

ment. Ces dernières ressources, qui nous paraissent un pis-aller, ont été cependant préconisées comme bases du traitement et procédé d'élection.

Ainsi, on a proposé d'ouvrir le kyste par la voie buccale et par la région sus-hyoïdienne, d'en fixer les deux ouvertures, l'une aux lèvres de l'incision faite à la muqueuse, l'autre à la peau, et de drainer ensuite le trajet intermédiaire (1). J'avoue que de toutes les méthodes, celle-ci est la dernière à laquelle je voudrais m'adresser.

Une thèse toute récente (2) nous expose la pratique de M. Rochet (de Lyon). Le spirituel auteur de ce travail nous avoue qu'il n'a lui-même aucune expérience du traitement des grenouillettes, n'en ayant vu par lui-même aucun exemple. Cependant il relate des observations empruntées à son maître, qui aurait obtenu de bons résultats, en ouvrant le kyste par la région sus-hyoïdienne, en faisant dans la cavité de larges injections de teinture d'iode et en drainant. En matière de thérapeutique chirurgicale, il n'est pas de meilleur argument que le succès. Toutefois, malgré ces observations heureuses, je persiste à croire que du moment qu'on fait à la peau une solution de continuité, il n'y a pas de raison pour s'arrêter en chemin, et pour ne pas tenter l'ablation complète de la paroi kystique, quitte à s'arrêter si cette extirpation présentait de trop grandes difficultés.

GRENOUILLETTE CONGÉNITALE (3). — Nous aurions pu à la rigueur faire rentrer cette affection dans le groupe des kystes congénitaux. Mais leur nature salivaire doit les faire décrire à côté des grenouillettes véritables.

Ce sont de petits kystes développés aux dépens d'un des organes salivaires du plancher buccal, glandes sublinguales, ou canal de Wharton. Pour ne pas morceler l'étude des kystes de la langue, nous avons déjà parlé des kystes salivaires congénitaux que peut engendrer la glande de Blandin.

La première observation est due à Stoltz (1833), puis viennent les faits de Guyon, Lannelongue, Demons, Sonnenburg.

M. Lannelongue fait remarquer que, malgré le petit nombre de faits publiés, il est probable que l'affection n'est pas très rare, et qu'elle doit passer facilement inaperçue.

La tumeur est constatée à la naissance ou peu de jours après. Quand son volume est notable, elle détermine en effet de la gêne dans la succion et l'enfant tette avec difficulté.

En ouvrant la bouche et en soulevant la langue, on voit « une tumeur à parois très minces, ressemblant à une vessie transparente dont le

(1) KREBEL, *Centralblatt für chir.*, 1886.

(2) BOYER, thèse de Lyon, 1895.

(3) GOUJON, *Soc. de chir.*, 1866. — LANNELONGUE, *Soc. de chir.*, 1879. — DENIGUET, thèse de Paris, 1881. — LANNELONGUE et ACHARD, *Traité des kystes congénitaux*, Paris, 1886.

volume varié de celui d'une plume d'oie à celui d'un œuf de pigeon ». M. Lannelongue figure un cas où il y avait deux petits kystes, symétriquement placés de chaque côté du frein.

Le plus souvent il n'y en a qu'un, et la règle est qu'il siège latéralement, dans la région occupée par le canal de Wharton. C'est en effet aux dépens de ce canal, dont l'extrémité libre est restée imperforée, que paraît se constituer le plus souvent la grenouillette du nouveau-né, très différente en cela de celle de l'adulte, pour lequel cette pathogénie ne saurait plus être admise.

« La tumeur, allongée transversalement, se termine en dedans par une extrémité libre, conoïde, formant une sorte de papille, au sommet de laquelle on voit parfois un point grisâtre qui correspond à l'orifice oblitéré du conduit glandulaire » (Lannelongue et Achard).

La tumeur est fluctuante, non réductible et généralement mobile, d'ailleurs absolument indolente.

Le contenu du kyste est transparent, légèrement visqueux; il a été comparé à du blanc d'œuf.

Le *diagnostic* de cette affection est évident et son *prognostic* ne comporte aucune gravité. Il est aisé d'en obtenir la guérison, puisqu'il suffit, pour remédier à ce vice de conformation, d'enlever d'un coup de ciseaux un fragment de la paroi kystique. La poche revient sur elle-même et l'affection ne se reproduit pas.

