

de peu de temps une nouvelle excitation peut déterminer une nouvelle contraction et ainsi de suite. Quoi qu'il en soit, il suffirait d'anesthésier le malade pour voir cette contracture disparaître et constater ainsi l'origine musculaire de la stricture.

Dans tous les cas où, après s'être assuré que les muscles sont indemnes, qu'il n'existe pas de cicatrices vicieuses et si cependant la bouche ne peut pas s'ouvrir, c'est du côté de l'articulation elle-même que se trouveront les obstacles fibreux ou osseux.

**Traitement.** — S'agit-il de rétraction musculaire, il ne faut pas perdre trop de temps à tenter d'obtenir des résultats par l'électricité ou le massage, car il ne faut pas oublier que la sclérose musculaire fait des progrès incessants et que l'articulation immobilisée peut s'altérer par la disparition des cartilages. Mieux vaut donc en arriver de bonne heure à la section sous-cutanée du masséter et à l'ostéotomie de la coronéide pour mobiliser le muscle temporal si, à la suite de l'opération sur le masséter, la bouche ne s'ouvre pas facilement.

Quand il s'agit de cicatrices vicieuses, nous retombons dans les difficultés que déjà plus d'une fois nous avons signalées : la cicatrice se reforme, se rétracte à nouveau, le résultat obtenu disparaît de jour en jour et la stricture se trouve augmentée.

Enfin dans les ankyloses articulaires on a distingué celles dues à des adhérences fibreuses que l'on pourrait rompre par une dilatation forcée, brusque, de la mâchoire. Pour celles au contraire qui sont dues à des jetées osseuses ou plus encore à une soudure des deux os après disparition des cartilages d'encroûtement et du ménisque, on ne peut fonder quelque espoir que dans la production d'une fausse articulation. Toujours il faudra la tenter, car la nutrition du malade est en jeu et par suite la prolongation de son existence.

Pour arriver à établir une nouvelle articulation on se sert de deux méthodes, l'une (Rizzoli) qui consiste à sectionner la branche montante et à lui faire exécuter ensuite des mouvements ; dans l'autre méthode (Esmarch) pour éviter (inconvenient qui est arrivé quelquefois) la formation d'un cal entre les deux fragments sectionnés, on enlève un segment plus ou moins large de la branche montante, on maintient les fragments à distance et on produit ainsi une fausse articulation qui, alors même qu'elle resterait incomplète et que les fragments se réuniraient par des tissus fibreux, n'en permettrait pas moins des mouvements.

## 12° AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA LANGUE.

### A. — Lésions traumatiques.

Les plaies de la langue par instruments piquants ou tranchants ne sont produites en général que par des corps introduits dans la bouche

et enfoncés dans le tissu lingual soit par les mouvements de la mastication, soit accidentellement par une chute ou un effort extérieur quelconque. On a signalé des coupures de la langue déterminées chez les enfants par des herbes à bords dentelés, introduites dans la bouche et retirées brusquement. Toutes ces causes, dont la multiplicité est très grande, arêtes de poisson, dents de fourchette, aiguilles de toute espèce, lames de canif ou de couteau, etc., etc., déterminent toujours une piqûre ou une section à la suite desquelles, en raison de la grande vascularité de l'organe, une hémorrhagie plus ou moins abondante se produit.

Les plaies contuses sont dues, le plus souvent, à des morsures, quand la langue est prise entre les arcades dentaires au moment où brusquement le maxillaire inférieur se relève avant que l'organe lingual ait pu être ramené en arrière. On s'explique dès lors combien les morsures sont fréquentes pendant les attaques brusques d'épilepsie, d'hystérie ou de tétanos. Le lambeau de la langue peut être plus ou moins détaché ou sectionné, les vaisseaux ouverts donnent naissance à une perte de sang assez considérable qu'il faut arrêter par le froid, les styptiques, la compression et mieux encore par une suture métallique profonde, capable d'affronter exactement les surfaces.

