

obtenir le résultat qu'on désire, il suffira de s'opposer à une cicatrisation trop prompte des lèvres de la plaie, soit en pratiquant la cautérisation de ses bords, soit en excisant une partie du kyste. L'emploi du séton remplira le même but.

Dans la grenouillette congénitale tenant à l'imperforation du conduit de Wharton, l'indication à remplir est la même; et le moyen le plus simple d'y répondre, c'est de pratiquer l'excision d'une partie de la paroi du kyste. Dans la grenouillette aiguë, si la gêne de la respiration va jusqu'à la suffocation, la ponction de la tumeur et l'évacuation du liquide s'imposent comme moyens de parer aux accidents imminents.

Quant au traitement de la grenouillette commune ou sublinguale, il doit se borner à amener l'oblitération du kyste, sans chercher à obtenir une fistule persistante. Certains des procédés que nous avons mentionnés sont encore applicables en pareil cas; ainsi l'excision et la cautérisation de la face interne du kyste avec le crayon de nitrate d'argent, le séton et le drainage. Quant à l'extirpation complète de la poche, c'est une opération beaucoup plus difficile et beaucoup plus grave, qui ne nous semble pas devoir être conseillée. Mais on a essayé encore d'obtenir la guérison par des procédés plus simples que la cautérisation et le drainage; nous voulons parler des ponctions suivies d'injections irritantes. On s'est servi avec succès des injections de teinture d'iode et des injections d'alcool. Mais la réaction a quelquefois dépassé le but, et l'on a pu voir des paralysies du goût et de la sensibilité de la langue; on a même observé une paralysie faciale du côté opéré, à la suite d'une injection d'alcool. Plus récemment, on a substitué aux injections précédentes, les injections de chlorure de zinc, qui ont été surtout recommandées par MM. Panas et Le Dentu. Voici les conseils donnés à ce sujet par ce dernier chirurgien: il faut se servir de chlorure de zinc déliquescent; avoir soin de faire pénétrer l'aiguille jusqu'au centre de la poche, pour ne pas agir directement sur ses parois, et ne jamais injecter plus de deux gouttes de chlorure de zinc. La réaction produite est souvent très vive; mais ce moyen a donné d'excellents résultats, puisque, sur 25 opérations, M. Le Dentu comptait, en 1881, 25 succès. Il est vrai que d'autres chirurgiens ont été moins heureux.

Quant à la grenouillette sus-hyoïdienne, c'est aussi les ponctions et les injections irritantes qui lui conviennent le mieux. Suivant le

conseil de MM. Gosselin et Delens, on s'adressera d'abord à la tumeur sublinguale, et c'est seulement en cas d'échec que l'on agira directement sur la seconde poche par la région sus-hyoïdienne.

#### 4<sup>o</sup> KYSTES SÉREUX DU PLANCHER DE LA BOUCHE.

On rencontre sur le plancher de la bouche un certain nombre de kystes qui diffèrent de la grenouillette par leur contenu séreux et par l'absence de connexions avec les glandes salivaires et leurs conduits. On a placé l'origine de ces kystes dans une hydropisie de la bourse séreuse de Fleischmann, dont nous avons déjà parlé. La preuve anatomique est bien difficile à faire. Les caractères qu'on a attribués à ces kystes sont surtout tirés de la nature du liquide, du cloisonnement de la poche, qui a été constaté dans un cas par Cruveilhier, du siège médian de la tumeur, qui est parfois divisée en deux lobes par le frein de la langue. Toutefois, d'après les recherches de Demons, ce dernier signe est loin d'avoir une valeur absolue. La perméabilité des conduits de Wharton est encore un signe qui permettra de différencier ces tumeurs des grenouillettes formées par l'ectasie de ce conduit.

Il est également des kystes séreux qui proéminent du côté de la région sus-hyoïdienne. Dans les deux faits de MM. Le Fort et Périer, ces kystes coïncidaient avec une grenouillette sublinguale. Nous devons ajouter que souvent ces kystes séreux multiloculaires du plancher de la bouche sont d'origine congénitale. La ponction suivie d'injections irritantes est le traitement qui convient à ces divers kystes séreux. Toutefois, dans les cas de kystes multiloculaires chez les jeunes enfants, on fera bien de se borner à pratiquer une ponction simple, de peur de déterminer une réaction trop vive par l'emploi des liquides modificateurs.