**Épithélioma du plancher de la bouche** (1). — On trouve dans les anciens auteurs un certain nombre d'observations de cancers du plancher de la bouche mêlées à l'histoire des grenouillettes; mais il y a peu de temps qu'on leur consacre une description isolée. Verneuil et Tillaux, il y a une trentaine d'années, ont publié les premiers cas. Depuis sont venus un certain nombre de thèses spécialement consacrées à ce sujet.

Les cancers du plancher de la bouche sont primitifs ou secondaires.

Ces derniers, de beaucoup les plus communs, résultent de l'extension d'un cancer ayant pris naissance dans un organe voisin, langue, amygdale, mâchoire, glande ou ganglions sous-maxillaires.

Ceux-là sortent de notre sujet et nous devons nous occuper exclusivement ici des cancers primitifs.

Ceux-ci sont peu fréquents, si on les compare aux précédents, qu'on rencontre pour ainsi dire à chaque instant. En réalité, pourtant, ils ne sont pas très rares, et pour ma part j'en ai déjà rencontré plusieurs exemples. Comme tous les cancers ils se développent surtout chez les vieillards, et ils présentent, avec les autres cancers de la cavité buccale, cette particularité de se montrer presque exclusivement chez l'homme. L'abus du tabac et de la pipe, ou toute autre cause d'irri-

(1) VERNEUIL, *Soc. de chir.*, 1871. — MARGNAT, thèse de Paris, 1877. — LARRIEU, thèse de Paris, 1879. — FAURE, thèse de Paris, 1883-1884. — FEUILLETAUD, thèse de Paris, 1885-1886. — PÉAN, *Clinique*. — MIKULICZ u. MICHELSON, *Atlas*.

tation, peuvent aussi être invoqués dans une certaine mesure comme facteurs accessoires, susceptibles d'en faciliter le développement. Cependant on ne trouve pas d'une façon constante ces différents facteurs étiologiques. Il est bien rare aussi qu'on puisse faire remonter l'affection à la transformation de quelque plaque leucoplasique, ces plaques étant plus rares sur la muqueuse du plancher qu'en tout autre point de la cavité buccale.

Verneuil admettait que la glande sublinguale était le point de départ constant de ces épithéliomes du plancher de la bouche. Cependant il faut bien aussi accepter que la muqueuse puisse leur donner naissance. Il y aurait ainsi deux variétés distinctes.

Rapidement tous les plans anatomiques de la région sont envahis, muqueuse, muscles, ganglions, et le plancher est transformé en un bloc rigide épithéliomateux, dans toute son épaisseur et dans toute son étendue.

*Signes.* — Le début de l'affection est rarement observé. L'épithélioma se montrerait sous la forme d'une petite fissure linéaire, à base indurée, d'une nodosité dure et arrondie, etc. En réalité, quand le malade se présente au chirurgien, le cancer est presque toujours assez étendu et loin de ses premiers stades. Cependant je crois avoir observé, dans le service de M. Tillaux, en 1894, un épithélioma encore relativement récent du plancher de la bouche. Il s'agissait d'un vieillard qui portait sous la langue une tumeur arrondie du volume d'une toute petite noisette. Il en avait constaté la présence quelques jours seulement auparavant. Cette production très dure paraissait mobile sur les parties profondes, mais adhérait à la muqueuse dans presque toute son étendue. Elle était située un peu à droite du frein, sous la muqueuse du plancher, et ne déterminait encore ni gêne ni douleur.

Depuis j'ai vu à la consultation de l'hôpital Broussais un autre épithélioma du plancher encore tout au début. Le malade est âgé de plus de soixante ans et grand fumeur. Il présente au niveau du frein de la langue, à égale distance de la face inférieure de cet organe et de la symphyse, une petite ulcération grande comme une pièce de vingt centimes. Elle est à peu près arrondie; ses bords sont assez irréguliers, mais épais et indurés. En plusieurs points, ce bord présente une teinte légèrement jaunâtre, striée de petites veines comme le sont les muqueuses envahies par le cancer. La surface de l'ulcération est végétante, papillaire, et légèrement saignante. Il y a en somme une petite plaque ulcérée reposant sur une induration étalée ayant des dimensions à peine plus grandes que celles de l'ulcération.

Dans le voisinage immédiat de celle-ci, du côté gauche, on trouve une toute petite plaque de leucoplasie. C'est la seule qui existe dans la bouche. La petite tumeur est superficielle, mobile avec la muqueuse sur les parties profondes. Le malade ne souffre point, mais

il a fait lui-même le diagnostic de scorbut, confirmé d'ailleurs par un pharmacien, et, inquiet de cette constatation, il est venu nous demander conseil.

