



HAL
open science

Histoire des stomatodynies

Jean-Matthieu Périer

► **To cite this version:**

| Jean-Matthieu Périer. Histoire des stomatodynies. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. <dumas-01714163>

HAL Id: dumas-01714163

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01714163v1>

Submitted on 21 Feb 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

5, Rue Garancière 75006 PARIS

Année 2017

Thèse N°:

N° attribué par la bibliothèque :

THÈSE pour le DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR

en CHIRURGIE DENTAIRE

présentée et soutenue publiquement le 23 mars 2017

par M. **Jean-Matthieu PÉRIER**

HISTOIRE DES STOMATODYNIES

Directeur de thèse : M. le Professeur Yves Boucher

JURY

M. le Professeur Yves BOUCHER

Président

M. le Professeur Vianney DESCROIX

Assesseur

M. le Docteur Rufino FELIZARDO

Assesseur

Mme le Professeur Laurence JORDAN

Assesseur

M. le Docteur Jean-Raphaël NEFUSSI

Assesseur

UNIVERSITE PARIS DIDEROT - PARIS 7

Présidente de l'Université :

Mme la Professeure Christine CLERICI

Doyen de l'U.F.R. d'Odontologie :

M. le Professeur Robert GARCIA

Directrice Générale des Services :

Madame Pascale SAINT-CYR

JURY

M. le Professeur Yves BOUCHER

Président

M. le Professeur Vianney DESCROIX

Assesseur

M. le Docteur Rufino FELIZARDO

Assesseur

Mme le Professeur Laurence JORDAN

Assesseur

M. le Docteur Jean-Raphaël NEFUSSI

Assesseur

M. le Professeur Yves BOUCHER

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Pour votre implication dans ce travail pour lequel vous m'avez fait l'honneur de votre confiance. Pour votre disponibilité, votre gentillesse, vos encouragements renouvelés, et votre aide précieuse tout au long de cette thèse. Pour votre implication en tant qu'enseignant, pour ces années de cours, où vous avez su vous mettre à la portée de vos étudiants, et où vous nous avez donné à voir la rigueur scientifique mais aussi l'humilité du chercheur qui, bien que savant, sait perpétuellement remettre en question ses connaissances. Veuillez trouver ici l'expression de ma plus sincère considération.

M. le Professeur Vianney DESCROIX

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Pharmacie
Diplôme de Doctorat
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Pour votre humour piquant qui a su rendre passionnants des cours qui auraient pu être rébarbatifs. Pour votre implication en tant que chef de service à la Pitié Salpêtrière. Veuillez trouver ici l'expression de mes profonds respects.

M. le Docteur Rufino FELIZARDO

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Pour votre gentillesse, pour la clarté de votre enseignement théorique dans un domaine où vous assumez avec brio une charge de travail qui dépasse la mesure d'un seul enseignant. Pour votre disposition à transmettre vos connaissances à vos étudiants pour les armer pour leur vie professionnelle future. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude.

Mme le Professeur Laurence JORDAN

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Pour votre implication de tous les instants en tant que vice-doyenne chargée de l'enseignement. Pour votre détermination sans faille à nous fournir une formation initiale de qualité par des temps où il se fait de plus en plus difficile de composer avec les restrictions, les contraintes et les obstacles. Ces quelques lignes sont l'occasion de vous exprimer ma reconnaissance.

M. le Docteur Jean-Raphaël NEFUSSI

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Sciences Odontologiques
Diplôme d'Etat en Odontologie
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Pour l'honneur que vous me faites de participer à ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mes profonds respects.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION.....	2
1.1. Données actuelles.....	2
1.1.1. Définition et épidémiologie.....	2
1.1.2. Étiopathogénie.....	3
1.1.3. Thérapeutique.....	3
1.2. Intérêts d'une perspective historique.....	4
1.3. Objectifs.....	4
2. MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	5
2.1. Outils.....	5
2.1.1. Bibliothèque Medic@.....	5
2.1.2. Index-Catalogue of the Library of the Surgeon-General's Office.....	5
2.1.3. Gallica.....	6
2.2. Choix des mots-clefs.....	6
2.3. Obtention et classification des articles.....	8
2.3.1. Sélection des résultats de recherche.....	8
2.3.2. Complément à partir des bibliographies.....	8
2.3.3. Classification des résultats.....	9
2.4. Choix des sources historiques et méthodologie d'étude.....	9
3. RÉSULTATS.....	10
3.1. Caractéristiques de l'échantillon.....	10
3.1.1. Inclusions et exclusions.....	10
3.1.2. Langue de publication.....	12
3.1.3. Aspects temporels.....	12
3.2. Hypothèses étiologiques.....	13
3.3. Traitements.....	15
4. DISCUSSION.....	16
4.1. Contexte historique et paysage médical.....	16
4.1.1. Des sociétés en mutation.....	17
4.1.2. La connaissance médicale à l'aube du développement de la médecine expérimentale.....	18
4.1.3. Les acteurs et institutions du monde médical.....	19
4.2. Contributions européennes.....	21
4.2.1. Naissance d'un concept : 1803-1875.....	21
4.2.2. Un îlot de publications viennoises : 1883-1886.....	28
4.2.3. Réappropriation du syndrome sous l'égide de l'Académie de médecine : 1887-1920.....	34
4.3. Une nouvelle ère suite à l'implication des États-Unis.....	59
4.3.1. Influences européennes : 1888-1900.....	60
4.3.2. Des approches purement américaines : 1918-1932.....	63
4.3.3. Un nouveau souffle : 1920-1937.....	65
5. CONCLUSION.....	74
Bibliographie.....	76
Annexe : Résultats de recherche.....	82
Table des illustrations.....	85

1. INTRODUCTION

1.1. Données actuelles

1.1.1. Définition et épidémiologie

La stomatodynie idiopathique ou primaire (Burning mouth syndrome, BMS¹) est définie par l'International Headache Society comme une sensation intra-orale de brûlure ou de dysesthésie, qui dure plus de deux heures par jour depuis plus de trois mois, sans lésion causale cliniquement décelable (International Headache Society 2016). Ce diagnostic est posé après exclusion des causes de stomatodynie secondaire, qui peuvent être d'ordre local (agressions mécaniques ou chimiques, hyposialie, infections bactériennes ou fongiques, allergies) ou d'ordre systémique (anémies, diabète, dysthyroïdies, carences) (Boucher et Descroix 2015).

Cliniquement, la plainte des patients est principalement une douleur qualifiée de brûlure, ou bien de picotement ou démangeaison, localisée préférentiellement dans les zones antérieures de la langue (d'où le nom de glossodynie) et de la muqueuse orale (stomatodynie). Cette plainte peut être associée à une sensation de sécheresse buccale, à des altérations de la fonction gustative, à des difficultés à trouver le sommeil, ou encore à des symptômes sévères de la ménopause (Grushka 1987). Par ailleurs, une altération notable de la qualité de vie a été mise en évidence pour toutes les affections de la muqueuse orale, et particulièrement pour le BMS (López-Jornet et al. 2009).

Cette affection est relativement rare, avec une prévalence dans la population générale variant entre 0.1 % (Kohorst et al. 2015) et 3.7 % (Bergdahl et Bergdahl 1999) pour les études les plus représentatives, et son incidence est la plus élevée chez les femmes ménopausées (Kohorst et al. 2014).

¹ Du fait de son emploi dans la littérature anglo-saxonne d'où proviennent de nombreuses références de ce travail, nous emploierons indifféremment le terme burning mouth syndrome par rapport à celui de stomatodynie.

1.1.2. Étiopathogénie

Ce tropisme de l'affection pour un groupe particulier de sujets (les femmes ménopausées), ainsi que l'absence de signes cliniques ou de tests de laboratoire objectivables, la persistance de la douleur sans évolution notable, et la fréquence d'un contexte anxio-dépressif associé chez ces patients (Schiavone et al. 2012), ont conduit certains auteurs à considérer cette douleur comme psychogène (Cayla et al. 1971; Kuffer 1987; Demange et al. 1996; Kuffer et al. 2009).

Récemment, cette vue a été remise en question par plusieurs études, qui ont établi une association du BMS avec la composition salivaire, en lien éventuellement avec des altérations du système nerveux autonome (Boucher et Descroix 2015). Par ailleurs, la possibilité de l'implication des stéroïdes sexuels, dont la sécrétion cesse à la ménopause, est confirmée par certains auteurs (Pajot et al. 2003). Enfin, des études psychophysiques et neurophysiologiques ont objectivé des altérations sensorielles chez la plupart des patients, plaidant en faveur d'une origine neuropathique (Jääskeläinen 2012; Kolkka-Palomaa et al. 2015). Les résultats sont encore trop balbutiants pour qu'une hypothèse puisse démontrer sa supériorité sur les autres.

1.1.3. Thérapeutique

Une revue parue en 2005 dans la Cochrane Collaboration (Zakrzewska et al. 2005) a cherché à évaluer les effets thérapeutiques des traitements les plus répandus aujourd'hui. La revue portait sur des études de bonne qualité (essais cliniques contrôlés randomisés) évaluant l'efficacité de certains antidépresseurs (trazodone, amisulpride, paroxetine, clordemetildiazepam, amitriptyline), d'une thérapie cognitivo-comportementale, de bains de bouches analgésiques (benzidamine hydrochloride), de traitements substitutifs de la ménopause, de l'acide alpha-lipoïque, ainsi que du clonazepam. Les seuls à avoir démontré une certaine efficacité thérapeutique sont l'acide alpha-lipoïque, la thérapie cognitivo-comportementale, et le clonazepam.

Plus récemment, d'autres traitements, comme l'application topique de capsaïcine, ont montré eux aussi une certaine efficacité (Marino et al. 2010).

Pour conclure sur les traitements, les preuves scientifiques sont encore trop faibles pour établir une conduite à tenir fiable pour la prise en charge de ces patients atteints de BMS.

1.2. Intérêts d'une perspective historique

Ces données permettent de constater la coexistence d'approches étiologiques et thérapeutiques différentes selon les spécialités médicales mais également selon les pays. Notre postulat est que ces différences d'approche pourraient trouver une origine dans l'histoire de cette affection.

Par ailleurs, nous sommes convaincus que le fait de revisiter les écrits anciens permettrait de progresser en tenant compte de nos prédécesseurs qui, patiemment, ont construit un édifice intellectuel en prenant soin de le consigner par écrit, pour le transmettre aux générations futures. L'exploitation de cet apport de façon réfléchie dans le but de progresser à notre tour, au lieu d'en subir inconsciemment l'influence, nous paraît être un atout déterminant du succès scientifique.

Nous proposons donc dans ce travail d'exhumer les fondations de notre savoir.

Plusieurs auteurs se sont déjà penchés sur la question, notamment une étude (Grushka et Sessle 1986) qui en a récapitulé l'histoire récente (à partir de 1900), essentiellement anglo-saxonne. Cependant, des traces de sources plus anciennes retrouvées chez certains auteurs pourraient éclairer d'un jour nouveau l'histoire de la compréhension de la stomatodynie.

1.3. Objectifs

Notre travail consistera à réaliser une revue systématique de la littérature médicale jusqu'à la première moitié du XX^e siècle, afin d'éclairer les concepts actuels proposés par les auteurs contemporains. Nous nous intéresserons à l'existence médicale de cette affection dans la littérature, et plus particulièrement aux différentes conceptions ayant eu cours, en cherchant à comprendre les mécanismes individuels et collectifs ayant régi leur évolution.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cette revue de littérature a pour ambition de se rapprocher d'une revue systématique, afin d'apporter une rigueur scientifique à ce travail historique. Pour cela, nous avons commencé par sélectionner les outils de recherche historique qui nous ont permis d'accéder aux matériaux de base de cette revue. Nous avons été aidé par les bibliothécaires du service d'Histoire de la Médecine de la Bibliothèque Inter-Universitaire de Santé.

2.1. Outils

2.1.1. Bibliothèque Medic@

Medic@ est une collection électronique qui réédite en ligne¹ des fac-similés de documents numérisés parmi les fonds de la Bibliothèque Inter-Universitaire de Santé. Le système propose une recherche basée sur les notices des documents, mais également sur leurs tables des matières. Il inclut notamment de nombreux dictionnaires médicaux, nombreux au XIX^e siècle, résumant les connaissances médicales de cette époque. Tous les documents indexés sont consultables en ligne, ce qui facilite grandement leur exploitation ultérieure.

2.1.2. Index-Catalogue of the Library of the Surgeon-General's Office

Ce deuxième outil est, comme son nom l'indique, le catalogue de la « *Surgeon-General's Library* », située à Bethesda, dans le Maryland. Il indexe les publications médicales internationales depuis le XV^e siècle environ jusqu'en 1950, parmi les ouvrages détenus par cette bibliothèque. Il n'est donc pas exhaustif, mais compte tenu du fait que la *Surgeon-General's Library* était, en 1895, la plus grande bibliothèque médicale du monde, il offre une possibilité importante d'accéder à des sources médicales historiques. Cet index, publié initialement en 5 séries de 61 volumes entre 1880 et 1961, est actuellement disponible en

¹ <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica>

version numérique sur le site¹ de la « *National Library of Medicine* ». En revanche, à l’instar de la base de données *PubMed*, cet outil ne fournit que des références bibliographiques, et pas le texte intégral des articles.

2.1.3. Gallica

Ce dernier outil utilisé a été élaboré par la Bibliothèque Nationale Française (BNF). Il s’agit d’un fonds numérique alimenté progressivement depuis quelques années par les collections de la BNF et de ses partenaires. Il propose une fonction de recherche en texte intégral, c’est-à-dire que les documents numérisés, soumis à une reconnaissance de caractères, peuvent faire l’objet d’une recherche informatique dans les mots de leur texte même, et non pas seulement dans les mots de leur table des matières ou bien par un système d’indexation. En outre, tous les documents obtenus en résultats de recherche sont consultables en ligne². Cet outil vient donc compléter avantageusement les deux précédents.

2.2. Choix des mots-clefs

Une fois les outils utilisables choisis et pris en main, il a été nécessaire de sélectionner des mots-clefs représentatifs de ce sujet de la stomatodynie, et fournissant des résultats de recherche pertinents. Ils ont été choisis d’après les auteurs récents qui se sont intéressés à l’histoire de ces maladies et ensuite ajustés au fur et à mesure de l’avancement des recherches. Quatre articles plus ou moins récents (Cayla et al. 1971; Kuffer 1987; Woda et Pionchon 1999; Fricain 2010) citent les mots « *glossodynie* » et « *glossalgie* » comme synonymes du terme de « *stomatodynie* ». Deux d’entre eux (Kuffer 1987; Woda et Pionchon 1999) mentionnent également les termes « *glossopyrose* » ou « *stomatopyrose* ». Ces mots-clefs précis ont le mérite de permettre de cibler rapidement les articles qui nous intéressent. D’autres expressions plus floues ont également été utilisées, comme « *ulcérations imaginaires de la langue* », « *névralgie linguale* », « *névrose de la langue* » et enfin « *rhumatisme lingual* ».

¹ <https://indexcat.nlm.nih.gov/>

² <http://gallica.bnf.fr/>

Ces différents mots-clefs ont été employés dans une phase de prospection, lors de laquelle il est apparu rapidement que le peu de résultats fourni par les recherches sur le terme de « *rhumatisme lingual* » ne correspondait finalement pas au syndrome douloureux qui nous intéresse ; ce mot-clef a donc été éliminé. Par ailleurs, les recherches en texte intégral sur Gallica fournissaient des nombres astronomiques de résultats dès lors que la recherche portait sur plusieurs mots, à cause d'une trop grande sensibilité de l'opérateur de recherche 'ET' (par exemple, la recherche avec les mots *névralgie* et *langue* donnait en résultat des revues qui comportaient bien les deux mots, mais dans des articles différents, ce qui était donc totalement absurde). De ce fait, nous avons décidé de remplacer la recherche sur plusieurs mots par une recherche par expression à l'aide de l'opérateur guillemets.

Au terme de cette phase de recherche pilote, les mots-clefs définitifs choisis ont été les suivants :

- glossodyn* ;
- stomatodyni* ;
- glossalgi* ;
- glossopyr* ;
- stomatopyr* ;
- névralgie langue (« névralgie de la langue » pour Gallica) ;
- névralgie linguale ;
- zungenneuralgie ;
- neuralgie zunge (« neuralgie der zunge ») ;
- lingual neuralgia ;
- neuralgia tongue ;
- ulceration imaginaire langue (« ulceration imaginaire de la langue ») ;
- imaginary lingual ulceration ;
- névrose langue (« névrose de la langue ») ;
- neurosis tongue (« neurosis of the tongue ») ;
- zungenneurose ;
- neurose zunge (« neurose der zunge »).

2.3. Obtention et classification des articles

2.3.1. Sélection des résultats de recherche

Grâce aux outils précités, nous avons obtenu une première série de sources qui se sont révélées plus ou moins pertinentes et ont donc nécessité un tri. Les critères d'exclusion des résultats de recherche ont été les suivants :

- Date de publication postérieure à 1950 ;
- Langue d'écriture non connue¹ ;
- Hors sujet :
 - Erreur d'indexation ou résultat aberrant (ex : glossodynamomètre, obtenu avec le mot-clef « *glossodyn** »),
 - Douleur paroxystique évoquant une névralgie essentielle trigéminal plus qu'une véritable stomatodynie,
 - Douleur linguale associée à des manifestations linguales cliniquement décelables ;
- Doublon et réédition sans modification majeure ;
- Article introuvable soit du fait d'une référence bibliographique erronée, soit parce qu'il n'était pas disponible du tout, ou très difficilement (moyennant de longues démarches et des frais prohibitifs de reproduction et d'envoi entre bibliothèques).

2.3.2. Complément à partir des bibliographies

La lecture de cette première série d'articles a donné lieu ensuite à la recherche des publications citées par les différents auteurs. Pour chaque nouvel article, nous avons recherché (quand cela était possible), les sources qui nous étaient encore inconnues, jusqu'à ce qu'il n'en reste plus une seule. Ces nouvelles références ont été soumises aux mêmes critères d'exclusion que les premières.

¹ Les langues des publications que nous avons prises en compte sont le français et l'anglais, ainsi que l'allemand et le latin (pour ces dernières, nous avons sollicité l'aide de personnes compétentes pour en obtenir une traduction).

2.3.3. Classification des résultats

Une classification basée sur des critères très simples a permis de mettre un peu d'ordre dans tous ces articles. Nous avons ainsi déterminé quatre catégories de documents :

- Publications originales (O), dont l'auteur rapporte un cas, une observation, exprime une hypothèse, susceptible de faire avancer la connaissance scientifique de cette maladie ;
- Articles de synthèse (S), où les auteurs citent des travaux antérieurs en leur apportant un regard critique ou dans le but d'ordonner la connaissance médicale ;
- Dictionnaires médicaux (D), échelon suivant dans le niveau de confiance accordé à l'information ;
- Simples citations (C), qui n'apportent donc rien au sujet, mais qui augmentent la visibilité de l'information scientifique de la publication citée.

2.4. Choix des sources historiques et méthodologie d'étude

Une fois constitué ce pool de résultats de recherche et obtenu des premières conclusions d'ordre essentiellement quantitatif, nous en avons sélectionné certains pour leur intérêt d'un point de vue qualitatif. Nous en avons ensuite fait une étude historique (détaillée dans la partie discussion), en nous intéressant à leur période de publication, au contexte dans lequel ils ont été rédigés, au statut de leur auteur, au public visé, à leur contenu, aux liens entretenus avec les autres acteurs du monde médical de l'époque, et enfin à leur postérité.

3. RÉSULTATS

3.1. Caractéristiques de l'échantillon

3.1.1. Inclusions et exclusions

Au terme de notre recherche, nous avons obtenu 379 références dont la répartition suivant les mots-clefs et les outils de recherche est donnée dans le Tableau 1.

Mot-clef \ Outil de recherche	Medic@	IndexCat	Gallica	Totaux
Glossodyn*	8	17	88	113
Stomatodyn*	0	0	4	4
Glossalgi*	11	3	57	71
Glossopyr*	0	1	2	3
Stomatopyr*	0	0	0	0
Nevralgie langue	12	0	22	34
Nevralgie linguale	5	0	39	44
Lingual neuralgia	0	32	0	32
Neuralgia tongue	0	0	0	0
Neuralgie Zunge	0	0	0	0
Zungenneuralgie	0	2	0	2
Ulceration imaginaire langue	1	2	22	25
Imaginary lingual ulceration	0	1	0	1
Nevrose langue	9	0	5	14
Neurosis tongue	0	33	0	33
Zungenneurose	0	0	0	0
Neurose zunge	0	2	1	3
Totaux	46	93	240	379

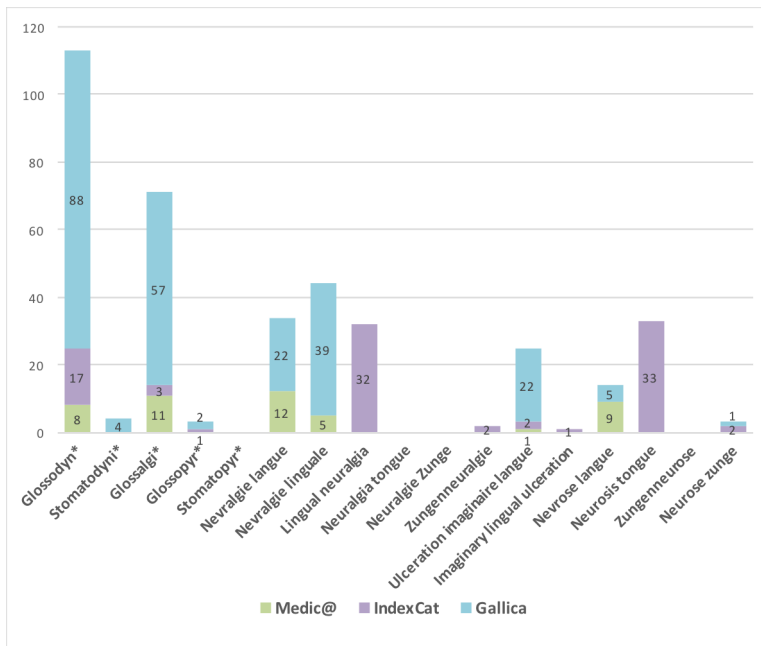
Tableau 1 : Résultats par mot-clef et par outil de recherche

Ces références ont ensuite été enrichies par la consultation de leurs bibliographies. Nous avons ainsi obtenu 43 documents supplémentaires.

Ensuite nous avons soumis ces matériaux à nos critères d'exclusion, ce qui a entraîné la suppression de 261 articles (voir graphique rouge sur la Figure 1). Nous avons également exclu de nos résultats 11 articles (BL, borderline) qui n'étaient pas réellement dans le sujet, mais nous les avons gardés pour la partie discussion, du fait de leur intérêt historique et scientifique.

Au total, nous avons donc basé notre étude sur les 150 documents retenus, dont la répartition suivant la nature du document est donnée en bas de la Figure 1.

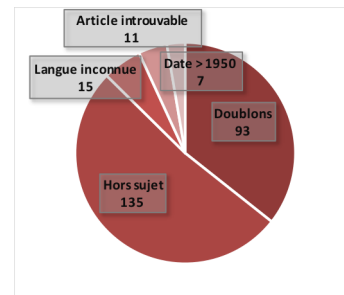
Le tableau comprenant tous les documents inclus ainsi que les documents borderline est consultable en annexe.



379 références brutes

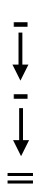
+

43 documents récupérés par les bibliographies



261 résultats exclus

11 articles borderline



150 documents au total

Figure 1 : Schéma des inclusions et exclusions

3.1.2. Langue de publication

La majorité des documents retenus ont été rédigés en français. Les autres ont été écrits en allemand (11), et en anglais (17).

3.1.3. Aspects temporels

Notre échantillon comprend donc 150 documents, publiés entre 1803 et 1937, avec une date moyenne de publication située en 1896 (et une médiane située en 1894) ; le nombre et le type de publication au cours du temps sont donnés dans la Figure 2.

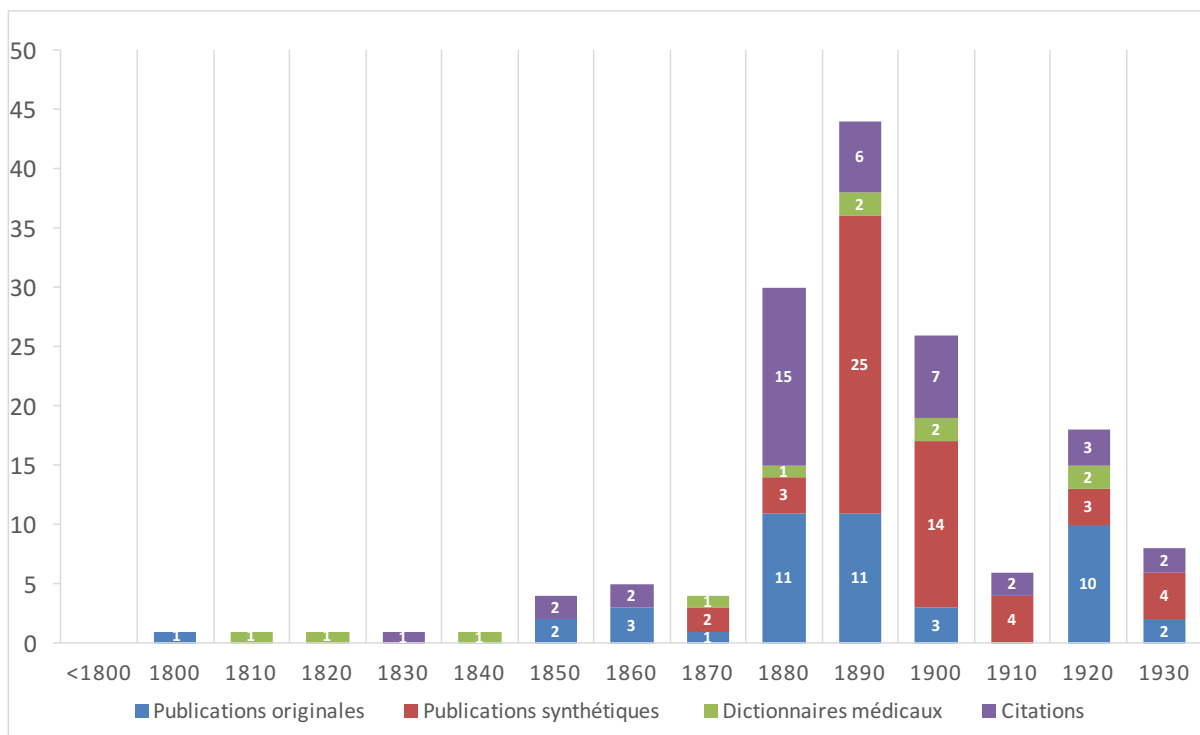


Figure 2 : Publications par décennie et par type

Au total, sur l'ensemble des publications, les auteurs considérés ont rapporté 199 cas dont les symptômes évoquaient ceux du BMS. Ces cas présentent une grande diversité. Ils sont présentés par leurs auteurs sous forme d'« observations », le plus souvent isolées. La Figure 3 présente l'augmentation, au cours du temps, de ce pool de cas.