À la suite de violences extérieures sur les maxillaires, l'inférieur le plus souvent, à la suite de coups de feu, d'éclats de mine, etc., les projectiles ou les débris de pierre comme aussi les fragments des dents brisées peuvent venir s'implanter dans le tissu de la langue, et y déterminer les accidents de tous les corps étrangers. Il en serait de même si, au moment d'une chute ou d'une violence extérieure, un objet que le blessé tiendrait à ce moment à la bouche, tuyau de pipe, etc., venait à se loger dans la langue. Dans les tentatives de suicide par un coup de feu tiré dans la bouche ou sous le menton, aux lésions produites par les esquilles, les fragments de dents, il faut encore ajouter les effets de l'éclatement des parties molles dû à l'expansion des gaz. L'hémorrhagie est dans tous ces cas le premier accident qu'il faut combattre ; puis la langue s'enflamme, augmente de volume sous l'influence de la glossite qui se développe ; ce gonflement de l'organe en gêne les fonctions, ce que le lecteur comprendra sans qu'il faille insister. La plaie suppure plus ou moins, l'irritation réagit par réflexe sur les glandes salivaires dont l'hypersécrétion détermine un écoulement considérable de liquides auquel s'ajoute la quantité de pus produite par la ou les plaies contuses.

**Traitement.** — Arrêter l'hémorrhagie, enlever tous les corps étrangers quels qu'ils soient partout où on les trouvera dans le corps de la langue, réunir les lambeaux plus ou moins détachés au moyen de sutures métalliques profondes, faire des lavages et des injections antiseptiques. La guérison intervient assez rapidement, mais trop souvent des adhérences vicieuses consécutives nécessitent, alors que les bles-

sures sont étendues, des opérations ultérieures destinées à mobiliser la langue devenue adhérente.

Les traumatismes de la langue peuvent intéresser les artères de l'organe et déterminer ainsi des *anévrismes diffus* ou *circonscrits*. Comme toujours dans le premier cas c'est plutôt un frémissement répandu dans toute la partie de langue envahie et gonflée par le sang extravasé, que de véritables battements, qui est perçu sous le doigt de l'explorateur. Quand, au contraire, l'anévrisme est circonscrit, c'est une petite tumeur pulsatile à laquelle on a affaire.

Dans tous les cas la pratique la plus sage consiste dans la ligature de la linguale, l'enlèvement des caillots après ouverture de la poche, etc. (Voir ce que nous avons dit des anévrismes en général, t. I, page 635.)

Parmi les lésions traumatiques de la langue, il en est qui sont dues à des brûlures. Elles sont fréquentes, causées soit par des liquides trop chauds portés dans la cavité buccale, soit par des liquides corrosifs que la malveillance, l'inadvertance, ou une tentative de suicide y ont introduits.

Les accidents déterminés par ces brûlures ou ces cautérisations varient avec le degré plus ou moins grand de destruction des parties vulnérées. Si l'épithélium seul est atteint, il peut se produire une simple chute cellulaire accompagnée de douleurs dues à la mise à nu des éléments nerveux sensitifs; l'épithélium tombé se reconstitue bientôt et la guérison est parfaite. Lorsqu'au contraire le derme muqueux et, à plus forte raison, les fibres musculaires sous-jacentes qui s'insèrent sur la profondeur de la charpente dermique sont détruits, des phlyctènes d'abord, des ulcérations au moment de l'élimination des éléments mortifiés se produisent, une glossite peut survenir et toujours une suppuration plus ou moins abondante s'établit. Si les brûlures sont très étendues, si les autres parties de la cavité buccale sont atteintes, le malade peut courir les dangers de l'asphyxie par gonflement des tissus qui interceptent le passage de l'air, ou par intoxication septique. Et plus tard, après la cicatrisation, des adhérences vicieuses peuvent entraîner des gênes fonctionnelles de toute nature.

