

**Des glossites tertiaires : (glossites scléreuses, glossites gommeuses) :
leçons professées / par Alfred Fournier ; rédigées et publiées par Hubert
Buzot ; avec trois planches chromo-lithographiées par Méheux.**

Contributors

Fournier, Alfred, 1832-1914.
Buzot, Hubert.
Francis A. Countway Library of Medicine

Publication/Creation

Paris : V.A. Delahaye, 1877.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/s8wzqvzc>

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by the Francis A. Countway Library of Medicine, through the Medical Heritage Library. The original may be consulted at the Francis A. Countway Library of Medicine, Harvard Medical School. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.

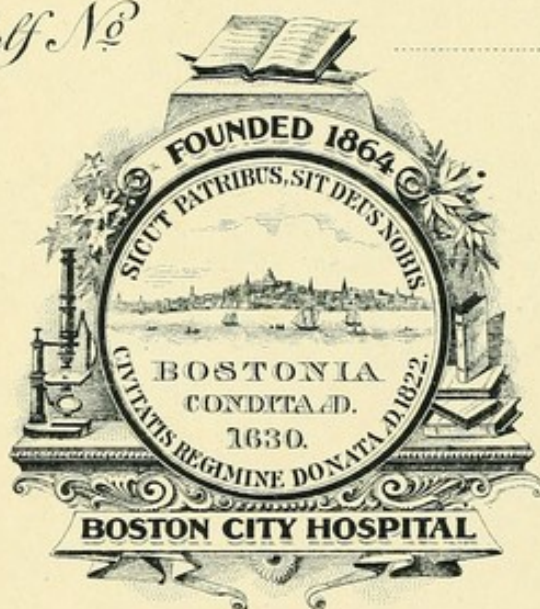


Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>



Medical Library.

Shelf No.

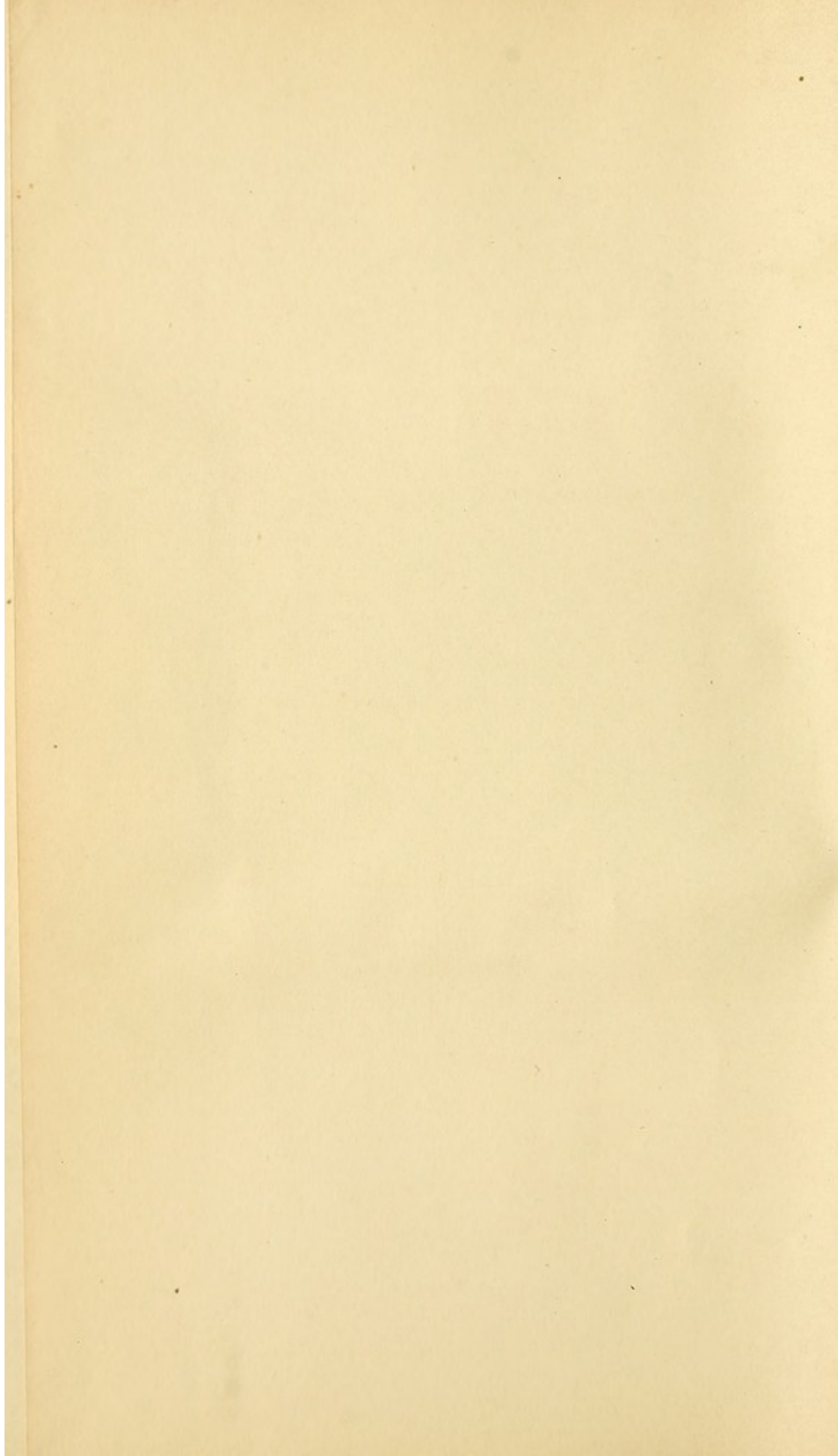


The Gift of *Dr. S. H. Durkee*
Date

HARVARD
MEDICAL LIBRARY



IN THE
Francis A. Countway
Library of Medicine
BOSTON



With Dr. Durkee's compliments

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS.

DES

GLOSSITES TERTIAIRES

(Glossites scléreuses; Glossites gommeuses).

LEÇONS PROFESSÉES

PAR LE

D^r Alfred FOURNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Chargé du Cours complémentaire des affections syphilitiques.

RÉDIGÉES ET PUBLIÉES

Par Hubert BUZOT, Interne des hôpitaux.

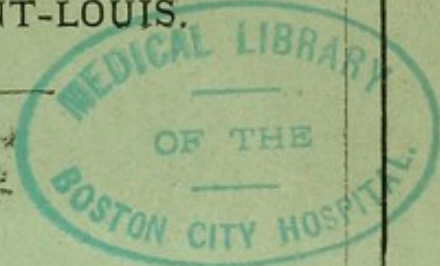
Avec trois planches chromolithographiées par Méheux.

PARIS

V. A. DELAHAYE ET C^e, LIBRAIRES-ÉDITEURS,

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

—
1877



DU MÊME AUTEUR

- Leçons sur la syphilis, étudiée plus particulièrement chez la femme.** 1 fort vol. in-8 avec tracés sphymographiques, 1873, br. 15 fr. »
Cartonné. 16 fr. »
- Diagnostic général du chancre syphilitique.** Leçon recueillie et rédigée par Gripat, interne des hôpitaux, 1871. 1 fr. 25
- Étude clinique sur l'induration syphilitique primitive.** in-8. 1 fr. 25
- Du pseudo-chancre induré des sujets syphilitiques.** 1 vol. 1 fr. 50
- Recherches sur l'incubation de la syphilis.** 1 fr. 50
- De la syphilide gommeuse du voile du palais.** 1 fr. »
- Note sur un cas de gomme syphilitique survenue 55 ans après le début de l'infection.** » 50 c.
- Note pour servir à l'histoire du rhumatisme uréthral ..** 1 fr. »
- De la sciatique blennorrhagique .** 1 fr. »
- Du sarcocèle syphilitique.** Leçons recueillies et rédigées par Pichard, 1874, in-8. 1 fr. 50
- Lésions tertiaires de l'anus et du rectum (Syphilome ano-rectal, rétrécissement syphilitique du rectum).** 2 fr. »
- De l'épilepsie syphilitique.** 1 fr. 25
- De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique.** 1 fr. 50
-

COLLECTION CHOISIE

DES ANCIENS SYPHILOGRAPHES

Publiée par le Dr A. FOURNIER

- FRACASTOR.** — La syphilis (1530). — Le mal français (1546). — Traduction et commentaires. 2 fr. 50
- JACQUES DE BÉTHENCOURT.** — Nouveau carême de pénitence et purgatoire d'expiation, à l'usage des malades affectés du mal français ou mal vénérien (1527). — Traduction et commentaires. 3 fr.
- JEAN DE VIGO.** — Le mal français (1514). — Traduction et commentaires. 3 fr.

La Collection sera successivement complétée par une série de fascicules où trouveront place les œuvres de N. Léonicène, G. Torella, F. de Villalobos, Ulrich de Hutten, N. Massa, Fallope, Fernel, etc.

DES
GLOSSITES TERTIAIRES

(Glossites scléreuses ; Glossites gommeuses)

Extrait de la *France médicale*,
année 1876.

Suppl.
Dr S. H. T. W. H. L.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS.

DES
GLOSSITES TERTIAIRES

(Glossites scléreuses; Glossites gommeuses).

LEÇONS PROFESSÉES

PAR LE

e
D^r Alfred FOURNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Chargé du Cours complémentaire des affections syphilitiques.

RÉDIGÉES ET PUBLIÉES

Par Hubert BUZOT, Interne des hôpitaux.

Avec trois planches chromo-lithographiées par Méheux.

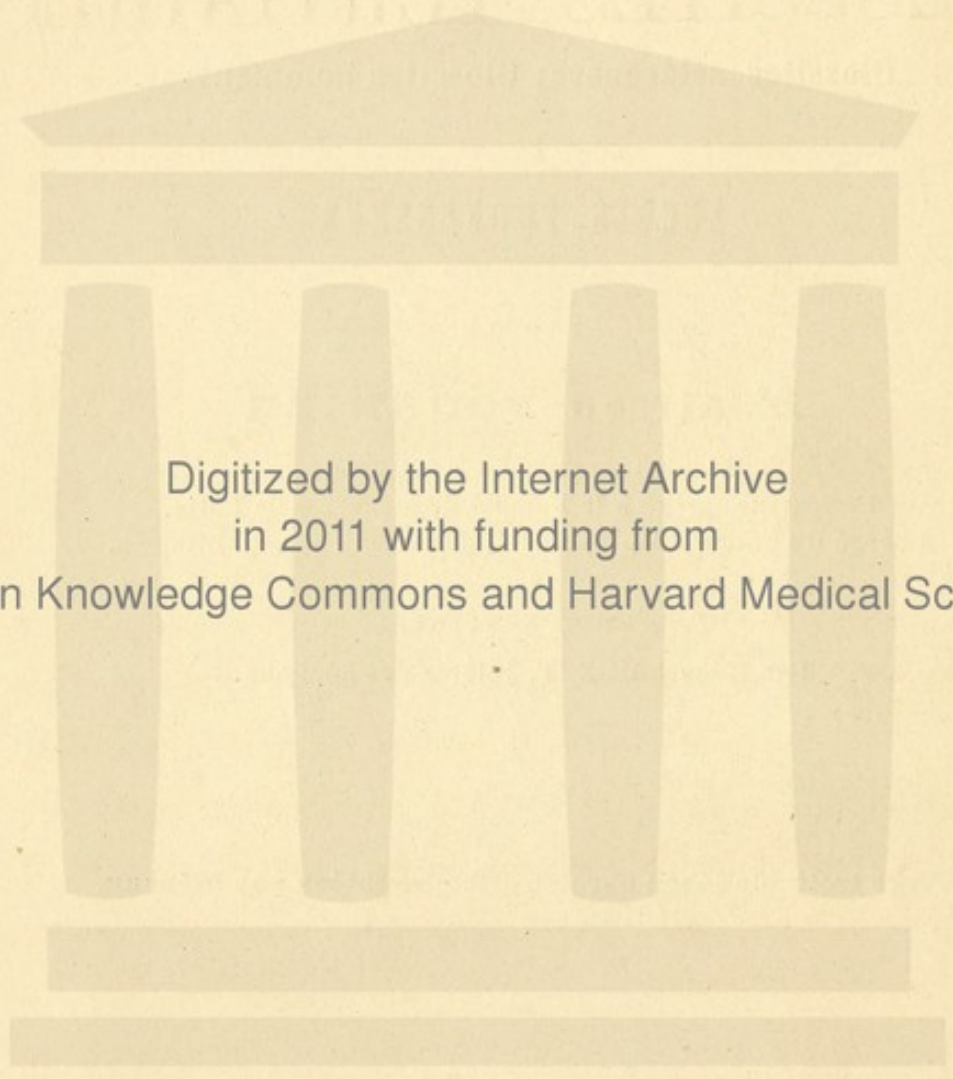
PARIS

V. A. DELAHAYE ET C^{ie}, LIBRAIRES-ÉDITEURS

Place de l'École-de-Médecine.

—
1877

En. 635



Digitized by the Internet Archive
in 2011 with funding from
Open Knowledge Commons and Harvard Medical School

DES

GLOSSITES TERTIAIRES

MESSIEURS,

Le hasard a conduit dans nos salles, ces derniers temps, toute une série de malades affectés, les uns de lésions syphilitiques tertiaires de la langue, les autres de lésions linguales étrangères à la syphilis, mais présentant avec ces dernières des ressemblances objectives plus ou moins accusées. Hâtons-nous de profiter de l'occasion qui nous est offerte pour étudier des types pathologiques aussi dignes d'attention.

Je me propose donc de vous entretenir aujourd'hui des *glossites tertiaires*. Sujet difficile et obscur encore en nombre de points, mais sujet pratique par excellence et réclamant de nous une étude des plus sérieuses.

I.

I. Que sont les lésions dites *glossites tertiaires*? En quoi consistent-elles? Quelle idée générale nous en faire tout d'abord?

Je vous disais dernièrement, en essayant de caractériser à grands traits les attributs de la diathèse à ses diverses périodes, que la syphilis tertiaire est presque invariablement constituée par des *hyperplasies* de tissus, hyperplasies qui, une fois formées, aboutissent ultérieurement à l'une ou à l'autre des deux terminaisons suivantes, à savoir : la *sclérose* ou la *gomme*. Eh bien, dès aujourd'hui vous allez trouver dans l'histoire des glossites tertiaires une première confirmation de cette proposition générale.

D'une part, en effet, les glossites tertiaires sont et ne sont que des *hyperplasies*, c'est-à-dire des lésions constituées par la prolifération de jeunes cellules qui, déposées dans la trame des tissus, y persistent, s'y multiplient, et y déterminent ce qu'on qualifiait autrefois du terme vague « d'engorgements », ce qu'on appelle de nos jours des infiltrations diffuses ou des nodosités circonscrites.

Et, d'autre part, originellement constituées par des hyperplasies cellulaires, ces glossites tertiaires aboutissent ultérieurement à telle ou telle des modalités anatomiques que voici :

Tantôt, elles tendent à persister, en s'organisant d'une façon qui devient définitive. Ce premier processus constitue la *sclérose*, et les lésions qui en résultent sont les glossites dites *scléreuses*.

Tantôt, ces mêmes hyperplasies subissent une dégénérescence hâtive, tendent à se détruire spontanément, à mourir, et nécessairement à s'éliminer de l'organisme. Ce second processus constitue la *gomme*, et les lésions qui en dérivent sont dites conséquemment *glossites gommeuses*.

On confondait jadis, et la plupart des auteurs confondent encore aujourd'hui ces deux ordres de lésions sous la rubrique commune « d'infiltrations gommeuses, de tumeurs gommeuses de la lan-

gue ». Nous verrons par ce qui va suivre que cette unification des dégénérescences tertiaires de la langue ne saurait subsister devant les progrès de l'étude clinique.

La syphilis tertiaire produit dans la langue deux sortes de lésions, lésions parfaitement distinctes et même dissemblables, que la nature peut bien nous montrer parfois réunies, mais que souvent aussi, le plus souvent, elles nous offre isolées et indépendantes. Il y a donc un intérêt sérieux, un véritable intérêt clinique, à respecter les différences tracées par la nature et à décrire séparément les deux formes de glossites tertiaires que la maladie est susceptible de déterminer, à savoir :

1^o Les GLOSSITES SCLÉREUSES ;

2^o Les GLOSSITES GOMMEUSES.

II. *Fréquence.* — Les lésions linguales que nous allons étudier figurent parmi les accidents de la syphilis tertiaire avec une fréquence qu'on peut qualifier de moyenne. Elles ne s'observent pas communément, cela est vrai. Ainsi, nulle parité de fréquence, par exemple, à établir entre elles et les lésions tertiaires si banales du voile palatin. Cependant on ne laisse pas de les rencontrer de temps à autre. Dans ces derniers temps, par exemple, vous avez pu en compter jusqu'à 4 cas réunis simultanément dans nos salles. Et, pour ma part, j'ai déjà eu l'occasion d'en recueillir ici ou ailleurs plus d'une soixantaine d'observations, d'après lesquelles sera tracée la description qui va suivre.

III. *Causes.* — Je ne vous parlerai de l'étiologie de ces lésions que pour relever un fait essentiel à signaler. Les glossites tertiaires sont *infinitement plus fréquentes chez l'homme* que chez la femme. De fréquence moyenne chez l'homme, elles deviennent rares chez la femme. Cela, du moins, résulte dans une proportion frappante de mes observations personnelles.

Cette inégalité numérique trouve-t-elle son explication dans un fait bien connu, à savoir que l'excitation de la muqueuse buccale

par le tabac ou l'alcool devient une cause d'appel pour toutes les lésions de la bouche et de la langue en particulier, cause qui, très-commune chez l'homme, fait au contraire relativement défaut chez la femme ? Cela est possible, et je dirai même cela est admissible rationnellement. Toutefois, ce qui n'est pas moins essentiel à ajouter, en ce qui concerne la syphilis, c'est que les lésions linguales tertiaires n'ont pas besoin de ces causes adjuvantes, secondaires, accessoires, pour se produire. Elles se produisent bien sans elles, sous la seule influence de la disposition diathésique. Et la preuve, c'est qu'on les observe parfois chez des sujets qui ne sont pas buveurs et qui ne fument pas. Dans ces derniers temps, par exemple, j'ai traité d'une glossite gommeuse assez rebelle un homme des plus sobres, qui n'avait jamais fumé.

IV. *A quelle époque de la diathèse se produisent ces lésions ?*

Ce sont, vous le savez, des lésions *tertiaires*. Or, comme la plupart et même comme la grande généralité des lésions de cet ordre, elles peuvent apparaître à des époques variées de la période tertiaire; et cela, parce que leur date d'invasion est susceptible soit d'être retardée par l'intervention du traitement, soit inversement d'être avancée par des causes d'excitation locale.

En tout cas, dans les faits que j'ai observés personnellement, je trouve pour ces lésions un maximum notable de fréquence entre la *cinquième* et la *quinzième* année de la diathèse.

Quelquefois je les ai vues, plus précoces, se montrer dès la troisième et même dès la deuxième année. Il en est surtout ainsi pour les formes scléreuses, tandis que les formes gommeuses sont relativement plus tardives et ne commencent guère à apparaître qu'au delà de la quatrième ou de la cinquième année.

Par contre, dans un certain nombre d'autres cas, elles ne se sont manifestées qu'à échéance beaucoup plus reculée, de la quinzième à la vingtième année après le début de l'infection.

V. *Quel siège occupent de préférence ces lésions ?*

Plaçons immédiatement ici une remarque intéressante. Quelle

que soit la forme à laquelle elles appartiennent, toutes les lésions tertiaires de la langue ont un siège de prédilection, très-essentiel à connaître. Ce siège affectionné est la *face dorsale de l'organe*. C'est presque toujours, presque invariablement, sur le dos de la langue qu'on rencontre ces lésions, et cela soit au niveau des régions moyennes (ce qui est le cas le plus habituel), soit dans les régions antérieures, latérales ou marginales. Jamais on ne les observe à la face inférieure. En ce qui me concerne du moins, je déclare n'avoir pas encore constaté, sur plus de 60 malades, un seul cas de lésion tertiaire, scléreuse ou gommeuse, affectant la face inférieure de la langue.

Ainsi donc, face dorsale de la langue, tel est le siège par excellence des lésions que nous allons décrire.

Ces généralités établies, abordons maintenant les descriptions particulières.

II.

GLOSSITES SCLÉREUSES.

La caractéristique générale de cette première forme de lésions, c'est, comme vous le savez déjà, de consister en des hyperplasies *vivaces*, susceptibles de s'organiser sous une forme persistante et définitive.

A l'origine, les glossites scléreuses ne sont que des hyperplasies cellulaires, des dépôts de cellules qui infiltrent les tissus de la langue. Plus tard, ces éléments cellulaires se multiplient, s'organisent, se condensent, et aboutissent à former une trame fibroplastique, fibroïde, pourvue de vaisseaux. Puis, cette néoplasie, se condensant toujours de plus en plus, étreint les éléments anatomiques propres de l'organe, les enserre, les étouffe, les atrophie ; elle se substitue à eux progressivement, et finit par constituer dans le parenchyme lingual une de ces dégénérescences particulières qu'on appelait autrefois des *cirrheses* et auxquelles on donne aujourd'hui le nom mieux approprié de *scléroses*.

Donc, le caractère propre de ces lésions est de créer dans la langue une néoplasie vivace et persistante, laquelle aboutit comme dernier terme à une organisation fibreuse définitive.

Cliniquement, ces mêmes lésions consistent en des *indurations interstitielles* de la langue, facilement perceptibles au toucher, et s'accusant d'ailleurs à simple vue par des altérations diverses du tégument muqueux.

Résultant d'une prolifération cellulaire nécessairement soumise à de nombreuses variétés, ces indurations néoplasiques affectent des variétés correspondantes également multiples, comme siège, comme étendue, comme configuration, etc. De là des aspects cliniques très-divers de la lésion; de là même des *formes* objectives différentes.

Or, comme ce sont surtout les conditions de siège, de localisation, qui impriment à la maladie ses différences les plus marquées, il suit de là une division toute naturelle dans les types pathologiques qui se présentent à étudier, et cette division est la suivante :

Tantôt l'hyperplasie se fait seulement dans les tissus les plus superficiels de la langue, dans le derme muqueux. Elle constitue alors ce qu'on peut appeler la *glossite superficielle* ou *corticale*.

Tantôt, au contraire, plus profonde, elle intéresse les tissus sous-jacents au derme muqueux, et constitue dans cette seconde forme une *glossite profonde* ou *parenchymateuse*.

Ces deux formes, enfin, peuvent se rencontrer réunies, associées.

Parlons d'abord de la première de ces formes.

1° *Glossite scléreuse superficielle* ou *corticale*.

Celle-ci est une glossite *muqueuse* ou *dermique*.

Anatomiquement, elle est constituée par des dépôts néoplasiques siégeant exclusivement dans le derme lingual.

Cliniquement, elle s'accuse — et c'est là son caractère propre,

essentiel — par des indurations *superficielles* qui se forment aux dépens du derme lingual seulement, les tissus sous-jacents ou profonds restant indemnes.

Se produisant sur une membrane, c'est-à-dire sur un tissu étalé, ces hyperplasies en surface déterminent nécessairement des indurations de même forme, c'est-à-dire des indurations étalées, *lamelleuses*, comparables à cette variété d'induration chancreuse qui se produit en surface et qui est dite « parcheminée ».

Ainsi, comprenez bien ceci tout d'abord, Messieurs : indurations étalées, lamelliformes, siégeant dans le derme lingual, tel est le caractère essentiel, distinctif, de ces lésions.

I. Quelle configuration affectent ces néoplasies du derme lingual ?

Deux variétés doivent être distinguées.

1^o Dans une première variété, les néoplasies en question sont disposées par *îlots* indépendants, par *plaques isolées*, à la façon, par exemple, des plaques disséminées et distinctes du psoriasis guttata.

Ces plaques ont une étendue et une forme variables. Communément, elles affectent les proportions d'une pièce de 20 centimes ou d'un haricot. Il en est de plus petites, comparables à une lentille ou à un grain d'orge. Il en est aussi de plus étendues, offrant les dimensions d'une amande ou d'une pièce d'un franc environ. — Leur forme est, en général, arrondie ou ovalaire. Quelquefois elles sont très-régulièrement cerclées, comme des papules. D'autres fois, elles sont plus ou moins irrégulières, alors surtout qu'elles siègent sur les bords de l'organe.

Leur nombre également est sujet à variétés. Le plus habituellement on en rencontre deux ou trois. Parfois il n'en existe qu'une seule. Parfois aussi elles sont plus ou moins confluentes, et l'on peut en compter cinq, six, ou même davantage.

