

de la bouche. On peut être assuré néanmoins que leur exécution laissera presque toujours à désirer, et que souvent elles seront laissées de côté et considérées comme une sujétion trop pénible. C'est que ces habitudes de minutieuse propreté ne peuvent être acquises qu'avec lenteur et par des gens soigneux; mais qu'attendre à cet égard de la plupart de nos malades d'hôpital? Heureusement que souvent l'à peu près suffit. A tout hasard, il faut donc recommander à son malade de se rincer la bouche après chaque repas et de se brosser les dents matin et soir avec une poudre dentifrice, dont les moins compliquées sont les meilleures, ou mieux encore avec du savon tout simplement; en outre de se rincer la bouche avec une solution de chlorate de potasse, ou encore avec une solution antiseptique, chloralée, boriquée, salicylée. S'il y a de la gingivite chronique autour des dents cariées ou des chicots, il faut tout de suite les nettoyer, toucher ces points malades avec de la teinture d'iode, de l'eau phéniquée, de l'acide chromique, et s'il y a des chicots ou des dents atteintes de carie pénétrante, qui soient mal tolérés et douloureux, le mieux est d'en faire l'ablation.

La stomatite une fois déclarée, il faut suspendre le traitement, et mettre en œuvre la série de moyens que nous venons d'énumérer. Le chlorate de potasse a passé pendant un temps pour un quasi-spécifique en pareil cas. Il y a là une évidente exagération. C'est néanmoins le médicament qu'on prescrit le plus souvent et que son prix modique et son innocuité rendent précieux pour la thérapeutique des pauvres gens. On le prescrit en potions à l'intérieur, en lavages et en poudre. Mais les solutions antiseptiques sont encore mieux indiquées, même les antiseptiques mercuriels, à très faible dose bien entendu. Enfin de nouvelles indications sont tirées des douleurs parfois fort vives que le malade éprouve. Dans les formes très aiguës où le malade peut à peine écarter les mâchoires, où la muqueuse dépouillée en nombre de points de son épithélium est intolérante et réagit douloureusement au moindre contact, les solutions antiseptiques sont mal tolérées pendant les quelques jours que dure cette phase aiguë. Il faut alors prescrire l'eau de pavots ou l'eau de guimauve, liquides qui ont bouilli, liquides aseptiques, et toujours bien tolérés.

On peut encore, et cela vaut encore mieux, faire quelques applications locales de cocaïne, qui toujours calment les douleurs, et dans les cas sérieux auxquels nous faisons allusion rendent les lavages et l'alimentation moins pénibles.

**Glossite aiguë parenchymateuse** (1). — Nous désignerons

(1) *Mém. de l'Acad. de chir.* : Louis, *Mém. phys. et pathol. sur la langue*, et DE LA MALLE, *Précis d'observations sur le gonflement de la langue et sur le moyen le plus efficace d'y remédier*. — MAISONNEUVE, thèse de conc., 1848. — CHASSAIGNAC, *Traité de la suppuration*. Paris, 1859. — N. GUENEAU DE MUSSY, *Arch. méd.*, 1879. —

sous ce terme, qui a pour synonymes les expressions de *glossite phlegmoneuse*, *gonflement de la langue*, *prolongement aigu de la langue*, *macroglossite aiguë*, une inflammation dont le siège est le corps charnu de la langue.

Il s'agit donc d'une glossite profonde, et par là même distincte de toutes celles qui n'intéressent que les couches superficielles.

Ces dernières, les glossites aiguës corticales, sont d'observation banale, et font partie de toutes les stomatites.

La glossite profonde, affection autrement sérieuse, est aussi rare que ces dernières sont communes.

L'inflammation du parenchyme lingual s'accompagne presque toujours d'une vive inflammation de la muqueuse; mais le fait important et qui caractérise la maladie, c'est l'envahissement des couches musculaires profondes.

