

CHAPITRE IV
AFFECTIONS DE LA LANGUE

ARTICLE PREMIER
ULCÉRATIONS DE LA LANGUE

La bouche est la cavité la plus exposée aux irritations traumatiques répétées et par suite aux inoculations de toute nature : les ulcérations de sa muqueuse sont par suite fréquentes et variées. Nous décrirons celles de la langue seulement, les ulcérations des joues, du palais, des amygdales et des lèvres ayant des caractères identiques.

Règle générale : pour reconnaître l'existence et déterminer la nature d'une ulcération linguale, il faut *inspecter* successivement le dos, les bords, la base, la pointe et la face inférieure de la langue relevée, *palper* l'organe dans toute son étendue, enfin *rechercher* les ganglions tributaires des lymphatiques linguaux. Ainsi on évitera deux erreurs fréquentes qui consistent à *méconnaître une ulcération qui existe*, et à *diagnostiquer une ulcération qui n'existe pas*.

Un caractère important permet de diviser ces ulcérations en deux groupes, suivant qu'elles sont plates ou saillantes : dans le premier cas, il y a seulement perte de substance de la muqueuse, ou même simplement de l'épithélium ; dans le second, il y a eu d'abord formation d'une néoplasie qui s'est ulcérée ensuite.

A. — ULCÉRATIONS PLATES, NE REPOSANT PAS SUR UNE TUMEUR

ULCÉRATION SIMPLE

Due à une morsure : siège sur le dos et la pointe.
Dans le croquetche : siège sur le frein.
Due à une dent cavité : très fréquente.
Siège sur le bord en face du clicot ; la langue étant au repos, l'ulcération se montre sur la dent.
Douleurs : localisées, jamais irradiées.
Guérison : rapide après avulsion de la dent.

ULCÉRATION SYMPTOMATIQUE

C'est un *chancre* (accident primitif) ou une *plaque muqueuse* (accident secondaire).

1. Chancre.

Nombre : unique.
Siège : surtout à la pointe.
Forme : arrondie.
Fond : plat et lisse.
Couleur : rouge chair musculaire.
Bords : lésion érosive et sans bords.
Base : indurée, parcheminée, mais limitée par la confidentialité du chancre.
Douleurs : faibles ou nulles.
Ganglions : pléocécroc, indolente, non suppurée.

2. Plaques muqueuses.

Nombre : multiples.
Siège : partout, sur les bords.
Forme : papules arrondies ou polymorphes, ou érosions superficielles avant « fauché », les papilles.
Couleur : teinte opaline, pellicule blanchâtre recouvrant la plaque.
Douleurs : nulles.
Consistance : d'accidents secondaires.

B. — ULCÉRATIONS SAILLANTES, REPOSANT SUR UNE TUMEUR

SYMPTÔME TERTIAIRE

Il s'agit d'une *gomme ulcéree et infectée* ; précédée par une tumeur indolente qui s'est ramollie, s'est ouverte et laissait couler un liquide gommeux.
Nombre : souvent multiple.
Forme : arrondie.
Bords : taillés à pic, minces, décollés, non indurés.
Base : profonde, en pleine langue.
Fond : jaunâtre et bombillonneux ; ne saigne jamais.
Sécrétion : peu abondante.
Douleurs : nulles.
Ganglions : pas, ou adénite inflammatoire simple.
Pas de cachexie.
Cratérisation rapide par le traitement ioduré.

ÉPITHÉLIOMA

Souvent précédée d'une plaque de leucoplasie.
Siège : bords ou base de la langue.
Bords : épais, saillants, au voie de destruction (bourrelet cancéroïde).
Base : large et dure ; la tumeur a infiltré la langue.
Fond : inégal, recouvert de débris en voie d'élimination, baignant dans un telor sauteux, abondant, très fétide.
Douleurs : constantes, irradiées, vers l'oreille du même côté ; augmentant pendant la mastication et la déglutition.
Ganglions : très abondants, très pénible pour le malade, formant bientôt une masse compacte.
Cachexie rapide.
Traitement : pierre de touche ; dangereux ; il active la marche du cancer.

ULCÉRATIONS DE LA LANGUE

213

ULCÉRATION TUBERCULEUSE

Siège : sur la pointe et sur les bords.
Forme : allongée, suivant l'axe de la langue.
Bords : taillés à pic ou décollés, festonnés en jou de palette.
Fond : grisâtre, irrégulier, inégal, rogné.
Base : non indurée.
L'ulcération est quelquefois entourée d'une *callosité* de petites ulcérations ou d'un semis de granulations opaques, appelées *points blancs de Trichet*, qui sont des tubercules sous-épithéliaux.
Douleurs : vives ; salivation abondante.
Ganglions : pas constants.
Surtout coexistence de *lésions thymocitiques* ou *lymphatiques*.