Ces petites lésions, je l'ai déjà fait pressentir, sont facilement perceptibles au toucher. Appuyez le doigt sur la langue à leur niveau, et vous aurez aussitôt la sensation d'une rénitence insolite, morbide, et d'une rénitence de forme étalée, lamelleuse,

comme s'il existait, inséré dans la muqueuse, un disque de parchemin ou de carton. Cette sensation est d'autant plus nette qu'elle contraste avec celle qui est fournie par les tissus avoisinants, lesquels, restant ce qu'ils sont à l'état normal, se présentent naturellement mous, souples, facilement dépressibles.

Le simple toucher vous révélera donc d'emblée, en pareil cas, ce double caractère : d'une part, fermeté, dureté insolite ; et d'autre part, dureté superficielle, n'intéressant que la muqueuse, ne pénétrant pas dans les tissus profonds.

Ce n'est pas tout. A simple vue, ces indurations se traduisent encore par d'autres caractères, attestant un état pathologique de la muqueuse linguale à leur niveau. Ces caractères sont les suivants :

1^o Rougeur morbide de la muqueuse, et rougeur foncée, d'un ton *cerise*, sombre ;

2^o Aspect remarquablement *uni* et *lisse* de la muqueuse, qui est comme vernie et dépapillée.

Inutile de vous rappeler, Messieurs, ce qu'est la muqueuse linguale à l'état physiologique. Elle se présente, vous le savez, avec un aspect tomenteux, villeux, tout spécial, dû aux innombrables papilles qui en tapissent la surface. Eh bien, cet aspect a complètement disparu ici. Au niveau des indurations hyperplasiques, la surface de la langue apparaît, au contraire, absolument dépourvue de papilles, comme si on l'avait *rasée*. Elle est unie et lisse, semblable à la pellicule d'une cerise ; et la couche de salive qui la recouvre lui communique une apparence vernissée. On la dirait à vif, érodée. Et cependant elle n'est pas à vif, elle n'est pas érodée, comme on serait tenté de le croire au premier coup d'œil. C'est ce qu'apprend, d'abord, un examen minutieux, pratiqué avec le secours de la loupe ; c'est ce qu'achève de démontrer, au besoin, la petite expérience suivante : promenez à la surface de cette plaque pseudo-érosive un crayon de nitrate d'argent ; elle ne se colorera pas en blanc, comme elle le ferait aussitôt si elle était érosive, si le derme muqueux se trouvait dénudé.

3^o Ces petites lésions, enfin, sont généralement planes, tout au

moins sans saillie bien appréciable. Quelquefois cependant on les trouve légèrement bombées et formant un petit relief papuleux.

En résumé :

Indurations circonscrites, superficielles et lamelleuses, du derme lingual ;

Indurations à surface sèche, non érosive ;

Indurations à surface rouge, unie, lisse, dépapillée ;

Tels sont les caractères qui constituent cette première variété.

2^o *Seconde variété.* — Celle-ci ne diffère de la précédente que par une différence de configuration.

L'hyperplasie interstitielle, au lieu de se faire, comme dans la première variété, par îlots multiples et distincts, se produit ici en *plaques continues*, d'une étendue plus ou moins considérable. Nous avons comparé la première forme au psoriasis guttata ; continuant la figure, nous pourrions comparer celle-ci au psoriasis en nappe, en larges placards.

La lésion qui se produit dans cette seconde forme consiste donc en une *induration en nappe* de la muqueuse. Elle est plus ou moins étendue, occupant tel ou tel département de la langue, par exemple une des moitiés latérales, ou plus habituellement encore la région antérieure et médiane. Si bien que, cliniquement, on trouve au niveau des parties malades la muqueuse transformée en une plaque dure, dans un espace de 2, 3, 4, 5 centimètres carrés, quelquefois même davantage. Ainsi, sur une femme que vous avez pu voir à la salle Saint-Thomas et dont la lésion est reproduite sur le moule que je vous présente actuellement (1), toute la portion antérieure et moyenne de la langue était devenue le siège d'une semblable dégénérescence.

Le département lingual affecté de la sorte offre au doigt une

(1) Pièce n^o 221 de ma collection particulière.

rénitence parcheminée, sèche, coriace, à ce point qu'en certains cas on croirait la muqueuse métamorphosée en une carapace de parchemin.

Du reste, à part l'étendue des lésions, mêmes détails cliniques que dans la forme précédente, à savoir : même apparence lisse, unie, vernie, de la surface linguale ; — même apparence dépillée, « rasée » ; — même rougeur sombre, au début surtout ou dans une période encore peu avancée ; car, plus tard, alors que la dégénérescence scléreuse a achevé de s'accomplir, la muqueuse prend au contraire une teinte moins foncée, voire parfois une teinte blanchâtre, due à la diminution progressive de ses éléments vasculaires. Il n'est même pas rare que, dans les phases ultimes de la lésion, on trouve quelques îlots de la surface linguale présentant une teinte absolument blanche, d'un blanc laiteux (*milk-white*, dit Fairlie Clarke (1) ; teinte résultant non pas, comme on l'a cru, d'une cicatrice établie sur des tissus précédemment ulcérés, mais d'un simple processus scléreux étouffant dans l'intimité de la muqueuse les canalicules vasculaires et se produisant sans la moindre ulcération.

Enfin, dernier détail, la muqueuse qui est le siège de ces indurations en nappe présente le plus habituellement ce que j'ai décrit sous le nom d'*aspect parqueté*. C'est-à-dire que sa surface est parcourue, à la façon d'un parquet, par un réseau de sillons, les uns (et ce sont les plus marqués) transversaux et parallèles, les autres obliques ou de direction irrégulière.

Telles sont les deux variétés sous lesquelles se présente la glossite scléreuse superficielle, variétés très-nettes et très-manifestement distinctes cliniquement, constituées l'une par des scléroses circonscrites, distribuées en îlots épars, indépendants, et l'autre par des scléroses étalées en nappe continue.

II. Sous telle ou telle forme qu'elle se présente, la glossite scléreuse corticale affecte toujours une évolution remarquablement *chronique*.

(1) *A. treatise on the diseases of the tongue*, par le Dr Fairlie Clarke, Londres,

Nous ne saurions dire au juste quel temps elle demande pour se constituer, car dans la plupart des cas le début même de la lésion est presque toujours impossible à préciser. Mais, en revanche, ce que nous savons et ce que nous pouvons affirmer, c'est d'abord qu'une fois en évolution elle tend à persister, si elle n'est pas attaquée par un traitement énergique ; c'est, en second lieu, que, passée à l'état de sclérose confirmée, elle reste ce qu'elle est, quoi qu'on puisse faire. Aussi est-il fréquent en pratique de rencontrer des lésions de cet ordre qui remontent non pas seulement à plusieurs mois, mais à plusieurs années, à trois, dix, quinze années et même davantage.

III. Alors que ces lésions sont constituées, elles ne présentent plus ultérieurement qu'un ordre d'incidents ou de complications. Mais ces incidents ou ces complications — appelez-les comme vous le voudrez — se présentent avec une fréquence considérable, et demandent à être signalés d'une façon spéciale.

Ce qui succède habituellement est ceci : production, au niveau des parties affectées, d'éraillures, de gerçures, de crevasses, d'érosions le plus souvent linéaires ou quelquefois étalées, voire parfois d'ulcérations véritables.

Ce ne sont là, je dois le dire, que de simples épiphénomènes, dus non pas à un processus ulcératif de nature spécifique, mais à des ruptures, à des déchirures mécaniques, se produisant facilement sur une muqueuse désorganisée. Des causes accidentelles, des excitations surajoutées (telles que contact de certains aliments de mastication difficile, frottement des parties affectées contre des dents ébréchées, acérées ou saillantes, usage ou abus du tabac, etc.) rendent souvent compte de ces accidents d'ulcération consécutive, comme souvent aussi, inversement, il n'est pas de cause occasionnelle à leur assigner.

Tout épiphénomènes qu'ils soient, cependant, ces derniers accidents ne constituent pas moins une complication importante et fâcheuse. D'abord, en ce qui concerne le diagnostic clinique, il est évident que, sans modifier la nature de l'affection, ils en altèrent plus ou moins la physionomie et peuvent devenir ainsi

matière à erreur. De plus, et c'est là l'essentiel, ils ajoutent à la maladie un élément qui jusqu'alors n'y figurait pas, l'élément *douleur*. Rien de douloureux, d'agaçant, comme ces crevasses linéaires, fissuraires, de la langue ou comme ces petites érosions marginales frottant contre des dents à parois rugueuses, irrégulières. Traitées, cautérisées, soumises à des collutoires, à des gargarismes appropriés, ces excoriations consécutives se cicatrisent, je l'accorde. Mais elles ne se cicatrisent souvent qu'avec assez de lenteur, et surtout elles ne se cicatrisent que pour se rouvrir bientôt. Il n'est pas rare aussi qu'en raison de la mauvaise qualité des tissus sur lesquels elles reposent, elles se rouvrent d'une façon presque assidue, presque indéfinie. Elles arrivent alors à constituer de la sorte une véritable *infirmité* locale des plus gênantes, des plus pénibles. — Mais n'anticipons pas sur ce qui doit suivre; nous aurons l'occasion plus tard de revenir en détail sur ces accidents d'une phase ultérieure.

2^e *Glossite scléreuse profonde (Cirrhose linguale, glossite lobulée).*

Cette seconde forme est encore constituée, comme la précédente, par une hyperplasie cellulaire, mais par une hyperplasie qui, au lieu de rester superficielle et dermique comme dans les cas que nous avons étudiés jusqu'ici, s'étend aux parties plus profondes et se propage au parenchyme même de la langue.

Elle peut n'occuper que les parties profondes, exclusivement, et respecter la muqueuse. Cela est rare. Presque invariablement, l'hyperplasie est à la fois superficielle et profonde, c'est-à-dire affecte en même temps la muqueuse et le tissu musculaire sous-jacent. Elle est donc alors *dermo-parenchymateuse*.

La glossite scléreuse profonde n'est que rarement circonscrite à une étendue minime. Presque toujours elle s'étend à tout un département de la langue, soit par exemple à la région de la pointe, soit encore à une moitié latérale de la région antérieure, soit enfin (et c'est là le cas le plus fréquent) à la moitié, aux deux tiers, voire aux trois quarts antérieurs de l'organe. C'est donc, en général au moins, une forme plus extensive que la précédente.

Cliniquement, elle se traduit par des phénomènes de même ordre que la glossite scléreuse superficielle. Seulement, ces phénomènes sont ici plus accentués, plus intenses, plus importants, et leur exagération donne à la maladie une physionomie tout autre, ainsi que vous allez le voir.

En quoi consistent-ils ? Sommairement, en ceci :

- 1° Tuméfaction de la langue ;
- 2° Mamelonnement et *lobulation* de la face dorsale de l'organe ;
- 3° Induration profonde des parties affectées ;
- 4° Altérations variées de la muqueuse à leur niveau.

Quelques mots de commentaire sur ces divers symptômes.

1° *Tuméfaction de la langue.* — Cette tuméfaction est évidente à première vue, quoique n'étant en général que peu considérable. Elle n'est jamais que partielle, sauf dans une forme extrêmement rare, véritablement exceptionnelle, dont je vous parlerai en temps et lieu. Elle se fait surtout et même presque exclusivement *en hauteur*. La face supérieure de l'organe s'élève, s'exhausse dans la proportion de quelques millimètres, d'un demi-centimètre, rarement davantage. Quelquefois encore il se produit simultanément un certain excès de volume dans le sens transversal, et la langue devient plus large, comme étalée.

C'est par comparaison surtout, par opposition, que la tuméfaction de l'organe se montre frappante en certains cas. Ainsi, lorsqu'une moitié seule de la langue est affectée, cette moitié forme une bosselure saillante en dos d'âne, laquelle semble d'autant plus élevée que l'autre moitié saine reste plane et comme déprimée relativement.

Toutefois, l'augmentation de volume de la langue ne persiste pas toujours pendant toute la durée de la maladie. Il est fréquent, à une période très-avancée, lorsque déjà l'affection a duré plusieurs années par exemple, de voir inversement la langue diminuer de volume, s'affaïsser, se ratatiner, pour ainsi dire, en

quelques points ou même en totalité. Cela est dû à ce que les tissus fibreux, résultat du processus morbide qui constitue la sclérose, continuent à se rétracter de plus en plus, après avoir détruit les éléments physiologiques du parenchyme lingual. Cette rétraction du reste n'a rien que de normal ; elle est l'analogue de ce qu'on observe dans les *cirrhoses* ou les *scléroses* en général (cirrhose hépatique ou rénale, par exemple), lésions qui, caractérisées à leur première période par un état hyperplasique et hypertrophique des organes affectés, aboutissent plus tard à un état atrophique bien connu.

On pourrait donc, en se plaçant à ce dernier point de vue, reconnaître dans l'évolution des glossites scléreuses tertiaires deux périodes successives :

Une première, constituée par l'exagération de volume de la langue (*stade hypertrophique*) ;

Et une seconde, consistant dans l'atrophie partielle ou générale de l'organe (*stade atrophique*, *cirrhose linguale* proprement dite).

2° *Mamelonnement et LOBULATION de la face dorsale*. — C'est là le phénomène le plus saillant, le plus caractéristique, celui qui attire aussitôt l'attention, tant il donne à la langue un aspect étrange et insolite.

Au lieu d'être plane et régulière, la face dorsale de la langue devient inégale, bosselée, mamelonnée. Elle est transformée en une série de mamelons saillants, voisins les uns des autres, inégaux de volume, irréguliers de forme, lesquels communiquent à l'organe une apparence véritablement *lobulée*.

L'existence de ces lobules résulte de la présence d'enfoncements, de *sillons*, qui les circonscrivent et les limitent. Ces sillons interlobulaires sont curieux à examiner. D'abord, ils sont plus ou moins profonds. Ils mesurent en hauteur de 1 à 2 ou 3 millimètres généralement. Plus creux encore quelquefois, ils peuvent atteindre jusqu'à un demi-centimètre. — Ils sont ouverts en forme de V, c'est à-dire que, larges à leur partie supérieure, ils vont en

se rétrécissant jusqu'à leur fond. Quelquefois cependant ils se présentent presque fermés, par adossement réciproque des mamelons voisins, et ne deviennent apparents que par le déplissement de la langue. Dans ce cas, alors qu'on appuie en sens inverse sur deux mamelons contigus, on voit ces sillons linéaires s'entr'ouvrir et la langue se déplisser, à la façon des circonvolutions cérébrales qu'on écarte avec le doigt.

Les sillons interlobulaires affectent à la surface de la langue les directions les plus diverses. Presque toujours, et je crois même pouvoir dire toujours, il existe un sillon correspondant à la ligne médiane antéro-postérieure, au raphé médian. Ce sillon est le principal comme étendue et comme profondeur. — Puis, de ce sillon médian partent d'autres sillons transversaux ou obliques, à la façon des nervures secondaires d'une feuille, qui se détachent sous des angles divers de la nervure principale ou médiane. — Enfin, d'autres sillons accessoires parcourent en tous sens les parties latérales de la langue, en se reliant ou sans se relier aux précédents. — Et de la sorte, se trouve constitué un véritable *réseau* de scissures entrecroisées, qui donnent à l'organe un aspect *lobulé* tout à fait caractéristique.

Cette lobulation de la langue est, je le répète, des plus remarquables. Elle rappelle la lobulation du foie dans la cirrhose, du rein dans la sclérose rénale, et généralement toutes les lobulations des organes cirrhosés. Et, en effet, c'est une véritable *cirrhose* que subit la langue dans le processus morbide que nous décrivons, processus qui pourrait presque prendre le nom de CIRRHOSE LINGUALE.

D'après ce que j'ai vu jusqu'ici, je crois être autorisé à dire que cette lobulation linguale est un caractère à peu près pathognomonique de syphilis. Tout au moins on ne la retrouve formulée à un *égal degré* dans aucune autre maladie (1). — Donc, Messieurs, tenez-vous pour avertis, et, quand vous rencontrerez

(1) Le Dr Fairlie Clarke a dit de même : « As far as my experience goes, the vast majority of *fissured* tongues are due to syphilis, and are characteristic of the later of that disease » (Ouvrage cité, p. 151).

une langue lobulée de la sorte, songez toujours à la syphilis. Dans les neuf dixièmes des cas, si ce n'est plus, ce seul et simple signe suffira à vous édifier sur la nature syphilitique de la lésion.

Il peut arriver que la lésion, au lieu d'occuper la ligne médiane, soit reléguée sur les bords de la langue. Les mêmes phénomènes s'observent dans ce cas, mais avec quelques variantes et quelques particularités additionnelles. Le même mamelonnement, les mêmes scissures se produisent sur les parties supérieures. Mais, en plus, les parties qui avoisinent l'arcade dentaire prennent un aspect spécial, dû à la pression de la langue hyperplasiée contre les dents. Ces parties reproduisent littéralement l'empreinte des dents, et présentent une série de dépressions ovalaires à grand axe vertical, séparées par des arêtes correspondant aux interstices dentaires. — Enfin, si une ou plusieurs dents viennent à manquer, comme je l'observais tout dernièrement sur l'un de mes malades, la partie de la langue qui répond à ce vide de l'arcade dentaire forme en ce point une saillie exubérante, un véritable mamelon hypertrophique.

3° *Induration profonde des parties affectées.* — Les parties qui sont le siège des lésions que nous venons d'étudier sont toujours indurées, et indurées à un haut degré. Elles fournissent au toucher une sensation de rénitence très-accentuée. Elles sont *dures*, dans toute l'acception du mot, et d'une dureté sèche qui ne se laisse pas déprimer. On croirait en les touchant avoir sous le doigt du cartilage ou du tissu fibreux ; ou même encore (car cela indique l'erreur possible à commettre en pareil cas) on croirait toucher du *cancroïde*. Sans exagération, ces hyperplasies profondes de la langue, parvenues à l'état scléreux, présentent une dureté véritablement cancroïdienne.

De plus, le toucher apprend encore que la dureté perçue est une dureté *profonde*, très-différente par conséquent de ces rénitences en surface, de ces indurations lamelleuses qui constituent la sclérose linguale superficielle. C'est une dureté *pénétrante*, qui s'enfonce dans l'épaisseur de la langue et qui fait corps avec son parenchyme.

Les limites extérieures ou circonférentielles du noyau dur constitué de la sorte sont toujours faciles à déterminer. Il n'en est pas de même des limites profondes, lesquelles en général restent plus ou moins inaccessibles par ce fait même qu'elles sont profondes, et aussi parce qu'elles se confondent souvent avec les tissus sains sans transition bien accentuée.

4^e *Altérations diverses de la muqueuse au niveau des parties affectées.*— Enfin, à la surface de ce tissu mamelonné, lobulé et dur, la muqueuse présente des altérations diverses.

Elle est modifiée d'abord comme *coloration*. Elle affecte par places, par îlots, une teinte d'un rouge merbide, comme vineux. Sur d'autres points elle apparaît au contraire plus blanche, décolorée et comme exsangue, ce qui semble tenir soit à la distension excessive qu'elle subit par suite de la prolifération sous-jacente, soit à une réelle diminution de sa vascularité propre, résultant d'une sclérose interstitielle de son tissu.

De plus, on trouve cette même muqueuse *unie, lisse, tendue, dépapillée*, sur presque toute l'étendue des parties affectées. En quelques points seulement les papilles sont conservées, et forment des sortes d'îlots ou d'oasis. Il est à remarquer que ces papilles persistantes présentent souvent (je ne sais pour quelle raison) une teinte blanchâtre, comme si elles venaient d'être touchées au crayon de nitrate d'argent.

Tous ces détails, comme d'autres moins importants que je passe sous silence, se trouvent merveilleusement reproduits sur les diverses pièces en cire que vous voyez ici, pièces dues à deux artistes des plus distingués, MM. Jumelin et Baretta (1).

III.

Telle, Messieurs, se présente la sclérose linguale profonde dans sa forme pure, c'est-à-dire alors qu'elle n'est encore altérée par aucune complication, alors qu'il ne s'y est ajouté aucun épi-phénomène.

(1) V. Pièces n^{os} 11, 77, 112, 172, 260, 267 et 300, de ma collection particulière. — Voyez aussi plusieurs pièces déposées au musée de Saint-Louis.

Mais je vous laisserais sous une impression fausse, contraire à la vérité clinique, si je n'ajoutais aussitôt que cette forme essentielle, simple, primitive, ne tarde guère à être altérée, modifiée comme aspect, par l'évolution ultérieure de la maladie.

Il se produit pour elle en effet — et à un plus haut degré — ce que nous avons vu se produire pour la sclérose corticale.

Au bout d'un certain temps, des *lésions de forme érosive, exulcéreuse* ou même *ulcéreuse*, viennent s'ajouter aux phénomènes qui précèdent. Ces lésions consécutives changent notablement l'aspect des parties, en même temps qu'elles provoquent divers troubles fonctionnels dont nous parlerons bientôt.

Et comment n'en serait-il pas ainsi? La langue n'est-elle pas forcément exposée à des irritations aussi multiples que diverses, telles par exemple que les suivantes: contact des aliments et surtout de certains aliments durs, grenus, ou bien acides, âcres, excitants; — séjour de débris alimentaires dans les anfractuosités et les sillons de la face dorsale; — frottement contre certaines dents susceptibles d'excorier les bords de l'organe par leurs inégalités, leurs arêtes, leurs incrustations; — usage ou abus du tabac; — usage ou abus des alcooliques, etc., etc.? Toutes causes d'irritation, dont les effets sont encore augmentés par les mouvements multiples et incessamment répétés de l'organe, dans la parole, la mastication, la déglutition, etc.

Aussi peut-on poser ceci comme règle: A un moment donné, la glossite scléreuse profonde, et même toutes les glossites, pourrais-je dire, se compliquent d'érosions, d'exulcérations ou d'ulcérations véritables.

Ces érosions ou ces ulcérations *consécutives* ne sont pas toutes de même genre, de même origine. On peut, on doit en distinguer de deux ordres:

1^o Les unes sont de nature simple, c'est-à-dire inflammatoires, mécaniques, traumatiques. Celles-ci résultent de telles ou telles des causes que je viens de mentionner.

Elles siègent en diverses régions: soit sur les bords de la langue, au niveau des points où s'exerce le frottement contre les arcades dentaires, soit plus habituellement encore sur le dos de la

langue. Et lorsqu'elles affectent cette dernière localisation, c'est très-spécialement *au niveau des sillons*, des scissures interlobulaires, qu'on les observe, c'est-à-dire dans les points où la muqueuse est le plus distendue, le plus tirillée, le plus assidûment irritée par le séjour des parcelles alimentaires ou le contact des liquides irritants. Aussi, d'une façon très-fréquente, les sillons linguaux sont-ils le siège d'érosions, lesquelles tantôt restent superficielles, et tantôt dégénèrent en de véritables ulcérations. — Qu'il s'agisse d'érosions ou d'ulcérations, les unes et les autres débutent toujours par le fond des scissures, sous forme de crevasses linéaires, de rhagades; et c'est de là, comme point de départ, qu'elles s'irradient parfois sur les parties voisines. — Quelquefois encore, mais cela est plus rare, le processus érosif se produit à la surface même des mamelons, en déterminant de petites plaies étalées, plates, rappelant d'aspect les syphilides secondaires.

D'ailleurs, quel qu'en soit le siège, ces lésions consécutives varient peu comme physionomie. Elles se présentent sous l'aspect d'excoriations ou d'exulcérations limitées, remarquables en général par une coloration d'un rouge vif, animé, purpurin, qui tranche sur la teinte des parties voisines. Jamais, en tout cas, elles n'offrent ce fond blafard, jaunâtre, bourbillonneux, qui appartient à des ulcérations d'un autre genre dont je vous parlerai dans un instant.

Ces accidents de forme érosive ou ulcéreuse, je vous le répète, n'ont rien de spécifique, ne résultent rien moins que d'une cause et d'un processus spécifiques. Ce sont tout simplement des *épiphénomènes vulgaires* d'une lésion spécifique, rien de plus. Quand ils se produisent, ils ne font que s'ajouter à la lésion en la compliquant; ils ne la modifient qu'en mal, ils n'en constituent qu'une aggravation, sans jamais devenir pour elle un mode de terminaison. Tandis que pour d'autres formes morbides dont nous parlerons plus tard, pour les gommes, l'ulcération au contraire est tout à la fois un accident spécifique, un symptôme de la diathèse, et en même temps un bénéfice de nature, un processus curatif, éliminateur, terminal. Notez bien, Messieurs, cette différence que je me borne à signaler d'un mot quant à présent,

mais dont vous saisirez bientôt la haute importance par ce qui va suivre.

2° Des ulcérations d'un autre genre, ai-je dit, s'observent parfois à la surface de la langue affectée de la sorte. Celles-ci sont d'origine non plus simplement mécanique ou inflammatoire, mais véritablement *spécifique*.

