

de lipome du plancher de la bouche. Il prit tout d'abord la tumeur pour une grenouillette, mais une ponction au bistouri lui montra son erreur. Il fit l'extirpation de la masse graisseuse et le malade guérit.

Marjolin, un peu plus tard, commettait la même erreur en prenant un lipome sous-lingual pour une grenouillette.

En 1863, Landeta (1), dans son important travail sur les tumeurs du plancher de la bouche, en rapporte trois observations.

En 1874, l'excellente thèse de Labat réunit toutes les observations, connues à ce moment, de lipomes buccaux. Sur trente-deux cas qui répondent à cette dénomination, il en est neuf qui siègent dans le plancher de la bouche.

Depuis ce travail fondamental, les nouvelles observations n'ont apporté aucune notion importante sur cette question, et cela se conçoit si l'on songe que le lipome, tumeur bénigne et en elle-même banale, ne présente ici d'intérêt que par son peu de fréquence en ce point de l'économie.

Il existe dans le plancher de la bouche deux couches graisseuses, l'une au-dessus du mylo-hyoïdien, entourant la glande sublinguale, l'autre au-dessous de ce muscle, entre la peau et l'aponévrose sus-hyoïdienne.

Indépendamment des lipomes qui peuvent prendre naissance dans ces deux couches, il semble qu'il y en ait un certain nombre dont on puisse soupçonner l'origine congénitale.

La tumeur n'est pas toujours constituée seulement par du tissu adipeux. Souvent une trame conjonctive dense sépare les pelotons graisseux et l'on a affaire à un fibro-lipome.

La masse lipomateuse entoure parfois le mylo-hyoïdien, en se réfléchissant sur son bord postérieur, de façon qu'une partie soit située au-dessus et l'autre au-dessous de cette sangle musculaire.

Cliniquement, la tumeur ne saurait présenter un aspect caractéristique qu'après avoir acquis un notable volume. Constamment indolente, évoluant avec une extrême lenteur, elle détermine rarement des troubles fonctionnels sérieux. Il faut pour cela qu'elle ait atteint des dimensions relativement considérables. Or, à ce moment, on constate dans le plancher buccal une masse assez bien limitée, de consistance molle, pseudo-fluctuante, et donnant aussi parfois l'illusion de la réductibilité. La muqueuse buccale, soulevée par la tension et amincie, laisse transparaître la coloration du tissu adipeux.

On peut être embarrassé pour reconnaître la nature de l'affection, alors surtout que le lipome est encore d'un médiocre volume.

En pareille circonstance, on peut être amené à penser à toutes les tumeurs du plancher buccal: grenouillette, kystes dermoïdes, an-

(1) LANDETA, thèse de Paris, 1863.

giomes, etc. Mais l'incertitude ne saurait être de bien longue durée, et les caractères propres à ces différentes affections permettent presque toujours de sortir d'embarras.

Bien que le pronostic soit par lui-même sans gravité, il n'est pas contestable que l'indication qui résulte de la constatation d'un de ces lipomes est d'en pratiquer l'ablation. C'est par la bouche qu'on procède à cette ablation. Dans certains cas, les choses se passent avec une extrême simplicité. Ce fut ce qui arriva en particulier pour celui que Monod a communiqué à la Société de chirurgie (1). On incise la muqueuse, la masse graisseuse vient faire hernie entre les lèvres de la plaie. Saisie avec une pince, elle se laisse entraîner sans difficulté. Quelques légères tractions, quelques coups de sonde cannelée, et la tumeur est énucléée. Ce n'est pas toujours aussi simple, mais enfin il n'y a jamais de bien sérieuses difficultés. Il est inutile d'ajouter que la guérison doit toujours suivre cette intervention.



Fig. 23. — Tumeur érectile du plancher (d'après LISTON).

**Angiomes.** — Dolbeau, en 1857, a décrit les *grenouillettes sanguines*. Ce mot ancien et défectueux n'a plus de raison d'être. Le plancher de la bouche est parfois le siège de tumeurs érectiles; mais ces angiomes sont assez rares, du moins ceux qui prennent véritablement naissance dans cette région, celle-ci pouvant être envahie secondairement par des tumeurs sanguines occupant primitivement la langue, le cou, le pharynx ou la joue. — Rien ne les distingue anatomiquement des angiomes ordinaires, et il n'y a rien de bien particulier non plus à signaler au sujet de leur étiologie ou de leurs symptômes. Elles sont susceptibles d'occuper tous les plans de la région, d'acquies des proportions considérables et d'amener les plus étranges déformations (fig. 23).

J'en ai observé un cas remarquable sur un malade du service de M. Ricard. Il s'agissait d'un jeune homme de vingt ans, chez lequel la maladie s'était manifestée quelques mois seulement auparavant. La tumeur, soulevant la muqueuse du plancher de la bouche, formait une voussure, une saillie arrondie et légèrement bleuâtre qui repoussait la langue en arrière.

A la région sus-hyoïdienne existait également une légère voussure,

(1) MONOD, Soc. de chir., 1881.

qui prédominait du côté gauche. La pression affaissait la saillie buccale et la voussure sus-hyoïdienne.

La dilatation veineuse était peu marquée au voisinage, et la tumeur ne présentait ni thrill, ni mouvements d'expansion. D'ailleurs, fort peu de gêne dans les mouvements de la langue, l'élocution est correcte et la déglutition s'effectue sans difficulté. Dans ce cas le diagnostic était assez délicat, et l'on pouvait songer soit à un lipome, soit à une de ces grenouillettes sus-hyoïdiennes à parois mal tendues et comme flottantes. Mais l'examen soigneux du malade permit d'établir qu'on obtenait par la compression une réduction véritable, la tumeur se vidant sous la main, pour réparaître instantanément aussitôt que cessait cette compression.

