

Quelques-uns enfin seraient des kystes séreux pour lesquels on pourrait invoquer une origine lymphatique. Les kystes d'origine glandulaire (1) sont absolument comparables à ceux des lèvres et contiennent comme eux un liquide filant, visqueux. Leur diagnostic présente des difficultés beaucoup plus grandes que celles des kystes labiaux.

Mais quand ils présentent un certain volume, on peut y percevoir de la fluctuation et être ainsi conduit au diagnostic.

Pour les kystes séreux, qui sont d'ailleurs extrêmement rares et mal connus, leurs grandes dimensions, la fluctuation facile à percevoir et un signe conseillé par Auguste Bérard (2), la recherche de la transparence en regardant à l'aide d'un stéthoscope introduit dans la bouche, aideront à les reconnaître.

Adénomes. — Les glandes molaires peuvent être encore le siège d'adénomes et d'épithéliomas. Les adénomes ont été bien étudiés par De Larabrie (3) et par Voyer (4) qui les ont assimilés d'une façon complète aux tumeurs de même ordre qui prennent naissance dans la parotide. Ce seraient des tumeurs mixtes, dans lesquelles l'élément épithélial et la trame formée de tissu conjonctif ou des dérivés de ces tissus, entreraient en proportion variable.

La tumeur ainsi constituée est arrondie, lisse ou légèrement bosselée, encapsulée, susceptible, après une longue période pendant laquelle elle se présente avec les caractères ordinaires des tumeurs bénignes, de prendre un rapide accroissement, de retentir sur l'état général, d'envahir les ganglions et de se comporter en somme comme un néoplasme malin.

Sarcome. — Plus rarement, des tumeurs sarcomateuses peuvent s'observer dans l'épaisseur de la joue. Ces tumeurs sont absolument exceptionnelles, et il suffit de signaler leur existence possible, sans essayer de leur décrire une symptomatologie spéciale.

Épithélioma. — Les épithéliomas de la joue peuvent prendre naissance, ou bien aux dépens de la peau, ou bien aux dépens de la muqueuse, ou bien aux dépens des éléments glandulaires contenus dans l'épaisseur de la joue. Les premiers n'empruntent rien de particulier à leur localisation génienne; ce sont les cancroïdes cutanés vulgaires. A titre de curiosités on peut citer les cas de Vidal, Leloir, Fick, etc., où des épithéliomas de la joue prirent naissance sur des cicatrices de lupus (5). Ceux de la muqueuse ne diffèrent pas des autres cancroïdes buccaux. Ceux qui prennent naissance aux dépens des

(1) AUTHENAC, Grenouillettes ou kystes muqueux du vestibule buccal, thèse Montpellier, 1887.

(2) BÉRARD, *Arch. de méd.*, 1837.

(3) DE LARABRIE, *Arch. gén. de méd.*, 1890.

(4) VOYER, thèse de Paris, 1889.

(5) VIDAL, Musée de Saint-Louis. — BIDAULT, Du lupus compliqué d'épithélioma, thèse de Lille, 1886. — P. RAYMOND, Épithélioma sur le lupus en évolution. — LEREDDE, *Soc. dermat.*, 1893.

éléments glandulaires sont particulièrement intéressants. Outre les glandes molaires, on trouve fréquemment dans la joue, de petites glandes parotides accessoires dont le conduit excréteur vient se jeter dans le canal de Sténon, au voisinage de sa terminaison. Toutes ces petites glandes peuvent, à un moment donné, devenir le siège de tumeurs épithéliales.

Ces tumeurs envahissent rapidement la muqueuse du vestibule buccal, puis la peau, puis le squelette; habituellement les gan-

