

celle-ci ne se montre même ordinairement qu'après plusieurs récidives de la grenouillette sublinguale rompue spontanément ou ouverte chirurgicalement. Dans quelques cas les deux tumeurs se développent simultanément. Exceptionnellement enfin la tumeur succède à l'introduction d'un corps étranger dans le canal de Wharton.

La grenouillette sus-hyoïdienne constituée forme une tumeur indolente, dont le volume varie d'un petit œuf de poule à un œuf de dinde; Nélaton l'a vue descendre jusqu'au quart inférieur du cou. Cette tumeur est mal limitée, molle, fluctuante, elle donne la sensation d'une poche incomplètement remplie, quelquefois tremblotante; elle est indépendante de la peau, qui est saine; profondément ses limites sont indécises.

Elle est toujours latérale au début, mais, en se développant, elle arrive à dépasser largement la ligne médiane. D'après Cadiot, elle est très près de la ligne médiane lorsqu'elle vient de la glande sublinguale, assez en dehors lorsqu'elle a son point de départ dans la glande sous-maxillaire. C'est là une distinction purement théorique; la grenouillette de la sous-maxillaire, dès qu'elle atteint un certain volume, se développe nécessairement au delà de la ligne médiane, bridée qu'elle est en dehors par la forte cloison qui part de l'angle du maxillaire et sépare la loge sous-maxillaire de la loge parotidienne⁽¹⁾. Pour la même raison anatomique, la tumeur ne se prolonge jamais au-dessous du sterno-mastoïdien.

Lors de kyste sublingual, on peut quelquefois faire refluer le liquide d'une poche dans l'autre; et même en l'absence de grenouillette sublinguale, on peut faire bomber le plancher buccal par la pression du kyste sus-hyoïdien. La perméabilité du canal de Wharton a été constatée dans les cas où l'on en a fait l'exploration.

Marche et durée. — La marche est ordinairement lente, si lente que le malade attend en général de neuf mois à deux ans, avant de consulter un chirurgien. Tandis que la tumeur sus-hyoïdienne a un accroissement régulier et lent, la tumeur sublinguale, lorsqu'elle existe, est susceptible de présenter des variations de volume temporaires. Deux des malades de Delens signalaient l'augmentation de la tumeur sublinguale au moment des règles.

Anatomie pathologique. — Les grenouillettes sus-hyoïdiennes sont des kystes d'origine salivaire⁽²⁾. Ces kystes sont situés au-dessous de l'aponévrose superficielle, leur paroi est mince, leur contenu analogue à celui des grenouillettes sublinguales. Le liquide, quelquefois brun, orangé, est filant, visqueux, à tel point qu'il ne sort pas par l'orifice du trocart. Lorsqu'il existe deux poches, l'une intra-buccale, l'autre sus-hyoïdienne, ces deux poches peuvent rester indépendantes. Il y a alors, comme le dit Delens, simple coïncidence d'une grenouillette sublinguale et d'une grenouillette sous-maxillaire. Mais il n'en est pas toujours ainsi: souvent le kyste est bilobé et ses deux moitiés communiquent ensemble d'une manière évidente, cette communication est

⁽¹⁾ Chez une de nos malades, la tuméfaction était à peine plus marquée d'un côté que de l'autre, et cependant il s'agissait d'un kyste de la glande sous-maxillaire, comme le montra l'ablation par dissection de la poche.

⁽²⁾ Chez deux malades, que nous avons observées, le kyste émergeait de la glande sous-maxillaire à laquelle, par conséquent, il appartenait directement.

signalée dans un grand nombre d'observations; dans un cas de Dieu, elle se faisait à travers une boutonnière musculaire, constituée par les muscles géniens; chez un de nos malades, elle existait entre les fibres du mylo-hyoïdien; chez un autre de nos opérés, il s'agissait d'un kyste sous-maxillaire présentant un prolongement au-dessus du bord postérieur du mylo-hyoïdien.

Pathogénie. — La pathogénie des grenouillettes sus-hyoïdiennes est loin de reposer sur des faits bien établis; aussi les hypothèses que l'on a faites sont-elles nombreuses. On a admis: 1° le développement vers la région sus-hyoïdienne d'une grenouillette vulgaire arrêtée dans son évolution vers la bouche par l'existence de tissu cicatriciel résultant d'une intervention antérieure (Cadiot); 2° le développement simultané d'une grenouillette aux dépens de la glande sublinguale et d'une grenouillette aux dépens de la glande sous-maxillaire, les deux pouvant arriver au contact et communiquer secondairement (Giraldès, Delens); 3° des formations kystiques aux dépens de la glande sous-maxillaire accessoire⁽¹⁾, pouvant évoluer soit vers la bouche, soit vers la région sus-hyoïdienne (Delens); 4° la dilatation du canal de Wharton s'étendant vers le triangle hyo-digastrique par rétro-dilatation de la glande elle-même (Cadiot); 5° un kyste de la bourse de Fleischmann qui, en se développant, s'est glissé entre les muscles sus-hyoïdiens (Tillaux).

