

Ce fait indique nettement la conduite que le chirurgien devra tenir; une fois la nature de l'ulcération reconnue, la seule indication à remplir est de supprimer la cause. Il faudra donc enlever le chicot ou la dent, ou bien encore, si cette dernière peut être conservée, détruire avec la lime la partie saillante, point de départ de la maladie.

B. *Ulérations tuberculeuses.*

La connaissance exacte de cette variété est de date récente. Signalées par un grand nombre d'auteurs depuis Morgagni, Baumès, Frank, Bayle les ulérations tuberculeuses de la langue ont été décrites par Ricord sous le nom de *phthisie buccale*; mais c'est surtout depuis l'excellent travail de Julliard qu'elles sont véritablement bien connues. Dans ces dernières années elles ont été l'objet de monographies importantes, parmi lesquelles nous devons citer le mémoire du professeur Trélat, l'article du professeur Gubler dans le *Dictionnaire encyclopédique*; la thèse de Bourcheix, la note que Féréol a publiée dans l'*Union médicale*, enfin la thèse de Pouzergues; grâce à ces différents travaux, il est possible de tracer aujourd'hui une histoire assez complète de cette maladie.

PATHOLOGIE. — CARACTÈRES ANATOMIQUES. — Quelle est la véritable nature de ces ulérations? Telle est la première question que nous devons résoudre. Deux opinions sont en présence: dans l'une, soutenue par Julliard, Gubler, ces ulérations devraient être considérées comme consécutives à l'inflammation et à la suppuration des glandules de la langue qui finiraient par s'ulcérer; il se passerait là ce qui se rencontre chez certains phthisiques affectés d'ulérations du larynx ou du pharynx. Dans l'autre opinion, défendue par Trélat, Féréol, Bourcheix, ces ulérations seraient véritablement tuberculeuses, c'est-à-dire produites par le ramollissement de tubercules. Trélat appuie cette manière de voir sur l'examen microscopique des ulcères que présentait le malade dont il a rapporté l'observation. Enfin, Julliard (1), dans un mémoire postérieur à sa thèse, émet une opinion mixte et considère ces ulérations comme pouvant être de deux espèces; les unes seraient sous la dépendance de l'état général et de la cachexie tuberculeuse, et les autres seraient de véritables tubercules ramollis et ulcérés. Il serait assez difficile de se prononcer d'une façon absolue; toutefois, nous sommes disposés à admettre que, dans la majorité des cas, l'opinion de Trélat est exacte.

Quelle que soit d'ailleurs la nature de ces lésions, tous les auteurs sont d'accord quant au début et au mode d'apparition de la maladie. Au début, on voit sur la surface de la langue des points jaunâtres nettement limités, de la grosseur d'une tête d'épingle et faisant une légère

(1) *Note sur l'ulcère tuberculeux de la bouche* (Bull. de la Soc. méd. de la Suisse romande. Lausanne, 1870).

saillie au-dessus de la muqueuse; ces points sont parfois plus étendus et constituent alors, comme chez le malade de Trélat, de petites plaques, larges de 1 à 3 ou 4 millimètres, d'un jaune clair rappelant la coloration du pus phlegmoneux. Au bout de quelques jours l'épithélium qui les recouvre se détruit et laisse à nu une surface ulcérée; telle est la première phase de la formation de l'ulcère.

Les ulérations tuberculeuses peuvent occuper tous les points de la langue, mais plus spécialement la face supérieure et les bords; lorsqu'elles sont très-étendues, elles peuvent envahir à la fois la face supérieure, un des bords et la face inférieure; enfin, au voisinage de la base, il n'est pas rare de les voir s'étendre à la fois sur la langue et les organes voisins (piliers du voile du palais, amygdales).

Leur nombre est assez variable; toutefois, elles sont presque toujours solitaires; lorsqu'elles sont multiples, elles ne tardent pas à se réunir et à former une seule et unique ulcération. Elles affectent parfois une forme nette et arrondie; dans d'autres cas, leurs bords sont irréguliers, tantôt à peine saillants, tantôt boursoufflés, d'un rouge vif, mais jamais décollés ni taillés à pic. L'ulcération, en général peu profonde, présente une surface lisse, rosée, avec quelques bourgeons de la grosseur d'un grain de millet; lorsqu'elle est plus profonde elle offre une coloration grisâtre avec des teintes jaunâtres et est légèrement anfractueuse; l'ensemble de la lésion repose sur une base un peu dure, formant tumeur.

