

Citons encore l'emploi de l'*Iodol*, de l'*Aristol* en pommades à 1 pour 100, celui de l'*Iodoforme* sous forme de crayons :

Iodoforme.	10 centigrammes.
Beurre de cacao	10 grammes.

Faire une sorte de crayon avec lequel on touchera la langue plusieurs fois par jour.

Gaucher et Sergent (Congrès de médecine de 1900) recommandent les badigeonnages bi-quotidiens avec un pinceau imprégné d'une solution de *bichromate de potasse* à 1 pour 50 (procédé de Watraszewski). Ce traitement doit être poursuivi pendant des mois et des années. On peut également utiliser avec succès l'*eau oxygénée*, coupée de deux à quatre parties d'eau, en badigeonnages.

M. Stéphen Artault dit avoir employé avec succès la *teinture de myrtille*, en badigeonnages (?).

A notre avis, et c'est d'ailleurs celui de beaucoup de médecins, il y a plus d'inconvénients que d'avantages à retirer de l'emploi des caustiques; ceux-ci, et notamment l'acide chromique, le plus efficace, sont surtout indiqués dans les leucokératoses anciennes compliquées de fissures, d'érosions.

Quand la dégénérescence épithéliale est constatée, il faut user des cautérisations au *galvano-cautère* et faire nettoyer la bouche avec une solution de *chlorate de magnésie* à 1 pour 10. Perrin est plus radical; il est partisan de l'ablation précoce des plaques fissurées, ulcérées, car tout atermoiement serait périlleux. Cette opinion est partagée par de nombreux médecins.

Glossites syphilitiques. — Le traitement général diffère suivant qu'il s'agit d'une gomme ou d'une glossite scléreuse. La gomme est curable par l'*iodure de potassium*; au contraire le *mercure* est indispensable dans la sclérose, alors que l'*iodure de potassium* n'a qu'une action peu sensible; il est nécessaire d'avoir recours à un traitement intensif par les frictions ou les injections.

Tous les malades atteints de syphilis linguale doivent prendre des *soins minutieux de la bouche*, éviter l'usage des aliments irritants ou des boissons alcooliques, celui du tabac, en un mot tout ce qui peut favoriser l'ulcération des lésions. De plus ils doivent se baigner fréquemment la bouche avec de l'eau boratée.

Les *pulvérisations* sont très utiles; M. Fournier recommande de les faire avec une solution iodo-iodurée.

S'il existe des fissures sur la langue scléreuse, on les touchera tous les quatre ou cinq jours avec le crayon de *nitrate d'argent*. Dans la glossite gommeuse, lorsque l'escarre sera éliminée, on touchera le fond avec la *teinture d'iode*.

Glossite tuberculeuse. — Contre cette glossite, on a préconisé les *attouchements de teinture d'iode*, d'*acide lactique* au tiers, d'*acide chromique*, de *naphtol camphré*, la *cautérisation au galvano-cautère*. Les applications quotidiennes de poudre de *bleu de méthylène* ont une action analgésique notable et favorisent la cicatrisation (L. Rénon et Géraudel).

GLOSSOPATHIES NERVEUSES

Bien que les troubles et lésions d'ordre nerveux dont la langue est le siège ne prêtent qu'à des considérations thérapeutiques très limitées, nous croyons devoir résumer très brièvement nos connaissances sur la séméiologie nerveuse de la langue, la question étant encore peu connue.

On peut encore observer des troubles de la sensibilité, de la motilité et des troubles trophiques.

A. — Troubles de la sensibilité.

Ces troubles peuvent porter sur la sensibilité générale et sur la sensibilité spéciale.

Les premiers consistent en anesthésie et en hyperesthésie.

L'**anesthésie** est presque toujours unilatérale; elle est accompagnée ou non d'abolition du goût. Elle est habituellement sous la dépendance de l'hystérie; beaucoup plus rarement elle est due à une lésion en foyer du lobe occipital, du faisceau récurrent de Meynert, du tiers postérieur de la capsule interne, de la couche optique, de la partie externe du pédoncule cérébral et de la protubérance; elle coïncide, dans ces cas, avec une hémiplégié motrice et avec une hémianesthésie sensitivo-sensorielle.

L'anesthésie linguale siège du même côté que les autres paralysies motrices et sensitives, mais elle peut être croisée quand il s'agit d'une lésion protubérantielle.

