

dent de sagesse, d'une fissure de la commissure labiale, d'une exulcération aphteuse, d'une ulcération herpétique. Elle pourrait aussi se faire par les conduits glandulaires, le canal de Wharton. C'est le seul mode d'entrée qu'admette Roser, bien à tort, quelques autopsies ayant montré l'intégrité absolue de la glande sous-maxillaire.

**Anatomie pathologique.** — Les lésions sont celles qu'on observe dans le phlegmon diffus; les veines sont quelquefois thrombosées; la glande sous-maxillaire est tantôt absolument saine, tantôt remplie d'un liquide fétide.

On a noté fréquemment l'existence de lésions inflammatoires du côté des muscles et de la muqueuse du larynx et, dans quelques cas, des manifestations à distance dans les plèvres, le péricarde, le péritoine, les ventricules cérébraux, etc. Comme dans tous les états infectieux, la rate est tuméfiée, ramollie et friable.

**Symptômes.** — A la suite d'un refroidissement, au déclin d'une angine, d'une amygdalite légère, après des douleurs de dents, quelquefois sans cause appréciable en pleine santé, le sujet est pris de léger mouvement fébrile (frissons répétés, céphalalgie, courbature, inappétence), de gêne dans les mouvements de la déglutition; en même temps ou peu après, apparaît la tuméfaction sous-maxillaire, qui quelquefois est dure comme du bois. Rapidement, en deux ou trois jours, cette tuméfaction augmente considérablement ainsi que les symptômes généraux; la maladie est confirmée.

La tuméfaction ne descend en général que jusqu'au niveau du cartilage thyroïde; on l'a cependant vue aller plus bas, jusqu'au sternum. La tête est raide, un peu penchée en avant et du côté enflammé; la peau du cou, normale au début, devient rosée et même rouge. Au palper on n'a pas la sensation d'empâtement dur que donne l'adéno-phlegmon, mais nulle part on ne trouve de fluctuation.

La salive coule au dehors par la bouche entr'ouverte et l'on peut apercevoir dans l'intervalle des dents, que le malade n'écarte qu'avec difficulté, la langue quelquefois normale, le plus souvent tuméfiée, toujours refoulée en haut. Le plancher buccal est saillant et forme un bourrelet rouge violacé à la face interne du maxillaire inférieur.

La fièvre est vive (40 degrés), il y a une teinte subictérique des conjonctives, de l'albuminurie, etc., en un mot, tous les signes d'un état infectieux.

**Marche. — Durée. — Terminaisons.** — Par un traitement chirurgical énergique, on arrive souvent à enrayer la marche de l'affection et à obtenir une amélioration rapide.

Abandonnée à elle-même, la maladie évolue en général vers une terminaison fatale; tantôt l'asphyxie survient par suite de l'extension des lésions vers l'orifice supérieur du larynx, tantôt des gaz se développent dans le tissu cellulaire, des perforations spontanées multiples se font soit du côté des muqueuses, buccale et pharyngienne, soit à la peau, et la mort survient au milieu de phénomènes généraux septicémiques, quelquefois avec le cortège symptomatique de la pyohémie.

Ludwig dit cependant avoir observé la guérison en l'absence de toute intervention.

**Diagnostic.** — L'adéno-phlegmon sous-maxillaire se distingue facilement: seuls les abcès sous-linguaux et les ostéomyélites aiguës du maxillaire inférieur peuvent prêter à confusion.

Dans l'abcès sous-lingual on a des phénomènes locaux rappelant quelquefois beaucoup ceux du phlegmon diffus au début; mais les symptômes généraux n'ont pas l'allure infectieuse de ceux du phlegmon gangreneux; un palper minutieux permet de trouver, au milieu de l'empâtement œdémateux, un point plus induré, plus douloureux; enfin l'incision ouvre un foyer, souvent très petit, il est vrai, mais dont l'ouverture est suivie d'un amendement presque immédiat des symptômes.