Il arrive parfois, en effet, qu'un ou plusieurs des mamelons constitutifs de la glossite scléreuse profonde subissent la dégénérescence gommeuse, se ramollissent, s'ouvrent, s'ulcèrent et évacuent leur contenu. Il se produit de la sorte, au milieu de lobules scléreux, des ulcérations variables d'étendue, généralement petites et bien circonscrites, qui se reconnaissent facilement comme nature tant à leur forme excavée qu'à leur fond jaunâtre, *bourbillonneux*, présentant des vestiges de l'eschare gommeuse en voie d'élimination.

L'affection est alors mixte, si je puis parler ainsi, c'est-à-dire à la fois constituée par des lésions scléreuses et des lésions gommeuses. On pourrait donc avec avantage, je crois, donner à cette forme le nom de *glossite scléro-gommeuse*.

IV.

Variété rare : glossite scléreuse généralisée.

Nous en avons fini, Messieurs, avec les formes usuelles de la glossite scléreuse. Cet exposé toutefois resterait incomplet, si je ne le faisais suivre actuellement de quelques mots relatifs à une variété des plus rares, dont je n'ai encore observé que deux cas pour ma part. Cette variété, c'est la *glossite scléreuse généralisée*.

Jusqu'ici nous avons vu les lésions de la glossite scléreuse, pour être plus ou moins étendues d'ailleurs, rester néanmoins limitées et partielles. Or, il n'en est pas toujours ainsi. En certains cas, très-rares, je le répète, ces lésions peuvent s'étendre au point de se généraliser, tout au moins d'occuper la langue dans sa presque totalité. Et alors elles communiquent à l'affection

une physionomie nouvelle, due surtout à l'énorme, à la prodigieuse tuméfaction qu'elles impriment à la langue.

Cette pièce en cire, très-habilement moulée par M. Baretta sur un malade que nous avons dans nos salles il y a quelques semaines, vous donnera immédiatement une idée exacte de la lésion (1). Veuillez l'examiner avec soin. Vous y trouverez d'abord réunis les principaux attributs des glossites scléreuses profondes, à savoir : aspect bizarre de la langue, lisse et dépapillée dans presque toute son étendue ; — muqueuse rouge par ilots, et sur d'autres points devenue absolument blanche, sans doute en raison de l'excessive distension déterminée par l'infiltration sous-jacente ; — mamelonnement très-accentué vers les parties postérieures ; — et j'ajouterai (ce dont vous ne pouvez juger ici) induration considérable, extraordinaire, de tout l'organe. Assurément la langue du malade n'était guère moins dure au toucher que cette langue en cire. — Mais ce qui vous frappera surtout à première inspection de cette pièce, c'est la *tuméfaction énorme* de la langue, avec les déformations qui en sont la conséquence naturelle. Cette langue était assurément plus que doublée de volume, presque triplée, et cela dans toute son étendue, sauf peut-être le sixième postérieur. Aussi, voyez à quel degré elle se présente déformée. Elle figure deux grosses bosselures latérales, en dos d'âne, séparées par un sillon médian de direction antéro-postérieure, sillon commençant à la partie la plus reculée de l'organe et venant mourir vers la pointe, sillon très-creux, mesurant vers les parties centrales jusqu'à un centimètre de profondeur.

Telle est la glossite scléreuse dans sa forme généralisée.

Ce n'est là, vous le voyez, qu'une simple variété des formes précédentes, dont elle ne fait que reproduire les attributs généraux d'une façon exagérée. Elle ne présente donc en somme rien d'autrement spécial qu'une exubérance excessive de l'hyperplasie, avec tendance à la généralisation. Et de ces deux particularités résulte, comme conséquence clinique, l'excès considérable de volume imprimé à tout l'organe.

(1) Pièce n° 300 de ma collection particulière.

V.

GLOSSITES GOMMEUSES.

Les glossites gommeuses proprement dites sont constituées par des hyperplasies cellulaires qui, au lieu de tendre (comme celles dont nous avons parlé précédemment) à une organisation persistante et définitive, dégénèrent plus ou moins hâtivement, se nécrobiosent, et sont éliminées par un travail ulcératif.

Les hyperplasies de ce genre s'observent soit dans le derme lingual, soit dans le parenchyme même de l'organe, au-dessous de la muqueuse. De là deux variétés toutes naturelles, à savoir :

1° *Gommes muqueuses*;

2° *Gommes sous-muqueuses ou musculaires*.

Ce en quoi consistent, anatomiquement et cliniquement, ces deux variétés de lésions, je puis tout d'abord vous le dire d'un seul mot, avant d'entrer dans les descriptions spéciales qui vont suivre. Ces lésions, en effet, ne sont rien autre et rien de plus que des gommes cutanées ou sous-cutanées transportées dans la langue. C'est-à-dire qu'elles sont constituées par des tumeurs ou des infiltrations diffuses qui, primitivement solides et dures, se ramollissent ultérieurement, s'ouvrent, éliminent une matière bourbillonneuse, et aboutissent finalement à des ulcérations à ciel ouvert, ulcérations qui ou bien se cicatrisent dans un temps assez court, ou bien persistent et peuvent devenir extensives.

Examinons séparément ces lésions sur les deux sièges différents qu'elles sont susceptibles d'affecter.

1° *Gommes muqueuses*. — Les gommes muqueuses, celles qui affectent le derme lingual, constituent en quelque sorte les *syphtides gommeuses de la langue*. Quelques mots suffiront à leur sujet, car elles ne présentent rien de bien spécial et sont assimilables de tout point, comme caractères cliniques, aux gommes superficielles des muqueuses.

A leur première période, elles consistent en de petites *nodosités* développées et enchâssées dans le derme muqueux, *nodosités tuberculiformes*, arrondies, offrant le volume d'un grain de plomb, d'un pois, d'un noyau de cerise, d'un petit haricot, etc. — Elles s'accusent, sur le dos ou sur les bords de la langue (leurs deux sièges de prédilection), par un léger relief en forme de mamelon, relief assez minime parfois pour que le toucher plutôt que la vue en révèle l'existence. — Originellement, ces nodosités sont fermes, consistantes, dures, manifestement constituées par une production solide. — Elles existent en nombre variable. Quelquefois on n'en trouve qu'une seule, isolée ; plus souvent on en rencontre deux, trois ou quatre. En d'autres cas elles sont plus nombreuses, et généralement alors elles se réunissent en groupes, en « bouquet ». Il n'est même pas rare que ces groupes soient disposés en demi-cercle, en fer à cheval. De cela vous pouvez voir un bel exemple actuellement dans nos salles. Un de nos malades présente sur le dos de la langue un groupe de sept nodules gommeux ulcérés ou en voie d'ulcération, lesquels sont disposés en forme de demi-lune, d'une façon très-régulière.

Après avoir persisté un certain temps à l'état de tumeurs solides, ces nodosités gommeuses, à l'instar de toutes les gommes, tendent à se ramollir et se ramollissent progressivement. A un moment donné, elles se perforent à leur sommet par un petit pertuis, lequel s'élargit bientôt, s'ulcère excentriquement, et laisse à découvert, après quelques jours, une entamure d'étendue proportionnelle au volume de la nodosité détruite.

Le petit ulcère gommeux constitué de la sorte n'offre guère plus d'étendue que la surface de section d'un petit pois ou l'aire d'une lentille. Rarement il est plus large, de façon à mesurer le diamètre d'une pièce de 20 ou de 50 centimes. Il offre en miniature l'aspect de toutes les ulcérations gommeuses ; c'est-à-dire qu'il est surtout remarquable par les quatre attributs suivants : d'ulcère creux, notablement creux eu égard à sa petite étendue, et quelquefois aussi creux que large ; — d'ulcère entaillé dans des tissus durs et manifestement infiltrés ; — d'ulcère à bords nettement découpés, souvent taillés à pic dans toute l'acception du mot, de façon à simuler une entamure faite à l'emporte-pièce ; —

enfin et surtout, d'ulcère à fond jaune-blanc, *bourbillonneux*, tapissé d'un enduit adhérent, lequel n'est autre que les débris de l'eschare gommeuse en voie de liquéfaction et d'élimination progressive.

2° *Gommes profondes ou musculaires*. — Plus importantes comme lésions que les précédentes, celles-ci constituent à proprement parler les véritables gommes de la langue. Elles réclament de nous une étude attentive.

Comme siège, d'abord, elles occupent le système musculaire de l'organe. Ce sont des gommes essentiellement *musculaires*, et M. Bouisson (de Montpellier) a fait cette remarque très-légitime que, de tous les organes musculeux, c'est la langue qui se montre le plus sujette à cette espèce de lésions (1).

Ce serait une erreur de croire qu'elles affectent indifféremment tel ou tel point du parenchyme lingual. Tout au contraire, elles ont un siège de prédilection. C'est d'une façon presque exclusive *vers la face supérieure* de l'organe qu'on les rencontre. D'une part, en effet, c'est presque invariablement sous la muqueuse dorsale de la langue, tout au moins à peu de distance de cette muqueuse en profondeur, qu'elles se développent originairement. Et, d'autre part, se sont-elles développées primitivement dans les parties centrales, elles n'aboutissent pas moins ultérieurement à se porter vers les parties supérieures. C'est là qu'elles viennent toujours proéminer, s'ouvrir et s'ulcérer. Jamais on ne les voit se frayer une voie vers les parties inférieures. Pourquoi cela? Je ne saurais le dire; c'est un fait que je constate seulement.

Du reste, elles paraissent occuper sans préférence marquée tel ou tel département de la face supérieure. Ainsi, on les rencontre avec une fréquence à peu près égale, soit vers les parties antérieures ou même tout à fait vers la pointe soit en arrière jusque vers la base, en des points qui se dérobent à l'examen direct et que la vue n'atteint qu'à l'aide du miroir. Remarquons seule-

(1) Mémoire sur les tumeurs syphilitiques des muscles et de leurs annexes, par Bonisson (*Gazette médicale de Paris*, 1846).

ment que, contrairement à une opinion assez généralement reçue, elles sont plus souvent latérales que médianes; cela du moins ressort de mes statistiques personnelles.

C'est surtout par la différence de volume que les gommes musculaires de la langue se distinguent des gommes superficielles de même siège. Leurs proportions les plus habituelles sont celles d'un haricot, d'une noisette, d'une amande. S'il en est parfois de plus petites, comparables à un pois, il en est aussi de plus grosses; on en a vu qui présentaient les dimensions d'une moitié de noix, voire d'une noix, ou d'une datte, ce qui est beaucoup plus rare.

Ces gommes intra-musculaires ont souvent une forme difficile à apprécier exactement, en raison de leur situation profonde. Le plus habituellement toutefois elles se rapprochent, autant qu'on en puisse juger, de la configuration *ovoïde*, et donnent aux doigts la sensation de ce que serait une noisette ou une olive logée dans le tissu de l'organe. Parfois encore on en rencontre d'aplaties et d'allongées en forme d'amande.

Tantôt il n'existe qu'une seule de ces tumeurs dans le parenchyme lingual. Tantôt et presque aussi fréquemment on en trouve plusieurs, c'est-à-dire deux, trois ou quatre. Il est très-rare qu'on en observe davantage, sauf dans une forme spéciale que je vous décrirai plus tard. — Lorsqu'elles sont multiples, ces gommes musculaires se présentent soit isolées et à distance, soit réunies, groupées côte à côte dans la même région.

Ainsi constituées comme lésions, quelle évolution affectent ces gommes musculaires, et comment se caractérisent-elles cliniquement ?

Comme évolution d'abord, elles observent la marche habituelle des gommes de tout siège. Et de la sorte, alors du moins qu'elles sont livrées à leur évolution propre, elles traversent successivement les quatre étapes que voici :

- 1° Période de formation ou de crudité ;
- 2° Période de ramollissement ;

3° Période d'ulcération ;

4° Période de réparation cicatricielle.

Voyons sous quel aspect elles se présentent à chacune de ces périodes.

A la période de *crudité*, ce sont des tumeurs *solides* et *dures*. On apprécie facilement ce double caractère rien qu'en promenant le doigt à la surface de la langue. On sent alors une ou plusieurs nodosités (*nodi*), que leur consistance, leur fermeté, distinguent immédiatement et d'une façon très-nette des tissus périphériques, restés souples et mous.

Il est possible, si la tumeur est minime, qu'elle ne soit appréciable que par le toucher. Cela n'est pas le cas usuel. Car, si peu qu'elle acquière un certain volume, la gomme se traduit aussitôt et à simple vue par un relief, une saillie, une *bosselure*. Cette bosselure est nécessairement en rapport avec le volume, le nombre des tumeurs, et aussi avec le degré de réaction exercée sur les parties voisines. Souvent elle est assez considérable. La langue subit alors une déformation des plus accentuées. Ainsi, en nombre de cas, on la trouve très-notablement tuméfiée en un point circonscrit, soit latéralement surtout, soit vers la pointe, soit plus rarement à la base. Il n'est pas très-rare qu'au niveau du point affecté elle soit doublée de volume pour le moins. On dit même l'avoir vue offrir une épaisseur « triple » de ses dimensions normales. — Comme exemple, voyez cette pièce, déposée au musée de Saint-Louis par un de nos collègues : une des moitiés latérales de la langue est énormément tuméfiée par une gomme et contraste avec l'autre moitié de la façon la plus frappante.

Tels sont les phénomènes qui constituent la première période de la lésion.

Cette période a toujours une assez longue durée. En moyenne, on peut l'évaluer, je crois, à deux ou trois mois.

Pendant tout ce laps de temps, la tumeur ne fait que se développer, et cela d'une façon lente, sans présenter du reste d'autres modifications intimes cliniquement appréciables. Notons cependant ce point essentiel : à mesure qu'elle s'accroît, elle se rap-

proche des parties supérieures de la langue, où elle vient constituer une saillie de plus en plus proéminente.

Deuxième période. — Puis, après avoir progressé de la sorte en conservant les caractères précités, la tumeur entre dans une phase nouvelle qui constitue la seconde période.

Cette tumeur, peu à peu, perd de sa consistance originelle. Elle devient moins ferme, moins sèche au toucher. Elle devient comme *pâteuse* dans sa zone la plus saillante. Finalement, elle arrive à se ramollir en ce point, où l'on peut percevoir quelquefois par un palper très-attentif une sensation de fluctuation obscure. Ce travail de désorganisation intime, de liquéfaction, qui se traduit cliniquement par une mollesse et une fluctuation croissantes de la tumeur, s'exagère de plus en plus. Une rupture de la coque tégumentaire, minée, usée, amincie sourdement dans ses parties profondes, est bientôt imminente. Cette rupture se produit en effet à un moment donné, et se produit sous forme d'un petit pertuis ponctiforme, à bords violacés, pertuis parfois à peine appréciable à simple vue, et que le stylet même a quelque peine à découvrir tout d'abord.

Voici la tumeur ouverte. Qu'en sort-il à ce moment, j'entends au moment même où se fait la rupture? Ce qui en sort, on ne le voit jamais, et je ne l'ai pas vu plus que d'autres. Cela pour une bonne raison, c'est que le médecin n'est pas présent à l'instant précis où se produit la perforation, c'est que le plus souvent même la perforation se produit à l'insu des malades. On n'a donc pour tous renseignements que le dire des malades, qui ne sont pas toujours d'excellents observateurs. Ce qu'ils accusent avoir rendu, quand ils se sont aperçus de l'événement, c'est «une petite quantité, quelque chose comme un crachat, d'un liquide jaunâtre, analogue à de l'*humeur*, mêlé ou non de grumeaux. et quelquefois strié de sang.»

L'ouverture ainsi faite peut rester ce qu'elle est originellement, c'est-à-dire un insignifiant pertuis. En quelques cas (relatifs, il est vrai, à des gommes de médiocre volume), je l'ai vue ne pas s'élargir ou ne s'élargir que dans des proportions minimales. Elle restait alors semblable à une petite *fistule*, et il fallait le se-

cours du stylet pour la découvrir sous forme d'un orifice à peine apparent, donnant accès dans une cavité plus ou moins large ou, pour mieux dire, dans une sorte de décollement, de soufflet sous-muqueux.

Le plus souvent, les choses ne se passent pas d'une façon aussi simple. En quelques jours, et d'une façon même remarquablement rapide, le petit pertuis s'élargit en s'ulcérant. Il s'ulcère excentriquement; et bientôt la coque superficielle de la tumeur, se trouvant détruite dans une certaine étendue, laisse à jour, laisse à ciel ouvert une plaie plus ou moins large, plus ou moins anfractueuse. C'est là le début de la troisième période, celle de la gomme ulcérée.

Troisième période. — L'ulcération gommeuse constituée de la sorte est plus ou moins étendue, plus ou moins importante comme lésion, et cela, bien entendu, suivant les proportions qu'avait acquises la tumeur initiale. On voit de ces ulcérations qui ne mesurent guère plus de 3 à 5 millimètres de diamètre. Inversement, il en est qui offrent 1, 2 ou 3 centimètres de long, sur 1 ou 2 centimètres de large.

Comme forme, ces ulcérations sont généralement ovalaires, et à grand axe antéro-postérieur. Souvent encore elles affectent une configuration plus ou moins arrondie. Il n'est pas rare non plus qu'elles se présentent sous une forme allongée ou complètement irrégulière, quelquefois même déchiquetée.

Mais voici qui a plus d'importance. Les ulcérations linguales d'origine gommeuse se distinguent en général des ulcérations d'autre nature par un certain ensemble de caractères objectifs très-essentiels à préciser. Ces caractères, je commence par vous le dire, n'ont rien de topiquement spécial, j'entends de spécial à l'organe affecté; ce sont simplement les caractères communs aux ulcères gommeux de tout siège. Résumons-les en quelques mots :

1° *Etat creux de l'ulcération.* — Toujours les ulcères gommeux sont remarquables par ce premier attribut; toujours ils sont notablement *creux*. A la langue, ils mesurent 2 ou 3 millimètres de profondeur au minimum, 5 ou 6 millimètres le plus habituelle-

ment, et souvent même davantage, jusqu'à un centimètre, voire un centimètre et demi en certains cas plus rares.

2° *Ulcère encadré par une aréole dure et rouge.* — Le pourtour de l'ulcération est constitué par une zone de tissus remarquablement durs au toucher et manifestement infiltrés. A la surface de ces tissus, la muqueuse tendue, lisse et souvent décapillée dans une certaine étendue, offre une coloration d'un rouge sombre, violacé.

3° *Ulcère à bords nettement entaillés*, c'est-à-dire découpés verticalement et à pic, descendant en pente raide vers le fond de la lésion, adhérents en général, rarement décollés.

4° Et surtout — caractère majeur — *ulcère à fond bourbillonneux.* — Cet ulcère est « de mauvaise mine », comme on dit vulgairement, à savoir : d'une part, inégal, irrégulier de fond, anfractueux, et, d'autre part, jaunâtre ou jaune-gris, diphthéroïde d'aspect, ou mieux *bourbillonneux*, c'est-à-dire revêtu d'enduits adhérents qu'on ne peut détacher ni par le lavage, ni par le pinceau, et qui sont constitués par des eschares de tissu gommeux en voie d'élimination.

La réunion de ces quatre attributs confère à l'ulcération gommeuse une physionomie assez particulière pour être nettement distinctive dans le plus grand nombre des cas. Jugez-en au surplus par cette pièce dont je dois la communication à mon savant collègue et ami le D^r Horteloup, et qui est un spécimen accompli de la lésion qui nous occupe actuellement. Vous voyez là trois ulcérations gommeuses occupant la partie moyenne de la langue, toutes trois ovalaires de forme et à grand diamètre antéro-postérieur. Remarquez combien ces ulcérations sont nettement découpées, et combien elles sont creuses. L'une d'elles mesure plus d'un centimètre en profondeur. Remarquez aussi la mauvaise apparence, le mauvais aspect de leur fond, tout tapissé d'enduits gris-jaunâtres, pultacés, bourbillonneux (1). — Ce sont là, je vous le répète, des types parfaits d'ulcérations gommeuses.

(1) Voy. planche II.

Ces trois périodes accomplies, que devient au delà la lésion?

Soumise à un traitement convenable, l'ulcération gommeuse se répare et se cicatrise assez facilement, au moins dans la grande majorité des cas. Cette phase terminale de la lésion se caractérise par l'ensemble des phénomènes qui composent l'évolution régressive de tout ulcère gommeux. C'est-à-dire que le fond de l'ulcère achève de se déterger, prend une physionomie meilleure, s'élève, bourgeonne, revêt l'aspect d'une plaie simple, et est envahi progressivement par la cicatrisation.

La cicatrice qui succède à la gomme linguale profonde est presque toujours plus ou moins déprimée, en forme de vallonement ou de capiton sur les parties plates de l'organe, en forme de crénelure sur les parties marginales. Habituellement, toutefois, elle est moins déprimée, moins importante qu'on ne s'y attendrait, eu égard à l'excavation creusée dans le parenchyme lingual. Il est remarquable, en effet, que sur les muqueuses et sur la langue en particulier, la restauration des tissus se fasse d'une façon plus complète et plus intégrale que sur les téguments cutanés. Quelquefois ainsi l'on est étonné, après guérison, de ne trouver comme vestige d'une gomme de moyen volume qu'une dépression légère ou qu'une cicatricule linéaire à peine apparente. En d'autres cas, il est vrai, une perte de substance véritable, une entaille, avec déformation persistante et ineffaçable, succède à la lésion.

Non traité, l'ulcère gommeux de la langue peut encore guérir, comme j'en ai eu la preuve. Mais souvent aussi il lui arrive de persister. Il persiste surtout lorsqu'il est irrité par défaut d'hygiène locale ou par excitations surajoutées. Et alors, de deux choses l'une : ou bien il persiste en restant à peu près stationnaire comme étendue, avec un fond rouge, purpurin, végétant ; ou bien il persiste en progressant, en s'étendant peu à peu, probablement sous l'influence d'une prolifération gommeuse périphérique, qui se forme et se détruit à mesure, excentriquement.

Que deviendrait et que durerait cet état de choses, si l'affection était abandonnée indéfiniment à elle-même, sans le secours d'aucune médication locale ou générale ? Cela, nous l'ignorons,

Messieurs, car nous ne trouvons guère de malades dotés d'une incurie assez chronique pour tolérer en patience de telles lésions, sans recourir à un traitement quelconque. Mais ce que nous savons tout au moins par quelques exemples, c'est que des ulcérations gommeuses de la langue ont pu durer longtemps, très-longtemps. J'en ai vu, pour ma part, qui dataient de six mois, de huit mois, d'un an, de deux ans. Et il y a plus. Dans le journal anglais *The Lancet* (1), vous trouverez un fait très-curieux, relatif à une ulcération linguale tertiaire qui ne remontait pas à moins de *vingt années*, de vingt années pendant lesquelles le malade ne s'était soumis à aucun traitement ! Et notez immédiatement ceci, comme démonstration de ce que peut la médication spécifique en pareille occurrence : cette ulcération persistait depuis vingt ans en l'absence de tout traitement ; on administre le mercure, et, dès le quatrième jour du traitement, elle commence, dit l'observateur, à se réparer ; le vingt-huitième jour, elle est guérie ! Quel fait, entre mille autres, à l'adresse de ceux qui, je ne sais par quel inexplicable aveuglement, nient l'influence du mercure dans la syphilis et proposent de substituer à ce merveilleux remède la stérile et dangereuse expectation !

VI.

Telle se présente, Messieurs, la glossite gommeuse dans la grande généralité des cas.

Mais cet exposé resterait incomplet, si je ne le faisais suivre actuellement d'un court appendice, relativement à certains cas d'un ordre beaucoup plus rare. Ces cas comprennent ce que j'appellerai :

D'une part la *forme confluyente* ;

Et, d'autre part, la *forme phagédénique*.

I. *Forme confluyente*. — Je vous ai dit que le nombre des lésions qui constituent la glossite gommeuse n'est, en général, que mi-

(1) Cure of ulceration of the tongue which had existed twenty years, by A. Leared, *The Lancet*, 1863.

nime. Dans les cas les plus communs, c'est à une, deux ou trois gommès seulement qu'on a affaire. Mais quelquefois aussi, comme vous le savez déjà par ce qui précède, ce nombre peut s'élever. Il peut s'élever jusqu'au chiffre de 5, 6, 7, 8 et 10 noyaux gommeux. Ainsi, j'ai vu tout récemment en ville un malade qui portait sur la face supérieure de la langue sept petits nodules gommeux, comparables à des pois ou à des noyaux de cerise. Un cas absolument semblable s'est présenté à vous ici même, il y a quelques mois.

Or, deux alternatives sont possibles.

Dans la très-grande majorité des cas, ces nodules gommeux multiples restent petits, ou tout au plus moyens, médiocres en un mot comme développement. Et alors l'aspect général de la langue affectée de la sorte n'est que peu modifié par la confluence inusitée des lésions.

