

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.

que nécessite une intervention par la voie buccale ni de la cicatrice que laisse une opération par la voie sus-hyoïdienne.

**KYSTES SÉREUX.** — Les kystes séreux du plancher buccal coïncident fréquemment avec des lésions du même ordre du cou, de la langue. Ils peuvent présenter les plus curieuses dispositions et l'étendue la plus variable.

On peut admettre qu'à la rigueur de pareilles productions puissent résulter de la transformation d'un angiome : ce fait que des kystes séreux peuvent résulter de l'isolement, puis de la dilatation d'un département de la tumeur caverneuse, était décrit autrefois par Broca et d'autres, et les recherches de Cornil, Ranvier et Yersin paraissent le démontrer pour certains angiomes. Mais, dans le cas particulier, ce n'est pas l'explication la plus plausible, et tout porte à croire qu'il faut chercher dans le système lymphatique l'origine de ces kystes.

La clinique autorise ce rapprochement, car on les voit souvent exister chez des sujets présentant dans le voisinage des affections dont l'origine lymphangiectasique paraît maintenant hors de doute. Puis l'étude de ces cavités kystiques fait trouver toutes les transitions entre les fentes lymphatiques et ces cavités remplies de liquide.

Il est rare que le kyste soit uniloculaire ; le plus souvent la tumeur est formée par une agglomération de vésicules qui, distinctes en certains points, communiquent ailleurs les unes avec les autres. Le contenu en est séreux, citrin, transparent, et la paroi conjonctive de ces petites cavités tapissée à sa surface interne de cellules endothéliales.

J'emprunte ces détails à l'ouvrage de MM. Lannelongue et Achard, qui ont eu l'occasion d'en étudier avec détails un cas remarquable où il y avait en outre lymphangiectasie de la langue.

Ces kystes sont généralement constatés au moment de la naissance ou peu de temps après. Ils sont souvent un prolongement de kystes cervicaux. Ils font saillie tantôt vers la bouche, tantôt au-dessous du menton, le plus souvent des deux côtés. Ils forment des tumeurs irrégulières, souvent fort étendues, fluctuantes et absolument indolentes.

Une figure de Lannelongue et Achard montre un kyste en fer à cheval occupant la région sus-hyoïdienne.

Quand leur volume est considérable et qu'ils repoussent en arrière la langue, ils peuvent déterminer de la gêne de la succion et de la respiration. Aussi est-on parfois arrivé, pressé par ces symptômes, à tenter quelque chose, même chez des enfants très jeunes. C'est ainsi que Lannelongue, sur une petite fille de six jours, fut obligé de ponctionner, puis d'inciser le plancher de la bouche, d'y placer un séton, d'inciser la région sus-hyoïdienne, sans réussir pourtant à sauver l'enfant.

Si le sujet est plus âgé et suffisamment résistant, on se comportera différemment suivant les circonstances, et on sera conduit tantôt à s'abstenir, tantôt à pratiquer des ponctions suivies d'injections modificatrices, tantôt à tenter l'extirpation.

**KYSTES DERMOÏDES (1).** — Le plancher de la bouche est un siège relativement fréquent de kystes dermoïdes. Longtemps confondus avec les grenouillettes, ils sont aujourd'hui parfaitement connus, et le nombre des cas publiés augmente rapidement.

