

II

LÉSIONS INFLAMMATOIRES DE LA LANGUE

Les lésions inflammatoires de la langue sont connues sous le nom de *glossites*.

Les glossites sont de plusieurs variétés. Il faut les diviser en superficielles et profondes; dans chacune de ces catégories, elles sont aiguës ou chroniques.

A. — GLOSSITES SUPERFICIELLES

Les *glossites superficielles aiguës* ne sont souvent que la manifestation linguale d'une stomatite ulcéro-membraneuse, mercurielle, aphteuse, etc.; il suffit de nommer ces maladies, déjà en partie décrites. Les autres glossites superficielles aiguës, les exanthèmes linguaux, par exemple, ressortissent à la pathologie interne. J'en dirai autant de l'herpès lingual, mais je le signalerai avec un peu plus d'insistance parce que Güterbock a désigné sous le nom d'*hémiglossite* l'herpès unilatéral, lié à une névralgie linguale, sorte de zona sans doute: or cette terminologie prête à confusion, car le nom d'hémiglossite est classiquement réservé à la glossite profonde unilatérale. Il en résulte que l'on cite parfois le travail de Güterbock⁽¹⁾, à côté de celui de Graves. Or c'est à côté d'une note de Gellé, sur l'herpès lingual, qu'il doit trouver place.

Les *glossites superficielles chroniques*, elles aussi, sont pour la plupart dénuées d'intérêt chirurgical. Parmi elles, la leucoplasie buccale mérite seule de nous arrêter.

Il est impossible, toutefois, de ne pas signaler la *glossite exfoliatrice marginée*, car Parrot⁽²⁾ avait voulu en faire une caractéristique de la syphilis héréditaire. Cette glossite, très rare après six ans, fréquente surtout de six mois à un an et de deux à trois ans, débute par un épaissement épithélial à limites nettes, au centre duquel l'épithélium se met à desquamier, d'où un anneau rond ou ovale, gris-jaunâtre, entourant une aire rouge. Plusieurs de ces cercles venant à empiéter les uns sur les autres, il en résulte des aspects comparés à celui d'une carte de géographie. La lésion peut récidiver sur l'aire desquamée, d'où des cercles concentriques. Barker a noté de la démangeaison et de la salivation; Vanlair⁽³⁾, une légère hyperesthésie, mais presque toujours les signes fonctionnels sont nuls. On a beaucoup discuté sur la cause, d'ailleurs encore peu connue, de cette lésion singulière; le seul point important est de ne plus la considérer, malgré Parrot, comme un résultat de la syphilis héréditaire et c'est à ce point de vue seulement que sa connaissance importe au chirurgien.

(1) GÜTERBOCK, *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, Leipzig, 1885, t. XXII, p. 552.

(2) PARROT, *Progrès méd.*, Paris, 1881, p. 491.

(3) VANLAIR, *Revue mens. de méd. et de chir.*, Paris, 1880, p. 54.

LEUCOPLASIE BUCCALE

La leucoplasie buccale, nous dit Merklen, « est une affection inflammatoire chronique, dont le caractère clinique et anatomique le plus saillant est la transformation cornée de l'épithélium buccal et dont la cause n'est nullement spécifique ».

Mentionnée par S. Plumbe, sous le nom d'ichtyose linguale, puis par Buzenet, cette lésion a été étudiée avec soin en Angleterre, depuis Neligan et Hulke, à cause de ses relations avec le cancer de la langue. Peu de temps après elle a été décrite en France, surtout par Bazin, par Saison, par Debove et aujourd'hui, bien que certains points restent obscurs, c'est une affection assez bien connue.

Sa synonymie est assez riche et elle comporte, en particulier, les dénominations de psoriasis buccal (Bazin), kératosis (Kaposi), stomatite épithéliale chronique (E. Besnier).

