

# ANNALES

DE

## DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

### TROISIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

ERNEST BESNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis,  
Membre de l'Académie de médecine.

BROCQ

Médecin des Hôpitaux.

A. DOYON

Médecin inspecteur des eaux d'Uriage,  
Correspondant de l'Académie de médecine.

A. FOURNIER

Professeur à la Faculté de médecine,  
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

P. HORTELOUP

Chirurgien des Hôpitaux.

E. VIDAL

Médecin de l'hôpital Saint-Louis,  
Membre de l'Académie de médecine.

Secrétaire de la Rédaction :

D<sup>r</sup> HENRI FEULARD

Chef de Clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

Les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* paraissent le 25 de chaque mois.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL

Paris, 30 fr. — Départements et Union postale, 32 fr.

TOME II — N° 11

Novembre 1894

EXTRAIT

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

MDCCCXCI



## OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

---

- SEBILLOTTE. — **Intoxications par le sublimé corrosif chez les femmes en couches.** In-8°, 193 pp. et 3 planches en couleurs. *Paris*, Steinheil, 1891.
- SMITH. — **Aperçus cliniques sur l'inflammation chronique simple du confluent génito-urinaire et sur ses complications névralgiques chez l'homme.** In-8°, 74 pp. *Gand*, Vanderhaegen, 1891.
- CASTAÑO. — **Tratamiento de las estrecheces uretrales.** In-8°, 15 pp. *Buenos-Ayres*, El Censor, 1891.
- DE SMET ET BOCK. — **Contribution à l'étude du lymphangiome circonscrit. Angiôme kystique.** (Ext. : *Journ. méd. de Bruxelles*, 1891.)
- RADICE ET DE MICHELE. — **Ricerche sull' erisipeloidè zoonotico della dita.** (Ext. : *Progresso medico*, 1891.)
- MIBELLI. — **L'Angiocheratoma.** (Ext. : *Giornale delle mal. vener. e della pelle*, 1891.)
- MIBELLI. — **Di alcuni peli deformi osservati in un caso di alopecia areata della barba.** (Ext. : *Giornale delle mal. vener. e della pelle*, 1891.)
- ARTHAUD ET BUTTE. — **Du nerf pneumogastrique.** In-8°, 214 pp. *Paris*, Soc. d'éditions scientifiques, 1892.
- P. RAYMOND. — **Notes sur le traitement de la syphilis en Allemagne et en Autriche.** Broch. in-8°, *Paris*, 1891. **Bulletins de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux**, t. XI. *Bordeaux*, 1890.
- BAGINSKY. — **Traité des maladies des enfants.** Traduit sur la 4<sup>e</sup> édition allemande, par MM. L. Guinon et L. Romme. 2 vol. in-8°, 361-687 pp. *Paris*, Steinheil, 1892. Prix : 20 francs.
- ROGER-MILÈS. — **La Cité de Misère.** Un vol. in-18 av. illust. 328 pp. *Paris*, Marpon et Flammarion, 1891. Prix : 3 fr. 50.
- P. FERRARI. — **La Tuberculina Koch nella lebbra.** *Mémoire lu à l'Académie de Catane*, mai 1891, n° 12, 1891.
- 
- 

**Avis.** — Les auteurs des *Mémoires originaux* insérés dans les *Annales* reçoivent gratuitement 50 exemplaires de leur travail tirés en sus, sans remaniement ni changement de pagination.

Il sera fait mention ou rendu compte de tout ouvrage relatif à la Dermatologie et à la Syphiligraphie dont deux exemplaires auront été envoyés au bureau du journal.

Adresser ce qui concerne la rédaction à M. le D<sup>r</sup> FEULARD, secrétaire de la Rédaction, 20, rue Saint-Georges, à Paris.

UTILITÉ DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE PRÉCOCE

DANS LES LEUCOKÉRATOSES DE LA BOUCHE ET DE LA VULVE

Par le Dr L. Perrin (de Marseille)

---

Malgré les nombreux et importants travaux auxquels elle a donné lieu, l'histoire de la leucoplasie offre encore bien des lacunes à combler, des questions difficiles et délicates sur lesquelles la science est loin d'être fixée.

Dans une remarquable étude annexée à la traduction des leçons du professeur Kaposi, notre cher et éminent maître M. Ernest Besnier vient de montrer quel était sur ce sujet, qui intéresse autant le dermatologiste que le chirurgien, l'état actuel de nos connaissances et combien de points obscurs contestés et contestables existaient encore.

Au lieu des mots *leucoplaquia* et *leucoplasie* qui avaient remplacé avantageusement les mots de psoriasis, ichthyose, tylose, etc., il (1) désigne, sous la dénomination nouvelle de *leucokératoses*, toutes les affections blanches des muqueuses. Leur caractère élémentaire, supérieur et commun est, en effet, le trouble de la fonction épithéliale — kératose, dyskératose, hyperkératose; — anatomiquement elles sont toutes des kératoses et objectivement des kératoses blanches. Les unes sont syphilitiques directement par l'objectivité et par l'action thérapeutique; les autres développées chez des anciens syphilitiques sont objectivement douteuses, ne subissent pas l'action du traitement antisiphilitique (leucokératoses syphilitiques et parasiphilitiques). Les autres semblent être la première expression d'un état morbide diathésique (leucokératoses buccales simples, idiopathiques, diathésiques). Quelques-unes sont notamment en rapport avec des abus réels de tabac, une profession déterminée, le mauvais état de la dentition, etc. (leucokératoses des fumeurs, des verriers, dentaires, etc.). Enfin à côté de ces faits simples et nettement qualifiés, il existe

(1) *Pathogénie et traitement des maladies de la peau*, par le Prof. M. KAPOSI, traduit par MM. E. BESNIER et A. DOYON, p. 678, 1891.



un grand nombre de cas mixtes, à la fois influencés par la syphilis et le tabac et favorisés par la prédisposition arthritique du sujet. Il est souvent impossible d'établir la part qui revient à chacune de ces causes qui paraissent combiner leur action pour produire les lésions leucokératosiques.

On peut se demander si ces leucokératoses constituent une entité morbide vraie pouvant se développer sous l'influence des causes diverses que nous venons d'énumérer, ou bien s'il faut distinguer des leucokératoses dites essentielles survenant, en vertu d'une prédisposition spéciale, chez des individus exempts de toute tare arthritique et syphilitique, en l'absence de toute cause d'irritation locale, s'il faut distinguer d'autre part des leucokératoses arthritiques, syphilitiques, parasyphilitiques, traumatiques (fumeurs, verriers), etc., toutes affections distinctes les unes des autres par leur pathogénie, leur nature, leur évolution, leurs réactions thérapeutiques, mais ayant un syndrome objectif commun, la plaque blanche. Certes ces questions ont une importance capitale au même titre que celle qui consiste à savoir si les leucokératoses doivent être considérées comme la première période de l'épithéliome, ou bien au contraire si elles sont nettement distinctes dans leur nature de l'épithéliome, mais peuvent se compliquer de cette affection à une certaine période de leur évolution.

Les documents que nous avons recueillis ne nous permettent pas d'élucider ces points encore si obscurs et si discutables. Par contre, ils nous paraissent avoir un intérêt pratique majeur, en ce sens qu'ils montrent de la manière la plus claire toute l'importance que peut avoir dans le traitement de ces leucokératoses une intervention chirurgicale précoce. C'est à ce titre qu'ils nous ont paru devoir être publiés.

Parmi les observations que nous rapportons, deux sont des cas de leucoplasie linguale avec dégénérescence épithéliale; dans une autre plus intéressante, la lésion a pour siège non la muqueuse buccale, mais la muqueuse vulvaire dont la leucoplasie est fort peu décrite; dans ce cas encore, l'épithéliome s'est développé au niveau des plaques blanches. Ces trois observations sont suivies d'une étude histologique que nous devons à l'obligeance de M. Wallich. Une autre de nos observations est un exemple de leucoplasie des lèvres avec ulcérations, excroissances verruqueuses et productions cornées; elle a été traitée par la destruction des plaques avec le thermo-cautère; la guérison se maintient depuis trois ans.