Bien plus rarement et d'une façon qu'on peut presque qualifier d'exceptionnelle, les noyaux gommeux confluents deviennent plus ou moins volumineux, atteignent les proportions d'une noisette, d'un œuf de pigeon, d'une petite noix. Inutile de dire s'ils modifient dans ce cas le volume de l'organe et s'ils en altèrent la forme. Ils bossellent la langue d'une façon étrange, ils la défigurent. Concevez enfin la lésion portée à son maximum de développement, et c'est alors que vous aurez affaire à ces langues décrites comme « rembourrées de noisettes », mamelonnées, marronnées, gigantesques, je dirai presque éléphantiasiques ; à ces langues que la bouche devient insuffisante à contenir, qui débordent les arcades dentaires, dépassent l'orifice labial, et viennent pendre au devant du menton. On a vu une de ces langues gigantesques et à procidence extraordinaire dépasser même le menton. Le cas est de M. Cloquet et mérite d'être signalé en quelques mots. Il est relatif à un malade qui portait dans la langue quatre tumeurs, chacune du volume d'une petite noix. Sous l'influence de ces lésions, dont l'origine remontait à dix-huit mois, la langue avait pris un développement monstrueux. Elle avait été chassée de la bouche et « descendait à trois pouces au-dessous du niveau du menton ». Quelle incroyable procidence ! Dans cet état, « le malade était constamment inondé d'une très-abondante salive ; il ne

pouvait plus parler que d'une façon presque inintelligible ; il ne respirait et n'avalait qu'avec une difficulté extrême ». Si bien que plusieurs médecins avaient jugé l'affection de nature *cancéreuse*. Mandé en consultation, M. Cloquet reconnut ou soupçonna la syphilis, et prescrivit le bi-chlorure de mercure. Après quinze jours d'usage de ce remède, une amélioration telle s'était produite que déjà la langue ne descendait plus au-dessous du menton. Huit à dix mois plus tard, la langue était rentrée dans la bouche. Au vingt-huitième mois, la guérison était complète (1).

Il va sans dire, Messieurs, que, dans les cas de ce dernier genre, l'excessif volume et la procidence de la langue entraînent à leur suite des troubles fonctionnels des plus accentués : troubles de mastication, de phonation, de déglutition, de respiration, etc. ; salivation surabondante ; insomnie, désordres nerveux, amaigrissement et affaiblissement consécutifs, etc. ; tous phénomènes qui, s'ils persistaient au-delà d'un certain temps, ne tarderaient guère assurément à menacer la vie.

Les cas de cet ordre, du reste, sont excessivement rares, je vous le répète. Et quant au fait de M. Cloquet, il n'a pas, je crois, d'analogie dans la science.

II. *Forme phagédénique*. — Les ulcérations gommeuses de la langue sont souvent larges et excavées, sans être pour cela phagédéniques. En réalité, elles n'aboutissent que rarement au phagédénisme véritable.

Quand elles deviennent phagédéniques, elles affectent soit la forme serpigineuse, soit la forme térébrante, soit encore une forme mixte, participant des deux types précédents.

Les *ulcérations serpigineuses* de la langue sont, le plus habituellement du moins, des ulcérations qui, nées sur le dos ou les bords de l'organe, se portent ensuite en arrière, vers les parties les plus postérieures, et tendent à descendre jusque dans la rigole glosso-laryngée, au devant de l'épiglotte. Elles ne se présentent que rarement à l'observation.

(1) Ce fait se trouve relaté in extenso dans un très-intéressant et remarquable mémoire de M. G. Lagneau sur les *Tumeurs syphilitiques de la langue*, lu à la Société de médecine de Paris (Gaz. hebdomadaire, 1859, nos 32, 33, 35).

Les *ulcérations térébrantes* sont plus rares encore. Un exemple vous en est offert actuellement par la malade couchée au lit n° 12 de la salle Saint-Thomas. Cette malheureuse femme, dont je vous ai déjà souvent parlé à d'autres propos, est affectée, vous le savez, d'un *lupus tertiaire* de l'arrière-gorge, lequel, quatre fois guéri déjà, en est aujourd'hui à sa cinquième poussée. Or, lors de cette dernière récurrence, la langue s'est prise sur deux points, au niveau de l'isthme guttural; et il s'est produit là, tout à fait vers la base de l'organe, deux larges ulcérations, très-creuses, très-profondément excavées, dont les moindres particularités objectives vous ont été révélées par le miroir laryngoscopique.

Second et plus terrible exemple, bien digne d'être cité. Dans le cours d'une syphilis tertiaire, féconde en accidents aussi multiples que graves, un de mes malades de la ville présenta une lésion gommeuse de la langue siégeant sur la moitié droite de l'organe, au niveau des grosses molaires environ. Cette lésion ne tarda pas à s'ulcérer, en dépit du traitement. A peine constituée, l'ulcération s'élargit aussitôt, se creusa simultanément, devint gangréneuse d'aspect, et arriva à mesurer 6 à 7 centimètres de long sur 2 de large, avec une profondeur de 12 à 15 millimètres. Une médication des plus intenses fut alors mise en œuvre et parvint à enrayer les progrès du mal. Dans l'espace de trois mois, une cicatrisation complète put être obtenue. Mais trois autres mois s'étaient à peine écoulés que de nouvelles lésions gommeuses se produisaient au voisinage de l'ancienne, et que la cicatrice même de cette dernière se rouvrait. Une seconde ulcération se forma alors sur le territoire de la première et en dépassa même les limites. Bientôt elle s'excava profondément, et aboutit à constituer une cavité énorme où l'on aurait facilement logé le pouce. Le fond de cette véritable *caverne* gommeuse était absolument gangréneux d'apparence. Et lorsque, pour déterger les parties, je promenais sur elles un pinceau de charpie, j'en détachais une sorte de bouillie putrilagineuse d'un vert noirâtre, horriblement fétide, contenant des lambeaux escharifiés du parenchyme lingual. C'était la langue qui s'en allait de la sorte en déliquium! Les troubles fonctionnels et l'état général déterminés par cette affreuse lésion furent de nature à m'inspirer, pendant quelque

temps au moins, les plus sérieuses alarmes. Le malade guérit cependant, après plusieurs mois d'un traitement mixte par les frictions mercurielles, l'iodure et les toniques.

VII.

J'en ai fini, Messieurs, avec l'exposé du double ordre de lésions qui composent les glossites tertiaires.

Si j'ai réussi à vous définir nettement les deux types pathologiques qui viennent de nous occuper, vous avez dû saisir les différences qui les séparent, et vous devez être convaincus qu'ils constituent bien réellement, comme je vous le disais au début de cette étude, deux modalités morbides distinctes, très-dignes d'être décrites individuellement et décrites sous des appellations différentes. Cette distinction n'avait pas été faite jusqu'à nos jours; elle mérite, si je ne m'abuse, d'entrer dans la pratique actuellement.

Ce qui suivra d'ailleurs, au point de vue des symptômes, du pronostic et du traitement, achèvera, je l'espère, de vous confirmer dans la conviction que vous avez pu acquérir sur ce point par l'étude anatomique des lésions.

Résumant donc d'une façon sommaire les divers éléments de la discussion précédente, nous arrivons à ceci comme conclusions :

I. La syphilis tertiaire se traduit sur la langue, comme sur les autres viscères, par des lésions de forme hyperplasique .

II. Mais les hyperplasies qu'elle y détermine ne sont pas toutes identiques comme évolution, comme symptômes, comme terminaison. Il y a lieu, au contraire, d'en distinguer deux formes, à savoir :

1° Hyperplasies aboutissant à des *scléroses* ;

2° Hyperplasies aboutissant à des *gommes*.

Sans doute, ces deux modalités morbides affectent de l'une à l'autre des affinités multiples et se rapprochent par d'incontestables analogies. Ainsi, toutes deux consistent originairement en des hyperplasies; toutes deux affectent le même processus

aphlegmasique, la même insidiosité de développement; parfois encore elles peuvent être unies, associées, etc. Mais, la part faite à ces analogies, des différences saillantes s'imposent aussitôt. De ces hyperplasies, en effet, les unes, à peine produites, tendent à une organisation fixe, permanente, définitive; — les autres inversement, composées sans doute d'éléments moins vivaces, tendent à se détruire presque aussitôt, et ne sauraient subsister dans l'organisme au titre de tissus vivants. — De ces hyperplasies, les unes sont et restent sèches, « plastiques », comme on disait autrefois; elles ne s'ulcèrent pas, ou ne s'ulcèrent qu'éventuellement, par accident; l'ulcération n'est pour elles qu'un épiphénomène, résultant de causes surajoutées; l'ulcération, en tout cas, n'est pour elles qu'une complication qui les aggrave, sans les éliminer, sans en purger l'organisme; — les autres, au contraire, sont vouées en naissant à l'ulcération; abandonnées à elles-mêmes, elles s'ulcèrent nécessairement, fatalement; et l'ulcération est pour elles un processus curatif, éliminateur, terminal, qui en débarrasse l'économie. — En un mot, les unes persistent *in situ*, les autres meurent *in situ*; voilà ce qui constitue la différence essentielle qui les sépare.

Aux lésions du premier ordre nous réservons le nom de *scléroses*. A celles du second ordre, seulement, s'applique l'ancienne dénomination de *gommes*, sous laquelle les unes et les autres avaient été indistinctement décrites jusqu'alors.

Nous ne connaissons encore les glossites tertiaires que comme lésions. Il me reste à vous parler actuellement des troubles fonctionnels qu'elles suscitent, du pronostic qui s'y rattache, et du traitement qui doit leur être opposé. Il me reste surtout à les différencier d'autres lésions de même siège susceptibles de les simuler et d'être confondues avec elles. Ces divers points formeront le sujet de notre prochaine réunion.

VIII.

Troubles fonctionnels. — Deux faits majeurs inaugurent et dominent la symptomatologie des glossites tertiaires. Ces deux faits sont: d'une part, l'insidiosité absolue du début, et, d'autre part,

la bénignité remarquable des phénomènes cliniques pendant toute la période qui prélude à l'ulcération.

Examinons en particulier chacun de ces points.

1° *Insidiosité de début.* — Toujours (ou du moins bien peu s'en faut) les lésions qui constituent les glossites tertiaires se produisent originairement à l'insu des malades, et ne sont constatées par eux qu'à une époque où elles ont acquis déjà un certain développement. Dans la plupart des cas, c'est un hasard qui les révèle aux malades, un jour qu'ils se regardent ou se touchent la langue ; ou bien encore ils en sont avertis par un sentiment de gêne légère qui les porte à s'examiner la bouche. Parfois même c'est le médecin qui est le premier à découvrir ces lésions, en inspectant la langue pour un motif ou pour un autre. Cela m'est arrivé deux fois, sur des clients qui venaient me consulter pour des accidents syphilitiques d'autre siège.

Nous sommes donc pleinement autorisés à dire que ces lésions se développent à leur origine d'une façon absolument insidieuse.

2° *Bénignité remarquable des phénomènes cliniques pendant toute la période antérieure à l'ulcération.*

Cela s'applique à la fois aux formes scléreuses et aux formes gommeuses des glossites tertiaires.

Que trouvons-nous, en effet, comme symptômes des lésions scléreuses, à une époque où ces lésions ne sont pas encore compliquées de leurs épiphénomènes habituels d'érosion et d'ulcération ? Peu de chose, très-peu de chose, en général. D'abord, pas de douleurs vraies, telles qu'élançements, tension, brûlure, etc. Pas de ptyalisme, digne du moins de fixer l'attention. Rien autre que ceci : sensibilité légère de l'organe dans la mastication, surtout au contact de certains aliments durs, grenus, ou acides, piquants, âcres, etc. ; — et certaine gêne, certain embarras de la langue, qui « est raide », comme disent les malades, qui est moins agile, comme maladroite, qui se laisse mordre de temps à autre. Cette gêne se traduit surtout dans l'articulation des sons. Ainsi, sans être véritablement troublée, la parole est quelque peu pénible et défectueuse par instants. Moins maîtresse de ses mouvements,

la langue hésite sur certaines syllabes, ou ne les émet qu'avec difficulté, d'une façon incorrecte.

Et c'est tout. Aucun autre phénomène important ne s'ajoute à ces troubles légers.

Il en est de même pour les lésions gommeuses, superficielles ou profondes, dans leur période de formation.

Pas plus que lesscléroses, en effet, les gommès de la langue ne s'accompagnent de douleurs dans leur développement. Alors qu'elles naissent, alors qu'elles se constituent, elles restent parfaitement *indolentes*. Elles ne troublent jamais les fonctions de l'organe que mécaniquement. Tout ce qu'elles déterminent, dans les premières périodes de leur évolution, se borne également à un certain degré de gêne, d'embarras dans les mouvements de la langue, à un certain agacement de l'organe, tel que celui qui résulterait de la présence d'un corps étranger. C'est là seulement ce qu'accusent les malades, alors qu'on les interroge avec soin sur les sensations qu'ils éprouvent. « Je ne souffre pas, nous disait ces jours-ci un des malades de la salle Saint-Louis, affecté d'une gomme linguale assez volumineuse ; je n'ai pas de douleur, à proprement parler ; mais je sens dans ma langue quelque chose qui me gêne pour articuler et pour manger, comme si elle était traversée par une arête de poisson ». Un autre de mes clients disait sentir « comme une tête de clou » dans sa langue, etc.

A cette gêne toute mécanique s'ajoute seulement, alors que le ramollissement commence à se produire, une sorte d'endolorissement vague et diffus de la langue, avec quelques élancements passagers.

Tout cela, vous le voyez, Messieurs, est bien léger sans doute, et, à coup sûr, cette bénignité initiale des glossites tertiaires est digne d'être notée.

Il n'est guère d'exception à la règle qui précède que pour les cas où la tuméfaction de la langue dépasse de certaines limites : par exemple, dans les cas de glossite scléreuse généralisée ou de gommès linguales à la fois multiples et volumineuses. Un fait

mécanique trouble alors gravement les fonctions de l'organe. En raison de son excès de volume, la langue est mal à l'aise dans la bouche et n'exécute plus que péniblement les mouvements si variés et si délicats qui lui sont dévolus. De là des désordres qui, bien entendu, n'ont rien de spécial à la syphilis et qui sont identiques à ceux qu'on observe dans toutes les glossites hypertrophiques. Mais, ici encore, pas de douleurs véritables, du moins tant que l'ulcération ne s'est pas produite. Rien autre qu'un sentiment de gêne dans la langue. C'est ainsi, par exemple, que le malade dont je vous ai parlé précédemment et qui présentait cette énorme langue affectée de sclérose généralisée (pièce n° 300) ne souffrait pas, affirmait ne pas souffrir, jusqu'au jour où des ulcérations vinrent à se manifester sur divers points. En revanche, une fois ces ulcérations produites, la langue devint extrêmement sensible, endolorie d'une façon continue, et très-douloureuse spécialement au contact des aliments et des boissons.

Donc, avant la période d'ulcération, pas ou peu de douleurs, pas ou peu de troubles fonctionnels, voilà le fait normal, presque constant.

Mais commence la période d'ulcération. La langue scléreuse se fissure, se crevasse, s'exulcère sur ses bords ou sa face dorsale ; la langue gommeuse s'ouvre et s'excave sur un ou plusieurs points. Aussitôt alors la scène change. La douleur apparaît, et avec la douleur se manifestent des troubles fonctionnels corrélatifs. Précisons.

D'abord, quelle est, au juste, la douleur dans les glossites tertiaires ?

La langue ulcérée par la syphilis est-elle douloureuse *spontanément* ? Non. Au repos, alors qu'aucune cause ne l'excite, elle n'est pas douloureuse à proprement parler. Elle est sensible seulement, et c'est tout. Elle n'est jamais ou presque jamais (sauf dans le cas de complications inflammatoires ou d'irritations passagères) le siège de ces élancements, de ces douleurs pongitives, qu'on observe dans le cancer. Je ne l'ai vue aussi que rarement devenir le point de départ de ces irradiations pénibles vers l'oreille qu'on a signalées dans cette dernière maladie.

Mais, indolente spontanément, la langue affectée d'ulcérations tertiaires est douloureuse *par excitations surajoutées*, c'est-à-dire douloureuse au contact des aliments, surtout des aliments durs (tels que la croûte de pain) ou s'émiettant en parcelles grenues (amandes, noix, etc.) ; — douloureuse au contact des aliments salés, acides, chauds, âcres (salade, oranges, moutarde, piment, etc.), ou des boissons alcooliques, du vin même qui, pur, est toujours mal toléré ; — douloureuse au contact de la fumée de tabac ; — douloureuse enfin par le frottement contre des dents incrustées de tartre, cassées en chicot, à arêtes saillantes, acérées.

Comme degré, notons que la douleur acquiert une bien plus haute intensité dans les formes scléreuses que dans les formes gommeuses. De larges gommages, profondément excavés, ne donnent lieu, en général, qu'à des souffrances moyennes ou médiocres ; tandis que des érosions même petites et superficielles, développées sur une langue scléreuse, de simples crevasses, deviennent souvent l'origine de douleurs aiguës et entretiennent dans l'organe un état d'agacement, d'éréthisme nerveux, des plus insupportables. C'est là un fait que maintes et maintes fois j'ai constaté et que vous avez constaté comme moi sur nos malades.

Avec l'apparition de la douleur coïncident divers troubles fonctionnels, généralement proportionnels au degré de sensibilité de la langue. A ne citer que les principaux, ces troubles sont les suivants : salivation accrue, ptyalisme, comme dans toutes les lésions de la bouche ; — embarras notable des mouvements de l'organe, se traduisant par une gêne dans la mastication, par une gêne à un degré moindre dans la déglutition, et surtout par un trouble plus ou moins accusé de la parole, qui est mal articulée, empâtée, indistincte sur certaines syllabes ; on dirait (ce qui d'ailleurs n'est pas loin de la vérité) que les malades parlent avec une langue immobilisée.

Ajoutez à cela (mais seulement pour quelques cas exceptionnels) une obtusion du goût plus ou moins accusée, alors que la langue est affectée sur une très-grande étendue ; — une gêne in-

tense de la déglutition, alors que des ulcérations étendues, profondes, phagédéniques, occupent la base de l'organe ; — une altération fétide de l'haleine, quand il s'est produit des ulcérations gangréneuses ; — et vous aurez l'ensemble des phénomènes par lesquels se traduisent d'habitude les glossites tertiaires ulcérées.

Deux remarques actuellement sur la symptomatologie qui précède.

D'abord, les divers troubles que nous venons de signaler ne présentent *rien de spécial*. Ce sont tous des symptômes communs, vulgaires, identiques à ceux qu'on observe avec des lésions de tout genre, et n'empruntant aucun caractère spécifique à la cause spécifique dont ils dérivent.

En second lieu, ce sont (réserve faite pour certaines exceptions rares) des troubles d'intensité *moyenne*, n'affectant presque jamais un caractère d'acuité, de violence, qui dépasse un diapason moyen. Ainsi, dans les glossites tertiaires même les plus accentuées, la douleur et les troubles fonctionnels qui en dérivent n'excèdent guère une certaine limite, limite certes inférieure à celle qu'atteignent d'autres maladies de la bouche, telles par exemple que la stomatite mercurielle, dans ses formes intenses, et le cancer. Les malades affligés de scléroses ou de gommes linguales souffrent assurément et ont la langue empêchée dans ses mouvements à un degré variable ; mais assurément aussi, je vous le répète, ils souffrent moins, ils salivent moins, ils sont moins infirmes de la langue — pardon de l'expression — que d'autres malades affectés d'un cancroïde ulcéré ou d'une glossite mercurielle. En général, donc, les ulcérations tertiaires de la langue sont mieux tolérées, relativement, que d'autres lésions de même siège, mais de nature différente. — Et cette remarque s'applique bien plus encore aux ulcérations gommeuses, c'est-à-dire aux ulcérations syphilitiques proprement dites, qu'à celles de la sclérose, simples épiphénomènes vulgaires de lésions spécifiques.

IX.

Etat des ganglions. — Les ganglions sont-ils touchés par les glossites tertiaires? Question grave, question essentielle au point de vue diagnostique.

La règle, c'est que *les glossites tertiaires, scléreuses ou gommeuses, n'éveillent aucune réaction, aucun retentissement sur les glandes lymphatiques.*

Je ne connais pas d'exception à cette règle en ce qui concerne les glossites de forme scléreuse. Il n'en est pas tout à fait de même pour celles de forme gommeuse. En quelques cas très-rares, on a signalé, au voisinage des gommages linguales, des engorgements ganglionnaires manifestement symptomatiques. Chez le malade, par exemple, qui présentait cet effroyable phagédénisme tertiaire de la langue dont je vous ai entretenu précédemment, plusieurs glandes étaient prises et figuraient de grosses noisettes au-dessus de l'os hyoïde et sur les parties latérales du cou.

De quelle nature sont les adénopathies qui se produisent en pareil cas? Faut-il les considérer comme des adénopathies simples, purement inflammatoires, ou bien au contraire comme des adénopathies gommeuses concomitantes? C'est là ce que je ne saurais dire, car je n'ai pas encore eu l'occasion d'examiner anatomiquement une lésion de ce genre. En tout cas, je n'ai jamais vu ces adénopathies s'abcéder. Elles persistent plus ou moins longtemps, à l'état de tuméfactions froides, indolentes, chroniques d'évolution, puis se résorbent et disparaissent avec la guérison des ulcérations linguales; voilà tout ce qu'on en sait jusqu'à ce jour.

D'ailleurs, je vous le répète encore et à dessein, ces adénopathies symptomatiques de gommages linguales sont extrêmement rares, absolument *exceptionnelles*. Elles font défaut, sinon toujours, au moins dans l'énorme majorité des cas. De cela vous verrez l'importance dans un instant, alors que nous aborderons le chapitre du diagnostic différentiel.

X.

Evolution, durée. — Déjà, par ce qui précède, vous connaissez l'évolution et la durée propres à chacune des deux formes que peuvent affecter les glossites tertiaires. Je ne reviens donc sur ce point que pour résumer et mieux faire ressortir par un exposé parallèle les notions acquises antérieurement.

I. Les glossites de forme scléreuse sont essentiellement chroniques.

Développées lentement et sourdement, elles continuent à progresser de même, jusqu'à leur dégénérescence ultime en tissu scléreux.

Susceptibles de résolution et de guérison, si elles sont attaquées de bonne heure par un traitement énergique, les hyperplasies de cet ordre persistent au contraire, s'aggravent et aboutissent à l'état scléreux, si elles sont abandonnées à leur évolution propre.

Enfin, une fois arrivées à l'état scléreux, elles restent ce qu'elles sont, sans autres modifications que celles qui résultent des épiphénomènes ulcéreux. Ce sont alors des lésions acquises, permanentes, *définitives*.

II. Les glossites de forme gommeuse procèdent aussi d'une façon lente et sourde à leur début, comme du reste toutes les hyperplasies froides et aphlegmasiques de la vérole.

Mais, une fois constituées, elles tendent bientôt à se détruire. Elles se font justice elles-mêmes, si je puis ainsi parler, en se nécrobiosant, en se ramollissant, en s'éliminant de l'organisme.

Elles se convertissent alors en un mode nouveau de lésions, en ulcérations d'un caractère spécial, lesquelles affectent une marche et une durée variables suivant qu'elles sont ou non traitées, mais qui, soumises à un traitement régulier, se réparent et se cicatrisent facilement, sauf exceptions rares.

De sorte qu'en somme *l'existence de ces glossites gommeuses est nécessairement limitée et relativement courte*, eu égard surtout à ce que sont les glossites scléreuses.

Les glossites gommeuses, en un mot, sont des lésions qui se terminent, qui ont une fin, tandis que les glossites scléreuses, les véritables scléroses linguales, n'ont pas de fin et persistent à l'état de fait acquis, de lésions irremédiables, définitives.

XI.

Pronostic. — De ce qui précède vous avez déjà déduit tout naturellement, Messieurs, le pronostic inégal de ces deux ordres de lésions.

I. Les glossites gommeuses sont assurément des affections plus importantes d'aspect que les glossites scléreuses. D'abord, elles constituent des tumeurs et parfois de grosses tumeurs, qui peuvent déformer, bosseler étrangement la langue. Puis, elles déterminent à la surface ou dans la profondeur de l'organe des ulcérations plus ou moins creuses, plus ou moins étendues, multiples parfois, et susceptibles d'aboutir au phagédénisme, etc. Mais, au total, ce ne sont que des gommages, c'est-à-dire des lésions destinées à s'éliminer et à disparaître. Qu'elles deviennent parfois l'origine de troubles sérieux, qu'elles créent même des dangers véritables par le fait d'ulcérations extensives, phagédéniques, menaçant de se propager au larynx, cela peut bien être; mais ce n'est là le propre que de cas rares, très-rares, tout à fait exceptionnels. Ajoutez d'ailleurs que les lésions gommeuses sont, en général, justiciables du traitement spécifique, qui exerce sur elles une action résolutive et curative des plus marquées. De sorte qu'en définitive ce sont des lésions plus effrayantes en apparence que graves en réalité; ce sont, si vous me permettez de parler ainsi, des lésions tapageuses, qui font grand fracas, pour aboutir le plus souvent à guérison d'une façon rapide et facile, sous l'influence d'une médication appropriée.