L'hémianesthésie linguale peut encore être sous la dépendance de lésions du trijumeau dans sa partie périphérique ou dans sa portion intra-crânienne.

Le traitement de l'anesthésie hystérique consiste en l'emploi de l'*électrisation faradique* avec le pinceau. Dans tous les cas d'anesthésie, quelle que soit la cause, il faut faire prendre au malade des soins méticuleux de la bouche, faire limer les chicots et les saillies dentaires, pour éviter les ulcérations traumatiques.

L'**hyperesthésie** peut être sous la dépendance de lésions appréciables telles qu'ulcérations ou cancer; dans ce cas les douleurs sont d'une intensité extrême et ne cèdent souvent qu'aux *injections de morphine*.

D'autres fois il n'existe pas de lésions; ici encore l'hystérie peut être en cause; mais il peut s'agir aussi d'une névralgie du nerf lingual dont la cause est obscure et dont le traitement est nul; il peut exister un seul point douloureux, mais plus souvent la langue est douloureuse dans sa totalité.

Il est une dernière affection douloureuse de la langue qu'il importe de bien connaître, car elle peut donner lieu à des erreurs de diagnostic fort préjudiciables au malade, c'est la glossodynie; celle-ci peut être symptomatique du tabes, de la paralysie générale; elle est habituellement liée à un état névropathique, la neurasthénie. Les malades accusent l'existence d'un point très douloureux siégeant en général à la partie postérieure de la langue et s'imaginent qu'ils sont atteints du cancer au début; trop souvent le médecin est porté à confirmer ce diagnostic et peut être amené à proposer une intervention chirurgicale qui n'est nullement justifiée; lorsque l'on constate que la langue est lisse, souple, qu'elle ne présente ni induration ni tumeur, que le sujet est névropathe, il faut songer à la glossodynie.

Comme moyens généraux de traitement on a proposé la *quinine*, l'*arsenic* (Hardy), le *bromure de potassium à hautes doses* (Fournier). Il faut tenir

compte également des troubles digestifs, de l'uricémie, de l'insuffisance nasale, etc.

Il importe de recommander au malade l'*abstention du tabac*, du *thé*, des *aliments irritants* par leur nature ou leur température; on lui prescrit des *lavages* fréquents de la bouche avec une décoction de têtes de pavots, additionnée de 1 pour 100 de borate de soude; on peut badigeonner le point douloureux avec de la *glycérine phéniquée* (Hardy), avec du *menthol*, avec une *solution cocaïnée*. Dans les cas rebelles on ne doit pas hésiter à pratiquer une légère cautérisation à l'endroit douloureux avec la pointe fine du thermo-cautère; cette dernière intervention est tout à fait indiquée quand il y a quelque excroissance au voisinage du point douloureux; en la détruisant avec le galvano-cautère on supprime peut-être une cause occasionnelle de la glosso-dynie, mais surtout on tranquillise le malade sans lui faire courir le moindre danger (Brocq).

Cette sensibilité particulière de la langue est parfois d'origine réflexe; dans un cas elle était déterminée par la présence d'un bouchon de cérumen dans une oreille; il faudra songer à cette éventualité.

La langue reçoit ses nerfs gustatifs du glosso-pharyngien pour la partie postérieure, du lingual et de la corde du tympan pour les bords et la pointe; les impressions gustatives sont portées jusqu'aux circonvolutions corticales à travers la protubérance, le centre médian des couches optiques et les fibres les plus internes de la partie postérieure de la capsule interne.

Les **troubles du goût** peuvent se traduire par l'agueusie ou perte du goût, par l'hyperagueusie, enfin par la paragueusie ou perversion du goût.

Dans la paralysie faciale totale existe une diminution ou une abolition du goût, dans les deux tiers antérieurs de la langue (Cl. Bernard).

Dans l'hystérie, l'épilepsie, le goût est souvent aboli; l'hyperagueusie est particulière à l'hystérie, la paragueusie à l'aliénation mentale.

B. — Troubles de la motilité.

Les lésions de l'hypoglosse dans son faisceau cérébral et protubérantiel, dans ses noyaux bulbaires et dans son trajet périphérique, d'autre part celles du nerf facial peuvent donner lieu à la paralysie de l'organe, paralysie habituellement incomplète, se traduisant par la déviation de la langue, par le bredouillement, et les troubles de la déglutition.

