

prescrit autrefois. Par contre, l'antisepsie buccale ne sera négligée dans aucun cas.

Ainsi, pour certaines glossites à marche suraiguë, intervention d'emblée, immédiate et large ; pour d'autres, en somme, attendre et laisser guérir.

Mais nous l'avons vu, certaines glossites aboutissent à la suppuration. L'abcès qui se forme en pareil cas dans le parenchyme lingual est généralement unique.

La guérison peut survenir après son ouverture spontanée, mais, naturellement, il vaut mieux ne pas attendre cette éventualité, et appliquer à ces abcès le traitement ordinaire des abcès chauds. Ils font presque toujours saillie à la face dorsale de la langue et siègent dans son tiers moyen. C'est donc par la bouche et à l'aide d'une incision pratiquée sur la face dorsale qu'on donnera issue au pus. Personne ne songera plus à imiter Chassaignac, qui se servait pour cela du scarificateur à huit lames. Pour peu que l'incision soit suffisamment étendue, on obtiendra en quelques jours la cicatrisation de l'abcès. Il se peut que l'abcès, s'étant ouvert spontanément, se vide incomplètement par un pertuis insuffisant. C'est dans cet état qu'était le malade souvent cité de Dupuytren. Il suffit alors de débrider sur la sonde cannelée. Les abcès de la base doivent aussi être ouverts par la bouche, quand cela est possible. Mais l'abcès est parfois très profondément situé, et difficilement accessible par cette voie, que le gonflement de la langue et la contraction des mâchoires rendent peu praticable. On est conduit alors à faire une incision extérieure et à aller chercher l'abcès par la voie sous-maxillaire. C'est ce que fit une fois Chassaignac chez un jeune homme de dix-neuf ans. Il pratiqua tout d'abord une ponction dans la région sous-maxillaire avec le trocart, puis avec le bistouri, et ouvrit la collection. Mais celle-ci se vidant incomplètement, « il débrida largement la région sous-maxillaire, et au moyen d'une ponction avec le trocart on finit par pénétrer complètement dans le foyer ». Castex (1) fut aussi conduit à faire des incisions sous-maxillaires, après avoir ouvert par la bouche un abcès lingual ; mais il est probable qu'il s'agissait d'adéno-phlegmons consécutifs. Bœckel a plus récemment appelé l'attention sur la nécessité d'employer la voie sus-hyoïdienne pour aborder certains phlegmons de la base de la langue. « Ce procédé, dit-il, vient naturellement à l'esprit quand on ne peut faire autrement. Il constitue un procédé de nécessité et rentre dans la catégorie des opérations d'urgence que l'on ne saurait ni différer, ni ignorer, car de ce débridement pratiqué à temps peut dépendre la vie d'un homme. »

Enfin, dans les glossites gangreneuses, bien rares heureusement,

(1) CASTEX, *Gaz. des hôp.*, 1862.

quand l'antisepsie bien comprise de la bouche reste impuissante à borner le processus destructeur, on est quelquefois obligé d'avoir recours à d'énergiques cautérisations avec le fer rouge.

Ulcérations d'origine dentaire (1). — Le contact des dents est généralement inoffensif pour les organes avoisinants, bien que ce contact soit intime, permanent, et en dépit des frottements perpétuels qui ont lieu entre les dents et ces parties molles, cette bonne harmonie persiste tant que les uns et les autres conservent leur intégrité. La perte ou l'altération d'une ou plusieurs dents n'a généralement pas de conséquences fâcheuses, mais parfois les parties molles sont lésées d'une façon sérieuse ou légère, et cela exclusivement à cause du voisinage des dents. Il s'y produit des ulcérations qui ne relèvent d'aucune autre cause que d'un rapport anormal des parties molles avec une dent déviée ou irrégulière.

Quand la langue ou les joues sont déjà le siège d'une inflammation ou d'une tumeur qui en modifie la consistance et le volume, le contact des dents devient une cause d'ulcérations plus ou moins étendues, plus ou moins graves ; elles favorisent l'ulcération d'un cancer ou d'un sarcome, créent une cause d'appel pour les syphilitides, un lieu de moindre résistance où se développent plus volontiers les ulcérations tuberculeuses ; leur contact prolongé creuse des ulcérations sur une langue qui est le siège d'une hypertrophie congénitale et fait saillie hors de la bouche. Mais dans tout cela l'ulcération reconnaît pour cause principale une maladie antérieure de la langue. Les ulcérations dentaires dont nous voulons nous occuper ont une existence isolée, et surviennent indépendamment des états morbides classés dont la langue et les joues peuvent être le siège. Ce sont des accidents qui semblent reconnaître uniquement pour cause le contact prolongé de dents irrégulières, déviées ou malades.