Dans l'ostéomyélite aiguë du maxillaire inférieur, la tuméfaction occupe moins franchement la région sus-hyoïdienne, elle s'étend au-dessus du bord inférieur du maxillaire; il y a plus rapidement tendance à la formation d'un foyer collecté; mais, comme dans un certain nombre de cas, l'ostéomyélite aiguë infectieuse du maxillaire s'accompagne de phénomènes gangreneux, le diagnostic avec le phlegmon diffus du plancher buccal peut présenter quelquefois les plus grandes difficultés.

**Pronostic.** — Le pronostic est grave, peut-être moins qu'on ne le dit généralement, si le traitement est bien dirigé.

**Traitement.** — Le traitement chirurgical est d'une importance capitale: une ou plusieurs incisions sont nécessaires pour dégorgier ces tissus infiltrés de pus, sans collection en aucun point. Il ne faut pas craindre de faire ces incisions profondes, de les agrandir, de les creuser au thermocautère, si l'on voit que les accidents inflammatoires ne s'amendent pas d'une façon immédiate. On obtiendra ainsi, en même temps qu'une diminution des phénomènes locaux, une cessation presque complète des symptômes généraux.

De plus, on prescrira de fréquents lavages antiseptiques de la cavité buccale et l'emploi à l'intérieur de toniques et d'alcool.

### III

#### TUMEURS DU PLANCHER BUCCAL

Les tumeurs ayant leur point de départ dans les glandes salivaires de la région seront étudiées plus loin<sup>(1)</sup>; nous nous bornerons donc ici à l'étude des kystes non salivaires, des tumeurs sanguines, des lipomes et de l'épithélioma du plancher buccal.

##### A. — KYSTES SÉREUX

On a observé au niveau du plancher buccal des kystes séreux congénitaux ou acquis. Les congénitaux ne sont que des dépendances des kystes séreux du cou et seront étudiés avec eux<sup>(2)</sup>; les kystes acquis sont encore mal connus. Dans

<sup>(1)</sup> Voy. p. 501.

<sup>(2)</sup> Voy. plus loin: *Kystes séreux du cou.*



quelques cas on a parlé de kystes développés dans la bourse de Fleischmann, dont l'existence même est discutée (1). Ces kystes seraient caractérisés par la nature du liquide, différent de la salive, le cloisonnement de la poche, le siège médian de la tumeur, qui est parfois divisée en deux par le frein de la langue, l'épaisseur et la dureté de ses parois, le manque fréquent de fluctuation. Ces divers caractères sont toutefois d'une netteté insuffisante pour permettre de déterminer exactement la nature du kyste, et de nouvelles observations sont nécessaires pour établir d'une façon certaine le point de départ de ces kystes.

#### B. — KYSTES DERMOÏDES DU PLANCHER BUCCAL

Les kystes dermoïdes du plancher buccal paraissent connus depuis longtemps. Pierre de Marchettis les avait décrits sous le nom de tumeurs sébacées du plancher buccal; ils n'ont toutefois été bien étudiés que dans ces quinze dernières années.

GUETERBOCK (P.), Ueber eine Dermoidcyste am Boden der Mundhöhle. *Arch. für klin. Chir.*, Berlin, 1878, t. XXII, p. 985. — BARBÈS (E.), Contribution à l'étude des kystes dermoïdes du plancher de la bouche. Thèse de Paris, 1879, n° 202. — COMBALAT, Sur une observation de kyste dermoïde du plancher de la bouche. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1881, nouv. série, t. VII, p. 504 (discussion). — OZENNE, Des kystes dermoïdes subling. *Arch. génér. de méd.*, Paris, 1885, t. I, p. 278. — BARKER, Sebaceous or dermoid cyst of the tongue; removal by submental incision; cure. *Trans. of the clin. Soc.*, London, 1885, t. XVI, p. 215. — DARDIGNAC, Observation de tumeur dermoïde du plancher buccal (rapport de Chauvel). *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1885, nouv. série, t. IX, p. 710 et *Revue de chirurgie*, Paris, 1884, t. IV, p. 655. — MORRIS (H.), Three cases of dermoid cyst. *Med. Times and Gaz.*, London, 1884, t. I, p. 45. — ACHARD et LANNELONGUE (O.), Traité des kystes congénitaux, Paris, 1886, p. 25 et 250 (bibliogr.). — MARCHANT (G.), Note sur les kystes dermoïdes du plancher buccal. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1886, p. 655 (bibliogr.). — RECLUS (P.), Des kystes dermoïdes du plancher buccal. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, Paris, 1887, p. 75. — GUINARD (A.), Kyste dermoïde du plancher de la bouche. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1888, p. 184. — SCHMITT, Kyste dermoïde sublingual. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1891, p. 22.

