

Dans ces conditions, Hartmann n'est pas loin d'accepter l'intervention.

J.-L. Faure la considère non seulement comme possible, mais même facile, et la préconise avec chaleur. Il s'est attaché récemment à établir un manuel opératoire qui puisse permettre d'entreprendre en toute sécurité l'extirpation totale de la parotide.

Deux incisions, l'une verticale au-devant du tragus, l'autre horizontale tombant perpendiculairement sur la première, mettent à nu la glande malade. Celle-ci est décollée du masséter, et celui-ci du maxillaire. Le bord postérieur de la branche montante est attaqué avec une pince coupante emporte-pièce, et l'on pratique ainsi dans la partie postérieure de la mâchoire une brèche qui dégage la région parotidienne. On libère peu à peu la glande, en liant au fur et à mesure ses différents pédicules, préventivement, ne coupant les tissus qu'après les avoir étreints dans les ligatures. Ce procédé s'exécute sans doute moins facilement sur le vivant. Mais enfin l'idée est bonne, et je pense aussi qu'on peut dans des cas, malheureusement rares, tenter cette opération que recommandaient Bérard et Malgaigne. Seulement, si j'avais à la pratiquer, au lieu de la timide brèche que recommande J.-L. Faure, je crois qu'il serait préférable de réséquer toute la branche montante de la mâchoire.

#### V. — TUMEURS DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE (1).

Les tumeurs de la glande sous-maxillaire sont rares, et cette rareté est assez singulière étant donnée la fréquence des néoplasmes dans la parotide. Elles sont décrites depuis peu de temps. Boyer ne les connaissait pas et Velpeau en niait l'existence. Pour lui, toute tumeur de la loge sous-maxillaire prenait invariablement naissance aux dépens des ganglions. A cette époque, il est vrai, les observations publiées, d'ailleurs en petit nombre, prêtaient facilement à la critique. Les faits de Sicherer, de Petruni, de Goyrand, de Colson, n'établissaient pas le moins du monde d'une façon péremptoire l'existence de ces tumeurs. Depuis, cette histoire s'est faite lentement; nombre de mémoires ont été publiés à ce sujet, et il n'est pas douteux que la glande sous-maxillaire ne puisse être le siège de tumeurs très variées et très complexes. Ces tumeurs sont parfois de nature absolument bénignes, comme par exemple les kystes salivaires de la sous-maxillaire, fort rares à la vérité (Gross, Péan), mais ce sont le plus ordinairement, soit des tumeurs mixtes, adéno-chondromes, adénomyxomes, soit des tumeurs d'emblée malignes, épithéliomes, sarcomes.

Les tumeurs mixtes sont de tous points comparables à celles des

(1) TALAZAC, thèse de Paris, 1869. — BOUHEBEN, thèse de Paris, 1873. — NÉPVEU, *Soc. de chir.*, 1879. — JOULIARD, thèse de Paris, 1888. — PONSOT, thèse de Lyon, 1894.

autres glandes salivaires. Elles contiennent toujours du cartilage, et la présence pour ainsi dire constante de ce tissu les fait désigner habituellement sous le nom d'enchondromes sous-maxillaires.

Ponsot se demande s'il ne s'agit pas de débris du cartilage de Meckel, hypothèse inadmissible, et d'ailleurs inutile pour expliquer la présence de cartilage dans une tumeur. Mais le tissu cartilagineux est toujours associé à du tissu fibreux, à des productions glandulaires, voire même à du tissu osseux, ou encore à du myxome ou du sarcome. Leur consistance peut donc être variable, mais elle est habituellement très ferme. Pendant une longue période de leur évolution, ces tumeurs circonscrites, bien limitées, se comportent comme des tumeurs bénignes; mais elles peuvent changer de caractère et se comporter comme les plus malignes des tumeurs. Mais pendant une longue période elles sont cliniquement des tumeurs bénignes, dont l'ablation est suivie de guérison durable.

Les enchondromes sous-maxillaires peuvent atteindre des proportions considérables.

Le volume de quelques-uns de ces néoplasmes est comparé à celui d'une orange, ou à celui du poing. En général la tumeur est grosse comme une noix, comme un œuf de pigeon, de poule ou de dinde.