Ainsi définis, ces accidents sont connus depuis fort longtemps, puisqu'ils auraient été signalés par Hippocrate en son livre *Des Prédications*, et que Celse leur consacre la meilleure partie de son chapitre des ulcérations de la langue. Elles peuvent être dans certains cas malaisés confondues avec d'autres lésions ulcéreuses de la bouche. C'est là leur principal intérêt. En outre, par elles-mêmes, elles sont la source de pénibles symptômes dont la disparition suit avec une rapidité merveilleuse la suppression de la cause. Il suffit pour cela qu'un diagnostic exact ait conduit au traitement voulu.

Étiologie. — Suivant que les dents déviées, brisées, cariées, feront saillie en dehors ou en dedans, elles pourront déterminer des ulcérations, soit sur les lèvres et les joues, soit sur la langue. Ce dernier organe est bien plus fréquemment que les autres le siège d'ulcérations dentaires. Cependant ces lésions ne sont pas d'une extrême

(1) TRICHET, thèse de Paris, 1883-1884.

rareté sur les joues. Au niveau des lèvres elles sont plus rares. Elles s'observent parfois chez des gens âgés qui n'ont plus qu'une ou deux dents à une des mâchoires. Ce sont quelquefois les dents de la mâchoire opposée qui viennent ulcérer la lèvre. Quand les arcades dentaires sont conservées, cela n'est guère possible que pour la lèvre inférieure, les incisives supérieures venant se placer au-devant des inférieures quand la lèvre est fermée. Dans un cas d'Hartmann, trois petites ulcérations développées sur la lèvre inférieure reconnaissent pour cause ce mécanisme.

Elles répondaient rigoureusement aux points de contact de trois des incisives supérieures.

C'est le plus souvent à la langue que nous avons à nous préoccuper des ulcérations dentaires. Une première variété nous est fournie par l'ulcération que portent à la face inférieure de la langue les enfants qui ont la coqueluche. On a beaucoup discuté autrefois sur cette ulcération. Tout le monde paraît être d'accord aujourd'hui sur la manière dont il faut l'interpréter. Elle se développe sur la ligne médiane, au niveau du frein, et présente une largeur de 5 à 10 millimètres. Elle se montre précisément au point qui entre en contact avec les incisives médianes inférieures quand la langue, chassée par les quintes de toux, vient faire saillie hors de la bouche. Quand les enfants n'ont pas de dents, il n'y a pas d'ulcération.

La dent de sagesse déviée en dedans est une autre cause, rare il est vrai, mais bien connue. On peut voir aussi des ulcérations dentaires se développer dans les cas de luxation unilatérale de la mâchoire non réduite, ou de résection d'une moitié de la mâchoire, ou bien encore au niveau de dents artificielles, mais tout cela ne vise que des cas tout à fait rares. La règle est que l'ulcération dentaire reconnaisse simplement pour cause quelque chicot plus ou moins pointu ou tranchant en saillie du côté de la cavité buccale. Parfois, c'est simplement un amas tartreux dont le frottement mal toléré par la langue amène l'ulcération.

Mais cette dent déviée, ce chicot, cet amas tartreux existe parfois depuis longtemps dans les mêmes rapports avec la langue. Pourquoi, à ce moment donné, ce voisinage devient-il une source d'accidents? Il y a là, en effet, un point assez délicat à expliquer. D'après Paget, la production de ces ulcères dépend pour beaucoup de la santé générale. Tant qu'elle sera satisfaisante, la langue pourra tolérer sans dommage le contact des dents altérées. Il est certain que la diminution dans la résistance des tissus, que peut apporter un trouble de l'état général, constitue une prédisposition efficace. Un cas de Halle est très démonstratif à cet égard. Chez un typhique, une dent déviée détermina très rapidement dans la langue une ulcération très profonde. Mais chez la plupart des sujets, les lésions, non seulement se montrent indépendamment de toute maladie sérieuse, mais

même sans qu'on puisse saisir de changement bien notable du côté de leur état général. La véritable cause doit être surtout cherchée dans un état de septicité locale. Une légère stomatite, en augmentant le volume de la langue, en accentuant la septicité du milieu buccal, est une cause efficiente de premier ordre. Mais quelles que soient les causes plus ou moins favorables au développement de l'ulcération dentaire, ce qui n'est pas douteux c'est qu'elle résulte d'une infection locale. Elle ne peut se créer et s'agrandir qu'à la faveur de cette infection et elle a d'autant plus de chance de se constituer que le milieu est plus septique. C'est d'abord une petite solution de continuité traumatique. Elle s'infecte et ne se referme plus. Un peu plus tard, l'infection pénètre plus profondément, une inflammation plus ou moins torpide envahit partiellement le corps charnu de la langue et l'ulcération repose sur un noyau de glossite.