BAZIN, Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées d'origine arthrit. et dartreuse, Paris, 1868, p. 272. — CH. LAILLER, art. BOUCHE du *Dict. encycl. des sc. méd.*, Paris, 1869, p. 259. — DEBOVE, Le psoriasis buccal. Thèse de doct. de Paris, 1875, n° 495. — SCHWIMMER, Die idiop. Schleimhautp. der Mundhöhle. *Viertelj. für Derm. und Syph.*, Wien, 1877, p. 510. — MERKLEN, Psoriasis buccal. *Ann. de dermat. et syph.*, Paris, 1885, p. IV, p. 156 et 216. — L. PERRIN, Traitement chirurgical des leukokératoses buccales. *Ann. de dermat. et syph.*, Paris, 1896, p. 1208. — LE DENTU, Des rapports de la leukokératose avec l'épithélioma. *Revue de chir.*, Paris, 1896, p. 921.

Symptômes et marche. — Au début, Schwimmer, Mauriac⁽¹⁾, E. Vidal, décrivent un *stade érythémateux* où les papilles malades constituent des macules rouges, lisses ou granuleuses. Au bout d'un temps, parfois assez long, la couche épidermique s'épaissit et les taches rouges passent successivement au blanc bleuâtre, au blanc grisâtre, au blanc d'argent. De là des plaques souvent nummulaires, à bords nets, un peu saillants, à centre d'abord légèrement bombé, mais plus tard déprimé, nous dit Schwimmer. Tant que la lésion est en voie d'extension, les plaques sont entourées d'un liséré hyperémique filiforme. Au niveau des plaques, la souplesse de la muqueuse est un peu diminuée.

A ce degré, la rétrocession est possible, sous l'influence du traitement. Mais plus souvent les plaques s'étendent, deviennent étoilées, irrégulières, puis confluentes, et alors à bords festonnés; elles recouvrent la langue d'une cuirasse d'un blanc nacré et brillant, de consistance fibreuse, à surface d'abord papillomateuse (et c'est ce que l'on a plus spécialement appelé ichtyose), puis lisse par atrophie cicatricielle des papilles; et même, ajoute Nedopil, la sclérose peut devenir interstitielle et provoquer une atrophie de la langue.

Debove, Mauriac, E. Vidal, E. Besnier ont noté la desquamation partielle de la plaque, mais — et Merklen y insiste — « c'est là un fait éventuel, et non pas régulier, essentiel, comme dans le psoriasis cutané ».

Quelquefois, même quand la lésion est très étendue, il ne se fait aucune fissure. Mais souvent la muqueuse rigide se fend en des craquelures qui siègent surtout au niveau des sillons normaux. Ces fissures sont un peu saignantes, elles s'infectent, suppurent légèrement et de là des indurations secondaires du derme.

(1) MAURIAU, *Union méd.*, Paris, 1874, 3^e série, t. XVIII, p. 441, 442, 445.

Cette affection ne reste, en général, pas localisée à la langue, dont elle respecte, d'autre part, la face inférieure; fréquemment la joue, les lèvres, le palais, les gencives sont envahis. A la face interne des joues, on voit des plaques irrégulières qui suivent la ligne interdentaire et qui se continuent assez souvent en avant par un triangle dont la base répond à la commissure buccale. Ces triangles constituent les « plaques des fumeurs ». Aux lèvres, la lésion est volontiers papillomateuse et accompagnée, d'après Mauriac, de granulations blanches, grosses comme des grains de semoule et dues au développement exagéré des glandes de la région.

Les signes fonctionnels sont pendant longtemps nuls et c'est par hasard qu'à ce stade la lésion est reconnue. Plus tard il y a un peu de gêne de la mastication, de la parole; Debove a constaté une sécheresse incommode, une diminution du goût. Quand des fissures existent, les aliments trop durs et trop épicés, l'alcool, les irritants divers provoquent de véritables douleurs.

Jusqu'ici, il n'y a rien de chirurgical et souvent il en est ainsi jusqu'à la fin, la maladie, de durée indéterminée, étant capable de rester indéfiniment stationnaire, ou bien de subir simplement de temps à autre des poussées subaiguës. Peu importerait au chirurgien qu'elle fût très rebelle, selon l'assertion de Bazin, ou même incurable, comme le veut Nedopil⁽¹⁾. Mais la leucoplasie buccale dégénère souvent en cancer. Cette transformation s'observe tous les jours, on discute seulement sur sa fréquence. Schwimmer l'évalue à 1/5 des cas, E. Vidal à la moitié; pour Hulke, pour Clarke, elle serait à peu près fatale. Cette dernière opinion, d'ailleurs, est incontestablement exagérée.