La glossite aiguë profonde se présente souvent avec des aspects cliniques graves qui ne la laissent pas passer inaperçue. Aussi est-elle connue depuis fort longtemps. Sans remonter à Hippocrate, Arétée et Galien qui en feraient mention dans leurs écrits, nous en trouvons des exemples intéressants cités par Amb. Paré, et dans les Mémoires de l'Académie de chirurgie. Louis, dans son Mémoire sur la langue, un des meilleurs de l'illustre écrivain, en rapporte plusieurs observations, et De la Malle, en quelques pages, montre, en citant des cas de la pratique de son père et de la sienne propre, et la physionomie de la maladie dans les cas urgents et graves, et la manière d'y porter remède. Plus près de nous, je citerai sans préjudice d'une foule de courtes publications et d'observations isolées, les descriptions de Maisonneuve, de Chassaignac, de F. Clarke, de Butlin, les articles importants de G. de Mussy, de Dyce Duckworth, de Maurel, les thèses de Caulier et de Thébaud. Tout récemment, un consciencieux examen histologique et bactériologique de MM. Sabrazès et Bousquet est venu combler, partiellement au moins, une grosse lacune que les travaux antérieurs avaient laissé persister dans l'anatomie pathologique de l'affection.

**Étiologie.** — La glossite parenchymateuse aiguë s'observait autrefois avec une fréquence relative, au cours de la variole et des accidents buccaux graves déterminés par la médication mercurielle trop libéralement administrée. Elle se présentait alors avec un caractère de gravité considérable, et dans les vieux livres il est sans cesse question de leur terminaison par la gangrène.

Mais, la variole est devenue rare, et même est destinée à disparaître;

DYCE DUCKWORTH, *Med. and surg. Journal*. — BOECKEL, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1884. — CAULIER, thèse de Paris, 1884-1885. — MAUREL, *Gaz. méd.-chir. de Toulouse*, 1890. — RENDU, *France méd.*, 1892. — THÉBAUD, thèse de Paris, 1894. — WAGNER, *New York med. Journ.*, 1893. — SABRAZÈS et BOUSQUET, *Presse méd.*, 1897.

le mercure est donné avec mesure, prudence et humanité. Aussi n'observe-t-on plus de glossites liées à l'une ou l'autre de ces deux origines.

A titre de curiosité, on peut citer cet interne zélé d'un service de vénériens qui, allant recueillir des observations dans des salles saturées de vapeurs mercurielles, en fut fort mal récompensé, car il prit une glossite, heureusement peu grave.

Si bien que dans une longue pratique, des médecins peuvent ne pas avoir l'occasion d'en observer. Cependant ces faits ne sont pas tellement exceptionnels qu'on ne les rencontre de temps à autre. Il y a parfois des séries. Ainsi Caulier, en quelques semaines, en voit deux dans une même localité, un village de 1200 âmes. Gueneau de Mussy vit le même jour deux cas d'hémiglossite, les seuls qu'il ait rencontrés.

Le nombre des cas observés dans les petits bourgs ou à la campagne est, toutes proportions gardées, beaucoup plus élevé que ceux recueillis dans les grandes villes. On cite quelques enfants dans le nombre, et aussi quelques vieillards, mais ce sont des exceptions, et la plupart des malades étaient des sujets adultes. Les hommes sont en majorité.

Des circonstances très diverses peuvent amener le développement d'une glossite aiguë.

Les maladies infectieuses, comme la fièvre typhoïde, la scarlatine, la grippe, l'infection puerpérale, en sont parfois la cause. Une inflammation de voisinage peut devenir une cause occasionnelle. On a vu des glossites succéder à une amygdalite phlegmoneuse, à une parotidite. Il est évident qu'on ne saurait dire en pareil cas que l'inflammation des tissus de la langue est une complication de celle qui a frappé l'amygdale ou les glandes salivaires. Une tout autre interprétation est beaucoup plus plausible. Les deux maladies ont une cause commune dans l'état septique de la bouche; les microorganismes de la salive ont porté l'infection dans deux sens différents; la pathogénie est identique pour l'une et l'autre infection, mais elles ne dépendent pas l'une de l'autre. Toutefois, celle qui évolue la première, en accentuant la septicité de la bouche peut contribuer à favoriser le développement de l'autre.

Cette infection par le milieu buccal, on la saisit sur le fait quand la glossite est consécutive à un traumatisme, à une plaie par un instrument chirurgical, mais surtout à une morsure, morsure pendant une crise d'épilepsie, morsure par inadvertance, blessure par un chicot pointu en parlant ou en mangeant.

Quand la porte d'entrée n'est pas ainsi mise nettement en évidence, on peut soupçonner et admettre que la solution de continuité qui a permis l'infection a passé inaperçue. Ce serait la véritable explication des glossites en apparence spontanées, ou pour lesquelles on

en est réduit à invoquer la simple action du froid, facteur complaisant qui vient toujours à propos nous tirer d'embarras.