## LEUCOPLASIE LINGUALE

### OBSERVATION I. — *Leucoplasie linguale. Epithélioma.*

M. X..., âgé de 53 ans, ancien officier de cavalerie, vient nous consulter au moins d'octobre 1889. Ses antécédents pathologiques sont assez impor-

tants : son grand-père est mort d'un cancer de la lèvre inférieure qui s'était propagé à la commissure labiale, à la joue, au maxillaire inférieur ; son père a été opéré d'un épithélioma de la lèvre inférieure et mourut quatre ans après d'une pneumonie sans avoir eu de récurrence. Il n'a qu'une sœur qui est rhumatisante et nerveuse. Quant à lui, c'est un homme solide et vigoureux ; il est marié depuis dix ans ; sa femme n'a jamais été enceinte. Il souffre quelquefois de douleurs dans les genoux et les cuisses, mais sa santé a toujours été excellente jusqu'en 1887. A cette époque il a eu, étant en Algérie, des accès de fièvre paludéenne dont deux pernecieux ; depuis qu'il a quitté le pays, il se porte très bien. Il nie tout antécédent syphilitique, mais en l'examinant, nous trouvons sur le membre supérieur gauche des lésions nettement spécifiques. En effet, sur la partie moyenne du cubitus, au niveau de sa face postérieure, existe une exostose ayant 3 centimètres de longueur ; sur les téguments de la région postérieure du coude, on voit un grand placard de syphilide gommeuse sèche s'étendant depuis la partie inférieure du bras jusqu'à la moitié supérieure de l'avant-bras. Les nodules gommeux existent à tous les degrés d'évolution : au centre des cicatrices, les unes blanches, les autres pigmentées, certaines rouges, maculeuses encore recouvertes d'une croûte adhérente ; enfin vers la périphérie trois ou quatre petites tumeurs intra-cutanées solides, fermes, persistantes.

S'il n'a aucun souvenir d'avoir contracté la syphilis, le malade avoue avoir fait depuis sa jeunesse des excès de tabac ; c'est un grand fumeur, il avait toujours, dit-il, la pipe ou la cigarette à la bouche. Pas d'alcoolisme.

Il s'est aperçu, il y a onze ans, en 1878, de l'affection pour laquelle il vient consulter ; il avait alors 42 ans. Depuis cette époque, sa langue a toujours été recouverte de plaques blanches qui ont peu à peu augmenté d'étendue et d'épaisseur ; quand elles étaient trop saillantes et le gênaient, il raconte qu'il les enlevait en les raclant avec un couteau. Il n'avait jamais souffert de cette affection jusqu'au moment où une crevasse se serait produite sur le bord gauche de la langue. Le malade fait remonter cet accident au mois de juillet 1889. Au mois d'octobre suivant, quand nous le voyons pour la première fois, nous constatons l'état suivant.

La face dorsale de la langue dans ses deux tiers antérieurs, sauf à la pointe, est presque entièrement recouverte de plaques d'un blanc d'argent. Sur la moitié droite et sur la partie médiane existe un placard épais, rugueux, fortement adhérent à la muqueuse. Sur la moitié gauche et un peu en avant du V lingual, on voit un autre placard irrégulier ayant 2 centimètres d'étendue et présentant les mêmes caractères que le précédent. La lésion la plus grave et la plus récente siège sur le bord gauche et la face dorsale de la langue de ce côté. C'est une surface ulcérée, située à 3 centimètres de la pointe et offrant les caractères suivants. L'ulcération est d'un rouge vif, ovalaire, ayant environ la dimension d'une pièce de un franc ; elle présente en certains points de sa surface de petits îlots blancs, formés de débris épithéliaux, ressemblant à des greffes cutanées ; sur ses bords l'ulcération est immédiatement entourée d'un anneau ayant 1 centimètre de hauteur et d'épaisseur ; il est constitué par des saillies d'un blanc crémeux, adhérentes à la muqueuse par leur base et par leur partie interne à l'ulcération

qu'elles enserrent, tandis que, par leur partie supérieure, elles sont libres, détachées et forment comme une espèce de collerette à la surface ulcérée. Celle-ci et sa bordure leucoplasique reposent sur une base résistante et indurée. Elle est sensible au toucher et le malade se plaint de douleurs vives pendant le jour, mais encore plus intenses pendant la nuit; pour les calmer il fait fréquemment des badigeonnages avec une solution de cocaïne. La mastication est très gênée, la parole embarrassée. Les dents ne sont pas en mauvais état, sauf les incisives inférieures qui sont déchaussées en partie, noirâtres, mais ne présentent pourtant aucune arête saillante. Sous la branche horizontale du maxillaire du côté de l'ulcération, on sent un petit ganglion mobile, de la grosseur d'une noisette, non douloureux, et qui, d'après le malade, existerait depuis trois ans. En présence de cette leucoplasie et des caractères de l'ulcération qui nous la font considérer comme étant de nature épithéliale, nous disons au malade que, malgré la lésion syphilitique qu'il porte sur l'avant-bras, nous ne croyons pas devoir le soumettre à un traitement antisiphilitique, que son salut dépend d'une ablation faite le plus tôt possible de la partie ulcérée.

Nous ne revoyons le malade que deux mois après; il va de mal en pis, il a consulté les uns et les autres, il a essayé de tous les médicaments, il a pris de l'iode de potassium et du mercure; maintenant, il n'a plus un instant de repos, ses souffrances sont atroces, il a des idées de suicide. Il éprouve dans la bouche, suivant son expression, une sensation de charbon ardent; la salivation est continuelle. Enfin l'amaigrissement est très marqué: il meurt de faim, ne pouvant prendre que quelques aliments liquides à peine chauds.

L'ulcère s'est étendu en surface et en profondeur dans l'espace de deux mois. Il occupe une grande partie de la face dorsale et du bord gauche de la langue; ses dimensions sont de 4 centimètres de long sur 3 centimètres de large; il est rougeâtre, creusé profondément et reposant sur une masse néoplasique remarquable par sa dureté. Ses bords sont durs, épais, renversés. Les placards leucoplasiques constatés il y a deux mois ne se sont pas modifiés; le ganglion sous-maxillaire n'a pas augmenté de volume, il est toujours mobile et non douloureux.

L'ablation de la partie malade est pratiquée le 28 décembre 1889 par M. Villeneuve, professeur de clinique chirurgicale. Les détails de l'opération sont sans grande importance. Après chloroformisation et hémostase préventive assurée par deux fortes pinces, d'un coup de bistouri, la partie malade est abattue et, après ablation de ce fragment en forme de V, les bords de la plaie sont suturés avec le crin de Florence. Pendant le passage des fils, la langue étant attirée fortement en dehors, on voit à plusieurs reprises un petit jet de liquide s'échappant par l'embouchure du conduit excréteur des glandes sous-maxillaires.

Les suites de l'opération furent des plus simples: le malade éprouva un très grand soulagement après l'opération, il ne souffrait plus et put dormir la nuit pendant quelques heures; il n'y eut pas d'hémorragie, mais la réunion immédiate fut incomplète plusieurs fils ayant déchiré les tissus.

Jusqu'au mois d'octobre 1890, c'est-à-dire pendant une durée de neuf

mois, la santé a été parfaite; le malade a pris de l'embonpoint, il pèse quatorze livres de plus qu'autrefois, jamais il n'avait été aussi gros; la mastication et la parole ne sont nullement gênées; la sensibilité gustative est absolument indemne. Le malade ne se plaint que d'une sensation de sécheresse ligneuse qu'il éprouve dans la bouche.

