

CHAPITRE V
AFFECTIONS DES GLANDES SALIVAIRES

ARTICLE PREMIER
CALCULS SALIVAIRES

Étiologie et anatomie pathologique. — DE CLOSMADÉUC a montré, dans sa thèse, leur rareté avant l'âge de vingt ans, leur unilatéralité, leur siège de prédilection dans le canal de Wharton, les glandes sous-maxillaire et sublinguale. Leur volume atteint rarement celui d'un noyau d'olive ; ils sont grisâtres, friables, formés de sels calcaires et de matières organiques. Ces calculs, dont certains sont creusés d'une gouttière qui permet l'écoulement de la salive, amènent la dilatation du canal, favorisent l'infection ascendante de la glande et sa sclérose consécutive.

Pathogénie. — La pénétration d'un corps étranger, d'une parcelle de tartre dentaire est une condition favorisante, mais insuffisante. La lithiase salivaire est considérée depuis les recherches de GALIPPE, comme étant d'origine microbienne. GALIPPE montra en 1886 que des amas microbiens constituaient le centre de ces calculs : et l'on admet que l'infection est nécessaire pour déterminer la précipitation des sels normalement dissous dans la salive. Ainsi agiraient les corps étrangers, les wartonites, les sténonites. Les conclusions de GALIPPE ont été l'origine de la théorie microbienne des lithiases hépatique et rénale.

Symptômes. — Leur existence se traduit par une sensation désagréable dans le plancher buccal, qui gêne la prononciation

et rend douloureuse la mastication. Leur caractéristique clinique réside dans la production d'accès intermittents à l'occasion des repas, auxquels on donne le nom de *coliques salivaires*, par analogie avec les crises douloureuses d'autres viscères (foie et reins). Elle s'expliquent ainsi : sous l'influence d'un réflexe provoqué par une sensation gustative, la salive sécrétée brusquement s'accumule en avant du calcul, la glande se tuméfie et devient le siège de douleurs irradiées très vives. Celles-ci se calment à mesure que la salive s'écoule au dehors. On a décrit sous le nom impropre de *grenouillette aiguë*, cette tuméfaction brusque du plancher buccal.

Certains calculs se forment et sont évacués silencieusement. Presque toujours, la suppuration survient qui amène la perforation du canal.

Traitement. — Il faut enlever le calcul pour éviter les complications infectieuses. On incisera le conduit par la bouche et on le laissera ouvert, sans crainte d'une fistule qui serait sans inconvénient.

ARTICLE II
FISTULES SALIVAIRES

Les fistules salivaires sont des fistules cutanées laissant couler la salive au dehors d'une façon permanente. Elles sont spéciales à la parotide et au canal de Sténon, à cause de leur situation superficielle.

Étiologie. — Les plaies de la joue, accidentelles ou chirurgicales, les coups de feu, les ablations d'épithélioma peuvent en être l'origine. Les inflammations spécifiques ou d'origine dentaire, les calculs salivaires peuvent également ulcérer le canal de Sténon et le fistuliser.

Symptômes et diagnostic. — Signe pathognomonique : un petit tubercule rougeâtre, percé d'un orifice par lequel s'écoule de la salive. L'écoulement diminue ou se tarit entre les repas, réapparaît pendant la mastication, atteignant 100 ou 200 grammes. Le siège de l'orifice varie suivant qu'elle siège

sur le canal de Sténon, la parotide, une glande accessoire : d'où les fistules géniennes, massétérides, rétro-maxillaires.

Ces fistules sont une infirmité gênante et une cause de dénutrition, mais sans gravité. Elles n'ont pas de tendance à guérir spontanément, et sont quelquefois le siège d'abcès à répétition. Les fistules de la glande sont plus facilement curables que celles du canal de Sténon.

Le *diagnostic* se complète par l'exploration au stilet, qui précise la longueur, la direction, les diverticules du trajet fistuleux.

Traitement. — La cautérisation ignée ou par le nitrate d'argent peut suffire pour les fistules parotidiennes. MOLLIERE a préconisé les injections d'huile aseptique dans la parotide pour en amener l'atrophie.

Dans les fistules du canal de Sténon, les procédés diffèrent suivant que le bout antérieur est perméable, imperméable, ou non susceptible d'être recalibré. Dans le premier cas, la cautérisation est parfois efficace ; mais, il est préférable de tenter la recherche et la suture des deux bouts. Dans les deux autres, on peut soit : 1° aboucher le bout postérieur du canal à la muqueuse ; 2° ou bien, dériver la salive par la création d'une fistule muqueuse. Le procédé de Richelot réalise parfaitement ce second but.