#### B. — *Lésions nutritives de la langue.*

a. **Glossite aiguë.** — Sous l'influence de tous les traumatismes que nous venons de passer en revue, sous l'influence encore de chicots dentaires qui par leur pointe irritent les bords de la langue dans les mouvements si multipliés qu'exécute cet organe; à la suite d'infections générales de l'économie, fièvres putrides et septiques de toute nature, il peut se développer une inflammation de la langue, bilatérale et généralisée ou limitée à une partie ou à une moitié de l'organe.

Les fibres musculaires de la langue sont plongées dans un tissu con-

nectif interstitiel mou et délicat en continuité immédiate avec celui du derme muqueux. Toute irritation nutritive portée sur la muqueuse et atteignant le derme pourra donc se communiquer facilement aux éléments connectifs intermusculaires, dont les lacunes se rempliront de liquides et de globules blancs pendant qu'en même temps les vaisseaux se dilateront et produiront la congestion sanguine de l'organe. La langue étant ainsi tuméfiée, grossie, viendra faire saillie entre les arcades dentaires et remplira la cavité buccale. Les dents presseront contre cette masse tuméfiée et y imprimeront des empreintes, des gouttières plus ou moins profondes.

Si l'affection ne porte que sur un point limité ou une moitié de la langue, les accidents seront en rapport avec l'étendue de la glossite. Une fois que la langue en totalité ou en partie fait saillie en dehors des arcades dentaires, sa muqueuse se dessèche sous l'influence de l'air extérieur, elle devient brune, sèche, dure.

Les fibres musculaires peuvent elles-mêmes être dégénérées par myosite et plutôt par suite de l'étranglement que leur fait subir le tissu connectif interstitiel.

Des douleurs vives, de la fièvre, des désordres fonctionnels du côté de la parole, de la respiration, de la déglutition sont la conséquence oblige de l'augmentation du volume de la langue.

A ce moment la glossite peut rétrocéder et au bout de quelques jours tout rentrer dans l'ordre, comme aussi la suppuration peut s'établir et un abcès de la langue survenir; le pus qui s'en écoule soit après l'ouverture spontanée de la collection, soit après son incision, est très souvent fétide. Par suite du gonflement œdémateux des parties molles qui avoisinent la base de l'organe, il peut se produire un œdème de la glotte rapidement mortel si l'on n'y prend garde. On a encore signalé des cas d'infection putride qui seraient survenus après des abcès de la langue, de même qu'il existe dans la science quelques cas de gangrène de l'organe, soit que la mortification ait été, ce qui me paraît difficile à admettre, le résultat de sa compression entre les arcades dentaires, soit plutôt par suite d'infiltration de produits septiques.

**Traitement.** — Des antiphlogistiques, sangsues, émoullients, glace, accompagnés de gargarismes antiseptiques ont habituellement raison de la glossite. Si le gonflement est très considérable, si les accidents fonctionnels sont de nature à faire craindre l'asphyxie, il faudra inciser la langue d'arrière en avant sur les côtés de la ligne médiane, et toujours en cas d'abcès donner issue au pus. Ces incisions peuvent provoquer sans nul doute des hémorragies graves quelquefois, mais mieux vaut les combattre que de risquer une asphyxie imminente. Dans les cas extrêmes on devra, s'il est nécessaire, en arriver à la trachéotomie pour combattre l'asphyxie.

b. **Glossite chronique.** — Supposons maintenant que les accidents

décrits plus haut, au lieu d'évoluer d'une manière aiguë, évoluent au contraire plus lentement, ou bien qu'à la suite d'une glossite aiguë la rétrocession de l'irritation ne se soit pas faite complètement, il nous faudra admettre un autre processus morbide. L'irritation continue, mais d'intensité modérée produite sur un point de la langue par un chicot dentaire contre lequel elle frotte et s'excorie à chaque mouvement, pourra aboutir à une sclérose localisée et partielle de l'organe; un véritable tissu cicatriciel, rétracté à base indurée, douloureuse, se produira à ce niveau: c'est là une des formes de la glossite chronique.