Les plaques leucoplasiques existent toujours et n'ont pas été modifiées soit par la médication générale (solution arsenicale), soit par les soins locaux (pulvérisations, lotions, onctions boriquées, badigeonnages avec une solution d'acide salicylique, etc.). La langue présente neuf mois après l'opération l'état suivant. Le bord gauche est le siège d'une cicatrice souple; au niveau de l'angle aigu formé par l'ablation du fragment en V qui a été pratiquée, il y a dix mois, on voit une surface ridée formée par cinq ou six plis de la muqueuse qui est comme froncée en ce point. De l'extrémité supérieure de ces plis jusqu'à 2 centimètres de la pointe de la langue, s'étend un vaste placard bien limité blanc jaunâtre recouvrant par conséquent toute la face dorsale de l'organe. Ce placard est épais, dur, comme croûteux, à surface rugueuse; il est fortement adhérent à la muqueuse. A la loupe on voit qu'il présente trois ou quatre sillons transversaux, déprimés, larges d'un demi-centimètre, qui sont limités par des arêtes hérissées d'aspérités, sortes de saillies cornées, dures au toucher et d'une coloration blanc crémeux. Sur les sillons déprimés existent des ponctuations, un état piqueté particulier constitué par de petits orifices arrondis, creusés comme à l'emporte-pièce dans l'épaisseur de la plaque, mais n'allant pas jusqu'à la muqueuse sous-jacente. Cet aspect rappelle un peu ce qui se voit sur les ongles dans le psoriasis ou l'eczéma.

Le ganglion sous-maxillaire du côté gauche est toujours dans le même état; mais il en existe un autre ayant le volume d'une olive et siégeant à la partie antéro-latérale du cou, à 3 centimètres et demi au-dessus de la clavicule, sur le trajet du sterno-cleido-mastoïdien.

Dans une consultation avec M. Villeneuve, nous proposons l'ablation de ce ganglion : ce conseil n'est pas suivi par le malade. Quand nous le revoyons à la fin du mois de décembre, il se plaint d'avoir pendant la nuit, quand il est couché, des quintes de toux qui ne cessent que lorsqu'il se met sur son séant; il a des douleurs dans la région occipitale du côté gauche au niveau de l'insertion supérieure du muscle sterno-mastoïdien; enfin il ne peut incliner la tête de ce côté, ni porter le menton du côté opposé. Ces phénomènes sont en rapport avec l'augmentation de volume qu'a subie la tumeur ganglionnaire que nous avons constatée au mois d'octobre dernier, il y a à peine trois mois. Cette tumeur a aujourd'hui le volume d'un gros œuf de poule, elle siège sur la partie antéro-latérale du cou, au niveau des ganglions carotidiens à 3 centimètres au-dessus de la clavicule. Elle fait une saillie manifeste et s'étend profondément pour comprimer le pneumogastrique (quintes de toux) et le muscle sterno-mastoïdien auquel elle adhère. La peau est tendue à son niveau; par la palpation, on sent une masse dure, uniforme, sans bosselures. La tumeur a surtout pris ces proportions depuis un mois. Le malade raconte que pour éviter une nouvelle opération, on lui a fait dans la tumeur cinq ou six injections de liqueur de Van Swieten, une seringue de Pravaz chaque fois.

Ces injections, étant très douloureuses, étaient additionnées de quelques gouttes d'une solution de cocaïne.

L'examen de la langue ne présente aucun fait nouveau à signaler : il n'y a aucune trace de récurrence de l'épithélioma; la plaque blanc jaunâtre, épaisse, dure, cornée et adhérente que nous avons décrite sur toute la face dorsale droite de la langue, présente toujours les mêmes caractères.

Le 30 décembre, le malade entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Villeneuve qui tente de faire l'ablation de la tumeur ganglionnaire. L'incision de celle-ci laisse sortir un magma semi-liquide de couleur foncée; après une injection, on constate qu'il existe une vaste cavité limitée par une paroi résistante et très adhérente à toutes les parties voisines. La dissection de cette poche étant trop dangereuse, après l'avoir badigeonnée avec une solution de chlorure de zinc, la réunion est faite dans la partie supérieure de la plaie; par la partie inférieure on introduit de la gaze iodoformée. Au bout de huit jours, le malade sort de l'hôpital et quitte Marseille pour aller dans sa famille. Nous avons reçu à plusieurs reprises de ses nouvelles : la plaie s'est étendue en surface et en profondeur, des bourgeons cancéreux se sont développés avec rapidité donnant lieu à des hémorragies répétées qui ont peu à peu affaibli le malade qui a fini par mourir après de vives souffrances au mois de juin 1891.

#### EXAMEN HISTOLOGIQUE

*Lésions de l'épithélium.* — L'épithélium sur certaines coupes apparaît tout à fait normal; dans d'autres, il est manifestement altéré. Ces altérations consistent en épaississement considérable de la couche épithéliale avec légère hypertrophie des papilles. Dans le *stratum corneum* très épaissi, on observe des cellules nucléées dont quelques-unes renferment des grains d'éléidine. Par places il existe de l'éléidine diffuse se manifestant par une coloration rouge en masse, les autres points sont teintés en jaune.

Le *stratum granulosum* est aussi hypertrophié, il compte trois ou quatre couches de cellules au lieu de une à deux comme à l'état normal. Il est formé de cellules possédant un noyau qui, dans certains points, présente très nettement des grains d'éléidine. Il y a aussi de l'éléidine diffuse, soit en plaques intercellulaires, soit en réseau péricellulaire.

Le *stratum malpighien* est très épaissi, mais la limite qui le sépare du derme est partout normale. Quant au derme lui-même, il est très infiltré de cellules rondes surtout par places. Les vaisseaux sont normaux. Dans cette coupe, on ne voit pas de globes épidermiques soit dans la couche épithéliale, soit dans la couche conjonctive. En résumé, il y a ici une inflammation de la muqueuse, une glossite qui se traduit par une infiltration embryonnaire du derme, la prolifération de l'épithélium et une déviation du processus de kératinisation. L'éléidine qui, d'après Ranvier, ferait défaut à l'état normal apparaît en abondance, mais il semble qu'elle soit incapable d'aboutir à la kératinisation vraie puisqu'on la retrouve dans la couche superficielle.



OBSERVATION II. — *Leucoplasie linguale.*

M. X..., âgé de 50 ans, employé au chemin de fer, nous est adressé par un de nos confrères pour une leucoplasie linguale le 24 août 1889.

Les antécédents morbides de X... sont les suivants. En 1839, il a eu à l'âge de 20 ans, pendant qu'il faisait son service militaire dans les zouaves, un chancre considéré comme syphilitique et traité comme tel à l'hôpital militaire d'Alger. Le traitement fut de courte durée, le malade n'étant resté qu'une vingtaine de jours à l'hôpital. Depuis cette époque, il n'a jamais eu d'accident et n'a suivi aucun traitement. En 1869, il se marie : sa femme a eu cinq grossesses toutes arrivées à terme ; mais, sur cinq enfants, les deux derniers sont seuls vivants et bien portants ; les trois premiers sont morts : l'aîné à l'âge de 7 ans, à la suite de convulsions et d'une affection des bronches (?), les deux autres à quinze mois et à vingt-sept mois, l'un et l'autre de méningite.

Nous trouvons encore à noter dans les antécédents du malade des douleurs articulaires à caractère rhumatoïde localisées surtout aux genoux et dans les épaules ; il en souffre depuis l'époque où il a fait son service militaire, il les a contractées en couchant sous la tente. Il y a quatre ans, en 1885, il a eu un rhumatisme articulaire subaigu qui l'a forcé à garder le lit pendant quarante-huit jours.

Outre ses antécédents de syphilis probable et d'arthritisme certain, le malade est alcoolique et fumeur. C'est un grand mangeur, un gros fumeur ; il fumait dans la pipe 40 grammes de tabac par jour ; il a fait des excès de boissons autrefois et maintenant il boit tous les jours en dehors des repas plusieurs verres d'alcool.

Ses parents sont morts : son père à 69 ans, il ignore de quelle maladie sa mère à 57 ans, elle était asthmatique ; il a trois frères dont l'un est sujet à des accès d'asthme et deux sœurs qui sont bien portantes.