**Étiologie.** — Le sexe est sans influence sur leur production, comme le montrent les relevés statistiques de G. Marchant qui, sur 20 kystes du plancher buccal, a trouvé un nombre égal d'hommes et de femmes. Ils sont d'origine congénitale, mais ne deviennent en général manifestes que de dix-huit à vingt-cinq ans; ils peuvent toutefois s'observer aux âges extrêmes, soit quelques jours après la naissance, comme dans un cas de Richet, soit à un âge avancé, à soixante-deux ans chez un malade d'Ed. Cruveilhier.

**Anatomie pathologique et pathogénie.** — La structure de ces kystes est celle des kystes dermoïdes en général; presque toujours il s'agit de kystes dermoïdes simples, contenant quelquefois des poils. Dans un cas exceptionnel, Th. Anger a noté une structure muqueuse.

La tumeur, de forme générale arrondie, à parois épaisses, siège ordinairement sur la ligne médiane et se développe dans un espace que limitent latéralement les génio-glosses et les génio-hyoïdiens, inférieurement le mylo-hyoïdien. Cette situation anatomique n'est toutefois pas absolue, et l'on peut, dans des cas rares, voir le kyste occuper la partie latérale du plancher buccal.

La tumeur est assez mobile par rapport aux parties voisines; toutefois, dans

(1) Voy. p. 305.

la plupart des observations récentes, on trouve noté un caractère d'une grande importance, l'existence d'adhérences au squelette, soit aux apophyses géni, soit à l'os hyoïde (fig. 65).

La formation de ces kystes s'explique par l'enclavement d'un petit sac ordinairement cutané, exceptionnellement muqueux, qui, resté inerte pendant des années, se met tout à coup à sécréter, par suite d'une cause encore inconnue. Cet enclavement se fait le plus souvent soit entre les deux bourgeons maxillaires inférieurs, soit entre le cartilage de Meckel et le maxillaire inférieur. L'adhérence aux apophyses géni, la dépression du maxillaire inférieur, signalée par Combalat, le prouvent. Mais, comme le fait observer O. Lannelongue, tous les kystes dermoïdes du plancher buccal ne dépendent pas, à leur origine, des bourgeons maxillaires inférieurs;

il en est qui proviennent des fentes branchiales proprement dites et qui sont véritablement des kystes du cou, ainsi que l'atteste leur adhérence non plus avec le maxillaire inférieur, mais avec l'os hyoïde (cas de Denonvilliers et Verneuil, de Verneuil, de Gueterbock, de G. Marchant).

**Symptômes.** — Les premiers symptômes remontent quelquefois au début de la vie, et l'on cite des faits où l'enfant a toujours eu un menton développé, un double menton: c'est l'exception. Ordinairement, l'existence d'une tuméfaction n'a été constatée qu'à un âge relativement avancé, aux environs de la vingtième année.