Mais si d'autre part l'inflammation est entretenue par la présence de produits tuberculeux, des abcès multiples, de petit volume, contenant un pus mal lié comme celui que l'on rencontre dans toutes les collections de cette nature, se développeront dans la langue, en y entretenant une difformité, un gonflement général ou partiel. Les papilles hypertrophiées laisseront entre leurs bases des sillons dont la profondeur livrera un accès facile aux parcelles alimentaires, nouvelle et incessante source d'irritation. Ces petits abcès, soit qu'ils s'ouvrent naturellement, soit que le chirurgien les ouvre, peuvent donner naissance à des fistules en raison de la présence persistante des éléments tuberculeux.

Je reviendrai plus loin sur cette question des tubercules de la langue.

**c. Glossites d'origine névritique.** — On connaît quelques cas de glossites limitées au territoire du nerf lingual, quelques autres qui manifestement étaient liées à des éruptions herpétiques de la face: il me suffit de les indiquer. Mais il est une autre affection de la muqueuse linguale, bien connue aujourd'hui, le *psoriasis de la langue*. Bien qu'elle puisse peut-être être plus tard rattachée aux affections microbiennes, je crois devoir jusqu'à nouvel ordre la faire rentrer dans les lésions névritiques de trophicité.

En réalité, on ne s'explique pas bien le nom de psoriasis donné à cette affection linguale, car son aspect ne rappelle pas du tout le psoriasis cutané. Pour les uns, cette maladie se confondrait avec les plaques muqueuses syphilitiques, pour d'autres, au contraire, ce serait une affection épithéliale de nature spéciale.

Quoi qu'il en soit, l'épithélium buccal et lingual subit un épaissement corné, kératique, qui débute toujours par des élevures papillaires rougeâtres, légèrement douloureuses pendant les mouvements de l'organe; puis les plaques changent de couleur, l'épithélium se durcit, prend un aspect gris perlé, puis blanc nacré, et jusqu'au moment où leur accroissement s'arrête, elles sont limitées par un liséré rouge vif.

Assez petites et isolées au début en raison même de leur origine papillaire, ces plaques finissent par se réunir et s'étaler; l'irritation chronique qu'elles transmettent au derme sous-jacent en détermine la sclérose; d'où résulte une rétraction qui leur donne l'apparence

rayonnée avec base indurée et avec fissures longitudinales ou transversales; ces fissures sont douloureuses et saignent facilement. Elles circonscrivent alors de petits mamelons verruqueux indurés, quelquefois ulcérés, qui en imposent à première vue et font croire à un épithélioma. Le dos de la langue peut dans ces cas être revêtu d'une véritable coupole cornée blanche dont les éléments superficiels se desquament plus ou moins activement.

On a très souvent confondu cette affection avec un épithélioma au début; aussi quelques auteurs admettent-ils encore aujourd'hui deux variétés du psoriasis lingual, l'un bénin, l'autre capable de se transformer en épithélioma.

Cette affection semble appartenir de préférence au sexe masculin; aussi s'est-on empressé d'en accuser le tabac, et comme quelquefois elle s'étend à la bouche et aux joues, on a cru devoir donner à ces plaques buccales le nom de plaques des fumeurs. Mais il est beaucoup de contrées, même en France, où les femmes fument comme les hommes, et cependant je ne sache pas qu'en Normandie et dans le Nord elles soient plus souvent atteintes de psoriasis lingual que dans les départements où elles n'ont pas l'habitude de la pipe.

On a voulu encore, ainsi que je l'ai dit plus haut, n'y voir que de la syphilis. Pour ma part je connais une femme qui certes n'a jamais eu d'antécédents syphilitiques, qui jamais n'a fumé et qui est atteinte de psoriasis lingual.

Quand l'affection est arrivée à un degré avancé, la gêne fonctionnelle qu'elle entraîne est considérable: la langue devenue sèche, dure, ne se prête plus aux mouvements de la parole, à ceux de la déglutition, et ses érosions peuvent causer de vives douleurs.

