

Étude clinique sur la glossite interstitielle syphilitique / par Anatole Hugonneau.

Contributors

Hugonneau, Anatole.
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Paris : V.A. Delahaye, 1876.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/n4xnwbqt>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. 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>

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LA

GLOSSITE INTERSTITIELLE
SYPHILITIQUE

PAR

Anatole HUGONNEAU,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris
Lauréat de l'École-de-médecine de Limoges,
Ancien interne de l'hôpital de Limoges,
Interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris,
Membre correspondant de la Société anatomique.



PARIS

V. A. DELAHAYE ET C^e, LIBRAIRES-ÉDITEURS,
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

—
1876

ETUDE CLINIQUE

GLOSSITE INTERSTITIELLE

PAR

ANDRÉ LICHNER

Docteur en Médecine, Chef du Service de Stomatologie
Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris



PARIS

EDITION 1934


100 pages, 12 francs

1934

· ÉTUDE CLINIQUE

SUR LA

GLOSSITE INTERSTITIELLE SYPHILITIQUE



AVANT-PROPOS.

Le propre des accidents tertiaires de la syphilis est de se manifester sous la forme de produits hyperplasiques résultant d'une prolifération abondante du tissu conjonctif ou d'un tissu analogue : la substance médullaire des os, par exemple.

Dans une première forme ces produits nouveaux sont disposés sous la forme d'îlots, au milieu des organes dans lesquels ils se sont développés, ils constituent alors la gomme qui se présente sous la forme de tumeurs de volume variable, dont les éléments subissent bientôt une dégénérescence granulo-graisseuse, se ramollissent, s'ulcèrent pour s'épancher au dehors sous la forme d'une sanie gommeuse, quelquefois sanguinolente. Ce processus nous explique la consistance de ces tumeurs, dure au début, puis pâteuse, enfin fluctuante.

Dans le second cas, au contraire, ces nouveaux tissus sont plus vivaces; en vieillissant, ils subissent une transformation fibreuse, et, au lieu de périr comme ceux qui constituent la gomme, ce sont eux qui étouffent, en les étreignant dans leurs fibres, les tissus où ils ont pris naissance : cette seconde forme d'hyperplasie est une véritable sclérose spécifique, dont nous trouvons de nombreux exemples dans la pathologie syphilitique : dans le foie, le rein, le testicule ; mais il est un organe dans lequel on rencontre plus souvent cette hyperplasie cellulaire, cet organe c'est la langue.

Pendant notre séjour à l'hôpital Saint-Louis, il nous a été donné d'observer de nombreux malades atteints de cette lésion. Nous les avons suivis avec le plus grand soin. C'est sur l'ensemble de ces observations que nous avons fait notre travail ; travail purement clinique dans lequel nous traçons la symptomatologie, la marche, le diagnostic, le traitement de cette affection, ajoutant ensuite quelques considérations sur le psoriasis lingua que nous proposons de nommer : glossite scléreuse psoriasiforme, attendu que cette affection, qui nous paraît être une glossite, n'a du psoriasis que l'aspect et non la nature.

HISTORIQUE.

Malgré la fréquence de cette affection, on ne la trouve signalée dans aucun auteur classique.

Wunderlich, le premier, a décrit, en Allemagne, sous

(1) Wunderlich, handbuch der Pathologie und Therapie. Stuttgart, 1854.

le nom de *glossite disséquante*, une forme de glossite chronique qui présente tous les caractères de la glossite scléreuse syphilitique, telle que nous l'avons observée : « La glossite disséquante, dit-il, débute par des points douloureux. Ces points sont gonflés, d'un rouge vif, séparés par des sillons dans lesquels s'accumulent la salive, des débris épithéliaux, d'où il résulte des fissures, des crevasses fort douloureuses. Cette affection guérit rarement, peut-être jamais. »

M. Jaccoud, dans son ouvrage de pathologie interne, décrit non-seulement la glossite chronique, mais il entrevoit même sa nature spécifique.

Il dit, en effet, en avoir observé deux cas chez des individus qui avaient souffert d'une syphilis rebelle traitée autrefois par les mercuriaux. Quant à la cause, il hésite entre la syphilis et le mercure. Dans tous les cas, pour lui, déjà, « ces accidents sont définitifs, c'est une lésion sur laquelle le traitement antisypilitique n'a plus aucune prise. »

Nous avons trouvé une reproduction de cette glossite chronique disséquante dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales et dans le Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

C'est à M. le D^r Saison que revient l'honneur d'avoir rapproché la cause de l'effet, d'avoir montré, le premier, le rôle de la syphilis dans la production de cette affection, dont il donne trois observations dans son excel-

(1) Pathologie interne, Tome III.

(2) Thèse inaugurale, 1870.

lente thèse sur le diagnostic des manifestations secondaires de la syphilis. Mais, à tort, je crois, il place cette affection parmi les accidents secondaires tardifs. Elle rentre dans le cadre des lésions tertiaires au même titre que la gomme.

En Angleterre, Fairlie Clarke, dans son ouvrage sur les maladies de la langue (1), consacre un chapitre spécial aux accidents de la syphilis sur la langue, et, dans ce chapitre, il décrit une glossite superficielle chronique qu'il rattache à la syphilis, donnant comme un signe pathognomonique les sillons et les fissures qui divisent la muqueuse linguale. Cette description se rapproche beaucoup de celle de Wunderlich.

ETIOLOGIE.

Le siège de prédilection de la glossite syphilitique tertiaire est la face dorsale de la langue, parce que c'est elle qui se trouve surtout en rapport avec les agents excitants extérieurs. C'est toujours par là qu'elle débute, où elle se limite à la muqueuse qui tapisse cette face et constitue la glossite scléreuse superficielle; au delà elle s'étend aux parties profondes et constitue alors la glossite profonde ou dermo-parenchymateuse. Dans les cas qu'il nous a été donné d'observer, la muqueuse de la face inférieure de la langue était toujours normale.

La cause première de cette affection est la diathèse syphilitique qui, ayant élu déjà depuis longtemps domi-

(1) Diseases of the Tongue 1874.

cile dans l'organisme, préside à cette hyperplasie cellulaire que viennent faire éclater et développer ensuite toutes les causes extérieures capables d'exciter, d'enflammer la muqueuse linguale.

Ces causes sont ou les substances irritantes qui entrent dans notre alimentation, mais dont l'abus est nuisible, telles que les liquides alcooliques, les mets trop épicés, la salade, etc., ou les agents dont l'homme se sert uniquement pour son agrément, comme le tabac.

A ces causes purement extérieures, on peut en joindre deux autres qui, pour être moins manifestes, méritent cependant d'être signalées; elles résultent de l'action du mercure et de l'iodure de potassium sur la muqueuse buccale.

Le mercure, en effet, par les inflammations fréquentes qu'il produit sur cette muqueuse, même lorsqu'il est pris avec méthode et la plus grande réserve, peut créer un état d'irritation qui facilite l'hyperplasie cellulaire qui constitue la sclérose linguale. Dans plusieurs observations, nous avons vu cette affection survenir chez des malades qui avaient suivi longtemps un traitement hydrargirique.

L'iodure de potassium peut aussi, nous croyons, être accusé légitimement. En émettant cette hypothèse, nous ne faisons qu'imiter Fairlie Clarke, qui se demande pourquoi ce médicament ne produirait pas du côté de la muqueuse buccale le même état congestif et inflam-

(1) *Loc. cit*

matoire qu'il crée sur les muqueuses oculaires et pituitaires.

Les agents extérieurs irritants jouent donc un rôle des plus importants dans la production de cette affection. Ce fait nous explique pourquoi elle est plus rare chez la femme que chez l'homme qui fait surtout abus de l'alcool et du tabac.

SYMPTÔMES, MARCHE, PRONOSTIC.

La glossite interstitielle, avant de se généraliser, avant d'envahir la langue dans toute son épaisseur, commence toujours par être superficielle.

1° Parce que c'est sur la muqueuse qu'agissent directement les causes irritantes qui créent cette hyperplasie cellulaire à laquelle préside la syphilis.

2° Parce que cette hyperplasie se produit uniquement dans le tissu conjonctif, qui prédomine surtout dans le derme de la muqueuse linguale. De là, cette inflammation créatrice et proliférante pénètre presque toujours dans l'épaisseur des muscles qu'elle infiltre, qu'elle presse, qu'elle étreint jusqu'à ce qu'elle se substitue en partie à leur élément constitutif.

Cette affection présente donc deux formes :

1° Une glossite superficielle ;

2° Une glossite profonde ou dermo-parenchymateuse qui ont chacune deux périodes :

1° Une première période ou période active, proliférante, hypertrophique ;

2° Une deuxième période ou période atrophique.

Il se passe exactement du côté de la langue les mêmes phénomènes que nous voyons se produire dans le foie, les reins, les centres nerveux, lorsqu'ils sont atteints d'inflammation interstitielle, de *sclérose*.

Faisant une thèse uniquement d'observation personnelle, nous ne parlerons pas d'une forme mixte décrite par M. Fournier, constituée par des gommes disséminées sur un fond scléreux ; nous n'en parlerons pas parce que, parmi les nombreux cas de syphilis linguale qu'il nous a été donné d'observer tant à l'hôpital du Midi qu'à l'hôpital Saint-Louis, nous n'en avons jamais rencontré.

Glossite superficielle.