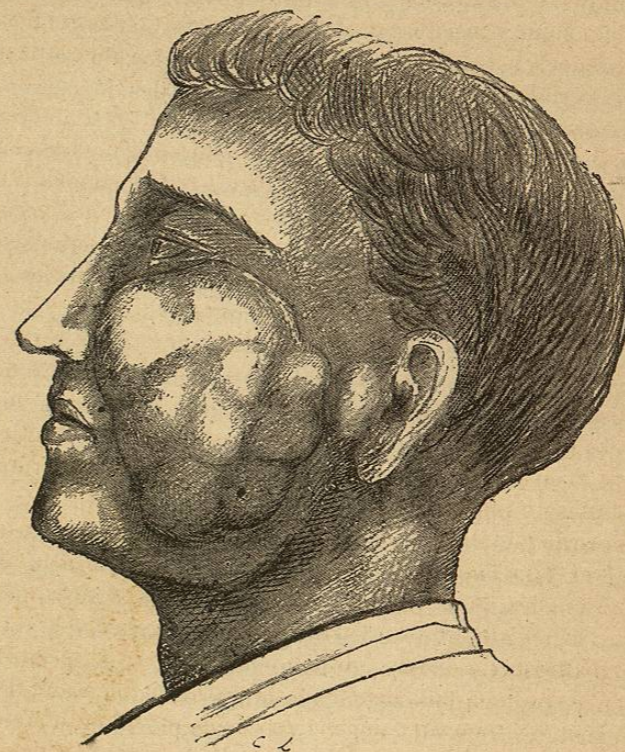


Fig. 14. — Cancer de la parotide accessoire (LE DENTU) (1).

glions sous-maxillaires sont pris de bonne heure. Dans un cas de Le Dentu, c'est le ganglion préauriculaire qui était envahi. Un examen histologique d'une de ces tumeurs a été publié par Le Dentu dans une de ses *Cliniques*: « Sur des coupes, observées même à un faible grossissement, on constate, dit-il, la structure alvéolaire caractéristique, mais on est immédiatement frappé par l'aspect singulier que donne aux tissus la présence dans les alvéoles, au milieu des cellules, de corps généralement arrondis, à contours nets, formés de couches concentriques; ces corps traités par l'eau iodée

(1) Figure empruntée aux Études de clinique chirurgicale de M. LE DENTU.

prennent, quelquefois en totalité mais le plus souvent par places, une coloration d'un rouge brunâtre tout à fait comparable à celle que prend dans ces conditions la matière amyloïde.

» L'action des acides fait disparaître cette coloration, et nous n'avons jamais vu se produire sous leur influence la teinte rouge ou violacée que prend souvent la matière amyloïde. Dans le tissu conjonctif qui forme le stroma du néoplasme, on observe en beaucoup de points des sortes de traînées irrégulières constituées par de petits amas d'une substance réfringente présentant la même réaction vis-à-vis de l'iode et des acides, mais sans revêtir la forme ou l'aspect stratifié des corps contenus dans les alvéoles. Les cellules de cette tumeur sont remarquables par la fréquence et la variété des dégénérescences dont elles sont le siège. »

Symptomatologie. — L'affection débute généralement dans un âge avancé, et son indolence, au début du moins, fait que les premiers stades de l'affection passent inaperçus.

Quand le malade se présente au chirurgien, généralement la tumeur est assez volumineuse et présente les dimensions d'une noix, d'un œuf, ou même d'une grosse orange, comme dans les cas de M. Le Dentu (fig. 14).

La tumeur acquiert un notable volume avant d'adhérer à la peau, la muqueuse est généralement envahie dans une grande étendue, alors que la tumeur n'adhère pas encore aux téguments.

La palpation révèle une tumeur dure, d'une dureté ligneuse, à limites diffuses, adhérant aux parties voisines. Cette tumeur, au bout de peu de temps, gêne les mouvements des mâchoires, à cause de la rigidité des tissus de la joue. Elle devient aussi le siège de vives douleurs qui s'irradient dans toute l'étendue de la face. Tous ces symptômes s'accroissent avec les progrès de la maladie; la tumeur se propage en effet aux gencives, au masséter, aux os, et envahit les ganglions. La peau de la joue est adhérente, prend une teinte violacée, finalement elle s'ulcère. Il peut y avoir alors perforation de la joue, mettant en communication le vestibule de la bouche avec l'extérieur, ainsi que je l'ai vu sur un malade de Gérard Marchant, à l'hôpital Tenon. Puis la cachexie survient et le malade succombe.

Marche. — La marche de cette affection est relativement rapide. Verneuil déclarait qu'il ne connaissait pas de région où l'épithélioma récidivait avec plus de rapidité qu'à la joue.

Diagnostic. — Le diagnostic ne présente pas en général de grande difficulté. Quand le mal débute par la muqueuse, le diagnostic est évident, l'aspect de la muqueuse étant alors absolument caractéristique. Il en est de même quand l'affection étant arrivée à ses derniers stades la peau est envahie et ulcérée.