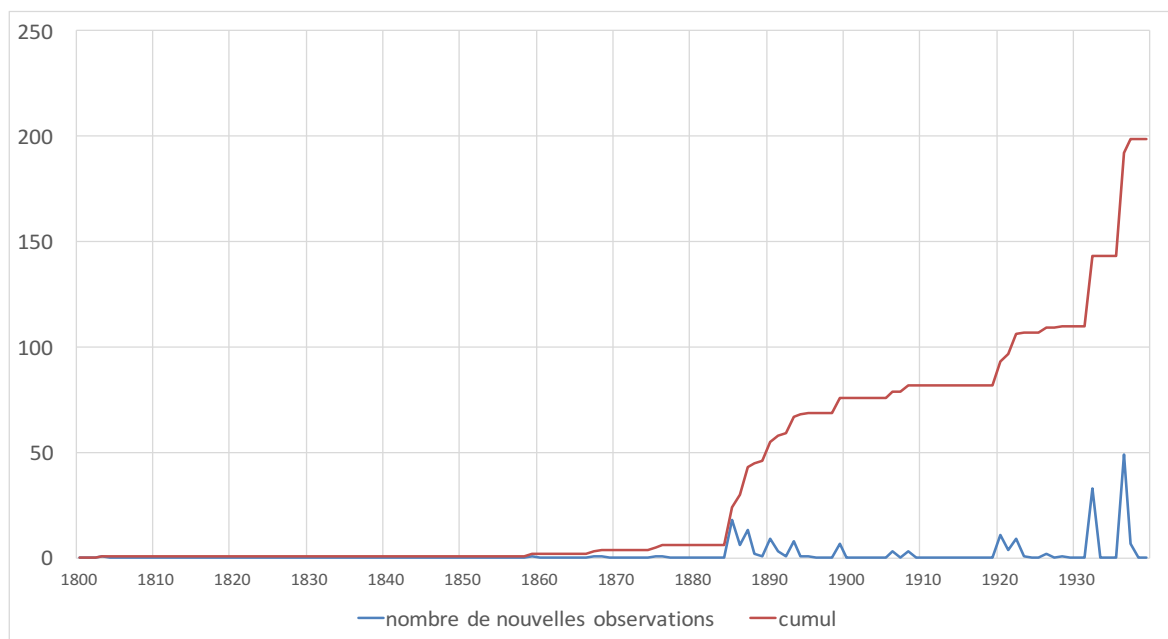


Figure 3 : Rapports de cas au cours du temps

3.2. Hypothèses étiologiques

La plupart des auteurs proposent une ou plusieurs hypothèses expliquant la cause de ces douleurs linguales. Nous les avons recensées, et après les avoir étudiées chacune, nous les avons classées en 6 catégories, dont la répartition est donnée dans la Figure 4.

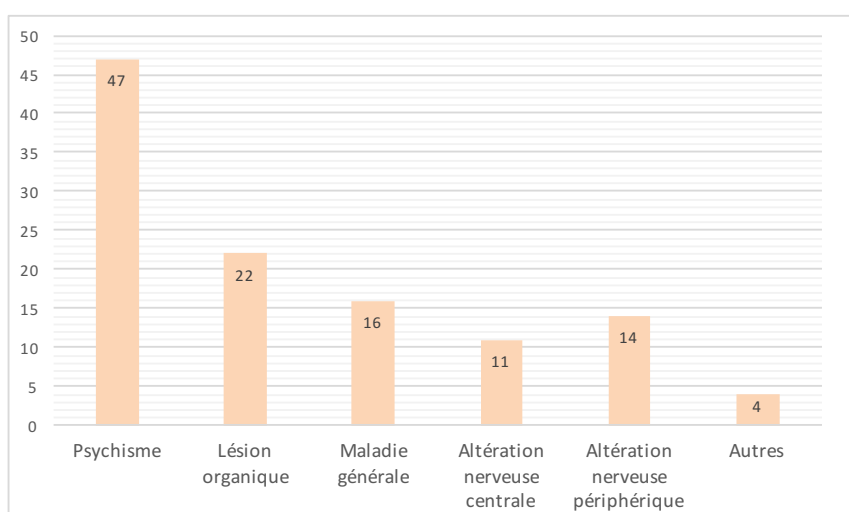


Figure 4 : Hypothèses étiopathogéniques proposées

Nous avons regroupé dans la catégorie *psychisme* toutes les hypothèses basées sur « *la suggestion* » ou « *l'imagination* » des patients, ainsi que celles qui considéraient la cancérophobie (souvent retrouvée), comme la cause des douleurs. Nous y avons ajouté également « *l'hypochondrie* », « *l'hystérie* », la « *neurasthénie* » et les « *névropathies* », puisqu'elles étaient conçues comme des névroses, c'est-à-dire des altérations de l'intelligence avec des perturbations motrices et sensitives (Dechambre et al. 1885).

La catégorie *lésion organique* comprend toutes les causes purement locales proposées par les auteurs, telles que stomatites prothétiques, ulcérations traumatiques, « *varices linguales* », pathologies desquamatives de la muqueuse, ou encore lésions d'origine infectieuse (herpès, syphilis) à un stade subclinique.

Sous le terme de *maladie générale*, nous avons englobé les états arthritiques ou goutteux souvent mentionnés, mais également les hypothèses de carences alimentaires. À ceci nous avons ajouté la ménopause fréquemment évoquée, bien que cet état physiologique particulier ne constitue pas une maladie à proprement parler. Par ailleurs, certains auteurs considérant la glossodynie comme un stade précoce de glossite ont décrit les anémies pernicieuses comme cause éventuelle.

Plusieurs auteurs également, proposaient comme étiologie un *dysfonctionnement au niveau du système nerveux central*, parmi lesquels le tabès, maladie neurologique induite par le Tréponème dans le stade ultime de la syphilis, engendrant une atteinte spinale. D'autres enfin ont vu la stomatodynie comme un prodrome de la « *paralysie générale* », sans pour autant lui trouver de cause.

Toutes les hypothèses comme « *irritation des fibres nerveuses* », ou encore les « *formes particulières de névralgie trigéminal* », ont été regroupées sous le terme *altération nerveuse périphérique*.

Enfin, la catégorie *autres* comprend deux hypothèses proches, des douleurs réflexes consécutives à des désordres gastro-œsophagiens (proposée par trois auteurs), et une constipation chronique qui serait à l'origine de la stomatodynie par l'intermédiaire du système nerveux sympathique.

3.3. Traitements

Les traitements proposés par les auteurs sont assez divers, et sont souvent préconisés en association les uns avec les autres. Brocq, en 1892 (Brocq 1892), classe les différents traitements proposés par les auteurs précédents. Nous avons donc récupéré et complété sa classification pour englober toutes les thérapeutiques recensées, en 10 catégories, représentées ci-dessous (Figure 5).

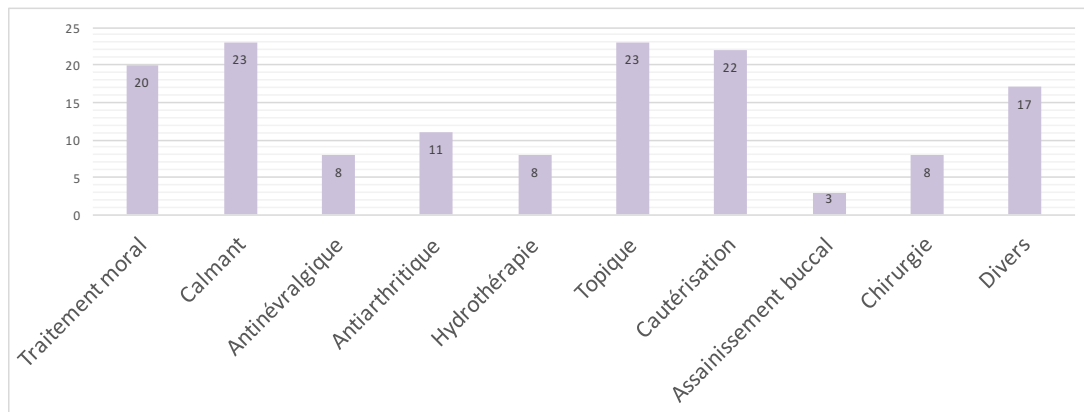


Figure 5 : Thérapeutiques préconisées

Nous avons détaillé ci-dessous les différentes catégories rencontrées :

Le *traitement moral* correspond aux techniques de psychothérapie, balbutiantes à cette époque, destinées à agir par la suggestion sur l'imagination du malade.

Les *calmants* sont toutes les substances considérées comme sédatives à l'époque, ayant pour but de déprimer le système nerveux central. On retrouvera donc les bromures, la belladone, le chloral et la valériane, ainsi que les antispasmodiques de l'époque.

Les *médicaments antinévralgiques* désignent l'aconitine (neurotoxique longtemps utilisé dans le traitement des névralgies), mais aussi l'antipyrine (ou phénazone, citée parmi les antinévralgiques mais ayant un effet plutôt anti-inflammatoire et antipyrétique) et l'exalgine (antalgique et antipyrétique avec un effet antinévralgique plus net que l'antipyrine).

Étaient considérés comme *antiarthritiques* la quinine, l'arsenic, et les alcalins.

L'*hydrothérapie*, souvent prescrite aux patients sujets à la goutte, est également préconisée à plusieurs reprises chez les glossodyniques. Absorbées per os ou bien utilisées en bains, les eaux de Saint-Christeau et de Saint-Nectaire ont été particulièrement recommandées.

Sous le terme de *topique*, nous avons regroupé tous les traitements locaux à appliquer sur la langue ou à utiliser en bains de bouche, parmi lesquels : la glycérine phéniquée, le menthol, la cocaïne (utilisée en application linguale comme anesthésique), le nitrate d'argent, et les « *émollients* » (décoctions d'orge, de guimauve, de pavot...), destinés à assouplir les muscles et la muqueuse linguale.

La *cautérisation* (thermique, électrique, ou chimique avec des caustiques comme l'acide trichloracétique) est fréquemment recommandée – pour certains auteurs, seulement pour son effet placebo associé à sa relative innocuité.

La catégorie *assainissement buccal* regroupe les soins bucco-dentaires et les mesures d'hygiène censées réduire l'importance de la douleur : meulage ou extraction des dents à bord tranchant, réfection des prothèses, suppression du café et du thé, élimination du tabac.

Les *traitements chirurgicaux* ont été préconisés par quelques-uns, mais souvent décriés du fait de leur caractère invasif. Ils consistent en la section ou l'élongation chirurgicale du nerf lingual, ou encore en l'infiltration du ganglion sphéno-palatin par une solution à base de phénol ou de cocaïne.

Enfin, nous avons regroupé dans la catégorie *divers* les traitements cités de façon anecdotique, tels que le mercure (qui était employé à l'époque pour traiter la syphilis), les régimes alimentaires en supplémentation de carences, les laxatifs en traitement de la constipation, les alcalins pour traiter un désordre gastro-œsophagien, l'électricité, l'homéopathie, l'huile de foie de morue, l'hypnotisme, ou encore la « *séquardine* » (élixir de jouvence mis au point par le Professeur Brown-Séquard).

4. DISCUSSION

4.1. Contexte historique et paysage médical

Comme nous l'avons vu dans la partie résultats, la totalité des publications recueillies ont été publiées entre le début du XIX^e siècle et la seconde guerre mondiale. Cette période correspond à des changements sociétaux profonds que nous allons rappeler, mais également à une révolution brutale de la médecine, dont nous brosserons un bref panorama des principaux acteurs à l'époque.

4.1.1. Des sociétés en mutation

Il nous paraît essentiel de rappeler brièvement le contexte social dans lequel nous nous trouvons en lisant ces publications, car la médecine est une science (ou plutôt un art) élaboré par des hommes, au service de leurs semblables. La pratique médicale ne peut donc pas être détachée de la société.

Cette société européenne du XIX^e siècle est marquée par le progrès technique et intellectuel, qui apporte un bouleversement sans précédent dans les rapports qu'entretient l'individu avec son environnement.

Le premier rapport qui est modifié est celui de l'individu au monde et à la religion. Les découvertes de Copernic, Galilée, Newton, au cours des siècles précédents, avaient profondément modifié la conception du monde et fait le lit de la révolution philosophique véhiculée par la biologie de Darwin. L'individu, subitement noyé dans un cosmos démesuré régi par des lois immuables, commence à douter des réponses données jusqu'alors par l'Église officielle aux questions existentielles. De nombreux dogmes sont progressivement renversés par des faits scientifiques indiscutables. Petit à petit, la connaissance et les sciences s'imposent dans les esprits, véhiculées notamment par la presse écrite qui commence à se répandre et à être lue par un public de plus en plus large. Le culte du progrès et de la science commence à voir le jour.

Le deuxième changement majeur est celui du rapport au pouvoir. En effet, la démocratie vient remplacer progressivement en Europe la monarchie absolue. Le pouvoir ne revient plus à une personne par naissance, mais à ceux qui sont intellectuellement capables de l'exercer. Cette nouvelle vision des choses va contribuer à renforcer l'image du savant, et à asseoir l'autorité de certains grands patrons comme Verneuil, Charcot, et d'autres.

Enfin, on assiste à l'apparition d'une classe bourgeoise qui a su tirer parti du progrès ; pour elle, les conditions de vie s'améliorent de façon significative. La technique devient l'instrument de sa réussite, et donc le moyen de parvenir également au bien-être physique et mental. C'est donc le rapport au corps qui se modifie maintenant ; les procédures d'hygiène individuelle et collective se développent. A titre d'exemple, on peut citer l'hygiène bucco-dentaire qui commence à rentrer dans les mœurs par l'utilisation de grattes-langue, de

dentifrices, de brosses à dents, cure-dents, etc. (David 2010), la technique se mettant au service de l'humain jusque dans l'intimité des cabinets de toilette. Ceci expliquerait-il l'apparition soudaine de ces étranges glossodynies, décrites par des patients qui semblent passer leur temps à examiner l'organe douloureux, comme une véritable obsession (Ruel-Kellermann 2014) ?

4.1.2. La connaissance médicale à l'aube du développement de la médecine expérimentale

De façon concomitante à ces changements sociétaux, s'opère une véritable révolution dans le domaine médical. Au début du XIX^e siècle, en effet, les concepts qui guident les médecins sont assez éloignés de ceux que nous connaissons.

À la fin du XVIII^e siècle surgit le grand mouvement anatomo-pathologique avec des hommes comme Bichat puis Laennec. La notion de déterminisme commence à prendre sa place dans les esprits ; on cherche à comprendre, par l'observation, les causes des maladies. Cette médecine s'attache à observer, décrire, classer. Mais les traitements restent basés sur le seul empirisme et manquent cruellement d'efficacité. C'est ainsi que la syphilis est traitée par des administrations de mercure, et que les cures thermales restent la thérapeutique de choix pour toutes les maladies chroniques.

En effet les mécanismes pathogéniques échappent encore à la compréhension de la médecine. Il faudra attendre la fin du siècle pour que les idées de Magendie et de son disciple Claude Bernard (basées sur les sciences physiques et chimiques), ainsi que les découvertes de Pasteur notamment (dans le domaine de la bactériologie), viennent ouvrir des perspectives insoupçonnées à la médecine. Ces nouveaux concepts, à force de maturation, fourniront des thérapeutiques enfin efficaces après le début du XX^e siècle.

C'est dans ce contexte que prend place notre étude : une volonté de décrire et de classer, des bases encore trop frêles pour décrypter les mécanismes pathogéniques des maladies, et des traitements massivement empiriques (Lichtenthaler 1978).

4.1.3. Les acteurs et institutions du monde médical

Nous terminerons cette partie introductive par une brève description du monde médical de l'époque.

L'essentiel du savoir médical est encore détenu au XIX^e siècle par les Européens. En effet, pour les jeunes États-Unis (la Déclaration d'Indépendance date de 1776), tout reste à faire pour prouver leur valeur propre aux sommités européennes. Le savoir médical est donc dans un premier temps importé en même temps que les médecins (eux-mêmes immigrés), outre Atlantique. Il faudra attendre le début du XX^e pour que des publications originales paraissent aux États-Unis sans émaner directement d'Europe. Sur le vieux continent, la prééminence revient aux pays possédant les universités les plus anciennes et les plus nombreuses, à savoir la France, l'Italie, l'Allemagne (et territoires associés, comme l'Autriche ou la Bohême) et l'Angleterre. L'essentiel de nos sources étant rédigé en français, nous nous sommes intéressé, dans ce qui suit, au monde médical français du XIX^e siècle.

Au premier niveau se situent les praticiens eux-mêmes, qui, d'après une loi de 1803, sont divisés en deux catégories bien distinctes. Les officiers de santé, corps subalterne, bénéficiant d'une formation courte et sans préparation de thèse, sont des praticiens de terrain. Ils ne participent pas à l'élaboration du savoir médical ; nous n'allons donc pas nous attarder sur leur cas. La seconde catégorie, de valeur, formée par la digne Faculté de médecine, s'inscrit dans un cursus universitaire. Les meilleurs d'entre ces étudiants déjà brillants, reçus au concours de l'Internat des hôpitaux (créé en 1802), s'installent en permanence à l'hôpital pour se former mais également participer à la genèse du savoir médical sous le patronage des médecins qui les supervisent.

L'hôpital est, en effet, le lieu privilégié de l'apprentissage clinique pour les étudiants, mais aussi celui de l'élaboration du savoir médical. Depuis les idées anatomo-pathologiques, l'hôpital est devenu le lieu qui réunit la clinique et l'anatomie. Désormais, un très grand nombre de patients est donc disponible pour servir de base aux observations des internes. À l'entrée, l'histoire de la maladie est recueillie, et un examen clinique approfondi permet de rédiger le début de l'observation. Cette dernière sera enrichie au cours des visites quotidiennes faites par les internes, les nouveaux éléments cliniques s'ajoutant les uns à la suite des autres. Une fois le patient décédé, ces observations seront complétées par un passage en salle d'autopsie, appelé « *vérification* ». En réunissant ainsi d'innombrables observations similaires, l'interne et ses supérieurs les rapprochent, les comparent, cherchent à dégager une

cohérence, avec l'espoir d'identifier une entité nosologique encore non décrite, et qu'ainsi le chef de service puisse transmettre son nom à la postérité en l'apposant sur une pathologie nouvelle. Dès lors, la connaissance médicale trouve sa source dans les services hospitaliers.

Cette connaissance sera transmise par le biais de la Faculté de médecine aux générations successives. Cette vénérable institution, vieille de plusieurs siècles (celle de Paris date du XIII^e), a pour objectif de conserver le savoir et de le faire délivrer à ceux qui le méritent par les plus brillants médecins, reçus au concours de l'agrégation. Les heureux élus pourront alors partager leurs idées depuis la chaire. D'autres, plus malheureux – comme le fut Claude Bernard, échouant à l'agrégation en 1844 du fait de ses idées mal reçues par la Faculté – se sont tournés vers d'autres institutions formant également des médecins, comme le Collège de France (Dachez 2008b).

Il reste à évoquer une dernière institution : l'Académie royale de Médecine, créée en 1820 sous la Restauration à l'initiative du baron Antoine Portal (médecin du roi Louis XVIII). Elle deviendra impériale sous le Second Empire, et nationale sous la République, mais sa mission demeurera inchangée. Ses membres, choisis avec soin parmi les médecins, ont pour rôle de statuer sur les questions médicales (notamment dans le domaine de la santé publique), dans un but consultatif pour le pouvoir en place (Académie de Médecine 2017). Ce « *conseil des sages* », on le comprend, fait figure de référence à de nombreux égards.

Nous ne pouvons nous empêcher d'évoquer brièvement la situation des dentistes à l'époque. Déjà, ces dignes héritiers des arracheurs de dents et des barbiers-chirurgiens ne jouissaient pas d'une réputation très heureuse auprès de leurs confrères. Le Docteur Victor Galippe écrit en 1891, à propos d'un dentiste réintervenant dans la bouche d'une de ses patientes :

« Celui-ci, comme cela se pratique assez généralement dans cette catégorie spéciale de praticiens, blâma son confrère, désobtura la dent, prétendit qu'il se formait un abcès, la soigna de nouveau et la réobtura. » (Galippe 1891)

On comprend bien que cette « *catégorie spéciale de praticiens* » ne pouvait en aucun cas apporter sa contribution dans les questions médicales, fussent-elles en lien avec la bouche... !

4.2. Contributions européennes

Après avoir évoqué le contexte socio-culturel et scientifique dans lequel se place notre étude, nous allons aborder dans le détail nos principales sources européennes en les regroupant en trois étapes distinctes. Nous avons cherché à comprendre comment le syndrome glossodynamique s'est construit en Europe, quels en ont été les acteurs, et quel a été l'aboutissement de ce processus intellectuel.

4.2.1. Naissance d'un concept : 1803-1875

Avant les années 1885, plusieurs publications ont été retrouvées, pour beaucoup citées par des auteurs plus récents. En les étudiant précisément, il nous est apparu que peu d'entre elles correspondaient au syndrome stomatodynamique que nous connaissons, mais une cohérence s'est dégagée petit à petit, les publications se complétant jusqu'à l'émergence d'une entité nosologique propre.

4.2.1.1. Portal (1803)

Antoine Portal, dans son *Cours d'anatomie médicale* (1803-1804), est le premier à décrire une douleur prolongée, vive, continue, sur la langue, « *sans qu'on y observât la moindre altération* » (Portal 1803). Ceci pourrait correspondre à un tableau typique de glossodynies (bien que le caractère de brûlure ou de picotement ne soit pas explicitement décrit). Il s'avéra cependant que la patiente était atteinte d'une « *maladie vénérienne* », et, après quelque temps, des modifications morphologiques apparurent sur la langue, évocatrices d'un véritable chancre syphilitique. Cette supposée stomatodynies n'a donc plus rien d'idiopathique.

Cependant, le paragraphe dans lequel elle figure présente un intérêt certain. En effet, Portal clôt son chapitre consacré à la langue par une digression sur sa sensibilité, laquelle « *peut être considérablement augmentée par état de maladie* ». Cette digression est assortie d'une référence à Giovanni Battista Morgagni (Morgagni 1767) (Figure 6) où le « *Prince de tous les anatomistes d'Europe* » (Dachez 2008a) s'intéresse au cas d'une femme de Padoue qui lui avait été présentée par un confrère comme ayant une tumeur de la langue. L'examen intra-oral révélera en fait une inflammation des « *papilles extrêmes* » de la langue, devenues

hypertrophiques ; point de tumeur donc, mais une inflammation. Quant à la douleur, elle n'est pas mentionnée explicitement ; on ne peut que la supposer, dès lors que la patiente avait décidé de consulter.

Il est clair que cette référence en latin, qui plus est au grand Morgagni, confère à l'auteur une légitimité certaine, que la citation soit pertinente ou non¹. Mais qu'importe, Portal eut le mérite d'ouvrir la voie à tous ceux qui souhaiteront à leur tour s'intéresser à la sensibilité de la langue. Le terme de glossalgie, qui naîtra quelques années plus tard (la première référence retrouvée remonte à 1817), incarnera parfaitement ce nouveau champ de la pathologie linguale.

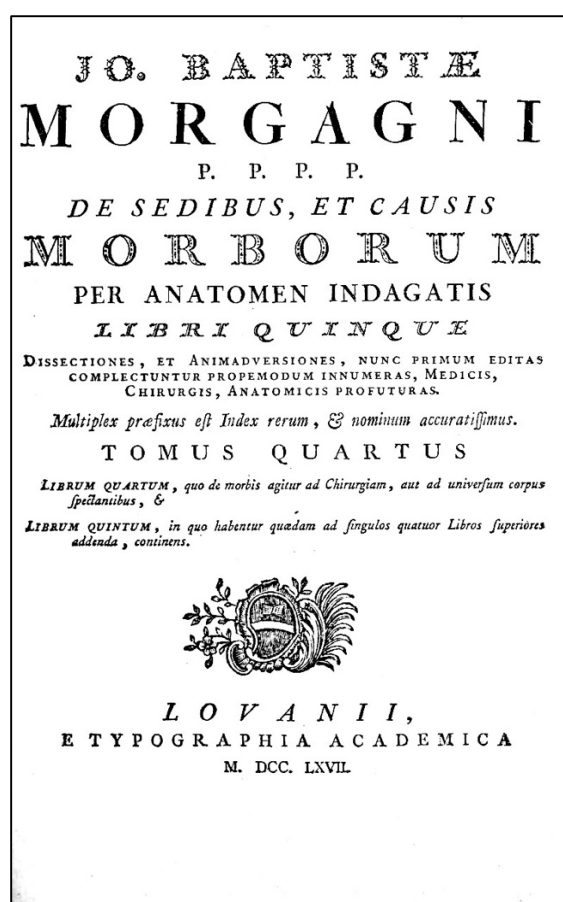


Figure 6 : Page de garde de l'ouvrage de Morgagni (1667)

¹ Cette propension des auteurs du XIX^e siècle à citer des références anciennes en latin est notoire. Lichtenthaler (Lichtenthaler 1978) écrit à leur propos (p. 424) : « On décrivait, décrivait, au lit du malade et "d'après Morgagni". » Nous verrons plus loin le cas de Magitot et de Maurel, citant Vigier (1620) à un escient plutôt douteux.

4.2.1.2. Breschet et Finot (1817)

C'est ainsi qu'un article du *Dictionnaire des sciences médicales* écrit par Breschet et Finot (Breschet et Finot 1817) est consacré à la « *Glossalgie* ». La fin de l'article (qui répertorie différentes douleurs linguales de cause connue ou non) s'intéresse même aux « *glossalgies idiopathiques* ». Elles sont considérées comme étant des affections « *propres au tissu même de la langue* ». Le caractère nerveux de ces douleurs ne fait pas de doute, mais la cause n'en est pas moins inconnue. Les traitements recommandés sont les antispasmodiques et les calmants généraux pour résoudre l'irritation nerveuse supposée.

On remarque particulièrement le style synthétique de cet article qui, dans un but d'objectivité (probablement du fait de son caractère encyclopédique), s'en tient à la citation de publications antérieures (notamment le cas de Portal) et à des grandes lignes, sans se hasarder à émettre des hypothèses explicatives innovantes ou à constituer une nouvelle entité nosologique.

Cet article sera cité à cinq reprises ultérieurement dans des publications synthétiques (Magitot 1887; Duplay et Reclus 1892; Bernheim et Laurent 1895; Girode et al. 1895; Chauveau 1900). Cependant, la douleur est encore décrite de façon très vague, il n'est nulle question de sensation de brûlure ou de picotement ; nous ne pensons donc pas que cette évocation puisse être considérée comme la première description d'une véritable stomatodynie idiopathique ; cependant le terme de glossalgie ainsi créé, va donner lieu à d'autres initiatives de description de ce symptôme nouveau.