Rarement on est assez heureux pour examiner les malades dès le début de l'affection, mais les renseignements qu'ils fournissent permettent d'établir que, si quelquefois leur début est latent, le plus souvent, il est caractérisé par des poussées inflammatoires pendant lesquelles la langue augmente considérablement de volume surtout en largeur. Cet organe rouge violacé, lisse, luisant, comme décapillé sur la pointe et les bords où l'on voit l'impression profonde des dents, présente sur la partie moyenne de sa face dorsale des papilles volumineuses, crigées, recouvertes de cellules épithéliales nombreuses, blanchâtres, humides, comme macérées, etc. ; tantôt l'hyperplasie se fait en nappe, l'aspect de la langue est alors à peu près uniforme ; il n'existe que quelques sillons peu profonds ; tantôt au contraire, et ce sont là les cas les plus fréquents, elle est irrégu-

lièrement disposée, formant des îlots, des mamelons, de véritables lobules séparés par des sillons profonds. Ces sillons sont ou de véritables fissures sur la description desquelles nous reviendrons plus tard, ou de simples plis. Il en est un que nous avons presque toujours rencontré : c'est le sillon antéro-postérieur correspondant au raphé médian ; il semble que la muqueuse plus adhérente en ce point que dans les autres, soit comme attirée vers les profondeurs de la langue, tandis que les parties latérales font saillies de chaque côté.

De ce sillon médian en partent de plus petits, disposés souvent comme les nervures d'une feuille. D'autres enfin s'entrecroissent dans tous les sens, circonscrivant ainsi les lobules dont nous avons parlé.

Dans les cas simples, lorsqu'il n'y a pas d'ulcération, la douleur est peu intense, elle est cependant éveillée pendant le repas par le contact des aliments et particulièrement par les substances acides et irritantes. C'est surtout une sensation de gêne, de plénitude buccale que le malade éprouve. Ces symptômes pénibles sont quelquefois compliqués d'une salivation assez abondante. La mastication se fait difficilement, parce qu'elle est douloureuse, et que la langue ainsi augmentée de volume n'est plus aussi mobile qu'à l'état normal. Les malades se soumettent alors à un régime spécial, évitant les substances irritantes, ils prennent des aliments de peu de consistance n'exigeant pas de mastication et d'une déglutition facile.

Dans cette période de la maladie, le goût ne subit

aucune modification ; la parole est gênée par la même raison que la mastication et la déglutition, c'est-à-dire le développement anormal de la langue.

Ces accidents aigus, plus souvent subaigus coïncident avec la période que nous avons appelée créatrice, proliférante.

Chaque manifestation inflammatoire est séparée par des intervalles de longueur différente, mais chaque fois la langue conserve un volume plus considérable ; chaque fois elle prend une consistance plus grande, jusqu'à ce que la période de prolifération étant terminée, commence la période de rétraction.

Dans la glossite superficielle, cette dernière période existant *seule* est rare, car avant qu'elle ait eu le temps de se manifester, déjà depuis longtemps l'hyperplasie a gagné les parties profondes et on a sous les yeux la seconde forme ou dermo-parenchymateuse, qui n'est qu'une progression en profondeur de la première.

L'observation suivante démontre l'exactitude de ces faits :

Obs. Le nommé L. Dumas, 41 ans, menuisier, entre le 12 septembre 1816, salle Saint-Augustin, service de M. Duplay

A contracté un chancre en 1870, suivi deux mois après d'une affection ulcéreuse que le malade se rappelle avoir été qualifiée de rupia ; en 1871 et 1872, nouvelles manifestations ulcéreuses.

En 1874, il passe quelques semaines dans le service de M. Hilairet où il est soigné pour des ulcérations siégeant sur le voile du palais. L'année suivante, il entre atteint des mêmes lésions dans le service de M. Bernier.

Depuis 1874, ce malade a pris des quantités considérables de sirop de biodure de mercure.

En mai 1875, il aurait eu du côté de la langue des syphilides tuberculeuses bourgeonnantes. Tel est le diagnostic fait par M. E. Ory, qui soigna le malade dans le service de M. Hardy.

Ce malade est buveur et grand fumeur. Il nous fut donné de l'observer pour la première fois, à la fin de juin 1876. Il a souffert au mois de janvier, pendant trois semaines, d'une affection analogue à celle pour laquelle il vient consulter à l'hôpital.

La langue augmentée de volume en largeur, présente une coloration rouge intense, violacée, surtout à la pointe et sur les bords, où les dents laissent une empreinte très-manifeste.

La face dorsale seule de la langue est atteinte ; il existe un sillon médian profond s'étendant du V lingual à la pointe de la langue, au fond duquel se trouvent entassés de nombreux débris épithéliaux. La partie moyenne au lieu d'être lisse et dépolie est recouverte de papilles volumineuses, recouvertes par des cellules épithéliales, humides, blanchâtres.

De chaque côté du sillon médian, la muqueuse tuméfiée irrégulièrement présente des mamelons irréguliers séparés par des sillons peu profonds.

Traitement. — Gargarisme au chlorate de potasse. Sirop de Gibert.

Le 12 septembre, le malade entre à l'hôpital. Il porte à la main droite, dans le pli qui sépare l'annulaire du petit doigt une ulcération de nature spécifique.

Sous l'influence du traitement qu'il a suivi pendant deux mois, la langue a considérablement diminué de volume ; la surface est toujours irrégulière mais moins dure. Toutes ses fonctions s'accomplissent avec facilité.

Chez ce malade se trouvent réunis tous les symptômes que présente la glossite interstitielle au début, sauf les ulcérations qui presque toujours surviennent comme épiphénomènes. Il nous est aussi donné d'y constater la marche de la maladie, telle que nous la décrivons s'avancant par poussées inflammatoires successives.

Ulcérations. — Pendant cette première période comme dans la seconde, il existe des ulcérations de forme variable, résultant toutes de l'action mécanique ou irritante sur la muqueuse des agents extérieurs que nous avons signalés.

Ce ne sont que des complications, des épiphénomènes de la maladie. Elles n'ont aucun rapport avec les ulcérations profondes des gommès à bords irréguliers, déchiquetés à fond grisâtre et bourbillonneux. Elles sont complètement indépendantes de la syphilis.

Elles ne présentent sous deux formes différentes ; tantôt ce ne sont que de simples exulcérations superficielles présentant les dimensions d'une pièce de 20 à 50 centimes, à fond rouge, siégeant sur les bords de la langue, là où se fait l'empreinte des dents, ou développées à la surface des îlots, des lobules que nous avons décrits. Tantôt ce sont des fissures profondes de 0,005 à 0,006, quelquefois plus étendues, siégeant dans les sillons intermamelonnaires. Ces fissures sont d'autant plus rebelles que les liquides et les débris alimentaires qui restent accumulés dans leur profondeur sont une cause d'irritation permanente, qui entretient et aggrave la maladie. Elles sont aussi le siège de douleurs très-vives qui empêchent les malades de manger ; elles deviennent ainsi indirectement une cause manifeste de débilitation.

Rarement les bords de ces fissures se réunissent de manière à former une cicatrice linéaire. Le plus souvent ils se cicatrisent séparément et constituent des

sillons profonds taillés à pic que nous retrouverons dans la phase atrophique de la maladie.

Le cas suivant qu'il nous a été donné de voir sur un malade venu à la consultation de M. Hilairét, pendant le mois d'avril 1876, présentait ces différentes formes d'ulcérations :

Le nommé X... Théodore, âgé de 35 ans, a eu un chancre, il y a sept ans, suivi d'une roséole, de plaques muqueuses à la gorge qui ont persisté longtemps malgré un traitement mercuriel longtemps prolongé. Il n'a jamais pris d'iodure de potassium.

Le malade présente à la jambe droite deux cicatrices blanchâtres, irrégulières comme étoiles qui paraissent être consécutives à deux gommages ulcérées.

Il a commencé à souffrir de la langue il y a deux ans. Depuis cette époque, cet organe a été à quatre fois différentes le siège de poussées inflammatoires, faciles à reconnaître à la description qu'en donne le malade.

Etat actuel. — Langue est volumineuse, irrégulièrement mamelonnée, rouge sur les bords et à la pointe. Le bord droit est le siège d'une exulcération de forme ovale, très-rouge, saignant facilement, sans base indurée.

De nombreux sillons irrégulièrement disposés, divisent la face dorsale de la langue. Le sillon médian est ulcéré dans toute son étendue et contient des débris alimentaires. Sur le côté gauche de la langue, il existe quatre crevasses assez profondes à bords fortement déjetés en dehors, ressemblant beaucoup aux crevasses que le froid produit aux mains chez certains sujets pendant l'hiver.

Douleurs très-vives exagérées pendant les repas. Gêne dans les mouvements de la langue.

Traitement. — Gargarismes émollients avec eau de guimauve ; iodure de potassium.

Malgré nos recommandations, le malade n'est pas revenu et nous n'avons pu suivre la marche de son affection.

Glossite profonde ou dermo-parenchymateuse.

Si le malade atteint de glossite scléreuse superficielle ne suit pas un traitement régulier, s'il n'évite pas avec le plus grand soin toutes les causes qui peuvent irriter la muqueuse linguale, l'hyperplasie cellulaire s'étend bientôt aux parties profondes, passant du derme dans l'épaisseur des muscles qu'elle infiltre.

La glossite parenchymateuse, comme la superficielle, présente des poussées inflammatoires successives pendant lesquelles la langue prend un aspect différent de celui que nous avons précédemment décrit.

Au lieu d'augmenter de volume en largeur, d'être étalée, c'est surtout en hauteur qu'elle se développe. L'adhérence de la muqueuse au raphé médian devient aussi le point de départ d'un sillon antéro-postérieur très-profond, de chaque côté duquel s'élèvent comme deux monticules les parties latérales de la langue. Cet organe paraît en quelque sorte formé par deux cylindres adossés et réunis l'un à l'autre par une partie rétrécie. Leur surface n'est pas uniforme, elle est parcourue par des sillons profonds, très-nombreux, circonscrivant des mamelons volumineux.