**Traitement.** — Les désordres fonctionnels, la possibilité peut-être (?) de la transformation en épithélioma, exigent une intervention active. Les cautérisations dont on s'est servi pendant quelques années, dans l'espoir de détruire les tissus malades, n'ont donné que des résultats fâcheux ou douteux. C'est là un des motifs qui me font croire, au moins dans l'état actuel de nos connaissances, à l'origine névritique de la maladie. C'est à une large extirpation des plaques que l'on doit avoir recours. S'il existait un doute sur les antécédents, il faudrait s'adresser d'abord au traitement antisiphilitique mixte et en arriver à l'extirpation dès que l'on aurait acquis la certitude que ce traitement spécifique ne produit aucune amélioration.

Il est d'autres affections névritiques du nerf lingual qui sont plus spécialement en rapport avec les phénomènes sensitifs, aussi sont-ils surtout caractérisés par la douleur. La compression du tronc nerveux les exaspère, ainsi que les contractions musculaires, et les fait apparaître par crises. La douleur se transmet par irradiation au nerf maxillaire inférieur, au tronc du trijumeau, dont toutes les branches sont successive-

ment atteintes. Le point de départ de ces névrites ascendantes paraît toujours être périphérique et constitué par des ulcérations de quelque nature qu'elles soient de la muqueuse papillaire. On peut voir, paraît-il, au moment des crises, ces plaques ulcérées et la langue elle-même pâlir, ce qui démontre une excitation des filets de vaso-motricité amenant une constriction vasculaire.

L'élongation du lingual agissant sur les fibres nerveuses par le mécanisme que nous avons indiqué a donné de bons résultats; c'est donc à ce procédé opératoire qu'il faudrait avoir recours; mais en tous cas la cautérisation directe ou la destruction par extirpation des parties ulcérées semblent être le seul et vrai moyen de guérison.

### C. — Lésions formatives de la langue.

#### A. — Fibromes.

Les fibromes de la langue sont rares; il en existe cependant quelques cas bien connus et bien définis. Comme tous les fibromes, ils constituent des tumeurs dures, à base élargie ou à pédicules plus ou moins rétrécis; parfois ils sont congénitaux: jamais ils n'ont de retentissement sur les ganglions et toujours ils évoluent lentement; pour leur structure anatomo-pathologique, voir tome I, page 89. Je n'ai pas besoin d'insister sur les désordres fonctionnels que ces tumeurs, qui d'ordinaire siègent sur la pointe, beaucoup plus rarement à la base de l'organe, peuvent déterminer. Leur volume ne paraît jamais avoir dépassé celui d'une prune ou d'une noix. En s'ulcérant elles pourraient donner, dit-on, lieu à un fibro-sarcome; mais était-ce bien à un fibrome que l'on avait alors affaire?

On conseille dans tous ces cas, pour ne pas commettre d'erreur sur la nature de la tumeur, de tenter le traitement mercuriel, et, si l'on n'obtient pas de résultat, d'en pratiquer directement l'extirpation. Tous ces tâtonnements par les spécifiques ont pour résultat certain une perte de temps pendant laquelle les accidents peuvent s'aggraver s'il ne s'agit pas de syphilis. Pour ma part j'ai le ferme espoir que dans peu d'années, au lieu de nous servir de cette soi-disant pierre de touche des syphiliographes, nous pourrions, par l'examen microscopique direct d'une tumeur, savoir si, oui ou non, elle contient des bacilles de Lustgarten, et si, oui ou non, elle est d'origine syphilitique. Ce n'est là qu'un simple jalon que je pose aujourd'hui: l'avenir me démontrera si je suis dans l'erreur.

#### B. — Lipomes.

On a décrit quelques tumeurs lipomateuses de la langue; toujours elles se développeraient dans le tissu connectif interfibrillaire des

muscles, ce que l'étude des langues de bœufs ou de porcs engraisés permet de constater. Ces accumulations graisseuses avec leurs variétés, myxomateuse, fibreuse, calcifiée, déplacent, écartent les fibres musculaires et finissent enfin par se faire jour au-dessous de la muqueuse.

