

pathogénie, l'hypothèse qui rend le mieux compte de leur formation, c'est celle qui a été émise par M. Verneuil, et qui place dans une inclusion de peau au niveau de la seconde fente branchiale, l'origine de ces kystes. Un fait qui vient témoigner en faveur de cette origine, c'est l'existence fréquente d'adhérences, soit avec le maxillaire inférieur, soit avec l'os hyoïde. C'est là une circonstance qu'il faut prendre en considération au point de vue de l'intervention opératoire.

Bien que ces tumeurs soient d'origine congénitale, elles peuvent ne se développer que très lentement et n'attirer l'attention qu'un grand nombre d'années après la naissance. Les signes qui les caractérisent et qui permettent de les différencier des autres tumeurs du plancher de la bouche sont d'être médianes, d'offrir parfois une coloration blanchâtre ou jaunâtre; quelquefois fluctuantes, elles donnent, dans d'autres cas, une sensation de mollesse, et gardent l'impression du doigt comme une cire molle. Elles sont indolentes; enfin, les orifices des conduits de Wharton restent perméables. La ponction exploratrice empêchera de confondre ces tumeurs avec la grenouillette, car elle ne donnera issue à aucun liquide, tout au plus seulement à un peu de matière sébacée.

Les troubles fonctionnels causés par les kystes dermoïdes ne diffèrent pas de ce qu'ils sont dans les autres tumeurs du plancher de la bouche. Chez les jeunes enfants, il peut y avoir de la gêne de la succion. Quant au traitement, il consiste dans l'extirpation complète de la tumeur, qui ne présente pas de difficultés, le kyste n'ayant que des connexions très lâches avec les parties voisines. Au niveau de la face postérieure du maxillaire seulement, on aura souvent à détruire des adhérences solides. Suivant les cas, l'extirpation pourra être faite, soit par la bouche, soit par la région sus-hyoïdienne. Chez les très jeunes enfants, si la succion était entravée, on pourrait, comme M. Richet, se contenter d'exciser la tumeur, pour permettre l'alimentation, tout en évitant une opération grave à ce moment de l'existence.

8° LIPOMES

Beaucoup plus rares que les kystes dermoïdes, les lipomes du plancher de la bouche ont été quelquefois improprement désignés sous le nom de *grenouillettes graisseuses*. En 1881, M. Monod en a

communiqué à la Société de chirurgie un nouvel exemple. Ils présentent des symptômes analogues à ceux des kystes dermoïdes. Ils en diffèrent cependant par leur origine qui n'est pas congénitale, par leur marche lente et continue, par leur tendance à se développer du côté du cou plutôt que vers la bouche. Leur enveloppe mince permet quelquefois de reconnaître par transparence leur coloration jaunâtre, mais ils n'ont pas la consistance molle et pâteuse des kystes dermoïdes; ils ne conservent pas comme eux l'impression du doigt; au contraire, celui-ci est plutôt repoussé par l'élasticité de leur tissu. Le froissement des lobules graisseux les uns contre les autres produit une crépitation particulière, qui a été quelquefois décrite sous le nom de *collision crépitante*. Enfin la ponction exploratrice, en ne donnant issue à aucun liquide, permet de les différencier des grenouillettes et des kystes séreux du plancher de la bouche.

Si ces tumeurs deviennent gênantes par leur volume, le seul traitement qui leur convienne, c'est l'extirpation.

9° NÉOPLASMES OU TUMEURS DES GLANDES SOUS-MAXILLAIRE ET SUBLINGUALE

Pendant longtemps les néoplasmes primitivement développés dans les glandes sous-maxillaires et sublinguales ont été niés par les chirurgiens. M. Duplay rappelle que Boyer niait le cancer de ces organes et prétendait que, si les glandes sous-maxillaire et sublinguale sont envahies par la dégénérescence cancéreuse, c'est toujours secondairement. Velpeau professait les mêmes idées; il cite cependant un enchondrome de la glande sous-maxillaire. Mais aujourd'hui les exemples de tumeurs primitives des glandes sous-maxillaire et sublinguale se sont multipliés, et il est possible d'en tracer une description. On observe dans ces glandes des épithéliomas, des adénomes et des chondromes.

a. Épithélioma. — Il existe des exemples d'épithélioma primitif des glandes sous-maxillaire et sublinguale. Le développement de la tumeur se fait dans les culs-de-sac glandulaires; mais, dans un grand nombre de cas d'épithélioma du plancher de la bouche, il est bien difficile de dire si le mal a débuté au niveau de la muqueuse buccale pour se propager secondairement dans l'intérieur des glandes

salivaires, ou s'il a pris naissance dans ces glandes elles-mêmes. Nous avons eu occasion d'observer un cas intéressant de cette nature. Un homme jeune encore portait au voisinage de l'orifice du conduit de Wharton du côté droit un petit bourgeon épithélial; l'infiltration épithéliale se prolongeait dans la glande sublinguale. Malgré la précaution que je pris d'enlever complètement la glande par la région sus-hyoïdienne, la récurrence ne tarda pas à se montrer, et M. Verneuil dut pratiquer plus tard une nouvelle opération.