Ces sillons sont des fissures ou des plis : la différence entre ces deux lésions est facile à saisir ; la fissure est creusée dans l'épaisseur des tissus qui se sont séparés à ce niveau. Si l'on cherche à écarter les bords de cette fissure, on ne fait qu'en exagérer les dimensions. Les plis, au contraire, sont superficiels, la moindre traction

opérée sur la langue les fait disparaître. On retrouve dans les deux formes le même aspect rouge violacé, lisse et dépapillé des bords et de la pointe, la même physiologie des papilles. Les fonctions de la langue s'accomplissent toutes plus difficilement.

Les ulcérations que nous avons décrites existent encore soit sous la forme de fissures, soit sous la forme d'exulcérations superficielles; seulement, les premières sont plus profondes, les secondes plus étendues en surface et toutes plus nombreuses.

La langue atteinte de glossite superficielle donne au doigt la sensation d'un corps mou recouvert par une carapace dure résistante, comme parcheminée; on sent que sous une lésion superficielle existent des éléments parfaitement normaux.

Dans la glossite dermo-parenchymateuse, le doigt ne perçoit plus cette sensation de fausse fluctuation; il ne sent plus qu'un corps dur d'une consistance semi-fibreuse qui ira toujours en augmentant, jusqu'à ce qu'arrivé à la dernière période, elle ait pris une consistance tout à fait ligneuse; il semble alors qu'on touche une langue de bois.

Je citerai comme un exemple de glossite profonde syphilitique, l'observation suivante prise dans le service de M. Besnier, par mon collègue et ami, M. Richaud :

Le nommé S. M..., âgé de 30 ans, papetier, entre le 8 mai 1875, salle Saint-Léon, n° 44.

Ce malade a eu, en 1860, un chancre induré à la verge. Peu après

il eut de la roséole, des plaques muqueuses à la gorge et surtout à l'anus, et enfin des croûtes dans les cheveux sans alopecie.

Il fut soigné, à cette époque là, à la salle Saint-Charles de l'hôpital Saint-Louis. Il ne peut donner que quelques renseignements bien vagues sur le traitement qu'il suivit et qui dura d'ailleurs fort peu de temps.

Depuis lors, il n'aurait pas eu d'accident syphilitique, jusqu'à l'apparition de sa glossite.

Ce malade fume; mais d'après ce qu'il raconte il ne fume pas avec excès; il ne fume jamais la pipe.

Il y a de cela un an environ, il vit survenir sur la face postérieure de la lèvre inférieure, deux végétations situées l'une à côté de l'autre, recouvertes par la muqueuse, ne suintant pas, et ne s'excoriant jamais. Depuis ces végétations ont persisté sans changement aucun.

Trois ans après, il s'aperçut que sa langue grossissait, devenait dure et le gênait pour manger et pour parler et cela avec des exacerbations douloureuses. Depuis la fin du mois de mars, le volume de la langue a encore augmenté, et, par suite, la gêne dans la mastication et la prononciation. Cette gêne d'ailleurs n'est pas très-marquée.

Un autre phénomène qui a attiré l'attention du malade, c'est le suivant: les acides lui occasionnent une légère douleur qui a son siège dans la langue; et si un jour il boit des liqueurs fortes, le lendemain il souffre, il y a des poussées inflammatoires.

Actuellement la langue est manifestement hypertrophiée, mais surtout en épaisseur; car l'hypertrophie en largeur et en longueur est presque nulle, si tant est qu'elle existe; l'empreinte des dents est peu marquée, sauf à droite où une molaire est tombée. A ce niveau, l'on voit une véritable excroissance linguale qui occupe une partie de l'espace occupé jadis par la dent.

La face inférieure de la langue ne présente rien de particulier. La face supérieure présente sur sa partie médiane un long sillon antéro-postérieur rectiligne qui, commençant en avant du V lingual, vient finir à la pointe de la langue. Ce sillon est très-profond et, entre ses deux lèvres, au fond même du sillon, on voit des papilles hypertrophiées disposées longitudinalement. Elles

sont surmontées d'un prolongement épithélial qui les masque, tout en augmentant de beaucoup leur volume.

Ce prolongement épithélial est macéré et tombe facilement quand on le gratte. Les papilles surmontées de cette saillie ont un peu d'analogie avec les papilles du lichen hypertrophié.

En dehors de ce grand sillon, on en voit plusieurs autres plus petits, moins larges, moins profonds ; ils vont en divers sens ; les uns viennent s'ouvrir transversalement dans le grand sillon, les autres sont longitudinaux et réunissent les extrémités des sillons transversaux ; d'autres sont obliques.

Ils sont bien plus nombreux sur la moitié gauche que sur la moitié droite de la langue. Sur cette dernière moitié, ils semblent simplement indiqués.

Les lobules volumineux ainsi délimités ne sont pas d'une coloration identique. Sur certains points, la coloration est normale ; sur d'autres, on voit une coloration blanche, mais cette coloration est diffuse, sans limite bien tracée ; elle se confond insensiblement avec la coloration normale.

Au doigt la langue donne une sensation de dureté exagérée.

Sur certains points, on voit des papilles hypertrophiées, mais plates à leur sommet, sans prolongement épithélial.

Outre ces diverses lésions, on en trouve une autre à noter : En effet, sur la face interne de la joue gauche, on voit une surface blanche analogue par sa couleur et son aspect aux plaques des fumeurs. Elle commence à la commissure labiale, sur une petite surface ridée qui très-probablement est une cicatrice, et de là se dirige transversalement sans bords bien limités, en arrière, jusqu'au niveau de la dernière molaire. Cette plaque blanche ne fait pas de saillie, elle n'est pas indurée.

On observe une autre plaque symétriquement placée, à droite, mais elle est bien plus limitée et bien moins nette que la précédente.

Le malade n'a fait aucun traitement jusqu'au jour où il est entré à l'hôpital.

Traitement. Iodure de potassium, 4 gr. par jour. Collutoire. Chlorate de potasse.

Dans cette observation, nous retrouvons les symptô-

mes de la glossite dermo-parenchymateuse, tels que nous les avons présentés, l'augmentation de volume, surtout en épaisseur, la profondeur des sillons, le volume des lobules qu'ils circonscrivent, la dureté profonde de la langue. Les autres symptômes sont les mêmes que ceux que nous avons décrits dans la glossite scléreuse superficielle, sauf la coloration nacrée, opaline, que présente la langue par places et la commissure droite des lèvres. Nous donnerons plus tard la cause et la nature de ces lésions.

Comment s'opère cette transition de la première à la seconde période? Il se passe, ici encore, les mêmes phénomènes que dans la cirrhose du foie, dans la néphrite interstitielle ou petit rein rouge contracté des auteurs anglais. A la suite des poussées inflammatoires que nous avons décrites, l'élément conjonctif cesse de proliférer, il n'y a plus d'hyperplasie. Le nouveau tissu produit a grandi, est arrivé à l'état de parfait développement et au lieu de prendre une voie régressive, au lieu de périr comme les éléments de la gomme, c'est lui qui détruit les éléments anatomiques qu'il enveloppe en les étreignant dans ses fibres. C'est un véritable tissu fibreux, tissu de cicatrice qui, par sa tendance à la rétraction, *ratatine* ainsi la langue.

Dans cette période de transition à côté des mamelons saillants volumineux, on voit des îlots blanchâtres, étoilés, déjà durs, résistants, déprimés. Les premiers correspondent à des éléments conjonctifs encore en activité ou arrivés à l'état stationnaire, les autres aux mêmes éléments, mais plus âgés, ayant déjà commencé

à se rétracter. Que la maladie vieillisse encore et arrivera la période ultime, la phase atrophique.

L'aspect de la langue à cette dernière période est pathognomonique. Elle a considérablement diminué de volume, elle est *atrophiée*. Elle a perdu entièrement sa coloration rouge pour prendre celle du tissu fibreux; elle est lisse, unie, polie, blanche, quelquefois un peu rosée à la pointe et sur les bords où l'empreinte des dents cesse de se produire.

A la base et à la partie moyenne de la face dorsale, il existe des fissures profondes quelquefois ulcérées, à bords nets, droits, circonscrivant non plus des mamelons irréguliers mais des *îlots nettement découpés*.

L'élément musculaire, fortement étreint par ce tissu fibreux, ne peut se contracter librement, par suite, toutes les fonctions de la langue s'accomplissent avec difficulté.

Un fait véritablement étonnant, c'est qu'avec des lésions anatomiques aussi profondes, on ne trouve pas de plus grande modification du sens du goût. Le malade perçoit encore les saveurs, parce que la partie de la langue située en avant du V lingual est seule atteinte. Toutes les papilles situées en arrière de ce point sont intactes et remplissent par conséquent leur fonction. Le malade ne s'aperçoit pas d'une diminution légère, parce que la durée de la maladie et la lenteur de sa marche ne lui permettent pas de comparer facilement les sensations actuelles avec celles d'autrefois.

L'observation suivante que nous avons pu suivre pendant longtemps dans le service de M. Duplay est un

type de glossite scléreuse dermo-parenchymateuse arrivée à sa période atrophique.

La nommée X... (Marie), entrée à l'hôpital Saint-Louis, le 15 juin 1876, salle Sainte-Marthe (service de M. Duplay).

A eu un chancre il y a 25 ans, suivi d'une roséole, de plaque muqueuse dans la gorge. La malade ayant suivi un traitement régulier n'a présenté aucune manifestation jusqu'en 1868.

