

rêt pour nous en ce moment, qu'il s'agit d'une lésion de même nature à peu près que celle dont nous avons à discuter la réalité chez notre malade.

Il y a quatre ans, j'ai vu un malade de cinquante-sept ans, qui depuis trois mois seulement avait une petite fistule sous-hyoïdienne. Cette fistule résultait de l'ouverture à l'extérieur d'une tumeur occupant la même région. Celle-ci avait le volume d'une noix environ et le malade en avait constaté la présence deux mois auparavant. Il affirmait qu'avant cette époque, il n'avait pas de tumeur : c'était donc à l'âge de cinquante-six ans que la tumeur était apparue pour s'ouvrir au bout de quelques semaines à l'extérieur et laisser à sa place une fistule. Elle donnait issue à un liquide muqueux, clair comme de la glycérine, elle adhérait à l'os hyoïde et le stylet s'enfonçait profondément en la suivant, dans l'épaisseur de la région sus-hyoïdienne et du plancher de la bouche. Je fis le diagnostic malgré l'âge, de kyste mucoïde avec fistule secondaire, et l'opération me donna absolument raison. La fistule remontait très loin et on dut pour l'enlever absolument la poursuivre jusqu'au contact du pharynx. L'examen histologique montra à la surface interne l'épithélium cylindrique qui caractérise ces sortes de tumeurs d'origine embryonnaire.

Vous voyez que même dans un âge avancé, on peut avoir une lésion de nature congénitale, et l'âge de notre malade n'est pas une raison suffisante contre l'hypothèse d'une lésion congénitale. Mieux vaut ne pas en tenir compte et nous occuper exclusivement des caractères de la tumeur.

Les kystes congénitaux sont au cou de trois ordres, il y a : 1° des kystes séreux ; 2° des kystes dermoïdes ; et 3° des kystes mucoïdes.

1° Les kystes séreux se développent aux dépens des lymphatiques ; on les appelle pour cette raison *lymphangiomes kystiques*. Latéraux le plus souvent, sus ou sous-hyoïdiens, ils forment de grosses tumeurs qui s'infiltrant dans le tissu cellulaire profondément, entre les organes vasculaires et nerveux. Leur caractère fondamental est d'être multiloculaires : aussi ne sont-ils presque jamais fluctuants, les diverses poches dont ils sont formés ne communiquent entre elles que faiblement, le liquide ne va pas facilement de l'une à l'autre et la fluctuation fait défaut. J'ai dit au contraire combien la fluctuation était franche sur notre tumeur ; elle est si nette qu'elle nous donne l'impression d'une poche uniloculaire ; et à défaut d'autres, je verrais là une raison suffisante pour penser que cette tumeur n'est pas un kyste lymphatique.

Il y en a une autre, c'est la situation absolument médiane de la tumeur : les kystes séreux ne sont jamais absolument médians comme l'est notre tumeur, ils empiètent toujours sur les parties latérales, et la situation de la tumeur vient plaider, comme sa fluctuation, contre l'hypothèse d'un kyste séreux.

2° J'en arrive maintenant aux kystes *dermoïdes*. C'est ici, au plancher de la bouche, qu'est un de leurs sièges de prédilection. Mon maître, le professeur Lannelongue<sup>1</sup>, les a minutieusement décrits dans son *Traité des affections congénitales*, et vous pouvez vous reporter à cet important ouvrage pour y trouver toute l'histoire anatomique, pathogénique et clinique de ces tumeurs.

Nés d'un enclavement de l'ectoderme entre les bourgeons maxillaires inférieurs, ces kystes sont toujours situés derrière la mâchoire et s'enfoncent plus ou moins loin dans le plancher de la bouche et la région sus-hyoïdienne. Ils restent le plus souvent médians, et c'est tout à fait par exception que l'on a signalé quelques kystes latéraux. Développés entre les muscles génio-glosses et génio-hyoïdiens, ils gardent cependant des connexions osseuses avec le maxillaire ; un pédicule fibreux les réunit aux apophyses géni ; d'autres fois, il est vrai, ils adhèrent à l'os hyoïde. Gérard Marchant<sup>2</sup> a bien montré ce fait qu'à côté des kystes *adgénéiens*, il y avait des *kystes adhyoïdiens*. Mais il en est aussi, sachez-le, qui n'adhèrent ni à l'os hyoïde, ni au maxillaire, et qui libres dans le plancher de la bouche sont dépourvus de toute attache osseuse.