Le sexe et l'âge ne paraissent avoir aucune influence sur leur production. Toutefois il semble que ces tumeurs s'observent plus souvent chez des individus jeunes. On les a vues apparaître ou augmenter assez rapidement de volume, sous l'influence d'un traumatisme, de la grossesse, etc.

Leur évolution est habituellement fort lente; elles grossissent sans apporter aucune modification dans l'état général, sans causer aucune gêne fonctionnelle et sans déterminer de douleurs.

Toutefois cette indolence n'est pas absolue. Dans un cas de Lannelongue (1), le malade éprouvait de vives douleurs. Ces douleurs étaient réveillées par la moindre pression, mais elles survenaient aussi spontanément ou sous l'influence du travail intellectuel.

La tumeur fait une saillie plus ou moins considérable à la région sus-hyoïdienne, soulevant les téguments sans les altérer, et amenant une difformité plus ou moins choquante. Dans certains cas elle soulève également la muqueuse buccale.

La palpation montre que cette tumeur est presque toujours d'une extrême dureté, qui contraste avec la souplesse des parties environnantes; à sa surface les doigts perçoivent des saillies, des bosselures, des irrégularités dont la présence est inconstante toutefois.

Mais ce qui est surtout caractéristique, c'est « la remarquable mobilité de cette tumeur, qu'on déplace aisément dans tous les sens (2) ».

La marche très lente et l'indolence du néoplasme ne suffiraient pas

(1) LANNELONGUE, *Soc. de chir.*, 1879.

(2) VERNEUIL, *Soc. de chir.*, 1879.



à le distinguer d'une adénopathie sous-maxillaire isolée et chronique, mais sa dureté, et surtout sa mobilité, bien plus grande que celle d'un ganglion hypertrophié, sont de bons éléments de diagnostic.

Mais toutes les tumeurs mixtes n'ont pas une consistance aussi ferme, quelques-unes sont à marche rapide.

D'autre part les tumeurs malignes de la sous-maxillaire peuvent dans leur première période se présenter comme des tumeurs circonscrites et relativement mobiles. Enfin les tumeurs mixtes, après un laps de temps plus ou moins long, peuvent changer de marche, cette modification étant en rapport avec une transformation de leur structure histologique, et se conduire exactement comme des tumeurs primitivement malignes, c'est-à-dire adhérer à tous les tissus environnants, envahir les ganglions, se généraliser et entraîner la mort.

**Tumeurs malignes.** — Les tumeurs malignes de la sous-maxillaire sont le sarcome et l'épithélioma. D'après Jouliard, « tandis que le sarcome est la tumeur maligne de beaucoup la plus fréquente dans la parotide, et l'épithélioma la tumeur maligne exclusivement observée dans la sublinguale, les trois variétés de tumeurs se rencontrent dans la sous-maxillaire, sans présenter cette fréquence extrême de l'une d'elles aux dépens des autres. Presque toujours mixtes ou complexes dans la parotide, toujours simples dans la sublinguale, les dernières sont la règle et les tumeurs mixtes l'exception dans la sous-maxillaire.

Jouliard pense qu'il faut chercher la raison de ces différences dans la structure des glandes. Ainsi formulée, cette proposition serait peut-être acceptable, mais l'auteur ajoute qu'il s'agit non pas de différence dans la composition histologique des acini, mais de celle du tissu conjonctif intermédiaire, ici lâche et lamelleux, là dense et serré, et alors l'explication devient, il faut en convenir, plus qu'insuffisante.

Le sarcome s'observerait dans la moitié des cas de tumeurs malignes de la sous-maxillaire. On a décrit dans cet organe des sarcomes embryonnaires, du sarcome fasciculé, du chondro-sarcome, mais ces derniers cas doivent être rattachés aux tumeurs mixtes.

Les épithéliomas ne sont pas tous absolument identiques, ils sont cylindriques, muqueux, myxoides.

Ils commencent soit au niveau des conduits excréteurs, soit au niveau des acini, et s'étendent rapidement à toute la glande.

Ces tumeurs malignes en se développant englobent les ganglions sous-maxillaires, adhérent au maxillaire.

