en diminuant les infiltrats conjonctifs interstitiels, mais qu'il peut être dangereux d'en poursuivre l'usage au delà du temps nécessaire à la confirmation du diagnostic du cancer (1).

Passons au traitement de l'ulcération tuberculeuse.

Quand les poumons sont sains et l'état général excellent, on peut pratiquer l'amputation de la partie de la langue où siège l'ulcère. C'est le seul moyen de supprimer sûrement un foyer tuberculeux susceptible de se généraliser tôt ou tard. Mais, comme l'ulcère est en général secondaire, une telle opération est rarement opportune. Le traitement sera donc le plus souvent palliatif.

Par l'application quotidienne d'une couche de teinture d'iode on a quelquefois obtenu des effets excellents. Bucquoy, Laboulbène, Duguet, ont dû quelques guérisons à cette pratique.

On vante avec raison le badigeonnage de l'ulcère avec un tampon d'ouate hydrophile imbibé d'acide lactique en solution glycinée à 50 pour 100, ou de phénol sulfo-riciné à 40 pour 100. Un badigeonnage énergique est bien préférable à un simple attouchement; mais la douleur provoquée peut être vive, surtout avec l'acide lactique. On fera, selon qu'elle est plus ou moins cuisante, un ou deux badigeonnages par semaine. Si l'ulcère est profond, anfractueux, il est bon de pratiquer le curettage avant l'application du topique.

On touchera les ulcères douloureux avec des solutions de morphine, de cocaïne, d'antipyrine, ou bien avec la glycérine phéniquée à 50 pour 100. L'action de ces anesthésiques est passagère. Une injection sous-muqueuse de cocaïne produit un effet plus durable. On peut y avoir recours quand l'excès de la douleur est un obstacle invincible à l'alimentation.

GOMMES TUBERCULEUSES (2)

Définition. — Les gommés tuberculeuses sont des nodosités de la peau qui, petites et dures au début, augmentent de volume, se ramollissent et s'ouvrent,

(1) E. LENGLET, *Presse médicale*, 5 mars 1902.

(2) E. BESNIER, art. *Gommés* du *Dict. encycl. des sciences méd.*