L'affection de la langue pour laquelle le malade vient nous consulter, a débuté il y a quatorze ans, en 1875 ; il avait alors 36 ans. Il a remarqué à cette époque qu'il se formait des plaques blanches sur les côtés de la langue et principalement sur le bord gauche en contact avec la pipe. Ce côté de la langue étant devenu sensible, le malade fuma du côté droit, et il y a deux ans, en 1887, une petite plaie survint de ce côté. La suppression absolue du tabac et les lotions boriquées amenèrent la cicatrisation de cette plaie. Le malade crut alors pouvoir reprendre l'usage du tabac, mais au lieu de la pipe, il se met à fumer seulement la cigarette, plus d'une vingtaine par jour. C'est sous l'influence de cette nouvelle cause d'irritation que semble avoir apparu une ulcération sur le bord gauche de la langue. Cette ulcération date de quatre mois (mai 1889), quand nous voyons le malade pour la première fois.

Le 24 août 1889, nous constatons l'état suivant. Le malade est un homme robuste, grand, bien constitué, très bien portant, sauf un peu d'emphysème pulmonaire. La langue présente des altérations différentes sur chacune des moitiés de la face dorsale. A gauche de la ligne médiane existent deux régions malades, l'une antérieure à 2 centimètres de la pointe ; l'autre, en

arrière de celle-ci, est plus étendue. L'une et l'autre sont allongées dans le sens antéro-postérieur. La première est rouge et simplement exulcérée; l'autre présente une configuration assez singulière. Elle a à peu près dans sa totalité la dimension d'une pièce de un franc; à son centre on voit une surface blanc grisâtre lisse et unie, de forme irrégulière, ayant l'aspect d'une feuille de trèfle. Cette surface est séparée par une fissure profonde et ulcérée, d'une bordure un peu surélevée, desquamée à coloration rougeâtre.

La moitié droite de la face dorsale de la langue est moins altérée : on voit en allant d'arrière en avant une plaque blanche, laiteuse, adhérente, siégeant à la partie postérieure de la langue, située à 3 centimètres en avant du V lingual; puis une surface presque quadrilatère, présentant un aspect décoloré, grisâtre ardoisé, sillonnée de plis très superficiels à direction longitudinale; en avant de cette surface, sur le bord de la pointe une petite bande de papilles saines; enfin à la pointe dans l'étendue de 1 à 2 centimètres une plaque blanche transversale s'étendant jusqu'à la face inférieure de la pointe.

La commissure labiale et la face interne de la joue du côté droit sont le siège d'une plaque allongée blanc grisâtre. Les dents sont en bon état. On ne sent en aucun point de la région sous-maxillaire de ganglion augmenté de volume.

Dès l'apparition de la lésion ulcéreuse, c'est-à-dire depuis plus de trois mois, le malade a été soumis par son médecin au traitement antisypilitique, et localement à des lotions et pommades boriquées. Nous écrivons à notre confrère qu'aucune amélioration n'ayant été produite soit par le traitement général soit par les soins locaux, nous pensons à une dégénérescence épithéliale de la lésion et conseillons une ablation rapide.

Nous ne revoyons plus le malade de dix à onze mois; au mois de juin 1890, quand il se présente à nous, il est dans l'état suivant. Le malade parle avec la plus grande difficulté, la mastication est impossible, il ne peut avaler que des aliments demi-liquides à peine chauds, et encore est-il obligé, avant toute ingestion, de badigeonner la surface ulcérée avec une solution de cocaïne au vingtième. La langue du côté droit ne présente pas de changements notables; du côté gauche, au contraire, la lésion a fait de grands progrès. Il n'existait qu'une fissure et une surface exulcérée entourant une partie centrale irrégulière blanc grisâtre; maintenant on voit une vaste ulcération ayant 4 centimètres de long sur 2 de large; elle est anfractueuse et indurée, les bords sont durs, éversés et saignant facilement; elle repose sur une base résistante et très dure. Outre cette ulcération, on voit du même côté vers la pointe une petite surface ovale grosse comme une pièce de vingt centimes, assez douloureuse, mais seulement exulcérée.

Le malade n'a pas de douleurs irradiées vers l'oreille, mais depuis huit jours les dents supérieures et inférieures sont le siège de douleurs continues; le malade ne les calme un peu qu'en comprimant la joue gauche avec la main. La salivation est abondante. Dans la région sous-maxillaire gauche on trouve un ganglion augmenté de volume et douloureux à la pression.

Malgré les souffrances et la gravité de l'état local, la santé générale est restée bonne; il y a un peu d'amaigrissement, l'alimentation étant in-

suffisante. Le malade, étant enfin décidé à l'opération qu'il avait refusée il y a un an, entre à l'hôpital de la Conception, où il est opéré par M. Flavard, le 7 juin 1890.

Après anesthésie par le chloroforme, on assure l'hémostase par les longues pinces courbes et dentées de Péan avec lesquelles on circonscrit la région malade; l'excision de toute la moitié gauche de la langue jusqu'à ses attaches au plancher buccal est faite à l'aide des ciseaux. Les pinces enlevées, l'hémorragie est arrêtée par une cautérisation avec le thermocautère. A la chute des eschares, le septième jour après l'opération, le malade eut une hémorragie abondante suivie d'une syncope. Malgré cet accident, la cicatrisation s'opéra régulièrement et le malade sort de l'hôpital le 1<sup>er</sup> juillet; il ne reste à ce moment qu'une surface bourgeonnant régulièrement de 2 à 3 centimètres qui n'est pas encore cicatrisée. Sous la branche du maxillaire on sent encore un petit ganglion, mais il n'est plus douloureux et a diminué de volume d'une manière sensible.

Pendant dix mois le malade va très bien; rien à signaler dans son état; quand il vient se présenter à nous le 14 avril 1891, il nous raconte qu'il a cru devoir prendre au changement de saison des purgations assez fortes (médecine Le Roy) pendant deux à trois semaines à intervalles plus ou moins rapprochés; c'est à la suite de cette médication qu'il a vu se produire de nouvelles lésions sur la langue. Il a poussé une saillie arrondie, rouge, ayant les dimensions d'un pois et ressemblant à un gros bourgeon charnu résistant. Cette lésion est développée même au-dessus de l'angle aigu formé par la cicatrice; celle-ci, dans ses autres parties, est absolument souple et lisse. Sur toute la région de la pointe on voit, en outre, de petites surfaces circulaires, desquamées, à coloration rougeâtre; ce sont des exulcérations qui en se réunissant ont formé une surface irrégulière. La face dorsale du côté droit est toujours le siège de la même plaque blanc grisâtre avec de fins sillons longitudinaux; il existe une autre plaque blanche rugueuse hérissée de petites saillies de même coloration en avant du V lingual. On ne sent pas d'engorgement ganglionnaire dans la région sous-maxillaire.

Malgré l'avis de M. Flavard et le nôtre, le malade ne veut pas se soumettre à une nouvelle opération; nous ne le revoyons que cinq mois après, au mois de septembre 1891. L'état de la langue s'est peu modifié: les exulcérations de la pointe sont cicatrisées, on voit sur une surface rouge lisse, luisante, un certain nombre de petits flots disséminés au milieu d'flots, recouverts d'un vêtement leucoplasique mince, qui étaient le siège il y a cinq mois des exulcérations. La saillie dure et bourgeonnante qui existait au sommet de la cicatrice n'a pas grossi, mais de sa partie interne et supérieure part une fissure profonde à bords indurés de 2 centimètres de longueur; elle n'est ni douloureuse spontanément, ni au toucher. Au-dessus de cette fissure et la surplombant on voit une plaque blanc laiteux formée de petites saillies cornées, dures au toucher. Une autre plaque semblable à celle-ci existe sur le côté droit de la langue, au-dessous du V lingual; au-dessous de cette plaque on retrouve toujours la surface quadrilatère blanc grisâtre avec ses fins sillons longitudinaux que nous avons constaté la première fois que nous avons vu le malade.

