

tits ganglions qui, sans cela, échapperaient à l'investigation. Emportez ensuite avec des ciseaux la portion de langue malade. Si vous pouvez y parvenir en agrandissant suffisamment l'orifice buccal, limitez là votre action, sinon pratiquez une incision commissurale allant jusqu'au masséter. Cette incision donne un très grand jour et facilite singulièrement l'accès sur la base de la langue. Elle serait absolument indispensable et il faudrait commencer par cet acte opératoire, s'il n'y avait pas de ganglions sous-maxillaires et si l'on ne jugeait pas à propos de lier préalablement l'artère linguale. Dans ce cas, après cette incision, on appliquerait les pinces de Péan et on se comporterait comme je l'ai dit pour l'épithéliome du milieu de la langue, en portant successivement les pinces de plus en plus en arrière. L'incision commissurale permet de voir ce que l'on fait et surtout d'assurer l'hémostase; elle se cicatrise rapidement, ne déforme que légèrement le visage (surtout celui de l'homme), et je suis d'avis d'y avoir toujours recours lorsqu'on éprouve quelques difficultés à atteindre la limite postérieure du cancroïde.

Ce qu'il y a de lamentable, c'est que malgré tout, même après les opérations en apparence les plus complètes, la récurrence survient fatalement et à bref délai. Pour mon compte, je n'ai pas encore vu d'exception à cette règle décourageante.

Ulcérations de la langue. — Les ulcérations de la langue sont fréquentes et reconnaissent pour cause : une dent mauvaise, la syphilis, le tubercule et le cancer. Il en existe donc de quatre espèces. Disons tout de suite que le diagnostic différentiel, facile quelquefois, lorsqu'il s'agit, par exemple, d'une plaque muqueuse, est souvent si douteux que les praticiens doivent essayer avant de se prononcer la pierre de touche du traitement spécifique.

Voici les signes qui pourront les différencier les unes des autres : l'ulcération traumatique ou d'origine dentaire siège exactement sur un bord de la langue et répond à un chicot ou bien à une dent dont la couronne est coupante; la base de l'ulcère présente parfois une induration inflammatoire, ce qui lui donne une grande ressemblance avec la variété de cancroïde débutant par une ulcération, car le siège est en général le même. L'ablation du chicot, le limage de la dent, feront rapidement disparaître la lésion qu'ils ont produite. Si cette dernière persistait, ou si aucune cause

irritante n'en expliquait la production, il faudrait conclure à un épithéliome.

La syphilis se manifeste à la langue sous deux formes : la plaque muqueuse et la gomme ulcérée. Je ne fais que mentionner le chancre induré, qui est beaucoup plus rare encore que celui des lèvres. Il occupe la pointe de la langue et présente une marche qui ne permet pas l'erreur, pour peu que l'on y songe. Il s'accompagne en général rapidement d'adénopathie sous-maxillaire (1). L'ulcère est rond, à bords nettement découpés, à fond grisâtre et induré.

Les plaques muqueuses de la langue sont en général multiples, superficielles, non indurées, et ne pourraient être confondues qu'avec des aphthes simples, dont elles diffèrent surtout par leur persistance. Elles affectent souvent la forme de fentes, de fissures, et sont très douloureuses.

La gomme ulcérée ressemble sous beaucoup de rapports à l'épithéliome ulcéré; l'ulcère repose dans les deux cas sur une base indurée. Mais la gomme est souvent multiple, elle occupe de préférence le milieu de l'organe; les bords sont décollés et l'induration n'est pas aussi grande que dans le cancroïde. En somme, ce ne sont là que des nuances qui peuvent donner seulement une probabilité : aussi faut-il toujours traiter le malade comme s'il s'agissait de syphilis.

L'ulcère tuberculeux apparaît chez les phthisiques et coïncide en général avec d'autres manifestations de même nature. Un caractère essentiel, c'est que la base n'est pas indurée et qu'il affecte la forme de plaques. Les bords de la plaque sont nettement découpés, le fond en est jaunâtre; tout autour on aperçoit souvent une série de petits points jaunes du volume d'une tête d'épingle. Ajoutons que ces plaques occupent le milieu ou les bords de la langue et sont souvent multiples.

