

cas embarrassants. Chez les nouveau-nés, on pourrait prendre pour du muguet des *grumeaux de lait* séjournant à la surface de la muqueuse buccale, mais ceux-ci s'enlèvent facilement, ne se reproduisent pas une fois enlevée, siègent sur une muqueuse saine, et se voient plutôt à la partie postérieure de la langue. Les *amas épithéliaux* diffèrent du muguet par leurs caractères histologiques et leur topographie (palais, gencives). Les aphtes sont consécutifs à une éruption vésiculeuse et sont constitués par des exulcérations véritables recouvertes d'une fine pseudo-membrane. Les *kystes épidermoïdes* sont isolés, limités au palais; le râclage ne peut les enlever. Enfin la *stomatite diphthérique* se distingue par ses fausses membranes grisâtres, adhérentes, consistantes, et par l'adénopathie sous-maxillaire concomitante.

**Pronostic et traitement.** — Le muguet n'offre guère de gravité par lui-même, mais c'est un stigmate de cachexie, et un signe pronostic important pour les affections sur lesquelles il se greffe.

On évitera son apparition par une hygiène buccale rigoureuse. On en combattra la présence par les gargarismes alcalins (eau de Vichy) et surtout par les collutoires boraciques. Le borax est le véritable antiseptique du *saccharomyces albicans*. M. Audry a démontré en effet, dans ses recherches, que l'addition de borax aux milieux de culture empêche le développement du parasite. Dans les cas graves et tenaces, on pourra avoir recours à la solution de sublimé au millième.

## CHAPITRE IV

### LÉSIONS SUPERFICIELLES DE NATURE INCONNUE

Je décrirai dans ce chapitre deux affections buccales dont la nature n'est pas encore connue, et qui ont été jusqu'ici étudiées surtout par les dermatologistes. Comme l'histoire n'en a pas été faite dans la partie de cet ouvrage qui traite des maladies cutanées, elle trouvera sa place ici.

#### I

#### DESQUAMATION ÉPITHÉLIALE DE LA LANGUE

SYNONYMIE : Pityriasis lingual (RAYER); État lichénoïde de la langue (GUBLER); Glossite exfoliatrice marginée (FOURNIER, LEMONNIER); Eczéma en aires ou eczéma marginé desquamatif (E. BESNIER); Eczéma de la langue (P. DE MOLÈNES) (1).

**Description.** — La *desquamation en aires* de la langue peut se rencontrer à tout âge et chez les individus des deux sexes; mais elle paraît cependant beaucoup plus fréquente pendant les trois premières années de la vie. Il est dès lors assez rare qu'on puisse observer l'affection à son début. Mais comme on voit

(1) Consultez le travail de P. de MOLÈNES, *Archives de laryngologie*, décembre 1889 (Bibliogr.).

souvent sur la même langue des plaques de desquamation aux différentes époques de leur évolution, on peut reconstituer le développement de la lésion.

Sur la muqueuse saine, il se forme une petite papule à peine saillante, légèrement aplatie, formant sur le fond rouge une tache rosée ou de coloration gris blanchâtre. Au centre de cette tache circulaire, se produit une petite aire à desquamation très fine, et elle-même s'élargit rapidement, la périphérie constituant un liséré qui précède la desquamation dans sa marche envahissante. Le liséré présente une coloration blanchâtre, et des contours réguliers ou légèrement polycycliques. Son épaisseur est de 1 à 2 millimètres. Sa largeur est variable, et difficile à déterminer. En effet, du côté de l'aire desquamative il est nettement délimité par un bord taillé à pic, tandis que du côté de la muqueuse saine il se confond insensiblement avec celle-ci. Ce liséré, au niveau duquel les papilles sont légèrement tuméfiées, décrit une courbe dont la concavité embrasse l'aire desquamative, tandis que la convexité regarde le bord de la langue. Lorsqu'il l'atteint, il est exceptionnel de le voir se continuer sur la face inférieure (L. Guinon). Le liséré n'entoure jamais complètement l'aire desquamative, si ce n'est au début. Plus tard, il affecte toujours la forme d'un croissant limitant le bord interne de l'aire. Celle-ci présente une forme ovale, dont la coloration est rouge foncé au voisinage immédiat du liséré, alors que plus en arrière elle devient rose pâle, pour acquérir insensiblement la coloration de la muqueuse saine. Au niveau de cette aire, on constate, à la loupe, une fine desquamation. Les papilles fungiformes seules persistent, formant de petites saillies rouges, hémisphériques, turgescents. Cette surface ne présente pas trace de sécrétion anormale.