Si l'état de la langue est peu changé, dans la région sous-maxillaire gauche, la marche de la maladie apparaît dans toute sa gravité. Il existe en ce point une masse ganglionnaire ayant la grosseur du poing; elle est dure, adhérente en haut, en bas elle descend jusqu'à la partie moyenne du cou; en avant d'elle, on sent les battements de la carotide immédiatement appliquée sur la partie profonde de la tumeur. L'état général du malade est encore bon, il a toujours grand appétit, il ne souffre pas de cette masse ganglionnaire qui ne le gêne que par son volume; pendant la nuit il a éprouvé deux ou trois fois une sensation d'oppression très pénible.

#### ÉTUDE HISTOLOGIQUE

*Lésions de l'épithélium.* — L'ensemble de la couche épithéliale est partout très épais : le *stratum corneum*, formé de cellules pour la plupart nucléées, renferme une grande quantité d'éléidine, soit dans soit entre les cellules. Par places cette couche est uniformément colorée en rouge par le picrocarmine, mais le dépôt d'éléidine est assez irrégulier.

La distinction du *stratum granulosum* et du *stratum malphigien* est moins nette qu'à l'état normal. Ces deux couches sont très épaissies. Dans certains points l'épithélium a une limite très nette; on aperçoit clairement la couche basale de cellules cylindriques avec ses caractères normaux; mais dans d'autres points les cellules épithéliales ont franchi cette limite et se sont nettement diffusées dans le tissu conjonctif sous-jacent. Les papilles sont très nettement hypertrophiées, atrophiées en d'autres points. Enfin il existe par places dans le tissu conjonctif des globes épidermiques nets et nombreux. Le chorion est infiltré abondamment de cellules rondes; les vaisseaux sont normaux.

#### LEUCOPLASIE VULVAIRE

OBSERVATION III. — *Leucoplasie vulvaire. Épithélioma développé sur la grande lèvre droite. Récidive rapide dans les ganglions inguinaux.*

M<sup>me</sup> X..., âgée de 63 ans, vient me consulter le 22 avril 1890 pour du prurit vulvaire datant de plusieurs années et s'accompagnant depuis quelques mois de douleurs vives devenues intolérables.

Voici en quelques mots l'histoire de M<sup>me</sup> X... Ses parents sont morts à un âge avancé : son père, d'apoplexie cérébrale; sa mère était diabétique. Elle avait deux sœurs, L'une a été opérée d'un kyste de l'ovaire et est morte quelques années après à 60 ans, d'une affection pulmonaire; l'autre est morte à 62 ans, elle ignore de quelle maladie, mais c'était une affection abdominale caractérisée par du gonflement et des douleurs dans le bas-ventre.

Quant à elle, sa santé a toujours été bonne; elle est mère de deux filles bien portantes. Comme antécédents, elle a eu des douleurs articulaires à caractère rhumatoïde et des plaques d'eczéma nummulaire; elle n'a jamais eu de sucre ni d'albumine dans les urines, mais assez fréquemment de

la gravelle urinaire; jamais d'antécédent de syphilis. La ménopause s'est établie à 48 ans sans accident, mais c'est depuis cette époque que la malade a pris de l'embonpoint et qu'elle souffre de démangeaisons à la vulve.

Le prurit vulvaire daterait donc d'une quinzaine d'années; il revenait par poussées, toujours plus violent la nuit que le jour; il a résisté à tous les traitements. Depuis sept à huit mois (septembre 1889), en dehors des démangeaisons, la malade ressent des douleurs vives et lancinantes, qui sont devenues intolérables après quelques cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent.

L'examen de la vulve permet de constater immédiatement de la leucoplasie et une tumeur dure ulcérée siégeant sur la grande lèvre droite.

Les plaques leucoplasiques siègent surtout du côté droit : elles s'étendent depuis la fourchette jusqu'au clitoris qu'elles dépassent pour gagner la partie supérieure de la petite lèvre gauche. La face interne de la grande lèvre droite, la petite lèvre du même côté sur ses faces, le clitoris, son capuchon et la partie supérieure de la petite lèvre gauche sont recouvertes de plaques blanches, mates, opaques et lactescentes, semblables à de la peau de gant de chevreau. Ces plaques sont épaisses de 3 à 4 millimètres; elles sont dures, lisses, résistantes, d'une sécheresse ligneuse caractéristique. Les petites lèvres, surtout à droite, sont déformées, ratatinées et rigides.

Sur la face supérieure et interne de la grande lèvre droite existe une tumeur arrondie, de la grosseur d'une noix; elle repose sur une base dure, un peu élevée et mobile sur les parties profondes. Elle est le siège d'une ulcération profonde; c'est une perte de substance circulaire, ayant les dimensions d'une pièce de deux francs à fond rougeâtre mamelonné, creux et anfractueux; les bords sont taillés à pic, durs, rugueux, parsemés de saillies bourgeonnantes.

Le méat urinaire, le vagin, l'utérus sont absolument sains; il n'y a aucun trouble de la miction, les urines sont normales, il n'y a aucun écoulement vaginal.

Dans la région inguinale droite, on trouve une tumeur ganglionnaire formé par un gros ganglion indolent accompagné de deux autres plus petits. Rien à gauche.

L'état général de la malade est excellent, elle n'a pas maigri, mais la marche est pénible, les douleurs sont très vives, à caractère lancinant.

Le 5 mai 1890, après chloroformisation, M. le professeur Ollier pratique au niveau de la vulve avec le thermocautère l'excision de la tumeur épithéliomateuse, puis l'ablation complète de toutes les plaques blanches : le clitoris, la petite lèvre droite dans sa totalité, la petite lèvre gauche dans sa moitié supérieure sont disséquées et enlevées; c'est une décortication complète et absolue de toute la muqueuse atteinte de leucoplasie. Des ligatures au catgut sont placées sur tous les vaisseaux sectionnés.

Au niveau de la région inguinale droite, après une nouvelle désinfection du champ opératoire et des mains, avec des instruments qui n'ont pas servi pour la première partie de l'opération, une incision est faite le long du pli inguinal et les ganglions sont enlevés avec tout le tissu cellul-

graisseux qui les entoure. En incisant le plus gros ganglion, on voit qu'il est ramolli et dégénéré au centre; les autres sont petits et durs.

Les suites de l'opération furent des plus simples: la réunion par première intention est obtenue pour la plaie inguinale; du côté de la vulve, pansement avec la poudre d'iodoforme; sonde à demeure qui est très bien tolérée par la vessie pendant vingt-deux jours; cicatrisation complète le 10 juin; état général excellent.

Au mois d'octobre, c'est-à-dire cinq mois après l'opération, on constate l'apparition de ganglions indurés dans la région inguinale; à la vulve, aucune trace de récurrence. Toute nouvelle intervention est refusée et la malade se soumet à des injections interstitielles de liqueur de Van Swieten dans la tumeur inguinale. Celle-ci augmente rapidement et quand un mois après ces injections, nous revoyons la malade, nous constatons une masse ganglionnaire énorme avec plusieurs ganglions ramollis. Des ulcérations ne tardent pas à se produire, le stylet pénètre de 5 à 6 centimètres dans deux ou trois trajets fistuleux à direction interne, donnant lieu à un écoulement sanieux, de couleur noirâtre. Dans la région inguinale gauche s'est développée une tumeur dure, mamelonnée, de la grosseur du poing. Les lésions continuent à marcher rapidement, les douleurs sont vives et ne peuvent être calmées que par des injections de morphine, l'amaigrissement fait tous les jours des progrès. En janvier, on constate à droite une tumeur énorme, bosselée, étendue transversalement de l'épine iliaque antéro-inférieure à la région pubienne, adhérente aux parties profondes et remplissant la fosse iliaque; au niveau du pli inguinal, de nombreuses ulcérations et des orifices fistuleux. A la partie supérieure de la cuisse, dans le triangle de Scarpa, un paquet de ganglions verticaux forme une grosseur dure, marronnée, mobile, mais comprimant le paquet vasculo-nerveux et déterminant de l'œdème de tout le membre et des douleurs jusqu'à la malléole.