Cette porte d'entrée est quelquefois fournie par des lésions antérieures de la cavité buccale. Ainsi un malade de Rendu prit une glossite grâce aux plaques muqueuses qu'il portait dans la bouche. Cette glossite était de nature érysipélateuse, comme le prouva quelques jours après l'apparition d'un érysipèle de la face.

Certains faits, d'une interprétation plus malaisée, rentrent encore dans le cadre de la glossite aiguë parenchymateuse. Ce sont ces tuméfactions linguales qui reconnaissent pour cause l'application à la surface de la langue de certains poisons végétaux, de caustiques énergiques, voire même du venin des reptiles. On nous cite à cet égard des faits surprenants, comme celui de ce simple d'esprit qui paria de mâcher un crapaud, et qui dut regretter d'avoir tenu parole, car il pensa mourir des suites de cet exploit.

Un cas recueilli il n'y a guère qu'une vingtaine d'années par Maurice Raynaud montre qu'il ne faut pas être trop sceptique au sujet de ces histoires transmises par les auteurs anciens.

Une femme dénuée d'intelligence voulut forcer une vipère, qu'elle croyait apprivoisée, à prendre dans sa bouche un morceau de biscuit. L'animal ne comprit point la pensée obligeante de la pauvre femme. Il laissa le biscuit et mordit la langue. Cette morsure envenimée occasionna une glossite intense et fort grave, dont la malheureuse put cependant guérir.

Dans cette énumération, nous voyons en somme des glossites dont la cause toute locale est parfaitement mise en évidence par les circonstances qui ont présidé à leur développement, morsures, ulcérations, septicité buccale démontrée par la production de quelque autre inflammation bucco-pharyngienne ou péri-buccale, et d'autres qui sont consécutives à des maladies générales et pour lesquelles on peut supposer qu'il s'agit d'une infection apportée par la voie sanguine.

Les microbes transportés par le torrent circulatoire et déposés dans les tissus de la langue y coloniseraient en déterminant une vive réaction inflammatoire.

On ne saurait mettre en doute la possibilité de ce dernier mode d'infection. Mais il est probable toutefois que dans la grande majorité des cas, l'infection linguale vient encore directement de la bouche, dont les microbes atteignent précisément dans ces cas une virulence particulière, et où l'épithélium buccal subit parfois des modifications profondes qui en font une barrière insuffisante et facilement franchie par les microorganismes. La variole, la fièvre typhoïde, la scarlatine, réalisent à un haut degré ces conditions.

Dans le cas qu'ils ont eu l'occasion d'étudier depuis le premier début jusqu'à l'examen anatomo-pathologique, Sabrazès et Bousquet

ont pu établir que telle était en effet la filiation des accidents.

L'origine microbienne des glossites aiguës parenchymateuses ne nous paraît donc pas contestable, réserve faite toutefois pour celles qui sont causées par des venins et qui reconnaissent évidemment une pathogénie différente.

Mais ces infections sont singulièrement favorisées quand la résistance du sujet est diminuée par quelque grave pyrexie, ou tout autre affection qui altère la nutrition des tissus, comme le diabète. Le froid lui-même peut et doit agir comme cause adjuvante et déterminante. Enfin, dans un très grand nombre de cas on ne trouve aucune altération préalable dans la santé générale du sujet, ni de circonstance occasionnelle bien évidente.

Mais en cherchant bien du côté de la bouche, on trouverait probablement toujours des dents mal tenues, des chicots, des dépôts tartriques, tout ce qu'il faut pour entretenir perpétuellement dans la cavité buccale un foyer d'infection.

On remarquera en effet que c'est presque toujours chez des individus qui n'ont aucun soin de leur bouche que surviennent ces accidents.

**Anatomie pathologique.** — Les deux moitiés de la langue peuvent être simultanément frappées, et les lésions s'étendre depuis la pointe jusque dans la racine de la langue. Ces glossites totales sont surtout celles qui sont consécutives à la variole, à la dothiéntérie, à la stomatite mercurielle. Il est difficile d'affirmer qu'elles soient réellement totales, car en cela on se base sur les descriptions cliniques, dont quelques-unes déjà bien anciennes. Les autopsies soigneusement conduites font presque absolument défaut. Il est probable cependant que, pour certains cas tout au moins, il faut admettre que tout l'organe était rigoureusement envahi, puisque la maladie, se terminant par mortification, a pu entraîner sa destruction intégrale.

