

foudroyantes, par des troubles de la circulation cérébrale consécutifs à la compression des gros vaisseaux. Il n'y a lieu de faire exception que pour l'épithéliome tubulé qui a une tendance beaucoup moindre et plus lente à la généralisation. Cette évolution spéciale démontre qu'il s'agit là d'une variété mal classée des tumeurs glandulaires.

Traitement. — Il faut peu compter sur le phosphore et l'arsenic, vantés dans ces dernières années; seule l'extirpation totale peut enrayer, sinon guérir le mal, mais il ne faut pas y recourir lorsque la tumeur volumineuse s'est propagée à toute la glande et aux régions voisines. On serait autorisé dans les cas inopérables, après avoir lié la carotide primitive comme MOORE, à employer des applications caustiques. Par ce moyen la souffrance sera atténuée et la marche fatale du cacinome un peu retardée.

4° TUMEURS MÉLANIQUES

Cette variété est assez rare, puisque DELORME n'a pu en réunir que cinq ou six exemples, dont trois cités par BÉRARD. Cependant on trouve mention d'autres faits dans les divers traités; GROSS a enlevé une tumeur mélanique. On ne sait rien de bien précis sur la nature exacte de ces néoplasmes; ils apparaissent d'ordinaire chez des adultes et quelquefois consécutivement à une petite tache mélanique de l'oreille, de la joue, de la paupière. Les unes sont superficielles, d'autres profondes.

Dans un cas que nous avons opéré ensemble sur un adulte, la tumeur parotidienne, comme dans l'observation de LISTON, était consécutive à un petit œuvus de la paupière. Les ganglions parotidiens formaient une masse plus grosse que le poing, étendue de l'oreille à la région carotidienne; la peau violacée ne permettait pas, comme on a pu le faire ailleurs, d'affirmer la nature mélanique du néoplasme. A la coupe on trouva les ganglions remplis d'une bouillie noirâtre, et ceux qui étaient encore indurés avaient l'aspect de truffes. Nous dûmes lier la carotide externe, diminuée de calibre et envahie par le produit morbide. La récurrence survint après une période d'amélioration qui dura plusieurs mois.

5° DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE LA RÉGION PAROTIDIENNE

Pour faciliter le diagnostic toujours malaisé des tumeurs de la région parotidienne, DUPLAY les divise en deux groupes, superficielles et profondes. C'est en quelque sorte un premier diagnostic anatomique qui permet de distinguer les tumeurs indépendantes de la glande. Kystes, lipomes, ganglions indurés ou tuberculeux, angiomes simples ou rameux sont des tumeurs sous-cutanées dont les caractères nettement tranchés laissent peu de place à l'erreur. L'origine congénitale, la transparence, la consistance, l'évolution, l'aspect même de la lésion constituent d'utiles moyens pour les séparer les unes des autres. Tout au plus pourrait-on avoir quelque doute sur la nature d'un ganglion isolé. Il

faut tout d'abord penser à une adénite, affection commune, et s'il ne trouve pas sa raison d'être, le chirurgien croira à un néoplasme.

Le diagnostic n'est réellement bien difficile que pour les tumeurs profondes. Comment pourrait-il en être autrement alors que les variétés anatomo-pathologiques sont encore indistinctes. Mieux vaut actuellement conserver la vieille division en tumeurs bénignes et en tumeurs malignes, qui correspond assez exactement à la séparation des néoplasmes en deux groupes, l'un conjonctif, l'autre épithélial. Pour faciliter le travail du lecteur, nous opposerons les uns aux autres les caractères des deux groupes dans le tableau suivant :

TUMEURS BÉNIGNES OU CONJONCTIVES LIPOME, CHONDROME, MYXOME, SARCOME

- 1° Affections qui débutent dans le jeune âge ou chez l'adulte.
- 2° Développement généralement lent (5, 10, 20 ans) et parfois par poussées.
- 3° Tumeurs encapsulées, circonscrites, mobiles quand elles ne sont pas trop grosses.
- 4° Indolence et indifférence remarquables très prolongées.
- 5° Paralyse faciale exceptionnelle par suite du refoulement de la glande. Tumeurs d'ordinaire arrondies ou bosselées.
- 6° La peau reste mobile sur la tumeur et ne s'infiltré pas; elle s'ulcère par mortification à la dernière période par suite du grand développement du néoplasme.
- 7° La plaie festonnée se recouvre de bourgeons fermes, rosés, qui sécrètent un liquide jaunâtre peu fétide.
- 8° Les ganglions ne sont presque jamais envahis par le néoplasme.
- 9° Pas de métastase ni de cachexie.
- 10° Extirpées complètement, ces tumeurs ne récidivent pas, sauf le sarcome.