Maladies de la région sublinguale.

La région sublinguale située entre la partie libre de la face inférieure de la langue et la face postérieure du maxillaire inférieur

(1) J'observe actuellement (avril 1886) dans mon service de l'Hôtel-Dieu une vieille femme atteinte d'un chancre induré de la pointe de la langue dont le diagnostic ne saurait être douteux; cependant il n'existe pas d'adénopathie sous-maxillaire appréciable.

comprend comme organe principal la glande sublinguale; on y rencontre en outre le canal de Warthon et une cavité close constante, appelée bourse de Fleischmann, que j'ai représentée et dont j'ai donné une description détaillée dans mon *Traité d'anatomie topographique*. On trouve également un repli muqueux qui fixe la langue au plancher de la bouche, le frein de la langue.

Cette région est le siège de prédilection d'une tumeur dont la pathogénie a exercé et exerce encore aujourd'hui la sagacité des chirurgiens, la grenouillette, dont je m'occuperai principalement dans ce chapitre. Mais auparavant passons en revue certaines autres affections qu'on y observe plus rarement.

Quelquefois le frein est plus développé qu'il ne convient et paraît gêner un peu les mouvements de la langue. Si l'enfant est en retard pour parler, les parents l'amènent au chirurgien pour lui faire *couper le filet*, supposant, ce qui d'ailleurs est inexact, que cette disposition est la cause du retard. Toutefois, lorsque le frein s'avance trop près de l'arcade dentaire, il n'y a pas d'inconvénient à le diviser. Le meilleur procédé consiste à soulever la langue avec le bout élargi d'une sonde cannelée, à introduire le frein dans la fente que présente cette extrémité et à le fendre d'un coup de ciseaux. Il faut éviter de couper les veines ranines, ce qui est très facile, en raison de la transparence des tissus.

Épithéliome de la région sublinguale. — La muqueuse qui tapisse la région sublinguale peut être le siège d'une variété de cancroïde buccal qui présente une gravité comparable à celui de la langue et nécessite une opération spéciale. Il débute en général par une ulcération très superficielle occupant le frein et les côtés du frein. Il s'étend peu à peu en largeur et en profondeur, gagne la glande sublinguale, la face inférieure de la langue, atteint le périoste de la mâchoire et finit par attaquer l'os lui-même. Les mouvements de la langue sont entravés; il s'écoule incessamment par la bouche une sanie putride composée d'un mélange de salive et de pus et le malade est en proie à de violentes douleurs. Les ganglions sus-hyoïdiens médians sont principalement envahis; cependant il m'a semblé, dans les cas soumis à mon observation, que le système lymphatique résistait plus longtemps à l'envahissement que dans le cancroïde lingual.

Si le praticien peut parfois conserver des doutes sur l'existence du cancroïde lingual, il n'en saurait être de même ici, car je ne

connais pas d'affection de la région qui puisse être confondue avec celle que je viens de décrire.

Le traitement consiste dans l'ablation pratiquée le plus tôt possible.

Trois cas cliniques ou plutôt trois phases de la maladie se présentent et nécessitent une opération différente: 1° la maladie est limitée à la muqueuse; 2° toutes les parties molles situées au-dessus du muscle mylo-hyoïdien sont envahies; 3° le squelette est atteint en même temps que les parties molles.

Dans le premier cas, c'est-à-dire tout à fait au début de la maladie, une large excision de la muqueuse pratiquée par la bouche sans opération préliminaire peut suffire, mais il est bien rare que l'on intervienne à temps pour se contenter de cette intervention, car les malades emploient souvent des remèdes divers: gargarismes variés, cautérisations superficielles, etc., avant de se décider à subir une opération sérieuse.