II. Tout au contraire, plus modestes d'allure, les glossites scléreuses sont de fait bien plus redoutables.

Attaquées de bonne heure, elles peuvent se résoudre et guérir, guérir même complètement. A preuve la malade du n° 21 de

la salle Saint-Thomas. Entrée ici, il y a quelques mois, avec une glossite scléreuse (de forme superficielle, il est vrai), cette femme nous a quittés ayant la langue dans un parfait état, tout au moins ne présentant plus sur le dos de l'organe que deux traînées lisses et blanchâtres.

Traitées plus tardivement, elles sont encore susceptibles de se modifier dans une certaine mesure, mais non de guérir complètement.

Et enfin, devenues véritablement scléreuses, dégénérées en tissus fibreux, elles sont irremédiables, quoi qu'on puisse faire.

Comme exemple, voyez ce qui est advenu à deux des malades de la salle Saint-Louis, affectés de glossites scléreuses déjà quelque peu anciennes. Quels résultats nous a fournis dans l'espèce le rigoureux traitement interne et externe que nous leur avons administré et qu'ils ont suivi avec grande exactitude, j'en suis sûr? Les ulcérations se sont cicatrisées, quelques-uns des mamelons dorsaux se sont aplanis et ont diminué de consistance; quelques-uns des sillons se sont comblés partiellement. C'est là, je l'accorde, un effet heureux de la médication, et les malades s'en applaudissent. Mais ce n'est là tout au plus qu'une demi-guérison, car la surface de la langue, chez l'un et l'autre de ces malades, reste bosselée, lobulée, dure par îlots, parcourue par des sillons encore très-marqués. Eh bien, tel est ce qu'on obtient, en général, par le traitement même le plus énergique, alors qu'on n'intervient pas de très-bonne heure. Il n'est rien à espérer de mieux; et, actuellement, nous traiterions ces deux malades pendant des années entières, nous les gorgerions indéfiniment de mercure et d'iodure, que nous ne parviendrions à rien de plus satisfaisant.

Jugez donc combien les scléroses sont plus à craindre que les gommes, et cela précisément en raison de leur tendance à une organisation vivace et définitive, sur laquelle le traitement n'exerce plus d'action.

Autre point.

Le pronostic des glossites tertiaires est singulièrement aggravé

par la possibilité, disons mieux par la fréquence des *rechutes* ou des *récidives*.

Les glossites scléreuses, d'abord, sont essentiellement sujettes à rechutes, sans parler des récidives véritables qui peuvent se produire, alors que le malade, ce qui est rare, s'est heureusement tiré d'une première atteinte. Lors même qu'elles sont guéries dans la mesure que vous savez, elles laissent, pour ainsi dire, une queue après elles ; elles laissent des lésions qui restent sujettes à des excitations nouvelles, qui s'érodent, s'excorient, s'ulcèrent plusieurs fois de suite, voire indéfiniment, sans même que l'influence syphilitique puisse être invoquée comme cause de tels accidents. Ces sujets à moitié guéris dont je viens de vous parler, quel sort les attend dans l'avenir, à moins qu'ils ne se soumettent à une hygiène locale des plus sévères ou peut-être même en dépit de cette hygiène ? S'ils fument, s'ils boivent, s'ils ne surveillent minutieusement l'état de leurs dents et de leur bouche, il est absolument certain qu'ils verront dans quelques mois ou plus tard leur langue s'enflammer à nouveau, se crevasser dans le fond des sillons, se tuméfier, s'ulcérer par places, redevenir douloureuse, reproduire les mêmes troubles fonctionnels dont ils sont actuellement délivrés (1). Et même, malgré toutes les précautions imaginables, je vous le répète, il est possible que la rechute ne se produise pas moins.

En second lieu, les glossites de forme gommeuse récidivent quelquefois après guérison. Rappelez-vous à ce propos le fait

(1) Cette prévision vient de se réaliser (septembre 76) pour l'un des malades dont il a été question antérieurement. Ce malade affecté d'une glossite scléreuse profonde, représentée sur la pièce n° 9 de ma collection particulière, était sorti de nos salles, au mois d'avril, dans l'état de demi-guérison que je viens de décrire. Depuis lors, il a continué à se traiter, à se gargariser ; il n'a pas fumé, il n'a pas commis d'excès alcooliques. Et cependant, en septembre, il est revenu vers nous, présentant tout le bord gauche de la langue couvert de nombreuses érosions, les unes fissuraires, les autres plus ou moins étalées, toutes très-douloureuses. — Recherchant la cause qui avait pu déterminer ou favoriser la rechute, il nous a semblé que l'état des dents incrustées de tartre n'y était pas étranger. Et, en effet, le nettoyage de ces dents a suffi pour amener immédiatement une détente notable des phénomènes inflammatoires.

d'un malade dont je vous ai longuement entretenus. Atteint une première fois d'une gomme linguale à tendance menaçante, il guérit. Mais, trois mois plus tard, il se vit affecté au même siège d'une autre gomme plus volumineuse, qui s'ulcéra, devint phagédénique, et détruisit une bonne portion de l'organe, latéralement.

Mais il y a plus encore, et ici prend place un fait des plus intéressants.

On a vu, soit dans les formes scléreuses, soit dans les formes gommeuses, des récidives se produire plusieurs fois de suite, se produire à satiété, et cela tantôt sous l'influence d'une cause d'excitation permanente, tantôt même sans cause provocatrice.

Ces cas de *récidives répétées* ou *incessantes* sont peu connus, en général. Ils méritent de l'être cependant, et je ne saurais mieux faire, ce me semble, pour attirer sur eux votre attention, que de vous en citer deux exemples empruntés à mes notes. Les voici :

Premier cas, relatif à des gommés. Un malade, que j'ai eu l'occasion de traiter en ville, a été affecté *pendant neuf années consécutives* de gommés linguales multiples, au nombre de 6 à 9, et d'un volume comparable à un noyau de cerise. Ces gommés, suivant l'expression du malade, « ne faisaient qu'aller et venir, apparaître et disparaître ». Sous l'influence de l'iodure de potassium, elles se résorbaient rapidement, pour se reproduire dans l'espace d'une quinzaine à un mois après la cessation du remède. Alors, nouveau traitement, disparition nouvelle ; puis cessation du traitement, récidive, et ainsi de suite, d'une façon assidue, constante. Dans l'espace d'une année, le malade compta *dix* de ces récidives, qui d'ailleurs se produisaient sous la seule impulsion de la diathèse, sans aucune provocation surajoutée. Je ne parvins que très-difficilement, et grâce à un traitement mixte très-énergique, à couper court d'une façon définitive à cette incessante repullulation des tumeurs.

Second exemple, celui-ci relatif à la forme scléreuse. Un homme jeune encore, syphilitique depuis quelques années, commença en 1863 à être affecté d'une glossite scléreuse. C'était un fumeur émérite, ne quittant pas la cigarette du matin au soir et quelquefois du soir au matin. Je le guéris avec peine une pre-

mière fois, car il n'avait que très-incomplètement renoncé au tabac, malgré toutes mes exhortations. A peine débarrassé, il reprit la cigarette de plus belle, et, en 66, ce qui devait se produire se produisit, à savoir : récidives multiples de la lésion originelle. L'une de ces poussées fut des plus intenses ; la langue devint absolument mamelonnée, lobulée, striée de sillons, ulcérée sur son dos et ses bords. Le malade souffrit cruellement à cette époque. Il me jura de ne plus jamais fumer, et, pour me convaincre, brûla solennellement devant moi un formidable approvisionnement de cigarettes. Mais avec le soulagement (je ne dis plus avec la guérison, car il n'était plus de guérison possible à une époque où l'état scléreux s'était déjà confirmé), les belles résolutions furent bien vite oubliées, et, grâce au tabac, les poussées inflammatoires et ulcéreuses se succédèrent sur la langue d'une façon en quelque sorte subintrante. De 66 à 72 (époque à laquelle je cessai de voir le malade), il ne se passa guère un mois sans que des excoriations ou des ulcérations véritables se produisissent à la surface ou sur les bords de l'organe. Plusieurs fois même il se fit des recrudescences terribles, couvrant la langue d'ulcérations, déterminant une salivation abondante, avec douleurs très-vives, gêne extrême de la parole et de la mastication, etc. Le tabac était alors forcément délaissé. Puis, l'habitude reprenant toujours le dessus, une poussée nouvelle ne tardait guère à apparaître, et ainsi de suite.

Gardez bien en mémoire ce dernier cas, Messieurs. D'une part, c'est un exemple frappant de l'influence désastreuse exercée par le tabac sur les lésions syphilitiques de la bouche. D'autre part, un enseignement pratique y est contenu. Qu'étaient-ce en effet que ces incessantes récidives d'accidents qui se produisirent sur la langue de mon malade de 66 à 72 ? Des manifestations successives de la diathèse ? Pas le moins du monde, et la preuve, c'est que le traitement spécifique n'y faisait rien, soit pour les guérir, soit pour en prévenir le retour. C'étaient là purement et simplement des épiphénomènes *vulgaires*, des accidents inflammatoires développés par une cause d'irritation continue. J'ai déjà insisté près de vous sur ce point, et j'y reviens encore, car il est en pareille circonstance une faute à ne pas commettre et contre

laquelle je dois vous prémunir. Cette faute, c'est de s'acharner à combattre par un traitement spécifique les accidents inflammatoires consécutifs aux glossites scléreuses, accidents entretenus ou reproduits par une cause d'irritation vulgaire. Le mercure et l'iode, sachez-le bien, seraient employés ici *en pure perte*. Ils sont impuissants à combattre cet ordre de lésions, lesquelles n'ont plus rien à voir avec la vérole. Inutile donc, en semblable occurrence, de fatiguer les malades, comme je l'ai vu faire plusieurs fois, par une administration chronique d'impuissants remèdes. Une autre direction est à suivre : c'est, d'abord, de rechercher les causes qui servent d'appel aux récives et de les supprimer, si cela est possible ; c'est ensuite d'appliquer à ces phlegmasies consécutives la seule médication qui leur convienne, à savoir la médication topique des glossites vulgaires.

XII.

DIAGNOSTIC.

Ici, comme pour la plupart des lésions qui composent la syphilis tertiaire, la question essentiellement pratique, la question importante par excellence, est celle du diagnostic. Et ici plus qu'ailleurs cette question diagnostique demande à être étudiée avec un soin minutieux, car bon nombre des états morbides qui courent risque d'être confondus avec les glossites tertiaires sont des affections peu communes ou peu connues, décrites seulement pour quelques-unes dans des monographies, et n'ayant pas encore droit de cité dans les classiques. Vous allez en juger.

Très-étendu serait ce chapitre de diagnostic différentiel, si mon intention était d'y faire entrer, sans en oublier une, toutes les lésions qui de près ou de loin peuvent affecter quelque analogie avec les glossites tertiaires. Tel n'est pas le but que je poursuis. Laissant de côté les affections rares, exceptionnelles, les « curiosités », je ne m'attacherai qu'à passer en revue un certain nombre d'états morbides plus ou moins communs, que la pra-

tique présente d'une façon courante, et sur lesquels en conséquence il importe que le médecin soit bien édifié.

I. Tout d'abord, une simple mention à propos du *chancre induré lingual*, comme lésion susceptible d'être confondue avec les glossites d'une étape ultérieure.

Sans doute, le chancre lingual peut bien affecter quelque ressemblance objective avec certaines lésions tertiaires indurées et circonscrites, comme avec un noyau de sclérose à surface érosive. Mais il se distingue aussitôt par l'analyse des symptômes et surtout par l'évolution morbide. Ainsi, le chancre induré de la langue est presque invariablement une lésion unique, tandis que la sclérose linguale a le plus habituellement des noyaux multiples, qui de plus ne sont pas tous érodés. — En second lieu, le chancre s'accuse par une adénopathie significative, qui fait défaut (sauf exceptions extrêmement rares) avec les lésions tertiaires. — Enfin et surtout, le chancre est un symptôme de début, qui inaugure la syphilis, qui sert d'exorde à toutes les autres manifestations diathésiques, tandis que les glossites tertiaires sont des lésions qui succèdent à d'autres lésions, qui ont devant elles chronologiquement toute une série d'accidents spéciaux.

En réalité donc, ce n'est pas avec le chancre que doit être agité le diagnostic différentiel, mais bien avec d'autres affections, telles que les suivantes.

II. *Psoriasis lingual*. — Voyez ces différentes pièces, empruntées soit au riche musée de notre hôpital, soit à ma collection particulière. Ce sont là des types du curieux état morbide connu sous le nom de *psoriasis lingual*, dénomination (soit dit incidemment) aussi impropre que possible, car elle semble établir entre l'affection qu'elle détermine et le psoriasis cutané un rapport de nature, un lien de famille, et ce rapport, cette parenté sont choses absolument illusoires et antichiniques. Mais n'importe pour l'instant. Voyez, vous disais-je, ces diverses pièces, et vous serez frappés immédiatement des analogies multiples qui existent entre ce psoriasis lingual et certains types des glossites scléreuses précédemment décrits. Aussi, le psoriasis lingual, d'ailleurs peu

connu jusqu'à nos jours, a-t-il été souvent confondu avec la glossite scléreuse, ou réciproquement. Quelques développements ne seront donc pas inutiles ici, à propos du diagnostic différentiel de ces deux lésions.

On ne saurait méconnaître que de nombreuses analogies, soit anatomiques, soit cliniques, rapprochent le psoriasis lingual des glossites scléreuses. Ainsi :

1^o Comme la glossite scléreuse, le psoriasis lingual est une sclérose linguale, une sclérose superficielle, dermique, consistant en une transformation fibroïde de la muqueuse. « C'est une *cirrhose* linguale », a même dit M. le Dr Debove, ancien interne de cet hôpital, et auteur du meilleur travail publié jusqu'ici sur le sujet (1) ;

2^o Comme la glossite scléreuse, le psoriasis lingual affecte pour siège la face dorsale de la langue, en respectant la face inférieure ;

3^o Comme la glossite scléreuse, il se présente sous deux formes : une forme lisse avec indurations lamelleuses, et une forme mamelonnée, avec lobules durs, circonscrits par des sillons ;

4^o Comme la glossite scléreuse, c'est une affection essentiellement chronique ; — bien plus rare chez la femme que chez l'homme ; — donnant lieu à des troubles fonctionnels peu différents (comme nature du moins, si ce n'est comme degré) de ceux que nous avons étudiés sur nos syphilitiques ; — présentant enfin à une époque avancée, les mêmes épiphénomènes d'érosions ou d'ulcérations en fissures, en rhagades ; etc., etc.

Mais, ces analogies constatées, des différences non moins importantes surgissent aussitôt entre les deux lésions. Une des plus caractéristiques et celle qui, pour ainsi dire, saute aux yeux tout d'abord, c'est l'aspect *blanc, argenté, nacré*, que revêt le psoriasis lingual. Cet aspect, qui rappelle le psoriasis cutané et qui sans doute a valu à l'affection le nom qu'elle porte, est dû à une exfoliation épithéliale de la langue, exfoliation abondante, in-

(1) Le psoriasis buccal, thèses de Paris. 1873.

cessamment renouvelée, et recouvrant l'organe d'une sorte de carapace blanche, plus ou moins rénitente au toucher. Car, le psoriasis lingual n'est pas seulement une sclérose, c'est de plus une sclérose desquamative, exfoliatrice.

Or, cet aspect nacré, que vous voyez si bien reproduit sur ces pièces dues à l'habile M. Baretta (1), est tout à fait caractéristique. Il ne se rencontre au même degré, avec cet éclat, avec cette teinte si spéciale, dans aucune maladie autre que le psoriasis. Pour moi, il suffit à différencier le psoriasis, il en est pathognomonique.

J'accorde — et je vous l'ai dit précédemment — que les glossites scléreuses présentent parfois quelques îlots d'une teinte blanchâtre, opalescente, exsangue, ou légèrement bleuâtre. Mais quelle différence, en général au moins, entre ce dernier aspect et celui du psoriasis ! L'œil ne saurait s'y tromper, car jamais les glossites scléreuses ne présentent, avec une égale intensité de ton, l'apparence blanche et nacrée du psoriasis. — De plus, tandis que le psoriasis forme habituellement une nappe continue qui recouvre la langue sur de larges surfaces, la sclérose linguale n'offre guère que des îlots blanchâtres circonscrits, épars, et de faible étendue relativement. — Enfin, quand on analyse de près les phénomènes de part et d'autre, on ne tarde pas à s'apercevoir de ceci : c'est que, dans la sclérose linguale syphilitique, l'aspect blanc est fourni par la muqueuse même, devenue exsangue et fibreuse, mais encore revêtue d'un épithélium non soulevé, non exfolié ; tandis qu'au contraire l'aspect blanc du psoriasis résulte de lamelles *superposées* à la muqueuse, de lamelles *soulevées*, en voie de détachement, de desquamation, d'exfoliation.

Inutile, je crois, d'insister davantage. Car, ici, les différences objectives sont de telle nature qu'elles frappent tous les yeux. Donc, passant sous silence d'autres détails qu'un examen attentif pourrait nous révéler entre les deux lésions, je me bornerai aux signes qui précèdent, et dirai :

L'aspect argenté, blanc, exfoliatif, du psoriasis lingual suffit

(1) Pièces nos 315 et 354 du musée de l'hôpital Saint-Louis.

amplement à le distinguer des scléroses linguales syphilitiques, au moins dans l'énorme majorité des cas.

III. *Glossite des fumeurs.* — Venons en second lieu à une autre lésion de la langue, celle-ci beaucoup plus commune que la précédente, la glossite des fumeurs.

Parmi les méfaits les plus authentiques du tabac à fumer figure une stomatite d'un genre tout spécial, stomatite ayant pour habitude d'intéresser principalement la langue et de créer une glossite d'une espèce non moins particulière.

Or, cette glossite, alors qu'elle a atteint un degré avancé, peut être facilement confondue avec certaines lésions syphilitiques de la langue, notamment avec les glossites scléreuses. De cela témoigne la pratique courante. Je me rappelle avoir plus d'une fois entendu dire ceci à mon maître, M. Ricord : « Il n'est pas de lésion qui soit plus souvent prise à faux pour syphilitique que la stomatite des fumeurs ». Et quant à moi, je vois bien certainement chaque année une douzaine de malades qui, victimes seulement d'un fol amour pour le tabac, ont été considérés comme syphilitiques et traités comme tels, de par les lésions que le tabac a développées sur leur bouche.

C'est qu'en effet cette glossite du tabac, bien accentuée, se traduit par un ensemble de symptômes merveilleusement faits pour égarer le diagnostic, à savoir : langue complètement et quelquefois même considérablement modifiée comme aspect ; — inégale, bosselée, mamelonnée sur sa face dorsale ; — irrégulière et comme tuberculeuse sur ses bords, déformée surtout vers la pointe ; — offrant des îlots lisses, décapillés, grisâtres, blanchâtres ou même nacrés ; — sillonnée de stries transversales, antéro-postérieures ou obliques ; — indurée dans une étendue variable, spécialement vers la région antérieure, là où le contact de la pipe ou l'abord direct de la fumée exerce surtout son action irritante ; — érodée enfin ou même, dans un degré extrême, véritablement ulcérée sur divers points ; etc., etc.

Une langue affectée de la sorte simule, je le répète, d'une façon surprenante les glossites scléreuses de la syphilis. Comment donc

éviter l'erreur, et à quels éléments diagnostiques reconnaître la nature vraie de la lésion ?

Deux ordres de considérations que voici guideront votre jugement :

1^o *Commémoratifs spéciaux* : abus exagéré et abus chronique du tabac. — On n'arrive, en effet, à ce degré extrême de stomatite ou de glossite nicotique qu'après de longues années d'usage immodéré du cigare, de la cigarette, ou mieux encore de la pipe, spécialement de la pipe à queue courte.

2^o *Apparences objectives*. — Instituant un parallèle minutieux entre les lésions de la syphilis et celles du tabac, je pourrais vous signaler nombre de différences plus ou moins importantes. Je pourrais vous dire par exemple : que les lésions du tabac n'atteignent jamais une intensité, une importance égale à celles de la vérole ; — que le tabac est bien capable de rendre la langue irrégulière, déformée, sillonnée, crevassée, mais non de la LOBULER, de la CIRRHOSER, comme le fait la vérole ; — qu'il est bien capable encore de l'indurer par places, par îlots, spécialement au niveau de la pointe, mais non de constituer ces plaques étendues, ces nappes étalées de la sclérose, et qu'en tout cas il ne lui communique jamais cette dureté cancéroïdienne propre aux dégénérescences fibreuses de la syphilis ; etc.

Je ne fais cependant que vous signaler d'un mot ces divers éléments de diagnostic différentiel, car j'ai mieux que cela à vous dire, car ici, comme à propos du psoriasis, j'ai un signe pathognomonique à vous présenter, un signe qui revient en propre au tabac et qu'on ne retrouve pas dans les affections syphilitiques.

Ce signe consiste dans les *plaques nacrées des commissures et des joues*, plaques exclusivement spéciales aux fumeurs.

Examinez la bouche d'un fumeur émérite, d'un vétéran du tabac, et presque invariablement vous trouverez la muqueuse des commissures labiales et de la portion avoisinante des joues couverte d'une plaque blanche, de couleur opaline, nacrée. Cette plaque est constituée par une sorte d'enduit pelliculaire, adhérent, non détachable par le frottement ou le grattage, semblable comme aspect à ce que serait une couche de collodion déposée

en ce point, semblable encore à ce que serait la muqueuse récemment cautérisée au crayon de nitrate d'argent, et tranchant en conséquence par sa couleur sur la teinte des parties voisines. Cette plaque forme au niveau de la commissure un îlot plus ou moins large, triangulaire en général, à base répondant à l'ouverture de la bouche, et à sommet effilé, se prolongeant horizontalement sur la muqueuse de la joue dans une étendue variable. Le plus habituellement, il existe une de ces plaques à chaque commissure buccale. Souvent ces deux plaques sont absolument symétriques et égales comme étendue. Mais il se peut aussi que l'une d'elles soit rudimentaire ou même fasse presque défaut; et toujours, dans ce cas, la plaque prédominante correspond au côté où le malade a coutume de porter de préférence la pipe ou le cigare.

Ces lésions spéciales, auxquelles j'ai donné le nom de *plaques nacrées commissuraires*, ne se produisent que sous l'influence du tabac. On ne les rencontre dans aucune autre maladie de la bouche, même dans l'affection dite psoriasis buccal. Elles sont le témoignage irrécusable de l'action du tabac sur la muqueuse buccale. Et, en effet, ces plaques nacrées ne sont rien autre que l'épithélium buccal altéré, désorganisé, *cuit*, pour ainsi dire, par la fumée chaude et irritante du tabac.

En ce qui nous concerne actuellement, ces plaques nacrées commissuraires ont une signification diagnostique considérable. Car elles accusent l'influence nocive du tabac sur la bouche, et permettent de conclure à une influence de même ordre sur la muqueuse linguale. Donc, Messieurs, étant donné un état morbide de la langue, s'il vous arrive de rencontrer simultanément ces plaques nacrées des commissures, vous serez amenés par cela même à suspecter une lésion déterminée par l'abus du tabac, et ce petit signe suffira seul, en nombre de cas, à vous mettre sur la voie du diagnostic.

Il est très-rare en effet, il est presque exceptionnel, oserai-je dire, que la glossite des fumeurs ne soit pas accompagnée et attestée comme nature par ces lésions accessoires, mais significatives, des commissures buccales et des joues.

Grâce à cette particularité, grâce aussi aux notions tirées des antécédents et des accidents diathésiques actuels, le diagnostic s'établit assez facilement, en général au moins, entre la glossite des fumeurs et les lésions scléreuses de la vérole.

Tout n'est pas fini, malheureusement, avec le diagnostic spécial qui nous occupe. Un autre embarras se présente fréquemment. C'est qu'en effet tabac et syphilis, loin de s'exclure, peuvent s'associer et s'associent souvent, pour affecter une même langue et combiner sur elle leur double influence. Maintes fois il vous arrivera de rencontrer des malades présentant ce cumul de deux actions morbides, c'est-à-dire ayant la langue à la fois désorganisée par le tabac et la vérole. En pareil cas il est toujours très-difficile, parfois même impossible, d'instituer un diagnostic différentiel, et de se prononcer catégoriquement entre une glossite scléreuse de syphilis et une glossite chronique de fumeur. La raison de cet embarras est toute simple: c'est que le plus souvent, dans les cas de ce genre, on n'a pas affaire à tel ou tel de ces deux états pathologiques, mais en réalité à ces deux états pathologiques unis, associés, combinés. Ce qu'on a sous les yeux n'est pas ceci ou cela, exclusivement, mais bien ceci et cela tout à la fois. L'affection en un mot devient alors une lésion complexe, une véritable *glossite métisse*, à la genèse de laquelle tabac et syphilis ont collaboré comme facteurs rivaux. Et, le résultat commun une fois acquis, il serait illusoire de songer à faire la part de ce qui revient à l'une ou à l'autre des deux influences morbides.