Ces caractères anatomiques correspondent-ils à ceux de notre tumeur ? Celle-ci est médiane, et à ce point de vue elle se rapproche des kystes dermoïdes : elle n'a aucune connexion osseuse appréciable, mais cela ne l'empêcherait pas à la rigueur d'être un kyste dermoïde. Elle est fluctuante, le kyste dermoïde peut l'être aussi. Quelquefois cependant sa fluctuation est plus pâteuse que celle de la tumeur que nous avons sous les yeux ; le doigt quand il déprime le kyste dermoïde laisse son empreinte, et quand ce caractère est bien net, on peut affirmer que la tumeur est un kyste dermoïde. Ce caractère manque ici ; mais de ce que ce signe fait défaut il ne s'ensuit pas que la tumeur n'est pas dermoïde ; le signe est pathognomonique, mais il est inconstant.

En somme, j'ai ici un certain nombre de caractères qui se rappro-

1. Lannelongue et Ménard. *Traité des affections congénitales*. I. Tête et cou. Paris, Asselin et Houzeau, 1891.

2. G. Marchant. *Soc. anat.*, 1881 ; *Soc. de Chir.*, 1886.

chent des kystes dermoïdes; voyons avant de conclure si notre tumeur ne se rapproche pas encore davantage des kystes mucoïdes.

3° A côté des kystes dermoïdes, il est en effet dans cette région une autre catégorie de tumeurs plus rares, d'origine également embryonnaire; ce sont les *kystes mucoïdes*, et je crois que notre tumeur est un kyste de cette nature.

Ces kystes mucoïdes se développent aux dépens du conduit de Bochdaleck. On retrouve en effet sur leur face interne un épithélium cylindrique, quelquefois cilié.

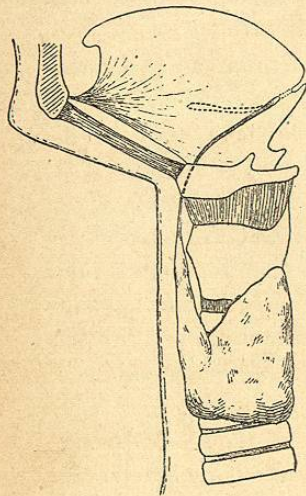


Fig. 28. — Schéma du conduit thyro-glosse (Chemin).

Le canal décrit par Bochdaleck et His, ou canal thyro-lingual, dit encore conduit thyro-glosse, se forme pendant la période de développement de deux parties de la langue : il prend naissance dans leur intervalle sur la ligne médiane (fig. 28). Au début, formé par un simple cul-de-sac revêtu d'épithélium, il s'allonge de haut en bas, depuis le foramen cæcum jusqu'au-devant du larynx où il va se continuer avec la pyramide de Lalouette et contribuer à la partie moyenne du corps thyroïde. Ainsi formé, ce canal disparaît le plus souvent sans laisser de trace : d'autres fois il persiste sur une plus ou moins grande longueur. Sa cavité est tapissée par un épithélium cylindrique à cils

vibratiles, et lorsque cet épithélium se met à proliférer, c'est un kyste qui sera le résultat de cette prolifération, un kyste, à contenu muqueux, à surface interne épithéliale, en un mot un kyste mucoïde.

Bochdaleck en 1866 signala l'existence de ces kystes et émit le premier l'hypothèse qu'ils se développaient aux dépens du canal qui porte son nom. Et depuis, la plupart des auteurs qui ont étudié à nouveau ces tumeurs, Newmann (1877), Verchère et Denucé (1885), Bland Sutton et Streckisen, Lannelongue et Ménard, Hoeckel et Schlange, Martin<sup>1</sup> ont confirmé l'opinion de Bochdaleck.

Constitués par une seule poche à paroi mince, lisses en dehors, quelquefois irréguliers en dedans, ils se développent dans la langue et le plancher de la bouche et peuvent affecter à ce niveau trois localisa-

1. Martin. *Des kystes du canal thyro-lingual* (thèse de Paris, 1895).

tions différentes. Ils sont *linguaux*, *sus-hyoïdiens* ou *sous-hyoïdiens*.

*Linguaux*, ils forment une saillie arrondie, médiane, saillante sur le dos de la langue, au voisinage du foramen cæcum, plus souvent profonde et émergeant seulement en avant à la face inférieure de la langue, dans le plancher de la bouche.

*Sus-hyoïdiens*, ils apparaissent au-dessus de l'os hyoïde auquel ils adhèrent.