Dans le second cas, une opération préliminaire me paraît indispensable pour enlever la totalité du mal et mener à bien l'acte opératoire: il faut diviser sur la ligne médiane la lèvre inférieure d'abord et le maxillaire inférieur ensuite. Je dirai plus loin à propos des maladies de cet os comment il convient d'exécuter ces deux sections qui constituent les premiers temps de la résection totale. Les deux moitiés de la mâchoire étant écartées l'une de l'autre et la langue fortement attirée en avant à l'aide d'un fil passé dans sa pointe, on peut enlever avec le bistouri ou des ciseaux tout ce qui est affecté. L'hémostase est en général facile, puisque les parties sont sous les yeux. On réunit ensuite les deux moitiés du maxillaire à l'aide d'un fil métallique, ainsi que la lèvre inférieure. L'emploi du chloroforme présente moins d'inconvénients ici que lorsqu'il s'agit de la langue elle-même, car le sang s'écoule en grande partie au dehors, au lieu de tomber dans le pharynx. On est bien tenté d'enlever les parties malades avec le thermo-cautère, mais cet instrument expose trop aux hémorragies secondaires lors de la chute des eschares pour que j'ose en conseiller l'usage dans ce cas particulier, en raison de la difficulté à se rendre maître du sang.

La troisième phase de la maladie, c'est-à-dire l'envahissement du squelette, nécessite une intervention plus compliquée que la précédente, car il ne suffit plus de sectionner le maxillaire inférieur sur la ligne médiane, il faut encore en réséquer une portion à

l'aide de deux incisions pratiquées de chaque côté de cette ligne à une distance variable suivant l'étendue de la lésion. Cette opération entraîne une mutilation et une déformation considérables du visage ; j'en indiquerai plus loin le manuel opératoire.

Maladies de la portion sublinguale du canal de Warthon. — La seule affection du canal de Warthon qui nous intéresse est la présence de corps étrangers dans son intérieur. Ceux-ci peuvent provenir du dehors et ce sont alors en général des débris d'aliments, ou bien provenir du dedans, ce sont des calculs salivaires.

En raison de l'étroitesse de l'orifice buccal du canal de Warthon et aussi sans doute de sa contractilité, les corps étrangers s'y introduisent très rarement. Lorsque l'accident se produit, les malades éprouvent une douleur subite et violente dans le plancher de la bouche, une véritable angoisse, et il survient du gonflement de la région sus-hyoïdienne au niveau de la glande sous-maxillaire. Dans un cas de ce genre, je fus assez heureux pour faire disparaître le phénomène aussi vite qu'il était venu en pratiquant le cathétérisme avec un stylet très fin, et je crois que c'est le seul traitement rationnel à exécuter.

Les calculs s'observent moins rarement, car la glande sous-maxillaire est le siège le plus habituel des concrétions salivaires. Ces calculs ont une forme allongée, olivaire, et forment dans le plancher de la bouche, derrière la glande sublinguale, une tumeur dure que l'on peut sentir avec le doigt. Le diagnostic de ces calculs n'est donc pas difficile, et c'est parce qu'ils n'y songent pas que la plupart des praticiens en méconnaissent la présence. Les calculs déterminent de très vives douleurs sur tout le trajet du canal et au niveau de la glande sous-maxillaire qui est tuméfiée. Fixés en général dans le point qu'ils occupent, ils peuvent cependant changer de place et se porter de temps en temps vers la région sus-hyoïdienne, comme cela avait lieu dans le dernier cas que j'ai observé, de telle sorte qu'on ne les sent plus par la bouche. Ils cheminent peu à peu vers l'orifice du canal, et finissent par s'y montrer sous forme d'une petite saillie blanche et enfin sortent parfois spontanément, au grand étonnement du malade et souvent aussi du médecin.

La seule indication à remplir est de faire une incision sur le relief même que forme le calcul et de l'enlever : le malade est instantanément guéri.

Tumeurs diverses de la région sublinguale. — La glande sublinguale est, au même titre que les autres glandes acineuses, le siège de tumeurs solides : adénomes, adéno-sarcomes, fibromes, etc. ; on trouve aussi dans cette région des lipomes qui affectent le même caractère que les lipomes de la joue, c'est-à-dire qu'une fois la muqueuse incisée ils s'étirent facilement sous la simple traction d'une pince, mais ces cas sont absolument exceptionnels et ne doivent pas nous occuper ici davantage.