ARTICLE III

LES GRENOUILLETES

Définition. — Les grenouillettes sont des collections liquides et enkystées qui se rencontrent sur le plancher de la bouche et dans la région sus-hyoïdienne : elles ont été considérées jusqu'ici comme des kystes salivaires ; pour la majorité des cas, nous pensons, ainsi que NEUMANN en a émis le premier l'hypothèse, qu'elles doivent être définies des kystes congénitaux du plancher buccal.

Il en existe trois variétés : 1° la *grenouillette des nouveau-nés*, très rare, due à l'imperforation du canal de Wharton ; un coup

de ciseau sur la tumeur ouvrant un passage à la salive, suffit pour la supprimer définitivement ; 2° la *grenouille commune ou sublinguale* et 3° la *grenouillette sus-hyoïdienne* de siège différent, mais de nature identique.

1° GRENOUILLETTE COMMUNE OU SUBLINGUALE

Elle affectionne le jeune âge et se développe insidieusement. Elle est constituée par une tumeur ovoïde, saillante sur un des côtés du plancher buccal, mais pouvant franchir la ligne médiane en dépliant le frein de la langue, ce qui lui donne une forme bilobée. Du volume d'une noisette à un œuf de poule, elle est de couleur bleuâtre ou blanc rosé ; sa surface est lisse, sa consistance fluctuante ; la tumeur se réduit complètement par la pression quand il existe une poche sus-hyoïdienne communicante.

Elle est indolente, et ne gêne la déglutition et l'articulation des mots que si, par son volume, elle refoule la langue en haut et en arrière.

La guérison spontanée est possible, par rupture ou éclatement : le liquide s'écoule, la poche se rétracte et s'oblitére. Malgré la septicité du milieu buccal, les grenouillettes suppurent rarement, même après incision.

Anatomie pathologique. — La première étude histologique date de ROBIN qui, en 1857, découvrit dans une poche de grenouillette, un épithélium à plusieurs couches. A noter les travaux de RECKLINGHAUSEN, NEUMANN, BAZY (1883), SUZANNE (1887), VON HIPPEL (1897), SULTAN (1898), IMBERT et JEANBRAU, CUNÉO et VEAU.

L'incision d'une grenouillette donne issue à un *liquide* épais et visqueux, comparable à celui de certains kystes congénitaux du cou. Ce liquide est riche en mucine, mais dépourvu complètement des éléments actifs de la salive, la ptyaline et le sulfocyanate de potasse.

La *poche kystique* est uniloculaire ; son pôle supérieur, libre dans la bouche, est tapissé par la muqueuse du plancher ; son pôle inférieur se perd dans les plans profonds, et ne peut être énucléé. La paroi de cette poche est mince, et au microscope, on voit qu'elle est formée de deux couches : 1° un feutrage

fibro-conjonctif dans lequel on trouve des fibres musculaires du plancher buccal ; 2° un épithélium tapissant la cavité de cette poche conjonctive ; cet épithélium est rarement continu ; il est le plus souvent stratifié à plusieurs couches, quelquefois cylindrique à cils vibratiles.

Pathogénie. — La nature des grenouillettes a été fort discutée. On leur a successivement attribué comme pathogénie :

1° La rétention salivaire par oblitération accidentelle du canal de Wharton ;

2° La transformation kystique des glandes de Blandin-Nuhn (RECKLINGHAUSEN) ;

3° L'inflammation de la bourse séreuse de Fleischmann (FLEISCHMANN, TILLAUX) ;

4° La dégénérescence muqueuse des glandes sublinguales (SUZANNE) ;

5° Une origine congénitale. Cette dernière théorie, énoncée par NEUMANN, pour les kystes à cils vibratiles du plancher buccal, admise par SULTAN en 1898, et confirmée par IMBERT et JEANBRAU d'après l'examen de plusieurs pièces anatomiques, dont quelques-unes recueillies dans notre service, est celle qui s'accorde le mieux avec la structure histologique et l'évolution clinique des grenouillettes : CUNÉO et VEAU viennent d'en fournir des preuves nouvelles.