Tout autour de l'ulcération, la muqueuse linguale est rouge, gonflée et présente dans une assez grande étendue un véritable semis de petits points ou de plaques jaunâtres; le professeur Trélat considère la présence de ces points comme caractéristique de toute ulcération de nature tuberculeuse, et en fait un signe pathognomonique.

SYMPTOMATOLOGIE. — Nous venons d'étudier, en passant en revue les différents caractères anatomiques des ulérations de la langue, leurs signes physiques ou objectifs; il nous reste à parler des signes fonctionnels auxquels elles donnent lieu. Au début le malade éprouve une douleur plus ou moins vive dans le point où va apparaître l'ulcération; cette douleur, qui persiste, quoique moins intense, une fois l'ulcère formé, est exagérée par le passage des matières alimentaires et le frottement des dents. En même temps la phonation, la déglutition, sont rendues d'autant plus difficiles que l'ulcération est plus étendue, le gonflement de la

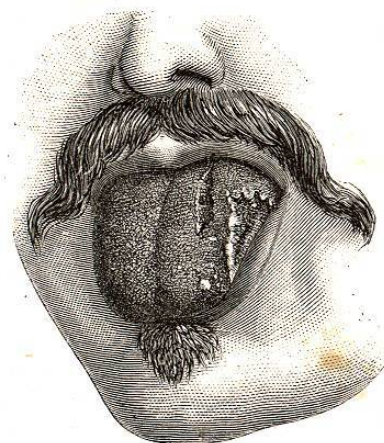


FIG. 170. — Ulcère tuberculeux de la langue.

langue plus considérable; enfin une salivation abondante incommode les malades, qui sont obligés de faire de fréquents efforts pour se débarrasser de mucosités épaisses, visqueuses et fétides. Parfois, lorsque la lésion dure depuis quelque temps, les ganglions sous-maxillaires s'engorgent et deviennent douloureux : ce signe n'est pas constant.

Enfin, dans bon nombre de cas, on constatera l'existence de lésions tuberculeuses du côté des poumons ou du péritoine. Toutefois, il ne faudrait pas compter d'une manière absolue sur la coexistence de lésions viscérales, car il importe au plus haut point de savoir que des ulcérations de la langue de nature tuberculeuse se montrent parfois chez des sujets qui ne présentent encore aucune trace de tuberculose du côté des viscéres thoraciques ou abdominaux, mais qui sont à coup sûr déjà en possession de la diathèse tuberculeuse, dont ces ulcérations constituent alors la première manifestation.

La marche de ces ulcérations est essentiellement lente et chronique; une fois développées, elles restent stationnaires pendant un temps souvent très-long. Il n'est pas impossible qu'une ulcération tuberculeuse vienne à guérir, ainsi que Pouzergues en rapporte dans sa thèse une observation, mais cette terminaison doit être regardée comme exceptionnelle; le plus ordinairement l'ulcère persiste et augmente progressivement, loin de s'amender, quelque traitement qu'on emploie, jusqu'au moment de la mort. Les malades succombent non par le fait de la lésion linguale, mais emportés par l'affection tuberculeuse générale.

TRAITEMENT. — Jusqu'à présent tous les agents thérapeutiques mis en usage sont restés sans succès; les cautérisations au nitrate d'argent, la teinture d'iode, les collutoires astringents ou cathérétiques, n'ont pas amené d'amélioration dans l'état de la maladie. Trélat a employé la cautérisation au fer rouge qui a produit une amélioration passagère et une diminution de la douleur; de son côté Féréol a obtenu avec des gargarismes au chlorate de potasse un amendement assez marqué. Enfin, dans le seul fait où la guérison a été obtenue, le professeur Verneuil a fait usage d'une solution d'acide chromique à parties égales, appliquée trois fois par semaine pendant deux mois.

En présence de cette ténacité de l'ulcère ce n'est pas une raison pour rester inactif, et nous n'hésiterions pas, surtout lorsque l'ulcération est encore limitée, à recourir à ces derniers agents à titre de palliatifs sinon de curatifs. En même temps on instituera un traitement général en rapport avec le développement des phénomènes tuberculeux.

C. Ulcérations syphilitiques.

On observe sur la langue un certain nombre d'ulcérations appartenant aux différentes périodes de la syphilis, depuis le chancre jusqu'aux diverses espèces de syphilides; ces lésions, sans être aussi fréquentes que sur d'autres organes, se rencontrent encore assez souvent pour avoir

été étudiées avec soin par tous les auteurs qui ont écrit sur la syphilis ou les affections cutanées.