La peau, pendant longtemps indemne, est finalement envahie et ulcérée. La muqueuse buccale est généralement respectée, bien que soulevée par la tumeur, qui bombe dans la cavité buccale, quand elle est d'un certain volume. Le canal de Wharton, les glandes sublinguales, la parotide, seraient susceptibles d'être atteints de proche

en proche par le tissu morbide. Les nerfs déplacés et refoulés par le néoplasme ne sont que tardivement comprimés et infiltrés par les éléments néoplasiques.

Le début de l'affection, comparable en cela à celui de la plupart des tumeurs malignes, est insidieux et lent. Dans son excellent travail, Jouliard renonce à décrire séparément, au point de vue de leurs signes, le sarcome et l'épithélioma de la glande sous-maxillaire. « Justifiées dans ces deux glandes (mamelles et parotide) par une différence symptomatique sensible, les descriptions distinctes n'ont pas de raison d'être dans la glande sous-maxillaire, dont le sarcome ne présente aucun caractère clinique spécial. »

La tumeur, de volume variable, est habituellement mal limitée, et difficile à isoler, par la palpation, du reste de la glande sous-maxillaire. L'exploration montre que cette glande est le siège d'une induration diffuse, et que sa consistance est ferme et même dure. Dans les premiers stades de l'affection, la peau glisse facilement à la surface de la tumeur. Il est assez délicat d'apprécier sa mobilité absolue, les parties molles se déplaçant en masse sous la pression du doigt. Aussi n'est-il pas toujours possible d'affirmer que la tumeur adhère ou n'adhère pas aux tissus environnants.

Le néoplasme, indolent à sa première période, détermine plus tard de très vives douleurs, dont on trouve parfois l'explication dans les rapports de la masse néoplasique avec un nerf qu'elle englobe, ou comprime, ou envahit. Le fait a été constaté en particulier pour le nerf mentonnier, au moment où il sort de la mâchoire.

Le volume de la tumeur, les douleurs dont elle est le siège, la rigidité du plancher buccal entraînée par sa présence, l'obstacle qu'elle apporte au libre abaissement du maxillaire, apportent quelquefois, dans l'alimentation et l'articulation des mots, une gêne assez notable.

Il est intéressant de savoir ce que devient la sécrétion salivaire dans la glande altérée. A cet égard les documents sont peu nombreux.

Talazac pensait que la sécrétion salivaire était diminuée. Il est probable qu'il en est toujours ainsi au bout d'un certain temps. La dégénérescence de la glande, quand elle est avancée, amène même, on peut le dire, la suppression forcée de la fonction salivaire, puisque l'organe est complètement détruit. Talazac pensait qu'alors du suc cancéreux pouvait sourdre par le canal de Wharton, simple vue de l'esprit que les faits n'ont pas encore confirmée. Mais au début de l'affection, il semble que, dans certains cas tout au moins, la salive puisse être sécrétée en excès. C'est ce qui était arrivé chez un malade de Prengrueber. Cet homme « était tourmenté par une envie presque continuelle de cracher, qui le tenait en éveil une partie de la nuit... La tumeur, gênante déjà par son volume, l'empêche de travailler à cause de l'expulsion continuelle de la salive dont elle est l'origine »



Pour expliquer cette suractivité fonctionnelle, l'auteur se demande s'il ne faut pas invoquer, outre le volume exagéré de l'organe, « l'irritation des filets de la corde du tympan par les éléments de nouvelle formation ».

Quand la tumeur adhère à la peau, elle finit par s'ulcérer. Dans le cas de sarcome, de gros bourgeons viennent faire saillie à travers les pertes de substance de la peau. L'état général s'altère rapidement, et la mort est la terminaison forcée de la maladie abandonnée à elle-même.