Enfin sur les téguments de la partie inférieure de l'abdomen et sur le mont de Vénus ont apparu une vingtaine de petites nodosités dures, du volume d'un pois, qui augmentent progressivement; à leur niveau la peau devient violacée et il se forme des ulcérations à bords durs et éversés. La cicatrice de la vulve est lisse et souple et indemne de récurrence, de même du côté du vagin et de l'utérus, il n'y a aucune production néoplasique.

La mort est hâtée par des hémorragies répétées qui se font au niveau des ulcérations ganglionnaires et des tumeurs cancéreuses cutanées; une dernière hémorragie très abondante, survenue pendant le sommeil, a lieu le 16 février, suivi d'un état syncopal. La malade meurt le lendemain.

#### EXAMEN HISTOLOGIQUE

Multiplication énorme des cellules de la couche cornée au niveau de la plaque de leucoplasie. Leur coloration est très vive en ce point. Destruction des papilles à ce même niveau et épithélioma des plus caractéristiques avec nombreux globes épidermiques.

## LEUCOPLASIE LABIALE

OBSERVATION IV. — *Leucoplasie labiale avec ulcérations, excroissances verruqueuses et productions cornées. Décortication de la lèvre avec le thermocautère. Guérison datant de trois ans.*

X..., âgé de 64 ans, vient nous consulter, le 13 octobre 1888; il est atteint depuis vingt ans de plaques blanches siégeant sur la lèvre inférieure près de la commissure du côté gauche. Les lésions présentent les caractères suivants. Sur le bord libre de la lèvre inférieure, au niveau de son tiers externe, on voit en allant de gauche à droite : 1° la commissure gauche être le siège de plaques blanc grisâtre avec de nombreux sillons non ulcérés; 2° une tumeur acuminée, dure, cornée, de couleur jaune brunâtre, de forme cylindrique, ayant 1 centimètre à sa base et une longueur de 2 centimètres; 3° une surface ulcérée, mammelonnée, rouge, d'aspect granuleux; 4° des excroissances verruqueuses. Il n'y a pas d'adénopathie sous-maxillaire.

A la face, le malade présente au niveau de la région temporale droite une surface rouge recouverte de croûtes assez molles, graisseuses et adhérentes aux parties sous-jacentes. Au-dessous de cette plaque d'acné sébacée concrète existe une surface cicatricielle, blanche, lisse, atrophique. A gauche au niveau de l'extrémité du sourcil, on voit une surface cicatricielle semblable et au-dessus d'elle une petite tumeur perlée.

Sur le corps, le malade présente de larges placards d'eczéma sec fendillé et squameux sur la partie inférieure des jambes, au niveau des régions palmaires et plantaires avec kératodermie; les ongles ont comme altérations des cannelures et des ponctuations très multipliées. Du côté des yeux, cataracte double. Pas d'antécédents syphilitiques, mais excès de tabac.

Le 25 octobre, avec le thermocautère, toute la surface leucoplasique, ulcérée, cornée et verruqueuse est disséquée et enlevée aussi profondément qu'il est nécessaire. Cicatrisation sans accident. Nous avons revu le malade au mois de juillet 1891, c'est-à-dire près de trois ans après cette intervention; les plaques leucoplasiques sont remplacées par une cicatrice souple et régulière, la perte de substance est à peine visible; il n'y a aucune trace de récurrence et pas d'adénopathie sous-maxillaire.

## REMARQUES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Au point de vue étiologique, les antécédents des malades montrent que les uns et les autres appartiennent à ce groupe d'individus que l'on désigne sous le nom d'arthritiques. Dans l'observation de leucoplasie vulvaire on ne trouve aucun autre facteur étiologique que l'arthritisme : c'est un cas d'hérédité goutteuse carcinomateuse et cutanée. Il n'y avait ni syphilis ni diabète, aucune irritation locale réitérée à laquelle il fût possible d'attribuer le développement de

l'affection, mais la malade présentait des accidents arthritiques héréditaires très nets. Sa mère était diabétique, son père était mort d'apoplexie cérébrale; ses deux sœurs avaient eu des tumeurs abdominales : l'une avait été opérée avec succès d'un kyste de l'ovaire. Quant à la malade, elle avait eu des douleurs rhumatismales, de la gravelle urinaire, des placards d'eczéma sec, enfin, depuis la ménopause, elle était obèse et souffrait de prurit vulvaire. C'est un exemple de leucoplasie pur, idiopathique, semblant être l'expression d'un état morbide diathésique.

Les observations de leucoplasies linguale et labiale présentent une pathogénie plus obscure : les malades sont des arthritiques, des fumeurs, deux sont d'anciens syphilitiques, un est alcoolique. Plusieurs causes ont donc combiné leur action pour produire les lésions; il est difficile de déterminer la part qui revient au tabac, à la syphilis, à l'alcoolisme, à l'arthritisme.

Les manifestations arthritiques, soit chez les ascendants, soit chez les malades eux-mêmes, sont nombreuses; de plus, dans la première observation, il existe une hérédité carcinomateuse remontant jusqu'à la seconde génération : le grand-père du malade était mort d'un cancer de la lèvre propagé à la joue, au menton, au maxillaire, et son père avait été opéré avec succès quatre ans avant sa mort d'un cancroïde de la lèvre inférieure.

La syphilis se retrouve dans les deux cas de leucoplasie linguale, mais l'influence de cette diathèse paraît peu importante et l'épreuve thérapeutique faite, malgré nous, chez ces deux malades dès le début des accidents ulcéreux du côté de la langue a été non seulement inutile, mais néfaste. Nous sommes donc disposés à ne pas considérer dans ces deux faits la syphilis comme ayant eu une action directe dans le développement des lésions; ce sont des leucoplasies parasyphilitiques, mais nullement syphilitiques.

Il n'en est pas de même de l'influence du tabac. Elle n'est pas très manifeste pour notre premier malade chez lequel les lésions nettement hyperkératosiques, parcheminées, se rapprochaient de la leucoplasie idiopathique fissuraire et ulcérate, à plaques épaisses et cornées, résistant aux moyens thérapeutiques et arrivant à l'épithéliomisation dès la première apparition d'une fissure profonde. Aussi, ce cas, quoiqu'à étiologie plus complexe que celui de leucoplasie vulvaire, s'en rapproche beaucoup, et, tout en tenant compte de l'action du tabac qui a agi comme cause occasionnelle, doit-on ne pas oublier que le malade présentait une hérédité carcinomateuse manifeste.

Dans l'observation II, le tabac et l'alcool paraissent avoir joué un grand rôle dans la production des lésions. Les caractères objectifs, sans y ajouter une grande importance, ressemblaient à ceux qui ont



été décrits dans la glossite des fumeurs : plaques nacrées commissuraires ; langue lisse, tendue, dépapillée ; plaques épithéliales peu épaisses, d'une coloration blanc grisâtre ; guérison d'une première fissure par la suppression du tabac ; apparition d'une autre quand le malade a recommencé à fumer ; enfin longue durée de cette fissure (pendant un an) avant de revêtir les caractères d'une ulcération épithéliomateuse accompagnée de douleurs vives, lancinantes et irradiées.

Quant à notre observation de leucoplasie de la lèvre inférieure avec tumeurs cornées, il n'y a qu'à relever l'influence du tabac chez un arthritique invétéré : éruptions eczémateuses sèches sur les membres inférieurs, kératodermie palmaire et plantaire, acné sébacée concrète de la face, cataracte double, etc.

L'analyse des observations que nous venons de poursuivre montre combien le diagnostic étiologique est difficile et délicat, et prouve qu'on est le plus souvent en présence de cas mixtes, hybrides dont la pathogénie est obscure et parfois inextricable. Les résultats histologiques que nous avons consignés à la fin de nos observations ne fournissent aucun élément diagnostique nouveau : il y a une prolifération de l'épithélium, une infiltration embryonnaire du derme et une déviation du processus de kératinisation qui aboutit à la formation de globes épidermiques d'une part et à la formation d'un *stratum corneum* typique d'autre part. Les vaisseaux ont été trouvés normaux.