A cette époque, la maladie que l'on pouvait avoir supposé disparue depuis longtemps, existait cependant à l'état de germe, ne demandant qu'une cause pour se montrer sur un point de l'organisme. Cette cause nous ne pouvons la préciser dans ce cas.

De 1868 jusqu'en 1872, deux ou trois fois par an, la malade dit avoir vu sa langue se tuméfier, rougir, devenir douloureuse pendant quelques semaines. Son médecin ne sachant pas relier l'effet à la cause, ne reconnaissant pas là l'effet de la diathèse syphilitique ne lui prescrivait qu'un traitement local (Gargarismes chlorate de potasse).

A partir de 1872, la langue s'est enflammée de plus en plus rarement jusqu'à l'époque actuelle où elle est arrivée à la dernière période, c'est-à-dire à un état de sclérose complète.

Diminuée de volume, elle présente un état lisse, luisant, uni sur ses bords et dans son tiers antérieur. En avant du V lingual, même aspect brillant, mais au lieu d'être unie, elle est divisée en véritables lobules séparés par des fissures d'un centimètre. La consistance de la langue est fibreuse, ligneuse, elle donne au doigt la même sensation qu'une langue de bois, les fonctions sont gênées ; le goût est légèrement modifié.

Il est évident que tout traitement devient inutile, lorsque la malade en est arrivée à ce degré. — Telle est la symptomatologie, telle est la marche de la glossite syphilitique.

A côté de cette forme typique, il en existe une seconde résultant des modifications que fait subir à la muqueuse linguale, à son épithélium en particulier, l'abus du tabac. Cette deuxième forme n'est qu'une association, chez le même sujet, des symptômes de la glos-

site syphilitique et de la glossite des fumeurs dont les symptômes se modifient mutuellement.

Les trois observations suivantes en sont des exemples que nous devons à l'obligeance de M. Vidal, qui a bien voulu nous les communiquer.

Le nommé P... (Léon), âgé de 39 ans, peintre en bâtiment, entre le 9 janvier 1875, salle Saint-Louis, n° 48.

Ce malade, grand fumeur, a contracté un chancre il y a 12 ans, suivi six semaines après d'une roséole confluente. Pendant deux ans, il a eu presque tout le temps des plaques muqueuses à la gorge, malgré un traitement mercuriel régulier à la suite duquel est survenue une stomatite intense.

Depuis deux ans, il s'est aperçu qu'à la partie postérieure de la lèvre inférieure, il existe un bourrelet assez saillant d'un aspect blanc, nacré, que la muqueuse buccale présente le même aspect, mais fendillé à la partie externe des commissures.

Depuis deux ans sa langue présente une coloration blanchâtre par places, mais il y a un an seulement qu'elle a augmenté de volume, qu'elle est devenue douloureuse présentant des alternatives de bien et de mal.

Lorsque le malade entre dans le service de M. Vidal, la langue présentait à la partie moyenne de sa face dorsale des nodosités, des mamelons séparés par des sillons de 2 à 3 millimètres de profondeur, ces saillies présentaient une coloration porcelainée, blanchâtre comme si elles avaient été récemment cautérisées au nitrate d'argent.

Tout autour de cette partie irrégulièrement bosselée, c'est-à-dire sur les bords et la pointe, la langue n'est pas fissurée, mais elle garde l'empreinte des dents, en même temps que sur un fond rouge vineux sont dessinés des îlots d'épithélium nacrés qui donnent un aspect parqueté à cette partie de la langue.

La langue augmentée de volume dans son entier remplit toute la cavité buccale et gêne le malade pendant la déglutition, la mastication et la phonation.

Les aliments épicés, les boissons procurent de vives douleurs.

Traitement. — Bains sulfureux, iodure de potassium.

La lèvre inférieure et les commissures présentent toujours cet aspect noir décrit plus haut.

Le 26 janvier, la rougeur est moins intense, les saillies moins considérables, les sillons moins profonds. La gêne est moins considérable, mais l'aspect porcelainé est toujours le même.

14 février. L'épithélium moins consistant présente une coloration plus rosée.

1^{er} mars. Le malade sort beaucoup amélioré.

OBSERVATION II. — Le nommé F. Auguste, 39 ans, plombier, entré à l'hôpital Saint-Louis, le 2 janvier 1875, salle Saint-Louis (service de M. Vidal).

Dit avoir été soigné à l'hôpital du Midi en 1861, pour deux chancres, l'un à la verge, l'autre au pubis qui a laissé une cicatrice déprimée, un peu réticulée. Il a pris plus de 200 pilules. Plaques muqueuses consécutives. Jamais d'éruption sur le corps.

Depuis sa sortie du Midi, il a toujours eu mal à la langue et aux lèvres. Il a toujours fumé la pipe; c'est l'extrémité de la langue qui a été prise la première, il y a six ans.

Depuis quatre ans, les fissures de la langue ont commencé.

Etat actuel. La langue est sillonnée de fissures nombreuses profondes de 1, 2, 3 millimètres, très-étroites, quelques-unes un peu plus larges circonscrivent des îlots blanchâtres comme recouverts d'un enduit opalin dont l'épaisseur varie selon les points.

Pas d'ulcération, quelquefois un peu de sang au fond des sillons.

Aspect blanchâtre, porcelainique de la face interne des commissures labiales, de la lèvre inférieure, de la face interne des joues.

Depuis deux ans, il ne peut manger de substances épicées, ni boire de l'alcool sans éprouver des picotements très-pénibles. Douleurs toujours au commencement des repas.

Application d'acide chromique sur la langue. Santé généralement bonne.

15 janvier. La profondeur des sillons a diminué, la langue est moins épaisse; les points blanchâtres moins saillants.

Sur le dos, il y a des macules du volume d'un pois, de couleur jambon.

On continue l'acide chromique. Le malade se lave trois fois par jour avec :

Eau distillée menthe. . .	25 gr.
Glycérine.	15 gr.
Acide tartrique. . . , .	10 gr.

23 janvier. Les fissures semblent de nouveau avoir un peu augmenté, surtout sur la ligne médiane qui est tapissée de petites élevures grisâtres peu saillantes.

Des deux côtés de ce sillon, il existe des saillies arrondies séparées par des sillons obliques, moins profonds et formant bourrelets.

Du côté droit, les bourrelets sont recouverts d'un enduit porcelainique. Plus en dehors et du côté gauche au contraire la surface est un peu rugueuse et hérissée de petites papilles rosées. La langue n'a pas augmenté d'épaisseur dans son entier. Sur ses bords, on voit alternativement des saillies arrondies et des dépressions peu profondes correspondant aux dents.

Pas de gonflement des ganglions. Rien à la gorge. Pas de pléiade ganglionnaire inguinale.

2 février. Nouvelle cautérisation avec l'acide chromique. Le volume de la langue a un peu diminué.

Du 3 au 18 février. Pneumonie.

29 février. L'aspect porcelainé ne se montre plus que sur des surfaces peu considérables. Les sillons et les papilles sont beaucoup moins apparents.

26 février. La langue continue à aller mieux, presque plus de saillies des papilles.

1^{er} mars. Nouvelle cautérisation à l'acide chromique. Depuis deux ou trois jours l'aspect porcelainé reparait par places de même que la saillie des papilles.

15 mars. On recommence les badigeonnages avec le collutoire à l'acide tartrique. L'aspect blanchâtre diminue. Cautérisation tous les 4 jours avec l'acide chromique.

25 mars. On découvre à la partie moyenne de la langue un peu à droite de la ligne médiane une ulcération peu profonde, mais assez large.

1^{er} avril. L'ulcération diminue ; le malade sort le 10 avril et revient se faire cautériser à l'acide chromique.

OBSERVATION III. — Le nommé D., 46 ans, domestique, entre à l'hôpital St-Louis, le 8 janvier 1875, salle Saint-Louis (service de M. Vidal).

Pas de rhumatismes. Il y a 20 ans, ce malade a eu un chancre suivi d'une roséole. Dix ans plus tard, il lui est survenu au flanc droit des ulcérations recouvertes de grosses croûtes noirâtres. Ces ulcérations ont laissé des cicatrices blanches et lisses.

Il fume beaucoup avec un brûle-gueule.

La maladie pour laquelle il entre à l'hôpital a débuté il y a un an par un petit bouton situé à la pointe de la langue.

Etat actuel. Langue très-volumineuse, dure au toucher dans toute son étendue, recouverte de petites plaques blanches, presque transparentes, très-peu épaisses, ayant un aspect laiteux.

Toute sa face supérieure est le siège de fissures multiples profondes de 3 ou 4 millimètres qui s'entrecroisent en tous sens, et donnent à la langue un aspect irrégulièrement lobulé. Les sillons qui séparent ces lobules ont des directions très-diverses.

La face postérieure des joues présente des érosions disposées en larges plaques d'un aspect opalin.

L'augmentation de volume de la langue est telle que ses fonctions sont très-gênées. Le malade ne peut manger le pain qu'après l'avoir préalablement trempé dans l'eau. Difficulté pour la phonation.

Eczéma du cuir chevelu. Plaques d'eczéma au niveau de l'éminence thénar, à l'avant-bras gauche.

Toutes ces surfaces eczémateuses sont recouvertes de croûtes épaisses, jaunâtres.

Traitement. Sirop de quinquina biioduré. Chlorate de potasse. Poudre dentifrice.

18 janvier. Amélioration. Le malade parle plus facilement. Le volume de la langue considérablement diminué. L'aspect lobulé persiste avec une coloration moins prononcée.

Continuation du même traitement.

Dans ces trois observations, la tuméfaction de la langue, la lobulation de sa face dorsale, l'induration su-

perficielle ou totale existent exactement comme dans les formes précédemment décrites; c'est là l'œuvre de la syphilis.