4.2.1.3. Halliday (1832), Chomel (1837) et Buisson (1854)

Plusieurs auteurs anciens (Magitot 1887; Du Pasquier et Marie 1891; Brocq et al. 1900; Chauveau 1900; Castex 1921; Chico 1937) ou récents (Kuffer 1987; Ruel-Kellermann 2014) ont mentionné un ouvrage sur les névralgies (Halliday 1832) où l'auteur présente un cas de douleur linguale emprunté à Brewer. Certes, aucune altération muqueuse n'est visible, en revanche le caractère clairement paroxystique de la douleur nous pousse à mettre de côté ce cas, en tant que véritable névralgie trigéminal avec une zone gâchette située sur la muqueuse linguale.

De même Chomel (Chomel et Requin 1837) et Buisson (Buisson 1854) sont fréquemment cités ultérieurement par des auteurs s'intéressant aux glossodynies ; cependant l'examen de leurs observations ne nous permet pas de les considérer comme telles.

Concernant Chomel, aucune lésion n'était certes visible, mais l'état général des deux malades décrites est loin d'être anodin. En effet des douleurs profondes, qualifiées de rhumatismales par l'auteur, commençant par les membres, ont migré petit à petit en plusieurs jours vers le cou, puis la région angulo-mandibulaire et l'oropharynx, et enfin la langue, gênant la déglutition, avant de s'estomper définitivement. Ces symptômes diffus évoqueraient bien plus une pathologie infectieuse virale (en témoigne la tuméfaction des amygdales dans le premier cas et la fièvre dans le second) qu'un BMS.

L'un de ces cas est d'ailleurs cité par Valleix dans un traité sur le rhumatisme (Valleix 1866). Il évoque également une observation personnelle de rhumatisme de la langue, caractérisé par une douleur unilatérale, exacerbée par les mouvements, avant de conclure :

*« Nous n'insistons pas sur cette affection, qui est **passagère**, qui n'exige aucun moyen de traitement, et qui, par conséquent, n'intéresse pas le praticien ».*

Ceci ne nous semble donc pas tellement dans notre sujet, bien que ce cas de rhumatisme lingual soit cité ultérieurement par quatre auteurs différents, comme évocation d'une glossodynies...

Quant à Buisson, son cas associe une sensation de « *piqûre sur l'extrémité de la langue* » concomitante à des douleurs brachiales. Une « *augmentation du volume* » de la langue et une altération du goût sont également rapportées. Tous ces symptômes ont duré environ deux semaines. Le syndrome de la bouche qui brûle est encore loin d'être clairement décrit...

4.2.1.4. Basset (1859)

Il se fait voir déjà de façon plus pertinente lorsque Basset, médecin rattaché à la cure de Saint-Nectaire (Figure 7), rapporte le cas d'une femme de 50 ans souffrant d'une « *névralgie linguale* » (Basset 1859). Ladite « *névralgie* » intéresse la pointe de la langue depuis dix mois, et se caractérise par « *un sentiment de brûlure très-vive* » – caractéristiques tout-à-fait significatives.

Ces phénomènes ont fait suite à la fracture coronaire de deux dents, blessant ainsi la muqueuse linguale ; pourtant l'extraction des dents incriminées n'a pas interrompu le processus douloureux. Nullement soulagée par de nombreux traitements, la patiente s'est alors tournée vers la cure thermale de Saint-Nectaire. Au bout de 19 bains, elle rentre à domicile dans un « *état de bien-être* » remarquable. La présence d'une ulcération traumatique à l'origine du développement de la douleur la rangerait plutôt parmi les stomatodynies secondaires, bien que l'élimination de la cause n'ait pas suffi pour résoudre le processus douloureux.

Cependant, personne ne semble l'avoir prise en considération, même parmi les auteurs qui se sont intéressés à toutes les formes de glossodynies ; toutefois, l'hydrothérapie figurera chez eux parmi les traitements usuels.

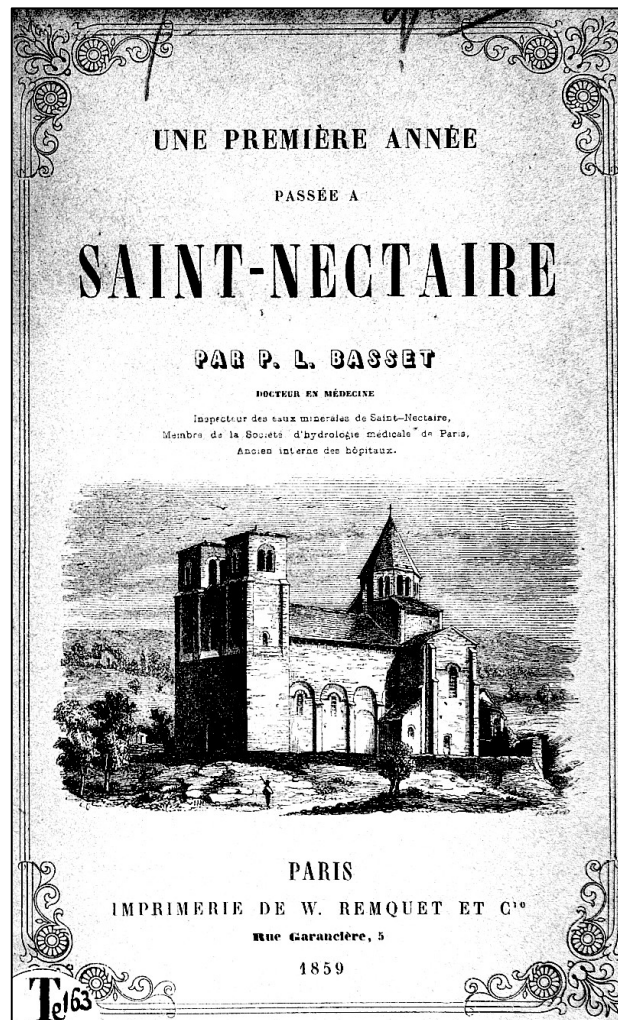


Figure 7 : Page de garde de l'ouvrage de Basset 1859¹

¹ On remarquera l'adresse de l'imprimerie de M. Remquet, au numéro 5 de la rue Garancière, quelques décennies avant que l'Institut odontotechnique de France ne s'y installe !

Ces divers cas ne nous semblent donc pas correspondre *stricto sensu* au sujet qui nous occupe. Mais leur intérêt réside principalement dans le fait qu'ils aient été, pour la plupart, cités à plusieurs reprises ultérieurement. Différence d'appréciation du syndrome, ou bien citation sciemment borderline mais vectrice de crédibilité ? Il ne nous appartient certainement pas de trancher... Quoi qu'il en soit, ils ouvrirent de façon indéniable la voie à des explorations plus avancées concernant la sensibilité de la langue.

4.2.1.5. *Spring (1870) et Rigal (1875)*

C'est ainsi qu'en 1870, le Professeur Anton F. Spring intègre un article consacré aux glossalgies dans sa *Symptomatologie ou traité des accidents morbides* (Spring 1870). Sa définition de la glossalgie est tout-à-fait évocatrice :

« *Ce nom s'applique à l'exagération de la sensibilité aussi bien qu'à la douleur réelle de la langue. Celle-ci siège de préférence à la pointe et aux bords. Ses formes ordinaires sont le picotement et la brûlure ; mais de véritables accès névralgiques s'observent également.* »

Cet ouvrage, résolument axé sur le symptôme et non sur l'étiologie ou la thérapeutique, mêle plusieurs pathologies distinctes dans la même description, tout en ébauchant une classification. Ainsi, il distingue les glossalgies organopathique, neuropathique, sympathique, dyshémique et nerveuse. Nous retiendrons spécialement celles qui ont la particularité de ne pas présenter de lésion associée.

La première dans ce cas est la glossalgie « *neuropathique* ». Il signale que certains auteurs la considèrent comme une manifestation isolée d'une névralgie du nerf lingual, tandis que d'autres penchent pour une lésion organique existante mais invisible à l'examen clinique. Quoi qu'il en soit, le caractère de la douleur : « *vive, picotante, brûlante, et accompagnée de salivation* », rend cette description proche du syndrome que nous connaissons (hormis peut-être pour la salivation).

Le deuxième type qui retient notre attention est la « *glossalgie sympathique* ». Sa description se rapproche elle aussi de la stomatodynie, bien que l'auteur lui associe des « *accès périodiques* » et quelquefois une évolution vers une éruption herpétique. Elle est présentée comme ayant une origine réflexe (par le biais du système nerveux sympathique) en lien avec des affections gastriques, hépatiques, ou encore génitales.

La dernière catégorie que nous retenons est la « *glossalgie nerveuse* », que l'auteur associe aux hystériques et à d'autres formes de névroses comme la « *mélancolie et la manie* ».

Ainsi, les principales descriptions et suppositions retrouvées chez les auteurs francophones ultérieurs se trouvent déjà dans cet ouvrage (bien qu'elles soient mêlées à d'autres types d'étiologie comme les glossites ou les infections herpétiques). Pourtant, seulement deux d'entre eux (Rigal et Jaccoud 1875; Burggraeve 1892) le citeront pour sa contribution à l'étude de la sensibilité de la langue. Comment se fait-il que cet ouvrage gigantesque ait eu une postérité si faible, alors qu'il était connu du monde médical francophone (sa parution ayant été signalée dans plusieurs journaux médicaux¹) ? Une hypothèse possible réside dans le fait que cette œuvre se trouve quelque peu à contre-courant des idées du moment. En s'attachant à la seule description des symptômes sans jamais parler de traitement, en partant d'observations et non de principes théoriques, Spring craignait que son œuvre ne soit un peu boudée par le courant physiologiste qui émergeait² ; mais il lui semblait primordial de fournir un ouvrage solide, qui fasse une synthèse des acquis de la médecine, sans se hasarder à émettre des hypothèses reposant sur des notions de physiologie encore mal maîtrisées. Ce pressentiment s'avéra justifié, en tout cas pour ce qui toucha à la glossalgie, vu le peu d'auteurs qui tinrent compte de sa contribution.

Le premier des deux auteurs à le citer fut Auguste Rigal, en 1875, pour rédiger l'article « *Glossalgie* » de son dictionnaire (Rigal et Jaccoud 1875). Il attribue à ce terme la même définition que son prédécesseur et confirme la description qualitative de la douleur (qui peut « *affecte[r] la forme de brûlure ou de picotement* »). Il ne retient de la classification de Spring que les formes neuropathique, sympathique et nerveuse. Enfin, son propos est illustré par un cas personnel suivi pendant une année – celui d'une femme de 72 ans, sans lésion appréciable de la langue, avec une douleur à type de brûlure occupant les « *trois quarts antérieurs de la muqueuse linguale* ». Sans mentionner de proposition de traitement, il conclut en rappelant les principales hypothèses étiologiques évoquées par Spring (hystérie et névralgies trigéminales,

¹ Il s'agit de *L'abeille médicale*, de *La France médicale*, et du *Bulletin de l'Académie de Médecine* (à laquelle un exemplaire fut d'ailleurs offert lors de la parution du premier tome).

² « *J'avais à choisir entre deux voies ou, plutôt, entre deux points de départ. Je pouvais prendre une base dans la physiologie, dans l'étude des fonctions normales pour aller de là vers la pathologie, vers l'étude des fonctions troublées. Je pouvais partir aussi de l'observation clinique pour remonter d'elle vers les régions de la science pure. La première manière aurait fait de ce livre une sorte de physiologie pathologique. L'avouerai-je ? Elle avait déployé devant mon esprit toutes les séductions qui lui appartiennent ; je crois, en outre, qu'en lui donnant la préférence, j'aurais obéi aux aspirations de l'époque et que, dès lors, même en restant au dessous de ma tâche, j'aurais pu compter sur l'indulgence du public savant. J'ai néanmoins choisi la seconde manière, malgré ses imperfections et malgré la défaveur qui l'attend sans doute.* » Préface de la *Symptomatologie ou Traité des accidents morbides*, tome I, page II, 1866-1868.

affections gastriques ou hépatiques liées à la goutte ou au rhumatisme, maladies des organes génitaux chez la femme, affection inflammatoire du cerveau).

Quant au second (Burggraeve 1892), il intervint beaucoup plus tardivement, et avec une vision tout-à-fait particulière ; aussi en reparlerons-nous plus tard (cf. §4.2.3).

Nous voici donc enfin en présence de deux descriptions similaires (Spring et Rigal) correspondant clairement au syndrome que l'on connaît aujourd'hui sous le nom de stomatodynie. Cependant, aucune de ces deux contributions n'a connu, dans le monde médical, l'impact qu'ont suscité celles qui vont nous intéresser à présent.

4.2.2. Un îlot de publications viennoises : 1883-1886

Nous avons trouvé, au cours de nos recherches, un corpus de sources en langue allemande¹, publiées à Vienne, et qui ont ému la communauté médicale germanophone pendant les années 1885-1886. Elles nous semblent avoir largement contribué à l'histoire de la stomatodynie, bien qu'elles constituent un petit îlot, déconnecté des publications que nous venons d'étudier, et peu pris en compte par la littérature francophone plus tardive.

4.2.2.1. Albert (janvier 1885)

Tout semble commencer en janvier 1885, lorsque le vénérable Professeur Eduard Albert (Figure 8) publie une série de cinq articles dans la *Presse médicale viennoise* (Albert 1885). Ces articles, portant sur « *quelques maladies singulières de la langue* », rapportent une dizaine de cas de patients présentant des douleurs linguales intenses associées à la présence de lésions bilatérales, situées dans la région postérieure des bords de langue, et qualifiées de « *papillomes* ». De tels cas avaient déjà fait l'objet d'une digression dans un article rédigé par Albert pour l'Encyclopédie d'Eulenburg (Eulenburg 1883). Ils sont précisés ici, de façon plus détaillée.

Dans les sept cas issus de ses propres observations, c'est la douleur qui a attiré son attention. Elle est décrite comme diffuse, évoquant une sensation de brûlure, de localisation plutôt postérieure, associée quelquefois à des picotements. Dans six cas sur sept, Albert rapporte avoir observé des « *papillomes* » souvent bilatéraux, « *de la taille d'une lentille* »,

¹ Ces sources ont pu être exploitées avec l'aide de M. Vincent Périer pour la traduction.

« *rouges vifs* », situés dans la région postérieure du bord de langue, juste en avant de l'insertion de l'arc palatoglosse. Très sensibles au toucher, ils lui ont semblé être à l'origine des douleurs des patients. Six de ces cas concernaient des femmes hystériques ; un seul était un homme, mais de nature neurasthénique. Les traitements tentés, infructueux sur le long terme, ont consisté en l'application de « *Lapis* », c'est-à-dire probablement une thermo-cautérisation, sur les fameux « *papillomes* » (les patients avaient tous refusé de procéder à leur ablation chirurgicale). Enfin, trois cas communiqués par un lecteur, le Docteur König, sont mentionnés dans le dernier de ses articles. Celui-ci dit avoir supprimé les douleurs en réalisant l'exérèse chirurgicale desdits papillomes.

Les caractères de la douleur nous semblent tout-à-fait significatifs. Cependant la présence d'une telle lésion organique nous pousserait *a priori* à considérer les douleurs comme secondaires à ces lésions. Mais après un examen plus approfondi des cas décrits, il nous apparaît clairement que ces papillomes ne correspondent à rien d'autre qu'aux papilles foliées des patients, simplement hypertrophiées pour une raison qui nous échappe (variation anatomique, conséquence de microtraumatismes provoqués par des pro-tractions linguales répétées... ?). Albert connaissait l'existence des papilles foliées chez l'homme, décrites par Mayer en 1842 ; pourtant il parle bien de « *papillomes* » et les tient pour cause des douleurs, alors même qu'un de ses cas présente la même douleur, sans aucune lésion visible cliniquement.

Pour comprendre cette obstination, il ne faut pas oublier qu'Albert est avant tout un chirurgien. Né en 1841, d'origine tchèque, il fut formé à l'université de Vienne en Autriche, pour obtenir son diplôme de docteur en médecine en 1867. Il commença à exercer la chirurgie à partir de 1872, à Innsbruck, avant d'être nommé en 1881 à l'une des plus prestigieuses chaires de chirurgie, à l'université de Vienne, dont il restera titulaire jusqu'à sa mort en 1900 (Enersen 1994a). Quoi de plus normal que le chirurgien trouve des lésions à l'origine de ce syndrome ? Ces fameux papillomes, dont l'existence est pourtant bien discutable, resteront célèbres dans la littérature. En effet, pas moins de 17 auteurs s'intéressant à la stomatodynie évoqueront les papillomes d'Albert par la suite, jusqu'en 1921 (Kaposi 1885; Degle 1886; Schech 1886; Schwimmer 1886; Lefferts 1888; Butlin 1889; Bernhardt 1890; Du Pasquier et Marie 1891; Galippe 1891; Duplay et Reclus 1892; Kraus 1897; Chauveau 1899; Brocq et al. 1900; Butlin et Spencer 1900; Chauveau 1900; Rosenberg 1908; Castex 1921). Car en 1885, il est au sommet de sa gloire. Sa renommée en Autriche est unanime, les périodiques lui accordent toute la place qu'il désire pour publier ses observations, et ses confrères boivent ses

paroles. Cet éminent personnage ne peut donc manquer de susciter une postérité importante – ce qu'elle fut effectivement. Dès les mois qui suivirent sa publication, les réactions ne se firent pas attendre.

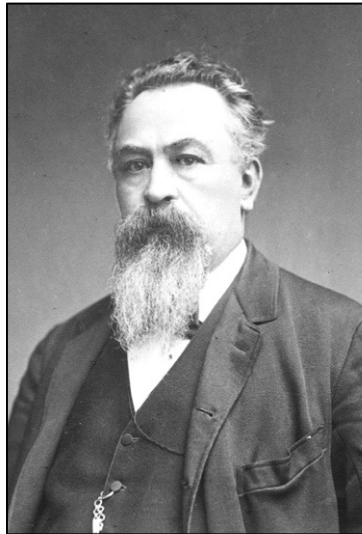


Figure 8 : Le Professeur Eduard Albert (source : Wikimedia Commons)

4.2.2.2. *Kaposi (mars 1885)*

C'est ainsi que six semaines après la dernière publication d'Albert, un autre médecin viennois, le Professeur Moriz Kaposi¹ (Figure 9), réagit aux observations de son confrère. C'est à lui que nous devons la première occurrence du terme de glossodynies parmi nos résultats de recherche, puisque sa série de cinq articles publiée dans le même périodique s'intitule : « *Glossodynia exfoliativa* » (Kaposi 1885).

Il s'interroge sur l'existence réelle des papillomes décrits par Albert. Au cours de sa pratique, il a en effet rencontré plusieurs cas de douleurs linguales sans lésions associées. Ces observations viennent donc corroborer le cas rapporté par Albert, où la douleur était présente sans qu'il ait pu identifier le « *papillome* » pourtant activement recherché. S'ensuit une longue description de plusieurs pathologies pouvant induire des douleurs linguales de ce genre. Ce dermatologue émérite mentionne le psoriasis, la langue géographique, des ulcérations chroniques de la muqueuse, mais aussi la syphilis, ou encore des désordres gastriques. Cependant, les huit cas observés ne correspondent jamais à une quelconque de ces affections.

¹ 1837-1902. Juif hongrois d'origine, formé à Vienne, diplômé en 1861, il devint Professeur de l'Université de Vienne en 1875, et directeur de clinique dermatologique en 1880. Il sera nommé conseiller (*Hofrat*) à la cour d'Autriche en 1899. Ses publications nombreuses contribuèrent également à faire de lui un grand nom de la dermatologie (Enersen 1994b).

C'est pour cette raison que, dans l'avant-dernier article de la série, Kaposi nous propose un nouveau nom, assorti d'une définition précise, pour catégoriser ces pathologies.

« [La glossodynie exfoliative] se caractérise par un symptôme de douleur linguale durable, pendant des mois et des années, avec une lésion anatomique de cet organe à peine discernable, et à chaque fois totalement insignifiante. »

Le symptôme douloureux est qualifié par les termes de « *picotements, brûlures, sensation d'ébouillement, rugosité, sensation d'engourdissement, lourdeur, et autres paresthésies* ». En outre, il détaille avec précision les états psychiques de ces patients (cancérophobie, exagération...), conséquence du caractère insupportable et lancinant de la douleur :

« Presque tous [les patients] semblent concentrer toutes leurs pensées sur la sensation de douleur à la langue et sur les perturbations qui en résultent. »

Ils se sentent poussés vers la folie, déprimés, mélancoliques... Ce tableau clinique, assorti de six observations personnelles, est donc absolument typique.

Pour ce qui concerne la cause, Kaposi suspecte une anomalie d'exfoliation de l'épithélium lingual, seul détail qu'il ait quelquefois remarqué (d'où l'épithète « *exfoliativa* »). Pourtant, la présence isolée de tels phénomènes n'est pas systématiquement liée à une douleur linguale. Selon lui, l'apparition de la douleur résulte d'un second facteur, qui pourrait être la « *susceptibilité nerveuse individuelle* » des patients (par exemple un contexte hystérique).

Quant au traitement, il n'est pas considéré comme très important, dans la mesure où certaines glossodynies se résolvent d'elles-mêmes au bout de quelques années, tandis que d'autres sont réfractaires à tout traitement. Un seul traitement testé sur ses patients a donné lieu à une légère amélioration des symptômes ; il s'agit de badigeonnages bihebdomadaires d'une solution concentrée de nitrate d'argent.

Cette description claire, factuelle, correspond en somme assez bien à ce que nous savons de ce syndrome aujourd'hui. Sa conception du lien existant entre états psychiques et douleur est tout-à-fait marquante, et plusieurs auteurs le rejoignent aujourd'hui dans l'idée que c'est le caractère obsessionnel de la douleur qui est la cause des états psychiques si particuliers que présentent ces patients. D'autre part, la « *susceptibilité nerveuse individuelle* » rejoint l'hypothèse actuelle d'un abaissement global du seuil de douleur qui, suite à la survenue d'un autre facteur habituellement insignifiant, provoque l'apparition de ces

douleurs. Les publications ultérieures ne feront que tenter de combler les zones d'ombre concernant l'étiologie et le traitement, qui n'ont pas été beaucoup développés par Kaposi ; mais dans cette série d'articles, les bases du syndrome sont là : la douleur typique, la cancérophobie et les états psychiques particuliers, l'anomalie du seuil de douleur, les éventuelles lésions locales subcliniques.

Le titre de cet article aussi bien que la distinction de son auteur donneront lieu à un grand nombre de citations futures (Degle 1886; Schwimmer 1886; Magitot 1887; Duplay et Reclus 1892; Maurel 1893; Bernheim et Laurent 1895; Girode et al. 1895; Kraus 1897; Brocq et al. 1900; Butlin et Spencer 1900; Rosenberg 1908; Meige et al. 1911; Variot et al. 1921; Chico 1937), mais pas toujours en accord avec son approche. La plupart des Français qui le citent, en effet, le mentionnent essentiellement pour la paternité du terme de glossodynie, mais présentent comme des nouveautés, des choses qui pourtant étaient décrites précisément par Kaposi ; à se demander quelquefois s'ils ont lu davantage que le titre... L'exemple le plus criant est certainement celui de Brocq et Besnier (Brocq et al. 1900), qui écrivent en 1900 :

« Entrevue seulement par Halliday, Bouisson, Valleix, Demarquay, Zézas, Kaposi et Dègle, la glossodynie fut décrite pour la première fois par Verneuil sous le nom d'ulcérations imaginaires de la langue ».

La contribution de Kaposi est ainsi reléguée sans autre forme de procès au rang de vague évocation anecdotique ! Manque de temps pour lire les publications citées, problème linguistique, ou bien simple chauvinisme français post-défaite de 1870... ?



Figure 9 : Moriz Kaposi en 1902 (source : Wikimedia Commons).

4.2.2.3. *Schwimmer (mars 1886), Degle (octobre 1886)*

Cet étrange syndrome continuera d'intéresser les Autrichiens l'année suivante, à commencer par le dermatologue viennois Ernst Schwimmer (1837-1898) (Schwimmer 1886). Commencant par citer Dechambre et Valleix (que nous avons déjà vus), en compagnie de deux autres auteurs (Fairlie et Clark, dont nous n'avons pas réussi à retrouver la trace), il souligne la distinction existant entre névralgie trigéminal de siège lingual et véritable glossalgie ou glossodynie. Cet auteur rapporte avoir observé 28 cas de vraie glossodynie depuis 1879, mais ne s'y est intéressé que depuis les publications d'Albert et de Kaposi, qui ont attiré son attention sur huit cas observés pendant l'année 1885.

Pour aucun d'eux il n'a décelé les lésions décrites par Albert, ce qui vient corroborer les assertions de Kaposi. En revanche, les plaques de desquamation décrites par ce dernier n'ont été observées que dans de rares cas par Schwimmer. Il en conclut qu'il s'agit bien de la même maladie, mais que les signes décrits par ses confrères, présents quelquefois dans la population générale sans provoquer de douleur, ne constituent en aucune manière la cause de la glossodynie. Selon lui, l'étiologie est plutôt centrale que périphérique, bien que la pathologie ait ensuite son siège dans les fibres mêmes du nerf lingual. En tous les cas, il préconise un traitement le moins invasif possible. Si le sujet présente une pathologie générale (telles que la goutte ou le rhumatisme), un traitement adapté (comme l'hydrothérapie ou les calmants généraux) peut conduire à la résolution de la glossodynie. En dehors de ces cas, il propose l'application de « *Papayotin* » sur la surface de la langue, puisqu'elle a apporté un certain soulagement à ses patients. Cette substance équivaut très probablement au suc du papayer (ou « *papaine* », en français). Le dictionnaire Jaccoud (1886) rapporte à ce sujet les observations d'un certain Moncorvo :

« Au contact de la peau intacte, il semble faire disparaître les aspérités résultant de l'épaississement plus ou moins prononcé de l'épiderme et rend celui-ci plus souple et plus uni. » (Jaccoud 1886)

On comprend que Schwimmer ait essayé en première intention cette thérapeutique toute simple, que l'on peut classer parmi les émoullients. Aujourd'hui la papaine est toujours reconnue pour son action protéolytique, mais rien ne permet de penser qu'un mécanisme d'action autre que son effet placebo puisse guérir la glossodynie...

Puis, au mois d'octobre, c'est au tour de Degle (Degle 1886) de rapporter un cas correspondant à la fois aux descriptions d'Albert et de Kaposi, dans le but d'enrichir les

observations de ses confrères. Le sujet présente une langue villeuse et des papilles foliées tuméfiées siège de douleurs intenses au toucher. Selon lui, les hypothèses d'Albert et de Kaposi ne sont que deux variations du même syndrome, dont les manifestations sont inconstantes.