A côté de ces glossites généralisées et diffuses, on en trouve d'autres où les lésions sont limitées à un seul côté de la langue. Les hémiglossites présentent elles-mêmes de grandes variations dans leur étendue, pouvant frapper réellement toute une moitié de la langue, ou bien se localiser à une portion. C'est un cas qui n'est pas très rare; le lieu d'élection des glossites partielles est la partie moyenne, le tiers moyen de la langue. Tous les livres répètent, depuis Graves, que la moitié gauche de la langue en est le siège presque constant. Je ne sais si cette affirmation est sérieusement fondée. Dans les trois cas dont j'ai pu recueillir l'observation, le côté droit était seul atteint. Cette particularité est aussi signalée dans un certain nombre des observations que j'ai pu lire, si bien que sans nier que le côté gauche puisse être plus souvent frappé que l'autre, je pense qu'il ne faut pas trop exagérer la prédilection des lésions pour ce côté.

La glossite partielle peut encore revêtir d'autres types, frapper par

exemple la moitié antérieure de la langue dans toute sa largeur, comme c'était le cas pour la malade de Sabrazès et Bousquet, ou bien encore être localisée exclusivement à la base de l'organe. Nous avons plusieurs observations de ces glossites basiques (Chassaignac, Caulier, Bœckel).

Quand un malade succombe à une glossite, ce peut être par asphyxie, par suite des progrès d'une maladie antérieure dont elle aurait été une simple complication, soit par infection ayant pour point de départ la langue en voie de mortification. Ces faits sont connus et admis depuis longtemps; mais pour ce qui est des lésions en elles-mêmes, on se bornait, il y a peu de temps encore, à discuter les hypothèses d'une congestion, d'une infiltration œdémateuse, d'une myosite, ou d'une inflammation des espaces cellulaires qui séparent les fibres musculaires. Caulier revendiquait avec énergie une place prépondérante pour les vaisseaux lymphatiques dont la langue est gorgée.

Le travail de Sabrazès et Bousquet vient à propos nous fournir quelques notions positives. Sans doute, on ne peut tirer d'un seul examen des conclusions générales et définitives; mais l'examen minutieux auquel ils se sont livrés donne de précieuses indications, au moins pour l'interprétation d'un certain nombre de faits. — Dans leur cas, la mort était survenue au troisième jour. Dans la région atteinte tous les tissus étaient frappés. L'épithélium de la muqueuse avait perdu ses couches superficielles. D'autre part, les prolongements qu'il envoie dans l'épaisseur du derme, au lieu d'être réguliers comme ils le sont d'ordinaire, dessinaient sur la coupe des figures sinueuses, « découpées en cartes de géographie ». Les papilles, qu'entourent et limitent ces prolongements, elles-mêmes inégales et étalées, « n'étaient plus qu'une accumulation d'éléments cellulaires de petit volume à noyau découpé très chromatique, de cellules fusiformes minces et allongées et de précipités granuleux disposés en séries réticulées ».

Dans tout le territoire hypertrophié, la langue est gorgée de cellules embryonnaires. « L'infiltration cellulaire s'est faite sur une telle épaisseur que le plan des fibres striées se trouve refoulé à une distance de plus d'un millimètre au-dessous du niveau normal. » Les faisceaux musculaires sont eux-mêmes séparés par des accumulations cellulaires, si bien que « l'hypertrophie de l'organe est surtout due à une sorte d'injection interstitielle par ces petites cellules à noyau multilobé, tassées les unes contre les autres, extraordinairement denses ». Les fibres musculaires ont conservé leur striation, mais autour des noyaux du sarcolemme apparaissent des gouttes de graisse (Voy. fig. 1). Ces noyaux sont eux-mêmes en voie de multiplication.

Les lymphatiques sont gorgés de leucocytes, les veines çà et là thrombosées, les artères relativement saines.