Ajoutons, pour n'avoir pas à revenir sur ce point, que rien n'est plus étrange d'aspect, rien n'est plus rebelle au traitement, plus désespérant pour le malade et le médecin, que ces lésions métisses du tabac et de la vérole. Les sujets affectés de la sorte se présentent souvent dans un état véritablement affreux, avec des langues qui n'ont plus un centimètre carré de muqueuse saine sur leur face dorsale, avec des langues absolument déformées, tubéreuses sur leurs bords, mamelonnées, lobulées supérieurement, indurées dans leur tiers ou leurs deux tiers anté-

rieurs, couturées de brides et de cicatrices, parcourues en tous sens par des sillons entrelacés, blanches et nacrées sur certains points, rouges sur d'autres, érodées, ulcérées par îlots, très-douloureuses au toucher, au contact des aliments ou des boissons, très-douloureuses même spontanément, etc. (1). Inutile de dire si de telles lésions deviennent l'origine de troubles fonctionnels sérieux. Inutile de dire aussi quelle résistance elles opposent au traitement. Rien de plus réfractaire, de moins modifiable, que ces états complexes de la langue, en raison des mauvais tissus auxquels on a affaire, tissus chroniquement altérés dans leur texture, tissus désorganisés, sclérosés, ou tissus de cicatrice, se prêtant mal à un travail de réparation, toujours prêts à s'ulcérer à nouveau sous la moindre cause d'excitation, etc. Aussi, ne parvient-on qu'à grand'peine à soulager les malades porteurs de lésions de ce genre, sans les guérir jamais, d'une façon même incomplète.

IV. *Glossite dentaire*. — Pour se trouver signalée jusque dans Hippocrate, la petite lésion dont nous allons parler ne s'est guère vulgarisée parmi les médecins, à en juger du moins par les erreurs si fréquemment commises à son propos. Elle mériterait cependant d'être mieux connue.

Afin de la spécifier à vos souvenirs, je la qualifierai du nom de *Glossite dentaire*.

Elle consiste en ceci : un état de phlegmasie chronique de la langue, ne tardant pas à se compliquer d'ulcération, provoqué et entretenu par le mauvais état d'une *dent*, au voisinage de laquelle il reste circonscrit.

Lorsqu'en effet un point de la langue se trouve en contact avec une dent cassée, ébréchée, aiguë, coupante, ou même (cela est plus rare) simplement incrustée d'une couche de tartre, il s'enflamme, et il s'enflamme en raison des frottements assidus de la muqueuse contre ces irrégularités, ces aspérités de la dent. Un noyau de phlegmasie chronique se développe à ce niveau, et s'accuse par un mamelon circonscrit, rénitent, dur au toucher.

(1) Voir, comme exemple, une pièce de ma collection particulière, n° 260.

Bientôt un processus érosif se constitue à la surface de ce mamelon et reste entretenu par la persistance des causes originelles de la lésion. Il est possible même qu'à la longue l'érosion dégénère en une ulcération véritable, plus ou moins creuse, toujours limitée, il est vrai, mais persistante et chronique.

Or, ce noyau circonscrit et dur, surmonté ou non d'une surface excoriée, peut simuler et simule fréquemment d'aspect un îlot de sclérose spécifique. C'est là ce dont vous avez eu l'occasion de vous convaincre récemment sur une de nos malades de la salle Saint-Thomas, dont la lésion se trouve reproduite sur cette pièce (1). Et en effet, je vous le répète, nombreuses sont les erreurs de ce genre dans la pratique. J'invoquerai à ce propos le témoignage d'un homme des plus compétents en la matière, d'un dentiste distingué, M. le Dr Delestre, ancien interne de nos hôpitaux : « Il ne se passe guère de semaine, me disait-il récemment, où je ne voie dans mon cabinet un cas de ce genre; et, parmi les malades qui viennent me consulter à ce propos, il en est toujours bon nombre qui, sans avoir jamais eu la syphilis, n'en ont pas moins été considérés comme syphilitiques et traités comme tels, en raison de ces ulcérations dentaires imputées par erreur à la vérole. »

Il suffit cependant, Messieurs, d'être averti de la possibilité d'une telle confusion pour se tenir sur ses gardes et éviter l'écueil. Rien de plus simple en effet que de reconnaître la glossite dentaire à la constatation de l'état de la dent qui lui sert d'origine. Circonscription de la lésion, d'une part, et, d'autre part, rapport de voisinage, de vis-à-vis, entre cette lésion et la dent coupable, voilà de quoi faire amplement le diagnostic. Ajoutons que, comme confirmation, le limage ou l'avulsion de la dent dissipera le mal à brève échéance.

Donc, à vrai dire, ce n'est pas là un diagnostic différentiel à instituer avec la syphilis; c'est là seulement la possibilité d'une surprise à connaître; et, cela connu, l'erreur sera de suite évitée.

V. *Glossite tuberculeuse* (*Phthisie buccale* de M. Ricord). — Il est

(1) Pièce n° 27 de ma collection particulière.

actuellement de notoriété commune que, sous l'influence de la tuberculose, il se produit parfois dans la bouche des ulcérations absolument identiques de forme et de nature avec celles que la même diathèse détermine plus habituellement sur le larynx ou l'intestin.

Ces lésions tuberculeuses de la bouche qui, bien étudiées par M. Ricord pour la première fois, ont reçu de lui le nom de *Phthisie buccale*, se portent de préférence sur la langue, et se traduisent là par des ulcérations plus ou moins étendues, plus ou moins creuses, variables de forme et d'aspect, reposant habituellement sur une base quelque peu calleuse. Nul doute qu'elles ne puissent en imposer pour des lésions syphilitiques. Et la preuve, c'est qu'elles ont été fort longtemps considérées comme telles, c'est que M. Ricord en a trouvé les plus beaux types à l'hôpital du Midi où les malades avaient été adressés comme syphilitiques.

Pour les différencier des glossites spécifiques, il n'est guère à compter sur leurs caractères objectifs, c'est-à-dire sur les signes tirés de l'état de leur fond, de leurs bords, de leur base, de leur étendue, de leur siège, etc. Car, si minutieusement qu'on analyse ces divers attributs, on n'arrive qu'à la constatation de nuances, de différences minimales, essentiellement sujettes à variétés et non susceptibles de fournir des éléments diagnostiques sérieux.

Une seule particularité réellement distinctive est offerte par ces lésions tuberculeuses. Signalée par M. Trélat (1), elle consiste dans l'existence possible, au voisinage de l'ulcération, de petits points miliaires ou de petites granulations de couleur gris-jaunâtre, d'aspect purulent, et de volume comparable à un grain de millet. Ces granulations, dans lesquelles MM. Liouville et Vulpian ont reconnu les caractères du tubercule, ne seraient, paraît-il, que les éléments initiaux de l'affection, destinés à dégénérer plus tard en ulcérations. Or, quand on rencontre au pourtour de la lésion quelques-uns de ces points jaunes ou même un seul de ces points, le diagnostic est aussitôt fixé. Seulement, c'est une chance assez rare de les rencontrer. Il s'en faut en effet que ces granulations

(1) Note sur l'ulcère tuberculeux de la bouche et en particulier de la langue, par M. Trélat. (Lue à l'Académie de médecine, le 27 novembre 1869, reproduite in *Archives générales de médecine*, 1870, t. I).

périphériques, si nettement significatives, s'observent dans tous les cas. J'en ai constatées pour ma part que deux ou trois fois sur plus d'une trentaine de malades affectés d'ulcères tuberculeux de la bouche ou de la langue.

Si bien que, ce dernier signe de M. Trélat faisant habituellement défaut, et les considérations tirées de l'examen objectif restant presque toujours insuffisantes, le diagnostic ne peut être établi en général que sur des éléments d'un autre genre, à savoir : 1° sur l'examen des poumons ; — 2° sur l'examen de la constitution.

Presque toujours, en effet (je ne dis pas toujours, notez cette réserve), les ulcérations tuberculeuses de la langue ne se produisent que sur des sujets en état de « phthisie avancée ou du moins confirmée (1) », offrant déjà des signes manifestes de tuberculose pulmonaire, parfois aussi de tuberculose laryngée, intestinale, etc. Dans ce cas, l'état du poumon ou des autres viscères fixe aussitôt le diagnostic sur la lésion de la langue.

Il est bien vrai qu'en certains cas très-rares (quelques-uns ont été cités déjà) les ulcérations tuberculeuses de la langue ont pu précéder la tuberculose pulmonaire, en servant ainsi d'avant-coureurs à la phthisie. Mais dans ces cas même, à défaut du poumon, reste la constitution à interroger. Le poumon n'est pas tuberculeux, soit ! Mais le malade est tuberculeux de fond. Ou bien il est prédisposé à la tuberculose par hérédité, ou bien il l'a acquise par des causes qui lui sont personnelles ; et, dans l'un comme dans l'autre cas, la diathèse se trahit sur lui par un certain habitus, par un certain facies, par tels ou tels attributs de la constitution tuberculeuse qui n'échappent guère à l'œil d'un médecin exercé.

En fin de compte, si les considérations de cet ordre ne suffisaient pas à déterminer le diagnostic, l'épreuve thérapeutique jugerait la question à bref délai. Les ulcérations syphilitiques en effet, soumises à un traitement convenable, se modifient et se réparent en général assez facilement. Rien de rebelle au contraire, rien d'incurable même, comme les ulcères phymiques de la lan-

(1) Trélat. Mémoire cité.

gue. A part deux cas cités par MM. Verneuil et Laboulbène, jamais, je crois, on ne les a vus guérir. Quant à moi, je n'en ai jamais guéri un seul, je le déclare. Un critérium diagnostique est donc offert ici par les résultats du traitement.

VI. *Cancroïde*. — Enfin, Messieurs, abordons en dernier lieu la question la plus grave, la plus importante que nous ayons à discuter, celle du cancroïde.

Quel intérêt considérable se rattache au diagnostic différentiel du cancroïde et des glossites tertiaires, je vous le ferais facilement comprendre, si vous ne l'aviez pressenti à l'avance, en vous disant ceci : 1° que plus d'une fois on a été sur le point de couper ou même on a coupé des langues affectées de prétendus cancroïdes qui n'étaient rien autre que des syphilômes, et pour lesquels l'iode ou le mercure aurait très-avantageusement remplacé le bistouri ; — 2° que plus d'une fois, inversement, on a guéri par l'iode ou le mercure des lésions linguales réputées cancéreuses et qui n'étaient que des syphilômes. Exemple, entre autres cas, le fait de M. Cloquet, relatif à cette énorme langue procidente dont je vous ai entretenus précédemment. Exemple encore un autre fait de Lallemand, dans lequel une tumeur linguale présentait un aspect tel qu'on l'avait diagnostiquée cancéreuse et que de plus, fort heureusement, on l'avait déclarée *inopérable*. « En désespoir de cause », dit l'observateur, et pour prescrire quelque chose, on administra « les anti-vénériens » ; et le malade fut guéri.

Voyons donc en détail et avec tout le soin possible sur quelles bases repose le diagnostic différentiel de ces deux lésions. Rien de plus pratique, rien de plus essentiel qu'une telle étude, car ce diagnostic est agité presque à propos de chaque cas. Rappelez vos souvenirs d'hôpital, Messieurs, et dites-moi si vous n'avez pas entendu invariablement, en semblable occurrence, soulever les questions que nous allons débattre.

I. A l'état de tumeur non encore ulcérée, ou de tumeur commençant à peine à s'ulcérer, le cancroïde ne saurait guère être confondu, en ce qui concerne la syphilis, qu'avec les glossites de forme scléreuse.

Or, ici, le diagnostic n'offre pas de difficultés réelles.

Le cancroïde, en effet, ne présente pas ces plaques lamelleuses étendues, ces *plateaux* d'induration qui caractérisent si formellement les glossites scléreuses. De plus, il ne produit jamais ni cette lobulation du dos de la langue, ni ce sillonnement en réseau, qui sont des attributs presque pathognomoniques des cirrhoses linguales tertiaires.

II. Mais les difficultés deviennent tout autres à la période d'ulcération, alors que toute ou presque toute la surface de la tumeur se présente sous forme d'une plaie, d'une lésion ulcéreuse plus ou moins étendue. Tel s'impose le problème en clinique le plus souvent, et tel nous devons l'envisager pour en rechercher la solution.

Disons d'abord qu'on pourra tirer quelques présomptions diagnostiques des trois considérations suivantes :

1^o *Age du malade.* — Le cancroïde est surtout une affection de l'âge mûr. Il a son maximum de fréquence entre 50 et 70 ans. — Les lésions linguales syphilitiques n'ont pas d'âge pour se produire; et très-souvent elles s'observent à une période de la vie beaucoup moins avancée que celle dont nous venons de parler, même chez des sujets encore jeunes.

2^o *Prédisposition héréditaire.* — Une fois sur sept le cancroïde dérive d'une diathèse héréditaire. — S'il n'est pas impossible, théoriquement, que l'hérédité joue un rôle dans la production des glossites tertiaires, cela ne serait jamais qu'une exception rare. En tout cas, le fait usuel est que ces glossites se rattachent à une diathèse acquise par contamination personnelle.

3^o *Antécédents de psoriasis lingual.* — De l'aveu presque unanime aujourd'hui, le psoriasis lingual est souvent un prélude de cancer. Cela ne veut pas dire, bien entendu, qu'il n'y ait de cancer de la langue qu'à la suite de psoriasis lingual; cela veut dire simplement qu'en nombre de cas le cancer est précédé par le psoriasis.

Donc, si, préalablement à la lésion dont le diagnostic est à établir, le malade a présenté des accidents de psoriasis lingual,

c'est là une présomption en faveur du cancer, et cette présomption ne manque pas d'une certaine valeur, assurément.

En second lieu, les anamnestiques fourniront parfois d'utiles renseignements. Supposons par exemple que, d'après le récit du malade, les choses se soient passées de la façon suivante : tout d'abord, nodosité dure dans le parenchyme de la langue, tumeur interne, sous-muqueuse ; puis ouverture brusque de cette tumeur, s'évacuant en partie à la façon d'un abcès, et formation d'une *caverne* provisoire ; puis encore, très-rapidement, ulcération en surface se produisant dans l'espace de quelques jours et mettant à nu le fond d'un foyer bourbillonneux, etc. A ces symptômes, à cette évolution, il sera facile de reconnaître une gomme. Jamais un cancer ne procède de la sorte.

D'autres fois, on pourra être éclairé sur la nature de la lésion par quelques particularités, telles que les suivantes :

1° *Particularité de siège.* — Le cancer peut siéger à la partie inférieure de la langue, comme j'en ai observé un cas, il y a quelques années, avec M. le professeur Verneuil. — Jamais, au contraire, les glossites tertiaires ne se localisent en ce point. Ainsi que nous l'avons dit précédemment, elles affectent exclusivement la face supérieure ou les régions marginales.

2° *Multiplicité des lésions.* — Il n'est pas rare que les lésions gommeuses soient multiples et qu'elles portent à la fois sur les deux moitiés latérales de la langue. — Le propre du cancroïde, inversement, est d'être unique, et le plus souvent aussi unilatéral. « Le cancroïde lingual est *azygos* », a dit M. Ricord. De même M. Anger a écrit dans sa thèse d'agrégation, si remarquable à tant d'égards : « Jamais l'épithélioma n'envahit un point nouveau sans qu'il y ait continuité de tissu entre le centre de la tumeur et ses prolongements périphériques. Il est sans exemple que le cancer se soit développé à la fois et indépendamment dans les deux moitiés de la langue. »

Le fait formulé de la sorte par MM. Ricord et Anger ne souffre-t-il aucune exception ? J'avais pu le croire jusqu'à ces derniers temps, lorsque mon savant collègue et ami le Dr Vidal m'a montré

dans son service un malade très-positivement affecté d'un cancroïde *bilatéral* de la langue. Ce malade, que je vous engage à examiner et dont voici d'ailleurs la lésion reproduite sur cette pièce de M. Baretta (1), présente deux (si ce n'est trois) foyers d'épithélioma parfaitement distincts. L'un occupe une partie de la moitié droite de la langue; l'autre, tout à fait indépendant de ce dernier, est localisé sur le bord latéral gauche (2).

Il n'est donc pas impossible, vous le voyez, que le cancroïde ait des foyers multiples et soit bilatéral. Mais ce n'est là, en tout cas, qu'une exception des plus rares, et il ne reste pas moins acquis qu'une lésion linguale se présentant sous forme de noyaux multiples, indépendants, disséminés, a cent fois plus de chances pour relever de la syphilis que du cancer.

En dehors des particularités qui précèdent, le diagnostic différentiel que nous étudions repose sur un ensemble de considérations plus générales, qu'il me reste actuellement à vous faire connaître. Ces considérations sont les suivantes :

1° Le cancroïde est une tumeur, tandis que l'ulcère gommeux est une ulcération sans tumeur. Je m'explique.

Le cancroïde est une *tumeur* ; et cette tumeur a beau s'être ulcérée, c'est encore et c'est toujours une tumeur. Même dans sa forme rongeante, où la surface de la lésion est plus ou moins déprimée par une perte de substance, même dans sa forme dite « rentrante », le cancroïde ne cesse pas d'avoir une tumeur pour base.

Inversement, la gomme ulcérée est une ulcération *sans tumeur*. Sans doute elle repose bien sur des tissus plus ou moins rénitents et encore infiltrés par l'hyperplasie gommeuse; sans doute elle a un fond, une assise, qui offre aux doigts une induration plus ou

(1) Pièce n° 21 de ma collection particulière.

(2) Tout récemment j'ai appris de M. le professeur Trélat qu'il a observé dans sa pratique deux cas analogues au précédent, c'est-à-dire deux cas de cancroïde lingual à foyers *multiples* et *indépendants*. — Je remercie le savant maître de cette intéressante communication.

moins marquée. Mais ce fond, cette assise ne constitue pas une tumeur, à proprement parler, une tumeur aussi distincte, aussi nettement constituée que l'est celle du cancroïde. Dit-on, par exemple, que le fond engorgé et dur d'un ulcère variqueux forme une tumeur au-dessous de cet ulcère ?

2° L'ulcération cancroïdienne se distingue de la gomme par ses *bords en relief*, saillants, épais, formant en général à la circonférence de la lésion un bourrelet proéminent, dur, renversé, inégal, déchiqueté, etc. — Rien de semblable avec l'ulcère gommeux, dont les bords sont au contraire *entaillés en profondeur*, entaillés en creux, nettement découpés, adhérents, etc.

3° Fond de l'ulcère cancroïdien toujours et remarquablement *saignant* ou *prêt à saigner*. — Excellent signe, Messieurs, que je recommande à votre attention, excellent signe qui souvent suffit seul à fixer le diagnostic à première vue, tant il établit une différence tranchée entre le cancroïde et la gomme.

Examinez le fond d'un ulcère cancroïdien. Ou bien, sur quelque point, vous le trouvez strié de sang, ou bien vous allez le voir saigner dans un instant, si vous l'explorez, si vous le prenez entre les doigts, si vous l'essuyez avec un pinceau. Au moindre attouchement il saignera, cela est à peu près certain.

Tout autre est le fond de la gomme, tapissé d'une couche bourbillonneuse ; il ne saigne pas, il n'est pas disposé à saigner, dès qu'on le touche, dès qu'on l'explore.

A ce point de vue, différence complète et saisissante entre les deux ordres de lésions, au moins dans la très-grande généralité des cas.

4° Ulcère cancroïdien sécrétant une sérosité sanio-sanguinolente, un véritable *ichor*, d'une odeur fade, fétide, et quelque peu particulière. — Sécrétion de la gomme bien moins abondante, minime relativement, non fétide (sauf complication de gangrène), et non ichoreuse.

5° Ulcère cancroïdien infiniment *plus douloureux* que l'ulcère de la gomme, et déterminant des *troubles fonctionnels* bien plus intenses.

Certes, il est toujours assez difficile, assez délicat, de mesurer, de titrer une douleur, si je puis ainsi parler, ainsi que les troubles fonctionnels qui en dérivent. Cependant, il serait impossible de méconnaître une incontestable différence, au point de vue qui nous occupe, entre le cancroïde et la gomme. L'ulcère cancroïdien est à coup sûr bien moins toléré que l'ulcère gommeux. D'abord, il est douloureux spontanément; il est *lancinant* d'une façon particulière, ce qui « constitue un élément important de diagnostic » (Th. Anger). Quelquefois aussi, il s'accompagne de douleurs d'oreille, bien signalées par plusieurs chirurgiens. De plus, il endolorit la langue à un haut degré. Avec un cancroïde ulcéré, la langue ne se meut plus que difficilement, péniblement, avec souffrances plus ou moins aiguës. De là gêne notable de la parole. De là, gêne plus vive encore de la mastication, en raison de la sensibilité de l'ulcère au contact des aliments. Salivation toujours intense. Parfois même, déglutition embarrassée, à ce point qu'en certains cas (exceptionnels à la vérité) on a été obligé de recourir à la sonde pour alimenter des malades qui ne pouvaient plus avaler.

L'ulcération gommeuse, au contraire, est relativement bien plus *tolérante*. D'une part, elle n'est pas douloureuse spontanément, comme je l'ai établi par ce qui précède. Et, d'autre part, elle est infiniment moins douloureuse que le cancroïde aux attouchements, au contact des aliments et des boissons, dans la mastication, la parole, les mouvements de l'organe, etc. Jamais elle n'immobilise la langue au même degré que l'épithélioma ulcéré.

6° A une certaine période, le cancroïde s'accompagne de *phénomènes cachectiques*. — Jamais la gomme, par elle-même, ne détermine d'accidents semblables, réserve faite pour certains cas extrêmement rares de phagédénisme.

7° L'examen anatomique peut encore, au besoin, éclairer le diagnostic. Détachant une parcelle du tissu même de l'ulcère et

la portant sous le microscope, le médecin « reconnaîtra aisément l'épithéliome à l'existence de grandes cellules à contours irréguliers, souvent munies de prolongements bizarres, et contenant à leur centre, au milieu d'une substance granuleuse, un ou plusieurs gros noyaux ovoïdes et pourvus de nucléoles. » (Th. Anger, travail cité). — Rien de semblable avec les lésions de la syphilis, offrant simplement à l'examen histologique les caractères de l'hyperplasie gommeuse dégénérée.

8° Enfin, en dehors des signes offerts par la lésion, un caractère différentiel des plus importants, des plus distinctifs, peut être fourni par l'état des ganglions.

La règle presque absolue, vous le savez, est que les gommès linguales n'exercent aucun retentissement sur les ganglions. — De même le cancroïde, jeune encore, laisse les ganglions intacts. Mais, à une époque plus ou moins avancée, il les affecte, et les engorgements glandulaires qu'il détermine alors constituent un signe aussi distinctif que fâcheux.

Vous décrire ces engorgements ganglionnaires symptomatiques serait dépasser les limites de notre sujet. Je ne ferai donc que vous les signaler, vous renvoyant sur ce point à la monographie si complète de M. Th. Anger.

Tel est l'ensemble des considérations qui serviront ou pourront servir à instituer le diagnostic différentiel du cancroïde et de la gomme, sans parler, bien entendu, des commémoratifs, des accidents passés ou actuels de syphilis, etc., tous signes qui apporteront le plus utile appoint (réserve toujours faite pour la possibilité d'une coïncidence, c'est-à-dire pour la possibilité d'une affection cancroïdienne venant à se produire sur un sujet syphilitique).

Et, disons-le bien, grâce à ces considérations diverses, le diagnostic pourra, en général, être facilement et sûrement posé. On en a exagéré à tort les difficultés, je crois. Je mets en fait que, sur dix cas pris au hasard, neuf seront aisément reconnus par un médecin instruit pour appartenir soit à la syphilis, soit au cancer,

et cela sans hésitation, sans contradictions possibles. Il est vrai, et j'ai hâte de l'ajouter, que, pour un de ces dix cas en moyenne, les choses ne se présenteront pas d'une façon aussi simple, tant s'en faut. L'affection mal caractérisée pourra alors prêter matière à discussion. Le diagnostic deviendra délicat, difficile, très-difficile, voire impossible parfois. Il est, en effet, de ces lésions linguales devant lesquelles les médecins les plus habiles, les plus expérimentés, restent indécis, diffèrent leur jugement, se refusent en un mot à émettre une opinion catégorique, faute de signes évidents en un sens ou en l'autre. Des cas de ce genre se rencontrent, et ils ne sont pas très-rares, sachez-le bien. Toutefois ils sont, je vous le répète et vous l'affirme à nouveau, incomparablement moins usuels que ceux où un diagnostic immédiat pourra être institué sur des bases scientifiques et positives.