Le kyste soulève la muqueuse, généralement sur la ligne médiane, quelquefois latéralement; la saillie qu'il fait dans la bouche est souvent blanchâtre ou jaunâtre. Lorsque son volume s'est accru au point d'atteindre celui d'un œuf, il détermine une voussure de la région sus-hyoïdienne (fig. 66). Au palper, on constate l'existence d'une tumeur dont on apprécie quelquefois assez mal la forme arrondie, à cause de la résistance des muscles qui la brident. Cette tumeur, en général assez dure, peut avoir une consistance pâteuse, et l'on cite des faits où elle gardait l'impression du doigt; quelquefois elle est franchement fluctuante. Elle est mobile, sans adhérence à la muqueuse buccale qu'on

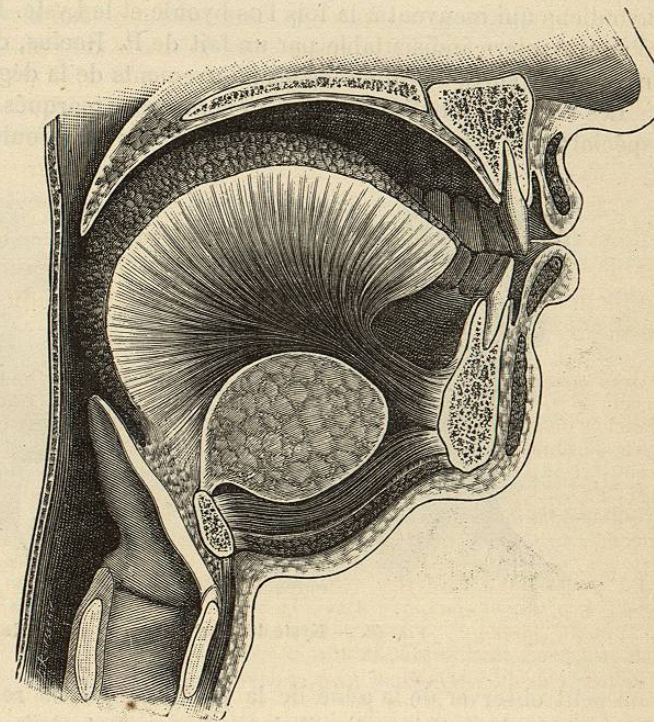


FIG. 65. — Kyste dermoïde ad-hyoïdien. (G. Marchant.)



peut faire glisser sur elle; mais souvent elle adhère soit au maxillaire par des tractus fibreux reconnaissables au palper, soit à l'os hyoïde dont elle suit les mouvements pendant la déglutition. Cette dernière particularité, que G. Marchant regardait comme liée à l'existence d'adhérences à l'os hyoïde, est simplement due aux rapports qu'affecte la tumeur avec les muscles sus-hyoïdiens qui meuvent à la fois l'os hyoïde et le kyste. La preuve en est fournie d'une manière indiscutable par un fait de P. Reclus, où le kyste, adhérant au maxillaire, suivait néanmoins les mouvements de la déglutition.

Les troubles fonctionnels, en général peu marqués, ne présentent rien de spécial; si la tumeur est un peu volumineuse et refoule notamment la langue,

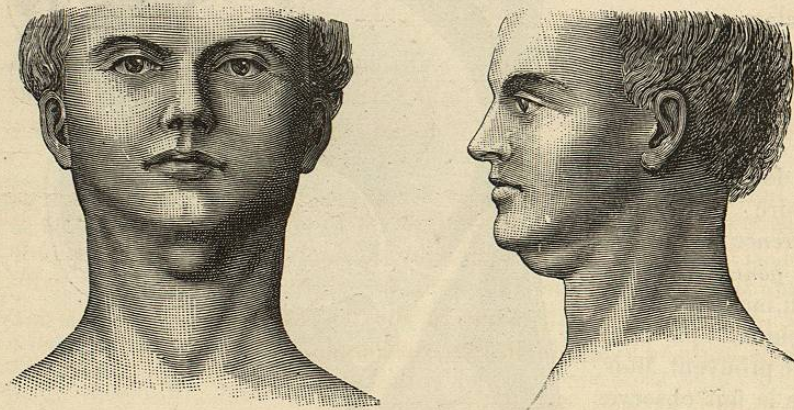


FIG. 66. — Kyste dermoïde ad-hyoïdien. (G. Marchant.)

on peut observer de la gêne de la phonation, de la respiration, de la mastication, de la déglutition et, s'il s'agit d'un enfant, de la succion.