TUMEURS MALIGNES, ÉPITHÉLIALES CARCINOMES

- 1° Début tardif, entre quarante-cinq et soixante ans.
- 2° Développement régulier et rapide. Évolue en moins de deux ans.
- 3° Tumeurs non enkystées, mal circonscrites, remarquables par leur tendance à infiltrer les parties voisines et à y adhérer.
- 4° Douleurs lancinantes précoces qui ne font que s'accroître.
- 5° Paralyse faciale très fréquente. Tumeurs irrégulières; saillie en forme de tête de brioche.
- 6° Peau de bonne heure intimement adhérente; s'ulcère par l'infiltration des éléments du carcinome.
- 7° L'ulcère taillé à pic se recouvre de bourgeons mous, fongueux, qui saignent au moindre contact et sécrètent un ichor extrêmement fétide.
- 8° La propagation du néoplasme aux ganglions du voisinage est la règle.
- 9° Métastase fréquente. — Cachexie.
- 10° La récurrence est presque constante.

CHAPITRE III

AFFECTIIONS DE LA RÉGION SUS-HYOÏDIENNE

§ 1^{er}. — Lésions traumatiques

Nous serons brefs sur les lésions traumatiques de la région sus-hyoïdienne; d'ailleurs assez peu communes en raison de la forme des parties, de leur

mobilité et surtout de la protection que leur offre le maxillaire inférieur. Sauf dans de rares exceptions (chute sur un corps pointu, coup de corne), les plaies de cette région sont consécutives à des tentatives de suicide, qu'il s'agisse de coups de rasoir transversaux ou obliques ou de coups de feu tirés sous le menton. Dans les deux cas il en résulte des plaies parfois considérables qui tantôt n'intéressent qu'une partie des tissus, tantôt toute leur épaisseur; elles communiquent alors avec la bouche ou le pharynx. L'expansion des gaz, à la suite des plaies d'armes à feu, contribue encore à augmenter l'aspect repoussant de ces blessures. Plusieurs fois la linguale a été lésée par des projectiles (*Schmidt's Jahrb.*, t. CXCI, p. 168).

Les lésions des glandes sub-maxillaire et sub-linguale sont peu communes, ce n'est que dans quelques cas d'opérations qu'on a observé des fistules salivaires consécutives.

Seules les plaies pénétrantes présentent un intérêt réel. En dehors de l'hémorragie facile à comprendre dans une région où l'on rencontre les troncs de la faciale, de la linguale et de leurs branches, la mobilité même des tissus modifie la forme de la blessure. Ainsi les plaies transversales disparaissent lorsque la tête est penchée en avant, tandis qu'elles deviennent largement béantes dès que le cou est dans l'extension. La blessure de l'épiglotte, des piliers ou du voile du palais, de la langue, compliquent quelquefois ces lésions et exposent le patient à des accidents immédiats, tels que la suffocation et l'asphyxie par obstruction du larynx. Si les malades survivent à ces traumatismes, ils conservent parfois des fistules assez larges par où s'écoule la salive et qui gênent notablement la phonation et la déglutition.

Mentionnons encore les vastes mutilations produites par de gros projectiles qui enlèvent toute la partie inférieure de la face et ne laissent que quelques lambeaux informes de la région sus-hyoïdienne. LARREY, BAUDENS, LEGUEST, en citent plusieurs exemples, et l'on peut voir au Musée du Val-de-Grâce « les débris glorieux » de malheureux qui ont trainé pendant de longues années la plus triste existence.