Étiologie. — La leucoplasie buccale atteint surtout les sujets de trente à cinquante ans et presque exclusivement les hommes. Les causes locales jouent dans sa genèse un rôle important, et toutes les irritations répétées peuvent être incriminées: l'abus du tabac ou de l'alcool, l'irritation par un chicot, par un dentier, sont des causes vulgaires. Chez les souffleurs de verre, Andrew Clarke, Guinard signalent des plaques leucoplasiques, surtout à l'embouchure du canal de Sténon. Ce n'est pas tout, et les irritations, si elles se prolongent, semblent importantes, d'après Ch. Lailler, pour déterminer la transformation épithéliale de la lésion qu'elles ont provoquée.

C'est à titre de cause amenant des irritations buccales que la syphilis paraît agir et c'est ainsi que Debove interprète un fait incontestable: la fréquence de la leucoplasie chez les syphilitiques. Mais il combat l'erreur de Clarke, de Kaposi, pour qui c'est une lésion de nature syphilitique.

Peut-être faut-il que ces irritations trouvent le terrain préparé par une prédisposition générale. Bazin, Debove incriminent l'arthritisme; Schwimmer fait intervenir des troubles digestifs chroniques. Il n'y a là rien de bien prouvé.

La leucoplasie n'est pas une affection spéciale à la muqueuse de la bouche; elle a été rencontrée par Perrin à la vulve, par Hallé⁽²⁾, Wassermann, Rokitsansky au niveau de l'urètre, de la vessie, de l'uretère. Toute inflammation chronique des muqueuses transforme l'épithélium normal en épiderme stratifié

(1) NEDOPIL, *Arch. für klin. Chir.*, Berlin, 1877, t. XX, p. 524.

(2) *Ann. des maladies des organes génito-urinaires*, 1896, p. 481, 577.

corné; c'est là un fait bien connu pour la muqueuse urétrale dans les cas d'urétrite chronique. L'évolution est la même; il y a les mêmes relations entre les leucoplasies et les cancroïdes urinaires, qu'entre les leucoplasies et les cancroïdes buccaux.

Diagnostic. — Le diagnostic presque toujours est évident. Le point le plus important est de ne pas croire à tort à la syphilis, car le traitement spécifique aggrave la leucoplasie. Toutefois il n'y a pas à vrai dire de diagnostic différentiel à établir, car il n'y a guère de syphilides ressemblant à la leucoplasie; il faut seulement savoir que la leucoplasie, même lorsqu'elle survient chez un syphilitique, est de nature irritative et non point syphilitique et dès lors est rebelle au traitement mercuriel.

La leucoplasie a une certaine ressemblance objective avec les plaques linguales du lichen plan⁽¹⁾: le diagnostic de cette lésion, beaucoup moins rebelle, s'établit par la constatation de ses éléments cutanés.

Ce qui importe au chirurgien, c'est de déterminer dès son début la transformation épithéliomateuse, mais c'est un point qui ne peut guère être débattu qu'après l'exposé clinique du cancer de la langue.

Anatomie pathologique. — Les études anatomiques ont pour la plupart été faites au pourtour de cancroïdes excisés. La muqueuse est dure, très épaisse, et Debove, Nedopil, Schwimmer ont montré que cet épaissement porte surtout sur le chorion, dont les couches superficielles sont infiltrées de cellules embryonnaires. Ce processus aboutit à la sclérose, et nous avons déjà vu que la langue entière peut s'atrophier, par sclérose interstitielle sous-muqueuse.

Les lésions épithéliales semblent secondaires, mais elles sont importantes. Elles se caractérisent au début, d'après Leloir, par la kératinisation des couches superficielles, en sorte que, avec sa couche cornée et sa couche à éléidine, l'épithélium épaissi ressemble à l'épiderme. Plus tard, la kératinisation tendrait à disparaître et ce serait surtout alors que surviendrait l'épithéliome⁽²⁾.