Les kystes dermoïdes du plancher buccal ont au début une marche très lente; arrivés à une certaine période, ils s'accroissent plus rapidement et généralement présentent le volume d'un œuf quand le malade vient consulter le chirurgien. Leurs dimensions peuvent être plus considérables, atteindre celle d'une orange; dans un cas de Reclus, le kyste avait le volume d'un poing d'adulte; dans un autre de Linhart, ses dimensions étaient telles, qu'il touchait la voûte palatine et empêchait le rapprochement des mâchoires.

**Diagnostic.** — Le siège souvent médian, la saillie sus-hyoïdienne, l'absence de transparence, la mobilité de la tumeur, la constatation d'adhérences squelettiques permettent le plus souvent de faire le diagnostic.

**Pronostic.** — Le pronostic est relativement bénin et l'intervention en général suivie de succès.

**Traitement.** — On a conseillé l'excision partielle avec cautérisation de la face interne du kyste, l'incision suivie de drainage; ces divers traitements sont abandonnés et l'on cherche aujourd'hui à faire l'extirpation complète du kyste. Cette opération est le plus souvent facile, la tumeur ne présentant, à part son pédicule fibreux, aucune adhérence aux parties voisines, à moins d'irritations dues à un traitement antérieur mal dirigé (ponctions, injections, etc.).

Jusqu'à ces dernières années, on a fait l'extirpation par la voie buccale afin d'éviter une cicatrice extérieure. Actuellement, on revient à l'incision cutanée, déjà préconisée autrefois par Denonvilliers et Padiou<sup>(1)</sup>. Celle-ci, avec les pansements antiseptiques, ne laisse qu'une cicatrice linéaire, cachée par la saillie du menton; elle n'expose pas à la section des canaux de Wharton, à la stagnation de liquides buccaux dans un cul-de-sac déclive; elle permet un abord facile de la tumeur, qu'on est dès lors plus sûr d'extirper complètement.

#### C. — KYSTES HYDATIQUES DU PLANCHER BUCCAL

LAUGIER (M.), De la grenouillette hydatique. *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1871, t. II, p. 412.

Les kystes hydatiques du plancher buccal sont extrêmement rares. On n'en trouve que quelques observations. Pour Laugier, ils résulteraient de la fixation, sur le plancher buccal, d'un embryon de ténia, qui perforerait la muqueuse, puis se développerait sur place.

Le début, la marche et les symptômes rappellent beaucoup ceux de la grenouillette vulgaire<sup>(2)</sup>; le kyste hydatique s'en distinguerait toutefois parce que sa paroi est plus épaisse, et que, par suite, la fluctuation est plus profonde. Dans un cas de Richet, la tumeur était même très dure et partiellement calcifiée.

L'absence d'adhérences squelettiques et les résultats de la ponction permettent de distinguer l'hydatide du kyste dermoïde.

Le **pronostic** est sans gravité.

Le **traitement** consistera soit en une excision et une cautérisation de la paroi, soit, ce qui nous semble préférable, en une extirpation complète de la tumeur.

#### D. — TUMEURS SANGUINES DU PLANCHER BUCCAL

Les tumeurs sanguines spéciales à la région sont des sortes de *tumeurs érectiles*, qui occupent le siège des grenouillettes ordinaires et que Dolbeau a décrites sous le nom de *grenouillettes sanguines*<sup>(3)</sup>.