Il n'est pas absolument rare d'observer des projectiles arrêtés dans l'épaisseur des parties molles du plancher de la bouche; nous avons parlé ailleurs d'une balle logée contre l'hypoglosse; le fait de BÉRIGNY et BEAUMETZ, observé sur un officier blessé pendant la Commune, mérite une mention spéciale. Il s'agit d'un biscaïen mesurant 0^m,04 de diamètre et pesant 275 gr. logé entre l'os hyoïde et l'angle de la mâchoire. Durant trois mois il fut méconnu et provoqua des accidents graves qui nécessitèrent la trachéotomie.

Les indications du traitement restent ici les mêmes que pour les plaies du cou. On proscriit la suture afin d'éviter un gonflement trop considérable des parties molles, la rétention des liquides et les menaces d'asphyxie. Cette proscription n'a sa raison d'être que pour les plaies pénétrantes, car avec les précautions de la méthode antiseptique on ne court aucun danger à suturer les autres. S'agit-il d'une plaie large et profonde, le meilleur traitement consiste, après avoir pratiqué l'hémostase, à rapprocher les parties en fléchissant la tête, pendant les premiers jours. Si l'asphyxie devenait imminente, la trachéotomie serait indiquée.

Dans le cas d'hémorragie grave, le chirurgien donnera la préférence à la ligature des deux bouts dans la plaie; la ligature des troncs doit être considérée comme un pis-aller. Enfin, pour obvier à quelques-uns des inconvénients qui résultent des fistules persistantes, l'emploi d'obturateurs sera avantageux.

§ 2. — Lésions inflammatoires

1° PHLEGMON SUS-HYOÏDIEN

Bibliographie. — *Gaz. des Hôp.*, 1869. Thèse de Paris. — 1875, DUMONTEIL-GRAMPRÉ.

Diverses causes déterminent la formation du phlegmon sus-hyoïdien; telles sont les plaies de la région buccale inférieure; mais c'est surtout à la suite de la pénétration de principes infectieux ou septiques qu'on a l'occasion d'observer le phlegmon diffus sus-hyoïdien, le seul qui par sa gravité mérite de nous retenir. D'abord nous en séparons l'inflammation de la glande sub-maxillaire, vulgairement appelée grenouillette aiguë, que nous étudierons bientôt sous le nom de sous-maxillite.

Les adénopathies, si communes dans cette région, expliquent suffisamment la fréquence des adéno-phlegmons dont l'évolution ne présente que quelques particularités. Suivant la cause qui la produit, l'adénite évolue plus ou moins vite vers la suppuration, et à cet égard l'adénopathie de la scarlatine offre un caractère de gravité tout spécial. Il faudrait en rapprocher certaines adénites septiques, telles que celle qui est désignée par les Allemands sous le nom d'angine de Ludwig.

Tout autre est la marche de l'adéno-phlegmon tuberculeux; il reste en quelque sorte circonscrit, encapsulé autour du ganglion; habituellement on assiste à des poussées successives, puis à la formation de fistules toujours longues à guérir.

Les symptômes locaux et généraux de l'affection offrent donc une extrême variabilité. Si dans ces derniers cas ils semblent subaigus, au contraire dans d'autres formes le pus tend à fuser, à gagner la base de la langue et à produire toute une série de désordres fonctionnels et organiques qui menacent la vie du malade. Signalons rapidement la fièvre, la gêne de la déglutition et de la phonation, et surtout la gêne respiratoire qui peut déterminer l'asphyxie. D'autres fois le pus fuse en suivant le trajet des vaisseaux de la région sus-hyoïdienne dans la région carotidienne et même dans les médiastins, ainsi que MALASSEZ et LUCAS-CHAMPIONNIÈRE en ont rapporté des exemples. Rappelons aussi la possibilité de l'ulcération des gros vaisseaux.

Traitement. — Les émollients et les narcotiques sont préférables aux antiphlogistiques qui échouent habituellement. Dès que le pus est formé il faut intervenir. Il peut paraître avantageux d'ouvrir les phlegmons par la bouche pour éviter une cicatrice, mais la guérison sera plus prompte en pratiquant

extérieurement une incision suffisamment large; le drainage permettra de faire fréquemment des injections antiseptiques.

2° SOUS-MAXILLITE

SYNONYMES. — Grenouillette aiguë. — Angine de Ludwig.