Cependant, après analyse des symptômes décrits, l'enthousiasme de Degle nous semble un peu déplacé. En effet, la douleur est aiguë, irradiant vers les deux oreilles, exacerbée lors de la déglutition. Elle a fait son apparition depuis tout juste deux semaines lors de la consultation. Aucune sensation de brûlure n'est mentionnée, en revanche une tuméfaction de la région sous-angulo-mandibulaire est notée. Tout ceci est bien plus évocateur d'un syndrome infectieux viral que d'une glossodynie. La langue villeuse s'expliquerait tout simplement par le fait que « *le patient n'a presque rien absorbé ces jours derniers* », l'absence d'action mécanique sur la surface linguale lors de la mastication provoquant une diminution de la desquamation de la muqueuse, et donc un épaissement de la couche cornée, responsable de l'aspect allongé des papilles filiformes. Quant à la tuméfaction des papilles foliées, elle s'explique aisément par l'inflammation de toute la région oropharyngée. Cette contribution nous semble donc légèrement hors sujet, mais a le mérite de réagir aux trois auteurs précédents, et s'inscrit dans cet effort viennois de décryptage de la glossodynie.

Ainsi ces quatre publications viennoises ont eu un impact fort sur la communauté médicale germanophone¹, et doivent être saluées comme le premier effort sérieux de description, individualisation, recherche étiologique et traitement de la glossodynie. Il est clair que leurs successeurs francophones ont eu connaissance de ces publications, mais sans vraiment les estimer à leur juste valeur ; cette maladie est donc restée peu connue en France jusqu'à l'intervention de Verneuil et de ses confrères en 1887.

4.2.3. Réappropriation du syndrome sous l'égide de l'Académie de médecine : 1887-1920

En France, l'effervescence autour de cette maladie ne commence qu'à l'automne 1887. En effet, depuis Spring et Rigal (1870 et 1875), dont les contributions étaient passées relativement inaperçues, personne ne semble s'être penché sur la question. Elle revient sur le devant de la scène grâce à l'intervention du Professeur Aristide Verneuil et de ses confrères à

¹ Onze ans plus tard d'ailleurs, toujours à Vienne, Kraus (Kraus 1897) se basera exclusivement sur ces publications pour rédiger la partie de son ouvrage concernant les troubles sensitifs de la langue.

l'Académie de médecine les mardis 27 septembre, 4 octobre, et 18 octobre 1887. Un demi-siècle plus tard, Chico écrira dans la partie historique de sa thèse :

« À partir de cette date, l'étude de la glossodynie prend un élan considérable. Nombreux sont les auteurs qui s'occupent du problème. Ainsi la publication des cas ne fait que s'accroître. » (Chico 1937)

Cette contribution a été le chef de file d'une longue série de publications ultérieures, comme en témoignent nos résultats présentés en partie 3.1.3. Ce courant a déjà été étudié par un certain nombre d'auteurs précédemment mentionnés (Castex 1921; Chico 1937; Ruel-Kellermann 2014), qui ont cherché à retracer l'historique de cette maladie ; aussi nous proposons-nous d'en rappeler simplement les éléments les plus marquants, en commençant par ses actes fondateurs.

4.2.3.1. Les pères fondateurs (1887-1891)

- *Verneuil, Fournier, Labbé, Laborde, Perrin, Larrey, Hardy, Luys, Besnier, Diday (septembre 1887)*

Commençons par l'acte fondateur de cette étude de la stomatodynie : la séance du 27 septembre 1887 à l'Académie Nationale de Médecine (Verneuil et al. 1887). Le Professeur Aristide Verneuil (1823-1895), chirurgien membre de l'Académie, d'âge et d'allure déjà respectables, orateur passionnant, y prend la parole pour une communication qu'il intitule : « *Ulcérations imaginaires de la langue* ». Il décrit alors une « *variété de la névralgie linguale* », illustrée par cinq cas plus ou moins récents, qu'il a observés dans sa pratique personnelle. Le tableau typique de la maladie est une sensation désagréable de la langue allant de la « *simple gêne* » à la « *douleur plus ou moins vive* », la plupart du temps unilatérale. Les modalités de la douleur sont assez peu décrites. Jusque là, rien de sensationnel par rapport aux auteurs précédents. Mais l'auteur insiste lourdement sur les états psychiques de ces patients, qui – selon lui – réduisent à néant l'efficacité des thérapeutiques utilisées habituellement pour le traitement des névralgies. Ces malades sont décrits comme portés à l'exagération et à la fixation de leur attention sur le moindre détail de leur muqueuse linguale (papille foliée, orifice du canal de Wharton...). En résumé, il souhaite « *montrer le rôle que joue l'imagination chez les malades de cette catégorie* ».

Lors de cette séance et de la suivante, ses confrères de l'Académie appuient ses déclarations, rapportent leurs propres cas, en les associant qui à l'arthritisme, à la goutte ou au tabès, qui à l'hypocondrie ou à diverses névropathies. Dans tous les cas, le dénominateur commun est l'imagination des malades. De là à considérer la douleur elle-même comme imaginaire, il n'y a qu'un pas :

« Dans les deux cas, il y a douleur ; et lorsque, comme dans la névralgie, il n'y a que douleur, qui pourra dire si, oui ou non, elle est imaginaire ? »¹

Tout naturellement donc, le « *traitement moral* » fait l'unanimité, et constitue la base de la prise en charge de ces patients, en association avec diverses thérapeutiques : application de glycérine phéniquée ou d'émollients (décoctions de guimauve ou de pavot), injections hypodermiques de cocaïne, cautérisations, administration de 6 à 8 grammes de bromure de potassium...

En somme, Verneuil et ses confrères n'ont fait que répéter ce que Spring et Kaposi avaient dit avant eux, en ajoutant la dimension imaginaire comme responsable de l'échec des traitements. Le Docteur Besnier, d'ailleurs, se permet une timide et courte intervention devant ses pairs lors de la séance du 4 octobre :

« Je crois devoir faire remarquer que cette maladie est un peu plus connue qu'elle ne semble l'être d'après les communications qui ont été faites à l'Académie. En réalité, elle est très fréquente ; on l'a décrite et dénommée sous le nom particulier de glossodynie. »

Dans le même registre, quelque cinq ans plus tard, Adolphe Burggraeve, médecin belge, écrit :

« C'est un habile stratège que M. le professeur Verneuil, il sait comment éveiller l'attention des académiciens qui commencent à s'endormir, par un de ces coups de tam-tam dont il a le secret. Depuis qu'il a annoncé des cancers de la langue sans cancer, c'est à qui s'occupera de cette affection, imaginaire ou non. Le sujet est cependant loin d'être neuf, et rien de moins difficile que de faire de l'érudition en ouvrant tout simplement le livre du professeur Spring : Symptomatologie ou Traité des accidents morbides. Comme nous supposons cette œuvre de bénédictin en possession de tous les

¹ Docteur Ch. Diday, dernier intervenant le 4 octobre.

académiciens, nous ne rappellerons pas ici ce que son auteur dit de la glossalgie. » (Burggraeve 1892)

Cette citation au son légèrement ironique à l'endroit du professeur Verneuil et de la fièvre qui s'est emparée de la communauté médicale suite à cette intervention, nous amène à nous interroger sur son cheminement intellectuel pour faire sa communication.

En effet, son discours du 27 septembre commence par ces mots lourds de sous-entendus :

« On se rappelle que Velpeau signala jadis les tumeurs imaginaires de la mamelle et décrivit les tourments physiques et les malades qui s'en croyaient atteints, ainsi que les soucis et les incertitudes des praticiens consultés dans ces cas souvent difficiles. [...]

Or ce que Velpeau a fait pour le sein, je le voudrais faire pour la langue. »

Il nous semble que l'on peut voir ici une belle illustration de la course à l'élaboration du savoir médical, de la frénésie à décrire de nouveaux syndromes, caractéristiques de cette période (cf. §4.1.3).

En outre nous savons qu'il s'était intéressé depuis plusieurs années à ce genre de douleurs inexplicables, car nous avons retrouvé deux traces de ses interrogations sur cette maladie. La première se trouve lors d'une séance de l'Association française pour l'avancement des sciences en 1876 (Bottentuit et Roubaud 1876) ; il s'agit du rapport d'un cas pour illustrer le sujet des névralgies viscérales. Le patient observé présentait une « *névralgie linguale des plus violentes* », qui avait duré jusqu'au décès du malade de « *paralysie générale* ». Verneuil reprendra ce même cas (un patient médecin mort de paralysie générale, observé « *il y a plus de vingt-cinq ans* ») en 1887 à l'Académie de médecine, en ajoutant la mention de ses états psychiques tout-à-fait singuliers (cancérophobie).

Le deuxième élément qui nous fait entrevoir son cheminement apparaît en 1877, quand Verneuil rédigea la préface de l'édition française des *Clinical Lectures and Essays*, de Sir James Paget (Paget 1877). Il y explique avoir délégué à un de ses disciples la traduction de l'original anglais et en vante largement les mérites :

« À tous moments, je retrouve dans le texte de M. Paget des façons de voir qui sont les miennes. [...]

En louant sans réserve certains chapitres des Clinical Lectures, j'ai l'air en vérité de m'encenser moi-même. Telle n'est pourtant pas mon intention. Le seul désir qui m'anime est de persuader et d'entraîner mes contemporains dans une direction pleine de promesses pour l'avenir de la chirurgie et les intérêts de l'humanité. »

Or, dans cet ouvrage qu'il a préfacé de façon si élogieuse se trouve tout un chapitre concernant la « *neuromimésie des tumeurs* », c'est-à-dire l'imitation nerveuse d'une douleur de tumeur chez des patients vivant dans la crainte d'une telle affection. Plusieurs exemples sont donnés, notamment le sein et, par transposition, ... la langue ! Exactement ce que fait Verneuil dix ans après à l'Académie de médecine.

Ce faisceau d'éléments nous amène donc à penser que ladite intervention avait été longuement mûrie : un premier cas qui attire son attention et débouche sur une paralysie générale, la découverte de l'influence de la cancérophobie dans les *Clinical Lectures* de Paget, quelques cas supplémentaires de malades « *imaginaires* » ... Et voilà qu'au début de l'année 1885 les Viennois commencent à s'intéresser à des douleurs linguales sans lésion organique¹ – il n'en faut pas plus pour qu'il se lève ce mardi 27 septembre 1887 : l'Académie doit parler !

Ainsi, d'un point de vue médical, cette première intervention marquante est caractérisée par l'apparition de l'état psychologique des patients comme facteur étiopathogénique. D'un point de vue épistémologique, cette intervention eut une influence majeure ; elle fut en effet rapportée dans 10 revues différentes en 1887² et citée ensuite à 31 reprises (Magitot 1887; Pitres 1887; Poyet 1887; Danion 1888; Lefferts 1888; Schwartz 1888; Burggraeve 1889; Simon 1889; Bernhardt 1890; Larousse 1890; Du Pasquier et Marie 1891; Féré 1891; Galippe 1891; Brocq 1892; Burggraeve 1892; Charcot 1892; Maurel 1893; Piotrowski 1893; Bernheim et Laurent 1895; Lyon 1895; Brocq et al. 1900; Butlin et Spencer 1900; Chauveau 1900; Reyne 1903; Rosenberg 1908; Chatelain 1910; Castex 1921; Simon 1932; Fernet 1936; Chico 1937). Cette influence s'explique par l'aura sans égale qu'avait Verneuil en tant que Professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de

¹ La coïncidence des dates est troublante. Comment expliquer que Verneuil n'ait parlé qu'en 1887 d'éléments qu'il avait collectés déjà dix ans plus tôt, à moins de ne considérer qu'il eût vent de la presse viennoise ? – ce qui du reste est fort vraisemblable, du fait de son érudition...

² Il s'agit du *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, du *Journal des connaissances médicales pratiques*, de *L'Abeille médicale*, du *Journal officiel de la République française*, de la *Gazette médicale de l'Algérie*, du *Temps*, du *Journal des débats politiques et littéraires*, de *La France médicale*, des *Annales d'orthopédie et de chirurgie pratique*, et enfin de *La semaine vétérinaire*.

l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie, et ancien président de l'Association française pour l'avancement des sciences. Nous allons donc maintenant évoquer quelques publications qui découlent directement de cette allocution.

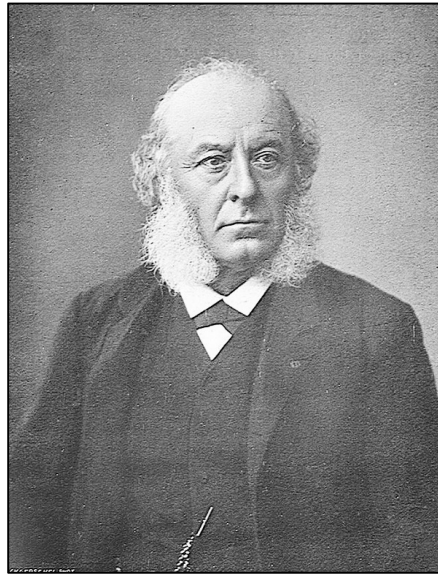


Figure 10 : Le Professeur Aristide A. S. Verneuil (Source : Banque d'images BIU Santé)

▪ *Magitot (18 octobre 1887)*

En lien direct avec la contribution de Verneuil, le Docteur Émile Magitot (1833-1897), stomatologue, lit, toujours à l'Académie de médecine, un mémoire qu'il a intitulé : « *De la glossodynie* ». Il sera ensuite publié en décembre de la même année dans la Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie (Magitot 1887). Celui qui mérite le titre de « *père de la stomatologie* » passa au moins une partie de son externat dans le service du Professeur Verneuil, et poursuivit ses premières recherches à ses côtés (Lamendin 2006).

Répondant à l'appel implicite de ce dernier¹, Magitot entreprend donc de synthétiser les connaissances sur le sujet, connaissances issues à la fois de quelques anciennes publications, des avis des académiciens qui viennent de s'exprimer, et de ses propres observations.

La partie historique de cette note rappelle des contributions assez anciennes (Breschet et Finot 1817; Halliday 1832; Valleix 1866), ainsi qu'un article du Docteur Neffe (Neffe 1865) qui, après lecture, s'est avéré hors sujet (la douleur décrite était de survenue brutale, et de caractère paroxystique). Une brève allusion est faite à Kaposi pour la création du terme de

¹ « M. Verneuil a voulu appeler l'attention sur une maladie particulière de la langue ; il a désiré provoquer des recherches dans cette direction. C'est pour répondre à cette indication que nous avons écrit cette note. » (p.790)

glossodynie. Mais l'élément le plus marquant de cette digression historique est certainement une citation de Jean Vigier (15??-1659), chirurgien formé à Montpellier et exerçant à Castres.

« Sans vouloir nous étendre dans une digression historique, sans remonter même jusqu'à J. Vigier, qui publiait à Genève en 1620, un travail sur le rhumatisme lingual (Tractatus absolutissimus de catarrho, rhumatismo, vitiis linguae, Genève, 1620), nous nous bornerons à rappeler [l']article Glossalgie [de] Breschet et Finot. »

Cette même citation sera reprise au fil du temps par certains de nos auteurs (Maurel 1893; Chico 1937), mais aussi beaucoup plus récemment (Cayla et al. 1971; Kuffer 1987; Fricain 2010). Vu son ancienneté, nous nous y sommes intéressé de près (Figure 11).

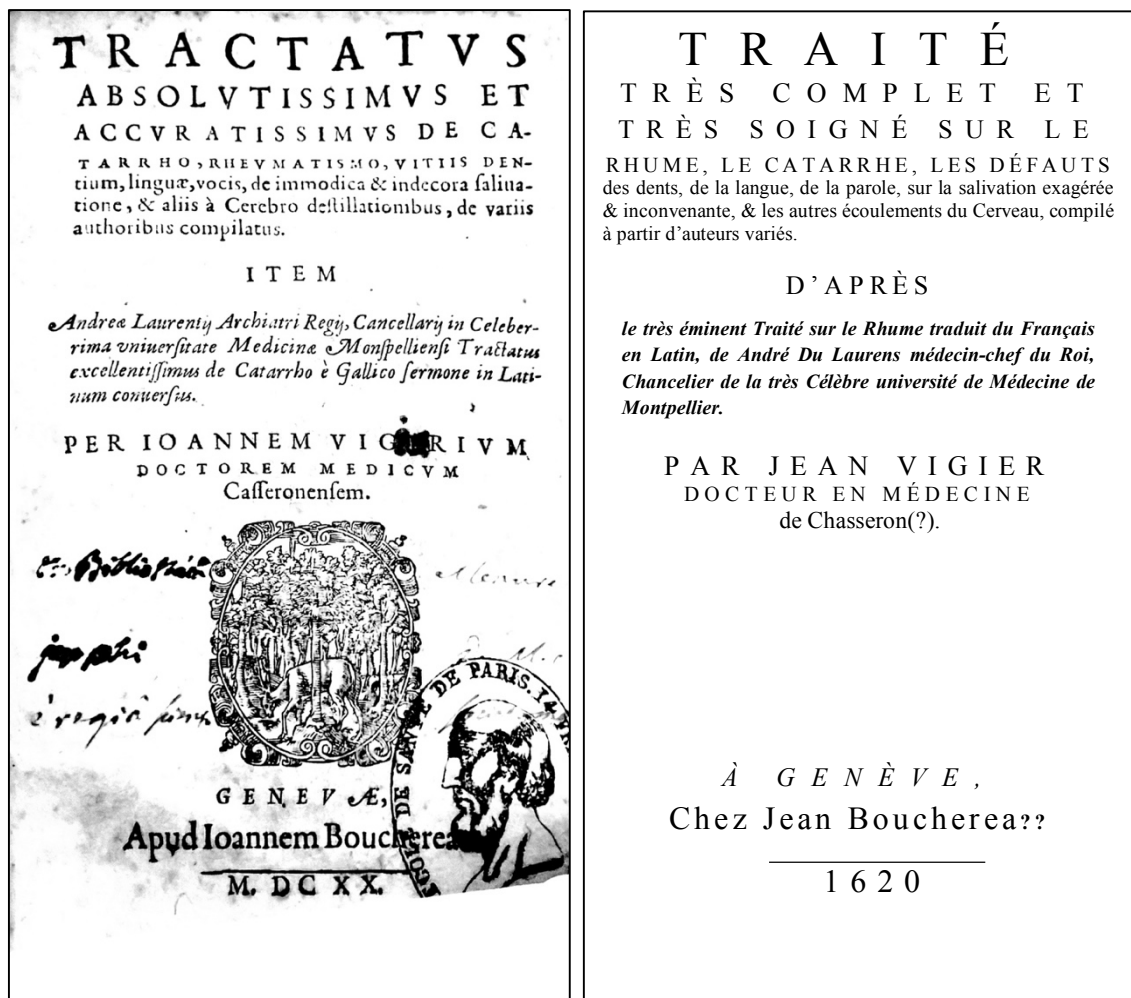


Figure 11 : Page de garde du Tractatus absolutissimus... de Vigier (1620) et sa traduction (par H. Fuzier¹).

¹ Hélène Fuzier est Docteur d'Université en Études Latines.

Cet ouvrage est en latin ; aussi, en l'absence d'indication de pagination dans les références, nous avons examiné l'index, qui a bien révélé trois chapitres concernant les affections de la langue (« *de linguae affectibus* »). Cependant, après lecture et traduction des chapitres en question, il nous est apparu qu'aucun ne s'intéressait à une quelconque douleur linguale. Ils concernaient essentiellement les défauts moteurs de cet organe, notamment responsables de bégaiement, bafouillement, et autres difficultés d'élocution¹.

Étonnés de ce constat, nous avons donc réexaminé les choses pour nous apercevoir de plusieurs incohérences dans la référence. Premièrement, le titre en latin nous montre en fait qu'il n'est nullement question de rhumatisme dans cet ouvrage, puisque le terme « *rheumatismus* » doit être traduit par *rhume*, *catarrhe* (d'après un dictionnaire de latin médiéval (Estienne 1557)), ou encore *flux* ou *écoulement d'humeurs* (Gaffiot 1934), mais en aucun cas par *rhumatisme* ; il s'agit d'un faux-ami. D'autre part, il s'avère que le titre mentionné dans la citation (« *Tractatus absolutissimus de catarrho, rheumatismo, vitiis linguae* ») est tronqué par rapport au titre complet de l'ouvrage. Ce fait nous semble responsable d'un contresens, puisqu'en évacuant du titre les termes « *dentium* » et « *vocis* » sur le même plan grammatical que « *linguae* » (tous trois au génitif, régis par « *vitiis* », et non pas par « *rheumatismo* »), Magitot transforme un traité sur les rhumes et les maladies de l'extrémité céphalique, en traité sur le rhumatisme lingual... !

Il est instructif de considérer qu'une telle erreur de bibliographie puisse se répercuter pendant plus d'un siècle sans être relevée. Ceci d'autant plus que le ton de la citation était des plus équivoques : « *sans même remonter jusqu'à Vigier...* » ; si elle avait été pertinente, Magitot n'aurait-il pas pris le temps de la détailler ? Maurel, également, qui est le premier à répéter cette citation en 1893, le fait avec des réserves qui la rendent encore plus suspecte :

« *C'est probablement de cette affection dont a déjà voulu parler J. Vigier, dès 1620, dans le travail signalé par Magitot, et ayant pour titre : Tractatus absolutissimus de catarrho, rheumatismo, vitiis linguae. (Genève, 1620) ; et, si quelques doutes peuvent exister à cet égard, il ne saurait en être de même des faits de Morgagni et de Chomel [...]* » (Maurel 1893).

¹ Hélène Fuzier, sollicitée pour la traduction latine, nous a écrit : « *Ainsi, sur l'ensemble du Traité, quatre chapitres – les 26, 27, 28 et 29 – auraient pu, à ne regarder que leur titre, nous intéresser, mais il apparaît bien vite qu'ils n'envisagent aucunement la stomatodynie* ».

Cette citation fait donc figure de *friandise* pour érudits¹... Mais ne nous arrêtons pas plus longtemps sur ce détail, qui n'enlève rien à la légitimité de l'article de Magitot.

Après cette digression historique, ce dernier poursuit en distinguant deux formes de glossodynie : rhumatismale ou névralgique. Toutes deux ont en commun une douleur plus ou moins intermittente, sans cause organique visible, la première étant diffuse, exacerbée par les mouvements, et associée à une sensation de « cuisson », – la seconde étant mieux localisée, plus spontanée, sans modification par les mouvements fonctionnels de la langue ; c'est cette seconde forme qui laisse croire aux malades à l'existence d'ulcérations. Cette distinction entre ces deux formes, si elle ne correspond à aucune différence en matière d'étiologie comme de thérapeutique, témoigne malgré tout d'une volonté de décrire, de classifier, de cerner cette maladie.

Quant à l'étiologie, il reprend les observations des académiciens en mentionnant l'arthritisme et les névropathies, mais les complète par une approche tout à fait intéressante. En effet le terme d'« *ulcérations imaginaires* » employé par Verneuil et ses confrères laissait entendre que la douleur elle-même était inventée par les patients. Cette tendance avait été corroborée par deux publications parues immédiatement après la séance à l'Académie de médecine, par les Docteurs Pitres (Pitres 1887) et Poyet (Poyet 1887), lesquels attribuaient la plupart des cas de glossodynie à l'autosuggestion et à des délires hypochondriaques. Or Magitot vient corriger le tir en établissant clairement que l'hypochondrie de certains patients est la conséquence et non pas la cause de ces douleurs :

« Cette opinion [de Pitres et Poyet] toutefois nous semble un peu absolue, et il résulte, en somme, des faits nombreux que nous avons rencontrés, que, conformément à l'opinion la plus générale, il s'agit ici d'une simple localisation rhumatismale ou névralgique, avec sensations douloureuses parfaitement réelles et parfois très vives. Ce n'est qu'en raison de son siège d'abord, et ensuite de sa ténacité extrême, que ce mal arrive à plonger certains malades dans un état d'obsession et d'hypochondrie. »

On voit donc que cette problématique classique en douleur chronique ne date pas d'hier. L'association de désordres psychologiques avec la stomatodynie est très claire ; cependant elle ne doit jamais faire oublier le caractère absolument réel de la douleur, qui – rappelons-le

¹ Un peu plus tard, le Docteur Micheline Ruel-Kellermann, sollicitée à ce sujet sachant qu'elle s'était intéressée à l'histoire de la stomatodynie, nous a répondu : « Mais il est peut-être intéressant de signaler cette source comme une erreur d'appréciation, à la suite de Portal, des chercheurs de la deuxième moitié du XIX^e siècle, friands des sources anciennes ! »

– est une expérience sensorielle et émotionnelle, donc nécessairement subjective. Elle ne peut donc pas être mise en doute par autrui. Cependant, dans quel sens les désordres psychiques et le phénomène douloureux sont-ils liés l'un à l'autre ? La question reste entière. Il est toujours tentant, pour le praticien déçu de ne pas pouvoir rattacher une cause précise au symptôme douloureux, de s'engouffrer tête baissée dans la porte que lui ouvre l'état psychologique perturbé de son patient, en lui imputant la responsabilité de la douleur, voire en doutant même de la réalité de cette dernière. Dans ce contexte, la réserve émise par Magitot fait sens, encore aujourd'hui.

Au sujet du traitement, rien de nouveau n'est apporté ; il reste en ligne avec ses prédécesseurs. Sa communication se termine sur le récit de quatre cas de glossodynie issus de sa pratique personnelle.

Avec cette publication, les bases de « l'après-Verneuil » sont posées. Du diagnostic au traitement en passant par l'étiologie, tout est formulé et synthétisé. Les publications suivantes entretiennent des liens avec ces trois séances de l'Académie de médecine, et s'inscrivent dans un effort de synthèse, consolidant cette approche, tout en l'agrémentant de quelques détails thérapeutiques.



Figure 12 : Le Docteur Émile Magitot (Source : Banque d'images BIU Santé)

▪ *Charcot (1888) et Galippe (1891)*¹

Quelques mois plus tard, en janvier 1888, le Professeur Jean-Martin Charcot, lors de sa célèbre leçon du mardi matin à la Salpêtrière (cf. Figure 13), s’empare brièvement du sujet de la glossodynie au cours de sa quinzième leçon, portant sur les troubles nerveux associés à l’hystérie. Paralysies hystériques et algies psychiques sont décrites à partir du cas d’une jeune femme de 25 ans qui se prête aux diverses expériences et manipulations menées par le maître Charcot. Selon lui, la glossodynie fait partie de ces algies psychiques retrouvées fréquemment chez les hystériques. Cette évocation est transcrite dans un paragraphe des notes de cours prises par son fils Jean-Baptiste Charcot, ainsi que MM. Blin et Colin, et publiées en 1892 (Charcot 1892). Nous en reproduisons ici le texte intégral.

« Je pourrais aisément multiplier les exemples de ce genre. Il me suffira de vous rappeler la glossodynie sur laquelle mon ami le professeur Verneuil appelait l'attention il y a quelques mois.

Un individu arrive et vous dit : « J'ai une douleur dans la langue, je dois avoir un cancer. » Vous regardez : Rien, et ici je parle d'un cas concret, d'une chose arrivée dont j'ai le souvenir dans l'esprit. Un mois après, l'individu revient à la charge et vous répète ce qu'il vous a dit déjà la première fois que vous l'avez vu.