Nous décrirons successivement le chancre lingual et les différentes variétés de syphilides ulcérées (*plaques muqueuses, syphilides tuberculeuses ulcérées, syphilide ulcéreuse*); quant aux *gommés ulcérées*, nous en avons donné les caractères à l'article des *tumeurs syphilitiques*.

a. *Chancre lingual*. — Le chancre de la langue est assez rare et plus rare encore que celui des lèvres; ainsi, dans la statistique faite par Fournier (1), sur 824 cas de chancre il n'y a que 3 chancres de la langue, tandis qu'il y en a 12 des lèvres. Il faut également savoir que jusqu'à présent le chancre mou n'a pas été observé sur la langue; aussi doit-on être prévenu que, lorsqu'on parle des chancres linguaux, on a toujours affaire à des chancres infectants.

L'accident primitif de la syphilis est habituellement unique et solitaire, et occupe presque toujours la pointe de la langue. Il se présente sous la forme d'une ulcération arrondie, peu profonde, à fond grisâtre, à bords rouges, saillants, indurés, comme taillés à l'emporte-pièce; la base, sur laquelle repose l'ulcération, présente également cette induration caractéristique que l'on rencontre dans les chancres infectants du gland. Les ganglions sous-maxillaires, engorgés, volumineux, sont indolents comme dans l'adénopathie syphilitique. Au bout d'une quinzaine de jours environ le chancre passe à la période de réparation; des bourgeons charnus s'élèvent du fond de l'ulcère et la cicatrisation ne tarde pas à s'établir; à ce moment l'engorgement ganglionnaire commence peu à peu à diminuer, et les troubles fonctionnels déterminés par la présence du chancre disparaissent progressivement.

Dans quelques cas, fort rares du reste, le chancre peut se transformer en plaque muqueuse ulcérée; on comprend dès lors la difficulté du diagnostic. Suivant Buzenet, voici les caractères que revêt l'ulcération : la circonférence de l'ulcère devient violacée, et le fond se recouvre d'une pellicule blanchâtre qui va se développant de la périphérie au centre.

Le pronostic ne peut être sérieux que si la nature de l'ulcération n'est pas reconnue de suite. Quant au traitement, il consiste essentiellement dans l'emploi des médicaments spécifiques, aidés de quelques cautérisations au nitrate d'argent et de quelques gargarismes émollients et détersifs.

b. *Syphilides ulcérées*. — Les principales syphilides qui nous intéressent ici sont les *plaques muqueuses, les syphilides tuberculeuses et ulcéreuses*.

La *plaque muqueuse* constitue la lésion la plus fréquente, elle se présente sous deux états, celui de simple plaque et celui d'ulcération. Les plaques muqueuses de la langue siègent en général sur la face dorsale et les bords de cet organe, mais c'est dans ce dernier point qu'elles présentent plus spécialement la forme ulcéreuse; là, en effet, elles sont plus

1) Ricord, *Leçons sur le chancre rédigées par Fournier*. Paris, 1858, p. 252.

facilement exposées aux causes d'irritation, telles que les frottements déterminés par une dent cariée, déformée, un chicot. De même, chez certains fumeurs qui placent toujours le tuyau de leur pipe du même côté, on voit survenir plus particulièrement les plaques muqueuses dans le point de la langue soumis à cette constante irritation.

Les plaques muqueuses ulcérées se présentent sous l'aspect d'ulcérations irrégulières, le plus souvent multiples, recouvertes d'une pellicule blanchâtre caractéristique, laquelle une fois enlevée laisse à nu un fond rougeâtre et saignant facilement, quelquefois en partie comblée par une espèce de détritit blanchâtre, comme pseudo-membraneux, se détachant sans difficulté. Dans quelques cas, le bord de la langue est comme festonné par une série de plaques muqueuses ulcérées, offrant une dépression plus profonde au niveau de la saillie de chaque dent.

Une salivation plus ou moins abondante, une certaine gêne dans la mastication et l'articulation des sons, accompagnent cette lésion; quant à l'engorgement ganglionnaire, il est assez fréquent, mais non constant.

Il n'est pas rare de constater en même temps, à la surface du corps, une roséole et des plaques muqueuses dans la bouche, la gorge et dans d'autres régions, l'anus, la vulve, par exemple. Mais parfois les plaques muqueuses de la langue se développent à une époque assez éloignée du début de la syphilis (dix-huit mois ou deux ans); elles apparaissent alors isolées de toute autre manifestation, ce qui complique singulièrement le diagnostic. Elles sont alors beaucoup plus rebelles au traitement.