L'action de l'abus du tabac ne modifie que l'aspect extérieur de la muqueuse qui présente des plaques blanches, opalines, laiteuses, nacrées, porcelainées, disposées irrégulièrement sur les bords, à la pointe de la langue, à la surface des mamelons.

Lorsque la langue est le siège d'une des poussées inflammatoires que nous avons décrites antérieurement, ces plaques se détachent nettement sur le fond rouge de la muqueuse qui paraît comme fraîchement cautérisée par le nitrate d'argent.

Lorsque la couche épithéliale est très-épaisse, dure, résistante, elle se rompt, se fendille comme un tissu inextensible, comme une couche de collodion; elle donne alors aux parties qu'elle recouvre un aspect parqueté.

Souvent cet épithélium, sous l'influence d'agents extérieurs, tombe, laissant à nu le derme de la muqueuse. Les ulcérations ainsi produites sont superficielles, irrégulières dans leur forme, à fond rouge et comme toutes les ulcérations de la langue, très-dououreuses.

Dans cette forme, on voit toujours à la face interne des commissures des lèvres, des plaques opalines, nacrées, fendillées, fréquemment ulcérées, entièrement semblables aux plaques opalines de la langue; nous n'avons jamais rencontré ces lésions dans la glossite

scléreuse syphilitique, dans laquelle l'abus du tabac n'avait pas joué un rôle important.

Pronostic. — Bien que cette lésion ne compromette jamais la vie des malades, elle n'en constitue pas moins une affection des plus sérieuses, des plus tenaces, des plus rebelles. Malgré le traitement le mieux suivi, l'hygiène de la bouche la plus régulière, trop souvent on ne peut empêcher l'hyperplasie cellulaire de s'infiltrer dans l'épaisseur de l'organe au début, de parcourir plus tard son évolution naturelle et d'être ainsi le point de départ de souffrances fréquentes pour le malade, jusqu'à ce qu'arrivée à la dernière période elle modifie sérieusement les fonctions de la langue.

Si, pendant la première phase de la glossite scléreuse syphilitique, on est assez heureux quelquefois pour arrêter les progrès de la lésion ; toute médication devient impuissante lorsque la langue atrophiée a subi cette transformation fibroïde qui constitue la dernière période.

DIAGNOSTIC.

Avant de commencer le diagnostic de la glossite scléreuse syphilitique, nous chercherons à établir d'une manière nette et précise ce qu'on doit entendre par *psoriasis lingual*, affection décrite en France par Bazin, puis par Debove sous ce nom ; appelé en Angleterre par Samuël Plumbe ichthyose de la langue.

Le psoriasis lingual est une glossite dermo-superficielle que nous appellerons, par opposition à la glossite scléreuse syphilitique, *Glossite scléreuse psoriasiforme*.

Cette affection à marche chronique siège aussi à la face dorsale de la langue. Elle est caractérisée et par une hyperplasie inflammatoire de l'épithélium qui, blanc, nacré, porcelainé, opalin par places, se fendille et présente alors de nombreuses déchirures linéaires peu profondes qui donnent à la face dorsale de la langue un aspect parqueté.

Cette prolifération épithéliale est suivie d'une inflammation interstitielle du chorion, d'où résulte une consistance comme parcheminée de la muqueuse.

Cette glossite scléreuse psoriasiforme comprend deux variétés :

1° La glossite des fumeurs ;

2° Une glossite chronique survenant sur des sujets arthritiques sous l'influence d'agents extérieurs susceptibles d'irriter la muqueuse linguale d'une manière lente et continue.

Ces deux formes sont identiques quant à leurs manifestations cliniques. C'est la même maladie ayant dans les deux cas une cause différente. Il se passe encore là le même fait que dans la sclérose hépatique, qui est toujours identique à elle-même quant à ses lésions anatomiques et leurs conséquences, qu'elle tienne à l'alcoolisme, le miasme paludéen ou la syphilis.

Ces deux formes ont la même symptomatologie; pour le prouver, nous citerons en les comparant deux observations publiées dans la thèse du D^r Saison, provenant toutes deux du service de M. Lailler : La première donnée comme type de plaques des fumeurs ou glossite

des fumeurs ; la seconde, comme une description fidèle du psoriasis lingual.

Observation publiée dans la thèse de M. Saison, prise dans le service de M. Lailler. — Glossite des fumeurs.

G. Gilbert, cocher, âgé de 61 ans, n'a jamais été malade. Gourmes dans son enfance ; à 29 ans, blennorrhagie avec orchite double. Depuis l'âge de 49 ans, blépharite ciliaire et conjonctivite chronique persistant encore aujourd'hui.

Il a toujours fait des excès de boissons. *Il fumait continuellement des cigares de 5 centimes* plus de dix par jour. Voilà plus de deux mois qu'il a cessé de fumer.

Jamais il n'a eu d'écorchure à la verge, ni d'accidents syphilitiques *secondaires appréciables*.

Il y a un an, il a déjà eu mal à la bouche ; avec quelques gargarismes et en s'abstenant de fumer, il a été promptement guéri. Mais depuis plus de trois mois, il souffre de la bouche et ce n'est qu'un mois après le début de l'affection qu'il a cessé de fumer.

Aujourd'hui (7 juin 1869) le malade porte sur les deux lèvres, à la partie antérieure de la langue, au plancher de la bouche, à la partie interne des joues, au niveau des commissures et à la moitié antérieure de la voûte palatine, une éruption caractérisée par une *production épithéliale épaisse formant une membrane blanchâtre, dure, cornée dans quelques points, fendillée*.

Dans d'autres, cette membrane détachée montre au dessous d'elle, une surface muqueuse lisse et d'un rouge livide. *Dans les points dépouillés de la couche épithéliale, il y a quelques ulcérations* ; On en voit une à la lèvre inférieure, deux à la face dorsale de la langue et une à son côté gauche. Ces ulcérations sont très-sensibles au moindre attouchement.

La face dorsale de la langue présente en outre une *saillie épithéliale arrondie et blanchâtre, très-dure au toucher*. Pas d'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire.

Cette affection de la langue est très-douloureuse et gêne beaucoup le malade dans la mastication. Le contact des substances les moins irritantes est très-pénible. *Salivation abondante*.

Depuis deux mois le malade est traité par le Dr Mouro au moyen

de gargarismes et de cautérisations sans obtenir d'amélioration. En outre, le malade a des démangeaisons très-vives aux bourses. On y voit des traces d'un grattage énergique.

Traitement.— Gargarismes avec borax porté de 2 à 8 grammes en 15 jours.

On fait ensuite des pulvérisations sans résultat.

26 juin. Les plaques épidermiques sont moins épaisses. Les ulcérations sont cicatrisées depuis longtemps, les douleurs sont moins vives, la salivation toujours abondante.

Le malade sort sur sa demande le 30.

Observation publiée dans la thèse de M. Saison, intitulée Psoriasis lingual, provenant aussi du service de M. Lailler.

Laluque, 69 ans, cordonnier, faubourg Saint-Antoine. Entré le 19 mars 1869, sorti le 11 mai 1869. Etat stationnaire.

Constitution moyenne. Tempérament lymphatique. Ce malade est bien conservé et présente tous les attributs de la santé.

Il n'a pas eu de gourme, d'ophtalmies, d'otorrhées, de glandes au cou dans son enfance. Il a fait la campagne de France en 1814; depuis ce temps, il est sujet à des douleurs articulaires à marche subaiguë dans les grandes articulations. Lumbagos; pas de torticolis. Pas d'angine. Appétit conservé, digestion lente, constipation; hémorroïdes qui ne donnent plus de sang actuellement.

Une blennorrhagie à l'âge de 18 ans. *Pas de syphilis*. Nourriture très-insuffisante; pas d'habitudes alcooliques, fume environ pour 0 fr. 05 de tabac par jour, ne chique pas, la pipe présente un tuyau assez long.

La maladie actuelle a commencé il y a environ trois mois. Le malade l'attribue à l'état fonctionnel du tube digestif, qui est le siège d'une constipation habituelle et opiniâtre.

Elle s'est d'abord montrée *sur la face supérieure de la langue par des points ayant une apparence blanchâtre*. Jamais il n'y a eu de boutons. Depuis cette époque, la maladie a toujours été en progressant.

Etat actuel. — La face supérieure de la langue dans ses deux tiers antérieurs, c'est-à-dire la portion de l'organe qui située en avant du V lingual, *présente un aspect opalin blanchâtre*, lequel n'offre pas une disposition que l'on puisse rapporter à la disposi-

tion circinée ou nummulaire. Les points d'apparence blanchâtres ont une épaisseur variable.

Sur certaines portions, elle est d'un blanc resplendissant, nacré, dans les points surtout où la muqueuse présente des élevures papuleuses de la grosseur d'un grain de millet, mais d'une superficie un peu plus grande. Ces élevures sont appréciables avec le doigt; elles donnent la sensation que l'on éprouve en passant la main sur une portion de peau atteinte de lichen.

Au niveau de ces parties blanchâtres, on observe des enfoncements, des sillons transversaux et antéro-postérieurs. Enfin entre les points où la muqueuse offre cette teinte opaline, il y a des endroits où elle paraît presque saine. Signalons une petite *ulcération allongée* superficielle qui se trouve à la base de l'organe.

L'apparence opaline existe également à la pointe de la langue et un peu vers les bords latéraux, mais elle ne se propage pas sur la face inférieure et sur le plancher buccal.

On retrouve encore quelques lamelles blanchâtres à la face interne des commissures et des joues. Rien aux gencives ni à l'isthme du gosier.