Toujours pas de cancer. Cependant, la douleur persiste et gagne en intensité. Pendant plus d'un an peut-être, vous serez poursuivi par ce malade "imaginaire" – ou mieux "par imagination". Un beau jour, votre homme a de l'embarras de la parole, du tremblement de la langue et des mains, de l'amnésie, de l'inégalité des pupilles, etc., etc. C'est un paralytique général. Cette fois, il n'est plus question de cancer de la langue ; tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes possible.

La glossodynie a fait partie dans ce cas de l'ensemble des symptômes hypocondriaques qui souvent précèdent l'apparition de la paralysie générale progressive. Sans doute, la glossodynie n'a pas, tant s'en faut, toujours cette signification ; mais je n'étais pas fâché de vous dire en passant, parce que c'est là une notion importante pour la pratique, qu'elle l'a quelquefois. »

¹ Nous avons fait le choix d’étudier l’apport de Charcot dans le même chapitre que Verneuil *et al.* puisque son approche reste dans la même ligne ; il n’a en somme que magnifié les hypothèses avancées par ses prédécesseurs, sans qu’il y ait une quelconque rupture.

L'avis du « *père de la neurologie* » pèse très lourd dans le monde d'alors. Depuis 1882, il occupe la prestigieuse chaire de clinique des maladies nerveuses à la Faculté (première chaire de neurologie dans le monde), et s'intéresse, entre autres domaines, à l'hystérie. Cette curieuse maladie, rendue célèbre par l'héroïne de Flaubert – Emma Bovary –, est à la mode depuis quelques années. Longtemps confondue avec l'épilepsie du fait des crises convulsives qu'elle provoque, elle a été individualisée, étudiée, et documentée par Charcot dès 1872. Ces jeunes malades bourgeoises sont internées à la Salpêtrière, et exhibées pour les leçons du mardi matin (qui sont publiques), lors desquelles le Professeur Charcot reproduit sous hypnose à la vue du Tout-Paris, les symptômes hystériques – preuve en est que cette maladie est de nature nerveuse et non pas organique¹.

Ceci place la glossodynie dans une nouvelle perspective, puisqu'elle devient ainsi un symptôme parmi d'autres, d'une maladie générale du système nerveux. Ce lien avec l'hystérie avait déjà été proposé notamment par Spring, Rigal, Albert et Kaposi ; de même, le lien avec la paralysie générale avait été suggéré par Verneuil et Luys ; mais aucun n'avait la stature de Charcot dans le domaine de la neurologie : le patron a parlé ; c'est l'élément qui manquait pour transformer définitivement en Europe la stomatodynie en paresthésie buccale psychogène.



Figure 13 : Une leçon clinique à la Salpêtrière, huile sur toile, André Brouillet (1887).

¹ Jean-Claude Dupont, auteur d'un dossier sur Charcot (Dupont 2008) qui nous a servi de base à la rédaction de ce paragraphe, est Docteur en médecine, Maître de conférence de l'Université de Picardie et chercheur en philosophie de la biologie et de la médecine à l'Institut d'Histoire et de Philosophie des Sciences et des Techniques.

Quelques années plus tard, en 1891, le Docteur Victor Galippe apportera sa pierre à l'édifice, en publiant un article dans les Archives de Neurologie (Galippe 1891), éditées à l'initiative de Charcot et sous sa direction. Ce prestigieux patronage est d'ailleurs parfaitement exploité par l'auteur, qui commence son article ainsi :

« Les faits qui vont suivre apportent aux idées que je défends¹ un appui considérable. Non seulement ils parlent assez haut par eux-mêmes, mais, ce qui leur donnera une autorité considérable, c'est qu'ils ont été contrôlés et mis en lumière par M. le Pr Charcot dont l'opinion fait loi en pathologie nerveuse, aussi bien dans notre pays qu'à l'étranger. »

Il part du postulat que les patients présentant des « *ulcérations imaginaires* » sont avant tout des malades nerveux avec une seule obsession : la cancérophobie.

« Que ces malades soient des arthritiques ou non, ce sont surtout des névropathes, qui amplifient leurs sensations, les détournent de leur véritable signification, les systématisent, et une fois fixés sur une interprétation, presque toujours la même (crainte du cancer), se cramponnent à cette idée, la retournent dans tous les sens, en font le pivot de leurs perpétuelles préoccupations, et leurs angoisses même, restent sourds à tous les conseils, et vont souvent s'échouer dans la vésanie, dont cet état mental spécial n'a été qu'une période préparatoire. »

Après avoir rappelé les faits les plus marquants concernant la glossodynie, en s'appuyant sur Albert (Eulenburg 1883), Verneuil et ses confrères (Verneuil et al. 1887), Magitot (Magitot 1887), Bernhardt (Bernhardt 1890)², ainsi que deux auteurs anglophones que nous évoquerons plus loin (Lefferts 1888; Hadden 1890), il présente trois cas, tous féminins, de glossodynies associées à une cancérophobie marquée.

Le traitement s'est déroulé plus ou moins de la même manière pour les trois cas considérés :

« Hygiène buccale, résection de quelques racines, extraction de l'une d'elles, thérapeutique morale. L'effet purement psychique de cette médication ne dura tout d'abord qu'une quinzaine de jours. Cette période écoulée, la

¹ Idées selon lesquelles la pathologie orale n'est que le reflet de la pathologie générale, et que tout praticien de la sphère orale doit avoir une connaissance parfaite de l'ensemble de l'organisme.

² Martin Bernhardt (1844-1915), auteur allemand, spécialiste en neuropathologie, a fait une communication sur le sujet en 1890 à la Société de Psychiatrie à Berlin, en s'appuyant essentiellement sur les écrits de Verneuil *et al.*

malade venait de nouveau se faire rassurer par moi et me répéter la confiance de ses craintes. »

Il conclut en ces termes :

« Nous avons toujours affaire à des névropathes plus ou moins invétérés, sur lesquels la thérapeutique locale a peu de prise et qu'il faut traiter en s'adressant à la fois à leur raison (thérapeutique morale) et à leur système nerveux (bromure, hydrothérapie, etc.). »

Ce protocole de traitement sera repris et enrichi dans toutes les synthèses publiées par la suite.

Deux points ont retenu particulièrement notre attention. Premièrement, c'est le caractère tendancieux de cet article qui est frappant. En effet, il ne s'intéresse pas à la glossodynie en tant que telle mais à l'influence de l'imagination des patients sur leur état de santé (comme en témoigne la seconde partie de l'article, consacrée aux « *obsessions dentaires* »). Après analyse des cas présentés, il s'avère que la première patiente ne se plaint même pas de douleur – seulement de la peur d'un cancer de la lèvre inférieure. Il n'est donc pas question ici de glossodynie. Quant aux autres patientes, pour lesquelles la sensation de douleur ou de brûlure est bien décrite, l'auteur ne retient que la cancérophobie qui leur est associée ; pourtant, d'autres éléments cliniques nous apprennent que l'une d'elles venait de passer la ménopause, et que l'autre venait de faire le deuil d'un vieil ami. Ces informations (ménopause et événement de vie négatif) sont compatibles avec les données actuelles sur la dérégulation des circuits de la douleur. Sans vouloir minimiser le rôle joué éventuellement par la cancérophobie, l'opinion de Galippe (et de l'école de Charcot) nous semble un peu réductrice.

Le second point concerne le traitement et la prise en compte de la douleur des patientes. Les conclusions de l'auteur sur l'efficacité de son « *traitement moral* » nous semblent un peu précoces. En effet, aucun suivi n'a été assuré. La première patiente est morte d'une pneumonie. La seconde n'est jamais revenue après le premier rendez-vous (lors duquel le Docteur Galippe lui prescrivit des bains de bouche antiseptiques et « *la persuad[a] qu'elle n'avait pas de cancer de la langue* »). La troisième est revenue au bout de quinze jours, mais l'auteur « *espère qu'en raison de l'intelligence de cette jeune femme, [...] cette obsession finira par s'éteindre* ». Ceci nous semble donc un peu rapide pour conclure de l'efficacité et de l'indication de la « *thérapeutique morale* » dans le traitement de la glossodynie. À moins que le succès dont on parle ne corresponde pas tant à la suppression de la douleur du patient,

qu'au fait de se débarrasser de ces importuns « *névropathes invétérés* » ... ! Cette seconde façon de voir est bien regrettable ; pourtant, elle a encore abondamment cours aujourd'hui, parce que l'insistance de ces patients qui consultent de façon répétée, manifeste les limites de nos thérapeutiques. Que ce soit en les adressant à des confrères plus qualifiés ou en leur proposant des traitements non médicamenteux (psychothérapie), soyons toujours soucieux de l'amélioration de leur état de santé plutôt que de la perspective de ne plus les voir dans nos cabinets.

4.2.3.2. *Grandes synthèses (1891-1920)*

À partir des années 1890, l'effort de description et d'explication de la glossodynie fait place à un effort de synthèse, comme nous l'avons vu en Figure 2 : la majorité (63 %) des publications retenues pendant les décennies 1890, 1900, 1910 sont des articles de synthèse ou des dictionnaires médicaux. On assiste donc à un véritable processus de digestion du savoir, sans apport nouveau ou presque, comme en témoigne la période creuse de description de nouveaux cas retrouvée entre 1891 et 1920 sur la Figure 3. Les bases avaient été posées par les publications périodiques que nous venons d'étudier, et sont alors reprises dans des ouvrages que l'on peut répartir en trois catégories :

- articles s'intéressant à la glossodynie de façon synthétique ;
- traités (de chirurgie, de pathologie orale ou nerveuse, formulaires thérapeutiques) ;
- dictionnaires médicaux.

Au gré des ouvrages, les hypothèses étiologiques communément admises et le protocole usuel de traitement se dégagent.

▪ *Articles de revue*

Si nous commençons par les publications consacrées presque exclusivement à la glossodynie dans un esprit de synthèse, nous retiendrons d'abord la thèse du Docteur Simon (Simon 1889) dont l'essentiel sera repris par les Docteurs Du Pasquier et Marie au sujet de la séméiologie nerveuse de la langue (Du Pasquier et Marie 1891). Chauveau également publiera un article intitulé « *Des variétés de glossodynie* » (Chauveau 1900). Enfin nous mentionnerons la thèse de Louis Castex (Castex 1921), beaucoup plus tardive, s'intéressant au « *Syndrome de la langue brûlante* ». Dans toute cette catégorie cependant, les auteurs citent

abondamment Verneuil *et al.* et synthétisent les différentes causes possibles ou facteurs associés aux glossodynies : hystérie, névropathie, tabès, rhumatisme, et quelques causes locales ou réflexes (comme le port de prothèses dentaires, une hypertrophie papillaire de la région foliée, ou encore la présence d'un bouchon cérumineux dans le conduit auditif externe !). Dans ces écrits transparaît toujours une forme d'incertitude face à la pertinence de ces hypothèses, puisque ces différents éléments cliniques pris isolément dans la population générale ne sont pas toujours accompagnés de glossodynie. Le problème de l'association entre glossodynie et psychisme reste particulièrement présent ; c'est ainsi que Chauveau écrira à ce propos :

« Nos sujets étaient des névropathes, peu accentués du reste [...]. D'ailleurs nos malades nous ont déclaré que les douleurs éprouvées depuis si longtemps par eux et d'une façon si cruelle les avaient rendus bien plus impressionnables qu'autrefois [...]. Il faut donc bien se garder de commettre cette méprise de prendre l'effet pour la cause. » (Chauveau 1900) (p.82)

Le traitement apparaît souvent comme accessoire ; rien d'étonnant à cela, puisque les publications scientifiques périodiques de cette époque cherchent avant tout à comprendre et à décrire plutôt qu'à soigner.

▪ *Traités*

Les choses sont différentes pour un certain nombre de traités, qui semblent davantage destinés aux étudiants qu'aux scientifiques ; en conséquence, d'une part les explications étiologiques commencent à être plus affirmées, et d'autre part un certain nombre d'indications thérapeutiques accompagnent leurs diverses leçons. C'est ainsi qu'au fur et à mesure du temps, l'explication liée à l'imagination se confirme, et un traitement de référence voit le jour.

Concernant l'étiologie, Duplay et Reclus (Duplay et Reclus 1892) formulent assez clairement une association évoquée par beaucoup d'autres de ces traités (Brocq 1892; Maurel 1893; Bernheim et Laurent 1895; Lyon 1895; Kraus 1897; Brocq et al. 1900; Heindl 1907), entre la glossodynie et diverses « *maladies nerveuses plus ou moins accentuées : hystérie, ataxie, paralysie générale, hypochondrie* », liste à laquelle il faut ajouter la neurasthénie (terme souvent retrouvé, et proche de la dépression). L'ensemble de ces troubles est quelquefois résumé par le terme générique de névropathie. Une prédominance féminine est également retrouvée chez certains auteurs germanophones (Oppenheim 1894;

Bernheim et Laurent 1895; Kraus 1897; Heindl 1907). Dans le sillage de l'Académie de médecine, la plupart mentionnent également l'arthritisme et le tabès (Brocq 1892; Oppenheim 1894; Lyon 1895; Brocq et al. 1900). Ces auteurs restent tous très nuancés en termes d'étiologie, comme en témoigne cette citation de Besnier et Brocq :

« En somme, on peut considérer la glossodynie comme un syndrome névralgique qui serait l'expression tantôt d'une maladie du système nerveux central, tantôt de lésions nerveuses périphériques et le plus souvent d'altérations complexes imputables à cette double origine. »
(Brocq et al. 1900).

Parmi cet imbroglio d'observations, une seule peut être sélectionnée et rendue responsable de la glossodynie : il s'agit de la cancérophobie, dont tous les auteurs précités ont souligné la présence chez ces malades. Relativement constant, ce paramètre est assez facile à transformer en cause ; tout ceci reste en ligne avec ce que nous venons d'étudier dans l'apport de Verneuil et ses confrères quelques années auparavant, puis de Charcot et Galippe. En l'absence d'une explication satisfaisante, c'est donc celle-ci qui restera dans les mentalités, comme nous le verrons dans les dictionnaires médicaux.

En somme, les approches actuelles les plus synthétiques et exhaustives, tiennent à peu près le même langage : une maladie multifactorielle, associée à divers paramètres ; pour autant, aucun lien de causalité n'est mis raisonnablement en évidence. Ce flou est donc toujours aussi propice à des raccourcis malheureux, qui donnent lieu à une certaine forme de mépris vis-à-vis du patient, et poussent le praticien à le considérer d'emblée comme un « patient psy ». Ce genre de raisonnement peut d'une part faire passer à côté d'une stomatodynie secondaire qui serait le symptôme précoce d'un trouble à prendre en charge sans tarder (comme certaines anémies pernicieuses), et d'autre part, en cas de stomatodynie idiopathique avérée, enfoncer le patient dans sa douleur, en le stigmatisant et en le culpabilisant.

Cette série de traités est particulièrement intéressante également pour ce qui concerne les traitements. À cette époque où l'empirisme domine, ces publications proposent un cocktail à base du traitement des névralgies et des ulcérations. Pour traiter les névralgies, l'usage consiste à employer des neurotoxiques (antipyrine, exalgin, aconitine). Certains préconisent la galvanisation du nerf lingual, en appliquant un courant entre le bord de la langue et la région du conduit auditif externe, et exceptionnellement, des moyens chirurgicaux comme la section ou l'élongation du nerf lingual (Brocq 1892). Par ailleurs, la sensation de brûlure

buccale et l'impression d'ulcération ont rapidement suggéré l'utilisation de topiques comme la glycérine phéniquée, ou le menthol, censés soulager les ulcérations, ou encore les badigeonnages ou injections hypodermiques de morphine ou de cocaïne ; le tout associé à des procédures d'hygiène pour réduire les agressions thermiques, chimiques ou mécaniques sur la muqueuse (extractions de racines résiduelles, suppression du thé, café, tabac...). Ces traitements se révélant insuffisants la plupart du temps, le rôle supposé de diverses névropathies a tout naturellement indiqué l'usage de calmants généraux comme les bromures (utilisés dans le traitement de l'hystérie et de toutes les autres névroses). L'implication de l'arthritisme et des états rhumatismaux, quant à elle, a suggéré le traitement par hydrothérapie ou encore avec de la quinine (Brocq 1892; Kraus 1897). Là encore, toutes ces thérapeutiques avaient déjà été suggérées par les académiciens ; ces traités ne font que les organiser et les articuler les unes par rapport aux autres, tout en soulignant que peu parviennent à soulager le patient durablement. Face à ce constat, tous s'accordent pour conclure que le seul traitement logique est de détromper le malade en lui expliquant qu'il n'a rien. C'est ce qu'ils appellent le « *traitement moral* », ou la « *suggestion* ». Maurel mentionne trois axes selon lesquels ce traitement peut être conduit :

« Le traitement est donc surtout moral, soit qu'il ne consiste qu'en des affirmations bien nettes, soit que le médecin se donne la peine de convaincre le malade, en lui faisant constater que telle disposition, qu'il considèrerait comme morbide, existe chez lui sur l'autre côté, ou chez tout le monde ; soit enfin qu'il croie préférable de pratiquer quelques manœuvres pour agir sur son imagination, et puiser ainsi l'autorité nécessaire pour affirmer dès lors que tout état pathologique a disparu. » (Maurel 1893)

Cette dernière possibilité basée sur l'effet placebo est reprise par d'autres auteurs, qui légitiment ainsi habilement certains traitements dont ils viennent de souligner l'inefficacité :

« En détruisant [de petites excroissances au voisinage du point douloureux] avec le galvanocautère, on supprime peut-être une cause occasionnelle de la glossodynie, mais surtout on tranquillise le malade sans lui faire courir le moindre danger. » (Brocq 1892)

Ainsi les multiples éléments contradictoires de ces traités donnent lieu à d'inévitables raccourcis dans l'imaginaire collectif du monde médical d'alors, au sujet de notre pathologie.

▪ *Dictionnaires*

Après ces divers traités, nous dirons un mot des dictionnaires médicaux, qui constituent l'aboutissement de l'effort de synthèse. Il s'agit de trois définitions du terme « *glossodynie* », publiées entre 1890 et 1903. Du plus ancien au plus récent :

« *GLOSSODYNIE f. — Rhumatisme musculaire de la langue, névralgie linguale, ulcérations imaginaires de la langue (De Verneuil.)*

— *Encycl. La glossodynie essentielle est un état pathologique douloureux de la langue, indépendant de toute lésion organique ou traumatique, susceptible de revêtir deux formes distinctes : 1° la forme rhumatismale, affectant soit la totalité du système musculaire de la langue, soit certains muscles isolément ; 2° la forme névralgique, qui peut être uni- ou bilatérale. C'est une manifestation de nature arthritique ou névropathique. Elle apparaît soit d'emblée, soit après la disparition d'une autre manifestation rhumatismale ou nerveuse. La glossodynie est d'ordinaire très tenace, mais son pronostic ne présente aucune gravité. On emploie pour la combattre les moyens ordinaires opposés aux autres accidents de même ordre : calmants, alcalins et bromures. » (Larousse 1890)*

« *Névralgie linguale, ou même maladie purement imaginaire (chez les nerveux). La glossodynie se voit surtout chez les névropathes et les arthritiques. » (Thomson 1895)*

« *Ulcération imaginaire de la langue, douleur fixe à la langue. Le malade croit à l'existence d'un épithélioma (neurasthénie, hystérie). » (Château 1903)*

Ces définitions sont de plus en plus succinctes, et de plus en plus réductrices, le seul élément qui subsiste, au fur et à mesure des raccourcis, étant le caractère imaginaire de ce syndrome.

Notons que nous n'avons sélectionné ici que les publications les plus intéressantes. De nombreuses références supplémentaires n'ont pas été citées en détail du fait de leur caractère redondant. Jusqu'en 1920, les auteurs de formulaires thérapeutiques et autres guides

cliniques reprendront les mêmes hypothèses et les mêmes traitements. L'ensemble de ces publications est consultable en annexe.

4.2.3.3. *Contributions satellites*

Outre ces publications essentielles du courant de pensée imposé par l'Académie de médecine, nous avons regroupé ici quelques voix indépendantes qui se sont élevées sur le sujet à la même période en Europe. Ces publications souvent très courtes ont été retenues en raison du caractère innovant de leur approche étiologique ou thérapeutique.

- *Trois nouvelles propositions de traitement (1888-1893)*

La première à laquelle nous nous intéresserons est celle du Docteur Danion (1888). Dans un court article de son journal intitulé « *l'Électrothérapie* », il revient sur les communications des 27 septembre et 4 octobre 1887 pour fustiger « *l'ignorance* » des académiciens au sujet de l'électrothérapie, et s'insurger contre leur « *traitement moral* » :

« Il serait donc humain dans ces affections, avant d'abandonner le malade à une cure morale (!) ou d'intervenir chirurgicalement, de le faire bénéficier d'un traitement électrique. » (Danion 1888)

Voilà donc quelqu'un qui perçoit l'absurdité de ce prétendu traitement moral, et ose élever sa voix contre une démarche aussi paternaliste que dégradante pour ces malheureux patients. Cependant, pour ce qui concerne le traitement galvanique en lui-même, bien qu'il eût rencontré un certain succès à l'égard d'une véritable névralgie linguale en 1865 (Neffe 1865), son efficacité sur la stomatodynie n'a jamais été véritablement démontrée...

Avançons sans transition jusqu'en 1892, où l'efficacité de l'hydrothérapie est une nouvelle fois évoquée, non pas avec les eaux de Saint-Nectaire, mais de Saint-Christeau (dans les Pyrénées). Le Docteur Bénard, médecin attaché à la cure, a fait le constat suivant :

« La glossodynie existe souvent à l'état de complication et est fréquemment amendée à la suite du traitement thermal. Lorsqu'elle est véritablement essentielle, le bénéfice est plus problématique. » (Bénard 1892)

Le message est clair. L'eau de Saint-Christeau, malgré ses innombrables qualités, pourra donc difficilement être le traitement miracle qui changera la vie des malades glossodyniques.

La même année, un cas tout-à-fait marquant est publié dans deux journaux destinés au grand public : « *Le Figaro* » (Gautier 1893), et « *Le XIX^e siècle* » (Lucet 1892a). Il s'agit d'un directeur d'école, souvent amené à faire usage de la parole, qui s'est trouvé progressivement atteint d'une douleur à la langue très invalidante, le gênant dans son expression et son alimentation, jusqu'à l'amener dans un état avancé de dépérissement. La douleur, assez peu décrite, semble revêtir un caractère paroxystique ; mais qu'importe, le cas vaut la peine qu'on s'y intéresse. Après de multiples essais infructueux menés par des confrères plus désemparés les uns que les autres, le Docteur Albert Filleau, confrère proche du Professeur Charles-Édouard Brown-Séquard (1817-1894), entreprit des injections sous-cutanées d'un élixir mis au point par ce dernier, et répondant au nom de « *séquardine* ». Quinze injections suffirent à rendre progressivement au malade l'usage de sa langue si longtemps douloureuse. L'un des journaux précise même qu'une injection fut un jour remplacée, à l'insu de tous, par une simple solution saline. La semaine qui suivit, aucune amélioration ne fut perçue par le patient, contrairement à toutes les autres séances. L'auteur en conclut que la guérison ne pouvait en aucun cas être le fruit de la suggestion, puisque seules les injections de séquardine provoquaient une amélioration des symptômes douloureux.

Une recherche dans la presse de l'époque nous éclaire sur la nature de ladite substance. Le Professeur Brown-Séquard (Figure 14), célèbre pour ses recherches en neurologie et acteur de premier plan dans les balbutiements de l'endocrinologie, explique sa démarche lors de trois communications faites en juin 1889 à la Société de Biologie dont il est alors président. La séquardine est un filtrat obtenu après broyage et macération dans quelques millilitres d'eau, de testicules de cochons d'Inde (ou de chiens, suivant le cas). Destinée à agir comme un élixir de jouvence, cette substance fut testée d'abord sur des lapins, puis, en l'absence d'effet indésirable évident, sur le Professeur Brown-Séquard lui-même, par des injections sous-cutanées d'environ 1 mL. Quelque dix injections plus tard, il présente ainsi ses résultats à la Société de Biologie :

« J'ai soixante-douze ans, depuis le 8 avril dernier. Ma vigueur générale, qui a été considérable, a diminué notablement et graduellement durant les dix ou douze dernières années. [...] Aujourd'hui et depuis le second jour et surtout le troisième après la première injection, tout cela a changé et j'ai

regagné au moins toute la force que je possédais il y a nombre d'années. »

(Brown-Séquard 1889)

S'ensuit la description de diverses observations subjectives (énergie pour monter l'escalier, capacité de concentration) ou objectives (force musculaire mesurée au dynamomètre, puissance du jet d'urine, motilité intestinale...) venant appuyer cette constatation d'efficacité. La conclusion est formelle : la séquardine est un puissant « *dynamogéniant* ». La plupart de ses pairs le critiquèrent vivement, excepté quelques uns, dont le Docteur Albert Filleau, qui se fit l'ambassadeur de ce remède miraculeux en l'employant avec succès dans de multiples indications, et notamment dans les cas de tuberculoses, paralysies, névropathies, cancers... (Lucet 1892b).

Cette thérapeutique passe pour l'apanage d'un charlatan du fait que ces deux articles sont rédigés par des profanes, à destination du public. Pourtant, ce cas de glossodynie ou de névralgie linguale, guéri de façon aussi éblouissante que le remède est farfelu, nous interroge. Jusqu'à présent, aucun auteur n'a décrit de tels succès. On entrevoit aujourd'hui le rôle des stéroïdes sexuels dans le maintien de l'intégrité des circuits neuronaux ; cette idée fantasque d'un grand homme en fin de carrière, si décriée par ses pairs à cette époque, serait-elle en fait une formidable intuition que l'on se devrait de réhabiliter ?

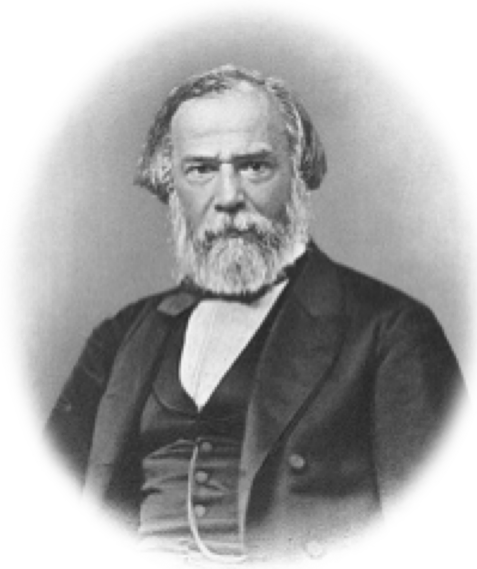


Figure 14 : Le Professeur Charles-Édouard Brown-Séquard (Source : Banque d'images BIU Santé)

▪ *Sept hypothèses étiopathogéniques originales (1893-1909)*

Après ces publications proposant des traitements innovants, nous avons trouvé sept articles qui se sont intéressés plutôt à l'étiologie du syndrome, en apportant des hypothèses qui diffèrent de celles de l'Académie et de ses succédanés. Les premiers s'intéressent à des causes locales.