Les *syphilides tuberculeuses* de la langue constituent une lésion peu commune et tardive de la vérole. Les tubercules qui leur donnent naissance sont en général multiples, discrets ou confluents, et se présentent d'abord sous la forme de petites saillies à base large, indurée, faisant corps avec la muqueuse, mais n'envahissant pas la couche musculaire sous-jacente. L'ulcération qui leur succède est irrégulière, d'une étendue d'un centimètre environ et n'a pas de tendance à s'étendre en profondeur; le fond est grisâtre, d'un aspect pseudo-membraneux; les bords, taillés à pic, sont d'un rouge brun, souvent œdémateux; enfin l'engorgement des ganglions sous-maxillaires est moins fréquent que dans les plaques muqueuses. Le tubercule syphilitique ulcéré laisse toujours après lui une cicatrice étoilée, peu profonde, non rétractile et n'intéressant jamais les parties sous-jacentes comme dans les gommés.

On rencontre encore, chez les syphilitiques, des ulcérations de la langue, qui ne succèdent ni à un tubercule ni à une gomme; on leur a donné le nom de *syphilides ulcéreuses*. Leur pathogénie n'est pas encore absolument définie: pour Julliard, l'ulcération serait primitive et ne serait précédée d'aucune autre lésion élémentaire, tandis que, pour Saison, la lésion débiterait par une pustule qui serait suivie d'une ulcération; la première étant indolente passerait inaperçue.

Quoi qu'il en soit, la maladie une fois établie est caractérisée par des

ulcérations assez nombreuses, à forme irrégulière, serpiginieuse; plus profondes que celles qui succèdent aux tubercules, elles détruisent le derme de la muqueuse et pénètrent à une assez grande profondeur, sans toutefois entamer les fibres musculaires; le plus souvent elles sont indolentes. Elles coïncident parfois avec une syphilide pustulo-crustacée ou ulcéreuse de la peau; l'engorgement ganglionnaire est rare et peu considérable.

Il n'est pas rare d'observer, au milieu des cicatrices qui succèdent aux ulcérations syphilitiques de la langue, des fissures plus ou moins profondes, à bords indurés et constitués par des papilles hypertrophiées; ces papilles, saillantes, d'un rouge vif, tranchent par leur coloration sur le tissu blanchâtre des cicatrices. L'ensemble de ces lésions donne à la langue un aspect tout particulier, et Saison insiste sur cette apparence au point de vue du diagnostic (fig. 180). Cet auteur n'a rencontré ces fissures que chez des sujets syphilitiques, et croit pouvoir affirmer leur nature spécifique; Fairlie Clarke adopte complètement cette manière de voir.

Le traitement à opposer à ces différentes ulcérations est local et général. On cautérise les ulcérations, soit avec le crayon de nitrate d'argent, soit mieux avec une solution de nitrate acide de mercure; des gargarismes émollients seront donnés en cas d'inflammation trop intense. Enfin, comme traitement général on aura recours à l'iodure de potassium seul ou mieux associé au mercure; mais il faut être prévenu que quelques unes de ces ulcérations, les dernières plus spécialement, résistent au traitement précédent. On pourra alors retirer de bons effets du biiodure de mercure ioduré (formule de Gibert). Les toniques seront associés aux préparations iodurées et mercurielles, lorsqu'il existera des symptômes de cachexie.

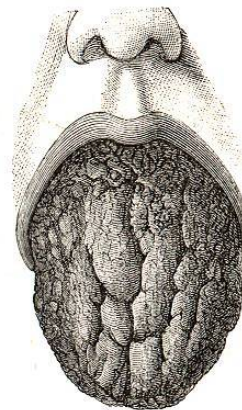


FIG. 180. — Fissures profondes de la langue à la suite d'ulcérations syphilitiques (Clarke).

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES ULCÉRATIONS DE LA LANGUE.