Enfin ils sont encore *sous-hyoïdiens* et s'interposent alors entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, ils restent profondément situés dans la couche musculaire, et adhèrent toujours à l'os hyoïde. Ils se continuent parfois avec la pyramide de Lalouette et prennent une forme plus ou moins canaliculée. D'autres fois ils s'étalent au-devant de la membrane thyro-hyoïdienne et ont été souvent confondus avec les kystes de la bourse séreuse de Boyer. Mais les hygromas de cette bourse séreuse sont contestables, et l'analyse des observations ne résiste pas à une critique minutieuse. Il n'y a pas d'hygroma de la bourse de Boyer; tous les kystes muqueux de cette région sont des kystes congénitaux, et toutes les fois que l'examen a pu être fait dans de bonnes conditions, on a retrouvé à la face interne de ces tumeurs l'épithélium cylindrique qui caractérise leur origine congénitale et annihile la théorie de Boyer.

Le *contenu* de ces kystes est constitué par un liquide visqueux, filant, analogue à du blanc d'œuf. On y trouve aussi quelquefois du sang ou même du pus.

L'unilocularité de ces poches, la minceur de la paroi donnent à ces tumeurs une fluctuation facile. Leur développement s'effectue sans réaction et ne gêne que par la difformité qui en résulte et les troubles de compression qu'ils amènent du côté de la langue pour la parole.

Ne sont-ce pas là, je vous le demande, les caractères que nous trouvons à notre tumeur ?

Tumeur médiane, linguo-sus-hyoïdienne, à développement insidieux; tumeur kystique, à fluctuation facile indiquant une paroi mince et un liquide moins dense que celui des kystes dermoïdes, voilà les raisons qui me font admettre le diagnostic suivant : *kyste mucoïde congénital*, à la fois *intra-lingual* et *sus-hyoïdien*.

Il faut opérer : il n'y a pas d'autre moyen de guérir cette malade, et l'opération doit être faite dès maintenant sans attendre que la tumeur trop volumineuse ait contracté des connexions plus intimes avec les parties voisines. D'ailleurs ce kyste pourrait suppurer : il

est exposé à s'ouvrir à l'extérieur et à créer une fistule secondaire. Nous devons prévenir ces complications, et pour cela il faut enlever la totalité du kyste, paroi et contenu.

Pour cette opération, je puis suivre deux voies : la *voie buccale* et la *voie sus-hyoïdienne*.

Par la bouche j'aurais l'avantage de me rapprocher du point d'implantation profond de la tumeur. Mais par contre, si j'incise dans le plancher de la bouche, j'aurai peu de jour, je ne verrai pas clair. Si j'incise la langue elle-même, je m'éloigne du prolongement sus-hyoïdien que j'aurai beaucoup de peine à enlever. De toutes façons, je crée une plaie dans un milieu septique et j'expose ma malade pour des bénéfices médiocres à des conséquences sérieuses.

Par la voie sus-hyoïdienne au contraire, j'opérerai tout à fait en dehors de la bouche, j'éviterai l'ouverture de la muqueuse, et me guidant sur la saillie conservée de la tumeur non ouverte, je pourrai cheminer peu à peu, avancer par degré vers les parties profondes, et attirant à l'extérieur les parties découvertes, arriver jusqu'au pôle le plus postérieur de la tumeur.

N. L'opération est pratiquée le 18 juin. Opérateur, M. Legueu ; aide, M. Braillon, interne. La malade est endormie au chloroforme.

Une incision médiane est tracée du bord inférieur de la mâchoire à l'os hyoïde ; elle passe sur le milieu du prolongement sus-hyoïdien de la tumeur et le dépasse en haut et en bas. On traverse l'épaisseur du mylo-hyoïdien, et au milieu des fibres des génio-hyoïdiens apparaît le pôle inférieur de la tumeur ; on le contourne sans l'ouvrir, et peu à peu à droite et à gauche, à l'aide de ciseaux, on détache la tumeur des fibres musculaires du plancher de la bouche et plus loin de la langue, auxquelles la tumeur adhère de toutes parts. Le décollement se fait progressif, mais avec lenteur, à petits pas ; on rencontre peu de vaisseaux. Bientôt une partie de la tumeur sphérique émerge à l'extérieur, mais plus on avance et plus les connexions sont intimes et serrées. On arrive enfin au pôle postérieur qu'on amène péniblement à l'extérieur, en tirant fortement avec des pinces sur la portion libérée de la tumeur encore intacte. Là, des connexions fibreuses plus serrées unissent la tumeur à l'épiglotte ; je les sépare au ciseau, et je puis extirper ainsi la tumeur intacte.

Quelques ligatures sont placées sur les vaisseaux ; la muqueuse n'a été nulle part ouverte. Je tamponne avec la gaze la cavité intra-mus-

culaire qui résulte de l'ablation de la tumeur et quelques points superficiels au crin de Florence rétrécissent l'orifice superficiel.

La malade guérit simplement ; la mèche est enlevée le deuxième jour, et la malade quittait l'hôpital au bout de douze jours. La plaie n'était pas encore complètement fermée, il restait un petit orifice fistuleux insignifiant.