Au point de vue clinique, les observations que nous rapportons confirment ce que l'on sait sur la marche plus ou moins rapide des ulcérations suivant la période à laquelle est arrivée la leucokératose, suivant les conditions causales et individuelles. Il est inutile d'insister sur l'influence bien connue de la continuation de l'action des causes irritantes de tout ordre et particulièrement de l'usage du tabac, de l'alcool (Obs. II), des cautérisations (Obs. III), enfin sur les résultats des opérations tardives. Dans nos observations, les récidives ont eu lieu dans les ganglions six à dix mois après les opérations ; la mort est survenue par envahissement des ganglions du voisinage et non par le fait d'une généralisation à distance.

Ceci nous indique bien qu'il faut intervenir dans le cours de la longue période pré-épithéliomateuse pendant laquelle on ne constate pas d'adénopathie, ou même quand la tumeur est encore circonscrite et sans adénopathie ; on sait que celle-ci est lente à se développer dans les épithéliomes leucoplasiques. Les cas de guérison signalés par MM. Verneuil, Delens, Guyon, Le Dentu, Trélat (1), Reclus (2), etc., celui que nous avons publié en 1889 au Congrès de dermatologie, enfin celui qui fait l'objet de notre quatrième observation, montrent quel

(1) TRÉLAT, *Semaine médicale*, nos 22 et 51, 1883.

(2) P. RECLUS, *Gazette hebdomad. de méd. et de chir.*, 1887, p. 420.

bénéfice les malades peuvent retirer d'une opération précoce et complète. Aussi Trélat a-t-il pu dire avec raison que toute la thérapeutique du cancer lingual se trouvait ramenée à la question d'un diagnostic précoce.

La période pré-épithéliomateuse des leucokératoses a toujours une longue durée : dans nos observations, nous trouvons onze et quatorze ans pour les faits de leucoplasie linguale, quinze ans dans le cas de leucoplasie vulvaire, vingt dans celui de la lèvre. Sans doute, à cette période, des soins hygiéniques, une médication locale, simple, anodine (Schwimmer) (1), le traitement hydrominéral à Saint-Christau (Bénard), peuvent avoir les meilleurs effets. C'est en employant ces moyens que, dans notre première observation, le malade a conservé pendant seize mois une plaque linguale hyperkératosique, une véritable carapace épithéliale cornée sans qu'aucune fissure ne se produisît. Mais on ne peut toujours compter sur la docilité des malades, on ne peut les suivre d'assez près et surtout nul n'ignore combien les plaques blanches, épaisses, sont persistantes et rebelles à tous les topiques ; on ne doit donc pas hésiter, pour éviter l'épithéliomisation, à détruire complètement toutes les surfaces malades, Le traitement chirurgical même en l'absence de toute ulcération, est bien supérieur à tous les topiques employés (acide salicylique, bichromate de potasse, baume du Pérou, etc., etc.) et donne les plus grandes sécurités.

Par le thermocautère ou le galvanocautère, il faut enlever toutes les plaques blanches, faire une dissection, une décortication de la muqueuse : on empêche ainsi la formation des nouvelles plaques, on fait une cicatrice solide. On sait, en effet, que la leucoplasie tend toujours à reparaître et cette tendance aux récives est en général d'autant plus marquée que la maladie est plus invétérée. Les cas traités de cette manière sont encourageants. Nous rappellerons celui que nous avons publié en 1889 (2) (la guérison se maintient depuis quatre ans), celui qui fait l'objet de notre quatrième observation (guérison depuis trois ans); enfin dans notre cas de leucoplasie vulvaire (Obs. III), toutes les plaques ayant été enlevées largement et profondément par M. le professeur Ollier, aucune récive ne se produisit au niveau de la cicatrice. Parmi les faits déjà publiés, celui que M. Trélat a fait connaître en 1875 à la Société de Chirurgie (3) est des plus intéressants. Un homme approchant de la soixantaine avait en 1871 un psoriasis lingual bien caractérisé, siégeant au milieu de la face dorsale de

(1) SCHWIMMER, *Congrès de dermat. et de syphil.*, Paris, 1890, p. 142.

(2) L. PERRIN. Leucoplasie buccale avec état papillomateux de la langue et début de dégénérescence épithéliale. — Décortication de la langue par le thermocautère, guérison, pas de récive deux ans après l'opération. (*Comptes-rendus du Congrès int. de dermat. et de syph.*, Paris, 1890, p. 135.

(3) TRÉLAT, *Soc. de Chir.* (de Paris), n. s., t. I, p. 844.

la langue. En 1875, la santé générale étant toujours excellente, aucun ganglion n'étant engorgé, la langue présentait de chaque côté de son sillon médian une végétation, un épaissement sans aucune ulcération de 7 à 8 millimètres, bosselé, long de près de 3 centimètres et augmentant de toute sa hauteur la profondeur du sillon. En écartant ces deux lobes allongés, on voyait que le fond du sillon ne portait aucune trace d'ulcération. Il n'y avait donc d'ulcère en aucun point, mais un gonflement saillant et irrégulier de date relativement récente et semblant progresser avec une certaine régularité. La tumeur fut enlevée avec l'anse galvanocaustique. L'examen histologique pratiqué par MM. Cornil et Coyne ne fit découvrir aucun globe épidermique, mais une agglomération de cellules jeunes embryonnaires dont le nombre allait en s'atténuant au fur et à mesure qu'on se rapprochait de la surface de section. Le malade resta guéri et succomba sept ans plus tard à la suite d'une pneumonie.

Un cas de leucoplasie vulvaire qui appartient à M. P. Reclus (1) est aussi des plus instructifs. En voici le résumé. En décembre 1885, il enlève une tumeur épithéliomateuse de la petite lèvre droite et laisse sur le rebord de la muqueuse vaginale une plaque blanche épaisse et rugueuse qui, très nette en août, s'était accrue en octobre. En décembre, un an après l'opération, cette plaque se hérissé de quelques saillies douteuses et en mai une récurrence avait lieu sous la forme d'une petite tumeur grosse comme une framboise. Après injection de cocaïne, il extirpe facilement et sans douleur ce nouvel épithélioma et dix-huit mois après sa première intervention, deux mois après sa seconde, l'état local et général est excellent. Mais il existe encore en avant de la cicatrice un léger reflet ardoisé ou bleuâtre qui n'est pas sans assombrir l'horizon. M. Reclus se demande, à propos de ce cas, si, lorsqu'une leucoplasie limitée mais tenace existe en un point fixe, il ne serait pas prudent d'enlever ce point lorsque l'opération est simple, facile et n'entraîne aucun dommage.

Obtient-on par le traitement que nous venons d'exposer des guérisons radicales? Il est difficile de le dire, car on ne doit pas oublier les repullulations qui peuvent survenir après deux, trois, quatre ans et plus de parfaite santé; mais on ne peut nier, dans les cas que nous rapportons, le bénéfice que les malades ont tiré de l'intervention précoce et complète.

Malheureusement tous les malades ne veulent pas se soumettre, en l'absence de toute ulcération, de toute fissure douloureuse, à la destruction entière des plaques. On ne peut alors que suivre la conduite tracée par M. Trélat : surveiller avec le plus grand soin la leucokératose et dès que l'on aperçoit le moindre changement dans l'état

1) P. RECLUS., *loc. cit.*

des parties atteintes, une végétation qui fasse songer à un papillome en voie de formation, il faut ne pas hésiter et opérer.