C'est dans ce dernier ordre de cas ambigus, douteux, qu'un précieux critérium est offert par ce qu'on appelle l'épreuve thérapeutique.

En dehors des signes cliniques, en effet, la médication spécifique de la syphilis se présente à consulter et peut trancher la question d'une façon ou d'une autre. Donc, s'il reste le moindre doute sur la nature de la lésion, si la qualité cancéreuse de la tumeur n'est pas absolument et péremptoirement démontrée, l'indication est formelle, impérieuse : *il faut tenter le traitement spécifique*, l'administrer comme « pierre de touche », et en attendre les résultats un certain temps. Telle est la règle en pareil cas. Et je dirai plus, c'est là pour le médecin un véritable *devoir* professionnel, devoir auquel il serait coupable de ne pas satisfaire. Inutile, je crois, pour justifier ce précepte, de vous rappeler encore les observations surprenantes relatées par Cloquet, Lallemand, etc., observations qui pourraient être renforcées de quelques autres. Il est positif, bien positif, que plusieurs fois des lésions réputées cancéreuses par d'habiles praticiens, réputées pour « d'affreux cancers » (Ricord), ont été guéries et guéries contre toute prévision par le traitement de la vérole.

En toutes choses cependant il est une mesure à garder. Et je dois reconnaître que, sur le point en question, les médecins ont souvent encouru les reproches mérités des chirurgiens. Il n'est pas à nier qu'on ait abusé et qu'on abuse encore journellement du procédé dit épreuve thérapeutique. On y a recours à tout propos. Dans le désir, bien légitime assurément, de se tenir et de tenir les malades en garde contre tout risque d'erreur, on ne manque guère, le cas échéant, de prescrire le traitement spécifique, et on le prescrit vraiment d'une façon trop facile, trop banale. Je crois pouvoir dire qu'il est peu de cancers de la langue qui n'aient subi plusieurs mois de médication mercurielle ou iodurée, en l'absence même de tout antécédent syphilitique, en l'absence de tout signe pouvant autoriser le soupçon de syphilis. J'ai vu et tout le monde a vu des cancers aussi patents, aussi manifestes que possible, qui étaient restés soumis un temps plus ou moins long, quelquefois démesurément long, à l'action du traitement spécifique.

Or, si le mieux est quelquefois l'ennemi du bien, c'est le cas ici. Pour vouloir trop bien faire, pour vouloir sauvegarder jusqu'à l'excès les intérêts des malades, on aboutit à nuire à ces malades. Et cela de deux façons : 1° en retardant l'action opportune du traitement chirurgical, en perdant un temps précieux, pendant lequel on laisse au cancer tout loisir pour s'étendre et infecter les ganglions ; 2° en exaspérant le cancer, en lui communiquant un élan insolite d'évolution, sous l'influence des mercuriaux. Le mercure nuit au cancer, cela ne paraît pas douteux. « Le mercure est l'ennemi du cancer », ont dit plusieurs chirurgiens, et semble lui imprimer une malignité particulière. M. Th. Anger déclare avoir « réuni plus de 60 observations où les auteurs ont signalé, souvent sans s'en rendre compte, l'extension rapide du cancer chez les individus soumis à un traitement anti-syphilitique, et spécialement lorsqu'ils avaient pris des mercuriaux. »

La conclusion pratique à tirer de là est toute naturelle, et vous l'avez devinée déjà, Messieurs. C'est que le procédé de l'épreuve thérapeutique n'est admissible qu'au cas seulement où il a quelque chance de succès. Si le diagnostic de la lésion reste

vraiment indécis, s'il y a quelque espoir, quelque lueur même d'espoir, si faible qu'elle soit, en faveur de la syphilis, oui alors l'indication du traitement spécifique est formelle, absolue, et ce serait une faute grave que de refuser aux malades cette planche de salut. Mais aussi, inversement, s'il n'est pas le moindre doute à conserver, si le cancer est certain, manifeste, incontestable, c'est peine perdue de formuler un traitement illusoire; l'épreuve thérapeutique n'a plus rien à faire ici; elle est non pas seulement inutile, mais nuisible. Dans ce cas, sachons nous abstenir, nous médecins, et laissons la place aux chirurgiens.

Nous venons, Messieurs, de discuter un à un les divers signes pouvant concourir au diagnostic différentiel du cancroïde et de la gomme. Rassemblons actuellement ces éléments épars. Le tableau suivant va nous les présenter réunis.

CANCROÏDE LINGUAL ULCÉRÉ.

- I. Affection de l'âge *mûr*. — Maximum de fréquence entre 50 et 70 ans.
- II. Cause prédisposante : *hérédité cancéreuse*. — Pas d'antécédents syphilitiques (sauf coïncidence).
- III. Antécédents fréquents de *psoriasis lingual*.
- IV. Anamnestiques : début par nodosité dure, superficielle, par tumeur *extérieure*; puis, ulcération plus ou moins rapide en surface. — Pas d'ouverture ou d'évacuation à l'instar d'un abcès; pas de caverne.
- V. Peut occuper la face inférieure de la langue.
- VI. Lésion toujours *unique, unilatérale* (sauf exceptions extrêmement rares).
- VII. Lésion constituée par une *tumeur ulcérée en surface*.
- VIII. *Bords en relief*, formant un bourrelet saillant, inégal, irrégulier, renversé, déchiqueté, etc.
- IX. Surface *saignante* ou disposée à saigner au moindre attouchement.
- X. Sécrétion abondante, devenant, à une époque avancée, fétide et *ichoreuse*.

GOMME ULCÉRÉE DE LA LANGUE.

- I. Pas d'âge de prédilection. — S'observe le plus souvent à un âge moins avancé que le cancer.
- II. *Antécédents syphilitiques*. — Pas d'antécédents de cancer (sauf coïncidence).
- III. Pas d'antécédents de *psoriasis lingual*.
- IV. Anamnestiques : début par nodosité dure *intérieure*; puis ouverture brusque à la façon d'un abcès; *caverne* provisoire; et, bientôt après, ulcération rapide, découvrant le fond bourbillonneux de la tumeur.
- V. Se localise exclusivement sur la face supérieure et les bords de la langue; — n'en affecte jamais la face inférieure.
- VI. Lésion parfois *multiple et bilatérale*.
- VII. Lésion constituée par une *ulcération sans tumeur* véritable, dans l'acception propre de ce dernier mot.
- VIII. *Bords en creux*, entaillés en profondeur, nettement découpés, adhérents.
- IX. Fond *bourbillonneux* et non saignant.
- X. Sécrétion minime relativement et non ichoreuse.

- | | |
|---|--|
| <p>XI. Ulcération douloureuse spontanément, <i>lancinante</i>. — Parfois, douleurs d'irradiation vers l'oreille.</p> <p>XII. <i>Troubles fonctionnels</i> toujours assez intenses, et parfois très-intenses (<i>immobilisation de la langue</i> ; gêne de la parole, de la mastication, de la déglutition ; salivation, etc.).</p> <p>XIII. Lésion aboutissant, après un temps donné, à des phénomènes généraux de <i>cachexie</i>.</p> <p>XIV. Examen anatomique révélant les caractères de l'épithélioma.</p> <p>XV. <i>Ganglions</i> affectés après un certain temps.</p> <p>XVI. Nulle influence ou influence nuisible du traitement anti-syphilitique.</p> | <p>XI. Ulcération non douloureuse spontanément, non lancinante.</p> <p>XII. Troubles fonctionnels bien moindres que dans le cancer. — Langue non immobilisée, comme dans le cancer, du moins au même degré.</p> <p>XIII. Lésion ne produisant pas par elle-même de cachexie.</p> <p>XIV. Examen anatomique révélant les caractères de l'hyperplasie gommeuse dégénérée.</p> <p>XV. <i>Ganglions intacts</i>.</p> <p>XVI. Influence bienfaisante exercée par le traitement anti-syphilitique.</p> |
|---|--|

XIII.

Traitement. — Les lésions qui viennent de nous occuper réclament à la fois une médication générale et un traitement topique.

I. La médication générale est celle de la syphilis tertiaire ; il suffira de la signaler.

L'iodure de potassium tient ici le premier rang. Pour être actif, ce remède doit être administré à doses assez élevées, c'est-à-dire de trois à quatre, cinq et six grammes quotidiennement. Souvent même il est indiqué de dépasser cette dose, jusqu'à huit et dix grammes.

L'iodure suffit en général au traitement des gommès, lésions assez facilement résolutes. Au contraire, pour les glossites à tendance scléreuse, l'association du mercure et de l'iodure est toujours indiquée. Ces lésions, en effet, sont bien autrement rebelles que les gommès, et ce n'est pas trop de l'union des deux agents spécifiques pour les modifier, même dans la mesure où elles restent modifiables par une intervention thérapeutique.

De même que l'iodure de potassium, le mercure a besoin ici, pour exercer une influence curative, d'être administré à doses énergiques. Donné parcimonieusement, à doses courantes, il ne

produirait aucun effet. Et cependant un écueil, un danger se présente. Venant à déterminer des accidents d'inflammation buccale, le mercure constituerait sans doute une complication fâcheuse. De cela j'ai eu la preuve récemment, dans un cas où des frictions mercurielles prescrites à haute dose contre une glossite scléreuse produisirent une stomatite intense, avec gonflement énorme et ulcérations multiples de la langue; la situation du malade fut des plus critiques pendant une huitaine de jours, et, après sédation des accidents hydrargyriques, l'hyperplasie linguale subsista dans les conditions premières, peut-être même fut-elle accrue. Aussi, dans l'espèce, est-il indiqué de s'abstenir des procédés de mercurialisation qui exposent au ptyalisme, tels que frictions, calomel, etc. Bien préférables ici, je crois, sont les méthodes moins sujettes à exciter la bouche. Le sublimé, donné en pilules, est la préparation qui m'a paru réunir le plus d'avantages, à la dose de deux, trois, quatre et même cinq centigrammes par jour, progressivement.

La liqueur de Donovan (soluté d'iodo-arsénite de mercure), très-réputée en Angleterre et presque inconnue en France, paraît avoir donné quelques succès remarquables. C'est une préparation à étudier, sur laquelle je n'ai pas encore d'expérience suffisante, pour ma part.

II. Le traitement local a une grande importance. Il comprend: 1^o une hygiène buccale, très-essentielle à surveiller; 2^o divers agents topiques.

L'hygiène buccale se compose de ceci: soins de propreté minutieux pour la bouche; — surveillance de l'état des dents; — recommandation aux malades de se laver la bouche après chaque repas, pour chasser les parcelles alimentaires qui pourraient séjourner dans les sillons, les anfractuosités des ulcères, et y entretenir une irritation défavorable, etc.); — proscription absolue du tabac et des alcooliques; — alimentation spéciale. Le régime usuel en effet serait insupportable à des malades affectés d'ulcérations linguales. Des aliments durs, de mastication longue ou difficile, ne feraient qu'exciter les douleurs et accroître l'irritation locale.

Donc, prescrire une nourriture exclusivement composée d'aliments qui puissent être avalés sans trituration, tels que bouillons, soupes, gelées, laitage, jus de viandes, hachis de viandes, purées, etc.

Topiquement, deux choses excellentes, à savoir : gargarismes émollients et pulvérisations.

1° *Gargarismes émollients*, voilà ce qui convient le mieux comme médication topique, ce qui soulage le plus efficacement les malades.

Pour avoir essayé de cent liquides différents, j'ai l'expérience que rien ne vaut ici la décoction de guimauve. L'eau de guimauve pure et simple, assez épaisse pour être onctueuse, est à coup sûr préférable à toute autre préparation plus savante, préférable notamment au chlorate de potasse qui n'a pas grande action, aux gargarismes astringents (alun, borax, etc.) souvent mal tolérés, et surtout aux gargarismes mercuriels qui m'ont toujours paru nuisibles. Seulement, pour tirer de cet anodin remède tout le parti qu'on peut en obtenir, il faut l'employer d'une certaine façon : non pas, comme on le fait généralement, sous forme de gargarismes qui ne font que passer dans la bouche pendant quelques secondes, mais sous forme de véritables *bains de bouche* prolongés plusieurs minutes (cinq minutes au minimum), et répétés à satiété, 20 à 30 fois par jour, le plus souvent possible en un mot. Les malades qui veulent bien se soumettre patiemment à cette médication en retirent toujours un soulagement considérable.

Des *douches émollientes*, pratiquées tout simplement avec l'irrigateur vulgaire chargé d'eau de guimauve, sont encore très-utiles pour déterger les ulcères de la langue, notamment les ulcères anfractueux, caverneux, pour en détacher les enduits muco-purulents, et permettre ainsi d'en atteindre le fond par des topiques appropriés.

2° *Pulvérisations*. — Les pulvérisations m'ont rendu, je l'affirme, des services réels dans le traitement des glossites tertiaires, et

vous avez pu en juger l'effet par vous-mêmes sur plusieurs malades du service. Non-seulement elles ont une action détersive des plus manifestes, mais de plus il me paraît impossible de leur refuser une action modificatrice.

Suivant les cas et le but auquel je tends, je les fais pratiquer soit avec des solutions émollientes tièdes, soit surtout avec une solution d'iodure de potassium (4 grammes de ce sel pour 250 gr. d'eau distillée).

Ces dernières pulvérisations à l'iodure ne m'ont pas paru étrangères aux succès relatifs que nous avons obtenus sur quelques malades dans les cas si rebelles de glossites scléreuses profondes.

Enfin, Messieurs, un dernier mot relativement aux *cautérisations*. C'est là une pratique dont on use et dont on abuse si fréquemment qu'elle réclame de nous une mention spéciale.

Que valent au juste les cautérisations dans le traitement des glossites tertiaires?

Suivant les cas, elles sont *utiles* ou *nuisibles*. Précisons.

1^o Dans les glossites scléreuses, elles sont extrêmement utiles contre ces excoriations, ces crevasses, ces érosions de tout genre qui compliquent usuellement la maladie à une époque avancée. Elles le sont même à ce point que je ne sais vraiment si l'on viendrait à bout sans elles de ces derniers accidents.

Mais elles ne sont utiles, même dans ce cas, qu'à certaines conditions qui sont les suivantes :

D'abord, elles doivent être pratiquées exclusivement sur les surfaces érosives, sans les déborder, sans intéresser les parties simplement sclérosées.

Secondement, elles doivent être faites de préférence avec le crayon de nitrate d'argent. — Si l'on a recours au nitrate acide de mercure, excellent caustique en général contre les érosions spécifiques de la langue, il faut ne l'employer qu'avec grande réserve, de façon à produire seulement une cautérisation légère, tout à fait superficielle. — Tout autre caustique plus violent est nettement contre-indiqué, car, de par l'expérience, il ne ferait qu'exaspérer la lésion.

Ces cautérisations, enfin, doivent être distancées chronologiquement. S'il est besoin (et c'est le cas usuel) de les répéter, il convient de les espacer au moins de plusieurs jours, de six jours en moyenne. Renouvelées plus souvent, renouvelées quotidiennement par exemple, comme je l'ai vu faire parfois, elles deviennent nuisibles, irritantes ; elles accroissent l'éréthisme local et entretiennent les exulcérations, bien plutôt qu'elles ne contribuent à les réparer.

2° Dans les formes gommeuses, les cautérisations sont d'une utilité bien moindre.

Alors que la gomme est en voie d'élimination, des attouchements à la teinture d'iode, répétés une ou deux fois par jour, paraissent produire d'assez bons effets. Mais ce ne sont pas là, à vrai dire, des cautérisations.

A une époque plus avancée, quand le fond de la plaie, débarrassé des eschares gommeuses, tend à bourgeonner, quelques cautérisations légères au crayon de nitrate activent certainement le travail de réparation cicatricielle.

Telles sont, je crois, les seules cautérisations *utiles* dans le traitement des glossites tertiaires.

A part les indications que je viens de préciser, les cautérisations sont plutôt nuisibles qu'avantageuses. Il faut donc s'en abstenir. Et, puisque l'occasion s'en présente, je ne saurais assez m'élever contre cette pratique banale, cette véritable *manie de cautérisations*, dont nous voyons les tristes effets chaque jour. Une ulcération de la langue ou de la bouche étant donnée, si elle échappe au crayon du médecin, il est bien rare qu'elle échappe à celui du pharmacien ou du malade. Presque invariablement elle est condamnée, n'importe sa forme, sa nature, sa période, à passer par le nitrate d'argent, et cela parfois coup sur coup, sans trêve ni merci, pendant des semaines, des mois entiers. C'est là, Messieurs, une détestable pratique, que j'ai déjà longuement attaquée devant vous à propos du chancre, autre victime habituelle des cautérisations, et qu'ici encore je réproouve formellement.

Donc — conseils négatifs qu'il ne sera peut-être pas inutile de

spécifier — le bon sens et l'expérience s'accordent à proscrire les cautérisations :

1° Dans les cas de glossites scléreuses, à surface non encore érosive. Les caustiques, en pareilles conditions, ne modifient en rien l'hyperplasie sous-jacente. Et, de plus, ils courent risque d'inaugurer le processus érosif, au grand détriment du malade.

2° Dans les cas de glossites gommeuses non encore ulcérées. Que voulez-vous que fasse un badigeonnage au nitrate d'argent sur une gomme en voie de formation ou de ramollissement ? Et cependant on ne s'en abstient pas toujours en pareil cas, tant s'en faut.

3° Dans les cas de gomme en voie d'élimination. Car alors, que cautérise-t-on, si ce n'est un tissu mortifié, une eschare ? Et quel avantage peut-il y avoir à cautériser une eschare ?

A fortiori, je proscriis absolument un autre genre de cautérisations, cautérisations *destructives* celles-ci, pratiquées à l'aide de l'acide nitrique, de l'acide chromique, du chlorure de zinc, du fer rouge, etc. J'ai eu l'occasion, en effet, d'en constater plusieurs fois soit l'inutilité absolue, soit même la pernicieuse influence.

D'abord, les cautérisations de cet ordre sont extrêmement douloureuses ; elles constituent, sans exagération, une véritable torture infligée aux malades. — De plus, elles restent sans effets actifs presque toujours, car elles s'adressent à des lésions qui ne sont que très-exceptionnellement envahies par le phagédénisme, à des lésions qui, convenablement traitées, guérissent par des moyens très-simples et n'ont que faire d'une intervention brutale de la chirurgie, ou bien qui, ne guérissant pas par les méthodes usuelles, ne se trouvent pas mieux (bien au contraire) des moyens chirurgicaux. — Enfin, ces cautérisations destructives ont eu parfois pour effets d'inciter la tendance extensive des ulcérations, d'ouvrir la tranchée au phagédénisme ou d'en favoriser les progrès. C'est là du moins ce qui m'a paru résulter de leur emploi dans plusieurs cas. Même contre le phagédénisme avéré, je les crois inutiles ou dangereuses, et je déclare n'avoir jamais eu besoin d'y recourir pour ma part. Avec de la patience, le traitement usuel que je vous ai décrit, vigoureusement administré, m'a toujours suffi, à

l'exclusion de toute autre méthode, pour venir à bout des cas de phagédénisme tertiaire de la langue qui se sont présentés à mon observation.

En résumé, donc :

Contre les glossites scléreuses, gargarismes, ou plutôt bains de bouche émollients, à l'eau de guimauve ; — pulvérisations émollientes ou iodurées ; — cautérisations légères des surfaces excoriées ;

Contre les ulcérations gommeuses, mêmes gargarismes émollients ; — douches émollientes ; — pulvérisations ; — attouchements à la teinture d'iode pendant la période d'état ; — plus tard, à la période de réparation, cautérisations légères au nitrate d'argent ;

Voilà ce qui compose, Messieurs, la médication topique la mieux éprouvée, la seule à laquelle j'ai recours actuellement après de nombreux essais, la seule que je vous conseille pour votre pratique.

EXPLICATION DES FIGURES.

Planche I.

Fig. 1. — GLOSSITE SCLÉREUSE SUPERFICIELLE.

Fig. 2. — GLOSSITE SCLÉREUSE PROFONDE (cirrhose linguale, glossite lobulée, etc.).

Planche II.

Fig. 1. — GOMMES ULCÉRÉES en voie d'élimination.
(Fig. empruntée à M. le Dr Horteloup.)

Fig. 2. — GLOSSITE SCLÉRO-GOMMEUSE.

Planche III.

GLOSSITE SCLÉREUSE GÉNÉRALISÉE.

Ces figures sont la reproduction de pièces en cire moulées sur nature par MM. Jumelin et Baretta, et déposées au musée de l'hôpital Saint-Louis (collection particulière).

Fig. II

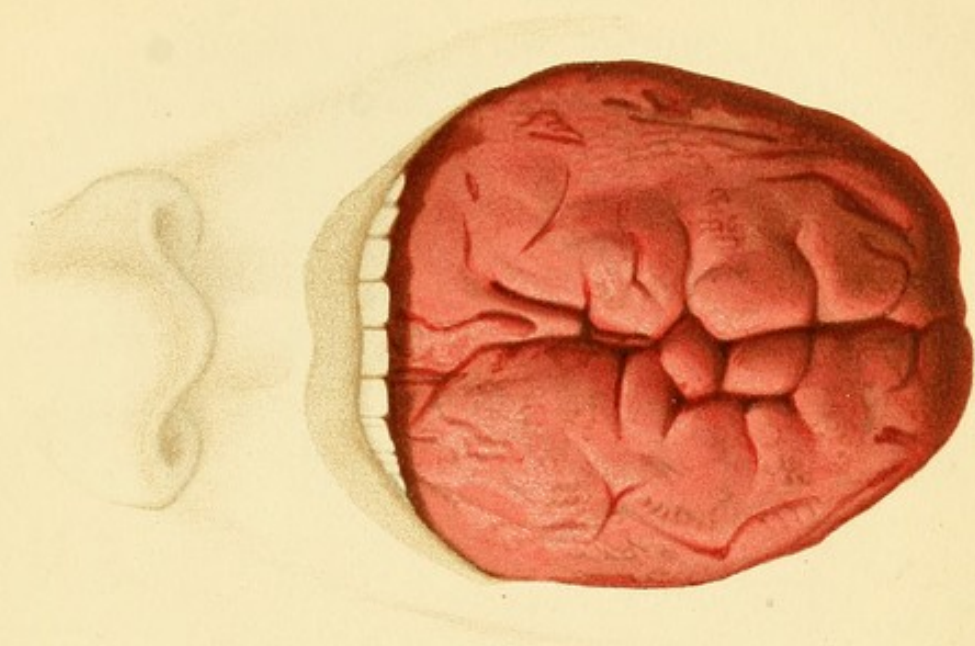
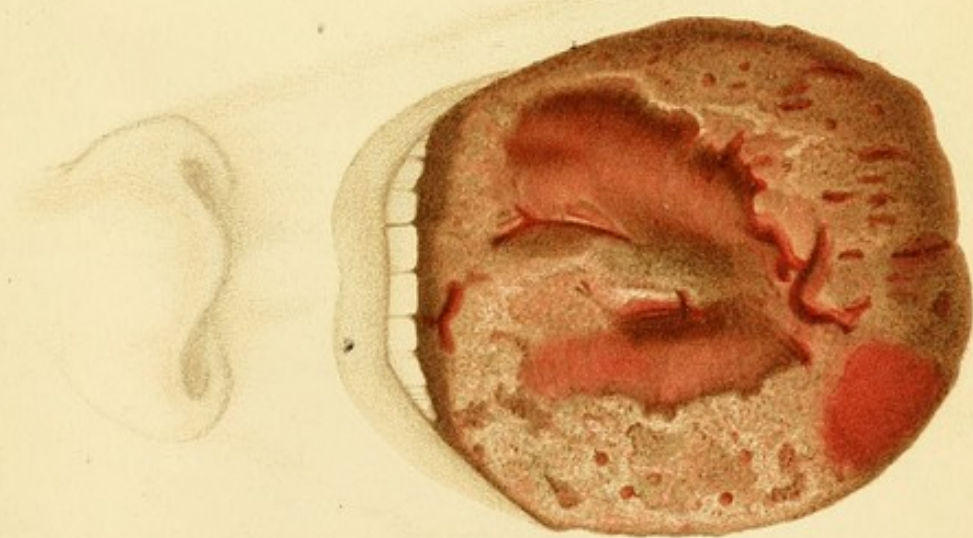