La **paralysie de la langue** peut s'observer dans le ramollissement cérébral, quand la plaque de ramollissement intéresse le centre cortical du grand hypoglosse.

La paralysie siège du côté de l'hémiplégie des membres, la langue est déviée du côté paralysé; elle peut coïncider avec l'aphasie.

La paralysie de la langue existe également à un degré plus ou moins marqué dans les cas d'hémorragie ou de tumeurs du centre ovale ou de la capsule interne; elle est complète dans la paralysie pseudo-bulbaire, c'est-à-dire lorsqu'il existe deux lésions siégeant en des points symétriques des deux hémisphères et intéressant les faisceaux intracérébraux des deux nerfs hypoglosses; ce qui distingue cette paralysie linguale pseudo-bulbaire de la paralysie bulbaire, c'est l'absence d'atrophie de la langue, l'abolition des réflexes et de la contractilité électrique, c'est encore l'absence de symptômes laryngés et cardiaques.

Dans la paralysie labio-glosso-laryngée, la langue est atteinte en premier lieu; puis sont paralysés le voile du palais, les muscles du larynx, etc.

Les hémorragies et les ramollissements bulbaires, les tumeurs du bulbe s'accompagnent de paralysie de la langue.

La paralysie de la langue est isolée quand le tronc de l'hypoglosse est intéressé; la langue est alors atrophiée.

Dans la paralysie faciale, la langue est déviée du côté opposé à la paralysie (par suite de l'action prédominante du styloglosse sain); elle peut cependant être entraînée du côté paralysé, par suite de la paralysie du génioglosse qui vient annihiler l'action du styloglosse; cette déviation du côté paralysé indique une paralysie faciale de cause centrale.

La paralysie plus ou moins complète de la langue peut s'observer dans la paralysie générale, dans l'épilepsie; elle peut constituer l'accès d'épilepsie ou bien survenir après l'accès et durer plusieurs heures.

Le **tremblement de la langue** s'observe dans l'épilepsie, la paralysie générale, la paralysie agitante, la sclérose en plaque, le goitre exophtalmique, dans les intoxications (alcool, mercure), dans les fièvres graves (fièvre typhoïde). Dans la paralysie générale il constitue un signe de grande valeur pour le diagnostic.

Les **spasmes toniques de la langue** se rencontrent dans l'hémiplégie avec contracture et dans l'hystérie; les **spasmes cloniques** ont été observés également dans l'hystérie (hémispasme glosso-labié), dans l'épilepsie, dans la chorée, dans la maladie de Thomsen et dans le paramyoclonus multiplex: les muscles de la face et de la langue sont animés de secousses fibrillaires chez les malades atteints de paramyoclonus; les mouvements convulsifs acquièrent parfois une telle intensité, que les malades sont contraints de la maintenir avec les mains.

Il n'existe pas de traitement particulier des spasmes et du tremblement de la langue; dans la chorée, le traitement général par l'antipyrine et par les autres moyens en usage peut venir à bout du tremblement linguale, mais l'existence de ce tremblement indique toujours une forme grave de la maladie.

C. — Troubles trophiques.

Des troubles trophiques de la langue, le plus fréquent et le mieux connu est l'**atrophie**, qui est habituellement unilatérale et sous la dépendance d'une destruction du noyau bulbaire de l'hypoglosse; exceptionnellement, elle est due à la compression du tronc de ce nerf; il n'existe pas d'atrophie linguale de cause cérébrale; l'absence d'atrophie est même l'un des signes distinctifs entre la paralysie glosso-labiée d'origine cérébrale et la paralysie glosso-labio-laryngée d'origine bulbaire; dans cette dernière maladie, l'atrophie est le plus souvent bilatérale; elle est, au contraire, unilatérale dans le tabes (Charcot); exceptionnellement l'atrophie unilatérale a été constatée dans la paralysie atrophique de l'enfance, dans la paralysie générale.

Toutes les causes de compression intra-crânienne du tronc de l'hypoglosse (ménin-gites, tumeurs gommeuses, etc.) ou sa section traumatique peuvent déterminer l'atrophie de la langue.

Comme l'atrophie, l'**hypertrophie** peut être générale ou partielle.

La macroglossie a été observée dans l'atrophie musculaire à forme pseudo-hypertrophique (Hamon), dans l'acromégalie (Marie), chez les crétins, enfin comme malformation congénitale.

Les hypertrophies unilatérales sont également d'origine congénitale.