Certains auteurs, Leloir en particulier, ont tiré de là un argument pour soutenir que, puisque le processus fondamental de kératinisation se modifie, l'épithélioma n'est pas un terme naturel de l'évolution de la leucoplasie, mais se greffe sur elle à un moment donné. Il n'y aurait pas là une seule et même affection présentant deux périodes définies et il faudrait admettre, avec U. Trélat⁽³⁾, que l'épithéliome n'est qu'un accident au cours de la leucoplasie, mais un accident fréquent, dû à l'irritation anormale et continue qui résulte du processus phlegmasique chronique.

Depuis longtemps, il est vrai, Nedopil, Schwimmer, ont cherché à suivre, histologiquement, un processus conduisant de la leucoplasie au cancer. Celui-ci ne serait dès lors que l'aboutissant naturel — ce qui ne signifie pas constant — de celle-là. Tout récemment, Le Dentu a fait voir, par exemple, que la dékératinisation initiale n'est pas indispensable et que, dès lors, tombe un des arguments produits en faveur de la théorie précédente.

Aussi tend-on à admettre aujourd'hui, avec Besnier et Doyon, que toute plaque leucoplasique semble devoir évoluer vers le néoplasme et que la dégé-

(1) THIBIERGE, *Ann. de dermat. et syph.*, Paris, 1885, 2^e série, t. VI, p. 65; 1886, t. VII, p. 449.

(2) H. LELOIR, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1885, p. 485. — *Arch. de phys.*, Paris, 1887, 5^e série, t. X, p. 86.

(3) U. TRÉLAT, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1875, n. s., t. I, p. 844.

nérescence cancéreuse n'est pas un simple accident de la leucokératose mais bien plutôt son stade évolutif ultime⁽¹⁾.

Traitement. — Dans le traitement de la leucoplasie, l'hygiène est importante : on supprimera le tabac, l'alcool, les irritants. Bazin, Debove conseillent, en outre, le traitement alcalin.

Comme traitement local, Devergie employait les cautérisations au nitrate acide de mercure; Vidal donne la préférence à l'acide chromique; Joseph, à l'acide lactique; Fletcher Ingalls, au galvano-cautère⁽²⁾; H. Leloir recommande les applications dékératinisantes d'acide salicylique.

Mais on n'abusera point des applications irritantes, des cautérisations : Ch. Lailler les croit souvent inefficaces et quelquefois dangereuses, au point de vue de la transformation cancéroïdale. Ce que le chirurgien doit avant tout retenir, c'est le conseil, déjà ancien, de Trélat, de Butlin : enlever au bistouri tout noyau circonscrit qui tend à s'indurer ou simplement à devenir verruqueux.

B. — GLOSSITES PROFONDES

Les inflammations profondes de la langue sont de deux ordres, aiguës et chroniques, les secondes pouvant se constituer d'emblée à l'état chronique ou succéder, au contraire, à un état aigu primitif.

1° GLOSSITE PROFONDE AIGÜE

Synonymie. — Cette affection a encore été appelée glossocèle, paraglosse, glossite phlegmoneuse, inflatio.

DE LA MALLE, Précis d'obs. sur le gonflement de la langue. *Mém. de l'Acad. roy. de chir.*, édit. in-4°, t. V, p. 513, Paris, 1774. — BRESCHET et FINOT, art. GLOSSITE du *Dict. en 60 vol.*, t. XVIII, p. 485, Paris, 1817. — DECHAMBRE, art. LANGUE du *Dict. encycl. des sc. méd.*, Paris, 1868, p. 567. — CAULIER, De la glossite profonde aiguë. Thèse de doct. de Paris, 1884-1885, n° 415.

Étiologie. — On attribue à la glossite parenchymateuse aiguë des causes locales diverses et, par exemple, on parle des plaies envenimées⁽³⁾, et on en rapproche le contact avec certaines substances irritantes animales ou végétales. Par exemple, on cite la glossite de ce jeune paysan, observé par Dupau, qui par gageure mâcha un crapaud; on raconte que la mastication des feuilles de tabac, de *Daphne mezereum*, de céleri pourrait provoquer le gonflement de la langue. L'analogie semble être assez grande avec certains accidents dus quelquefois au simple contact avec des agents qui semblent fort bénins. Les attouchements au vitriol bleu ont causé des glossites entre les mains de Graves, de Dupuytren, et l'on en a vu autant pour avoir fait boire de l'ammoniaque à un ivrogne.