Fig. I



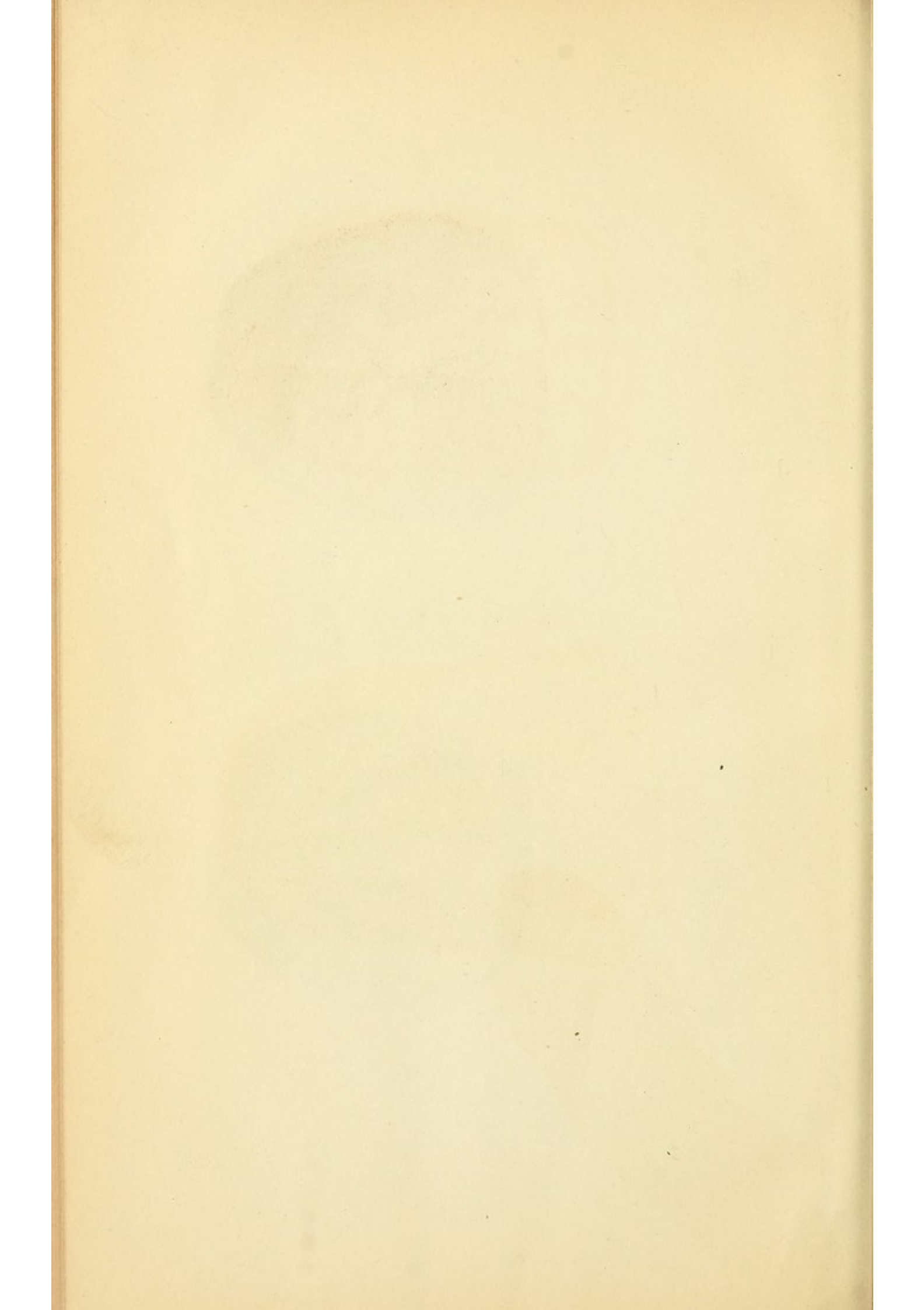


Fig. II

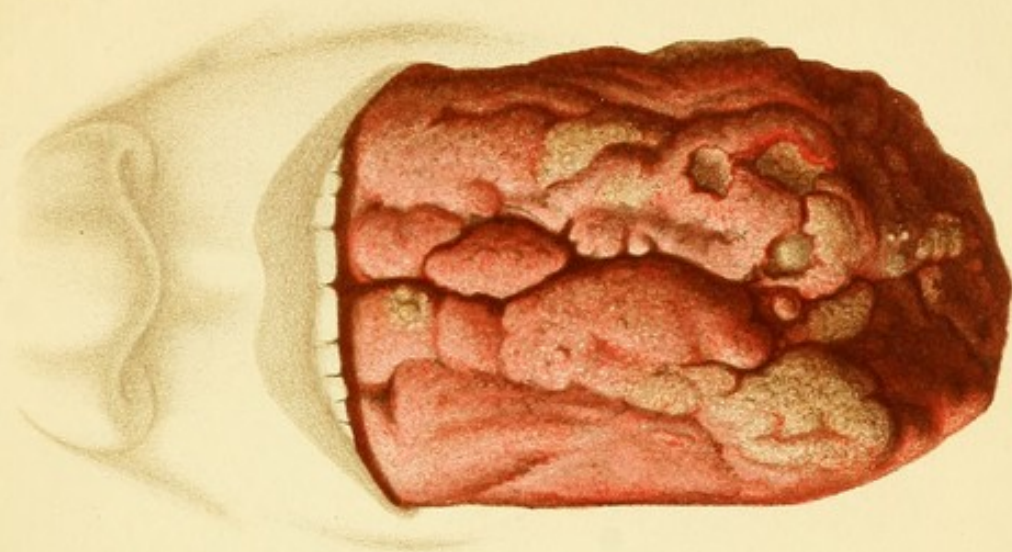
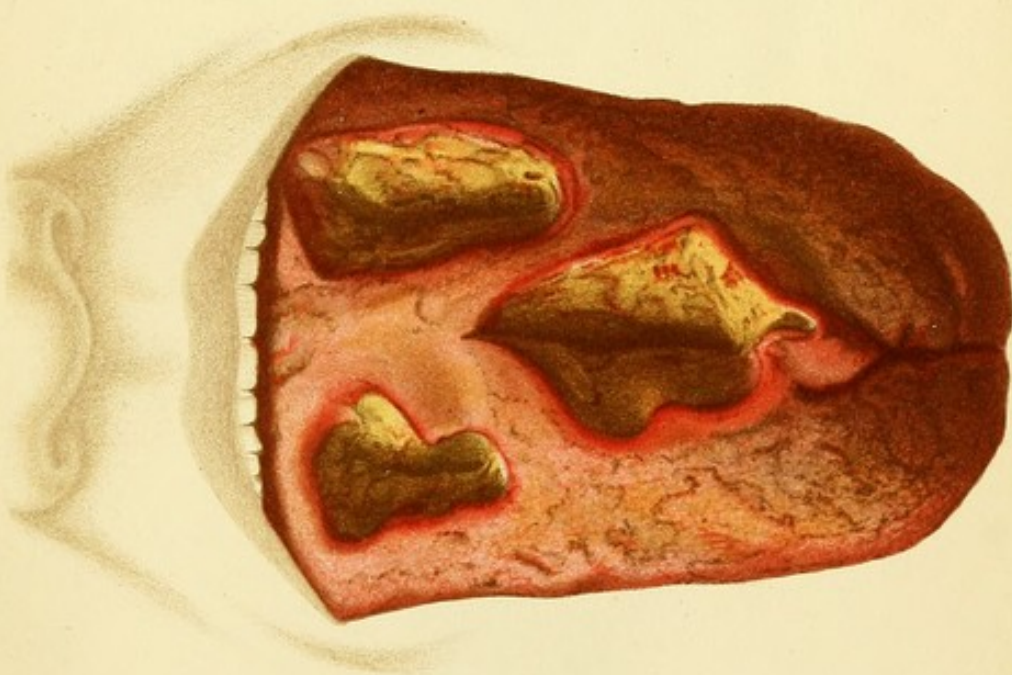
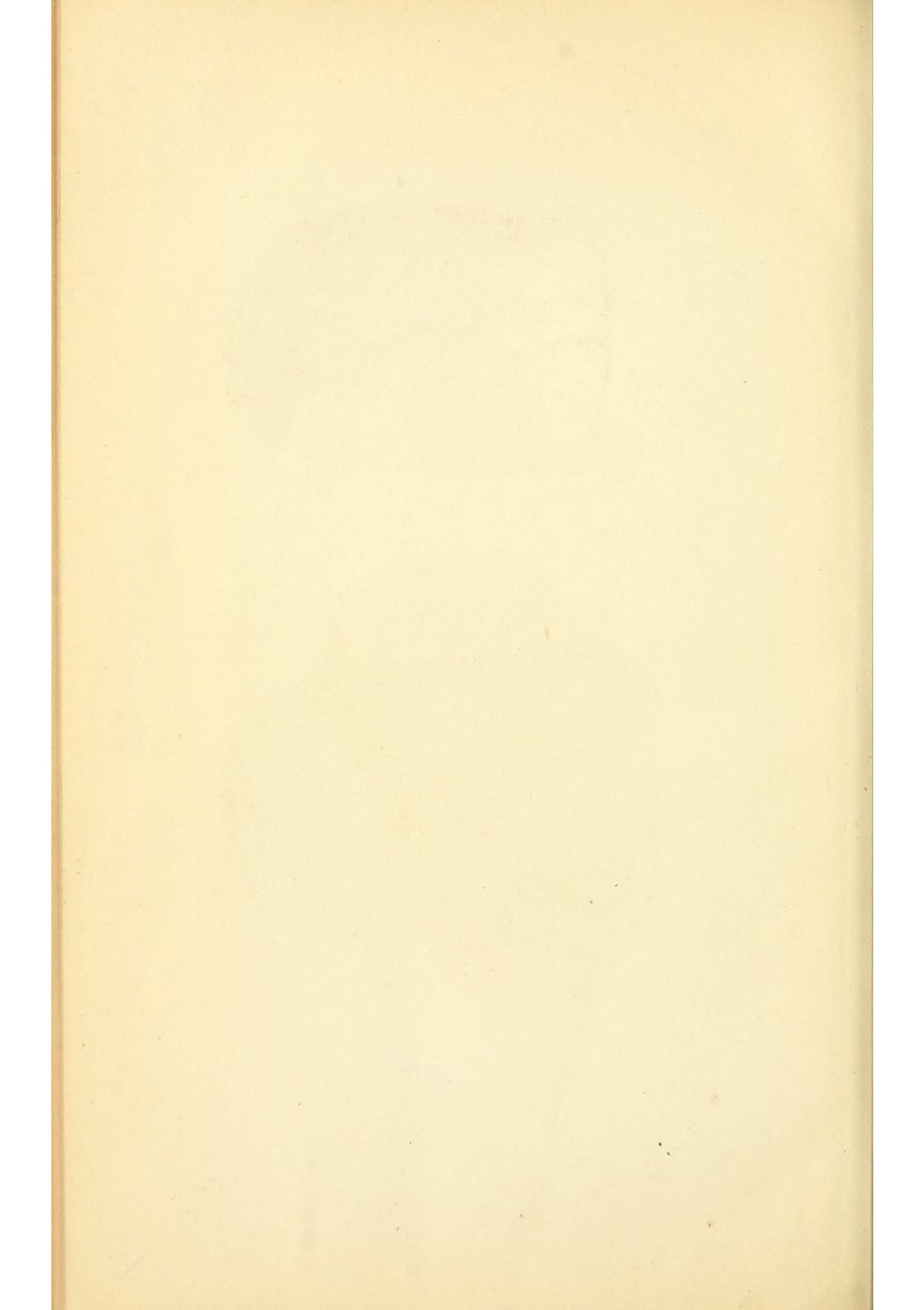
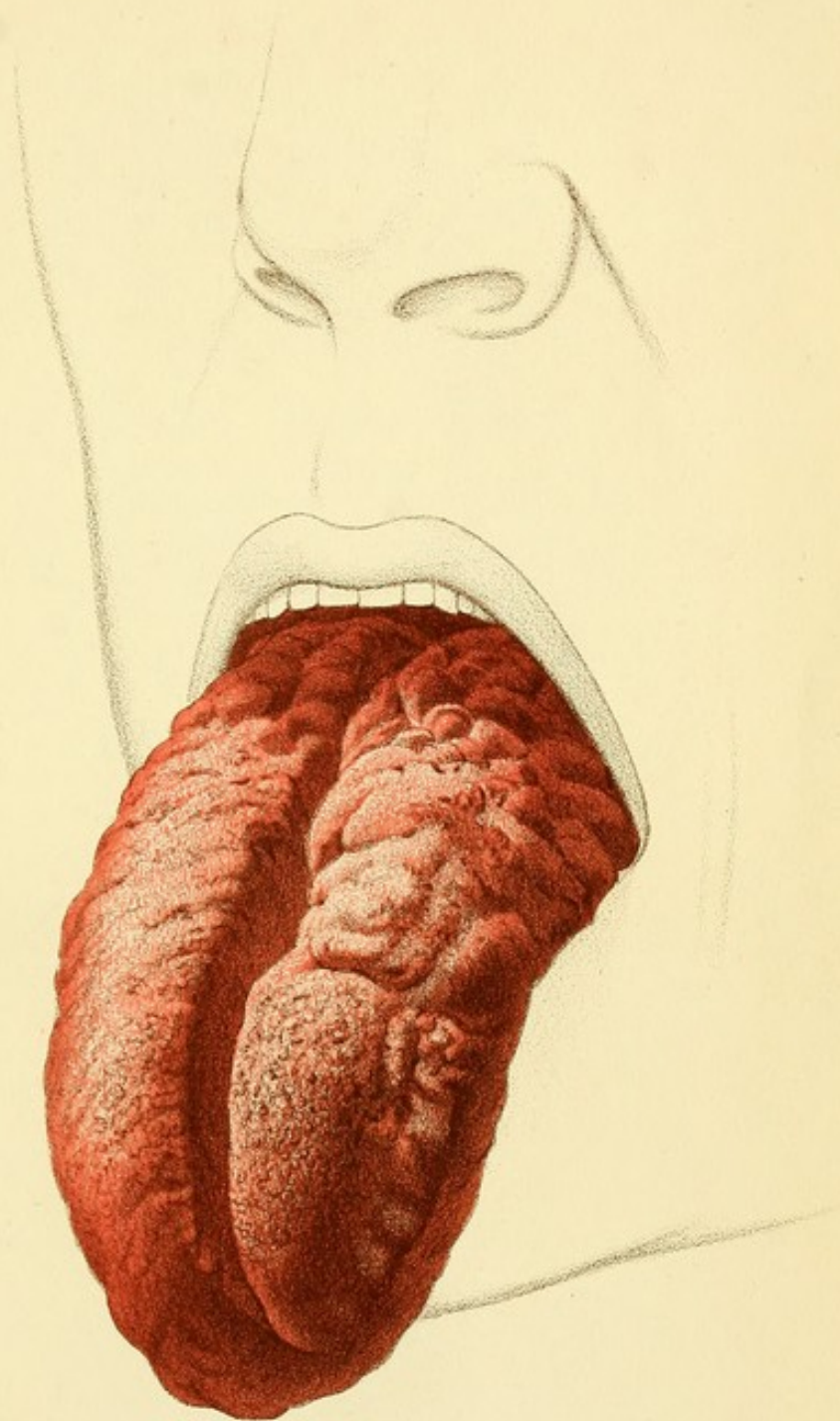
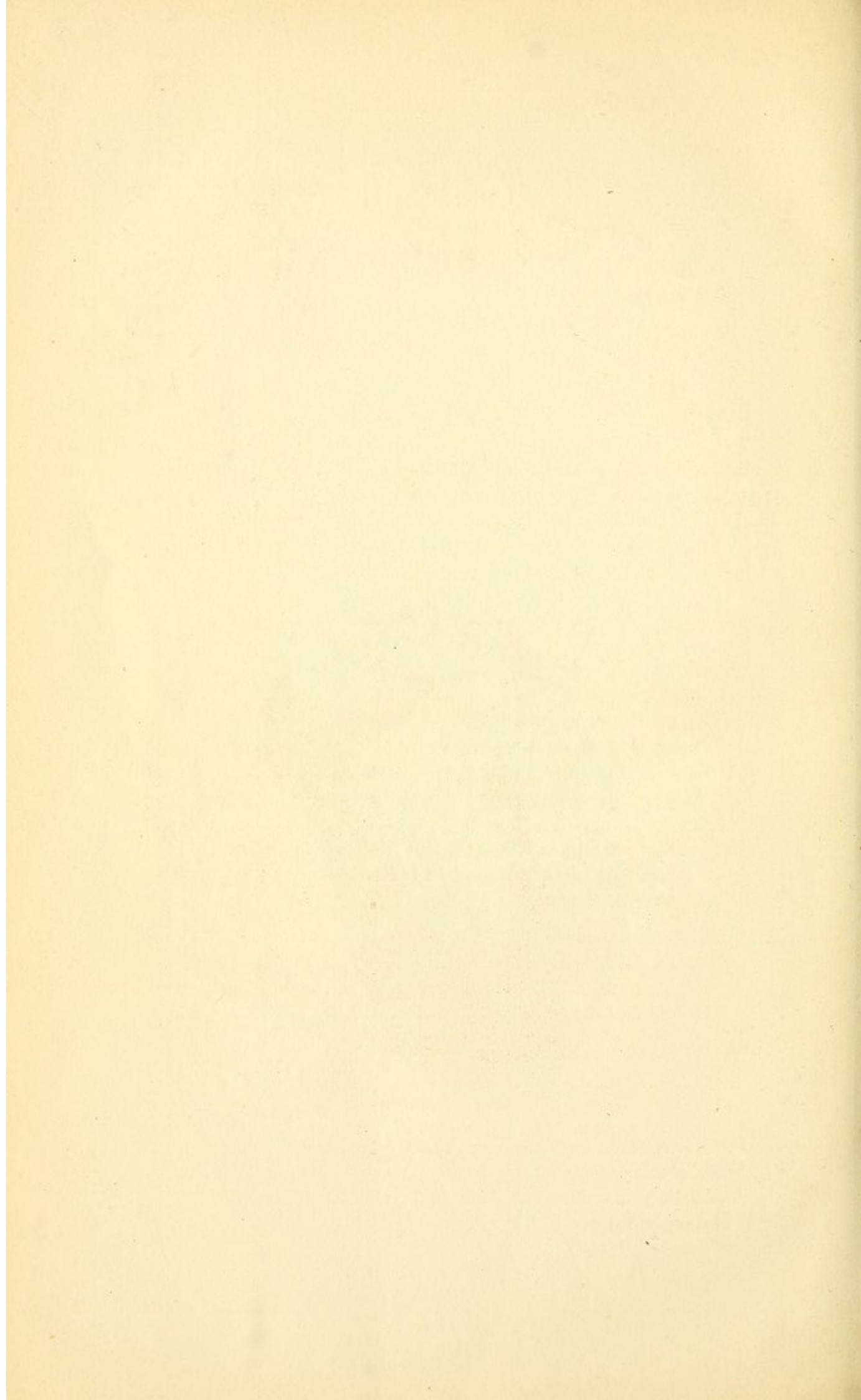


Fig. I









TABLE

—

I.

Généralités. — Deux formes de glossites tertiaires : 1° <i>Glossites scléreuses</i> ; — 2° <i>Glossites gommeuses</i>	1
Fréquence des lésions tertiaires de la langue. — Causes. — A quelle époque de la diathèse se produisent ces lésions? — Quel siège occupent-elles de préférence?.....	2

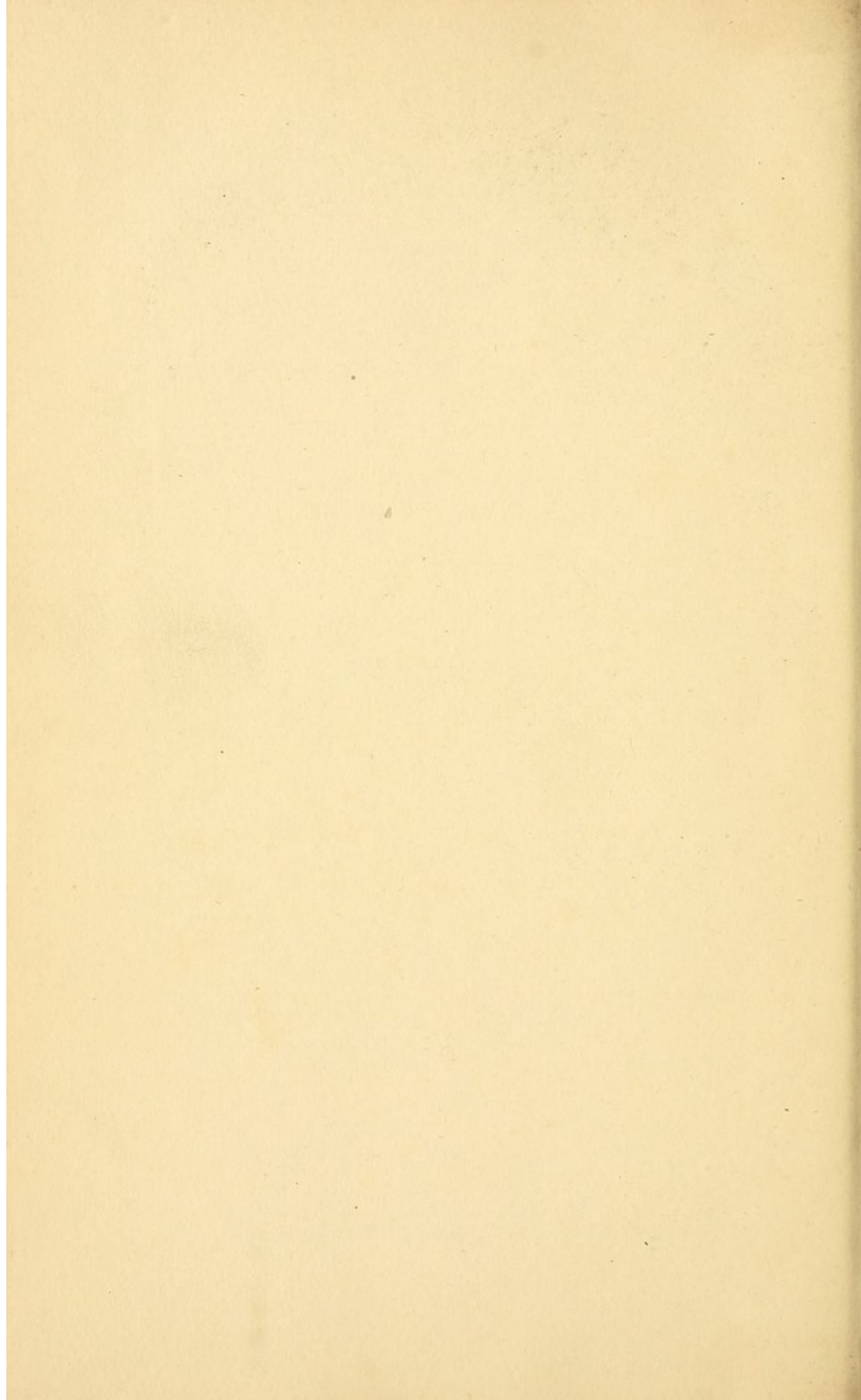
II. GLOSSITES SCLÉREUSES.

Caractéristique générale.....	5
Deux variétés :	
1° <i>Glossite scléreuse superficielle ou corticale</i>	6
Forme en plaques isolées ou en îlots.....	6
Forme en plaques continues ou en nappe.....	8
2° <i>Glossite scléreuse profonde (Cirrhose linguale, glossite lobulée)</i>	11
Caractères cliniques : Tuméfaction; — mamelonnement et lobulation de la face dorsale; — induration; — altérations diverses de la muqueuse.....	12
III. Evolution ultérieure.....	17
Epiphénomènes érosifs ou ulcéreux. — Erosions ou ulcérations simples. — Erosions ou ulcérations spécifiques. — <i>Glossite scléro-gommeuse</i>	18
IV. Variété rare : <i>glossite scléreuse généralisée</i>	20

III. GLOSSITES GOMMEUSES.

1° Gommès superficielles (<i>syphilides gommeuses de la langue</i>). ..	22
2° Gommès profondes ou musculaires. — Siège. — Volume. — Forme. — Nombre. — Périodes successives de crudité, de ramollissement, d'ulcération, de cicatrisation.....	24

VI. Forme <i>confluente</i>	31
Forme <i>phagédénique</i>	33
VII. Parallèle des deux formes de glossites tertiaires, glossites scléreuses et glossites gommeuses.....	35
VIII. <i>Troubles fonctionnels</i> dérivant des glossites tertiaires. — Période antérieure à l'ulcération. — Période postérieure à l'ulcération.....	36
IX. Etat des <i>ganglions</i> dans les affections tertiaires de la langue.	42
X. Evolution générale. — Durée.....	43
XI. Pronostic. — Pronostic spécial à chaque forme. — Fréquence des rechutes et des récidives. — Cas à récidives multiples, incessantes.....	44
XII. Diagnostic. — Diagnostic différentiel avec :	
Chancre induré de la langue.....	50
Psoriasis lingual.....	50
Glossite des fumeurs. — <i>Glossite métisse</i> (par syphilis et tabac).....	53
Glossite dentaire.....	57
Glossite tuberculeuse (Phthisie buccale de M. Ricord).	58
Cancroïde lingual.....	61
XIII. Traitement.....	70



RC
201.7.T6
F77
1877