Le *diagnostic* n'est pas toujours facile. L'observation de Prengreber montre qu'on peut prendre une tumeur maligne pour une tumeur bénigne. On peut prendre pour tumeur de la glande une adénopathie sous-maxillaire, et *vice versa*. Ces confusions ont été souvent commises autrefois, et elles s'expliquent fort bien par la difficulté qu'il y a à séparer, par la palpation, ces organes qui, placés dans la même loge, sont en contact si intime, qu'au bout d'un certain temps, le cancer, développé dans la glande, pénètre les ganglions, et réciproquement. Mais le cancer ganglionnaire est toujours secondaire, et l'on trouve soit sur la face, soit aux lèvres, soit dans la bouche, l'épithéliome qui a été le point de départ et la raison d'être de l'adénopathie. Cependant les ganglions sont parfois le siège de tumeurs malignes primitives qui ont pu être prises pour des cancers de la glande qu'ils entourent. Ces lymphosarcomes évoluent rapidement, s'accompagnent d'engorgements des autres ganglions du cou, et prennent en peu de temps des proportions relativement considérables.

Les adénopathies syphilitiques, dures, froides, volumineuses, pourraient devenir une cause d'erreur, si leur développement n'était bien trop rapide et si l'on ne trouvait toujours l'accident initial dont l'adénopathie est la conséquence obligée.

Certaines tumeurs formées par l'actinomyose sont autrement difficiles à distinguer pour l'observateur non prévenu. Mais les tumeurs actinomycosiques ont un caractère subinflammatoire, adhèrent largement et dès le début aux téguments et à la muqueuse, s'accompagnent de rougeur et de chaleur à la peau, et quand elles s'ouvrent, donnent issue à un liquide puriforme, au milieu duquel le microscope révèle facilement le parasite de l'actinomyose.

Quand le néoplasme, dépassant les limites de la glande où il a pris naissance, adhère à la mâchoire, on peut hésiter et se demander s'il ne s'agit pas d'une tumeur du maxillaire, et en particulier d'un ostéosarcome. La confusion est possible, puisqu'elle a été faite par Verneuil lui-même. Cependant on remarquera que, dans le cas d'adhérence à la mâchoire d'une tumeur primitivement sous-maxillaire, cet os n'est généralement pas entouré complètement par la tumeur, que celle-ci se trouve située en réalité au-dessous, et que son extrémité supérieure tient seule à la mâchoire, que les dents ne sont

ni ébranlées, ni même douloureuses dans beaucoup de cas. On arrivera parfois à établir, par l'interrogatoire du malade, que la tumeur était primitivement mobile et indépendante, et que c'est peu à peu et tardivement qu'elle s'est fixée.

Il sera souvent assez délicat de savoir si l'on a affaire à des ganglions néoplasiques ou à une glande sous-maxillaire cancéreuse, du moins si l'on se rapporte aux constatations limitées à la région sous-maxillaire. Car on trouvera presque toujours sans difficulté le point de départ des adénopathies. Talazac conseille, pour différencier les adénopathies des tumeurs de la glande salivaire, d'introduire un stylet dans le canal de Wharton, et d'observer les mouvements que peuvent imprimer à ce stylet les déplacements que l'on fait subir à la tumeur. Si les mouvements se transmettent, c'est qu'il s'agit de la glande. Cette exploration est une assez pauvre ressource d'une façon générale; dans le cas particulier elle est inutile; glande et ganglions forment une masse solidaire, et quel que soit le résultat de cette recherche, on n'en pourra logiquement rien conclure.

Enfin la glande sous-maxillaire, chroniquement enflammée par suite de la présence d'un calcul dans le canal de Wharton, peut, par son induration ligneuse et ses adhérences, simuler un cancer. L'erreur a été plusieurs fois commise, et le serait encore si l'on omettait, en présence de ces glandes modifiées et adhérentes, d'examiner le canal de Wharton. L'exploration du plancher de la bouche à l'aide du doigt peut être insuffisante, et il est nécessaire en cas de doute de faire, à l'aide d'un fin stylet, le cathétérisme du conduit excréteur.