La plaque de desquamation débute toujours au voisinage du bord de la langue; elle s'agrandit assez rapidement, et double de largeur en deux jours. Plusieurs plaques peuvent apparaître sur la langue successivement ou simultanément. Dans ce dernier cas, on peut voir la langue dépouillée en 5 ou 6 jours. Un fait remarquable, auquel nous avons déjà fait allusion, est la limitation du processus à la face dorsale de la langue. Jamais non plus on ne voit de plaques de desquamation sur la muqueuse gingivale ou à la face interne de la joue. Ces constatations sont importantes au point de vue du diagnostic.

Une autre forme de desquamation épithéliale de la langue qui se rapproche beaucoup de la précédente, bien que l'aspect de la lésion soit un peu différent, est celle que MM. Bergeron et Gautier ont désignée sous le nom de *desquamation à découpures nettes*, ou de *langue en carte géographique*. On ne sait pas comment la lésion débute dans ces cas; mais, une fois constituée, la plaque de dénudation est d'un rose vif, avec un piqueté rouge formé par les papilles saillantes. Elle est unique et a, en général, une étendue assez considérable. Les bords sont taillés à pic, sinueux, très irréguliers.

La durée de la desquamation en aires de la langue est très variable. L'affection peut se prolonger pendant plusieurs semaines, par la production d'une série de poussées successives, et c'est ainsi que les choses se passent le plus fréquemment. Ces poussées successives peuvent se suivre de très près et se produire aux mêmes points, de telle sorte qu'on puisse constater une série de lisérés concentriques rappelant la disposition de l'herpès en cocarde. Au bout d'un temps variable, la migration du liséré s'arrête, la plaque devient de moins en moins nette, et elle disparaît enfin complètement.

Les troubles fonctionnels qui accompagnent la desquamation épithéliale de



la langue sont nuls ou très peu marqués. Chez l'enfant, la succion n'est nullement gênée. Chez l'adulte, c'est tout au plus si l'on observe une sensation de gêne ou de picotement, surtout provoquée par le contact des aliments épicés ou acides. Il n'existe pas d'adénopathie. Il n'y a jamais non plus de mouvement fébrile. Lorsqu'il y a de la fétidité de l'haleine, ce qui est rare, c'est qu'il existe un trouble concomitant très marqué des fonctions digestives.

**Diagnostic et pronostic.** — Chez l'enfant, le diagnostic est en général facile; mais, chez l'adulte on peut être induit en erreur, surtout par les glossites syphilitiques secondaires. Cependant les *plaques lisses* (Fournier), ou les *plaques fauchées en prairie* (Cornil), bien que localisées exclusivement sur le dos de la langue, lenticulaires ou étendues sur une large surface, diffèrent des lésions de l'affection qui nous occupe. Elles sont rougeâtres, régulières de contours, non érosives; elles tranchent sur les tissus sains par leur aspect lisse: les papilles paraissent avoir été fauchées. Quant à la *glossite scléreuse superficielle* qui survient au déclin de la période d'accidents secondaires, les petites plaques lisses rouges, arrondies ou ovalaires, qui la constituent, donnent au doigt une sensation de résistance parcheminée toute particulière. Leur durée est d'ailleurs fort longue.