Par contre, on observe très souvent dans cette région des tumeurs kystiques. Ces kystes contiennent des matières tantôt molles, tantôt liquides : les premiers sont des kystes dermoïdes, les seconds des grenouillettes.

Kystes dermoïdes de la région sublinguale. — L'os maxillaire inférieur est primitivement formé de deux moitiés qui se soudent de très bonne heure sur la ligne médiane pour former la symphyse du menton : or il est très vraisemblable que sur certains sujets il se produit au moment de la fermeture un pincement du feuillet corné de l'embryon donnant plus tard naissance à la production d'un kyste dermoïde, ainsi qu'on l'observe à la queue du sourcil. Ce kyste se développe peu à peu et parvient quelquefois à un volume considérable. En 1885 j'en opérai un présentant le volume d'un gros œuf de dinde. Il occupe alors toute la région sublinguale de l'un ou des deux côtés, déprime le plancher buccal au point de faire saillie à la région sus-hyoïdienne, refoule la langue contre le palais et apporte quelquefois un sérieux obstacle à la déglutition et surtout à la phonation.

Les signes qui permettent de reconnaître cette variété de kyste sont les suivants : la tumeur est molle, pâteuse, sans aucune rénitence, et se laisse déprimer comme si elle contenait du mastic de vitrier. Elle est absolument indolente, n'occasionne que de la gêne. Elle est congénitale ou du moins remonte aux premières années de la vie. Il est impossible à l'aide de ces caractères de méconnaître le dermoïde sublingual, aucune autre tumeur n'en présentant de semblables.

Le traitement consiste dans l'incision et l'évacuation de la poche qu'on lave ensuite avec une solution de chlorure de zinc à 2 p. 100 ; réunion immédiate et drainage.

J'ai pu en 1883, à l'hôpital Beaujon, énucléer complètement la poche, qui n'adhérait que faiblement aux parties sous-jacentes,

c'est-à-dire au génio-glosse. Ce mode de traitement est évidemment le meilleur, mais n'est pas toujours praticable.

Grenouillettes (1). — La grenouillette se présente sous deux formes distinctes : la forme aiguë et la forme chronique.

La *grenouillette aiguë*, plus rare que la grenouillette chronique, se manifeste de la manière suivante : un sujet est en pleine santé et n'éprouve pas la moindre gêne du côté du plancher de la bouche. Tout à coup, sans cause appréciable, il est pris d'une violente douleur sous la langue; en même temps survient en ce point un gonflement considérable qui refoule la langue vers le palais, entrave la respiration et détermine un obstacle presque complet à la déglutition et à la phonation.

On devine l'angoisse qu'éprouve le malade en se sentant ainsi subitement envahi par un mal inconnu qui le menace d'asphyxie. J'ai observé un homme qui, s'étant couché très bien portant, fut réveillé brusquement au milieu de la nuit par l'apparition d'une grenouillette aiguë; une femme tisonnait au coin du feu quand les mêmes accidents se développèrent. On trouve alors au-dessous de la langue une tumeur molle, tendue, rénitente, fluctuante, qui occupe un côté ou les deux côtés de la ligne médiane ou cette ligne elle-même, et la ponction démontre qu'elle est constituée par une collection de liquide. Or est-il possible qu'une masse liquide enkystée ait pu apparaître subitement, si ce n'est dans une cavité préexistante? Si l'on considère en outre que la grenouillette chronique présente une forme et des rapports identiques à ceux de la précédente et n'en diffère que par le mode d'évolution, n'est-il pas évident que ces deux maladies ont le même siège? La difficulté est de savoir d'où vient le liquide. Est-il sécrété par les parois de la cavité, provient-il d'une glande salivaire, du canal de Warthon déchiré? je ne saurais le dire, et c'est à cette recherche qu'il convient de nous borner aujourd'hui pour compléter l'histoire de la grenouillette.