TUBERCULOSE BUCCONDE

Il s'agit d'un abcès froid linguale fistulisé ; *Très rare*.
Unique ; ulcération étendue et profonde, bords amincis, décollés, fond cœcœux, non odorant, non saignant ; douleurs peu intenses.
Lésions bacillaires thymocitiques ou lymphatiques.
Non tendance à la cicatrisation.
Évolution comme toutes les tuberculoses locales infectées se condamment.

ARTICLE II

LEUCOPLASIE BUCCALE

La leucoplasie, qui se rencontre aussi sur les muqueuses génitale, vésicale, anale, [et quelques autres, est caractérisée : *cliniquement*, par l'apparition de plaques d'un blanc d'argent dans la bouche, et par l'épaississement de la muqueuse; *anatomiquement*, par la cutanisation de l'épithélium, c'est-à-dire par la transformation de l'épithélium en épiderme.

BAZIN la décrit en 1868 sous le nom de psoriasis buccal. BESNIER et DOYON en ont distingué plusieurs variétés sous le titre générique de leucokératoses. On admet aujourd'hui qu'il s'agit d'une seule et même affection dont les caractères diffèrent légèrement suivant le siège et le stade d'évolution.

Étiologie. — Elle se rencontre chez l'homme, après trente ans. Toutes les irritations chroniques de la bouche y prédisposent, surtout l'usage du tabac. Sur 100 leucoplasiques, A. FOURNIER a trouvé 97 fumeurs invétérés. D'où le nom de « plaques de fumeurs ».

Deux conditions favorisent l'action du tabac : la syphilis d'abord, la malpropreté de la bouche et le mauvais état de la denture ensuite. GAUCHER, SERGENT et ZAMBACO affirment même que la leucoplasie bucco-linguale est toujours de nature syphilitique. A. FOURNIER la considère plutôt comme une affection parasiphilitique : ainsi s'expliquerait-on pourquoi le traitement mercuriel ne guérit pas la leucoplasie.

Étude clinique. — La formation de la plaque — le plus souvent sur la langue où à la face interne des joues — est précédée d'un stade érythémateux de la muqueuse qui est rouge vif : celle-ci prend par places un aspect grenu et se recouvre d'un vernis opalin qui devient peu à peu blanchâtre et opaque. Les taches blanches grandissent, confluent et forment des plaques à contour irrégulier, légèrement saillantes, adhérentes à la muqueuse. Sur les joues, elles sont d'un blanc argent

caractéristique : sur la langue, les papilles disparaissent sous le vernis épidermique et il semble qu'on ait « passé le crayon de nitrate sur des bourgeons charnus ». A la palpation, ces plaques sont indurées, souvent d'une dureté de cartilage.

Mais cette mince carapace cornée qui recouvre les tissus souples et mobiles finit par se rompre et des fissures se produisent : celles-ci se multiplient dans tous les sens, s'agrandissent, et au fond des crevasses apparaît le derme à nu. L'ulcération est faite : par places, la dékératinisation de la cuticule produit d'autres ulcérations. Enfin, il arrive que la surface de la plaque se hérissé de saillies inégales et dures séparées par des dépressions circulaires : on a alors l'aspect dit en « langue du chat » que BESNIER considère comme un stade de début du cancer.

Marche. — Au début, la guérison est possible. Une fois fissurée, la plaque perd sa tendance à la guérison. Elle est souvent l'annonce d'un cancer. L'épithélioma leucoplasique, bien étudié par CESTAN, en serait l'aboutissant 65 fois sur 100. Deux caractères le distinguent du cancer primitif : il naît souvent par foyers multiples, sur plusieurs plaques à la fois, et il a une marche plus lente.

Diagnostic. — Il est facile. La seule affection à distinguer est le lichen plan buccal, d'ailleurs très rare, particulière à la femme jeune, siégeant à la face interne des joues et non sur la langue, caractérisée par des papules d'un blanc pâle, disposées en feuille de fougère. — Toujours penser à la transformation cancéreuse.

Anatomie pathologique. — Une coupe de la langue, au niveau d'une plaque de leucoplasie, montre la muqueuse triplée d'épaisseur ; elle est dure comme du cartilage et crie sous le couteau ; à un stade avancé, les muscles eux-mêmes sont sclérosés, d'où le nom de cirrhose linguale donné par DEBOVE.