On comprend de quelle utilité il serait, au point de vue du pronostic et surtout du traitement, d'établir avec précision le diagnostic des différentes ulcérations de la langue. Malheureusement ce diagnostic est souvent très-incertain par ce fait que toutes les ulcérations linguales ont un certain nombre de signes qui leur sont communs, et qu'aucune n'en présente de véritablement pathognomonique. Toutefois, il nous a semblé qu'en groupant méthodiquement les circonstances diverses qui ont pré-

céder l'apparition de l'ulcération, les caractères anatomiques de la lésion, son mode d'évolution, enfin les phénomènes concomitants, il est possible de déterminer, dans la plupart des cas, la nature exacte de la maladie. En outre, il est une particularité qui pourra, selon nous, faciliter le diagnostic, ou du moins le circonscrire dans une certaine limite : l'*ulcération siége sur une tumeur, ou bien elle repose directement sur la langue*. Sans doute ce caractère n'est pas toujours absolument tranché, et, dans quelques cas, la tuméfaction qui existe au pourtour de l'ulcération est telle qu'au premier abord elle peut faire croire à une véritable tumeur. Néanmoins, avec un peu d'attention, cette incertitude ne saurait durer longtemps : une tumeur est toujours plus nettement circonscrite, mieux limitée, et le gonflement inflammatoire est toujours plus diffus. Enfin, si après l'examen le plus minutieux quelques doutes subsistent encore, on aura pour dernière ressource l'épreuve du traitement général, qui constitue souvent la pierre de touche et assure le diagnostic.

1° *L'ulcération siége sur une tumeur*. — Il n'est pas rare, comme nous l'avons dit, de rencontrer sur certaines tumeurs une ou plusieurs ulcérations plus ou moins étendues; on les observe entre autres sur des *hypertrophies linguales*, sur des *fibromes*, des *lipomes*, etc. Dans ces différents cas, l'ulcération offre toujours les mêmes caractères, n'empruntant rien de spécial à la lésion sur laquelle elle apparaît; elle présente la physionomie des ulcères que nous avons appelés *ulcères simples*. Qu'il nous suffise de dire pour le moment que leur peu de tendance à s'accroître, l'absence de phénomènes généraux, leur position sur le point de la tumeur le plus saillant et le plus souvent en contact avec les aliments ou les arcades dentaires, empêcheront de les confondre avec les tumeurs *cancéreuses* ou *syphilitiques ulcérées*. Du reste, dans le cas actuel, le chirurgien se préoccupera d'abord de la tumeur linguale. Ce diagnostic établi, l'ulcération ne constitue plus qu'un accident secondaire dont la nature est déjà en partie révélée par le diagnostic même de la lésion qui la supporte.

Les ulcérations *cancéreuses* et *syphilitiques* offrent, dans un certain nombre de cas, tant de points de ressemblance que le diagnostic peut rester parfois incertain; cependant, avec un peu d'attention, il sera presque toujours possible d'arriver à la vérité.

L'*ulcération cancéreuse* se présente au chirurgien avec les caractères suivants. En général assez étendue, elle offre une surface inégale, anfractueuse, couverte de fongosités mollasses, saignant avec la plus grande facilité, et laissant écouler un liquide sanieux d'une fétidité extrême. Ces masses végétantes sont parfois tellement considérables qu'elles envahissent une partie de la cavité buccale; dans quelques circonstances ces fongosités se mortifient et laissent à leur place de véritables cavernes inégales qui se perdent dans la profondeur du tissu lingual et même jusque dans l'épaisseur du plancher de la bouche. Les bords de cette ulcération sont indurés, calleux, souvent renversés en dehors; souvent

aussi, surtout lorsque le cancer a débuté par les couches profondes de la langue, on sent au toucher une tumeur irrégulière, dure, bosselée, s'étendant plus ou moins loin dans l'organe malade; enfin, il n'est pas rare de voir la langue rendue immobile, appliquée contre le plancher buccal avec lequel elle semble faire corps. En même temps, les malades accusent des douleurs lancinantes, et ont fréquemment des hémorrhagies qui peuvent même devenir très-inquiétantes. A cette période également le cancer ulcéré s'accompagne d'engorgement ganglionnaire. Dans quelques cas, les ganglions offrent aussi des ulcérations à forme irrégulière, à surface fongueuse, bourgeonnante. Le diagnostic sera confirmé par l'étude des antécédents, la recherche de l'hérédité, l'absence de toute autre lésion de nature syphilitique ou tuberculeuse; enfin, dans le cas où quelque doute resterait encore, l'emploi d'un traitement approprié viendrait aplanir toute difficulté.