Le premier est écrit par un autre membre de la Société de Biologie, le Docteur Gustave Piotrowski. Cet auteur s'empare du sujet en 1893 (Piotrowski 1893), en citant Albert Verneuil et collaborateurs, mais aussi Magitot, Galippe et Bernhardt (ainsi que deux auteurs anglophones (Lefferts 1888; Hadden 1890) que nous verrons ultérieurement). Il vient enrichir le débat par la présentation de huit cas de ce « *symptôme singulier, c'est-à-dire des picotements désagréables ainsi que des sensations de brûlure à la langue, qui se manifestent sans cause exactement déterminée* ». Chez quatre de ses malades, il a constaté des symptômes rapportés en termes similaires au niveau de membres inférieurs sujets aux varices. En outre, il rapporte une impression de dilatation des veines sublinguales chez ces patients. Aucun ne présentait de signes quelconques de cancérophobie ou de névropathie. Selon lui, la glossodynie est donc, dans ces cas, le résultat d'un trouble trophique induit par des varices. Ses quatre autres cas correspondant à des patients sans la moindre altération veineuse, mais sujets à la cancérophobie, il en conclut qu'il existe plusieurs formes de glossodynie :

« Nous concluons par conséquent qu'il est impossible de considérer cette affection comme une maladie particulière ; mais il faut la considérer plutôt comme étant un symptôme de plusieurs affections. »

En somme, Piotrowski propose une nouvelle cause de glossodynie, qui serait dans certains cas secondaire à des troubles trophiques similaires à ceux retrouvés quelquefois au niveau du membre inférieur. Cependant, la moitié de ses cas correspond encore à une forme idiopathique de glossodynie, qu'il attribue, comme l'a fait l'Académie de Médecine, à une névrose générale.

Vient ensuite une intéressante publication, parue la même année dans la Gazette des hôpitaux civils et militaires (Duplaix 1893). L'auteur, sans citer aucune publication antérieure, dresse un bilan des cas de douleur linguale observés dans le service du Docteur Coupard, à la Fondation Péreire à Levallois. Le tableau clinique évoqué correspond tout-à-fait à la glossodynie (sans que ce terme soit employé cependant). La douleur, seule plainte des patients, est décrite en termes de « *brûlures intenses* », d'intensité quelquefois variable.

L'examen clinique habituel n'offre aucune cause évidente. Mais pour cet auteur, c'est un examen mené à la loupe qui sera déterminant. En effet, il révèle, dans les plis de la muqueuse linguale, « *de petits points d'un rouge vif, déprimés comme si une portion de la muqueuse avait été enlevée à l'emporte-pièce.* ». Il remarque une corrélation entre d'une part la localisation et le nombre de ces « *points rouges et excoriés* », et d'autre part la localisation et l'intensité de la douleur perçue par le patient. Pour lui, ces lésions sont la cause directe de la douleur des patients. Les agents irritants locaux viennent entretenir ces micro-excoriations, et la douleur persistante devient la cause de « *cet état d'hypocondrie quelquefois très marqué que l'on rencontre chez les malades atteints de ce genre d'affection* ». Le traitement qui s'est avéré le seul à être efficace a consisté en la galvano-cautérisation en plusieurs séances successives de tous les points excoriés, à raison de six ou sept points par séance. Petit à petit, tous leurs malades ont été guéris. Ainsi, une nouvelle cause de glossodynie secondaire semble mise en évidence. Pourtant, plusieurs éléments laissent place au doute quant à la pertinence de cet article, à commencer par l'absence de cas détaillés précisément ; l'expression employée (« *quelques malades de cette catégorie* ») ne permet pas de savoir à combien se monte le nombre de ces cas. Il est donc impossible de déterminer si les faits rapportés sont fiables. Par ailleurs, quand on connaît les capacités de turn-over de l'épithélium de la muqueuse buccale, on ne peut manquer d'être étonné que lesdites excoriations persistent pendant des mois au point de plonger le patient dans un tel état de dépression. Il nous est donc difficile d'adhérer totalement aux opinions de cet auteur. Cependant, ce dernier a le mérite d'avoir remis en valeur l'importance d'un examen clinique complet et méticuleux, pourquoi pas associé à des aides optiques, avant de conclure à une éventuelle glossodynie idiopathique.

Après ces deux causes locales, nous avons affaire à des causes plus générales.

Commençons par citer le Docteur H. de Bosia évoquant l'herpès qui peut se manifester au niveau de la muqueuse buccale à un stade subclinique (de Bosia 1894). Cette hypothèse lui a été inspirée par une expérience personnelle de brûlure à la langue persistante et inquiétante, au point que seule l'intervention assurée de ses confrères et amis les Docteurs Labbé et Besnier ait pu le distraire de son inquiétude, lui assurant qu'une éruption herpétique franche surviendrait prochainement et sonnerait la fin de ses douleurs. Ce qui ne manqua pas d'arriver dans la région lombaire, lui faisant conclure que les fameuses « *ulcérations imaginaires de la langue* » peuvent être dues à un banal herpès, quoique l'intensité et la persistance de la douleur soient bien de nature à inquiéter le malade de façon toute légitime.

Quatre ans plus tard, un article de l'oto-rhino-laryngologiste toulousain Etienne Escat (Escat 1898) sera le premier à associer le syndrome glossodynique à la ménopause, en le rapprochant de certaines paresthésies pharyngées décrites à cette période de la vie chez la femme par le neurologue Felix Semon. Après lui, cinq auteurs parmi nos résultats de recherche, remarqueront aussi cette association (Brocq et al. 1900; Castex 1903; Heindl 1907; Allaey 1908; Chico 1937). Aujourd'hui, elle est d'ailleurs statistiquement établie (Boucher et Descroix 2015).

Une autre hypothèse originale parue dans le célèbre *Lancet* a été émise par le Docteur J. Hilton Thomson en 1890 basée sur une observation (Thomson 1890). Des sensations de fourmillements et de brûlures étaient décrites chez une femme de 45 ans, au niveau de la langue, du palais et des gencives, associées à des désordres gastro-intestinaux. Le traitement de ces derniers par des substances utilisées comme laxatifs (podophylline et calomel) et un traitement à base de pepsine porcine et d'acide chlorhydrique fit cesser progressivement les paresthésies, faisant conclure l'auteur à une origine réflexe de ces douleurs, qu'il assimile à la réciproque du réflexe nauséux¹. Une hypothèse très proche sera émise de façon indépendante en 1906 par un auteur allemand, Ludwig Hoeflmayr, qui rapporte trois observations (Hoeflmayr 1906). Il s'agit de sujets masculins âgés de 40, 44 et 68 ans, se plaignant de douleurs à type de brûlures, associées à une sensation de sécheresse buccale. Outre une disposition neurasthénique, l'anamnèse a révélé chez tous les trois une constipation chronique sévère. L'auteur affirme que les trois cas ont été résolus en administrant tout simplement des laxatifs. Fort de ces succès, il en conclut que la constipation est à l'origine de cette douleur. Elle serait donc de nature réflexe, faisant suite à un dysfonctionnement du système nerveux végétatif consécutif à l'altération des parois du tube digestif par la stase intestinale. Cependant, son opinion sur ces explications n'est rien moins que convaincue puisque la dernière phrase de l'article les qualifie d'« *hypothèses spéculatives* »² !

La quatrième proposition nous est fournie en 1908 dans les Archives de Stomatologie, par un auteur flamand originaire d'Anvers : le Docteur Allaey (Allaey 1908). Il rapporte deux cas qui correspondent globalement au tableau clinique classique. La première patiente a

¹ « We know that irritation of the fibres of the glosso-pharyngeal in the posterior third of the organ produces nausea and vomiting (Volkman), this is the result of a reflex from tongue to stomach, consequently a return reflex from stomach to tongue is all the more probable. »

² « Doch hat es bei unserer mangelhaften Kenntnis derartiger biologischer Vorgänge keinen Wert, sich an spekulativen Hypothesen zu ergötzen »

été guérie suite aux traitements usuels (suggestion, cautérisations, hygiène buccale). Quand à la seconde, ces traitements se sont révélés inefficaces, bien que poursuivis pendant quatre semaines. La guérison est survenue spontanément et subitement, et – chose étonnante – a coïncidé avec un événement de vie inattendu, à savoir le décès du père de la patiente. Selon l’auteur, ce fait démontre de façon très claire « *la nature purement nerveuse* » de cette glossodynie. Cette hypothèse rejoint donc l’opinion générale, à ceci près qu’il n’est pas question de cancérophobie, mais de lien entre affect et douleur. Ce type d’explication concorde avec les approches psychosomatiques actuelles, qui sont bien plus subtiles que l’idée trop répandue selon laquelle c’est par autosuggestion que les patients développent leur douleur.

Nous terminerons cette série d’explications originales par la mention du dermatologue Jean Darier, qui rapproche (sans argumenter son propos) la glossodynie du prurit cutané (Darier 1909).

Ainsi, nous avons vu que l’émergence du syndrome glossodynique se fait progressivement en Europe, en commençant par un intérêt croissant pour les atteintes de la sensibilité de la langue, jusqu’à la glossalgie de Spring en 1870. Nous avons montré ensuite le rôle caché de la communauté médicale viennoise une dizaine d’années plus tard, dans l’individualisation et la description de la glossodynie. Enfin nous avons mis en évidence l’influence majeure de l’Académie de médecine et des sommités de la médecine française jusqu’en 1920 pour imposer, au fur et à mesure des raccourcis, une conception de la maladie basée sur l’autosuggestion.

4.3. Une nouvelle ère suite à l’implication des États-Unis

Nous avons récupéré, dans nos résultats de recherche, certaines sources anglophones émanant d’auteurs américains. Un travail de synthèse de cette littérature américaine a déjà été réalisé par Grushka et Sessle (Grushka et Sessle 1986) à partir des années 1900, basé (à quelques exceptions près) sur les mêmes sources que celles que nous a fournies notre protocole de recherche. Nous nous attacherons donc à considérer les liens entretenus entre le courant européen déjà étudié et ces nouvelles contributions.

4.3.1. Influences européennes : 1888-1900

Nous commencerons par tenter de savoir dans quelle mesure le courant de pensée européen de la fin du XIX^e siècle a pu s'exporter outre-Atlantique. Deux publications ont pu jouer un rôle-charnière dans ce domaine.

4.3.1.1. *Lefferts (1888)*

La première, parue en 1888 (c'est-à-dire un an après la mémorable séance de l'Académie de médecine de Paris) dans le périodique *Medical News*, émane du laryngologue new-yorkais George Morewood Lefferts (1848-1920). Son titre n'est autre que « *Imaginary lingual ulceration* » (Lefferts 1888), comme si l'auteur n'avait fait que traduire les vues des membres de l'Académie. Pourtant, après avoir brossé un tableau clinique typique de cette affection, il s'excuse de l'emploi de ce « *terme fantaisiste* », expliquant qu'il est emprunté au Professeur Verneuil, et qu'il a le mérite de décrire la perplexité du praticien et du patient devant des douleurs sans cause organique visible. Il rappelle ensuite brièvement les opinions de Verneuil, Fournier, Luys, Labbé et Hardy, ainsi que de Magitot et de Poyet, avant de les considérer tout simplement comme dépassées :

« *These old-time views, representing but one side of the question, I present, for the moment, without comment.* »

À propos de la cause, Lefferts refuse la voie de la facilité qui consisterait à ranger cette maladie dans la catégorie diagnostique « *vague et insatisfaisante, mais confortable* » des névralgies. Mais il reconnaît malheureusement son ignorance à l'égard de ce symptôme (malgré quelques pistes d'ordre général concernant de rares cas). Selon lui, tout reste à découvrir en terme d'étiologie.

Quant à la thérapeutique, son approche va à l'encontre du plan de traitement usuel, dans lequel le patient est considéré comme « *hypochondriaque, nerveux, fantasque* », et sa douleur « *irréelle et n'existant que dans son imagination* » ; il s'oppose radicalement à l'utilisation d'« *applications de nature caustique en guise de placebo* » ou de « *thermocautérisations* », qui ne font qu'aggraver les choses en ajoutant à la douleur physique par des ulcérations qui n'existaient pas avant le traitement, et à la douleur morale par la désillusion de traitements infructueux ; il conclut son réquisitoire par des propos bien virulents contre les traitements recommandés par ses pairs européens :

« Pour un organe aussi vulnérable que la langue, on ne peut surestimer le danger d'une telle démarche, ni condamner assez vertement son utilisation. Son caractère non-scientifique et inefficace n'est plus à démontrer. »

Ainsi, sans pouvoir lui-même proposer des réponses satisfaisantes à ces problématiques, il démonte méthodiquement les fondements de l'approche qui vient de voir le jour sur le vieux continent. Il faut bien l'audace d'un Américain pour oser, à quarante ans à peine, tenir tête à des confrères aussi vénérables et influents que le digne Professeur Verneuil (alors âgé de plus de soixante-cinq ans) ! Cet article – qui fit l'objet d'une communication au Congrès annuel de l'American Laryngological Association – est l'occasion pour lui d'appeler ses pairs américains à des recherches plus approfondies. Assez curieusement, nous n'avons pas trouvé de citation de cet auteur dans nos sources plus tardives ; mais nous ne pouvons manquer de supposer que cette lecture (dans un congrès à caractère national) a stimulé ses confrères à de plus amples recherches, notamment les oto-rhino-laryngologistes Greenfield Sluder et L. W. Dean, que nous verrons plus loin.



Figure 15 : George Morewood Lefferts
(Source : David B. Delavan, « George Morewood Lefferts, a sketch of his life and work », 1921)

4.3.1.2. Butlin et Spencer (1900)

La seconde source qui nous a semblé faire le lien entre les deux continents est un traité écrit par deux auteurs britanniques, Henry T. Butlin et Walter G. Spencer, s'intéressant aux maladies de la langue (Butlin et Spencer 1900). Il a retenu notre attention car il est cité

ultérieurement par la moitié des auteurs américains que nous avons recensés. Il est toujours caractérisé par des termes élogieux tels que : « *un classique qui devrait se trouver dans toutes nos bibliothèques* » (Beall 1922) ou encore (au sujet du chapitre concerné) : « *la meilleure description de la glossodynie que je connaisse* » (Sluder 1923).

Le dernier chapitre de cet imposant ouvrage est donc consacré aux affections nerveuses de la langue. Deux paragraphes nous intéressent parmi les désordres sensitifs dont il fait état : il s'agit des « *hyperesthésies, névralgies, glossalgies* », ainsi que des « *paresthésies et ulcérations imaginaires* ».

Concernant les hyperesthésies, l'auteur les divise en trois catégories distinctes, en commençant par la catégorie neuropathique, c'est-à-dire les hyperesthésies résultant d'une altération locale des terminaisons nerveuses, survenant majoritairement chez des femmes d'âge moyen. À cette occasion, il cite les contributions que nous avons déjà rencontrées de Kaposi et Degle ainsi que Hadden et Bernhardt (Kaposi 1885; Degle 1886; Bernhardt 1890; Hadden 1890). La seconde catégorie s'intéresse aux causes d'ordre diathésique comme les dyspepsies ou encore l'arthritisme ou la goutte, faisant référence à Chomel, Magitot et Thomson (Chomel et Requin 1837; Magitot 1887; Thomson 1890). Il aborde également le fameux problème des douleurs de la région foliée (en citant Albert 1885) et signale que ces patients sont souvent « *névrosés* ». La troisième catégorie, enfin, concerne les causes réflexes, comme des dents cariées ou certaines affections auriculaires.

Le sujet des paresthésies n'occupe que quelques lignes, et rapporte essentiellement les opinions de Verneuil, en évoquant les fameuses « *ulcérations imaginaires* », sans plus de commentaire.

Ainsi cet ouvrage cite largement les autres auteurs européens. Cette seconde édition des *Maladies de la langue* tient compte de l'apport récent des médecins autrichiens et français sur le sujet¹, et le rend disponible au monde médical anglo-saxon. Toutefois il apparaît comme beaucoup plus nuancé que ses confrères ; en effet, la cancérophobie n'est rapportée qu'à deux occasions, et l'état « *névrosé* » des patients est signalé seulement au sujet des papilles foliées, sans que l'auteur s'appesantisse dessus outre-mesure comme avaient pu le faire les médecins français peu avant. En outre, il ne mentionne aucunement le traitement moral préconisé par ses confrères.

¹ La première édition datant de 1885 et traduite en français en 1889 (Butlin 1889) ne fournissait qu'une description assez floue de ce symptôme en l'assimilant à une névralgie trigéminal limitée à la langue.

De tout ceci résulte un chapitre en langue anglaise au ton juste et équilibré, reflet de la mouvance européenne, mais dénué du prosélytisme qui caractérisait les publications des académiciens et de leurs disciples ; c'est cet article qui servira de prérequis à plusieurs auteurs américains s'intéressant à la glossodynie.

4.3.2. Des approches purement américaines : 1918-1932

À la suite de ces deux écrits fondateurs, plusieurs hypothèses ont vu le jour aux États-Unis. Dans le même ordre d'idée que les hypothèses européennes rapportées au paragraphe 4.2.3.3 (« Contributions satellites : Sept hypothèses étiopathogéniques originales (1893-1909) »), ces propositions américaines ne sont basées que sur quelques cas recrutés dans la pratique clinique de leurs auteurs, et se rapprochent plus souvent d'opinions personnelles que de vérités scientifiques.

Ces hypothèses ont été largement décrites par Grushka et Sessle. Leurs sources étant plus larges que les nôtres (notamment après 1932), nous ne ferons donc que survoler celles proposées par les auteurs que nous avons nous-mêmes retrouvés à l'issue de notre démarche de recherche bibliographique.

4.3.2.1. *Sluder (1918, 1923)*

Le laryngologue Greenfield Sluder s'intéresse à son tour à la glossodynie dans deux articles consacrés à une même affection : la tonsillite linguale (Sluder 1918, 1923). Pour mémoire, cette tonsille (qui constitue la zone la plus basse et la plus antérieure de l'anneau dit de Waldeyer) est située en arrière du V lingual, immédiatement antérieurement par rapport à l'épiglotte (Figure 16). La tonsillite consiste en une inflammation aiguë de ce tissu lymphoïde.

Dans quelques cas de ce syndrome, l'auteur rapporte avoir constaté une glossodynie, associée selon lui à la présence d'extensions du tissu lymphoïde dans la région foliée. La tonsillite linguale se traduirait alors dans cette zone par la présence d'une hypertrophie de la papille foliée, telle que décrite par Butlin.

Cependant, ces cas de glossodynie se sont révélés rebelles au traitement mis en place pour la tonsillite (application de nitrate d'argent ou tonsillectomie au galvanocautère) : une fois la tonsillite rentrée dans l'ordre, la douleur persistait. Le seul traitement efficace a

consisté en l'infiltration du « *ganglion nasal* » (c'est-à-dire le ganglion ptérygo-palatin) au moyen d'une solution d'alcool et de phénol. Cette thérapeutique, décrite en 1922 par L.W. Dean (Dean 1922), est reprise avec succès en 1923 par Sluder sur plusieurs patients. Pourtant, aucun de ces deux auteurs n'est capable d'expliquer anatomiquement le mécanisme de ce succès, puisque le ganglion nasal n'a, jusqu'à preuve du contraire, de rôle dans l'innervation de la langue.

Nous signalerons en passant qu'un an auparavant, Sluder avait appliqué pour la première fois le procédé décrit par Dean, en traitement d'une glossodynie associée à un syndrome de « *lower half headache* » (céphalée d'origine vasculaire intéressant la région de l'artère carotide). Tous les symptômes avaient disparu après infiltration du ganglion nasal (Sluder 1922).



Figure 16 : Vue laryngoscopique de la tonsille linguale. *Le Progrès Médical*, 1902 ; 3(16) :188.
(Source : Banque d'images BIU Santé)

4.3.2.2. **Beall (1922)**

Le Docteur K. Heberden Beall semble être le premier à associer la glossodynie à des carences alimentaires (Beall 1922). En 1922, il rapporte quatre cas de « *glossopyrosis* » issus de son expérience clinique. Tous se plaignaient de sensation de brûlure intense, limitée à la langue, sans autre symptôme associé. L'anamnèse a révélé dans les quatre cas un certain déficit en apports lactés et carnés. La mise en place d'un régime réintroduisant de la viande et du lait en quantité suffisante a permis d'obtenir en quelques semaines la rémission complète

des douleurs linguales. Selon Beall et ses confrères de la *Southern Medical Association*, ces cas correspondraient à une forme fruste de pellagre (due à une carence en vitamine B3).

4.3.2.3. Lain (1932)

La dernière hypothèse originale que nous avons retrouvée dans nos résultats de recherche a été émise par le dermatologue Everett S. Lain, aux détours de travaux portant sur les lésions de la muqueuse buccale induites par des éléments prothétiques dentaires (Lain 1932). Dans un chapitre qui s'intéresse aux phénomènes galvaniques pouvant avoir lieu en présence de plusieurs métaux de potentiels électrochimiques différents, il évoque la sensation de « *langue brûlante* » rapportée par ces patients, quelquefois associée à la perception d'un goût métallique.

Ces trois hypothèses originales s'inscrivent à côté d'un grand nombre d'autres hypothèses qui fleurissent à la même période, répertoriées par Grushka et Sessle, et mises en perspective avec des contributions beaucoup plus récentes : phénomènes neuropathiques suite à des causes dentaires, xérostomie, ménopause, diabète...

4.3.3. Un nouveau souffle : 1920-1937

Jusqu'en 1920, aussi bien en Europe qu'aux États-Unis, les auteurs qui se sont penchés sur le phénomène de la glossodynie se sont basés sur de toutes petites séries de cas retrouvées dans leur pratique libérale ou hospitalière. À partir de ces observations, ou bien même quelquefois sans avoir jamais observé eux-mêmes de glossodynie, ils ont échafaudé des hypothèses quelquefois spéculatives, basées sur leur intuition, et en ont tiré des conclusions parfois hasardeuses. Ce n'est qu'à partir de 1920 que des rapports de cas sont publiés sur des échantillons plus importants. Cette année sonnera la fin du long plateau de la courbe des nouveaux cas décrits au cours du temps (Figure 3).

4.3.3.1. *Trois études américaines*

Ce renouveau doit son existence à trois études américaines que nous allons maintenant considérer.

- *Engman (1920)*

En 1920, le Docteur M. F. Engman est le premier auteur américain à s'intéresser au syndrome à plus grande échelle que les quelques rares cas décrits par ses confrères. Il rapporte ses observations issues de l'étude d'une série de onze cas de « *burning tongue* » sans lésion associée (Engman 1920). Son échantillon se compose de deux hommes et neuf femmes, âgés de 35 à 65 ans. Chez tous, il a relevé un point commun : une « *peur panique du carcinome de la langue* », qu'il rapproche du concept d'« *“idée fixée”*¹ *des auteurs français* » sans les citer explicitement cependant, mais probablement en référence au courant qui nous a occupé précédemment, bien que nous n'ayons pas rencontré cette expression telle quelle.

Il termine son article en s'avouant peu convaincu du caractère causal de la cancérophobie ; en effet, il explique ne pas pouvoir fournir de renseignements cliniques en assez grand nombre pour écarter toute cause organique, comme celle proposée par Sluder, étant donné que la détection d'une éventuelle tonsillite linguale aurait nécessité l'utilisation systématique d'un miroir laryngé.

Ainsi cet article est le premier du genre aux États-Unis, à s'intéresser à la recherche d'une cause objective sur un nombre de patients déjà plus important.

- *Montgomery et Culver (1932)*

Ce n'est que douze ans plus tard qu'un autre article de cet ordre paraîtra dans le même journal (Montgomery et Culver 1932). Les auteurs mettent pour la première fois les hypothèses étiologiques et les traitements usuels, à l'épreuve des faits.

Ils ont donc constitué un échantillon de 32 individus se plaignant de sensation de brûlure ou de picotement dans la région postérieure du bord de la langue, sans autre signe associé (à l'exception de modifications mineures des tissus de la région, comme des papilles

¹ En français dans le texte.

foliées hypertrophiques, ou des varicosités). Ces patients étaient âgés de 25 à 66 ans (en moyenne 47 ans) avec une légère prédominance féminine (20 femmes et 12 hommes).

La première hypothèse à être évaluée est celle d'une origine gastro-intestinale. Parmi les cas observés, à part chez deux patients (antécédent de pyloréctomie et lithiase biliaire), « *les désordres [gastro-intestinaux] étaient ceux retrouvés habituellement chez les gens d'âge moyen ou plus* », c'est-à-dire que les malades présentaient bien ce genre de pathologie, mais pas plus que dans la population générale. Les auteurs mettent en parallèle cette hypothèse avec une hypothèse voisine concernant un lien entre des désordres du tube digestif et certains symptômes cutanés ; dans un nombre surprenant de cas, ces derniers se résorbaient à la suite d'une correction du régime alimentaire. Ils en concluent qu'il faut traiter ces désordres lorsqu'ils sont associés à une glossodynie, aucune piste ne devant être négligée. Deux éléments cependant les empêchent d'affirmer un lien direct de causalité ; premièrement, seulement trois patients présentaient des manifestations cutanées associées à la glossodynie, alors que si la cause était la même, les deux effets devraient coexister dans un grand nombre de cas. Deuxièmement, les désordres de ce genre sont fréquents dans la population générale sans donner lieu forcément à de telles douleurs linguales.

Puis c'est au tour de l'hypothèse des douleurs réflexes à partir des tonsilles, d'être passée au crible. Deux patients avaient développé leur glossodynie après tonsillectomie, et avaient associé les deux événements dans leur esprit. Un troisième patient, au contraire, avait été soulagé de sa glossodynie suite à une tonsillectomie, jusqu'à une récurrence de la douleur après une grippe. Montgomery et Culver en concluent bien évidemment à la non-fiabilité de cette hypothèse. Cependant, il n'est pas précisé de quelle tonsille il s'agit, ni si ces dernières ont été examinées systématiquement chez les malades...

Les auteurs examinent ensuite la possibilité d'une origine dentaire. Une de leurs patientes avait développé sa glossodynie à la suite de l'extraction d'une dent responsable d'un abcès. En revanche, une autre avait subi l'extraction de multiples dents suspectes, sans aucune amélioration. Ils signalent en outre qu'ils ont exclu de cette étude les patients présentant des douleurs associées à des ulcérations évidentes provoquées par des racines résiduelles, ce qui n'a rien de commun avec la maladie qui nous occupe.

Au sujet de l'usage du tabac, ils n'ont rien retrouvé de significatif ; par ailleurs, ils avancent que la région douloureuse est certainement bien trop éloignée de l'impact de la fumée sur la muqueuse pour être atteinte d'une quelconque façon par celle-ci.