Les caractères histologiques de la poche et la composition chimique du contenu permettent en effet de trancher ce différend : 1° le canal de Wharton est presque toujours perméable, son cathétérisme avec un fil d'argent est possible ; de plus le liquide des grenouillettes n'a aucune analogie avec la salive ; 2° le siège d'origine est contraire à la théorie de Recklinghausen d'après laquelle la grenouillette se développerait dans les glandes de Blandin-nuhn ; 3° la bourse séreuse de Fleischmann n'existe pas ; de plus, la présence sur la paroi de la poche d'un épithélium à plusieurs couches n'est pas compatible avec l'hypothèse d'un hygroma ; 4° SUZANNE place l'origine de la grenouillette dans la glande sublinguale qui, sous l'influence d'une cause inconnue, est envahie par une sclérose interne. Cette sclérose amène par compression l'atrophie des élé-

ments glandulaires qui dégèrent et subissent l'altération muqueuse ; la tumeur kystique résulte de cette destruction étendue à la fois aux acini et au tissu conjonctif ambiant, et le liquide muqueux qu'elle contient est le reliquat des éléments disparus. Mais cette dégénérescence muqueuse considérée par SUZANNE comme l'origine de la grenouillette n'a été retrouvée après lui par aucun auteur ; sa cause reste ignorée ; enfin, elle n'explique pas les faits où la grenouillette est tapissée d'un épithélium vibratile.

Il est, au contraire, facile de comprendre la pathogénie des grenouillettes en admettant leur origine congénitale. Dans certains kystes branchiaux, la paroi et le contenu ont des caractères semblables. Cette identité de structure fait penser à une identité de nature. Les grenouillettes se rattacheront donc à des formations d'origine branchiale : ce sont des kystes mucoïdes congénitaux. Celles qui sont revêtues d'un épithélium cilié se développent probablement (NEUMANN et SULTAN) aux dépens de restes embryonnaires constitués par les prolongements antérieurs et transitoires du cordon thyro-glosse, décrits par BOCHDALEK et étudiés en France par CHEMIN.

Diagnostic. — La grenouillette sublinguale se reconnaît facilement ; elle ne peut être confondue avec le *lipome* du plancher buccal, moins superficiel, de consistance pâteuse et non fluctuante ; avec le *lymphangiome* qui apparaît à la naissance, s'étend rapidement et prend un volume considérable ; avec l'*angiome* qui ne constitue jamais une tumeur liquide régulière et nettement limitée.

Traitement. — L'incision et la cautérisation sont suivies de récurrence presque constantes. L'ablation de la partie saillante de la poche n'est pas toujours suffisante. Il faut enlever la poche tout entière dans les parties profondes de laquelle se trouvent des germes de récurrence (TERRIER ; FORGUE).

2° GRENOUILLETTE SUS-HYOÏDIENNE

Il y a coexistence fréquente d'une poche sublinguale et sus-hyoïdienne. Parfois l'ablation d'une poche sublinguale est suivie de l'apparition d'une tumeur sus-hyoïdienne.

Pathogénie. — GOSSELIN et CADOT (1879) avaient invoqué la pathogénie suivante pour les cas où la filiation est évidente : une grenouillette sublinguale se rupture ou est incisée. Il se forme sur le plancher de la bouche une cicatrice qui résiste à la distension d'une poche récidivante ; celle-ci se développe dans le sens où elle éprouve le moins de résistance, par en bas, écarte des fibres du mylo-hyoïdien et fuse dans la région sus-hyoïdienne.

MORESTIN adoptant l'origine défendue par SUZANNE, de la dégénérescence muqueuse, a montré que les glandes sublinguales envoient à travers le muscle mylo-hyoïdien des lobules qui font saillie dans la région sus-hyoïdienne. Si l'altération muqueuse s'étend de la glande à ses prolongements aberrants, il en résulte une poche sus-hyoïdienne.

Mais il est fort probable qu'il s'agit ici, comme pour la grenouillette commune, de kystes congénitaux d'origine branchiale. développés à la fois ou isolément dans le plancher de la bouche et dans la région sous-jacente (FORGUE).

Diagnostic. — La grenouillette sus-hyoïdienne ne diffère en rien, au point de vue clinique, des kystes congénitaux de cette région. Sauf dans le cas où elle a été précédée d'une poche sublinguale, la distinction est impossible.

Traitement. — Dissection et ablation de la poche ; si celle-ci n'est pas possible en totalité, cautérisation à la teinture d'iode et drainage prolongé.

ARTICLE IV

TUMEURS MIXTES DE LA PAROTIDE

Définition. — Les tumeurs mixtes de la parotide sont des néoplasmes caractérisés : *anatomiquement*, par une structure complexe où plusieurs tissus néoplasiques sont mélangés en proportion variable ; *cliniquement*, par l'irrégularité de leur évolution, une tumeur, de formation d'abord lente et bénigne, étant

susceptible de prendre spontanément ou après une intervention une rapide malignité.