A une période plus tardive, le néoplasme s'étend et se diffuse, adhère à tout ce qui l'environne et s'ulcère. L'aspect de cette ulcération à fond creusé et irrégulier, couvert de débris ichoreux et fétides, ou présentant une surface végétante et mamelonnée, reposant sur une masse indurée, est assez caractéristique pour que le diagnostic ne soit guère hésitant. C'est l'aspect que représente notre figure 27 empruntée à l'atlas de Mikulicz et Michelson.

Il est plus délicat de savoir au juste l'exacte étendue de la tumeur et d'être renseigné sur ses connexions précises avec le maxillaire. Il faut toujours admettre, qu'au delà de la limite tangible du néoplasme, il y a une zone suspecte, probablement envahie déjà par des éléments épithéliaux, dont rien encore ne révèle la présence.

Les ganglions sous-maxillaires sont envahis d'une façon précoce, et ceux de la région carotidienne ne tardent pas eux-mêmes à subir la même dégénérescence épithéliomateuse.

Peu à peu tout le plancher est transformé en une masse néoplasique. La peau devient adhérente, envahie par sa face profonde. Elle peut être détruite en certains points, et comme je l'ai vu chez un malade de Gérard Marchant, à Tenon, il existe alors une perforation qui fait communiquer la cavité buccale avec l'extérieur.

Les signes fonctionnels se manifestent d'une façon précoce et avec une intensité qui rend fort pénible la situation de ces malheureux.

Les mouvements de la langue sont, de bonne heure, rendus difficiles et, à un moment donné, deviennent impossibles, en tant que mouvements de déplacement total.

De ce fait la mastication, la déglutition et l'élocution s'exécutent dans les conditions les plus défectueuses, et il arrive un moment où le malade ne peut plus se faire comprendre, et doit renoncer à l'alimentation solide. En outre la tumeur, qui au début était indolente, devient la source d'horribles douleurs, s'irradiant dans la langue, la face, et revêtant en outre habituellement le caractère des douleurs du cancer de la langue, c'est-à-dire qu'elles se localisent dans l'oreille,

(1) MIKULICZ u. MICHELSON, Atlas der Krankheiten der Mund und Rachenhöhle. Berlin.



Fig. 27. — Cancer du plancher de la bouche (d'après MIKULICZ et MICHELSON) (1).

et que cette otalgie peut devenir le plus pénible symptôme dont souffre le malade.

Enfin vient la cachexie, et le malade succombe dans le marasme, à moins qu'une hémorragie, une pneumonie infectieuse, un accès de dyspnée ne viennent abrégier ses souffrances.

**Marche.** — La marche de l'affection est relativement rapide, et parmi les cancers il n'en est guère dont la malignité soit pire.

**Traitement.** — Le traitement présente en outre d'assez grandes difficultés.

Dans la plupart des cas il n'est pas possible d'opérer par les voies naturelles. Il faudrait pour cela que le néoplasme fût tout au début, et malheureusement il est exceptionnel de rencontrer un malade dans des conditions aussi favorables. En outre, il nous semble que l'ablation des ganglions sous-maxillaires s'impose, même quand ils ne présentent cliniquement rien d'anormal. Aussi est-il presque toujours indiqué de s'ouvrir une voie préliminaire. Dans les cas limités, auxquels nous venons de faire allusion, la voie sous-maxillaire nous paraît naturellement indiquée, pour extirper en passant la glande sous-maxillaire et les ganglions plus ou moins suspects logés dans sa capsule. Mais pour peu que le cancer soit un peu étendu, il ne faut pas hésiter à s'ouvrir une large brèche par la section du maxillaire. Cette méthode nous paraît ici la méthode de choix. Mais faut-il faire la section médiane de Roux, ou faire passer le trait de scie en dehors de la ligne médiane ?

A cet égard j'aurais plutôt tendance à me conformer à la pratique de mon ancien maître, Richet, dont le procédé consiste à découvrir le maxillaire par une longue incision partant de la lèvre et descendant dans la région sus-hyoïdienne, à scier obliquement le maxillaire, au niveau de la canine ou de la première petite molaire, et à écarter comme un lambeau le fragment postérieur du maxillaire et les parties molles qui le recouvrent.

Ce procédé donne un jour merveilleux, une grande facilité de manœuvres, permet d'extirper du plancher buccal la quantité nécessaire, sans compromettre l'attache antérieure de la langue, quand celle-ci peut être conservée. Les deux fragments du maxillaire s'appliquent sans effort et se trouvent placés comme dans les fractures ordinaires de cet os.