Quant au thé et au café, ainsi que les sucres et les fruits, ils rapportent en avoir observé un usage excessif (considéré comme tel sans seuil précisément déterminé cependant) chez un quart de leurs patients. En outre, la réduction de cette consommation à des doses plus acceptables a coïncidé avec une diminution des sensations douloureuses.

Pour ce qui concerne les traitements employés, les auteurs s'en tiennent à mentionner que les badigeonnages au trioxyde de chrome ou à l'acide trichloracétique de même que les bains de bouche émollients (infusion d'écorce d'orme additionnée d'acide borique) « *fonctionnent bien* ». La réussite du traitement, cependant, sera conditionnée par l'influence que le médecin aura sur le malade pour le faire renoncer à la crainte du cancer qui s'est peu à peu emparée de son esprit ; dans les cas où la douleur s'est prolongée pendant des mois, mettant les nerfs du malade à rude épreuve, il sera opportun de lui administrer du bromure de potassium à petite dose associé à un mélange à base de teinture de rhubarbe, ce qui, aux dires des auteurs, « *fonctionne merveilleusement bien* » ...

Ainsi les auteurs de cet article restent perplexes sur l'étiologie et ne se hasardent pas à mettre en avant une hypothèse plus qu'une autre ; ils entrevoient même la possibilité de plusieurs étiologies, puisqu'en introduction de cet article ils se sont interrogés sur la pertinence du fait d'ériger un symptôme au rang d'entité clinique comme on l'a fait avec la glossodynie. Leur réflexion sera que ces malades n'ont peut-être en commun que le fait d'avoir une « *personnalité linguale* », qui transforme un « *inconfort ordinaire de la langue* » en douleur insupportable et obsédante. Cette conclusion est donc similaire à celle des auteurs européens : le plus important est de convaincre le patient qu'il n'a pas à craindre de cancer. Cependant, la démarche est bien différente puisque ces auteurs ont mis les différentes hypothèses à l'épreuve des faits cliniques sur un grand nombre de patients avant de tirer des conclusions.

- *Gilpin (1936)*

La dernière étude américaine de grande ampleur, qui nous a semblé être déterminante pour le renouveau de l'approche médicale de la glossodynie, a été publiée en 1936 par le neurologue Sherman F. Gilpin dans le *Journal of the American Medical Association* (Gilpin 1936).

Il commence par rappeler brièvement les principales hypothèses avancées sur le sujet, en commençant par les européennes (Buisson 1854; Schwimmer 1886; Magitot 1887;

Oppenheim 1894; Butlin et Spencer 1900), puis par des études plus récentes (Sluder 1918; Engman 1920; Beall 1922; Dean 1922; Marshall 1928; Sellei 1928; Montgomery et Culver 1932), ainsi que trois autres articles que nous n'avons malheureusement pas pu récupérer¹ ; toutefois, ce travail de revue lui fera écrire :

« Si l'on cherche à acquérir une certaine connaissance du sujet par la revue de la littérature, on est frappé par le manque de matériel [disponible] »

Face au constat de la relative incapacité des médecins à traiter ce symptôme, qui pourtant mine l'existence des patients qui y sont sujets, Gilpin a donc cherché, au moyen d'une étude clinique menée sur 48 patients recrutés à la *Mayo Clinic* de Rochester (Minnesota), à « déterminer, si possible, quelques facteurs étiologiques, ainsi que les moyens par lesquels certains patients ont été soulagés, aussi bien que toute information pertinente sur le sujet ». Cet échantillon est ainsi constitué de 37 femmes et 11 hommes, âgés de 20 à 73 ans, dont presque les trois quarts étaient âgés de plus de cinquante ans.

Diverses associations sont alors recherchées chez ces patients glossodynamiques, avec des résultats rarement très francs. C'est ainsi qu'aucune association n'a pu être retrouvée avec la migraine, l'hyper ou hypo-acidité gastrique, ou encore avec l'état dentaire (bien que des extractions multiples aient été tentées chez près de la moitié des patients sur des critères totalement empiriques).

Quelques paramètres, cependant, se sont trouvés légèrement augmentés parmi les patients de l'échantillon, à commencer par la dépression. Cinq patients ont été considérés comme dépressifs (selon des critères toutefois non spécifiés), ce qui est, aux dires de l'auteur, plus élevé que parmi la population générale ; cependant, nous sommes bien loin de l'opinion des auteurs européens pour qui cette affection se rencontrait chez des « *névropathes invétérés* » (Galippe 1891) !

Le facteur suivant est la sclérose des vaisseaux cérébraux. Chez 11 patients sur 48, des signes évidents d'athérosclérose au niveau du système nerveux central ont été retrouvés ; l'auteur conclut donc qu'il s'agit d'un possible facteur de risque.

Il évoquera ensuite l'épineux problème de la cancérophobie. Huit patients sur 48 ont exprimé cette crainte, parmi lesquels cependant certains l'ont clairement datée comme

¹ MacPhedran 1927, Morelli 1929, Michael 1931.

postérieure à l'apparition de la sensation douloureuse. Selon Gilpin, cette prévalence de la cancérophobie n'est donc pas aussi significative que certains auteurs l'on fait entendre.

Il terminera en analysant la « *prédisposition neuropathique* » de ses patients. Cette prédisposition a été évaluée par la présence ou non de symptômes fonctionnels en dehors de la glossodynie, incluant paresthésies au niveau des membres inférieurs, céphalées chroniques, sensation de tension entre l'estomac et le rectum, douleurs jugales chroniques, douleurs généralisées de longue durée, brûlures vaginales ou rectales, sensation de boule dans la gorge, inconfort au niveau d'une tonsille d'aspect normal, goût de suppuration dans la gorge, et enfin colopathie fonctionnelle. Il s'est avéré que 37 patients présentaient l'un de ces symptômes en plus de la glossodynie, soit 77 %.

En ce qui concerne les circonstances de la disparition des symptômes douloureux, elles sont presque aussi diverses qu'il y a de cas de guérison : modification du régime alimentaire, événement de vie, séance de chiropraxie...

Tout ceci amène Gilpin à penser que « *ce symptôme affecte préférentiellement des individus dont le seuil de douleur est relativement bas* ». Pour quelle raison ce dernier est-il abaissé ? La réponse échappe encore en partie à notre compréhension, mais cette proposition de l'auteur est probablement une de celles qui permet le mieux d'expliquer l'apparition de la glossodynie sans la réduire à des phénomènes imaginaires.

Cet article poursuit donc l'initiative de Montgomery et Culver quelques années plus tôt, en cherchant à éprouver les hypothèses par les faits cliniques sur un grand nombre de patients. Il est vrai que la méthodologie ne satisfait pas les standards actuels de la recherche clinique, de par le recrutement des patients sans critères d'inclusion et exclusion précisément décrits, la taille encore faible de l'échantillon, ainsi que l'absence de protocole de suivi rigoureux. De fait, de nombreux biais sont présents et ne permettraient pas de tirer des conclusions scientifiquement valables d'après les standards actuels. Cependant, cette approche factuelle et statistique de la maladie, initiée par les deux articles précédemment considérés, et maintenant reprise par Gilpin, va donner un nouvel essor à l'étude de la glossodynie et conduire certains médecins européens à réviser les vues obsolètes de l'Académie de médecine.

4.3.3.2. *Un vent nouveau en Europe*

C'est ainsi qu'en Europe, de nouvelles initiatives de recherche étiologique voient le jour en prenant de la distance vis-à-vis du courant initié par Verneuil. Le ton des articles change radicalement ; la cancérophobie est reconnue, mais n'est plus considérée comme élément causal. Quelques nouvelles hypothèses apparaissent, ainsi que plusieurs synthèses tenant compte des travaux américains.

- *Sellei (1928)*

Une des premières contributions européennes à s'inscrire dans cette nouvelle mouvance est due au Hongrois Josef Sellei (Sellei 1928). Après avoir décrit le syndrome de « *brûlure de la langue* », il s'intéresse à l'ensemble des douleurs linguales isolées. Il commencera par évoquer celles dont l'étiologie est admise par la communauté scientifique : les formes débutantes de glossites de Hunter, les phénomènes galvaniques, les névralgies trigéminales à zone gâchette linguale, certaines névroses dites fonctionnelles (qui seraient dues à l'hystérie) ainsi que les brûlures tabagiques.

Puis il s'intéressera aux brûlures linguales qui échappent encore à ces hypothèses usuelles. Selon lui, cette sensation est due à la combinaison entre démangeaison et irritation des terminaisons nerveuses responsables de la sensibilité thermique. Cette démangeaison est rapprochée du prurit rencontré dans le syndrome de Raynaud, tandis que l'irritation des terminaisons nerveuses est reliée à une hyperacidité gastrique. Le traitement sera donc conduit à base d'un régime alcalinisant. Plus tard, nous avons vu que Gilpin mettra en doute la pertinence de cette hypothèse en réalisant une pH-métrie chez ses patients glossodyniques. Cependant, cette nouvelle hypothèse après plusieurs années de léthargie européenne marque un regain d'intérêt pour le sujet et une prise de distance avec les vues figées de l'Académie de médecine.

Enfin, notre auteur fera également l'observation de la prédominance féminine de cette affection, et émettra l'hypothèse d'un dysfonctionnement ovarien. Auquel cas une thérapie hormonale pourrait éventuellement être tentée.

- *Simon (1932)*

Le Docteur Clément Simon, à son tour, prendra le sujet en main (Simon 1932), rappelant les approches de Verneuil et de ses successeurs, mais tenant compte surtout de celle toute récente de Montgomery et Culver. Ses observations personnelles le poussent à considérer l'affection comme une « *algie sympathique* », c'est-à-dire un trouble d'origine vaso-motrice, évoqué notamment par le caractère parfois turgescents des papilles foliées, et les varicosités rapportées quelquefois au voisinage du point douloureux. Il rapproche l'affection des paresthésies des extrémités retrouvées chez certains patients à prédisposition névropathique (comme l'avait fait Piotrowski en son temps) ; le caractère variable de la douleur au gré des états émotionnels du patient serait donc imputable aux phénomènes végétatifs et à leur influence sur le système vasculaire. Par ailleurs, une biopsie d'une zone douloureuse réalisée sur un patient n'a révélé aucun signe d'inflammation, seulement une légère kératose localisée en un point du prélèvement.

Sa conclusion sur la démarche à adopter consiste donc à rassurer le patient sur la bénignité de l'affection (après avoir éliminé une anémie pernicieuse associée à une forme fruste de glossite de Moeller/Hunter), tout en soulignant le caractère réel de la douleur :

« La pire attitude à son égard est celle du scepticisme. Il ne faut pas prendre ses souffrances à la légère, comme on le fait trop souvent. On note déjà un apaisement quand on dit au malade que l'on connaît son cas, qu'il n'est pas imaginaire. On peut alors ajouter qu'il n'a rien de commun avec le cancer etc. Le traitement psychothérapique est très important. On peut s'aider de divers analgésiques... »

Pour la première fois dans un écrit en langue française il n'est plus question de « *traitement moral* », mais de psychothérapie, celle-ci visant à accompagner le patient dans sa douleur chronique en tant qu'adjuvant des thérapeutiques antalgiques de l'époque, d'autant plus que certains patients présentaient des « *idées de suicide* ».

- *Chico (1937)*

La thèse de doctorat en médecine de Hernan Gualberto Chico (Chico 1937) est l'article le plus récent obtenu par notre protocole de recherche. Ce petit opus d'une soixantaine de pages entreprend une étude relativement exhaustive sur la glossodynie, en commençant par une partie historique rappelant brièvement les approches précédemment développées.

Puis s'ensuit une partie synthétique sur les facteurs étiologiques de la maladie, qu'il sépare en deux grandes catégories.

Premièrement sont abordées les causes d'ordre général, comprenant les affections syphilitiques (dont le tabès), diathésiques (comme la goutte ou le rhumatisme), mais également toxiques (mercure, café, thé), ou encore endocrino-sympathiques (en particulier liées à la ménopause).

Puis sont détaillées celles d'ordre local : de siège extra-lingual (comme des caries, abcès, prothèses mal adaptées, les phénomènes de bimétallisme de Lain, la fameuse sclérose vasculaire cérébrale décrite par Gilpin, ou encore les troubles gastriques suggérés par Sellei), ou lingual (amygdalite de Sluder, micro-fissures, papilles foliées hypertrophiques...).

Après la présentation d'un cas et l'étude des diverses formes cliniques prises par la maladie, Chico détaille son protocole de traitement. Le premier volet est d'ordre prophylactique (soins dentaires réguliers, choix raisonné des alliages dentaires, régime alimentaire diversifié, traitement substitutif de la ménopause). Le second aspect est curatif, et doit commencer par rassurer le patient avant de tenter de trouver la cause de cette brûlure ; si une cause objective a pu être trouvée, elle doit être traitée et complétée par les traitements calmants généraux usuels (belladone, valériane, bromures, chloral). En l'absence de cause objective, notre auteur suggère l'emploi de calmants généraux, associé aux soins locaux proposés depuis longtemps (cocaïne, bains de bouche émollients, cautérisations à l'acide trichloracétique, infiltration du ganglion ptérygopalatin, voire irradiations du ganglion trigéminal !)

Ainsi cette étude très complète contribue, avec les publications étudiées dans cette dernière partie, à ramener les conceptions vers un terrain plus équilibré. Les auteurs américains avaient su montrer que tout n'avait pas été découvert en Europe concernant les causes de stomatodynie secondaire, et que le traitement moral ou l'emploi de thérapeutiques placebo ne pouvaient en aucun cas être une solution à la douleur du patient. On a pu alors assister en Europe au dégel de l'approche qui s'était imposée suite à la prise en main du sujet par l'Académie de médecine en France. De nouvelles pistes de recherche sont engagées, pour réduire de plus en plus la proportion de formes idiopathiques de la maladie. Le problème de la cancérophobie est désormais accepté comme faisant partie du tableau clinique habituel, mais sans être considéré comme facteur étiologique.

5. CONCLUSION

Nous voilà parvenus au terme de cette revue, que nous avons voulue systématique pour inscrire cette investigation historique dans une démarche avant tout scientifique.

Concernant l'existence médicale de la stomatodynie, nous avons observé l'émergence, au XIX^e siècle, d'un intérêt nouveau pour les douleurs de la langue, d'abord décrites sous le nom général de glossalgies, indistinctes des phénomènes d'ordre névralgique ou inflammatoire. Au cours des publications, il nous est apparu que la première description d'une stomatodynie (en tant qu'entité nosologique caractérisée par la brûlure et sans cause clinique observable) peut être attribuée au Professeur Anton F. Spring en 1870. L'affection a commencé à jouir d'une certaine visibilité à partir de 1885 (à Vienne) et surtout 1887 (en France, grâce à l'intervention du Professeur Aristide S. Verneuil à l'Académie de médecine). À ces quelques années d'émoi a succédé une période de rumination du savoir, où la glossodynie s'est vue attribuer une vraie place dans les traités et dictionnaires médicaux. Cette période a été marquée en contrepartie par une cessation des recherches actives et des hypothèses innovantes, jusqu'en 1920, où des auteurs essentiellement américains ont relancé les investigations sur le sujet, par des études cliniques.

Nous avons également pu considérer, au cours de cette revue, l'évolution des concepts. D'abord envisagée comme un simple symptôme, l'affection a fait l'objet de recherches actives pour en déterminer la cause. Son caractère nerveux a été proposé très tôt, et les auteurs français ont suggéré son lien avec la cancérophobie, l'hypochondrie et l'hystérie. Au fur et à mesure des publications, nous avons pu mettre en évidence une tendance à l'édulcoration, qui – en désespoir de cause – a fait de la cancérophobie un facteur étiologique majeur. Dès les premières descriptions, cependant, et tout au long de cette histoire, des auteurs (parfois restés peu connus) ont mis en garde leurs pairs vis-à-vis de ce raccourci bien commode pour le praticien, en suggérant que la composante psychologique pourrait être la conséquence (et non la cause) du caractère obsessionnel de la douleur. Ce problème encore non-résolu, est donc en fait connu depuis bien longtemps. En conséquence, il nous semble que les approches psychothérapeutiques actuelles sont pertinentes en accompagnement de ces patients douloureux chroniques ; gardons-nous d'un jugement hâtif à leur égard qui nous les ferait considérer, à l'instar de nos prédécesseurs, comme des « *névropathes invétérés* ». Par ailleurs, nous avons vu que des questionnements sont apparus rapidement sur la légitimité de la glossodynie à recevoir le statut de maladie à part entière. Les auteurs les plus récents de notre

revue ont pu en effet mettre en évidence l'hétérogénéité des patients glossodyniques, tout en leur reconnaissant un certain nombre de points communs, comme un abaissement global du seuil de douleur. Leur approche a donc consisté à poursuivre les investigations pour déterminer petit à petit différentes causes de glossodynie, et restreindre au fur et à mesure le groupe des glossodynies idiopathiques. Selon nous, le concept de stomatodynie idiopathique correspondrait à une entité nosologique transitoire vouée à disparaître grâce à la recherche clinique. Il n'existerait donc pas une stomatodynie idiopathique, mais plusieurs. Ainsi, les démarches actuelles qui cherchent à subdiviser le groupe des Burning Mouth Syndrome nous semblent pertinentes.

Tout au long de cette étude, nous avons pu également mettre en lumière des jeux d'influences dans le monde médical de l'époque. Nous avons vu comment les interventions de personnalités charismatiques (comme Verneuil ou Charcot) associées à des institutions prestigieuses ont marqué profondément les esprits. Aujourd'hui encore, de telles influences existent indéniablement ; n'oublions jamais que l'opinion personnelle d'un auteur, aussi célèbre soit-il, ne peut en aucun cas constituer à elle seule une vérité scientifique. A l'inverse, nous avons pu voir des auteurs à l'origine d'articles intéressants (comme Kaposi), qui sont restés très peu visibles par la communauté scientifique, leurs idées étant même reprises par d'autres sans reconnaissance de paternité. Tout ceci souligne l'importance de la communication dans l'accompagnement de tout travail de recherche. En effet, le progrès scientifique repose aujourd'hui sur la mutualisation des connaissances ; la publication de résultats de recherche dans une langue non internationale, ou dans des revues peu connues réduira quasiment à néant son impact positif sur la communauté scientifique.

Enfin, nous terminerons en rappelant l'étonnant périple de la citation de Vigier (et de Morgagni dans une moindre mesure), détournée en 1887 par Magitot comme évoquant une glossodynie, et relayée d'auteur en auteur jusqu'en 2010... ! Cette anecdote peut nous servir à tous de leçon : elle nous met en garde contre les citations en chaîne.

Ainsi, cette étude historique nous a montré l'intéressant parcours de la stomatodynie, son évolution et les facteurs qui l'ont influencée. Nous y avons trouvé les bases de certaines approches actuelles, ainsi que des enseignements riches sur le plan épistémologique. La voie reste ouverte pour de nouvelles investigations : la stomatodynie n'a pas fini de faire parler d'elle !

BIBLIOGRAPHIE

Académie de Médecine. Histoire de l'Académie de médecine [Internet]. Bibliothèque de l'Académie nationale de médecine. 2017. Disponible sur: <http://bibliotheque.academie-medecine.fr/histoire/>

Albert E. Einige seltener Erkrankungen der Zunge. Wiener Medizinische Presse. 1885;26(1, 2, 3, 5, 6):1-4, 41-3, 73-5, 137-9, 169-71.

Allaëys. Glossodynie et xérostomie. Archives de stomatologie. 1908;9(6):121-4.

Basset PL. Effets thérapeutiques. In: Une première année passée à Saint-Nectaire. Paris: Remquet; 1859. p. 38-9.

Beall KH. Glossopyrosis. Southern Medical Journal. 1922;15(4):272-3.

Bénard P. Indications thérapeutiques : autres affections chroniques de la muqueuse bucco-linguale. In: Saint-Christau (Basses-Pyrénées), son climat, ses établissements, ses eaux ferro-cuivreuses, principales indications thérapeutiques. 1892. p. 52.

Bergdahl M, Bergdahl J. Burning mouth syndrome : prevalence and associated factors. Journal of Oral Pathology and Medicine. 1999;(28):350-4.

Bernhardt M. Über eine weniger bekannte Neurose der Zunge und der Mundhöhle. Neurologisches Centralblatt. 1890;389.

Bernheim, Laurent. Troubles sensitifs de la bouche. In: Traité pratique de médecine et thérapeutique - Tome 5 : Maladies du tube digestif et de ses annexes. Maloine. Paris; 1895.

de Bosia H. Dermatoses rhumatismales. In: De l'Arthritisme aux eaux thermales de Bourbon-Lancy. 1894. p. 142-3.

Bottentuit E, Roubaud F. Comptes-rendus analytiques des sociétés savantes. La France médicale. 1876;23(73):592-4.

Boucher Y, Descroix V. Stomatodynie idiopathique. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. avr 2015;16(2):86-98.

Breschet, Finot. Glossalgie. In: Dictionnaire des sciences médicales. Paris: Panckouke; 1817. p. 481.

Brocq L. Langue, partie V - glossodynies, glossalgies. In: Traitement des maladies de la peau. 1892. p. 403-5.

Brocq L, Besnier E, Jacquet L. Langue : muqueuse bucco-linguale. In: La pratique dermatologique : traité de dermatologie appliquée. Paris: Masson et cie; 1900. p. 991-5.

Brown-Séguard C-E. Des effets produits chez l'homme par des injections sous-cutanées d'un liquide retiré des testicules frais de cobaye et de chien. Comptes rendus des séances de la Société de biologie. 1889;9(1):415-22, 430-1, 451-5.

Buisson. Glossalgie intermittente. Journal de médecine de Bordeaux et Recueil des travaux de la Société de médecine de la même ville. 1854;12:6-10.

Burggraev A. Thérapeutique dosimétrique. In: Guide du médecin dosimétriste. Paris: G. Carré; 1889. p. 12.

Burggraev A. La glossodynie devant l'Académie de médecine de Paris. Miscellanées de médecine dosimétrique. 1892;6:83-4.

- Butlin HT. Affections de la sensibilité. In: Maladies de la langue. Paris: Lecrosnier & Babé; 1889. p. 402-13.
- Butlin HT, Spencer WG. Nervous affections of the tongue. In: Diseases of the tongue. London: Cassell and company; 1900. p. 410-9.
- Castex A. Maladies de l'amygdale linguale. In: Maladies du larynx, du nez et des oreilles. 1903. p. 38.
- Castex L. Des glossodynies et le syndrome de la langue brûlante. [Bordeaux]; 1921.
- Cayla J, Commissionnat Y, Laudenbach P, Moulouguet H, Mugnier A. Les glossodynies. Revue de stomatologie. 1971;(72):262-82.
- Charcot J-M. Quinzième leçon. In: Leçons du mardi à la Salpêtrière. Paris: Progrès Médical; 1892. p. 231-2.
- Chateau. Glossodynie. In: Dictionnaire dentaire. Paris: Baillière et Fils; 1903. p. 115.
- Chatelain E-L-J. Glossodynie. In: Précis iconographique des maladies de la peau. 4e édition. Paris: Maloine; 1910. p. 414.
- Chauveau. Des variétés de glossodynie. Archives générales de médecine. 1900;6:66-83.
- Chauveau C. Glossodynie latérale papillaire de la région foliée. Revue générale de clinique et de thérapeutique : journal des praticiens. 1899;3(13):712-3.
- Chico HG. Etude sur la glossodynie. [Paris]; 1937.
- Chomel A, Requin A. Rhumatisme et Goutte. In: Leçons de clinique médicale faites à l'Hôtel-Dieu de Paris. Paris: Germer-Baillière; 1837. p. 49-50, 178-81.
- Dachez R. La médecine des lumières. In: Histoire de la médecine. Tallandier. Paris; 2008a. p. 457-531.
- Dachez R. La révolution médicale du XIXe siècle. In: Histoire de la médecine. Tallandier. Paris; 2008b. p. 533-97.
- Danion L. Des ulcérations imaginaires de la langue. L'électrothérapie. 1888;1(1):20-1.
- Darier J. Neurodermatoses : prurits et prurigos. In: Précis de dermatologie. Masson. Paris; 1909. p. 474.
- David C. Hygiène bucco-dentaire du XVIIe au XIXe siècle en France. L'Harmattan. Paris; 2010. (Médecine à travers les siècles).
- Dean LW. The control of glossodynia through the nasal (sphenopalatine or Meckel's) ganglion. Southern Medical Journal. oct 1922;(15):856.
- Dechambre A, Duval M, Lereboullet L. Dictionnaire usuel des sciences médicales. G. Masson. Paris; 1885.
- Degle H. Ein Beitrag zur Lehre vom schmerzhaften Papillom der Regio foliata. Wiener Medizinische Presse. 1886;27:1528-9.
- Demange C, Husson C, Poï-Vet D, Escande J. Paresthésies buccales psychogènes et depression. Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale. 1996;97(4):244-52.
- Du Pasquier, Marie. Séméiologie nerveuse de la langue. Le progrès médical : journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie. 1891;13-Série 2:109-12.
- Duplaix J-B. Papillite linguale. Gazette des hôpitaux civils et militaires. 1893;66:1157-8.

- Duplay, Reclus. *Maladies de la langue*. In: *Traité de chirurgie*. 1892. p. 324-5.
- Dupont J-C. *Charcot à la conquête du cerveau*. *Les génies de la Science*. 2008;(37).
- Enersen OD. *Biography of Eduard Albert* [Internet]. *Who named it - Dictionnary of medical eponyms*. 1994a. Disponible sur: <http://www.whonamedit.com/doctor.cfm/168.html>
- Enersen OD. *Biography of Moriz Kohn Kaposi* [Internet]. *Who named it - Dictionnary of medical eponyms*. 1994b. Disponible sur: <http://www.whonamedit.com/doctor.cfm/621.html>
- Engman MF. *Burning tongue*. *Archives of dermatology and syphilology*. 1920;6:137-8.
- Escat E. *Pathologie de l'amygdale linguale et de la base de la langue*. *Revue internationale de rhinologie, otologie et laryngologie*. 1898;8(114):472-5.
- Estienne R. *Rheuma, rheumatis*. In: *Dictionariolum puerorum*. Genève; 1557. p. 262.
- Eulenburg A. *Einige seltenere Erkrankungen der Zunge*. In: *Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde : medicinisch- chirurgisches Handwörterbuch für praktische Ärzte*. Wien Leipzig: Urban & Schwarzenberg; 1883. p. 90-6.
- Féré C. *Influence de la constitution physique et mentale sur la localisation des troubles physiques d'origine émotionnelle et sur la forme spéciale des troubles psychiques*. In: *La pathologie des émotions : études physiologiques et cliniques*. Paris: Alcan; 1891. p. 451, 517.
- Fernet P. *Affections de la langue, de la bouche, et du voile du palais*. In: *Nouvelle pratique dermatologique*. Paris: Masson et cie; 1936.
- Fricain J-C. *Glossodynies - Stomatodynies - Burning mouth disease*. *Revue d'odonto-stomatologie*. 2010;(39):145-8.
- Gaffiot F. *Catarrhus*. In: *Dictionnaire latin-français*. Paris: Hachette; 1934. p. 274.
- Galippe V. *De l'obsession dentaire*. *Archives de Neurologie*. 1891;21(61):1-24.
- Gautier E. *La nature et la vie - Tic-tac*. *Le Figaro*. 11 févr 1893;23.
- Gilpin SF. *Glossodynia*. *Journal of the American Medical Association*. 1936;106(20):1722-4.
- Girode, Gilbert, Brouardel. *Sémiologie de la bouche*. In: *Traité de médecine et de thérapeutique*. Baillière. Paris; 1895.
- Grushka M. *Clinical features of burning mouth syndrome*. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*. 1987;63(1):30-6.
- Grushka M, Sessle B. *Burning Mouth Syndrome : a historical review*. *The Clinical Journal of Pain*. 1986;2(4):245-52.
- Hadden WB. *On a subjective sensation in the mouth in women*. *The Lancet*. 1890;135(3465):183-4.
- Halliday D. *Observation quinzisième : Névralgie du rameau lingual de la branche maxillaire inférieure*. In: *Considérations pratiques sur les névralgies de la face*. Paris: A. Pinard; 1832. p. 71-2.
- Heindl A. *Hyperesthésies et paresthésies*. In: *Thérapeutique des maladies de la bouche, du pharynx et du larynx*. Paris: Baillière; 1907. p. 51-2.
- Hoeflmayr L. *Drei Fälle von Zungenneuralgie*. *Muenchener Medizinische Wochenschrift*. 18 déc 1906;53:2530-1.