DOLBEAU, *Mémoire sur une variété de tumeur dite grenouillette sanguine*. Paris, 1857. — PERASSI, *Caso di ranula sanguigna in una bambina di sette mesi*. *Giornale della R. Acad. di med. di Torino*, 1875, n° 11, et *Rivista di med., di chir. e di terap.*, 1875, 10° fasc.

D'après Dolbeau, ces *grenouillettes sanguines* succèdent à des tumeurs érectiles veineuses : 1° par la rupture ou l'ulcération de la paroi veineuse et l'épanchement du sang dans les tissus; 2° par l'oblitération des veines sur certains points et la destruction des parois contiguës dans les portions restées libres, d'où formation d'une cavité; 3° par la dilatation latérale du même vaisseau.

Toujours congénitales, ces tumeurs sont violacées, réductibles et augmentent

<sup>(1)</sup> G. MARCHANT, *Loc. cit.* — P. RECLUS, *Loc. cit.*

<sup>(2)</sup> Voy. plus loin, p. 305.

<sup>(3)</sup> Signalons simplement un cas exceptionnel d'anévrysme artério-veineux ayant nécessité la ligature des deux linguales. (A. DESPRÈS, Tumeur veineuse du plancher de la bouche. Anévrysme artério-veineux. Ligature des deux linguales. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1879, nouv. série, t. V, p. 794.)



pendant les efforts. Leur marche est fort lente; elles peuvent s'enflammer et se transformer en un kyste séro-sanguin isolé.

Dolbeau, par crainte de l'infection purulente survenue après une ponction dans un cas de Nélaton, voulait qu'on s'abstint de tout traitement. On a eu recours aux injections de perchlorure de fer, aux cautérisations, à l'électrolyse; mieux vaudrait, si l'on se décide à intervenir, recourir franchement à l'extirpation, la forcipressure mettant aujourd'hui à l'abri de l'hémorragie.

#### E. — LIPOMES DU PLANCHER BUCCAL

Signalées au niveau du plancher buccal par Marjolin, Dupuytren, J.-B. de Landeta, ces tumeurs ont été improprement décrites sous le nom de *grenouillettes graisseuses*.

DE LANDETA (J.-B.), *Réflexions sur quelques tumeurs sublinguales*. Thèse de Paris, 1865, n° 4.  
— CHURCHILL, Fatty tumour simulating ranula. *Transact. of the path. Soc.*, London, 1872, t. XXIII, p. 255. — MONOD (Ch.), Lipome du plancher de la bouche. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1881, nouv. série, t. VII, p. 365.

Les lipomes du plancher buccal se rapprochent beaucoup des kystes dermoïdes, mais sont beaucoup plus rares, ont une marche lente et continue, tendent à se développer du côté du cou plutôt que vers la bouche. De Landeta signale à leur niveau une teinte jaunâtre de la muqueuse, qui manquait dans un cas de Ch. Monod. La sensation perçue par le palper est une sensation de fausse fluctuation, de tumeur liquide très distendue.

Le seul traitement est l'extirpation au bistouri qu'on fera lorsque la tumeur deviendra gênante par son volume.

#### F. — TUMEURS MALIGNES DU PLANCHER BUCCAL

Le plancher buccal peut être envahi par des tumeurs malignes nées dans les organes voisins (langue, maxillaire inférieur); il peut être le point de départ des lésions. Seuls les néoplasmes, nés dans la région, nous arrêteront.