Anatomie pathologique. — 1^o ÉTUDE MACROSCOPIQUE. — La tumeur siège au-dessous ou au-devant du tragus, rarement dans les prolongements masséterin, ptérygoïdien et pharyngien de la parotide. Sa consistance est dure, cartilagineuse et même pierreuse. Elle est encapsulée, séparée des organes du creux parotidien et des lobules de la glande par une enveloppe fibreuse qui permet d'énucléer la tumeur encore jeune. Celle-ci est donc juxta-parotidienne plutôt que parotidienne. A une période avancée, cette limitation disparaît ; le néoplasme franchit sa capsule et infiltre le contenu de la loge où il est né. A la coupe, consistance inégale ; sur la surface de section, des cloisons larges et nacrées ont l'aspect du cartilage ; elles limitent des alvéoles remplies d'une substance grisâtre d'apparence mucoïde.

2^o ÉTUDE MICROSCOPIQUE. — Il faut étudier, comme dans toute tumeur, la trame et les éléments cellulaires dans laquelle ils prolifèrent :

I. *Trame.* — Elle a ici une grande importance, à cause des transformations qu'elle subit. Dans le même néoplasme, la trame conjonctive est formée de tissus fibreux, myxomateux, chondromateux, sarcomateux. La prédominance du cartilage qui donne à ces tumeurs leur dureté caractéristique, les avait fait appeler par DOLBEAU enchondromes de la parotide.

II. *Éléments cellulaires.* — Ils sont groupés en forme de cylindres ou de canaux, limitant des cavités. Ce groupement simule, à première vue, la structure des adénomes, c'est-à-dire des tumeurs de nature épithéliale. Mais l'interprétation des auteurs diffère complètement et ces tumeurs mixtes sont considérées par les uns comme des néoplasmes épithéliaux, c'est-à-dire des adénomes, par les autres comme des néoplasmes conjonctifs, c'est-à-dire des sarcomes. Enfin tout récemment CUNEO et VEAU ont soutenu que les enchondromes parotidiens prenaient leur origine dans des restes embryonnaires inutilisés au cours de l'évolution de l'appareil branchial. Il y a donc trois théories à exposer.

a. *Les tumeurs mixtes de la parotide sont des tumeurs épithéliales à trame variable.* — A un examen rapide, il semble bien qu'il s'agisse d'un néoplasme glandulaire constitué : 1° par la prolifération des cellules des acini parotidiens ; 2° par la prolifération et la transformation variable du squelette conjonctif de la glande. Cette théorie, émise comme hypothèse par Verneuil, a été établie par PLANTEAU en 1876, et surtout par PÉROCHAUD en 1884. Ce qui distingue ces tumeurs mixtes des adénomes en général, de l'adénome de la mamelle en particulier, c'est que la trame est infiltrée de tissu chondromateux, myxomateux, sarcomateux. D'où les noms donnés à ces tumeurs d'*épithéliome à trame variable*, ou encore d'*épithélio-myxome*, d'*épithélio-myxo-chondrome*, etc.

b. *Les tumeurs mixtes de la parotide sont des tumeurs conjonctives de structure complexe.* — Pour les auteurs allemands, ce sont des néoplasmes nés, soit dans le tissu conjonctif de la région, soit dans les capillaires sanguins, soit dans les vaisseaux lymphatiques, aux dépens de leur endothélium et périthélium. Ainsi KAUFMANN, VOLKMANN, NASSE soutiennent qu'ils n'ont jamais vu de continuité entre la tumeur et la glande et ont pu saisir au microscope toutes les transitions entre la cellule conjonctive et l'élément néoplasique. Cette théorie, longtemps appelée théorie allemande par opposition à la précédente qui était la théorie française, a été défendue dernièrement en France par CURTIS et PHOCAS, BOSC et JEANBRAU. Ils considèrent ces néoplasmes comme des tumeurs conjonctives de structure complexe, des *endothéliomes purs* ou des *chondro-myxo-endothéliomes*.

c. *Les tumeurs mixtes parotidiennes sont des néoplasmes branchiaux.* — CUNEO et VEAU en 1900, ont défendu une autre origine, autrefois soupçonnée par VIRCHOW et par MALASSEZ pour certaines tumeurs de la parotide : il s'agirait de néoplasmes nés aux dépens des restes de l'appareil branchial. « On sait la multiplicité des tissus qui prennent part à la constitution de l'appareil branchial (cellules épithéliales, tissu cartilagineux, tissu conjonctif jeune ou adulte). Chacun de ces éléments peut entrer et entre le plus souvent dans la constitution de ces néoplasmes. »