LELOIR a bien étudié le processus histologique de la leucokératose qui se caractérise essentiellement par : 1° l'épaississement scléreux du derme ; 2° l'apparition dans l'épithélium stratifié d'une couche de cellules à éléidine ; 3° la transformation cornée de ces cellules.

Les lésions commencent probablement par l'inflammation

du derme. Puis la cutanisation une fois faite, le revêtement corné se fissure et les craquelures ravinent la plaque jusqu'à la lisse et continue. A ce moment, suivant CESTAN, celle-ci peut subir soit la transformation bénigne, soit la transformation maligne. Dans le premier cas, il se produit un papillome leucoplasique simple, susceptible de récidiver après ablation, comme un papillome syphilitique. Dans le second, la plaque se transforme en cancer. L'épithélioma leucoplasique naît soit directement par formation aux dépens de la couche cornée de globes épidermiques, comme l'ont montré LE DENTU, PICHEVIN et PETIT, soit indirectement suivant LELOIR, après dékératinisation et altérations régressives de la zone de leucokératose.

Traitement. — Supprimer complètement le tabac, soigner les dents, désinfecter la bouche, telles sont les indications prophylactiques. Si la plaque paraît évoluer vers le cancer, l'ablation large et immédiate est de rigueur. Dans les cas limités et stationnaires, les lavages alcalins (chlorate de soude) peuvent immobiliser la lésion : le nitrate acide de mercure, le bichromate de potasse au cinquantième sont aussi préconisés ; mais nous redoutons les caustiques. BARTHÉLEMY affirme que le traitement par les injections de sels insolubles de Hg, quand il n'amène pas la disparition de la plaque, empêche sa transformation en cancer. L'excision est encore préférable aux moyens médicaux ; mais elle n'est applicable qu'aux lésions limitées. La radiothérapie a donné quelques résultats, à confirmer.

ARTICLE III

CANCER DE LA LANGUE

Étiologie. — C'est un cancer de l'homme, comme le cancer des lèvres : sur 7 cas, on compte 6 hommes et une femme. La leucoplasie est la condition prédisposante la plus certaine : « toute plaque de leucoplasie linguale est un cancer en puissance ». L'abus du tabac jouerait un rôle et BOUISSEAU surtout a soutenu cette thèse : mais elle n'est pas démontrée.

Anatomie pathologique. — Le cancer lingual est toujours primitif. Né sur une muqueuse dermo-papillaire à épithélium pavimenteux, c'est un épithélioma pavimenteux lobulé (voir tome I, page 293, et figure 79). On décrit deux variétés histologiques de début : l'épithélioma *papillaire* et *interstitiel*. Le premier commence dans l'épithélium qui recouvre l'extrémité des papilles ; il se développe souvent sur une plaque leucoplasique et s'étale en surface pour s'ulcérer rapidement. Le second, dit *interstitiel*, débute par la prolifération néoplasique des cellules épithéliales du sillon interpapillaire ; il se forme ainsi une nodosité profonde et dure, qui infiltre la langue en profondeur.

A la période d'ulcération, les deux variétés suivent un processus commun : les muscles sont dissociés et détruits, les vaisseaux infiltrés et ulcérés, et les lymphatiques charrient dans les ganglions tributaires les éléments épithéliaux et les microbes des infections secondaires auxquels le néoplasme ulcéré offre une porte d'entrée.

Le mode d'extension est seulement distinct suivant le siège initial : l'épithélioma des bords infiltre le plancher buccal ; celui de la base s'étend vers le pharynx et le voile du palais en suivant le sillon glosso-amygdalien. — La généralisation est très rare.

Symptômes. — *Début.* — On l'observe rarement ; il est plutôt montré au dentiste à l'occasion d'une dent cariée. Il se présente sous plusieurs aspects qu'il faut bien connaître : tantôt une petite crevasse irrégulière et indolore à bords rigides, ou une induration enchâssée dans la muqueuse ou une plaque de leucoplasie ancienne, épaissie et ulcérée (*forme papillaire*) ; tantôt un nodule mal limité sous-muqueux (*forme interstitielle*).

État. — **SIGNES PHYSIQUES.** — Sur un des côtés ou sur la base de la langue, une fissure s'est agrandie, ou bien un papillome a végété, ou bien un nodule interstitiel s'est ulcéré. Les ulcérations se rémissent et forment un cratère anfractueux, à bords déchiquetés, saignant au moindre contact, à fond inégal, recouvert de débris sphacelés baignant dans un ichor jaunâtre et fétide. Autour du cratère la pression fait sortir de petits orifices qui

trouvent la muqueuse amincie, des cylindres vermiformes de substance cancéreuse, appelés vermiothes. Tantôt le bourgeonnement néoplasique l'emporte sur le processus ulcéreux, tantôt ce dernier détruit la langue sans former de néoplasme volumineux : d'où les deux formes dites *forme bourgeonnante ou hypertrophiante* (la langue tuméfiée n'est plus contenue dans la bouche), et la *forme rongeante ou ulcéreuse*.