DE LANDETA (J.-B.), *Réflexions sur quelques tumeurs sublinguales*. Thèse de Paris, 1865, n° 4.  
— BRADY, On a case of sublingual tumour, etc. *Medical Times and Gaz.*, London, 1867, t. I, p. 386. — VERNEUIL, Épithélioma des glandes sublinguales. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1871, 2<sup>e</sup> série, t. XII, p. 225. — SPENCE, Sublingual canceroid ulcer; operation; recovery. *The Lancet*, London, 1875, t. I, p. 858. — MARGNAT (A.-F.), *Contribution à l'étude de l'épithélioma de la glande sublinguale considéré surtout au point de vue du traitement*. Thèse de Paris, 1877, n° 152. — BRYANT, Two cases of epith. of the tongue and one of epith. of the floor of the mouth. *The Lancet*, London, 1878, t. I, p. 827. — LARRIEU (L.), *Contribution à l'étude de l'épithélioma du plancher de la bouche*. Thèse de Paris, 1879, n° 506. — ZEISSL, Eine noch nicht beschriebene Geschwulst der Sublingualdrüse. *Stricker's med. Jahrb.*, Vienne, 1882, t. II, p. 497. — FAURE, *De l'épithélioma du plancher de la bouche*. Thèse de Paris, 1885-1884, n° 245. — FEUILLETAUD, *Du traitement chirurgical des tumeurs du plancher de la bouche*. Thèse de Paris, 1885-1886, n° 152. — RICHEL, Cancroïde ulcéré du plancher buccal. *France méd.*, Paris, 1886, t. II, p. 1515.

**Étiologie.** — L'épithélioma du plancher buccal se montre surtout de cinquante à soixante ans et presque exclusivement chez l'homme : 15 fois sur 16 (P. Faure). Les diverses irritations locales, invoquées à propos du cancroïde de la langue, trouvent ici leur place comme causes prédisposantes.

**Anatomie pathologique.** — La maladie débute par la muqueuse de la région, peut-être quelquefois, ce serait même la règle pour Verneuil, par les glandes sublinguales.

En tout cas, très rapidement l'affection envahit les glandes sublinguales; elle s'étend même plus loin, dans les ganglions, dans la glande sous-maxillaire, et se propage, d'autre part, au maxillaire inférieur.

Histologiquement, on trouve soit un épithélioma pavimenteux lobulé, soit un épithélioma tubulé, soit même un épithélioma à la fois tubulé et lobulé, comme le fait a été observé par Suchard dans une autopsie.

**Symptômes.** — Le début a lieu généralement par une petite tumeur verruqueuse, de la grosseur d'un pois, dure, indolente, ne révélant sa présence que par un peu de gêne dans les mouvements de la langue; dans quelques cas, la maladie commence par une petite fissure linéaire à base indurée.

Rarement le chirurgien est appelé à cette période; le plus souvent, lorsque le malade se présente à lui, il existe déjà un ulcère linéaire, en forme de tranchée, reposant sur une base dure qui constitue la tumeur; l'induration s'étend souvent au loin et comprend le périoste du maxillaire inférieur dans une étendue variable, les ganglions et même la glande sous-maxillaire.

La *marche* est beaucoup plus rapide que celle de l'épithélioma lingual et la récurrence presque constante (A. Verneuil).

Aussi faut-il, lorsqu'on intervient, faire des opérations larges et même réséquer une étendue plus ou moins grande du maxillaire inférieur.

## CHAPITRE II

### MALADIES DES GLANDES SALIVAIRES

#### I

#### LÉSIONS TRAUMATIQUES

Les lésions traumatiques des glandes salivaires ne présentent d'intérêt qu'au niveau de la région parotidienne; elles atteignent, suivant les cas, la glande ou son canal excréteur.

PERCY, *Bull. de la Faculté de méd.*, 1811, n° 3. — DENONVILLIERS et GOSSELIN, *Compendium de chir. prat.*, Paris, 1861, t. III, p. 799. — BOYER, *Traité des maladies chir.*, 4<sup>e</sup> édit., Paris, 1851, t. VI, p. 252. — THORNLEY STOCKER, On the re-establishment of a divided salivary duct. *Dublin Journ. of med. sc.*, 1882, t. LXXIII, p. 8. — LEGUEST, *Traité de chir. d'armée*, 1<sup>re</sup> édit., Paris, 1865, p. 582; 2<sup>e</sup> éd., 1872, p. 280.

#### A. — PLAIES DE LA GLANDE PAROTIDE

Les plaies de la parotide sont importantes non seulement parce qu'elles inté-