Est-ce là de l'inflammation proprement dite ou un œdème aigu mais non septique? La question est posée depuis quelques années. Mais si ces accidents

⁽¹⁾ E. CESTAN et A. PETIT, *Bull. de la Soc. anat.*, 1897, p. 520. — E. CESTAN, *Arch. gén. de Méd.*, 1897, t. II, p. 45 et 181.

⁽²⁾ FLETCHER INGALLS, *New York med. Journal*, 1885, t. II, p. 87.

⁽³⁾ Voy. p. 151.

œdémateux ressemblent par leurs symptômes à ceux de la glossite proprement dite, ils en diffèrent cependant par la fréquence de leur résolution spontanée, par la rareté de la suppuration.

C'est un véritable phlegmon qui se déclare, au contraire, quand les microbes buccaux viennent infecter les diverses plaies, surtout compliquées de corps étrangers : une barbe d'orge a suffi dans un fait de Ranking. De même quand la langue s'enflamme après les morsures profondes que lui a infligées un épileptique.

Certaines infections générales favorisent la glossite, et l'on cite l'érysipèle, la scarlatine (Paget), la fièvre typhoïde (Delamalle, Carron, R. Graves). Autrefois, c'était une complication fréquente de la variole, à la période de pustulation ou de suppuration. Dans cette dernière pyrexie on saisit l'association de la porte d'entrée locale — la pustule — et de la tendance pyogénique générale. Il en est sans doute de même, avec des portes d'entrée minimes et méconnues, pour les autres pyrexies que j'ai énumérées et dont on connaît d'ailleurs les manifestations buccales.

Il semble que l'étiologie soit fort analogue pour les glossites dites idiopathiques, dont Guéneau de Mussy, D. Duckworth, Butlin ont constaté le lien avec l'état infectieux mal déterminé que l'on appelle fièvre catarrhale. De là l'influence du refroidissement, dans beaucoup d'observations; de là le rôle des saisons, l'association à l'angine, au rhume, à une parotidite⁽¹⁾, à des perturbations menstruelles. Et même Reil, Arnold⁽²⁾ ont parlé d'une sorte d'épidémicité. Dans cette glossite dite idiopathique, également, la détermination linguale est peut-être souvent due à des portes d'entrée qui nous échappent, mais que, par exemple, nous constatons aisément, sous forme d'une inflammation aphteuse, dans un fait de Laveran⁽³⁾.

Chez un malade qui a succombé, Sabrazès et Bousquet ont constaté, il y a quelques mois, que la glossite aiguë, non suppurée, était due au streptocoque⁽⁴⁾.

La glossite mercurielle avait autrefois une grande importance. Elle est presque inconnue, aujourd'hui qu'on ne cherche plus à provoquer la salivation mercurielle pour traiter la vérole.

Symptômes. — Que la glossite parenchymateuse ait été ou non précédée d'une glossite superficielle, ou bien d'une infection générale plus ou moins caractérisée, son début souvent est brusque, parfois même marqué par un frisson. Dans certains cas il est insidieux; il y a d'abord un peu de gêne à la mastication, un peu de douleur, puis survient le gonflement, avec douleur vive et avec assez peu de fièvre. En tout cas, la maladie n'est nettement constituée que lorsqu'apparaît le gonflement. Celui-ci est ordinairement total, quelquefois partiel : de là des variétés cliniques.

1° *Glossite totale.* — Le gonflement y est très rapide : en quelques heures la langue double, triple de volume, les dents s'y impriment, bientôt elle sort de la bouche. Elle est douloureuse au moindre mouvement, au moindre contact, et on la voit couverte d'un enduit blanc, épais, sous lequel la partie intra-buccale est luisante, livide, tandis que la partie prolabée est anémiée, étranglée par les

⁽¹⁾ ZAZOWSKI, *Bull. gén. de thérap.*, Paris, 1844, t. XXVII, p. 247.

⁽²⁾ ARNOLD, d'après *Schmidt's Jahrbücher*, 1856, t. XCI, p. 181.

⁽³⁾ LAVERAN, *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, Paris, 1885, t. VI, p. 57.

⁽⁴⁾ SABRAZÈS et BOUSQUET, *Presse méd.*, 1897, p. 299.