Bibliographie. — LUDWIG, in *Schmidl's Jahrb.*, t. XV, p. 25, 1837. — CAMERER, *Ibid.*, t. XXII, 1839. — ALBERS, *Ibid.*, t. XLIV, 1844, p. 176. — HOUILLOIN, Strasbourg, 1875. Thèses de Paris. — 1880, MACHADO, BUFFARD.

La pathologie de la glande sous-maxillaire est encore fort obscure et son inflammation mal connue. Elle a été confondue avec le phlegmon de la loge qui la renferme, tandis que dans les cas bénins on en a fait une variété de grenouillette désignée sous le nom de *grenouillette aiguë*. Nous avons cru utile de faire cesser cette confusion en décrivant sous le nom de sous-maxillite l'inflammation de la glande. Il en existe deux degrés, l'un léger qui n'aboutit pas à la suppuration, l'autre plus aigu susceptible de suppurer.

A. — SOUS-MAXILLITE LÉGÈRE. — GRENOUILLETTE AIGUË

Ses causes sont très variées : séjour de corps étrangers dans le canal de Warthon, inflammations muqueuses de la bouche propagées au conduit et à la glande. IPSCHER (*Berl. klin. Wochens.*, 1879) parle d'une tumeur salivaire intermittente consécutive à une inflammation fibrineuse chronique du conduit de Warthon. L'auteur a imaginé le nom de *sialodochite* pour désigner cette inflammation chronique du conduit salivaire. La glande sub-maxillaire est quelquefois le siège des oreillons; MACHADO a réuni dans sa thèse les cas connus de cette manifestation bénigne.

L'oblitération pathologique ou mécanique du canal de Warthon est-elle susceptible d'amener la sous-maxillite? Les exemples d'érosions, d'aphtes, d'exsudats pseudo-membraneux au niveau de l'ostium sont incontestables. D'un autre côté, les expériences physiologiques de CL. BERNARD, PITRES, VAILLARD et ARNOZAN, sont absolument contradictoires. Ces derniers, contrairement à CL. BERNARD, n'ont rien obtenu en liant le canal de Warthon. TILLAUX admet la dilatation du conduit, mais elle serait très peu marquée et la tumeur que nombre d'auteurs, FORGET, VERNEUIL entre autres, ont vue survenir en liant le canal ou en irritant l'ostium, résulterait de l'épanchement de salive dans la bourse de Fleischmann. La question est donc indécise. Rappelons enfin que VIDAL et plus récemment VERNEUIL font intervenir le spasme du canal pour expliquer l'affection.

Symptômes. — Souvent la sous-maxillite débute brusquement; la présence d'un petit corps étranger suffit à provoquer des symptômes d'une gravité disproportionnée à la cause. Douleurs vives, gêne des mouvements de la langue et de la déglutition, tuméfaction rapide du plancher buccal, tels sont les premiers

phénomènes. La tumeur oblongue, unilatérale, effilée à la partie antérieure, permet de sentir une induration au niveau du canal de Warthon; la fluctuation n'est jamais franche. Il n'est pas rare de constater la présence d'un corps étranger ou d'un calcul, ou comme RICHER d'une pseudo-membrane au niveau de l'ostium. En général, ni la pression, ni le dépôt d'un grain de sel sur la langue ne font sourdre la salive, le cathétérisme au contraire amenant l'issue de ce liquide, soulage le malade. La glande traduit sa participation à l'affection par un gonflement œdémateux.

La marche de la sous-maxillite est variable; au bout de quelques jours l'inflammation se résout ou bien passe à l'état chronique, constituant alors une tumeur salivaire située dans le canal de Warthon suivant les uns, dans la bourse de Fleischmann d'après TILLAUX. Signalons encore la terminaison par induration ou suppuration de la glande. Assez souvent l'affection procède par poussées successives. Les faits de CUMANO, de ROBERT, sont des plus instructifs à ce point de vue.

Traitement. — Rétablir la perméabilité du conduit, enlever les corps étrangers et les calculs, au besoin ouvrir largement la tumeur, telles sont les indications urgentes. Le cathétérisme du canal est un moyen palliatif. Si la glande était indurée et sclérosée, on pourrait suivre la conduite de TERRIER et l'extirper.