Le pronostic est bénin. L'affection guérit toujours sans laisser de traces. Dans quelques cas, on peut même voir la guérison se produire dans le cours d'une maladie aiguë fébrile (L. Guinon). La présence de l'affection n'a aucune signification pronostique au point de vue de l'état général.

**Anatomie pathologique.** — L'examen direct du malade fournit des renseignements suffisants sur les lésions macroscopiques. Au microscope, dans les raclages pratiqués sur le liséré ou dans l'aire desquamative, on trouve de nombreuses cellules normales à côté d'autres qui sont déformées, granuleuses ou ont subi la transformation cavitaire (Balzer). Sur les coupes, M. L. Guinon n'a jamais rencontré de lésions du derme dans les cas qu'il a pu observer, excepté cependant dans un cas où des lésions diphtéritiques s'étaient développées sur une plaque de desquamation épithéliale. Il a même constaté que l'épithélium superficiel ne faisait jamais complètement défaut. Aussi cet observateur pense-t-il qu'il s'agit d'une lésion purement épithéliale et superficielle. Mais, avant lui, d'autres auteurs étaient arrivés à des conclusions différentes: pour Parrot et M. H. Martin, au contraire, le derme serait le siège principal de l'affection et les manifestations épithéliales ne seraient que secondaires. MM. Lemonnier et Balzer ont constaté également de nombreux leucocytes dans les couches superficielles du derme, autour des vaisseaux. Ils ont trouvé les nerfs intacts. On voit que la solution définitive de la question commande encore de nouvelles recherches.

**Étiologie et nature.** — L'influence de l'âge est évidente, ainsi que nous l'avons vu. Mais celle de l'hérédité, admise par Bridou, Gubler, Barié, est très contestable. Il est un fait certain, c'est qu'on a pu constater l'existence de l'affection chez plusieurs membres d'une même famille (E. Gaucher).

Quant à la nature de l'affection, elle ne saurait actuellement être déterminée avec quelque certitude. Unna et Auspitz rangeaient l'affection parmi les trophonévroses. L'opinion de Gubler, qui croyait à une affection parasitaire, n'a pas

été confirmée jusqu'ici par l'examen microscopique. Parrot, se basant sur une statistique de 51 cas sur lesquels on comptait 28 syphilitiques, avait considéré l'affection comme une manifestation de la syphilis; mais M. L. Guinon, sur 40 cas, n'a trouvé que 15 syphilitiques avérés et 9 cas douteux. En outre, le traitement antisiphilitique n'a qu'une action nocive sur la lésion. Il en est de même des cautérisations de nitrate d'argent. MM. E. Besnier et P. de Molènes ont cherché à faire rentrer la desquamation en aires dans l'eczéma, et en particulier dans l'eczéma séborrhéique, en faisant remarquer qu'on trouvait souvent chez les malades d'autres accidents arthritiques ou eczémateux coïncidant ou alternant avec les lésions linguales. Ces auteurs admettent aussi l'influence des troubles gastro-intestinaux. Celle-ci paraît incontestable. M. P. Le Gendre (communication orale) en a rencontré dans tous les cas qui se sont présentés à son observation.

**Traitement.** — L'affection guérissant le plus souvent sans aucun traitement, on peut se borner à recommander les soins de propreté de la bouche. Cependant les applications de glycérolé à l'hyposulfite de soude, à l'acide lactique, au salol ou à l'acide salicylique, paraissent être utiles et hâter peut-être la guérison. On ne doit pas négliger de traiter les troubles digestifs.

## II

## LEUCOPLASIE BUCCALE

**Historique.** — Entrevue par Samuel Plumbe (1857) qui lui donna le nom d'*ichtyose linguale*, cette affection a été décrite successivement par Kaposi (1866) qui la nomma *Keratosi mucosæ oris*, et surtout par Bazin qui l'appela *psoriasis buccal*. Divers autres travaux (Debove, Schwimmer, Vidal, Leloir) ont ensuite paru sur ce sujet. Aujourd'hui l'affection est assez bien connue, et la majorité des auteurs s'accordent à rejeter pour elle les noms impropres d'ichtyose ou de psoriasis, pour ne conserver que la dénomination due à Devergie (*plaques blanches*), à Schwimmer (*leucoplakia*) et à M. Vidal (*leucoplasie*).