Cette origine explique : 1° la polymorphie des tumeurs mixtes de la parotide ; 2° le siège de ces tumeurs dans une région à développement compliqué comme la région branchiale ; 3° la présence fréquente de cartilage ; 4° l'indépendance de ces tumeurs au début avec la parotide ; 5° leur évolution lente ; 6° leur identité anatomique et clinique avec les tumeurs mixtes de la sous-maxillaire ; 7° leur transformation tardive et brusque en néoplasmes malins (germes épithéliaux aberrants qui sont l'origine d'un cancer branchiogène).

Symptômes. — Ces tumeurs se rencontrent dans les deux sexes, à l'âge adulte, indifféremment à droite ou à gauche, presque toujours d'un seul côté.

Le début est lent et silencieux, « comme un ganglion », au dessous de l'oreille. La tumeur grossit lentement et arrive en quelques années au volume d'un poing d'enfant qui fait une saillie disgracieuse « en brioche » recouvrant la mastoïde et dédoublant le lobule de l'oreille. A sa surface, la peau conserve ses caractères et sa mobilité normaux ; elle est bosselée, très dure, avec des points ramollis ; la palpation y découvre des nodosités, qui surgissent de la masse principale et tendent à s'énucléer. Le néoplasme est quelquefois mobile, bien que très largement sessile.

Il n'existe pas de symptômes fonctionnels du côté du facial ou des nerfs sensitifs. Les mouvements de la mâchoire ne sont pas gênés.

La tumeur reste immobile cinq, dix, vingt ans ; puis survient une paralysie du facial, des douleurs violentes ; le néoplasme s'accroît brusquement, se fixe dans la loge, adhère à la peau qui s'ulcère, et évolue suivant le mode du sarcome ou du cancer. DOLBEAU avait décrit ces deux phases bien distinctes de l'évolution de ces tumeurs sous le nom de *phase de crudité*, et de *phase de ramollissement ou d'activité*.

La généralisation est exceptionnelle.

Diagnostic. — L'*adénopathie* parotidienne se rencontre chez les enfants ; elle est multiple, à la fois sous-maxillaire et parotidienne et s'empare rapidement. Les *tumeurs pures*, fibromes, lipomes, lymphadénomes, sont rares et ont leurs caractères

habituels nettement distincts de ceux de l'enchondrome. Le lymphadénome débute plus bas, dans le ganglion rétro-angulo-maxillaire.

Traitement. — L'ablation est indiquée à la première phase, quand la tumeur est encore mobile. Elle doit être totale et nous évitons d'ordinaire le creux parotidien complètement ; il est impossible d'éviter la section du facial. Les récidives opératoires ne sont pas rares. La guérison survient parfois après plusieurs opérations.

L'intervention est discutable à la seconde période, comme dans le cancer de la parotide.

it.
res sa
s de leur
ANN, NASSI
- la tume

CINQUIÈME PARTIE

AFFECTIONS CHIRURGICALES DU COU

CHAPITRE PREMIER

MALFORMATIONS ET DÉFORMATIONS CONGÉNITALES

ARTICLE PREMIER

KYSTES, FISTULES ET TUMEURS D'ORIGINE CONGÉNITALE

DE LA TÊTE ET DU COU

Au niveau d'une fente embryonnaire, un pli de l'ectoderme ou de l'endoderme se trouve pincé et inclus, en plein tissu mésodermique. — De cette inclusion, et de l'évolution anormale du pli invaginé, résultent trois ordres de formations : 1° des kystes qui sont *dermoïdes*, si c'est le tégument externe qui est emprisonné ou *mucoides*, s'il s'agit d'un enclavement de la muqueuse ; 2° des fistules ; 3° des tumeurs.

Pathogénie. — Une condition pathogénique est essentielle : c'est la présence, à une période embryonnaire, de fissures au niveau desquelles se produit le pincement ectodermique ou endodermique.

Or, cette condition se trouve particulièrement réalisée au crâne, à la face et au cou, aux points de soudure des lames osseuses qui forment la voûte crânienne, des bourgeons qui entrent dans la composition de la face et des fissures ou dépressions qui répondent à l'appareil branchial du cou. Aussi, les lieux d'élection de ces kystes, fistules et néoplasmes congénitaux se rencontrent : 1° au niveau de la voûte sur la ligne