La *gomme ulcérée* se montre sous la forme d'un ulcère à bords taillés à pic, reposant sur une base dure, lardacée, donnant lieu à un suintement d'un liquide sanieux, mal lié, peu abondant; ses bords sont quelquefois dentelés, décollés et flottants dans la cavité buccale, et circonscrivent une caverne plus ou moins profonde, limitée par une espèce de coque qui lui donne l'aspect d'un kyste; jamais on ne rencontre dans ces ulcérations de masses fongueuses et végétantes. Les parties voisines de la langue offrent souvent une ou plusieurs de ces fissures profondes à bords indurés, de ces hypertrophies papillaires sur lesquelles Saison et plus récemment Clarke ont particulièrement appelé l'attention. Enfin, les ganglions sous-maxillaires sont le plus souvent respectés. La langue jouit de sa mobilité normale et n'adhère jamais au plancher de la bouche comme dans le cancer. L'étude minutieuse des antécédents pourra faire reconnaître l'existence d'accidents syphilitiques antérieurs, et l'examen de la bouche et du reste du corps permettra de constater souvent l'existence, soit de lésions analogues à divers degrés de développement, soit de syphilides tuberculeuses ou ulcéreuses; en dernier ressort, on verra sous l'influence d'un traitement spécifique, l'ulcération se modifier et se cicatrifier peu à peu, ce qui n'arrivera pas pour le cancer.

2° *L'ulcération repose directement sur la langue*. — Les ulcérations appartenant à cette catégorie sont les plus nombreuses; ce sont celles dont le diagnostic est souvent le plus difficile. Les principales sont les *ulcérations simples*, les *ulcérations tuberculeuses* et *syphilitiques*, certains *ulcères cancéreux*, enfin quelques ulcérations beaucoup plus rares, comme les *ulcérations mercurielles*, *antimoniales*.

La situation d'une ulcération sur un des bords de la langue, sa forme longitudinale à direction antéro-postérieure, en général peu profonde, à bords tuméfiés, indurés, parfois calleux, feront songer à un *ulcère simple*. Le diagnostic sera complet, si l'examen de la bouche fait découvrir au niveau de la lésion une saillie dentaire ou un chicot pointu et irrégulier. Reste-t-il quelque incertitude? l'extraction de la dent ou la

disparition de la saillie sera suivie de la guérison rapide de l'ulcère. Si ce traitement n'est suivi que d'une légère amélioration, si malgré ce moyen l'ulcération persiste, c'est qu'alors la lésion à une double origine. Mais en tout cas, grâce à cette précaution, l'ulcération aura perdu une partie de ses caractères d'emprunt et apparaîtra, dès que la cause secondaire d'irritation aura disparu, sous son véritable aspect (*cancéreuse, tuberculeuse* ou *syphilitique*).

Il y a certaines *ulcérations cancéreuses* qui font partie de la catégorie des ulcérations que nous étudions; ce sont celles qui succèdent au cancer *superficiel*. Dans beaucoup de cas le diagnostic peut être embarrassant, et pour se guider, on se rappellera que l'ulcération cancéroïdale repose sur une plaque dure, légèrement saillante, à bord calleux et plus ou moins renversés en dehors que sa surface est peu profonde, grisâtre, offrant des mamelons irréguliers; parfois l'ulcération est constituée par une réunion de fissures, de profondeur variable, séparant des éminences formées par des papilles hypertrophiées saignant avec facilité dès qu'on vient à les dépouiller des lamelles cornées qui les surmontent. Les ganglions sous-maxillaires sont ordinairement engorgés, et au bout d'un certain temps, il n'est pas rare, quoique cela soit moins fréquent que dans le cancer profond, de voir apparaître des symptômes de cachexie. Enfin l'âge du malade, sa profession, ses antécédents héréditaires pourront encore servir au diagnostic.

Ce n'est que dans ces dernières années qu'il a été possible d'assigner aux *ulcérations tuberculeuses* des caractères qui permettent de les différencier des autres ulcérations de la langue, et pour cela on peut se fonder sur trois ordres de symptômes fournis par l'ulcère lui-même, par l'état des parties voisines, par celui des organes thoraciques. Tous cependant n'ont pas une égale valeur. C'est ainsi que les poumons peuvent être indemnes de toute lésion tuberculeuse au moment où apparaît l'ulcération; mais ils ne tardent pas à être envahis par le produit morbide, et à un moment donné il sera possible de constater des signes non équivoques de tubercules pulmonaires. Quant à l'ulcération en elle-même, elle est généralement unique à la langue, et se présente sous la forme d'un ulcère arrondi, à bords légèrement saillants, rarement indurés, jamais décollés ni taillés à pic; le fond est rosé et offre quelques bourgeons de la grosseur d'un grain de millet, parfois ce fond est grisâtre avec des teintes jaunâtres; enfin l'ulcération repose dans son ensemble sur une base qui forme comme une espèce de tumeur. Les ganglions sont le plus souvent respectés. Mais le caractère qui facilitera surtout le diagnostic est la présence de points jaunâtres tout autour de l'ulcération. Ces points existent dès le début de la lésion et persistent autant qu'elle. Notons enfin la ténacité de cette ulcération, son peu de tendance à guérir ou même à se modifier; enfin la présence d'ulcérations de même nature sur les organes voisins, amygdales, voile du palais, etc.