Si, au lieu d'une végétation, c'est une ulcération légère qui se produit, on peut essayer pendant trois à quatre semaines un traitement médical; mais, si, malgré la cessation complète du tabac à fumer, si, malgré l'usage de médicaments appropriés, les choses restent en l'état, on doit enlever. Quand le malade est un ancien syphilitique, on pourra faire une tentative de traitement spécifique avec la surveillance indispensable, en y associant le traitement local, l'hygiène de la cavité buccale. Si l'amélioration rapide ne se produit pas, on doit se considérer comme fixé sur la nature cancéreuse du mal et interrompre le plus tôt possible. Les cas de guérison par la médication antisiphilitique sont bien rares; le plus souvent, il en est des leucokératoses chez les syphilitiques comme des ataxies, c'est la minorité qui bénéficie du traitement (E. BESNIER).

Enfin, dans les cas où la récurrence a eu lieu soit dans la cicatrice, soit dans les ganglions, quand elle est anatomiquement opérable, il faut opérer: quelquefois on obtient des survies remarquables. Le point important dans toutes ces opérations, point sur lequel a insisté M. F. Terrier (1) est de rechercher par la suture à fermer hermétiquement la porte d'entrée aux microbes pyogènes qui iraient causer dans les ganglions jusqu'alors à peine ou pas malades des poussées graves comme on en observait il y a quelques années.

Nous ne saurions donc trop le répéter en terminant; pour nous, le véritable traitement des leucokératoses est leur ablation complète par les moyens chirurgicaux. C'est la voie dans laquelle les praticiens doivent résolument entrer: elle évitera aux malades de longues tortures morales, des médications topiques aussi assujettissantes et ennuyeuses qu'inefficaces; surtout elle les mettra à l'abri de la complication que l'on doit toujours redouter, de l'évolution vers l'épithéliome. Or, pour éviter cette terminaison fatale, il ne faut pas attendre qu'elle commence à se produire, il faut la prévenir, il faut opérer alors qu'il n'y en a pas vestige: c'est la logique qui l'indique, et l'observation vient le confirmer. L'ablation précoce et complète des leucokératoses des muqueuses s'impose donc comme une nécessité absolue.

(1) F. TERRIER, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1891; et *Traité de chirurgie* de DUPLAY et RECLUS, t. V, 1891.

G. MASSON, Éditeur, Libraire de l'Académie de médecine

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

---

VIENT DE PARAÎTRE :

ADOLPHE LESSER

PROFESSEUR EXTRAORDINAIRE ET EXPERT PRÈS LES TRIBUNAUX A BRESLAU

---

ATLAS

DE

MÉDECINE LÉGALE

TRADUIT

PAR

LE D<sup>R</sup> L. HAHN

Bibliothécaire en chef de la Faculté de Médecine de Paris

---

OUVRAGE PRÉCÉDÉ D'UNE PRÉFACE PAR M. LE PROFESSEUR BROUARDEL

---

II

LÉSIONS TRAUMATIQUES

11 Planches

1 volume in-4°, 138 pages de texte . . . . . 90 fr.

---

Les 11 planches, exécutées avec une rare perfection, comprennent ensemble 91 figures. On y trouvera ce qui a rapport aux *plaies par armes à feu, par instruments piquants et tranchants* ; les planches 3, 4 et 5 sont consacrées aux *plaies du crâne* et aux *contusions du cerveau*. La *pendaison* et la *strangulation* font l'objet des planches 6 à 9. Les deux dernières planches contiennent tout ce qui a rapport aux *manœuvres d'avortement*.

La première partie de l'Atlas, les *Empoisonnements*, contient 138 pages et 18 planches en couleurs . . . . . 120 fr.



## SOMMAIRE DU NUMÉRO

Novembre 1891

- Travaux originaux.** — Utilité de l'intervention chirurgicale précoce dans les leucokératoses de la bouche et de la vulve, par L. PERRIN. . . . . 825
- Note sur un cas de lichen de Wilson chez une négresse, par G. THIBERGE et LEREDDE. . . . . 843
- Verrues confluentes du scrotum, par GEMY. . . . . 855

**Revue des Sociétés savantes :**

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE. — Lupus exanthématique en foyers multiples. — Hystéro-syphilis. — Lymphangiome circonscrit. — Lichen plan guéri par l'hydrothérapie. — Pelade traitée par les injections intradermiques de sublimé. — Effets persistants de la tuberculine chez deux malades atteints de lupus. — Ulcère tuberculeux des lèvres. — Pityriasis rosé. — Adénopathie zostérienne. . . . . 859-868

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS. — Stomatite impétigineuse. . . . . 868

CONGRÈS DE BRÈME (septembre 1890). — Lupus de l'utérus. . . . . 869

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE DERMATOLOGIE. — Chancre syphilitique étendu de la lèvre supérieure. — Syphilis galopante avec gomme de la rétine. — Syphilis héréditaire tardive. — Urticaire factice nodulaire. — Angine typho-ulcéreuse. — Traitement de Koch. — Dermite herpétiforme. — Syphilis buccale. — Alopecie avec trichorrhexie. — Ulcères syphilitiques des jambes. — Myosite syphilitique. — Ulcère de la lèvre supérieure. . . . . 870-880

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE DERMATOLOGIE. — Sclérodémie. — Syphilis infantile. — Traitement des brûlures par l'iodoforme. — Corne cutanée. — Absorption cutanée. — Erythème papuleux avec pigmentation consécutive. — Tuberculine. — Lupus traité par la lymphé de Koch. — Lichen des scrofuleux. — Erythème hémorragique dans la variole. — Pemphigus. — Syphilis héréditaire post-conceptionnelle. — Ulcère tuberculeux. — Leucodermie syphilitique. — Traitement de la syphilis par les injections d'iodoforme. — Syphilis infantile. — Erythème multiforme. — Gomme ostéomyélique. — Cavernite. — Adénie syphilitique multiple. — Zoster atypique. — Folliculite nasale. — Lèpre. — Maladie d'Addison. . . . . 881-892

**Revue des thèses :**

REVUE DES THÈSES DE VÉNÉRÉOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1890-1891. — JOUIS. Quelques considérations sur certaines formes d'arthrite blennorrhagique. — ÉRASMO DO AMARAL. Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique. — EGRET. Etude critique sur les résultats fournis par les injections antiseptiques dans le cours de la blennorrhagie aiguë, chez l'homme. — BARRAUD. Contribution à l'étude du traitement de la blennorrhagie par le salol. — DIMEY. Etude sur le chancre syphilitique du sein. — BRAUMAN. Erythème circiné tertiaire de la syphilis. — PETIT. De la réinfection syphilitique. — HERRMANN. Sténoses de l'œsophage d'origine syphilitique. — ROUBLEFF. Contribution à l'étude des affections syphilitiques tertiaires des poumons. — BONNET. Rapports de la syphilis et de la paralysie générale. — CHARBONNEAU. Etude sur la pseudo-paralysie générale syphilitique. — MALLET. Contribution à l'étude de l'épilepsie syphilitique. — GELMA. Contribution à l'étude de la pseudo-tumeur blanche syphilitique. — OSTWALT. De la rétinite syphilitique et de ses rapports avec les artères rétinienne et avec l'artérite syphilitique de l'encéphale. — STEF. Mercure et grossesse. — LEPLAT. Contribution à l'étude des accidents de la syphilis héréditaire. Syphilis dentaire. — STÖBER. Des accidents méningitiques de la syphilis héréditaire chez les enfants. — NICOLLE. La nourricerie de l'hospice des Enfants-Assistés. . . . . 893-903

**Revue des périodiques :**

REVUE DE DERMATOLOGIE. — Lèpre traitée par l'élongation des nerfs, par MITRA. — Zona gangréneux, par BAYET. — Zona fébrile, par PUGLIESI. — Zona dans la rougeole, par ADENOT. . . . . 905-910

THÉRAPEUTIQUE. — Antimoine, par JAMIESON. — Aristol, par WEISSBLUM. — Arsenic, par HUTCHINSON. — Bassorine, par ELLIOT. — Dermatol, par HEINZ et LIEBRECHT. — Vernis à l'ichtyol, par UNNA. — Liments médicamenteux, par PICK. . . . . 910

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE. — Traitement de la chancrelle, par ARNOZAN et VIGNERON. — Prophylaxie des maladies vénériennes, par CALVO. . . . . 921