On trouve, paraît-il, dans Celse et Fabrice d'Acquapendente, quelques allusions à ces tumeurs. Mais la première observation relatée avec détails est celle de P. de Marchettis, qui vivait à Padoue au XVII<sup>e</sup> siècle, et aurait donné ses soins à un Père théatin, porteur d'un volumineux kyste du plancher de la bouche, observation d'autant plus intéressante qu'il ne s'agissait pas d'un kyste dermoïde vulgaire. Il était de dimensions considérables et situé latéralement. Puis Gérard, en sa *Lupiologie*, distingue les loupes sublinguales des grenouillettes proprement dites. Mais c'est presque de nos jours qu'on a abordé l'étude sérieuse de cette question. Un premier travail d'ensemble date de 1845. C'est la thèse de Bertherand. Un peu plus tard Lebert essaye d'établir la pathogénie des dermoïdes, puis vinrent la thèse de Perrault et le remarquable travail de Landeta. Un excellent mémoire d'Ozenne, en 1883, contribue beaucoup à faire connaître ces tumeurs intéressantes. Depuis ont paru sur ce sujet un grand nombre de publications, parmi lesquelles je mentionnerai la communication de Gérard Marchant, les chapitres importants de Lannelongue et Achard, Lannelongue et Ménard, les thèses récentes de Caye, de Faure et de Rolland.

**Anatomie pathologique.** — Les kystes dermoïdes ont généralement une forme arrondie, et leur volume varie des dimensions d'un pois à celui d'une grosse orange ; mais presque toujours, à la période où les malades viennent consulter le chirurgien, la tumeur est du volume d'une noix, d'une amande ou d'un petit œuf de poule.

Ils sont situés le plus souvent dans le plan médian, mais on en connaît un certain nombre dont la situation était latérale, et qui occupaient la région sous-maxillaire.

Leur contenu, épais et butyreux, d'apparence blanche ou grisâtre, a été comparé à de la substance cérébrale, à de la purée de châtaignes, à de la glace au café. Plus ou moins concret et pâleux, il est généralement homogène, mais quelquefois on y trouve des grumeaux plus denses et plus consistants. Il y a parfois des poils, mais il est relati-

(1) GEHÉ, thèse de Paris, 1882. — OZENNE, *Arch. gén. de méd.*, 1883. — GÉRARD MARCHANT, *Soc. anat.*, 1881. *Soc. de chir.*, 1886. — CAYE, thèse de Paris, 1892. — FAURE, thèse de Lyon, 1893. — ROLLAND, thèse de Montpellier, 1894. — MARTIN, thèse de Paris, 1895. — *Soc. de chir.*, 1891 et 1893. — BUSCARLET, thèse de Genève, 1893.

vement assez rare de faire cette constatation. Jamais on n'y a trouvé d'os, de dents, comme dans un certain nombre de kystes dermoïdes.

La paroi, qui est relativement épaisse et résistante, a souvent moins d'épaisseur. Elle est formée par une couche conjonctive où l'on trouve une grande quantité de fibres disposées parallèlement à la paroi et d'une couche stratifiée, présentant avec l'épiderme une grande analogie, c'est-à-dire que les cellules profondes, appliquées à la paroi conjonctive, véritable derme, sont formées de cellules allongées, parallèles, perpendiculaires à la paroi, et que sur cette assise de cellules, on en trouve d'autres polyédriques, puis aplaties et lamelleuses. Ces cellules tombent finalement dans la cavité du kyste, dont elles constituent le contenu crémeux ou butyreux.

A la limite du derme et de l'épiderme, on trouve quelquefois des inégalités, des saillies en forme de papilles plus ou moins bien caractérisées, mais cela est rare et la règle est qu'il n'en existe aucune trace. Il en est de même des glandes sébacées et sudoripares dont la présence est exceptionnelle. Les follicules pileux eux-mêmes manquent deux fois sur trois, et n'existent jamais en grande abondance. En définitive, comme le dit Lannelongue « le kyste dermoïde est un organisme essentiellement ectodermique ».

L'augmentation parfois rapide de ces kystes à un certain moment, après une longue période de torpeur, avait fait soulever l'hypothèse que ce changement brusque dans la marche de l'affection jusque-là silencieuse pouvait tenir à l'arrivée de microorganismes dans la cavité du kyste. Cette supposition n'est pas confirmée par les recherches de Lannelongue, qui, de l'étude d'un assez grand nombre de faits, tira cette conclusion que ces kystes sont parfaitement aseptiques, ou du moins qu'ils ne contiennent aucun organisme susceptible de cultiver sur les milieux habituellement employés en bactériologie, et d'être décelé par les procédés actuellement usités pour la recherche des microbes, sauf, bien entendu, les cas où le kyste a été ouvert à l'extérieur.