Le diagnostic des *ulcérations syphilitiques* est complexe; il faut recon-

naître d'abord que l'on a affaire à une ulcération spécifique, et ensuite il est nécessaire de savoir à quelle période de la syphilis la lésion doit être rattachée.

Le *chancre lingual* se reconnaîtra à son siège (ordinairement à la pointe de la langue), à l'induration spéciale et plus considérable que dans le cancroïde ou le tubercule, à ses bords franchement rouges, taillés à pic. Le plus souvent unique, il s'accompagne d'un engorgement ganglionnaire indolent et volumineux, et, il n'est pas rare de voir apparaître, dans le cours même de son évolution, des plaques muqueuses, de la roséole, enfin, l'ulcère ne tarde pas à se couvrir de bourgeons charnus et à marcher vers la cicatrisation.

Dans la *plaque muqueuse ulcérée*, point d'induration; la surface est toujours recouverte d'une pellicule blanchâtre; très-superficielle, l'ulcération n'entame pas le derme de la muqueuse linguale; enfin, en même temps qu'elle on constate la présence de plaques semblables sur le reste de la muqueuse buccale, aux organes génitaux, à l'anus. L'existence d'une roséole concomitante, les traces d'un chancre infectant, compléteront le diagnostic. Ces caractères permettront le diagnostic de la plaque muqueuse avec les autres ulcérations et avec le chancre. Toutefois il faut savoir qu'une plaque muqueuse isolée peut en imposer pour un chancre; dans ce cas l'absence d'induration et d'engorgement des ganglions conduira à reconnaître la véritable nature de la lésion.

Les ulcérations syphilitiques *tardives* se confondent d'autant plus facilement avec d'autres ulcérations que l'on est plus éloigné des accidents primitifs qui pourraient aider à découvrir la vérité. Ici, les caractères objectifs ne suffisent pas toujours, il faut rechercher ailleurs. Les troubles fonctionnels sont moins accusés dans les cas d'ulcérations spécifiques (sensation de chaleur, cuisson, etc.); l'engorgement ganglionnaire est en général indolent; enfin, Saison et Clarke insistent pour le diagnostic sur la présence de ces crevasses, de ces fissures que nous avons signalées dans la description de ces ulcérations. En pareille circonstance, on devra rechercher avec soin parmi les antécédents les traces de la syphilis, examiner les organes thoraciques en cas d'incertitude; enfin, le traitement viendra élucider la question, en débarrassant le malade de ses ulcérations si elles sont l'effet de la syphilis, tandis que si elles sont de nature tuberculeuse, on les verra persister avec la ténacité dont nous avons parlé.

Ces ulcérations sont souvent, d'autre part, confondues avec des plaques muqueuses ulcérées; or elles en diffèrent par leur profondeur plus considérable, leur fond grisâtre, saignant, jamais recouvert d'une fausse membrane, et la présence des fissures à la surface de la muqueuse linguale.

En terminant ce paragraphe, je mentionnerai comme pouvant être la cause d'une erreur de diagnostic l'existence d'*ulcérations mercurielles* ou *antimoniales*. Mais, outre que, dans ces cas, la langue n'est pas seule affectée.

tée, l'étude attentive des symptômes concomitants et des commémoratifs (*intoxication médicamenteuse* ou *professionnelle*) fera suffisamment reconnaître la véritable nature de la lésion.

ARTICLE III.

DIFFORMITÉS ET VICES DE CONFORMATION DE LA LANGUE.

On peut observer à la langue certaines anomalies ou vices de conformation. De ces anomalies, les unes sont *congénitales*, les autres sont *accidentelles* et *acquises*. Les principales sont : l'absence de la langue, sa bifidité, ses adhérences anormales ou *ankyloglosse*; à ce dernier vice de conformation se rattache la brièveté extrême du frein de la langue, ou *le filet*.

1° Absence de la langue.