La tumeur est moins dure que le fibrome, comme lui elle est indolente, son développement est lent, elle ne retentit pas sur les ganglions, jamais elle ne s'ulcère. Les gênes fonctionnelles qu'elle entraîne ne sont dues qu'à son plus ou moins grand volume. Le diagnostic du lipome lingual est des plus difficiles, il présente une fausse fluctuation qui dans certains cas peut le faire prendre pour une tumeur liquide, une gomme ramollie ou un kyste. Ce sont les antécédents, le mode d'évolution, une ponction exploratrice qui seuls permettront de savoir au juste quelle en est la nature. Mais au point de vue du traitement, le diagnostic précis avant l'opération n'a qu'une importance relative, car ici encore si un traitement spécifique n'a donné aucun résultat, il n'y aura qu'à extirper la tumeur, en prenant toutes les précautions contre les hémorragies possibles pendant l'opération.

### C. — Tuberculose de la langue.

Les microbes tuberculeux peuvent envahir le tissu connectif de la langue; c'est dans le derme muqueux et dans le tissu conjonctif situé au-dessous de lui que d'ordinaire ils se développent. C'est par plaques papillaires isolées que ces lésions se produisent; l'épithélium mal nourri disparaît, au-dessous le derme mis à nu constitue une ulcération plus ou moins étendue en plaques à bords ramollis, infiltrées de points jaunâtres, petits abcès miliaires qui s'ouvrent successivement, gagnent de plus en plus en étendue et en profondeur, de telle sorte que les fibres musculaires elles-mêmes peuvent être atteintes par la tuberculose. Le fond de l'ulcération est toujours recouvert par une couche de pus, et de débris épithéliaux au milieu desquels on retrouve les bacilles de Koch, couche peu adhérente aux tissus sous-jacents et qu'un curage méthodique peut enlever.

Les ulcérations de la langue sont rarement des manifestations isolées de la tuberculisation générale; elles coexistent avec l'infection pulmonaire ou péritonéo-intestinale, et ne sont la plupart du temps qu'un épiphénomène tardif de la tuberculisation générale. Les douleurs produites par ces ulcérations sont modérées; ce n'est que par les mouvements de la langue, par ses frottements contre les dents ou par leur contact avec les aliments que ces plaques ulcérées deviennent gênantes et provoquent souvent une salivation réflexe exagérée. On pourrait les confondre, comme nous allons le dire, avec des manifestations syphilitiques, ou plus encore avec des ulcérations simples dues au contact répété contre des chicots dentaires, survenues chez des sujets scrofuleux. Il suffit

de songer à ces erreurs possibles pour se mettre en garde contre elles, en se rappelant toujours que presque jamais l'infiltration tuberculeuse de la langue n'existe seule, et que presque toujours son apparition est tardive.

Les cautérisations ne sont que des moyens palliatifs; le râclage pourrait donner des résultats, mais l'infection étant déjà généralisée, on ne saurait en espérer qu'une amélioration locale; il en est de même au reste de l'extirpation ou de l'abrasion. C'est au traitement général qu'il faudra s'adresser, et encore est-il souvent inefficace.

#### D. — Syphilomes de la langue.

Sans parler ici des accidents primitifs, du chancre induré de la pointe de la langue, affection dont le mode de contagion et l'histoire appartiennent aux traités spéciaux, nous pouvons dire que la langue est un des points de l'économie où la syphilis semble trouver un lieu de prédilection.