Par sa surface extérieure le kyste est séparé des organes avoisinants par du tissu plus ou moins lâche, sauf toutefois quand il a suppuré ou qu'il a subi différentes tentatives opératoires, telles que injections caustiques, drainage, etc., auquel cas il adhère généralement d'une façon assez intime à tout ce qui l'entoure.

Aussi, dans la majorité des cas, son énucléation est-elle relativement facile.

Cependant, en dehors de toute infection secondaire, on trouve fréquemment une adhérence soit au maxillaire inférieur, soit à l'os hyoïde. Le kyste est alors relié à l'un ou à l'autre de ces deux os par un cordon fibreux plus ou moins volumineux, plus ou moins long, plus ou moins résistant. Ce cordon, en général, va directement s'attacher

au squelette; c'est le cas ordinaire. Mais parfois il se confond avec un des tendons des muscles géniens, ou encore avec les membranes aponévrotiques qui partent de l'os hyoïde, et il s'attache ainsi indirectement au squelette.

Un point important, c'est que cette insertion se fait d'une façon constante sur la ligne médiane. On peut préciser encore davantage. Quand elle se fait au maxillaire inférieur, c'est toujours à la face postérieure de cet os, entre les apophyses géni. Pour l'os hyoïde, c'est tantôt à la face antérieure, tantôt au bord supérieur, tantôt à la face postérieure. Le tractus fibreux qui unit le kyste au squelette est généralement plein, mais il peut exceptionnellement être canaliculé comme chez les malades de Nicaise et Combalat.

On a considéré pendant un temps cette adhérence comme à peu près constante. Il est certain que ce caractère manque dans bon nombre de cas, et même dans la majorité, d'après Rolland, qui a fait le dépouillement de toutes les observations actuellement publiées.

A côté de ces kystes situés dans le plan médian, il en est d'autres qui sont latéraux. Ils présentent les mêmes caractères au point de vue de leur contenu, de la structure de leur paroi. Ils sont bien moins fréquents et leurs rapports avec le squelette ne sont pas encore aussi exactement connus que pour les précédents.

La situation un peu variable des kystes dermoïdes du plancher de la bouche a légitimé un certain nombre de tentatives de classification. C'est ainsi que, d'après Barker, il faudrait les ranger en :

1° Kystes unilatéraux, situés entre les muscles géniens et mylohyoïdien ;

2° Kystes médians, entre les géniens ;

3° Kystes bilatéraux.

Strecker prend les rapports du kyste avec l'os hyoïde comme base de sa classification. Aussi distingue-t-il des kystes préhyoïdiens, suprahyoïdiens, épiphyoïdiens, intrahyoïdiens. Cette nomenclature est évidemment déficiente, elle pêche par la base en faisant graviter ces kystes autour de l'hyoïde, sans tenir compte de ce fait que la plupart des tumeurs dermoïdes proprement dites du plancher n'ont pas de rapport direct avec cet os, que d'autres sont en connexion intime avec le maxillaire. Enfin, ces diverses variétés ne diffèrent que par des nuances, bien difficiles à séparer en clinique.

Aussi adopterait-on plus facilement la classification simple et séduisante de Gérard Marchant, qui range les kystes en deux catégories, les antérieurs, les postérieurs, ceux qui tiennent au maxillaire, ceux qui s'attachent à l'hyoïde. Non seulement l'anatomie pathologique, mais la clinique justifierait cette division, et il serait possible par l'examen méthodique du plancher de la bouche d'en faire le diagnostic avant toute intervention. Malheureusement ce dernier point a été contesté à la Société de chirurgie par des cliniciens émi-