L'absence de la langue est congénitale ou accidentelle; dans ce dernier cas, elle peut succéder, soit aux plaies avec perte de substance, soit à la chute d'eschares consécutives à des ulcérations de diverses natures. Ces dernières se rencontrent surtout dans le jeune âge; il n'est pas rare de les observer à la suite de certaines fièvres graves, la variole notamment. Enfin l'absence de la langue peut être due à l'atrophie de cet organe et être générale ou limitée à une moitié de son épaisseur. Chollet (1) rapporte l'observation d'un sujet chez lequel la langue était réduite à la moitié de son épaisseur.

Lorsque cette anomalie est congénitale, on constate plutôt un arrêt de développement qu'une agénésie complète; dans ce cas, la base de la langue existe encore, déformée, rétrécie, ou bien l'organe est remplacé par une petite saillie, en forme de mamelon, qui parfois se contracte au toucher d'une manière assez appréciable.

Si cette difformité est accidentelle, la disposition anatomique la plus fréquente consiste dans une dépression anormale du plancher buccal qui tantôt présente une surface unie, comme chez le malade de Banon (2), tantôt offre vers sa partie moyenne deux saillies oblongues plus ou moins mobiles. Simultanément on observe parfois un léger abaissement de la voûte palatine.

Lorsque la langue manque complètement ou dans une grande étendue, divers troubles fonctionnels sont la conséquence de cette anomalie. Chez les jeunes sujets, la succion doit s'exécuter difficilement, si tant est même qu'elle puisse se faire; les auteurs sont muets à cet égard. Chez les sujets plus avancés en âge, les observations sont plus concluantes; on note des altérations du goût, de la déglutition, de la phonation. Toutefois il faut

(1) Journ. génér. de méd., 1823.

(2) Soc. pathol. de Dublin, 16 avril, 1864.

savoir que ces troubles peuvent n'être que temporaires, fait que les chirurgiens ont constaté plus d'une fois à la suite de l'ablation plus ou moins complète de la langue : la déglutition redevient presque facile, l'expulsion possible ainsi que la mastication, enfin quelques sujets finissent par parler avec une telle facilité qu'au premier abord il semble impossible d'admettre qu'ils sont privés de langue.

De pareils vices de conformation sont au-dessus des ressources de l'art; peut-être la prothèse, qui a déjà fait de si grands progrès, pourra-t-elle venir un jour ou l'autre en aide à ces pauvres infirmes; jusqu'à présent personne n'a songé à mettre à profit l'expérience du malade d'Ambroise Paré (1), qui parvint à prononcer des paroles assez distinctes à l'aide d'une écuelle de bois introduite entre les dents.

2° Bifidité de la langue.

Cette disposition de la langue, qui est normale chez certains mammifères, chez quelques oiseaux et plus souvent chez les reptiles, est très-rare chez l'homme; presque toujours elle accompagne d'autres difformités, particulièrement les divisions congénitales de la lèvre ou du voile du palais. Dans un cas, rapporté par Parise (de Lille) (2), la bifidité de la langue coïncidait avec une division du maxillaire inférieur et un arrêt de développement de la partie inférieure de la face; l'enfant, âgé de quinze jours, succomba avant qu'il ait été possible de recourir à une opération réparatrice.

Cette anomalie peut être, quoique très-rarement, la conséquence d'une plaie de la langue; la mobilité excessive de cet organe, l'absence de toute réunion chirurgicale, peuvent expliquer ce fait. Si l'on se trouvait en présence d'un cas semblable, si la bifidité était assez étendue pour gêner les différentes fonctions de l'organe, on aviverait les deux bords de la solution de continuité que l'on maintiendrait rapprochés par quelques points de suture.

3° Adhérences de la langue (ankyloglosse).

Avec Bouisson (3), nous décrirons sous le nom d'*ankyloglosse* toute adhérence anormale, congénitale ou acquise, tenant la langue fixée en un point de la cavité buccale. Suivant que la langue se trouve fixée au plancher buccal ou aux parties latérales des gencives, des joues, l'*ankyloglosse* est dit *inférieur* ou *latéral*; l'adhérence de la langue à la voûte palatine ou *ankyloglosse supérieur* est extrêmement rare.

a. *Ankyloglosse accidentel*. — Il se rencontre rarement, la mobilité

(1) Œuvres compl., t. II, p. 608.

(2) Bull. génér. de thérap., t. LXII, p. 269.

(3) Dict. encyclop., article LANGUE.