La recherche des microbes présentait ici un grand intérêt. Il s'agissait de déterminer quel était le microorganisme pathogène, et en



Fig. 1. — Macroglossite aiguë (SABRAZÈS et BOUSQUET) (1).

second lieu quel était son mode de pénétration. Or l'examen histobactériologique a montré des streptocoques formant de courtes chaînettes et entre les faisceaux musculaires (Voy. fig. 2). Dans les couches superficielles et à la surface de la langue, on rencontrait d'autres microorganismes, mais seul le streptocoque existait dans la profondeur. Il était donc évidemment l'agent pathogène. D'autre part, comme il se montrait avec une abondance croissante à mesure qu'on allait des couches profondes vers la surface, on pouvait conjecturer

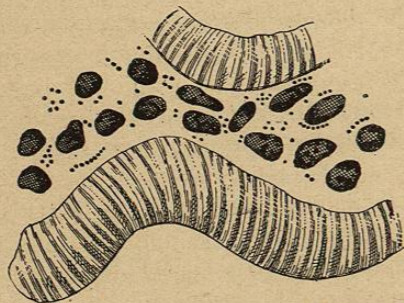


Fig. 2. — Macroglossite aiguë. Streptocoques entre les fibres musculaires de la langue (1).

qu'il s'était introduit de dehors en dedans en s'infiltrant peu à peu vers les profondeurs du parenchyme lingual, et cette supposition était corroborée par les constatations faites au niveau des vaisseaux et capillaires artériels qui ne présentaient point de lésions.

(1) Figures empruntées à la *Presse médicale*.

« L'apport des germes ne résultait pas d'embolies microbiennes », et c'est de la bouche que venaient les streptocoques.

Si dans le cas particulier le streptocoque était l'agent pathogène, on ne saurait conclure qu'il doive être constamment en cause; d'autres microorganismes interviennent sans doute dans d'autres circonstances pour produire l'inflammation de la langue. Dans le cas de Rendu, l'examen bactériologique de l'exsudat jaunâtre qui couvrait la langue tuméfiée montra que le streptocoque était l'agent pathogène. Mais ici ce fait n'a rien de surprenant, car il s'agissait de glossite érysipélateuse.

Quand la glossite se prolonge, soit qu'on n'ait pas institué dès le début un traitement énergique, soit que l'inflammation n'ait pas de tendance à la résolution, elle aboutit à la formation d'un abcès parfois tout petit, mais susceptible d'occuper une notable étendue de la langue. Le pus de ces abcès est généralement crémeux et bien lié, mais il peut être grisâtre et chargé de débris de tissus nécrosés.

**Signes.** — La glossite aiguë parenchymateuse diffuse débute quelquefois avec une grande brusquerie. Il suffit de quelques heures pour que le gonflement de la langue soit énorme et menace la vie du malade. Cette évolution très rapide donne alors à la maladie un caractère dramatique et immédiatement alarmant, bien fait pour déconcerter l'observateur non prévenu.

La brusquerie du début n'est parfois qu'apparente et les accidents sérieux sont précédés pendant un, deux ou plusieurs jours, de gêne, d'élançements, de douleurs du côté de la langue. Mais il n'en est pas toujours ainsi; et beaucoup de narrations mettent en évidence l'évolution soudaine et quasi terrifiante des accidents. Il s'agit d'individus qui toute la journée ont couru à leurs affaires, vaqué à leurs occupations, en somme mené leur vie habituelle, en dépit quelquefois d'un léger malaise qu'ils ont cru pouvoir négliger. L'un revenait de la foire, un autre sortait du cabaret, un militaire avait fait toute la journée les courses multiples que comporte la corvée de « planton », un autre sort du bain, la maladie surprend un autre en chemin de fer, etc. Ils sont pris de malaises, de douleurs plus ou moins vives dans la langue, parfois de frissons et de fièvre de céphalalgie; en même temps surviennent le gonflement de la langue et l'embarras de la parole. Celui-ci est parfois le premier signe du mal. La langue augmente pour ainsi dire à vue d'œil, et vient faire issue entre les arcades dentaires.

La respiration est rapidement et considérablement gênée, soit qu'il y ait infiltration simultanée des replis aryéno-épiglottiques, soit, ce qui est plus probable, que la base de la langue proémine au-dessus du larynx, renverse l'épiglotte en arrière et obstrue le passage de l'air. De fait, au bout de peu de temps le malade est en proie à une angoisse respiratoire considérable, les lèvres se cyanosent, le visage