Ce sont tantôt des accidents secondaires, des plaques muqueuses dont la forme et l'aspect varient suivant que les papilles sous-jacentes affectent telle ou telle forme : c'est ainsi que sur les bords de la langue, où la disposition des papilles est plus ou moins rectiligne, les plaques muqueuses et leurs érosions ou plus tard leurs ulcérations affectent une disposition striée longitudinalement; sur le dos de l'organe, au contraire, la saillie des papilles fongiformes sous-jacentes donne aux plaques muqueuses un aspect plus ou moins arrondi, ovalaire, hérissé de saillies, à bords dentelés. Dans tous les cas ces plaques sont molles, l'épithélium épaissi qui les recouvre leur donne un aspect opalin végétant; cette hypertrophie épithéliale peut acquérir une certaine épaisseur à base légèrement indurée, et dans cette masse les dents ou les saillies buccales marquent leur empreinte. La surface des plaques peut présenter également, entre les saillies arrondies du dos de la langue ou entre celles allongées et fissurées qui se trouvent le long de ses bords, des points où la cicatrisation s'est faite avec sclérose dermique.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, on a voulu rattacher toutes les plaques du psoriasis lingual à la formation de plaques muqueuses; cette opinion, plausible dans certains cas, me paraît cependant être trop absolue dans la généralité des faits, et je suis très loin d'admettre, comme dans leur exclusivisme ont voulu le prétendre les syphiliographes modernes, que les plaques lisses, squameuses, non érodées du psoriasis sont toujours des formes syphilitiques. Les plaques muqueuses linguales sont peu douloureuses, ce n'est que lorsqu'une irritation quelconque due à des parcelles alimentaires dures ou au contact des dents les atteint, qu'elles déterminent des sensations de douleur.

Les accidents tertiaires du côté de la langue sont d'ordinaire une alté-

ration chronique, scléreuse du derme lingual; les plaques indurées ainsi formées sont uniques ou confluentes. Dans le premier cas, le dos de la langue présente des parties arrondies, rétractées au centre avec érosions, fissures ou crevasses persistantes; la muqueuse est rouge lie-de-vin. Quand les plaques sont confluentes, c'est le dos de tout l'organe qui est atteint de ces altérations et qui devient dur, parcheminé, avec un profond sillon médian antéro-postérieur. Si dans les premiers temps de cette inflammation chronique il y a hypertrophie des parties atteintes, leur ratatinement scléreux en est toujours la conséquence, et c'est presque toujours sur la partie antérieure de l'organe que l'altération est la plus marquée.

D'autres fois encore des gommages peuvent évoluer dans la langue, tantôt dans le derme muqueux, tantôt dans le tissu connectif interfibrillaire des muscles. Les premières sont multiples, réunies en amas. Les secondes, plus isolées, plus grosses, du volume d'une noisette ou d'une cerise, siègent de préférence sur le dos de l'organe; dans quelques cas on a vu un certain nombre de ces petites tumeurs isolées infiltrer toute l'étendue de la langue.

Quelle que soit la forme de ces gommages, toujours elles finissent par s'ulcérer et donner passage à un bourbillon mollasse, au-dessous duquel se trouve une surface grisâtre qui n'a aucune tendance à la cicatrisation, toujours en effet les bourgeons formés sont anémiés, leurs éléments n'arrivent pas à la production d'un véritable tissu fibreux cicatriciel, et leurs noyaux ou leurs cellules embryonnaires en se dissociant constituent un pus sanieux dans lequel toujours on retrouve les bacilles caractéristiques de Lustgarten.

Par suite de leur évolution lente et de leur peu de volume, toutes ces tumeurs gommeuses ne déterminent que peu ou pas de troubles fonctionnels ou de douleurs, il faut une irritation mécanique de leur surface ulcérée pour les provoquer. En dehors du chancre lingual induré, les ganglions ne sont jamais engorgés dans les cas de plaques muqueuses ou de gommages syphilitiques.

C'est à l'iodure de potassium à hautes doses qu'en pareil cas il faudra s'adresser, tout en ne négligeant pas les gargarismes, les lavages avec des liquides, antiseptiques, boratés surtout.

Enfin, l'on a décrit une affection attribuée par Parrot à la syphilis linguale héréditaire. C'est une desquamation lichénoïde de la langue avec contours et liséré rougeâtres; cette desquamation procède soit par plaques séparées, soit par points isolés qui se réunissent bientôt en une plaque unique. C'est sur les enfants en bas âge que cette lésion a surtout été rencontrée. Tout en ne contestant pas d'une manière absolue l'opinion de mon regretté collègue Parrot, j'avoue que la forme de la maladie, son évolution, sa ressemblance avec le lichen et quelques autres dermatoses, me font hésiter; ce pourrait bien être là une affec-