La grenouillette aiguë est facile à reconnaître d'emblée et ne pourrait être confondue, en raison de sa marche, qu'avec un

(1) La plupart des auteurs ajoutent l'épithète de sublinguale pour différencier cette grenouillette de celle qui se développe dans la région sus-hyoïdienne et qu'on appelle grenouillette sus-hyoïdienne. Je pense toutefois qu'il n'existe qu'une seule espèce de grenouillette, toujours primitivement sublinguale et dont la sus-hyoïdienne n'est qu'un prolongement ou un diverticulum. J'ajoute que le siège anatomique de la grenouillette est constamment, selon moi, la bourse de Fleischmann.

phlegmon du plancher de la bouche, mais dans ce dernier cas il existe une tuméfaction générale et non pas une tumeur bien circonscrite; il y a de l'œdème et de l'empâtement et non pas de la rénitence et de la fluctuation. Le phlegmon du plancher s'accompagne de phénomènes généraux qui n'existent pas dans la grenouillette aiguë, où tout est local.

Le traitement consiste à ouvrir tout de suite la poche par le procédé que je vais indiquer dans un instant et à évacuer le contenu, qui est un liquide blanchâtre, plus ou moins rosé, épais et filant comme du blanc d'œuf. Les accidents disparaissent aussitôt.

La *grenouillette chronique* ne diffère de la précédente, je le répète, que par son mode de développement, qui s'effectue d'une façon lente et progressive. Elle consiste en une tumeur nettement circonscrite, occupant un côté seulement ou la totalité de l'espace sublingual, soulevant la muqueuse et le frein de la langue, refoulant cet organe en haut et en arrière. La tumeur est tendue, rénitente, fluctuante et en quelque sorte transparente, tant est mince, le plus souvent, la muqueuse qui la recouvre. Elle apporte obstacle à la respiration, à la déglutition, mais modifie surtout profondément la voix, qui prend un caractère de coassement tout spécial.

Comme dans le cas précédent, le contenu de la poche est un liquide blanc jaunâtre, épais et filant comme le blanc d'œuf. L'analyse chimique y fait découvrir les principes caractéristiques de la salive.

On conçoit que sous l'influence d'un traumatisme quelconque, ou par le fait même de l'ouverture spontanée d'un vaisseau sanguin, un épanchement de sang puisse se produire dans la bourse de Fleischmann, et c'est sans doute cette variété que Dolbeau décrit sous le nom de *grenouillette sanguine*.

Pour bien faire comprendre ma pensée sur le siège et les formes de la grenouillette, il me suffit de comparer ce qui se passe sous la langue à ce que l'on observe dans les séreuses en général, dans la vaginale en particulier, où nous observons la vaginalite aiguë, l'hydrocèle et l'hématocèle, qui me paraissent correspondre exactement à la grenouillette aiguë, la grenouillette chronique et la grenouillette sanguine.

Il est inutile d'insister sur le diagnostic de cette affection, qui ne saurait être confondue qu'avec l'œdème du plancher de la bouche : mais pour différencier ces deux états je n'aurais qu'à repro-

duire une partie de ce que je viens de dire à propos du diagnostic de la grenouillette aiguë.

Comme la pathogénie, le traitement de la grenouillette a exercé la sagacité des chirurgiens, ainsi qu'en témoigne le nombre des traitements proposés. Cette affection est en effet très sujette à récurrence, en raison du mode de constitution de la bourse de Fleischmann (voir fig. 109 et 110, *Traité d'anat. topogr.*, 4^e édition), dont les parois restent écartées l'une de l'autre après l'évacuation du liquide.

Voici le procédé que je conseille, après l'avoir mis en pratique un grand nombre de fois et en général avec un succès complet. Il est, en outre, d'une extrême simplicité, ce qui a bien sa valeur, si l'on songe que des chirurgiens ont proposé la dissection et l'excision de la poche.