A la palpation, le néoplasme repose sur une base ligneuse ; l'infiltration envahit rapidement le plancher buccal, le voile du palais, l'amygdale, l'épiglotte suivant le siège d'origine du cancer.

Les ganglions sous-maxillaires sont précocement infectés, avant même d'être tuméfiés, quelquefois avant l'ulcération du néoplasme. D'abord durs, petits et mobiles, ils se fusionnent en une grosse masse qui se ramollit et s'ulcère.

SIGNES FONCTIONNELS. — Tant que le cancer n'est pas ulcéré, il est indolent. Au début, la langue est seulement maladroite, lourde, très sensible au chaud et au froid. Avec l'ulcération, le supplice commence : la mastication, la phonation, la déglutition sont gênées et bientôt impossibles. La salive coule hors de la bouche, mêlée à l'ichor cancéreux. Et des douleurs horribles, continues ou paroxystiques, exaspérées par le contact des aliments, épuisent le malade ; la douleur irradiée à l'oreille est la plus pénible et la plus constante ; elle ne s'accompagne pas de troubles de l'ouïe.

Marche et pronostic. — « Tout cancer ulcéré de la bouche meurt dans l'année. » — La mort survient dans une cachexie effroyable aggravée par l'inanition, la salivation abondante, l'insomnie, les douleurs lancinantes. L'hémorragie foudroyante par ulcération de la linguale, ou la broncho-pneumonie de déglutition abrègent la vie de quelques malheureux. L'ablation précoce et large donne de rares guérisons ; mais quelques opérés ont une survie notable, parfois de plusieurs années. L'épithélioma leucoplasique est d'un pronostic moins sombre : sa marche est lente, l'infection ganglionnaire tardive, la récursive post-opératoire moins fréquente.

Diagnostic. — La vie du malade dépend de la précocité du diagnostic ; celui-ci n'est difficile qu'au début, alors que

l'exérèse peut être totale. Deux cas sont à distinguer, il y a néoformation sans ulcération ; il y a une néoplasie ulcérée. 1° Les tumeurs bénignes, lipome et fibrome, très rares à la langue ont des caractères de limitation, de consistance et d'indolence bien personnels ; la glossite scléreuse ou sclérogommeuse, de nature syphilitique, prêterait seule à l'erreur. 2° La glossite dentaire et la gomme ulcérée sont les deux seules affections qui peuvent simuler un épithélioma rongeur au début. Le tableau synoptique précédent donne leur physiologie respective. Mais le diagnostic est souvent impossible cliniquement : doit-on avoir recours au traitement « pierre de touche » qui fait disparaître rapidement les lésions syphilitiques ? Déjà en 1872, Th. Anger avait signalé le coup de fouet donné par le mercure et l'iode à l'épithélioma. Il est vrai que le traitement d'essai est dangereux et accélère la marche du cancer, mais il est souvent le seul moyen de diagnostic différentiel. Il faut alors se borner à donner l'iode pendant deux semaines au plus. Si la lésion ne se répare pas à vue d'œil on doit cesser et pratiquer l'ablation aussitôt.

Traitement. — L'ablation par la voie buccale s'adresse à la majorité des carcinomes linguaux. S'il s'agit d'une tumeur limitée de la pointe ou de la partie antérieure de l'organe, il est aisé de l'exciser, par deux sections en V, *dépassant largement* le mal et suivies de la suture des bords de l'excision cunéenne. Quand il faut enlever tout l'organe, jusqu'au ras de l'épiglotte, on peut y arriver par l'opération de Whitehead qui comprend les temps suivants : section des deux piliers antérieurs du voile ; section de l'attache génienne des génio-glosses ; section, le long de la face interne du maxillaire, des hyo-glosses et des muscles du plancher ; pincement de la linguale dans la partie reculée de cette incision ; enfin, section de l'organe transversale à sa base.

Le procédé de Regnoli consiste à tailler un large lambeau sous-maxillaire par une incision en fer à cheval, suivant le bord inférieur de l'os, et à amener la langue au dehors par cette brèche sus-hyoïdienne. — Le procédé de Roux-Sédillot découvre le plancher buccal, en sciant le maxillaire inférieur sur la symphyse et en disjoignant ses deux moitiés.