International Headache Society. Burning Mouth Syndrome. In: International Classification of Headache Disorders 3rd edition [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.ichd-3.org/13-painful-cranial-neuropathies-and-other-facial-pains/13-10-burning-mouth-syndrome-bms/>

Jääskeläinen SK. Pathophysiology of primary burning mouth syndrome. *Clinical Neurophysiology*. janv 2012;123(1):71-7.

Jaccoud SF. Papayer et papaine. In: Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Paris: Baillière; 1886. p. 407-11.

Kaposi M. Glossodynia exfoliativa. *Wiener Medizinische Presse*. 1885;26(12, 13, 15, 16, 18):361-4, 393-7, 460-4, 489-91, 558-9.

Kohorst JJ, Bruce AJ, Torgerson RR, Schenck LA, Davis MDP. A Population-Based Study of the Incidence of Burning Mouth Syndrome. *Mayo Clinic Proceedings*. nov 2014;89(11):1545-52.

Kohorst JJ, Bruce AJ, Torgerson RR, Schenck LA, Davis MDP. The prevalence of burning mouth syndrome: a population-based study. *British Journal of Dermatology*. juin 2015;172(6):1654-6.

Kolkka-Palomaa M, Jääskeläinen S, Laine M, Teerijoki-Oksa T, Sandell M, Forssell H. Pathophysiology of primary burning mouth syndrome with special focus on taste dysfunction: a review. *Oral Diseases*. nov 2015;21(8):937-48.

Kraus F. Störungen der Berührungsempfindung im Cavum bucco-pharyngeale. In: Die Erkrankungen der Mundhöhle und der Speiseröhre. Wien: Alfred Hölder; 1897. p. 126-7. (Spezielle Pathologie und Therapie; vol. 1).

Kuffer R. Les paresthésies buccales psychogènes. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 1987;(114):1589-96.

Kuffer R, Lombardi T, Husson C, Courrier B, Samson J. Douleurs, paresthésies, pathomimie et autres mutilations. In: La muqueuse buccale. *Med'Com*. 2009.

Lain ES. Chemical and electrolytic lesions of the mouth caused by artificial dentures. *Archives of dermatology and syphilology*. 1932;25(1):21-32.

Lamendin H. Praticiens de l'art dentaire du XIVe au XXe siècle. L'Harmattan. Paris; 2006. (Médecine à travers les siècles).

Larousse P. Glossodynie. In: Grand dictionnaire universel du XIXe siècle. Paris; 1890. p. 1321.

Lefferts G. Imaginary lingual ulcerations. *Medical News*. 17 nov 1888;51:552-4.

Lichtenthaeler C. Dix-huitième conférence : L'évolution tourmentée de la médecine proprement moderne. In: Histoire de la médecine. Fayard. 1978. p. 425-77.

López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Berdugo ML. Measuring the impact of oral mucosa disease on quality of life. *European Journal of Dermatology*. 2009;19(6):603-606.

Lucet R. La crampe des orateurs. Le XIXe siècle. 8 nov 1892a;:2.

Lucet R. Les « séquardines ». Le XIXe siècle. 1 août 1892b;:2.

Lyon G. Glossopathies nerveuses. In: Traité élémentaire de clinique thérapeutique. Paris: Masson; 1895. p. 13-5.

Magitot E. De la glossodynie. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. 1887;(48):788-91.

Marino R, Torretta S, Capaccio P, Pignataro L, Spadari F. Different therapeutic strategies for burning mouth syndrome: preliminary data: Therapies in burning mouth syndrome. *Journal of Oral Pathology & Medicine*. sept 2010;39(8):611-6.

Marshall CJ. The papillae foliatae and carcinophobia. *British Medical Journal*. 7 juill 1928;2:13.

Maurel E. Neuvième leçon : affections douloureuses de la langue. In: *Traité des maladies de la bouche*. Paris: Octave Doin; 1893. p. 185-97.

Meige H, Brissaud E, Pinard A, Reclus P, Couvelaire A, Lenormant C. Glossite exfoliatrice marginée. In: *Nouvelle pratique médico-chirurgicale illustrée*. Paris: Masson; 1911. p. 24.

Montgomery DW, Culver GD. Painful tongue. *Archives of dermatology and syphilology*. sept 1932;26(3):474-7.

Morgagni GB. Lettre 50, article 26. In: *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis libri quinque* (Investigations anatomiques sur les causes et les localisations des maladies en cinq livres). Lovanium; 1767. p. 36-7.

Neffe. Névralgie linguale : guérison par l'électricité. *Gazette médicale de Paris*. 1865;3(20):467.

Oppenheim H. Glossodynne (Neurose der Zunge). In: *Lehrbuch der Nervenkrankheiten: für Artze und studirende*. 1894.

Paget J. Sixième leçon : simulation nerveuse (neuromimésie) de tumeurs. In: *Leçons de clinique chirurgicale* (Clinical Lectures and Essays). Paris: Baillière; 1877. p. 326-7.

Pajot J, Ressot C, Ngom I, Woda A. Gonadectomy induces site-specific differences in nociception in rats: Pain. *juill 2003;104(1):367-73*.

Piotrowski G. Sur la névrose de la langue. *Comptes rendus des séances de la Société de biologie et de ses filiales*. 1893;45:340-1.

Pitres. Préoccupations hypochondriaques localisées sur la langue. *La Tribune médicale*. 16 oct 1887;21:496-8.

Portal A. De la langue. In: *Cours d'anatomie médicale*. Paris: Baudoin; 1803. p. 528-9.

Poyet. Ulcérations imaginaires de la langue. *Journal des connaissances médicales pratiques*. 1887;55-série 4(42):332-3.

Reyne J. Chapitre V : Pathogénie des idées hypochondriaques simples. In: *Contribution à l'étude des idées hypochondriaques simples non délirantes*. Montpellier: Hamelin frères; 1903. p. 55.

Rigal A, Jaccoud SF. Langue : séméiologie. In: *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris: Baillière; 1875. p. 214-8.

Rosenberg M. Differentielle Diagnose der hysterischen Pseudoneuralgien mit besonderer Berücksichtigung der Glossodynne. [Berlin]: Berlin; 1908.

Ruel-Kellermann M. Des odontalgies hystériques aux ulcérations imaginaires de la langue. *Actes de la Société Française d'Histoire de l'Art Dentaire*. 2014;(19):32-7.

Schech P. Diseases of the nerves. In: *Diseases of the mouth, throat, and nose*. Edinburgh: Young J. Pentland; 1886. p. 50.

Schiavone V, Adamo D, Ventrella G, Morlino M, De Notaris EB, Ravel MG, et al. Anxiety, Depression, and Pain in Burning Mouth Syndrome: First Chicken or Egg? Headache: *The Journal of Head and Face Pain*. juin 2012;52(6):1019-25.

- Schwartz E. Cas de glossodynie traités et guéris par la cautérisation au thermocautère. *Journal de médecine de Paris*. 1888;15:820-2.
- Schwimmer E. Beiträge zur Glossopathologie. *Wiener Medizinische Wochenschrift*. 1886;10:338.
- Sellei J. Durch Hyperazidität verursachtes Zungenbrennen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 19 oct 1928;2:1758-9.
- Simon C. La glossodynie, algie sympathique. *Bulletin de l'Hôpital Saint-Michel*. nov 1932;(6):424-6.
- Simon P-C. La langue névropathique. [Paris]; 1889.
- Sluder G. Some clinical observations on the lingual tonsil, concerning goitre, glossodynia and focal infection. *American Journal of Medical Sciences*. 1918;(156):248-52.
- Sluder G. « Lower half headache » (neuralgic) of nasal origin. *Journal of the American Medical Association*. déc 1922;79(23):1898.
- Sluder G. A case of glossodynia with lingual tonsillitis as its etiology : control through the nasal ganglion. *Journal of the American Medical Association*. 1923;81(2):115.
- Spring AF. Livre 4 : Troubles de la sensibilité, Chapitre 7 : Symptômes de la langue et du goût. In: *Symptomatologie ou Traité des accidents morbides*. Bruxelles: Manceaux; 1870. p. 192-4.
- Thomson JH. On sensations referred to the mouth. *The Lancet*. 1890;135(3478):900-1.
- Thomson NH. Glossodynie. In: *Formulaire de médecine et de chirurgie dentaires*. 1895. p. 115.
- Valleix FLI. Livre 2, article 3 : rhumatisme musculaire. In: *Guide du médecin praticien*. Paris: Baillière et Fils; 1866. p. 345.
- Variot G, Pironneau P, Grandjean E. Maladies du tube digestif. In: *Traité pratique des maladies des enfants du premier âge*. Paris: Gaston Doin; 1921. p. 198-9.
- Verneuil A, Fournier, Luys, Besnier, Labbé, Hardy, et al. Des ulcérations imaginaires de la langue. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*. 27 sept 1887;424-433, 439-442.
- Woda A, Pionchon P. A unified concept of idiopathic orofacial pain: clinical features. *Journal of orofacial pain* [Internet]. 1999 [cité 12 janv 2017];13(3). Disponible sur: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=10646655&AN=37270380&h=zOW5jshKMdNHwZNVIMEGGtVehz4YnLmUmGe6KFoxVzxBygOcmMsg2X%2ByB87x7PFSbcCnRjd9lkosAgzaxO8Borg%3D%3D&crl=c>
- Zakrzewska JM, Forssell H, Glenny A-M. Interventions for the treatment of burning mouth syndrome. In: *The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2005 [cité 26 août 2016]. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002779.pub2>

ANNEXE : RESULTATS DE RECHERCHE

Les articles en couleur ont été analysés en détail dans les différents paragraphes de la discussion (Vert : naissance d'un concept. – Orange : publications viennoises. – Rouge : les pères fondateurs de l'Académie de Médecine. – Rose : grandes synthèses. – Jaune : publications satellites du courant de l'Académie. – Violet : études américaines. – Bleu : un nouveau souffle en Europe). Les articles en italique sont de simples citations.

Auteur	Année	Ouvrage	Type
Vigier	1620	Tractatus Absolutissimus etc...	BL
Morgagni	1767	De sedibus et causis morborum per anatomen indigatis, Livre 5, Epistola anatomico medica 50, §26	BL
Morgagni	1767	De sedibus et causis morborum per anatomen indigatis, Livre 5, tome 7, Epistola anatomico medica 55, §3.	BL
Portal	1803	Cours d'anatomie médicale ou élément de l'anatomie de l'homme, tome 4.	O
Breschet et Finot	1817	Dictionnaire Panckoucke	D
Andral, Bégin, Blandin, Jolly	1829	Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique	D
Halliday	1836	Considérations pratiques sur les névralgies de la face	BL
Roth	1836	Clinique homéopathique	C
Chomel	1837	Leçons de clinique médicale et chirurgicale, tome 2, p 48 et 178	BL
W. Rogers	1847	Dictionnaire des sciences dentaires ou répertoire général de toutes les sciences	D
Roubaud	1854	La France médicale	C
Fuster	1854	Revue thérapeutique du midi	C
Buisson	1854	Journal de médecine de Bordeaux	BL
Jahr	1859	Du traitement homéopathique des organes de la digestion	O
Basset	1859	Une première année passée à Saint Nectaire	O
Basset	1860	Etude sur les eaux de Saint-Nectaire	C
Dubois	1861	De l'huile de foie de morue et de ses succédanés	O
Neffe, Lereboullet	1865	Gazette médicale de Paris série 3 n°20	BL
Valleix	1866	Guide du médecin praticien	BL
Froissac	1867	De l'influence des climats sur l'homme	O
Vanzetti	1868	Communications faites à la société de chirurgie de Paris	C
Vanzetti	1868	Bulletin de la société de chirurgie de Paris (0150-9802)	O
Roser	1870	Eléments de pathologie spéciale et de médecine opératoire	BL
Spring	1870	Symptomatologie ou traité des accidents morbides (tome 2 chap. 7)	S
Rigal	1875	in Jaccoud, Nouveau dictionnaire de Médecine et de chirurgie pratique, t20 p214	D
Roubaud, Bottentuit	1876	La France médicale	O
Paget (trad° Petit)	1877	Leçons de clinique chirurgicale	S
Albert	1883	Eulenburg, Real Encyclopädie	D
Maintenay	1885	Des maladies de notre époque	O
éd : Lamirault	1885	La grande encyclopédie : inventaire raisonné des sciences, des lettres et des arts. t24	C
Kaposi	1885	Wiener Medizinische Presse n°12, 13, 15, 16, 18	O
Albert	1885	Wiener Medizinische Presse n°1, 2, 3, 5 et 6	O
Degle	1886	Wiener Medizinische Presse	O
Schwimmer	1886	Wien. Med. Wchnschr	O
Schech	1886	Traité des maladies de la gorge et du nez (Diseases of the mouth, throat and nose)	S
Verneuil et cie	1887	Journal des connaissances médicales pratiques	C
	1887	L'abeille médicale	C
?	1887	Journal officiel de la république française	C
Bertherand	1887	Gazette médicale de l'Algérie	C
	1887	Le temps	C
	1887	Journal débats politiques et littéraires	C
Poyet	1887	Journal des connaissances médicales pratiques	O
Magitot	1887	Gazette hebdo de médecine et de chir	O
	1887	Le temps	C
	1887	La France médicale	C
Bertherand	1887	Gazette médicale de l'Algérie	C
	1887	L'abeille médicale	C
Hardy, Besnier, et al	1887	Annales d'orthopédie et de chirurgie pratique	C
Dubreuil	1887	La semaine vétérinaire	C

Dubreuil	1887	La semaine vétérinaire	C
Verneuil	1887	Bulletin de l'Académie nationale de médecine	O
Pitres	1887	Tribune médicale 16 octobre p196	O
Danion	1888	L'Electrothérapie, janvier 1888,	O
Schwartz	1888	Journal de médecine de Paris (20 mai)	O
Lefferts	1888	Medical News	S
Burggraeve	1889	Guide du médecin dosimétriste	C
Butlin	1889	Maladies de la langue	BL
Simon P-C	1889	La langue névropathique	S
Roux	1890	Formulaire aide-mémoire de la faculté de médecine (1896, 1902)	S
Larousse	1890	Grand dictionnaire universel du XIXe siècle	D
Bernhardt	1890	Neurologisches Centralblatt	S
Hadden	1890	Lancet, On a subjective sensation of the mouth in women	O
Thomson	1890	The Lancet	O
Lucas- Championnière	1891	Journal de médecine et de chirurgie pratiques	C
	1891	L'abeille médicale	C
Bonnal	1891	Nice-médical	C
Du Pasquier et Marie	1891	Progrès médical	S
Galippe	1891	Archives de neurologie	O
Duckwork	1892	Traité de la goutte	S
Lucet	1892	Le XIXe siècle	O
Bénard	1892	Saint-Christeau (Basses-Pyrénées)	O
Lamotte	1892		C
Féré	1892	La pathologie des émotions	C
Burggraeve	1892	Miscellanées de médecine dosimétrique 6e série vol 3	S
Charcot	1892	Leçons du mardi (année 1887-1888)	S
Duplay Reclus	1892	Traité de chirurgie. Tome 5	S
Brocq	1892	Traitement des maladies de la peau	S
Gautier	1893	Le Figaro, suppl. littéraire du dimanche	O
Piotrowski	1893	Compte rendu de la société de biologie	O
Duplaix et Counard	1893	Gazette des hôpitaux civils et militaires, p 1157	O
Maurel	1893	Traité des maladies de la bouche	S
	1893	Annales médico-psychologiques	C
Bosia	1894	De l'arthritisme aux eaux thermales de Bourbon-Lancy	O
Burggraeve	1894	Manuel de symptomatologie dosimétrique	S
Oppenheim	1894	Lehrbuch der Nervenkrankheiten	S
Mathieu	1894	Neurasthénie	S
Flammarion	1894	Dictionnaire encyclopédique universel etc....	D
Roux	1894	Vade-mecum du praticien	S
Gazzola	1894	Annales de dermatologie et de syphilographie (série3 tome5)	O
Lyon	1895	Traité élémentaire de clinique thérapeutique, p15 (rééd 1897, 1899, 1905, 1911...)	S
Girode	1895	Traité de médecine et de thérapeutique Tome4	S
Bernheim, Laurent	1895	Traité pratique de médecine et de thérapeutique	S
Thomson	1895	Formulaire de médecine et de chirurgie dentaires	S
Meige	1895	Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses	S
Frey (Léon)	1896	Pathologies des dents et de la bouche	S
Lefert	1896	Manuel du médecin praticien - maladies de la bouche	S
Godon	1897	Clinique dentaire	S
Kraus	1897	Die Erkrankungen der Mundhöhle und der Speiseröhre	S
Escat	1898	La Parole. Revue internationale de R O L	S
Herzen	1898	Guide-formulaire de thérapeutique générale et spéciale (rééd 1903, 1905, 1907, 1909, 1911)	S
	1898	Bulletins et mémoires de la société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie	S
Chauveau	1899	Revue générale de clinique et de thérapeutique	O
Chauveau	1900	Archives générales de médecine	S
Besnier Brocq et al	1900	Pratique dermatologique	S
Londe	1900	Revue neurologique	C
Marie	1900	Notions générales de pathologie	S
Lucas- Championnière	1900	Journal de médecine et de chirurgie pratiques	C
	1900	J physiologie pathologie générale	C
Butlin Spencer	1900	Diseases of the tongue	S
Chavasse	1902	Clinique de chirurgie spéciale du Val-de-Grâce.	C
Castex (André)	1903	Maladies du nez du larynx et des oreilles	S

Château	1903	Dictionnaire dentaire	D
Lyon, et al	1903	Formulaire thérapeutique	O
Grunwald	1903	Atlas-manuel des maladies de la bouche, du pharynx et des fosses nasales	S
Reyne	1903	Contribution a l'étude des idées hypochondriaques simples	C
Ballet	1903	Traité de pathologie mentale	C
Hoeflmayr	1906	München. med. Wchnschr.	O
	1906	Le monde dentaire	S
Monin	1907	Arthritisme	S
	1907	Le monde dentaire	S
Heindl (trad	1907	Thérapeutique des maladies de la bouche, du pharynx et du larynx	S
Allaëys	1908	Archives de Sto n°6	O
Rosenberg	1908	Differentielle Diagnose der hysterischen Pseudoneuralgien mit besonderer Berücksichtigung der Glossodynie	S
Litré, Gilbert	1908	Dictionnaire de Médecine, chirurgie ...	D
Sallard et al.	1908	Aide-mémoire de thérapeutique	S
Lucas-Championnière	1908	Journal de médecine et de chirurgie pratiques	C
Darier	1909	Précis de dermatologie (rééd 1925, 1928)	S
Toulouse	1909	Revue de psychiatrie	S
Chatelain	1910	Précis iconographique des maladies de la peau (2e ed)	S
Legendre	1910	Revue de thérapeutique médico-chir	S
Meige	1911	Nouvelle pratique médico-chir illustrée	S
Deleni	1911	Revue neurologique	C
Chauveau	1912	Recherches sur histoire (...) des fosses nasales	C
Sluder	1918	Am J of Medical Science 156:248 (août)	S
Lyon	1920	Consultations pour les maladies des voies digestives	S
Engman	1920	Archives of Dermatology and syphilology 1:137-138	O
Brocq	1921	Précis-atlas de pratique dermatologique	S
Castex (Louis)	1921	Des glossodynies et le syndrome de la langue brûlante	S
Variot	1921	Traité des maladies des enfants du premier âge	C
Sluder	1922	Journal of American Medical Association	O
Augé	1922	Larousse universel en 2 volumes	D
Dean	1922	Review of the Southern Medical Association	O
Beall	1922	Southern medical journal n°15, 272-274	O
Sluder	1923	Journal of American Medical Association	O
Sluder	1924	Archives internationales de laryngologie, otologie, rhinologie et broncho-oesophagosc..	C
Dabout	1924	Petit dictionnaire de médecine	D
French	1924	Medical annual	O
Gougerot	1926	Revue générale de clinique et de thérapeutique	O
	1927	Annales univ Paris	C
Sellei	1928	Deutsche Medizinische Wochenschrift	O
Marshall	1928	British Medical Journal 2: 13	O
Prangnell	1928	British Medical Journal 2: 176	O
Lain	1932	Archives of Dermatology and syphilology 25 n°1 jan, p21	BL
Simon C	1932	Bulletin de l'hôpital Saint-Michel n°6 p424, nov. 1932	S
Montgomery et Culver	1932	Archives of Dermatology and syphilology 26 n°3, septembre 1932, p474	S
Carrette	1933	Annales médico-psychologiques	C
Duperrat	1936	Concours médical	O
Gilpin	1936	JAMA, 16 mai 1936, p1772	O
Fernet (Darier, Simon)	1936	Nouvelle pratique dermatologique volume 8 p120	S
Ruppe	1937	La Presse Médicale	C
Chico	1937	Etude sur la glossodynie	S

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1 : Résultats par mot-clef et par outil de recherche.....	10
Figure 1 : Schéma des inclusions et exclusions.....	11
Figure 2 : Publications par décennie et par type.....	12
Figure 3 : Rapports de cas au cours du temps.....	13
Figure 4 : Hypothèses étiopathogéniques proposées.....	13
Figure 5 : Thérapeutiques préconisées.....	15
Figure 6 : Page de garde de l'ouvrage de Morgagni (1667).....	22
Figure 7 : Page de garde de l'ouvrage de Basset 1859.....	25
Figure 8 : Le Professeur Eduard Albert (source : Wikimedia Commons).....	30
Figure 9 : Moriz Kaposi en 1902 (source : Wikimedia Commons).....	32
Figure 10 : Le Professeur Aristide A. S. Verneuil (Source : Banque d'images BIU Santé) ...	39
Figure 11 : Page de garde du Tractatus absolutissimus... de Vigier (1620) et sa traduction (par H. Fuzier).....	40
Figure 12 : Le Docteur Émile Magitot (Source : Banque d'images BIU Santé).....	43
Figure 13 : Une leçon clinique à la Salpêtrière, huile sur toile, André Brouillet (1887).....	45
Figure 14 : Le Professeur Charles-Édouard Brown-Séquard (Source : Banque d'images BIU Santé).....	55
Figure 15 : George Morewood Lefferts.....	61
Figure 16 : Vue laryngoscopique de la tonsille linguale. Le Progrès Médical, 1902 ; 3(16) :188.....	64

Les opinions émises dans les dissertations présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation ou improbation de la Faculté de Chirurgie Dentaire.

Jean-Matthieu PÉRIER. *Histoire des stomatodynies*. 2017. 86 p. : ill., graph., tabl. Réf. Biblio. : p. 76-81.

Sous la direction de : M. le Professeur Yves BOUCHER

Th : Chir Dent. : Paris 7 : 2017

RÉSUMÉ en français :

Objectifs : cette revue de littérature historique vise à comprendre l'évolution de l'existence médicale de la stomatodynie idiopathique au cours du temps et à la mettre en perspective avec les diverses approches actuelles. **Méthodologie :** trois outils de recherche historique ont été utilisés (Medic@, IndexCat, Gallica) avec différents mots-clés en nous limitant aux documents antérieurs à 1950. **Résultats :** nous avons obtenu 150 documents répartis entre 1803 et 1937, dont 55 publications synthétiques, 44 publications originales, 40 citations, et 11 dictionnaires médicaux. Au total, ils rapportaient 199 cas évocateurs de stomatodynie. **Conclusion :** la première véritable évocation de la stomatodynie remonte à 1870 (A.F. Spring) ; elle n'a eu de visibilité médicale qu'à partir de 1885-1887, en Autriche et en France, avant de faire l'objet d'études cliniques plus rigoureuses aux États-Unis à partir des années 1920. Son étiologie a longtemps été considérée comme liée à la cancérophobie, sous l'influence de A.S. Verneuil (et de l'Académie de Médecine), à l'instar de certaines approches psychosomatiques actuelles. Très tôt cette association a été controversée par un petit nombre d'auteurs. Un courant plus tardif apparu aux États-Unis a relancé les recherches sous un angle plus organique, posant les bases des approches neuropathologiques actuelles.

TITRE en anglais : History of burning mouth syndrome

RÉSUMÉ en anglais :

Objectives : this historic literature review aims to understand the evolution of the medical existence of burning mouth syndrome over time, and to compare it to current approaches. **Methods :** three historic research tools were used (Medic@, IndexCat, Gallica) with several keywords, up to 1950. **Results :** 150 documents were obtained between 1803 and 1937, including 55 syntheses, 44 original articles, 40 quotations, and 11 medical dictionaries. A total of 199 cases of burning mouth syndrome were reported by the authors. **Conclusion :** the first reported evocation of burning mouth syndrome is due to A.F. Spring in 1870 ; this syndrome started to be considered only from 1885-1887 (in Austria and France), and was thoroughly studied (with clinical trials) in the United States from the 1920's. Under the influence of A.S. Verneuil (and the French Académie de Médecine), its etiology was long regarded as linked to cancerophobia, like current psychosomatic approaches. This view was early disputed by a few authors. Later American authors studied burning mouth syndrome under a more organic perspective, thus grounding current neuropathologic approaches.

DISCIPLINE : Sciences anatomiques et physiologiques : Douleur.

MOTS-CLÉS Français (FMeSH) : stomatodynie, glossalgie, histoire de la médecine, stomatologie.

MOTS-CLÉS Anglais (MeSH) : burning mouth syndrome, glossalgia, history of medicine, oral medicine.