**Définition.** — La leucoplasie buccale est une affection squameuse, chronique, siégeant surtout à la face dorsale de la langue, à la face interne des joues et des lèvres; caractérisée par l'existence de squames blanches, épaisses, et par l'induration de la muqueuse souvent fendillée et exulcérée (Vidal).

**Évolution clinique.** — L'affection débute par des taches arrondies, d'abord érythémateuses, puis blanchâtres et recouvertes d'une fine desquamation. Au niveau de ces taches, les papilles sont aplaties et tassées. Puis les taches s'étendent, prennent une coloration blanc grisâtre, blanc mat ou blanc nacré, coloration due à d'épaisses lamelles épidermiques qui peuvent être enlevées sur une longueur de 1 à 3 centimètres (Vidal). Plus tard on voit, à un moment donné, se produire des exulcérations, dues à la desquamation excessive des parties malades, et qui se réparent plus ou moins rapidement. En même temps apparaissent des fissures qui craquèlent irrégulièrement le dos de la langue. A cette période, la leucoplasie ne va jamais sans un certain degré d'induration super-



ficielle. Plus tard encore, en même temps que les plaques se sont généralisées à la plus grande partie de la langue, on les voit sur certains points se recouvrir de petites saillies coniques et cornées, d'où un aspect papillomateux spécial que M. Vidal considère comme caractérisant le second degré de la leucoplasie, et confinant à l'épithélioma.

La leucoplasie demeure longtemps sans produire de troubles fonctionnels; mais à une période tant soit peu avancée, elle amène de la raideur de la langue, et par là de la gêne de la mastication, de la déglutition, et parfois même de la parole. Puis, lorsqu'ont apparu les exulcérations et les fissures, on voit survenir de la douleur et de la salivation.

L'affection peut rester indéfiniment à son premier stade; mais, dans la majorité des cas, elle devient papillomateuse à un moment donné, et cette modification n'est que le prélude d'une transformation en épithélioma. Celui-ci apparaît d'ordinaire sur un des bords de la langue, et sous l'aspect d'une induration profonde, douloureuse, qui s'accroît plus ou moins rapidement et suit ultérieurement la marche bien connue du cancer lingual. Il faut savoir d'ailleurs que la transformation épithéliomateuse ne se produit qu'au bout d'un temps toujours long (dix à douze ans généralement).

La guérison de la leucoplasie buccale paraît être un fait possible, mais du moins il est des plus rares.

**Anatomie pathologique.** — Dans les cas de leucoplasie récente, on constate, à l'examen histologique, un épaissement de la couche superficielle de l'épiderme et de la couche granuleuse. Au contraire, les prolongements interpapillaires du corps muqueux de Malpighi sont diminués de longueur. Il y a donc processus d'hyperkératinisation véritable (Leloir). Le derme est infiltré de cellules embryonnaires, principalement dans ses couches superficielles.

Plus tard, lorsque des fissures se sont produites, on remarque à leur niveau diverses dégénérescences des cellules malpighiennes (altérations cavitaires, état granuleux); le derme sous-jacent à ces fissures est plus enflammé que le reste du chorion muqueux. A ce moment, le processus de kératinisation cède le pas à un processus de dékératinisation (desquamation). Les cellules superficielles n'offrent plus l'aspect corné; la couche granuleuse diminue d'épaisseur, puis disparaît, et les cellules du corps muqueux deviennent vacuolaires en grand nombre. Le derme est très infiltré et commence à se scléroser.