La tumeur enlevée a, non ouverte, la forme et le volume d'un œuf de poule, à grand axe antéro-postérieur : c'est un kyste peu tendu. Sa surface extérieure présente l'aspect, la couleur d'une membrane adventice, à laquelle adhèrent encore quelques-unes des fibres musculaires qui ont été enlevées avec la poche.

A l'ouverture de la poche, il s'écoule *du pus* jaune, rougeâtre, épais ; il tient en suspension un grand nombre de grains verts assez régulièrement sphériques, mous et s'écrasant facilement.

Ma première impression fut qu'il s'agissait d'un kyste hydatique suppuré ; l'examen histologique n'a pas confirmé ces suppositions. Voici à ce sujet la note qui m'a été remise à la suite de l'examen pratiqué au laboratoire de la clinique par mon interne, M. Chevassu, et confirmé par le sous-chef de laboratoire, M. Hallion.

La paroi étudiée sur la surface de la coupe, présente une épaisseur variable de 2 à 8 centimètres suivant les points. Elle est d'apparence homogène, blanchâtre, légèrement translucide.

La surface interne est hérissée de mamelons, les uns sessiles, les autres presque pédiculés, variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un petit pois. Certains de ces renflements sont à peu près sphériques. Les autres forment des saillies allongées, subdivisées elles-mêmes en plusieurs petites masses secondaires. Ces renflements semblent avoir la même structure que le reste de la poche.

*Examen histologique*, dû à l'obligeance de M. Chevassu, interne du service.

*a. Paroi.* La paroi tout entière de la poche est formée d'assises superposées d'un tissu conjonctif, qui dans la majorité des points a l'apparence du tissu muqueux. Au milieu de ces assises, sont infiltrés de nombreux amas de cellules lymphatiques. Ceux-ci sont surtout abondants au niveau de la surface interne, qu'ils constituent presque exclusivement.

Il n'y a pas d'épithélium au niveau de cette surface interne : s'il y en a eu un, il a disparu sous l'influence de la suppuration chronique.

A la surface externe de la poche, sont éparpillés des faisceaux musculaires striés, des vaisseaux et des nerfs en grande quantité.

La poche est d'ailleurs très richement vascularisée.

*b. Contenu.* Le pus est formé presque exclusivement par des leucocytes polynucléaires. Il ne contient pas de microbes à l'examen direct.

Les grains verts sont formés d'amas leucocytaires et de cristaux de taurine.

Les cultures de ce pus n'ont rien donné.

En somme cette poche n'est ni un abcès froid, ni un kyste hydatique.

Par exclusion, on arrive à conclure, en l'absence de tout élément caractéristique, qu'il s'agit d'un kyste mucoïde, suppuré, et dont l'épithélium aurait entièrement disparu.

## IV

LES EXÉRÈSES LARGES  
ET L'AUTOPLASTIE DU SEIN

- I. Cancer étendu du sein : contraste avec un volumineux sarcome. Nécessité pour le cancer, d'une large exérèse comprenant la peau, les muscles, les ganglions. Influence de l'ablation des pectoraux sur l'amélioration des statistiques.
- II. Utilité de l'autoplastie pour fermer la plaie. Procédés divers. Procédé personnel d'autoplastie par glissement du sein. Sa technique.
- III. Ses avantages; ses inconvénients; ses résultats.

MESSIEURS,

Deux conditions suffisent à assurer à l'opération du cancer du sein la plus grande efficacité possible : c'est la précocité de l'intervention et la largeur de l'exérèse. Intervenir de bonne heure, opérer alors que la tumeur est de petit volume, sans ganglions, sans adhérences, opérer alors que la malignité ne s'est encore révélée par aucun de ces signes de certitude, qui ne sont déjà que des propagations, voilà l'idéal. Mais aussi opérer largement, dépasser de beaucoup les limites du mal, faire une ablation excessive, voilà une seconde condition également nécessaire, pour que vos opérées restent longtemps sans récidive et jouissent pendant des années de cette indemnité prolongée, qui serait une guérison s'il ne s'agissait d'un cancer.

L'opération que je vais pratiquer ce matin ne pourra que difficilement réunir ces conditions : précoce, elle ne le sera pas, car la tumeur date de dix-huit mois ; excessive, elle le sera moins encore, car j'aurai beaucoup de peine à dépasser les limites des parties atteintes.

## I

C'est un cancer du sein droit, un cancer malheureusement très étendu qu'elle nous présente, cette malade de quarante-huit ans, qui est entrée, il y a trois jours, à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame, n° 20.

Depuis dix-huit mois, cette femme avait remarqué dans son sein un