Il s'agit cependant d'une opération grave, très grave, dont la mortalité est considérable. Ce que nous avons dit à propos des interventions sur la langue nous dispense d'insister plus longuement sur ces questions de médecine opératoire et sur les opérations adjuvantes destinées à améliorer le pronostic.

Quand la tumeur adhère au maxillaire, il faut en réséquer une certaine étendue. On est conduit aussi, dans certaines interventions, à sacrifier une partie des téguments suspects ou franchement envahis.

Il en résulte une perte de substance qui peut nécessiter ultérieurement des opérations complémentaires et réparatrices. Sur un malade du service de M. Richelot, atteint d'un énorme cancer du plancher de la bouche, adhérent au maxillaire, ayant envahi la peau de toute la région sus-hyoïdienne et du menton, j'avais été obligé d'enlever toute la partie horizontale du maxillaire, le plancher dans sa totalité jusqu'à l'os hyoïde, les glandes sous-maxillaires et leurs ganglions, après ligature préalable des deux carotides externes. Plus tard, pour combler l'énorme baie qui séparait la lèvre inférieure dont le bord libre avait pu être conservé, de l'os hyoïde, je taillai un lambeau comprenant les téguments de la région sternale et du cou. Ce lambeau relevé fut suturé aux bords de l'orifice à combler, de façon que sa face épidermique fût tournée vers la cavité buccale, sa face cruentée à l'extérieur. Un deuxième lambeau, selon la méthode italienne, fut pris sur le bras droit du malade et appliqué contre le premier. Au bout d'une dizaine de jours son pédicule fut sectionné, les deux lambeaux adhéraient entre eux, et leur réunion avec les bords de la perte de substance n'avait manqué qu'en quelques points où il y eut bientôt réunion secondaire.

Je ne sais ce qu'est devenu aujourd'hui le malade, qui, plusieurs mois après l'opération, était encore bien portant.

J.-L. Faure, pour éviter la résection du maxillaire, qui laisse une difformité aussi difficile à éviter qu'à réparer, a eu recours à un procédé très ingénieux et très séduisant. Son malade était atteint d'un cancer du plancher de la bouche, adhérent à la face postérieure du maxillaire. Il a pratiqué le dédoublement de cet os. Après avoir fait dans la région sus-hyoïdienne les incisions de Regnoli et extirpé la masse néoplasique, il a pratiqué l'avulsion des incisives et canines inférieures, et détruit avec des pinces coupantes spéciales, analogues à celles qui servent pour agrandir les orifices de trépanation, toute la table postérieure du maxillaire. Il est resté ainsi un arc osseux constitué uniquement par la table antérieure.

J'ai vu son opéré ; le résultat est aussi satisfaisant que possible, la barbe a caché les cicatrices des incisions ; une nouvelle gencive s'est reformée autour de l'arc osseux, le malade mange et parle avec facilité, et l'on pourrait même, en lui mettant quelques dents artificielles, le rendre très présentable. Il est opéré depuis quatre mois et il n'y a pas trace de récurrence. Je serais donc extrêmement tenté d'imiter la conduite de J.-L. Faure.

Cependant, les cas où l'on peut utiliser ce procédé sont rares. Le cancer, en effet, une fois le périoste atteint, a tendance à entourer l'os, à l'envahir sur ses deux faces, et ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles qu'on pourra obtenir un résultat aussi heureux par une opération conservatrice.

## V. — TUMEURS DE LA VOUTE PALATINE ET DU VOILE DU PALAIS.

La voûte palatine et le voile du palais sont bien plus rarement que les autres parois de la cavité buccale le siège de tumeurs. Quelques-unes sont de telles exceptions, comme les lipomes, les kystes, les fibromes purs, les angiomes, les anévrysmes, que nous ne saurions leur consacrer de description isolée. En réalité on ne voit guère en cette région que des tumeurs malignes et des tumeurs mixtes.

Ces dernières sont de beaucoup les plus intéressantes, et méritent d'être étudiées avec quelques détails.

**Tumeurs mixtes du voile du palais.** — La description de ces tumeurs est relativement récente. C'est en 1837 que Nélaton en observa le premier cas sur une jeune religieuse d'Orbec, qui lui avait été amenée par Récamier.