B. — SOUS-MAXILLITE AIGUË

Cette variété, analogue à la parotidite, est encore assez mal connue. Tantôt elle consiste dans un gonflement de la glande, œdémateux, diffus, comparable aux oreillons, tantôt elle est plus aiguë et se termine par la suppuration partielle ou totale de l'organe.

FÉREOL a publié un exemple de sous-maxillite aiguë dans le cours de la blennorrhagie; l'affection ne suppura pas, mais elle simulait tellement un adéno-phlegmon qu'on fit une incision profonde. Il y avait à ce moment une tuméfaction œdémato-phlegmoneuse énorme, qui s'étendait de l'œil à la base du cou. FOURNIER aurait observé un fait semblable. Dans les deux cas, bien que l'incision ne rencontrât pas de collection purulente, les malades furent soulagés (*Archives générales de méd.*, t. VIII, 1864, p. 208).

La sous-maxillite suppurée, un peu moins rare, a été notée à la suite du séjour prolongé des corps étrangers ou des calculs. Elle existait dans les faits de CHASSAIGNAC. Le médecin Guastalla, dont CUMANO a publié l'histoire, eut des abcès multiples dans la région sous-maxillaire par suite du séjour d'une paille dans le canal de Warthon.

C'est surtout sous forme épidémique que la suppuration de la sous-maxillite a été observée. Les Allemands lui donnent le nom de *Cynanche Ludwigi* *acuta*, sorte de maladie septique qui présente une acuité remarquable. Suivant les idées régnantes, le canal de Warthon serait la porte d'entrée des germes morbides qui engendrent la maladie. D'autre part les recherches plus récentes d'ISRAEL, PONFICK, BOLLINGER, ont fait découvrir un champignon spécial dont l'action se porterait sur la glande sous-maxillaire; c'est l'*actinomyose* des

Allemands, à peu près inconnue chez nous et signalée pour la première fois en Angleterre en 1884, (*The Lancet*).

Les symptômes de la sous-maxillite suppurée ont une grande analogie avec ceux du phlegmon sus-hyoïdien, mais la lésion est plus circonscrite. Elle constitue toujours une affection assez sérieuse à cause des complications redoutables qui peuvent en être la conséquence. L'ouverture de la loge sous-maxillaire et de la glande s'impose dès qu'on a lieu de soupçonner l'existence du pus.

3° CORPS ÉTRANGERS ET CALCULS DU CANAL DE WARTHON

Bibliographie. — CLAUDOT, *Arch. gén. de méd.*, 1874. — CHAUVET, Th. de Paris, 1877. — POULET, *Traité des corps étrangers*, Paris, 1879. — CLOSMADÉUC, Th. de Paris, 1855. — JARJAVAY, *Soc. de chir.*, t. III, p. 499. — STEIGER, in *Rev. des sc. méd.*, t. XV, p. 614. — TERRIER, *Union méd.*, 1874. — HORTELOUP, *Soc. de chir.*, 1877, p. 21. — FEROCI, *Comment. clinica di Pisa*, 1878.

1° *Corps étrangers.* — L'ostium umbilicale est si étroit que l'on comprend la rareté de la pénétration des corps étrangers dans ce conduit glandulaire. A peine existe-t-il dans la science sept ou huit cas de ce genre. Citons parmi ces corps étrangers, tous longs et grêles, une soie de sanglier (ROBERT), un poil de brosse à dents (VIELLE), un épi de graminée (CLAUDOT), une paille (CUMANO), une arête de poisson (DELÉRY).

Tantôt les accidents du début sont légers et se bornent à une sorte d'agacement persistant, tantôt au contraire, comme dans le cas de CUMANO, la douleur présente de suite une grande acuité, jointe à la difficulté de mouvement de la langue et de la mâchoire. Abandonnée à elle-même, l'affection détermine des phénomènes assez variables.

1° Les accidents du début ne se calment pas; la glande sous-maxillaire s'enflamme et la sous-maxillite donne lieu à des abcès successifs, comme dans les cas de CUMANO, CHASSAIGNAC. 2° Il se forme une dilatation du canal de Warthon et de la glande, on découvre sous la langue une double tumeur, l'une antérieure piriforme, fluctuante, formée par le canal; l'autre postéro-externe, dure, résistante, douloureuse à la pression.