#### 5<sup>o</sup> GRENOUILLETES SANGUINES OU TUMEURS ÉRECTILES DU PLANCHER DE LA BOUCHE.

Sous le nom de *grenouillettes sanguines*, Dolbeau a décrit des kystes sanguins ou séro-sanguins du plancher de la bouche, développés aux dépens d'une tumeur érectile. Quant au mécanisme de formation de ces tumeurs, Dolbeau admet qu'elles se produisent au



sein d'une tumeur érectile, par rupture ou ulcération de la paroi veineuse, et épanchement de sang dans les tissus, ou bien encore par dilatation simple des parois du vaisseau.

La grenouillette sanguine est congénitale. Elle est de couleur violacée, réductible, présentant des modifications de volume pendant les cris et les efforts. Sa marche est lente; elle est susceptible de s'enflammer; ses communications avec la circulation veineuse peuvent s'interrompre et la tumeur se transformer en kyste séro-sanguin isolé. Se fondant sur le cas malheureux de Nélaton, Dolbeau rejette toute intervention. Nélaton, en effet, eut l'occasion d'observer une femme qui présentait, en même temps qu'une tumeur érectile du cou, une grenouillette sublinguale. Croyant à une simple coïncidence, il pratiqua une ponction dans cette dernière tumeur. Il en sortit un sang très rouge; la malade mourut d'infection purulente. Il est certain que, dans les cas où la réductibilité de la tumeur et ses changements de volume pendant la respiration permettent de conclure à une large communication avec la circulation veineuse, le mieux est de s'abstenir. Sinon, on pourrait, comme le conseillent les auteurs du *Compendium*, recourir à une injection de 10 à 15 gouttes de perchlorure de fer. La cautérisation et l'électrolyse trouveraient encore ici leur application. Enfin l'extirpation complète de la tumeur resterait comme dernière ressource.

## 6° KYSTES HYDATIQUES.

Deux fois on a observé des kystes hydatiques du plancher de la bouche. Le premier de ces faits appartient à M. Gosselin, et a été publié par son élève, M. Laugier. Il s'agit d'un homme de soixante et un ans qui portait sur la partie latérale gauche du plancher de la bouche une tumeur qui, incisée, donna issue à du pus et à une membrane hydatique renfermant des crochets d'échinocoques. Le second cas est dû à M. Richet, qui, chez une femme de trente-huit ans, a enlevé un kyste hydatique du volume d'un œuf de pigeon, proéminent vers le plancher de la bouche et situé entre les génio-glosses.

On comprend combien le diagnostic de pareils faits présente de difficultés. Tout ce que l'on peut dire à ce sujet, c'est que l'enveloppe des kystes hydatiques est dure et résistante, tandis que celle de la grenouillette est habituellement mince et rosée. Le pronostic ne pré-

sente pas de gravité. La guérison a été facilement obtenue dans les deux cas : par l'excision et la cautérisation de la paroi dans le fait de M. Gosselin, par l'extirpation complète du kyste dans celui de M. Richet.

## 7° KYSTES DERMOÏDES.

Parmi les tumeurs les plus nombreuses et par conséquent les plus intéressantes du plancher de la bouche, puisqu'il faut toujours en tenir compte dans le diagnostic, se placent les kystes dermoïdes. Les exemples de ces tumeurs se sont multipliés dans ces dernières années. Elles ont été, en 1885, de la part de M. Ozenne, l'objet d'un mémoire intéressant publié dans les *Archives de médecine*. Cet auteur a pu en réunir 21 observations. Depuis lors, M. Dardignac en a fait connaître, dans la *Revue de chirurgie* de 1884, un nouveau cas.

La structure de ces kystes n'est autre que celle des kystes dermoïdes en général; nous n'avons pas à y insister ici. Quant à leur 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. 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 réserver 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 deux 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 dix 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 communiqués 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<sup>o</sup> 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 d'obtenir une réunion aussi complète et aussi rapide que possible, pour éviter la formation d'une fistule salivaire. Si la plaie est récente, on pourra y réussir par une suture très exacte, après un lavage soigneux. Si la plaie est ancienne, si la joue a été complètement perforée, il sera préférable de suivre le conseil donné par Boyer, c'est-à-dire d'introduire dans la plaie, du côté de la muqueuse, une mèche