Introduire dans la partie saillante de la tumeur un ténaculum et enlever d'un coup de ciseaux courbes la portion ainsi embrochée. Le liquide s'écoule aussitôt, les bords de la plaie s'écartent et il en résulte une large ouverture à travers laquelle on voit nettement la paroi profonde du kyste. Faire laver la bouche du malade et attendre que tout écoulement de sang ait cessé. Promener alors un crayon de nitrate d'argent sur toute la surface interne de la poche. Il sera bon de renouveler deux ou trois fois la même cautérisation dans les jours suivants, lorsque les eschares sont détachées.

6^e MALADIES DE L'ISTHME DU GOSIER.

L'isthme du gosier est l'orifice intermédiaire à la bouche et au pharynx. Il nous présente à étudier les maladies des piliers du voile du palais et celles de l'amygdale.

On observe dans cette région des ulcérations diverses. Elles sont en général de nature syphilitique ou épithéliale. Ces ulcérations empruntent un caractère de gravité exceptionnel à la région qu'elles occupent. En effet, immédiatement en dehors de l'amygdale se trouve l'artère carotide interne, et il est possible que ce vaisseau soit ulcéré à la longue, d'où la production d'une hémorrhagie rapidement mortelle.

Les ulcérations syphilitiques de l'isthme du gosier se présentent le plus souvent à l'état de plaques muqueuses disséminées à la surface des piliers ou sur l'amygdale, et leur diagnostic ne présente aucune difficulté. M. A. Guérin a décrit une sorte de rétrécisse-

ment syphilitique de l'isthme du gosier qu'il a comparé à l'atrésie de même nature que l'on rencontre si souvent dans le rectum.

Épithéliome de l'isthme du gosier. — L'épithéliome de l'isthme du gosier est une variété de cancroïde buccal plus grave encore peut-être que celui de la langue, en ce qu'il est moins accessible à l'action chirurgicale, et souvent même, à mon sens, tout à fait inopérable. Il débute tantôt par le pilier antérieur, tantôt par l'amygdale, et le praticien se demande au début, comme pour la langue, s'il ne s'agirait pas d'une affection syphilitique tertiaire, d'une gomme suppurée de l'amygdale, par exemple. Il est certain que le diagnostic différentiel est des plus obscurs dans ces derniers cas et qu'il est indispensable de recourir au traitement spécifique avant de tenter aucune intervention.

Deux cas cliniques se présentent à l'observation : 1^o le cancroïde est superficiel, la muqueuse et le tissu sous-muqueux sont seuls envahis et il n'existe pas d'engorgement ganglionnaire ; 2^o toute la région est affectée, la tumeur fait saillie et dans la bouche et sur les parties latérales du cou ; l'amygdale, les piliers, les ganglions sous-maxillaires, constituent une masse unique indurée.

Dans le premier cas, il est relativement facile d'enlever l'épithéliome, et le meilleur procédé consiste à pratiquer l'incision préliminaire commissurale, c'est-à-dire une incision horizontale étendue de la commissure au bord antérieur du masséter. On accède ainsi directement sur le pilier antérieur que l'on enlève avec le thermo-cautère, ou mieux avec le bistouri, car il est assez facile de faire l'hémostase.

Le second cas clinique n'est plus justiciable du même procédé, et la tumeur ne peut être enlevée qu'à l'aide d'une intervention des plus compliquées et des plus graves. Voici le manuel opératoire : 1^o pratiquer d'abord la trachéotomie, afin d'éviter la chute du sang dans la trachée au cours de l'opération et de pouvoir continuer l'anesthésie en faisant respirer le chloroforme par la canule ; 2^o lier la carotide externe à son origine et mettre un fil d'attente au-dessous de la carotide interne ; 3^o enlever la portion du maxillaire inférieur correspondant à la tumeur ; 4^o pénétrer alors dans la bouche, saisir la masse avec les doigts, un crochet, des pinces à griffes, et la détacher à coups de ciseaux ou de bistouri ; 5^o introduire une sonde à demeure dans l'estomac pour pouvoir alimenter le malade.

Cette opération présente de réelles difficultés, un danger