En général les ganglions sous-maxillaires ne tardent pas à se prendre; la tumeur adhère au périoste de la mâchoire elle-même. Il est absolument nécessaire, en pareil cas, de pratiquer des opérations larges, et de réséquer même une certaine étendue du maxillaire inférieur. Malgré la gravité très grande du pronostic, en opérant ainsi, M. Verneuil a pu obtenir quelques guérisons durables.

b. Adénomes. — Dans une thèse sur les tumeurs de la glande sous-maxillaire, M. Talazac rapporte une observation appartenant à M. Verneuil. La tumeur présentait la structure d'un adénome vrai, ayant subi la métamorphose graisseuse. D'autres faits ont été observés depuis lors par MM. Richet et Duplay. Dans le cas de M. Richet, les glandes sous-maxillaire et sublinguale étaient atteintes à la fois. Dans celui de M. Duplay, il s'agissait d'un adénome partiel de la glande ne présentant qu'un mince pédicule, de la grosseur d'une plume d'oie.

c. Adéno-chondromes. — M. Talazac rapporte 2 faits d'enchondromes de la glande sous-maxillaire appartenant à Scholz et à Virchow. Depuis lors, M. Nepveu a présenté à la Société de chirurgie, en 1879, un mémoire sur l'adéno-chondrome de la glande sous-maxillaire. A propos d'un fait recueilli par lui dans le service de M. Verneuil, cet auteur a réuni les faits publiés antérieurement et il a pu tracer de l'affection une description basée sur 10 observations.

Les caractères de ces tumeurs sont leur marche lente, leur dureté, leur mobilité extrême, qui permet de les distinguer des adénopathies des ganglions sous-maxillaires, toujours plus ou moins adhérentes aux parties voisines. Un autre signe des tumeurs de la glande sous-maxillaire, indiqué par Talazac, est le suivant. Le canal de Wharton est libre; si l'on vient à y introduire un stylet et qu'on imprime des mouvements à la tumeur, ces mouvements sont com-

muniés au stylet, s'il s'agit d'un néoplasme de la glande sous-maxillaire.

Le pronostic des adénomes et des adéno-chondromes de la glande sous-maxillaire est bénin. A propos du mémoire de M. Nepveu, MM. Anger, Périer et Lannelongue ont rapporté des faits dans lesquels la récurrence ne s'était pas montrée, trois ans, quatre ans et cinq ans après l'opération. Celle-ci n'a jamais présenté de difficultés; l'énucléation de la tumeur est facile; il n'y a pas de vaisseaux importants à lier; la guérison a été obtenue en un espace de temps variant entre huit jours et trois semaines.

ARTICLE IV

MALADIES DES JOUES ET DE LA GLANDE PAROTIDE

I

MALADIES DES JOUES

1^o PLAIES

Les plaies des joues, en elles-mêmes, ne présentent pas une grande importance. Tout leur intérêt se tire de la blessure possible du canal de Sténon, donnant naissance, dans un grand nombre de cas, à une fistule salivaire. Les auteurs du *Compendium* rapportent deux cas, appartenant à Baillarger et à Borel, dans lesquels la blessure du canal de Sténon par coup de feu avait déterminé l'oblitération consécutive de ce conduit. Dans le premier cas, la salive suintait à travers la peau pendant la mastication; dans le second, la parotide s'atrophia.

Il est rare que la cicatrisation des deux extrémités sectionnées du canal de Sténon se produise sans accident; beaucoup plus souvent, l'écoulement incessant de la salive s'oppose à la cicatrisation complète de la plaie cutanée, et l'on voit s'établir une fistule salivaire. Dans d'autres cas, la plaie extérieure se ferme, mais la salive s'amasse dans une sorte de kyste, qui se distend pendant la mastication, et se vide dans la bouche par la pression du doigt.

En présence d'une plaie de la joue, l'indication à remplir est donc