A cette époque, on ne connaissait guère dans cette région que des cancers et des lésions syphilitiques. Aussi, bien qu'il fût frappé des caractères insolites de la tumeur, Nélaton crut d'abord qu'il s'agissait d'un cancer. Mais devant la facilité de l'extirpation qui fut relativement simple, la tumeur se laissant énucléer, il réforma son diagnostic et pensa que la tumeur était bénigne. Sans doute Boyer et d'autres avaient déjà vu ces productions, et même reconnu leur nature bénigne, mais aucune description clinique ne se dégagait nettement de ces observations, d'ailleurs presque inconnues.

Si bien qu'en 1844 Vidal ayant présenté à la Société de chirurgie un cas de tumeur de la voûte palatine, aucun des membres n'osa se prononcer sur sa nature.

Dans le doute cependant tous conseillèrent d'en pratiquer l'extirpation. La tumeur enlevée leur fut montrée de nouveau, et l'incertitude n'en persista pas moins.

Ce fut véritablement Nélaton qui appela l'attention sur cette variété de tumeurs. Sa première malade lui en avait si parfaitement enseigné les signes, qu'un autre cas s'étant un peu plus tard présenté à son observation, il en fit sans hésitation le diagnostic.

Aussi était-il fondé à revendiquer la priorité, quand Michon, en 1851, vint communiquer à la Société de chirurgie son cas célèbre. On parlait beaucoup à ce moment des adénomes, que Lebert venait de décrire. La tumeur extirpée par Michon cadrait avec la théorie nouvelle, et rentrait dans la catégorie des hypertrophies glandulaires, d'après l'étude histologique qu'en avaient faite Ch. Robin et Denucé.

Puis vinrent des observations de Velpeau, Laugier, Letenneur, Desprès, les thèses de Python (1), de Barrière (2), de Ott (3), de Fonnegra (4), etc.

(1) PYTHON, thèse de Paris, 1875.

(2) BARRIÈRE, thèse de Montpellier, 1878.

(3) OTT, thèse de Paris, 1880.

(4) FONNEGRA, thèse de Paris, 1883.

Aujourd'hui l'affection, cliniquement bien connue, donne encore lieu à des opinions contradictoires au sujet de sa nature véritable et de son origine. Son point de départ dans les glandes paraissait une vérité indiscutable, mais dans ces dernières années ont paru en Allemagne des travaux qui conduisent à une tout autre interprétation. Un remarquable mémoire de M. le professeur Berger vient bien à propos d'exposer et d'expliquer ces divergences. L'étude méthodique d'observations récentes, où les pièces ont été examinées avec soin à ce point de vue spécial, permet à l'auteur de prendre parti et d'appuyer la doctrine de l'origine glandulaire (1).

**Étiologie.** — Ces tumeurs sont peu fréquentes, bien qu'elles comprennent la presque totalité des tumeurs bénignes du voile palatin.

On ne les rencontre pour ainsi dire jamais au niveau de la voûte palatine osseuse. La règle qui ne comporte guère d'exception est qu'elles siègent au niveau du palais mou. Bien qu'on n'en puisse pas donner de raison plausible, le fait n'en est pas moins hors de toute contestation.

Un autre fait non moins curieux, c'est qu'elles prennent toujours naissance à la face buccale du voile du palais, jamais sous la muqueuse qui tapisse la face supéro-postérieure de celui-ci, du côté de l'arrière-cavité des fosses nasales.

Le sexe paraît avoir une certaine importance, car la plupart des cas ont été observés chez des femmes.

Bien qu'il y ait d'assez grandes différences dans l'âge des sujets qui en étaient porteurs, il s'agissait dans la majorité des cas d'individus jeunes.

On ignore les causes de l'affection et on ne trouve généralement dans les antécédents aucune circonstance qu'on puisse raisonnablement incriminer et faire intervenir comme facteur dans le développement.

**Anatomie pathologique.** — La tumeur est d'un volume très variable, elle présente les dimensions d'un pois, d'une noisette, d'une amande, d'une orange, du poing. Mais quelles que soient ses proportions, elle présente ce caractère, de première importance au point de vue de l'anatomie pathologique, d'être encapsulée, c'est-à-dire nettement circonscrite et susceptible d'être séparée sans difficulté ni violence des organes avoisinants. Ceux-ci sont refoulés, séparés, écartés, modifiés dans leur forme et leurs rapports, mais jamais détruits ni envahis.

La tumeur n'est jamais médiane et elle est toujours unique. C'est presque toujours à la partie antérieure du voile qu'elle commence à se développer. Elle est immédiatement recouverte par la muqueuse, dont la sépare un tissu cellulaire lâche, situé au-dessous du plan

(1) BERGER, *Revue de chir.*, 1897