Quand la tumeur est encore logée dans l'épaisseur de la joue, que l'état général est conservé, que le malade ne souffre point et qu'il

n'y a pas de ganglions, on peut songer à toutes les tumeurs solides que nous avons énumérées précédemment. Mais cependant l'âge du sujet, la dureté ligneuse de la tumeur, ses limites indécises, l'absence des signes caractéristiques des tumeurs bénignes, sont des signes de probabilité qui permettent la plupart du temps de ne pas méconnaître le néoplasme.

D'ailleurs, la marche de la maladie vient au bout de peu de temps dissiper toute incertitude.

Dans un cas que j'ai observé à l'hôpital Necker, le diagnostic hésita pendant quelque temps entre une gomme de la joue et un épithélioma. Un traitement d'épreuve, institué pour trancher la question, n'ayant en aucune façon modifié l'aspect de la tumeur, on fut obligé de conclure à l'existence d'un cancer. Enfin, nous avons vu plus haut comment une tumeur érectile put simuler un néoplasme au point d'être méconnue par un clinicien de la valeur de Richet.

Traitement. — La gravité de cet épithélioma est telle qu'il faut instituer le plus rapidement possible le traitement convenable, quand il en est temps encore. Ce traitement consistera dans une large ablation du néoplasme. Piéchaud, en 1886, a appelé l'attention de la Société de chirurgie sur la technique de ces interventions. Comme la plupart du temps, au moment où le chirurgien peut intervenir, les téguments sont encore respectés et qu'il faut surtout agir sur les parties profondes, Piéchaud recommande de faire une longue incision allant du voisinage de la commissure jusque sur le masséter dans une direction antéro-postérieure. A la partie antérieure de cette incision, il en mène une autre perpendiculairement à la première, puis il dissèque les deux lambeaux cutanés triangulaires qui en résultent. L'ablation de la tumeur est ainsi rendue simple et facile. Cette extirpation terminée, les lambeaux sont rapprochés et suturés. Il trouve à ce procédé les avantages suivants: anesthésie chirurgicale simple, comme s'il ne s'agissait pas d'une opération étendue sur la bouche, écoulement de sang dans la cavité buccale seulement pendant les premiers temps de l'opération, pas de complications opératoires du côté du facial ou du canal de Sténon, rapidité de l'intervention, résultat esthétique très satisfaisant.

Dans un cas de ce genre, j'ai vu mon maître, Ricard, appliquer un procédé analogue. Il s'agissait d'un vieillard très âgé ayant un épithélioma occupant une grande étendue de la muqueuse de la joue, la tumeur adhérait à la peau dans l'étendue d'une pièce d'un franc. Ricard pratiqua un débridement commissural, sectionnant toute l'épaisseur de la joue et prolongeant l'orifice buccal jusqu'à la limite antérieure du néoplasme. Puis une incision elliptique circoncrivit les parties suspectes du tégument, se continuant en avant avec l'incision de débridement, se continuant en arrière jusque sur le bord antérieur du masséter.

La peau fut disséquée en haut et en bas, la tumeur largement enlevée, et l'on put ensuite rapprocher les deux lambeaux et les suturer complètement. Mais tous les cas ne se prêtent pas à ce rapprochement. On est parfois conduit à supprimer toutes les parties molles de la joue dans une notable étendue.

La perte de substance qui en résulte doit être comblée par une opération autoplastique. Verneuil conseillait de faire tardivement cette opération réparatrice. Il semble qu'il y ait avantage à faire immédiatement cette réparation quand la chose est possible, pour éviter au malade des opérations successives. La plupart du temps on taille un lambeau cervical à pédicule postéro-supérieur, qui est ensuite fixé aux bords de la perte de substance.

Dans un cas de ce genre, Théophile Anger, ayant fait cette autoplastie, à l'aide d'un grand lambeau pris dans le cou, aurait vu la récurrence survenir au bout d'un an dans l'épaisseur de ce lambeau.