**Traitement.** — Quand la tumeur est limitée et mobile, l'indication formelle est d'en faire l'extirpation, si l'état général ne s'y oppose point. Jobert autrefois a pratiqué cette intervention par la voie buccale. L'opération par la bouche peut être admise à la rigueur pour une tumeur bénigne et circonscrite, et tendant à faire saillie de ce côté. Pour les tumeurs malignes, il n'est pas douteux qu'on ne doive renoncer absolument à les aborder du côté de la bouche. La voie sus-hyoïdienne est seule de mise. L'extirpation de la glande sous-maxillaire est une opération relativement facile en somme, mais qui demande du soin dans l'hémostase et de la prudence dans la dissection. A une époque où cette ablation était moins bien réglée et où l'on ne disposait que de moyens hémostatiques rudimentaires, elle était grave, et certaines interventions de ce genre se sont terminées par des désastres. — Verneuil autrefois a donné de bons préceptes pour extirper méthodiquement et presque sans perte de sang la glande sous-maxillaire. Celle-ci, mise à découvert par une longue incision, légèrement courbe, est décollée peu à peu de haut en bas et d'avant en arrière. Quand on arrive à la partie postérieure, on jette une ligature sur le pédicule formé par l'artère faciale, au moment où elle s'enfonce dans le sillon que lui présente la glande.



Les résultats de ces opérations sont relativement satisfaisants, quand la tumeur est limitée et mobile, satisfaisants, non seulement au point de vue opératoire immédiat, la mortalité étant nulle, mais encore au point de vue définitif, la guérison pouvant être durable, prolongée et même définitive.

Quand la tumeur est adhérente au maxillaire, le cas est mauvais, et généralement il vaut mieux s'abstenir. Cependant on est autorisé, quand l'intervention paraît devoir fournir encore quelques chances de succès, à tenter l'extirpation, et à la compléter par la résection d'une portion plus ou moins étendue de la mâchoire.

## MALADIES DE L'ŒSOPHAGE

PAR

MICHEL GANGOLPHE

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon,  
Chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu.

Tandis que certaines lésions de l'œsophage méritent surtout d'être connues à cause de leur extrême rareté, mais peuvent être signalées rapidement, d'autres affections se présentent avec une telle fréquence qu'il faut réserver la première place à l'étude de leurs symptômes et de leur traitement. C'est pour ce motif que les chapitres consacrés aux corps étrangers, aux rétrécissements cicatriciels et néoplasiques de l'œsophage ont été, de préférence, l'objet de considérations cliniques et opératoires importantes.

### NOTIONS D'ANATOMIE CHIRURGICALE.

Étendu du pharynx à l'estomac, l'œsophage commence au niveau du disque intermédiaire à la sixième et à la septième vertèbre cervi-

MOUTON, Du calibre de l'œsophage et du cathétérisme œsophagien, thèse de Paris, 1874. — COMTE, Des accidents du cathétérisme de l'œsophage, thèse de Paris, 1877. — WALDENBURG, Œsophagoscopie (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1870). — MIKULICZ, Ueber Gastroskopie und Œsophagoscopie (*Centralblatt für Chir.*, 1881, p. 677). — HAMBURGER, Analyse par Henocque (*Gaz. hebdomadaire*, Paris, 1870-1872). — SAINTE-MARIE, Des différents modes d'exploration de l'œsophage, thèse de Paris, 1875. — BARETY, De l'auscultation des bruits œsophagiens pendant la déglutition (*Revue de méd.*, Paris, 1884). — ROSENHEIM, Pathologie und Therapie der Krankheiten der Speiseröhre und des Magens, 1891 (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1895).

TERRIER, De l'œsophagotomie externe, thèse de Paris, 1870. — S. DUPLAY, De l'œsophagotomie (*Arch. gén. de méd.*, 1871). — MICHEL, art. ŒSOPHAGOTOMIE (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, Paris, 1880). — IVAN WASSILOFF, *Vratch*, 1888, n° 25. — QUÉNU et HARTMANN, Des voies de pénétration chirurgicale dans le médiastin postérieur (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1891). — JACOB POTARCA, L'œsophagotomie intrathoracique par le médiastin postérieur, thèse de Bucharest, 1894. — Roumanie médicale. — LEVY, Ueber die Resektion der Cardia (*Centralblatt für Chir.*, 1894). — REMY GAILLARD, thèse de Lyon, 1894.

STEFFEN, Krankheiten der Œsophagus (*Jahrb. für Kinderh.*, vol. II, 1868). — ZENKER et ZIEMSEN, Krankheiten der Œsoph. (*Handb. der spec. Path. und Therapie von Ziemsen*, Leipzig, 1877, Bd. VII. — LUTON, Art. ŒSOPHAGE (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, Paris, 1877). — MICHEL, Art. ŒSOPHAGE (*Dict. encyclop.*