Au toucher, on ne trouve pas d'induration profonde dans le tissu lingual. La nuit, il a une sécheresse très-accusée de la cavité buccale. Pas de démangeaisons. Douleurs provoquées par les aliments chauds et non par les aliments froids. La sensation gustative paraît intacte. *Salivation abondante*, surtout après le repas. — Sommeil très-bon, appétit conservé.

Pas de ganglions occipitaux, sous-maxillaires ou parotidiens, d'alopécie, pas d'angine, pas de maux de tête; pas d'autre éruption sur le corps que des furoncles.

Au scrotum, démangeaisons très-vives depuis trois semaines, mais sans éruption. Induration à la face interne des cuisses de chaque côté (cordonnier).

Traitement. — 10 grammes de bicarbonate de soude pour un litre d'eau. Pulvérisation matin et soir. Tisane de séné. Mâcher de la racine de rhubarbe.

Jusqu'au 24 avril, l'état reste à peu près stationnaire, pourtant les points saillants, les élevures semblent s'affaïsser un peu et surtout perdre de leur dureté.

Cautérisation de la langue au nitrate d'argent.

1^{er} mai. Comme caractère extérieur, la maladie n'a guère changé d'aspect, mais la maladie indique surtout des modifications favorables au point de vue des douleurs qu'il éprouvait presque constamment. Elles ont disparu. La mastication s'opère facilement, la soif est normale.

Le malade quitte l'hôpital sur sa demande. Très-légère amélioration dans l'éruption. L'épaisseur du produit épithélial est moindre ; les saillies, qui avaient une dureté fibreuse, se sont affaissées en partie. Plus de douleurs. Santé générale bonne.

Depuis, ce malade est revenu à la consultation de M. Lailler, et, en février 1869, on moula sa langue. On n'en a plus eu de nouvelles.

Si nous comparons ces deux observations, nous voyons, chez les deux malades, *les lésions siéger en avant du V lingual, à la face dorsale seulement*; dans la première, on voit une production épithéliale épaisse, formant *une membrane blanchâtre, dure, cornée, dans quelques points fendillée*. Dans la seconde, l'épithélium présente un aspect *opalin blanchâtre*. Sur certains points, il a une apparence *nacrée d'un blanc resplendissant*.

Dans les deux cas, les aliments produisent de la douleur, la salivation est abondante ; et il existe des ulcérations sur la langue et des lésions analogues sur d'autres parties de la muqueuse buccale : les commissures en particulier. Ni chez l'une, ni chez l'autre, il n'y a d'adénopathie sous-maxillaire.

La ressemblance entre les phénomènes qu'ont présentés ces deux malades est telle, qu'on est forcé de conclure à l'identité de l'affection dont ils étaient atteints.

On arrive également à cette conclusion, lorsque l'on compare les psoriasis lingual tel que le décrivent

MM. Bazin et Lailler à ce que Buzenet décrit sous le nom de plaques des fumeurs. D'ailleurs, Debonc comprend sous le titre de psoriasis lingual et la glossite des fumeurs et la glossite que des agents excitants peuvent occasionner chez des arthritiques.

La marche est également la même : quelquefois elles guérissent; quelquefois elles restent stationnaires et trop souvent, hélas! elles se terminent par épithélioma.

Ce que nous cherchons à établir, ce n'est pas que l'affection appelée jusqu'ici psoriasis lingual peut se terminer par épithélioma. MM. Verneuil, Hardy, Dolbeau, Trélat, Bazin, Lallier, Hilairet, Panas, Terrier, Nicaise, ont tous constaté cette terminaison funeste. En Angleterre, Fairlie Clarke en cite aussi plusieurs exemples dans son ouvrage intitulé : *Diseases of the Tongue* (1).

Ce que nous voulons établir, c'est que l'on observe cette dégénérescence épithéliomateuse dans la glossite des fumeurs, comme dans la glossite chronique des arthritiques. Les deux observations suivantes confirment le fait que nous avançons.

M. Trélat dans une note lue le 8 décembre 1875, à la Société de chirurgie, sur les rapports qui existent entre le psoriasis et l'épithélioma de la langue, cite l'observation d'un officier supérieur approchant de la soixantaine, grand fumeur de cigarettes, grand et bien constitué, qui fut atteint de psoriasis lingual. C'était la glossite des fumeurs. Chez le malade, l'affection se ter-

(1) Loc. cit.

Hugonneau.

mina au bout de quelques mois par un épithélioma qui fut opéré et dont l'examen hystologique fait par MM. Coyne et Cornil, donna le résultat suivant :

On fait des coupes perpendiculaires à la surface libre et comprenant toute l'étendue de la pièce et on constate sur ces coupes, allant de la superficie à la profondeur, les particularités suivantes :

1^o Revêtement épidermique. Ce revêtement est lisse, uni sur son bord libre, il ne reproduit pas les saillies et les dépressions alternatives des papilles, comme il le fait d'habitude; il est très-épais dans le voisinage de la partie centrale de la lésion, et cet épaissement porte sur ces deux couches secondaires, couche cornée et couche muqueuse.

La couche cornée se brise en plusieurs lamelles superposées, elle est très-friable et atteint son maximum d'épaisseur vers le milieu du bord libre de la préparation. La formation cornée s'enfonce profondément sous la forme de larges boyaux épithéliaux.

La couche muqueuse a subi une augmentation de volume corrélative, elle a donné naissance à de très-longs et très-larges boyaux qui pénétrant entre les papilles de la muqueuse, les ont écartées les unes des autres.

La couche papillaire est modifiée dans son épaisseur, les papilles centrales sont allongées et effilées, leur tissu est embryonnaire et infiltré d'éléments arrondis. Cet envahissement se propage assez loin et s'étend entre les faisceaux musculaires les plus voisins.

La couche musculaire paraît saine dans la profon-

deur au niveau des points où a porté l'action de l'anse coupante. Malgré l'absence de globes épithéliaux, M. Coyne conclut à un épithélioma à son début.

Glossite chronique psoriasiforme chez un arthritique, terminée par un épithélioma avec examen histologique.

Le nommé Defaut, âgé de 54 ans, roulier, entre le 18 mai dans le service de M. Vidal. Salle Saint-Jean, n° 25.

Le malade nie tout antécédent syphilitique. — Blennorrhagie à l'âge de 25 ans, il porte sur la face antéro-externe de la jambe gauche une cicatrice assez grande, lisse, mince, présentant sur quelques points des dépôts pigmentaires d'un brun jaunâtre, consécutifs à un abcès suivi d'ulcérations multiples qui persistèrent pendant 8 mois. Traité par des cataplasmes de fécule, il ne prit aucun traitement interne; c'est la seule lésion cutanée qu'il présente.

De tout temps il a été sujet à des douleurs musculaires intenses et fréquentes, hémorroïdaire il est généralement constipé et présente aux jambes, particulièrement à la jambe gauche, des varices.

Il fume peu, boit de l'eau-de-vie et se nourrit de mets épicés.

L'affection de la langue remonte à 15 ans; depuis cette époque il a toujours eu un aspect blanchâtre de cette muqueuse qui, très-irritable, est le point de départ de douleurs assez vives, lorsque le malade fait des excès.

Etat actuel. — Apparence d'une forte constitution. La face est hâlée. Sur les joues, en particulier sur la joue gauche, il y a des plaques non pigmentées, pouvant faire croire au premier abord à l'existence de cicatrices.

La langue a son volume normal; à la pointe et dans sa partie latérale gauche antérieure, elle est recouverte comme par une carapace blanchâtre, irrégulière dans son épaisseur, mais fendillée en arrière de cette partie; et, toujours à gauche, il existe un îlot se présentant sous la forme d'un mamelon irrégulier, dépassant de 0^m.005 à 0^m.006, le niveau des autres parties de la langue, recouverte aussi par un épithélium opalin; cette partie est légèrement indurée. Sur le côté droit de la langue, on voit deux ulcéra-

tions : l'une postérieure qui est plutôt comme une exulcération ; l'autre antérieure plus large et plus profonde. Toutes deux sont superficielles étendues surtout en surface, rouges, saignant facilement, reposant sur une base indurée.

La langue n'est malade que dans sa moitié antérieure.

La base ne présente pas d'ulcérations de même nature que les précédentes.

Douleurs lancinantes, vives dans l'oreille du côté droit.

Rien sur les piliers, sur le voile et sur le pharynx.

Actuellement les ganglions sous-maxillaires et cervicaux ne sont pas engorgés ; depuis un an, ils l'auraient été plusieurs fois.

Traitement. — 2 pilules Dupuytren.

27 mai. Sous l'influence du traitement mercuriel, l'affection paraît s'être aggravée. Les douleurs de l'oreille sont plus fréquentes et plus vives. Les deux ulcérations du côté droit de la face supérieure de la langue sont réunies en une seule plus profonde reposant sur une base profondément indurée.

Dans le courant du mois de juin, le malade passe du service de M. Vidal chez M. Duplay qui procède à l'ablation de la partie antérieure de la moitié latérale droite de la langue avec le thermocautère de M. Paquelin.

Malgré les soins minutieux avec lesquels l'opération fut faite, il fut impossible d'arriver jusqu'à la racine du mal, vu l'infiltration profonde intra-musculaire de l'élément épithélial.

Il y eut récurrence sur place suivie d'une ablation du tiers antérieur de la langue, opération faite par M. Nicaise.

Nouvelle récurrence sur place accompagnée d'une tuméfaction très-douloureuse des ganglions sous-maxillaires du côté droit.