Enfin, quand apparaît l'épithélioma, on le reconnaît à ses caractères (épithélioma trabéculaire). Il a pour points de départ, suivant les cas, soit les prolongements interpapillaires, soit le fond des fissures, soit les petites végétations verruqueuses qui constituent la forme papillomateuse (Leloir).

**Étiologie.** — Inconnue chez l'enfant, la leucoplasie est assez rare chez la femme. En général, c'est une affection de l'homme adulte ou âgé. Sa cause première nous échappe. Comme causes secondes, on a incriminé les irritants locaux, le tabac entre autres. A sa deuxième période, il faut citer comme causes d'aggravation les mercuriaux et l'iodure de potassium, qui hâtent considérablement la transformation en néoplasme.

**Pronostic.** — Il ressort de l'évolution clinique et doit être réservé au début; il est grave plus tard. Il faut savoir que l'affection marche plus rapidement après cinquante ans qu'avant cet âge.

**Diagnostic.** — Il est facile à sa seconde période, où il s'impose presque, et même dans sa première, chez un malade qui n'est pas syphilitique. La *glossite tabagique* des fumeurs, avec laquelle l'affection peut être confondue, s'en distinguera par ses squames minces et très adhérentes, par sa localisation plus spéciale en triangles à sommet tourné vers les commissures, parce qu'elle donne lieu assez souvent à des phlyctènes produisant de petites exulcérations; enfin et surtout à la guérison des accidents par suppression de la cause qui les a engendrés. Mais c'est avec certaines formes de *glossite scléreuse syphilitique* que le diagnostic peut présenter des difficultés. Dans la majorité des cas cependant, l'affection spécifique se distinguera par l'aspect lobulé de la langue, par celui des squames minces et adhérentes, par sa prédilection pour les bords et la pointe de la langue à laquelle elle donne souvent un aspect dentelé. Enfin elle cède au traitement spécifique, tandis que la leucoplasie est aggravée par lui. C'est là, en réalité, le seul criterium permettant de faire le diagnostic dans certains cas. Pour ma part, j'ai observé deux malades, qui ont guéri de pseudo-leucoplasie linguale à la période d'état datant de plusieurs années, par le traitement antisyphilitique. Le premier de ces malades, âgé de soixante ans, étant venu me demander des soins pour une lésion syphilitique tertiaire de la cloison nasale, et le second pour une lésion analogue du larynx, je n'instituai le traitement spécifique qu'avec la crainte d'aggraver la lésion de la langue, d'autant mieux que le diagnostic de leucoplasie vraie avait été porté par des médecins d'une compétence indiscutable avant l'apparition des lésions syphilitiques nasale et pharyngée. Or l'affection, dans les deux cas, s'améliora au contraire rapidement, et au bout d'environ quinze jours la muqueuse avait repris la coloration et l'aspect normaux.

**Traitement.** — On ordonnera la suppression de toutes les causes d'irritation locale, et l'usage des gargarismes alcalins et émollients. Les alcalins ont été recommandés aussi par Bazin comme médication interne. Contre les fissures on a conseillé les cautérisations à l'acide chromique à 1 pour 5. Le galvano-cautère, vanté par Fletcher Ingals, a amené entre mes mains, dans le seul cas où je l'aie employé, de la douleur et une vive réaction inflammatoire, sans empêcher une réapparition rapide de la lésion aux points cautérisés, après la guérison de la brûlure. Aussi recommanderai-je de s'abstenir de toute cautérisation et de toute intervention active pendant la première phase de l'affection. Dès qu'apparaît la seconde période (état papillomateux), il n'en est plus de même. Le chirurgien doit intervenir, et agir comme dans le cas d'un cancer (Vidal, Trélat, Verneuil)<sup>(1)</sup>.

(1) Consultez DEBOVE, *Thèse de Paris*, 1875. — MERKLEN, *Ann. de dermatologie*, 1885. — H. LELOIR, *Soc. anat.*, 1885, et *Archives de physiologie*, 1887, p. 86. — MARFAN, *Congrès de dermatologie de Paris*, 1889.