Signes. — Presque toujours l'ulcération occupe un des bords de la langue. Elle peut présenter des formes diverses, mais le plus souvent elle est allongée suivant l'axe de l'organe et à peu près ovalaire et siège en regard des molaires, c'est-à-dire dans le tiers moyen de la langue. C'est là un siège fréquent des ulcères linguaux de toute nature, mais c'est le lieu d'élection des ulcérations dentaires.

Elles se présentent sous deux aspects distincts, suivant la période de la maladie. Au début, et surtout dans certains cas où la maladie progresse avec rapidité, l'ulcération repose sur une tuméfaction mal limitée de la langue. Elle est entourée d'une zone œdémateuse et d'un rouge intense. Ses bords sont assez irréguliers, plus ou moins nettement découpés, le fond couvert de petits débris sphacéliques. La salivation est abondante et l'haleine très fétide.

Plus tard, l'ulcère est mieux limité, creux, quand c'est une dent très déviée qui s'enfonce profondément dans les tissus, superficiel quand il résulte d'un simple frottement contre une saillie rugueuse, en forme de fissure ou de sillon quand c'est une pointe acérée qui déchire linéairement la langue. Son fond est rose et finement granuleux. Il est entouré d'une zone plus ou moins nettement indurée, et au-dessous de lui, on sent parfois une masse résistante ferme et même quelquefois dure. Au pourtour la muqueuse est d'une rougeur un peu plus vive qu'à l'état normal, mais cette réaction est généralement peu accentuée et surtout peu caractéristique.

On conçoit qu'avec une symptomatologie aussi incomplètement caractéristique, il ne soit pas toujours facile de reconnaître l'ulcération pour ce qu'elle est. Un seul signe est rigoureusement constant, c'est la présence en regard de l'ulcération de la cause du mal. La dent coupable n'est pas toujours très visible, car il n'est pas nécessaire qu'elle soit très irrégulière, ni très déviée. La simple inspection est donc parfois insuffisante. Mais il suffit de promener le doigt sur la

surface des dents, pour découvrir la saillie ou la crête qui offense les joues ou la langue.

Une fois constituées, ces ulcérations ont peu de tendance à guérir, elles s'agrandissent lentement ou rapidement au hasard de la septicité buccale et de l'état général plus ou moins défectueux de l'individu. Les dents déviées dans les anomalies dentaires peuvent traverser la joue (Tomes), ou s'enfoncer profondément dans la langue, de façon à s'y creuser une niche. Une véritable myosité peut envahir la langue dans une notable étendue. Les ganglions peuvent s'engorger et même suppurer.

Dès le début, les troubles fonctionnels sont assez accentués, on sent des douleurs occasionnées par tous les mouvements de la parole et de la mastication, des sensations de brûlure quand la surface ulcérée est en contact avec des liquides chauds, des substances acides ou épicées. On se demanderait même comment, avec ce cortège pénible, l'affection peut s'invétérer, si l'on ne savait qu'il faut tout attendre de l'incurie des malades.

Indépendamment des suppurations ganglionnaires et de l'altération de la santé générale qui peuvent résulter de la présence d'une surface ulcérée dans la cavité buccale septique, il faut noter la possibilité de certaines complications qui viendraient se greffer sur l'ulcère lui-même. C'est ainsi qu'il pourrait devenir une porte d'entrée pour la tuberculose, ou une cause d'appel quand le sujet est déjà entaché de tuberculose. Dans d'autres circonstances un cancer viendrait se greffer sur l'ulcère, si bien qu'à un moment donné, dit Butlin, l'ulcère ne serait ni complètement traumatique, ni complètement cancéreux.