L'examen histologique de la partie enlevée par M. Duplay a été fait avec le plus grand soin par M. Dejerine : nous avons constaté sur des coupes successives faites au niveau de l'épithélioma :

1° Que toute la surface ulcérée était exclusivement composée de cellules épithéliales ;

2° Que ces cellules étaient sur différents points réunies sous forme de cylindre ;

3° Sur une des coupes, nous avons vu l'existence d'une manière très-nette d'un globe épithélial formé de cellules imbriquées entourant des cellules plus volumineuses placées au centre. Sur cette

même coupe on suivait l'infiltration cellulaire jusque dans l'épaisseur des muscles dont elle dissociait les fibres.

Au niveau du papillome, la prolifération épithéliale très abondante comprimait fortement les papilles qui paraissaient effilées par la pression que leur faisait subir cette abondante hyperplasie cellulaire.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. On peut y voir, en premier lieu, la maladie à toutes ses phases; à gauche et en avant, la glossite psoriasiforme avec l'induration du derme et l'épaississement de l'épithélium, qui a pris un aspect nacré; en arrière et à gauche, la maladie a fait un pas de plus; la prolifération est plus abondante, plus profonde et constitue une saillie, une véritable petite tumeur, c'est un papillome que nous pouvons considérer comme une période intermédiaire; enfin, sur la partie droite, elle est arrivée à sa dernière phase, à l'ulcération, à l'épithélioma.

Ce fait est d'autant plus important, que l'examen histologique est venu corroborer le diagnostic clinique.

L'observation de M. Trélat a présenté la même marche, la même terminaison. Dans les deux cas, il a fallu avoir recours à l'intervention chirurgicale, et l'examen microscopique des pièces a démontré leur identité et leur nature épithéliomateuse.

Que conclure de la comparaison de ces deux maladies? c'est qu'ils étaient atteints de la même maladie, survenue chez le premier sujet à la suite de l'abus du tabac, provoquée chez le second, qui paraît arthritique, par l'abus de mets épicés et du jus du tabac (il chiquait).

Nous venons de démontrer que les glossites des fu-

meurs et des arthritiques ont la même symptomatologie, la même marche, la même terminaison ; nous concluons donc à leur identité, et nous passons au diagnostic de la glossite scléreuse syphilitique avec la glossite scléreuse psoriasiforme.

Ce diagnostic est très-important à établir de très-bonne heure. En effet, la plupart des auteurs qui ont vu beaucoup de glossites scléreuses psoriasiformes, font remarquer avec raison l'effet pernicieux du traitement mercuriel dans cette affection de la muqueuse linguale ; presque toujours, pour ne pas dire toujours, l'usage du mercure précipite la marche de la maladie et facilite peut-être la terminaison par épithélioma ; enfin, lorsque l'épithélioma existe déjà, il donne aussi un coup de fouet à la prolifération épithéliale, qui gagne en surface et en profondeur, en infiltrant les muscles, comme il nous a été donné de le constater dans l'*observation précédente*.

Lorsque la glossite scléreuse psoriasiforme débute d'une manière subaiguë, la muqueuse est le siège d'un simple érythème ; elle est plus rouge qu'à l'état normal, sensible, dépolie, uniforme.

Le plus souvent elle survient silencieusement, n'occasionne aucune gêne ; les malades ne s'en aperçoivent que lorsque la lésion est arrivée à sa période d'état. La langue est alors aplatie, légèrement concave à sa face supérieure, de volume normal ou un peu rétracté ; elle est recouverte d'un enduit épithélial, blanc, porcelainé, nacré, fendillé, irrégulièrement disposé, plus épais par

places, manquant entièrement sur certains points, où il laisse à nu le derme muqueux.

Elle ne présente ni la tuméfaction, ni l'aspect mamelonné, ni la coloration rouge violacée de la glossite scléreuse syphilitique à sa première période, ni les fissures à bords nets circonscrivant des îlots nettement découpés que nous rencontrons dans la période atrophique.

La glossite scléreuse psoriasiforme n'a de commun avec cette dernière phase que le volume de la langue; mais dans la première, la langue est nacrée, fendillée, aplatie; dans la seconde, elle est profondément fissurée, atrophiée dans tous ses diamètres, par conséquent moins large et plus pointue.

L'une se termine par atrophie, l'autre, trop souvent, par épithélioma. Dans l'une, il n'y a jamais d'adénopathie, dans l'autre, c'est une manifestation fréquente et de mauvais augure; c'est un signe de pronostic fâcheux, car lorsque cette adénopathie survient, la dégénérescence épithéliomateuse commence, si elle ne s'est déjà produite.

On ne peut enfin la confondre avec la forme mixte que nous avons décrite dans la symptomatologie: elle présente en moins les mamelons, les fissures, les crevasses et l'augmentation de volume, c'est-à-dire l'œuvre de la syphilis.

Si l'épithélioma existe, le diagnostic devient encore plus facile; l'ulcération qui en résulte n'a aucun rapport avec les ulcérations fissurées, même avec les exulcérations que nous avons décrites dans la glossite scléreuse

syphilitique. Outre l'absence d'antécédents syphilitiques, nous voyons l'ulcération entourée de plaques na-crées caractéristiques. Cette ulcération, à fond rouge granuleux, framboisé, repose sur une base profondément indurée; elle saigne facilement, le malade éprouve deux sortes de douleurs, les unes purement locales, vives, lancinantes, spontanées, les autres irradiées dans l'oreille du côté correspondant; cette dernière a une importance capitale, car on ne la rencontre que dans l'épithélioma. On explique cette douleur par l'anastomose de la corde du tympan avec le nerf lingual.

Ces phénomènes suffisent pour établir le diagnostic, que vient toujours confirmer, dès le début ou peu de temps après, l'augmentation de volume et la douleur des ganglions sous-maxillaires.

Nous avons suivi l'évolution de la glossite scléreuse syphilitique; nous avons vu débiter l'hyperplasie cellulaire qui la constitue, nous avons vu ces nouveaux éléments grandir et acquérir avec l'âge une nouvelle propriété: la rétractilité qui amène à la longue l'atrophie de l'organe. Nous avons dit ensuite qu'à côté de ces éléments vivaces avides d'organisation, il en existait d'autres qui, voués à la mort dès leur naissance, s'éliminent rapidement par un travail ulcératif. Ces derniers constituent deux modalités analogues par leur structure anatomique, mais différentes par leur siège. Les tubercules syphilitiques constituent le premier genre, les gommes le second.

Gommes et tubercules. — Les tubercules syphilitiques

se rencontrent souvent sur la langue, développés dans l'épaisseur de la muqueuse, tantôt sous une forme discrète, tantôt sous une forme confluyente.

Dans le premier cas, ils sont peu nombreux; on en compte trois, quatre ou cinq irrégulièrement disposés à la surface de la langue, souvent à la base, où l'on pourrait les confondre à première vue avec les papilles du V lingual légèrement hypertrophiées. Ce sont de petites tumeurs ayant le volume d'un pois ou d'une noisette, au début, dures au toucher, d'un rouge un peu violacé, arrondies quelquefois, plus souvent coniques.

Dans la forme confluyente, tantôt ils occupent une partie seule de la langue, où ils constituent un îlot, tantôt toute la muqueuse est envahie, et quand la poussée est tout à fait confluyente, ils sont tassés, pressés les uns contre les autres; la langue prend alors un volume considérable, elle a un aspect bosselé qu'on a comparé avec raison à un sac bourré de noisettes. Quelle que soit la forme qu'ils aient revêtue, après un certain temps variable suivant les sujets, ils se ramollissent. Il en résulte bientôt une ulcération qui, si le tubercule est unique, a l'aspect d'un chancre induré; mais les renseignements fournis par le malade, la coïncidence, le plus souvent, de lésions tertiaires et l'absence d'adénopathie sous-maxillaire, empêchent toute confusion.

Les gommès n'ont plus le même siège que les tubercules; situées profondément, elles se développent ou dans le tissu cellulaire sous-muqueux particulièrement à la base (Boyer insistait sur ce fait pour les différencier des affections carcinomateuses) ou elles siègent dans le

tissu musculaire résultant de la prolifération du tissu conjonctif interstitiel. Elles augmentent progressivement de volume, deviennent bientôt adhérentes à la muqueuse qu'elles soulèvent et font alors saillie à la surface de l'organe. Quelquefois on n'en trouve qu'une, le plus souvent il en existe plusieurs; leur volume varie entre celui d'une noisette et d'une grosse noix; elles sont dures, consistantes, indolores au début, bientôt elles se ramollissent à leur centre, deviennent pâteuses, puis tout à fait fluctuantes, enfin s'ulcèrent en répandant au dehors un ichor filant comme gommeux, un peu sanguinolent. L'ulcère qui en résulte est profond, à fond grisâtre pultacé, à bords irréguliers, déchiquetés, décollés; après la guérison elles laissent une cicatrice indélébile, étoilée, profonde, déprimée.

Le caractère commun aux tubercules et aux gommes, c'est de se développer sourdement, à l'insu du malade qui s'aperçoit par hasard de la présence, sur la face de la langue, de petites tumeurs qui ont pris naissance sans avoir provoqué de douleur, sans avoir gêné jusqu'à cette époque la langue dans ses mouvements. Ce début insidieux est tout à fait différent de celui de la glossite scléreuse syphilitique, dont nous avons vu les premières manifestations être presque toujours caractérisées par des poussées inflammatoires aiguës ou subaiguës. Les tubercules et les gommes ne donnent lieu ni à la rougeur violacée de la muqueuse linguale ni à la tuméfaction générale qui l'accompagnent. Les tumeurs qui les constituent dures au début, se ramollissent avant de s'ulcérer, elles ne sont circonscrites ni par des sillons, ni

par des fissures comme le sont les mamelons de glossite scléreuse spécifique. Ces derniers légèrement indurés au début, tendent au contraire à acquérir une consistance fibreuse avec l'âge. Enfin les ulcérations linéaires, les crevasses même, les exulcérations superficielles qui les accompagnent comme épiphénomènes de la maladie, n'ont aucun rapport avec l'ulcération à base indurée du tubercule ou la cavité anfractueuse de la gomme.