Le pronostic est évidemment extrêmement sérieux, pour peu que la tumeur ait de la tendance à l'extension. — Il semble qu'à la longue certaines de ces tumeurs puissent subir, partiellement tout au moins, la transformation fibreuse (1).

On est assez désarmé contre cette tumeur érectile, dont le siège rend le traitement particulièrement difficile. Dolbeau conseillait de ne rien faire, conduite qu'il faut évidemment tenir quand la tumeur est peu volumineuse et sans tendance à la diffusion.

Mais dans ce dernier cas, on peut être amené à mettre en œuvre l'électrolyse, les injections de perchlorure de fer, d'alcool, de chloral, etc. Fayrer (de Calcutta) (2) prétend avoir guéri à l'aide d'une seule injection d'acide tannique en solution concentrée dans l'alcool un anévrysme cirsoïde étendu qui aurait pris naissance aux dépens de l'artère sublinguale. M. Lannelongue a obtenu un très beau succès par les injections sclérogènes de chlorure de zinc. Cette méthode trouve ici une de ses meilleures applications, et doit être placée avant toute autre, car dans des cas aussi graves, il n'en est point qui soit susceptible de donner, à si peu de frais, des résultats aussi complets et aussi rapidement acquis.

Mon maître et ami, M. Hartmann, conseille « dans le cas où l'on se déciderait à intervenir, de recourir franchement à l'extirpation, la forcipressure mettant aujourd'hui à l'abri de l'hémorragie ». Rien de mieux, en effet, quand la tumeur est d'un petit volume et fait saillie du côté des téguments. Mais quand l'angiome est étendu et profond, si l'on songe à l'étendue et à la gravité des sacrifices que commanderait alors l'ablation des parties malades, on ne s'y résignera qu'à son corps défendant, et après avoir épuisé toutes les ressources d'une thérapeutique plus douce.

**Kystes.** — Les kystes du plancher de la bouche peuvent être rangés en plusieurs catégories, ces diverses variétés n'ayant ni la même fréquence ni la même pathogénie.

(1) FISCHER, Angio-fibrome du plancher de la bouche et de la langue (*Wien. med. Presse*, 1885).

(2) FAYRER (de Calcutta) *Clin. Surg. in India*.

Il existe en effet dans cette région des *kystes parasites* ou *hydatiques*, des *kystes séreux*, *dermoïdes*, *mucoides* et *salivaires*.

**KYSTES HYDATIQUES** (1). — Il n'y a pas de région de l'économie où l'on ne puisse rencontrer des kystes hydatiques. Quelques observations (Gosselin, Richet, Tillaux, Reclus) prouvent que le plancher de la bouche ne fait pas exception. On a désigné autrefois ces kystes sous le nom de grenouillette hydatique, mais le mot n'a plus cours. On peut se demander si le parasite s'introduit directement dans le plancher de la bouche en pénétrant à travers la muqueuse, ou bien s'il est amené par la voie sanguine. Cette dernière interprétation est aujourd'hui la seule admissible, et là comme ailleurs c'est le torrent circulatoire qui transporte dans la profondeur des tissus l'embryon qui doit donner naissance à l'hydatide.

Ces kystes peuvent occuper un point quelconque du plancher. On sait toutefois leur prédilection pour les muscles, et il est possible de supposer que leur siège primitif a été le mylo-hyoïdien, le digastrique ou l'un des muscles géniens. Dans le cas observé par M. Tillaux, la tumeur proéminente à la fois du côté de la bouche et du côté de la peau, l'auteur admet que le kyste a pu prendre naissance dans le mylo-hyoïdien. Mais chez le malade observé par Reclus, le kyste était médian et se trouvait entre les muscles géniens. Ces kystes arrondis, bien limités, fluctuants et indolents, passent longtemps inaperçus, grossissent avec lenteur et sont pris généralement pour des kystes congénitaux ou salivaires.

Leur rareté même est cause qu'on ne peut jamais les faire entrer sérieusement en ligne de compte dans la discussion du diagnostic.

Cependant certains caractères permettraient de soupçonner la nature de l'affection. Ainsi les kystes dermoïdes, auxquels ressemblent surtout au point de vue clinique ces kystes hydatiques, sont le plus souvent médians, au lieu que les kystes siègent un peu partout. Ils n'ont jamais la consistance pâteuse qu'on attribue à certains dermoïdes, ni la coloration spéciale que possèdent quelques-uns d'entre eux, et n'adhèrent non plus jamais au maxillaire ni à l'os hyoïde. Ces signes suffiraient s'ils étaient constants, mais il n'en est rien et tous peuvent manquer, le kyste dermoïde étant parfois latéral, souvent sans adhérence, et ne présentant que très rarement la consistance spéciale qui, dit-on, suffirait à le faire reconnaître.

Si par hasard on soupçonnait que le kyste fût de nature hydatique, il serait utile de faire tout d'abord une ponction exploratrice. Dans le cas où cette hypothèse serait confirmée, une injection parasiticide amènerait sans doute la guérison. Celle-ci serait ainsi obtenue à peu de frais et l'on n'aurait à se préoccuper ni de l'ennui des manœuvres

(1) LAUGIER, *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1871. — GILLETTE, *Clinique chirurgicale des hôpitaux de Paris*, Paris, 1877, p. 112.