Le *diagnostic* aisé au début, alors que l'ulcération est entourée d'une zone inflammatoire manifeste, devient très épineux quand elle repose sur une tumeur et surtout quand elle est saignante et profondément creusée. Dans ces cas, on peut songer soit à une gomme, soit à un cancer, soit à un chancre. Les ulcérations tuberculeuses avec leur semis de points jaunes et leurs autres caractères ont une physionomie assez différente pour qu'habituellement on n'hésite pas longtemps. Pour la gomme il est rare qu'elle prête à confusion, mais des ulcérations dentaires peuvent être prises pour des chancres, surtout quand elles siègent sur les joues, les lèvres, où on les rencontre moins souvent qu'à la langue.

Fournier a observé « trois cas où des lésions de cet ordre ont été bel et bien taxées de chancre spécifique et traitées comme tels ». — Mais les difficultés réelles se montrent surtout dans le diagnostic de l'épithélioma et de l'ulcère dentaire. Dans la grande majorité des cas on arrive sans trop de peine à ne pas se tromper, mais quand il persiste quelque incertitude, on a toujours sous la main deux bons moyens d'être définitivement fixé sur la nature de la lésion. Le pre-

mier est d'enlever le chicot, la dent déviée, de limer la crête tranchante, de détruire le dépôt tartreux que l'on croit pouvoir incriminer. Si l'ulcération était due à leur présence, elle se cicatrise rapidement. Dans le cas contraire, elle suit sa marche progressive. Le deuxième est de prélever, comme le recommandent Butlin et A. Broca, un petit morceau des tissus ulcérés; l'examen microscopique de ce fragment tranchera la question.

Traitement. — Les ulcérations dentaires persistent tant qu'on n'a pas supprimé la cause qui leur a donné naissance. On peut à la rigueur obtenir leur cicatrisation en les isolant de la dent à l'aide d'une sorte de pansement. Par exemple, les ulcérations de la joue guérissent assez bien quand on les a séparées des arcades dentaires par une lame de coton imbibée de solution antiseptique. Mais il vaut mieux s'adresser d'emblée à la dent qui a amené tout le mal, l'extraire si elle est cariée profondément, ou réduite à l'état de chicot, ou si elle est par trop déviée; autrement la limer, la redresser. Si l'ulcération est causée par un appareil prothétique défectueux, il doit être tout d'abord ôté jusqu'à guérison de l'ulcération, puis modifié ou changé.

L'ulcération guérirait sans doute sans autre traitement, mais il vaut mieux incontestablement établir en outre un régime buccal favorable à la cicatrisation, c'est-à-dire nettoyer les dents voisines, faire après chaque repas le lavage de la bouche et prescrire des gargarismes antiseptiques. L'ulcération elle-même sera touchée avec l'iode ou le nitrate d'argent. Si par hasard la guérison se faisait trop attendre et qu'on conservât quelque doute sur la nature de cet ulcère, il faudrait, bien entendu, le traiter en suspect et le supprimer par extirpation, comme le recommande Butlin.

Leucoplasie buccale (1). — La leucoplasie est une affection, ou peut-être un groupe d'affections, caractérisée anatomiquement par un processus de kératinisation de l'épithélium des muqueuses à type pavimenteux, et objectivement par des plaques blanches, nacrées, adhérentes, d'épaisseur, de forme et d'étendues variables, évoluant d'une façon lente et chronique sans jamais montrer aucune tendance à la guérison. La leucoplasie de la bouche a été décrite par Bazin en 1868 sous le nom de psoriasis buccal. L'illustre dermatologiste la rapprochait en effet du psoriasis de la peau. Ce terme

(1) DEBOVE, Le psoriasis buccal, thèse de Paris, 1873. — MAURIAC, *Union médicale*, 1873-1874. — TRÉLAT, Transformation maligne du psoriasis buccal (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1875, 1876, 1877, 1880). — LELOIR, *Arch. de physiol.* Paris, 1887, p. 86. — BESNIER et DOYON, in traduction de KAPOSI, *Traité des maladies de la peau*. — BROCCQ, *Traité des maladies cutanées*. — LE DENTU, Des rapports de la leucokératose avec l'épithélioma (*Congrès de Lyon*, 1894, et *Revue de chir.*, décembre 1896). — PERRIN (L.), *Congrès de dermat. de Londres*, 1896, et *Semaine méd.*, 1896, n° 44. — PILLIET et RICHE, *Soc. anat.*, 1896. — CESTAN et PETTIT, *Soc. anat.*, 1897. — BÉNARD, Des stomatites et glossites leucoplasiques, Paris.