Plaques muqueuses. — Les plaques muqueuses ne présentent pas sur la langue le même aspect que sur les autres parties de la muqueuse buccale. Très-rarement on y rencontre ce petit bourrelet circonférentiel qui entoure le fond déprimé de la plaque muqueuse des lèvres en particulier; si quelquefois elles sont constituées par des plaques érythémateuses disséminées sur la face dorsale, la pointe et les bords, le plus souvent elles ont l'apparence de plaques peu saillantes, blanchâtres, d'une couleur diphthéritique revêtant facilement la forme ulcéreuse dans tous les points où siège une cause habituelle d'irritation; très-rarement au contraire elles prennent la forme exubérante, bourgeonnante que l'on rencontre au pourtour de l'anus.

Nous avons vu assez fréquemment les plaques muqueuses de la langue s'accompagner de fissures, de crevasses, de véritables rhagades, dans ce cas peut-être pourrait-on les confondre avec la glossite scléreuse; mais jamais elles ne donnent à la langue l'aspect lobulé mamelonné que nous avons décrit, jamais elles ne

s'accompagnent de l'induration qui caractérise la glossite tertiaire. Les plaques muqueuses enfin ne sont jamais isolées, s'il y en a sur la langue, on en découvre presque toujours au pourtour des autres orifices naturels, en même temps que, par un examen minutieux du malade, on trouve des manifestations secondaires cutanées actuelles ou des traces de lésions anciennes.

Quant aux plaques laiteuses opalines qui ont été signalées par plusieurs auteurs comme étant de nature spécifique, ou la conséquence de l'action du mercure sur la muqueuse linguale, nous les rangeons dans les cadres des glossites des fumeurs ou des arthritiques, par conséquent, c'est une forme de glossite scléreuse psoriasiforme.

Ulcère simple. — L'ulcère chronique de la langue est toujours le résultat d'une irritation mécanique portant sur la pointe ou les bords de la langue, produite par une dent cariée anguleuse, un chicot, quelquefois, enfin, par une armature prothétique. Cette affection débute par un point induré qui s'étend ensuite en largeur et en profondeur jusqu'à ce qu'il s'ulcère. L'ulcération superficielle qui en résulte présente un fond granuleux, quelquefois un peu blanchâtre, avec des bords sinueux. Le contact des aliments, le frottement des dents sont très-douloureux. L'ulcère chronique n'a aucun rapport avec les fissures, les crevasses même, les exulcérations de la glossite syphilitique. Ces ulcérations sont irrégulièrement disposées sur la langue enflammée et indurée sur toute sa surface. L'ulcère simple est au contraire

développé sur une induration limitée sur les bords ou à la pointe au voisinage du corps irritant qui le produit chez un individu qui ne présente aucun antécédent syphilitique.

Ulcère tuberculeux. — L'ulcère tuberculeux de la langue signalé en premier lieu par Ricord, sous le nom de phthisie buccale et dont une excellente description est due à M. Juillard de Genève (Thèse de Paris 1865), ne saurait être confondu avec les ulcérations de la glossite scléreuse syphilitique.

Quel rapport existe-t-il, en effet, entre ces ulcérations et l'ulcère tuberculeux caractérisé par des pertes de substances superficielles, à fond grisâtre, pointillé de rouge, à bords vifs, irréguliers, entouré d'un semis de points jaunâtres, disséminées sous l'épithélium, chez un individu tuberculeux.

Ce sont ces points qui deviennent le point de départ de l'ulcération.

Sillons normaux de la muqueuse linguale. — La langue présente quelquefois sur sa face dorsale, à l'état normal, des sillons assez profonds, sinueux, peu étendus, souvent bifurqués, se dépliant sous le moindre effort de traction, dont la majorité est dirigée dans le sens antéro-postérieur. Cette conformation est assez commune; nous l'avons surtout rencontrée chez des femmes, particulièrement des femmes dyspeptiques, deux fois chez des malades atteintes de hernie étranglée.

Cette disposition anatomique pourrait quelquefois

faire supposer l'existence d'une glossite scléreuse superficielle, de nature syphilitique; mais l'absence d'induration et de douleur, jointe à la coloration normale de la muqueuse, à l'accomplissement parfait des fonctions de la langue, ne peuvent laisser un instant de doute sur l'intégrité de la muqueuse buccale.

TRAITEMENT

Les premiers conseils doivent porter sur l'hygiène de la bouche. Il faut proscrire, dès le début, toutes les substances qui, malgré leur attrait pour les malades, peuvent leur être nuisibles.

Il faut éviter toutes les causes capables d'irriter la muqueuse linguale qui est d'autant plus sensible, d'autant plus irritable qu'elle est déjà malade.

Ces causes ont facilité l'éclosion de la maladie; elles ne peuvent maintenant que l'entretenir, même plus, en précipiter la marche.

Il faut donc conseiller aux malades de s'abstenir de l'usage du tabac, des boissons alcooliques, du vin pur, des mets trop épicés, etc.

A ces soins hygiéniques, il faut joindre une très-grande propreté que l'on obtient à l'aide de gargarismes émollients : d'eau de guimauve, par exemple. Les malades ne doivent pas se contenter de se gargariser, ils doivent conserver le plus longtemps possible le liquide en contact avec l'organe malade; ils doivent prendre de véritables bains de bouche.

Ces lotions ont un double avantage, elles détergent

les parties malades, et empêchent de s'accumuler au fond des fissures des crevasses, les débris d'aliments qui irritent les parties, en même temps qu'ils donnent à la bouche une fétidité désagréable.

Il est bon de cautériser, tous les deux jours, les ulcérations avec le nitrate d'argent; en modifiant ainsi leur surface, on facilite leur cicatrisation, et on combat indirectement les douleurs si vives auxquelles elles donnent lieu lorsqu'elles se trouvent en contact avec des substances alimentaires.

On substitue quelquefois le chlorate de potasse aux lotions avec la guimauve; mais les émollients nous paraissent avoir donné de meilleurs résultats.

Lorsque la période inflammatoire est dissipée, que la langue, moins rouge, a diminué de volume, on cesse les lotions émollientes, et on a recours à la pulvérisation, sur la langue, d'une solution d'iodure de potassium assez concentrée; cette pulvérisation a paru donner de bons résultats entre les mains des médecins de Saint-Louis.

Nous n'avons parlé jusqu'ici que de la médication locale; il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'une glossite syphilitique, d'un accident tertiaire par excellence, et que, par conséquent, nous devons avoir recours à un traitement général. Le sirop de Gibert ne paraît indiqué que lorsque la maladie débute dans la période intermédiaire aux accidents secondaires et tertiaires, ce qui est très-rare.

Le médicament qui s'impose c'est l'iodure de potassium. Est-ce à dire que nous espérons obtenir, avec lui,

de grands résultats ? Hélas ! non. Mais si l'on peut fonder quelques espérances sur un traitement régulier et longtemps prolongé, on ne saurait s'adresser mieux qu'à l'agent spécifique de la syphilis arrivée à sa dernière période.

CONCLUSIONS.

La glossite interstitielle syphilitique est anatomiquement caractérisée par une hyperplasie cellulaire abondante, se faisant aux dépens du tissu conjonctif de la muqueuse; ou cette hyperplasie se limite à la muqueuse, ou de là, elle gagne le tissu conjonctif interstitiel des muscles qu'elle infiltre, qu'elle presse, qu'elle étreint, jusqu'à ce qu'elle se substitue en partie à leur élément constitutif.

Cette affection présente donc deux formes :

1° Une glossite superficielle ;

2° Une glossite profonde ou dermo-parenchymateuse.

Ces deux formes ont chacune deux périodes : Une première période ou période active, proliférante, hypertrophique;

Une deuxième période, ou période atrophique.

Les sillons, les fissures, les crevasses, tels que nous les avons décrits, sont des signes pathognomoniques de la glossite interstitielle syphilitique.

Les ulcérations sont fréquentes dans cette affection, linéaires ; elles se présentent sous la forme de fissures, de crevasses, quelquefois sous la forme d'ulcérations superficielles ; ce sont des épiphénomènes de la maladie qui n'ont aucun rapport avec la diathèse syphilitique.

Hugonneau.

A côté de cette forme typique, il en existe une seconde résultant des modifications que fait subir à la muqueuse linguale l'abus du tabac. Cette deuxième forme n'est qu'une association chez le même sujet des symptômes de la glossite syphilitique et de la glossite des fumeurs, dont les symptômes se modifient mutuellement.

L'affection décrite sous le nom de *psoriasis lingual*, n'a du psoriasis que l'aspect et non la nature. C'est une *glossite dermo superficielle*, que nous appellerons *glossite scléreuse psoriasiforme*.

Cette glossite scléreuse psoriasiforme comprend : la glossite des fumeurs, la glossite survenant chez des arthritiques à la suite de l'action longtemps prolongée de substances irritantes sur la muqueuse linguale ; ces deux affections sont identiques ; quant à leurs manifestations cliniques, elles ne diffèrent que par leur étiologie.

Il y a une importance très-grande à établir, dès le début, le diagnostic de la glossite scléreuse psoriasiforme, vu l'action pernicieuse du mercure dans cette affection.

Pendant la première période de la glossite interstitielle syphilitique, avec de grands soins de propreté et l'administration de l'iodure de potassium, on peut enrayer la marche de la maladie contre laquelle on est tout à fait impuissant, lorsque la langue a subi une transformation fibroïde.