3° Le corps étranger s'incruste souvent de matières phosphatiques; on l'a vu ulcérer le plancher de la bouche et faire saillie à travers la petite plaie.

Quelques malades ont pu garder leur corps étranger pendant des mois et des années, sans être gênés par sa présence; cependant l'indication de l'extraction avec ou sans débridement s'impose toutes les fois qu'on pourra soupçonner l'existence d'un corps étranger. Seuls l'exploration du canal avec un stylet de Méjean et les commémoratifs pourront mettre le chirurgien sur la voie du diagnostic.

2° *Calculs.* — Des concrétions calculeuses se forment quelquefois dans les conduits salivaires et surtout dans le canal de Warthon. Nous avons vu plus haut que les corps étrangers devenaient le noyau de ces calculs; la pathogénie de l'affection est loin d'être aussi facile à saisir dans les autres cas; BURDEL a

cité un exemple de calcul congénital. On a fait intervenir l'inflammation, le rétrécissement des conduits ou des orifices sans preuve suffisante. Tout ce qu'on sait, c'est que la lithiase salivaire, bien connue depuis la thèse de CLOSMADÉUC, a été observée à l'âge adulte, plus souvent chez l'homme que chez la femme.

Anatomie pathologique. — Il y aurait lieu d'établir une distinction entre les calculs, suivant qu'ils siègent dans la glande ou dans les canaux; ces derniers seraient de beaucoup les plus communs. Tantôt les calculs sont contenus dans le canal de Warthon dilaté, tantôt dans les tissus ambiants où ils se créent une loge après avoir ulcéré les parois du conduit. Leur volume n'est jamais très considérable, et l'un des plus gros, dont STEIGER a publié l'observation, pesait plus de 7 grammes, mesurant 0^m,095 de circonférence et 0^m,03 de longueur. Habituellement ils ont les dimensions et la forme d'un petit noyau de datte ou d'olive. On trouve parfois à leur surface une ou plusieurs gouttières qui livrent passage à la salive. Les gros calculs sont d'ordinaire uniques, mais il n'est pas rare d'en rencontrer plusieurs et même jusqu'à dix, comme dans un cas de RIBES. HORTELOUP a pu observer que les calculs se forment successivement les uns derrière les autres, assez rapidement; c'est de cette façon, d'après PAULET, qu'ils peuvent arriver à se loger dans la glande. Ces concrétions jaunâtres, dures, stratifiées, sont composées de phosphates de chaux et de magnésie et de traces de carbonates.

TILLAUX, dans ses recherches expérimentales, n'a pu conduire la dilatation du canal au delà des dimensions d'une plume de corbeau; sans doute cette ectasie pourrait se produire lentement, car on a eu maintes fois l'occasion de constater que le conduit formait une sorte de dilatation ampullaire cylindrique à une petite distance de son orifice. De plus, la muqueuse du canal est toujours altérée surtout en arrière, bien qu'il n'existe pas de grenouillette proprement dite.

Symptômes. — On sait fort peu de chose sur les symptômes du début, parce que les malades ne viennent réclamer du secours que plus tard, alors que commencent les accidents. Cependant le calcul détermine de la gêne dans les mouvements de la langue et de la mâchoire, dans la mastication et la déglutition. C'est à l'occasion d'accès douloureux, décorés du nom de *coliques salivaires* par VERNEUIL, que les personnes consultent le médecin. Ces accès intermittents réapparaissent de préférence au moment des repas et sont vraisemblablement dus à la rétention salivaire.

En explorant la région, on sent au-dessus de la langue et dans le sillon linguo-maxillaire une petite tumeur dure; en la comprimant on fait sourdre par l'ostium un liquide trouble ou purulent; d'autres fois l'obstruction est complète, et un grain de sel placé sur la langue ne détermine l'issue de la salive que d'un seul côté. Un stylet fin introduit dans le canal rencontre un corps dur, résistant; la glande sous-maxillaire est généralement indurée, douloureuse. Parmi les accidents qui peuvent survenir, nous noterons la suppuration du conduit, la formation d'abcès extérieurs au conduit, la sous-maxillite aiguë ou chronique.

Diagnostic. — Sans parler des cas où le calcul fait saillie à travers l'orifice du canal ou une ulcération de la muqueuse, quand les accès douloureux