On a parfois de bons résultats; ainsi Peyrot conserva un malade guéri pendant trois ans. A cette époque survint une récurrence dans les ganglions sous-maxillaires, pour laquelle il fut opéré de nouveau. Le malade vivait depuis un an et demi déjà sans récurrence, après cette deuxième opération, quand Peyrot fit connaître son observation. Avec le procédé ordinaire d'autoplastie à l'aide d'un lambeau cervico-facial, le résultat est habituellement satisfaisant. Cependant ce lambeau dont la face cruentée est tournée vers la cavité buccale en contact avec la salive, se trouve dans des conditions défectueuses. Trop mince, il est exposé à se mortifier partiellement; suppurant pendant longtemps par sa face interne, il a tendance à se rétracter, aussi, nombre de chirurgiens ont conseillé des procédés à doubles plans de lambeaux. Lauenstein, dans un cas, combla une large perforation de la joue à l'aide d'un lambeau emprunté au thorax. Pour fermer la vaste perte de substance qui faisait communiquer la bouche avec l'extérieur, il traça deux incisions verticales parallèles sur la face antérieure du thorax, puis il disséqua un lambeau en forme de pont. Sous ce pont il insinua, en le retournant, un lambeau quadrilatère emprunté à la région mammaire. Après que les deux lambeaux se furent solidement réunis l'un à l'autre, il coupa le pédicule du second et l'attache inférieure du premier, prolongea jusqu'à la partie supérieure du cou les deux incisions verticales qui avaient servi à la taille du lambeau sternal et obtint ainsi un long pédicule, auquel était appendu le double lambeau revêtu d'épiderme sur ses deux faces. Celui-ci fut greffé dans la perte de substance génienne.

Malgré toute la peine que Lauenstein s'est donnée pour combler cette perte de substance, il reconnaît lui-même que le résultat esthétique laisse à désirer. Kraske, plus simplement, recommande de prendre dans le voisinage immédiat de la perte de substance un

lambeau dont la face épidermique sera retournée en dedans, la face cruentée étant tournée en dehors. Cette dernière, ainsi que la place d'emprunt du lambeau, seront ensuite couvertes de greffes de Thiersch. On pourrait aussi, en pareil cas, tenter la transplantation de lambeaux par la méthode italienne.

Dans beaucoup de cas le malade se présentera trop tard pour qu'on puisse tenter l'extirpation de son néoplasme, ou bien encore une récurrence à plus ou moins brève échéance viendra démontrer l'inutilité de cette tentative. On est alors réduit à un traitement palliatif dont les lavages antiseptiques, les applications de cocaïne, l'administration des opiacés constitueront la base.

J'ai vu, dans un de ces cas inopérables, Richelot essayer avec patience, mais sans aucun résultat, le traitement par les injections de pyoctanine, dont on disait grand bien à ce moment.

III. — TUMEURS DE LA LANGUE.

Tumeurs bénignes.

Macroglossie (1). — On dit qu'il y a macroglossie, quand la langue est augmentée de volume d'une façon permanente et notable, et que cette hypertrophie, diffuse, générale, chronique, survenue dans le jeune âge, indolente et graduellement croissante, n'est liée à aucune inflammation ou tumeur appréciable à la vue ou à la palpation.

Les termes mêmes de cette définition permettent d'en séparer d'emblée les glossites aiguës, les néoplasmes, toutes les maladies dans lesquelles l'augmentation de volume est secondaire et avec lesquelles on a confondu plus ou moins autrefois la véritable macroglossie.

Dans cette dernière l'augmentation de volume est tout, au point de vue clinique.

Sous cette uniformité symptomatique se dissimulent peut-être plusieurs variétés différentes qu'il n'y a pas encore lieu de décrire dans des chapitres distincts.

Cette affection a d'ailleurs été désignée sous les appellations les plus variées : *langue de veau*, *langue monstrueuse*, *prolongement morbifique de la langue*, *prolongement chronique de la langue*, *hypertrophie de la langue*, *prolongement hypertrophique de la langue*. Gauquelin emploie le terme de *mégaloglossie*, « ce mot ayant pour lui une signification assez étendue pour pouvoir s'appliquer à tous les cas, assez restreinte pour désigner cette maladie seule ».

Historique. — On fait remonter à Galien l'histoire de la macro-

(1) GIES, *Archiv. für klinische chirurgie*, Berlin, 1873, p. 640 et *Arch. de méd.*, 1874, t. II. — VARIOT, *Journ. de anat. et de phys.*, 1880. — GAUQUELIN, thèse Paris, 1882. — TOUAÏLE DE LARABRIE, thèse Paris, 1882. — LANNELONGUE et ACHARD, *Affect. congénit.*, 1891. — REVERDIN et BUSCARLET, *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1893. — EICKENBUCK, *Beitrag klin. Chir.*, 1894. — CARL HELBIG, *Jahrb. f. Kinderheilkunde*, 1896.