Les recherches anatomiques de Morestin⁽²⁾, en nous montrant que la glande sublinguale envoie fréquemment des prolongements entre les fibres du mylo-hyoïdien, expliquent très bien comment une grenouillette sublinguale vulgaire peut être suivie secondairement d'une grenouillette sus-hyoïdienne, la poche se développant vers la région du cou. A côté de ces grenouillettes sus-hyoïdiennes dépendant, comme la grenouillette vulgaire, d'une lésion des glandes sublinguales, il existe, ainsi que nous l'avons constaté, d'autres kystes salivaires, véritables grenouillettes sus-hyoïdiennes pures dépendant exclusivement d'une altération kystique de la glande sous-maxillaire.

Diagnostic. — Le diagnostic se fonde sur l'existence antérieure d'une tuméfaction vers le plancher buccal et sur les caractères propres de la tumeur sus-hyoïdienne; sur son siège, sa mollesse, ses limites indécises.

Les *lipomes*, les *kystes hydatiques* et surtout les *abcès froids* devront en être différenciés avec soin.

Les *kystes sus- et sous-hyoïdiens* sont médians, plus tendus, mieux limités.

Lorsqu'il existe deux poches, une intra-buccale, une sus-hyoïdienne, il faut rechercher s'il existe une communication entre les deux.

Pronostic. — La grenouillette sus-hyoïdienne ne détermine guère de symptômes fonctionnels alors même qu'elle atteint un volume considérable, et les malades ne se préoccupent que de la difformité qu'elle détermine. Elle n'a jamais été le point de départ de fistules salivaires comme le craignaient les

⁽¹⁾ Voy. pour la description de cette glande, NITOT, Recherches anatomiques sur la glande sous-maxillaire et son canal excréteur. *Arch. de physiol.*, Paris, 1880, 2^e série, t. VII, p. 374.

⁽²⁾ MORESTIN, Des prolongements de la glande sublinguale à travers le muscle mylo-hyoïdien et de leur rôle dans la pathogénie de la grenouillette sus-hyoïdienne. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, avril 1897, et Pathogénie de la grenouillette sus-hyoïdienne. *Gazette des hôp.*, 1897, p. 529.

anciens, ce qui ne doit nullement nous étonner, si nous nous reportons à ce que nous savons du développement de la grenouillette vulgaire⁽¹⁾.

Traitement. — La conduite à tenir diffère suivant qu'il y a ou non grenouillette sublinguale concomitante.

A. Lors de grenouillette sublinguale concomitante, il faut s'attaquer d'abord à la poche buccale par les moyens habituels; et, s'il existe un orifice faisant communiquer les deux poches, il faut l'utiliser pour faire des injections dans la poche sus-hyoïdienne.

B. Lorsque la tumeur sus-hyoïdienne est isolée ou accompagnée seulement d'un léger soulèvement du plancher buccal, ou consécutive au traitement préalable d'une grenouillette sublinguale, il faut s'attaquer directement à elle, en l'abordant par la voie cutanée. La ponction suivie d'injection iodée, préconisée par Delens, et l'incision antiseptique avec lavage phéniqué et drainage temporaire employée par Krabel n'ont pas rallié les suffrages. C'est l'extirpation de la poche kystique que nous croyons devoir conseiller. Celle-ci n'est pas toujours possible en totalité. Il faut alors modifier, avec une solution de chlorure de zinc au 1/10, la partie abandonnée dans la plaie et la drainer pendant quelques jours jusqu'à ce que le suintement primitif ait cessé.

C. — GRENOUILLETTE CONGÉNITALE

Conformément à la définition que nous avons donnée de la grenouillette, nous laisserons de côté les kystes n'ayant pas une origine salivaire. Ainsi comprise, la grenouillette congénitale est rare, plus peut-être que ne le croit Müller qui, sur 80 000 enfants, en a relevé 4 à 5 cas. Il est probable que souvent on a décrit comme grenouillettes congénitales des kystes séreux multiloculaires avec poche sublinguale.

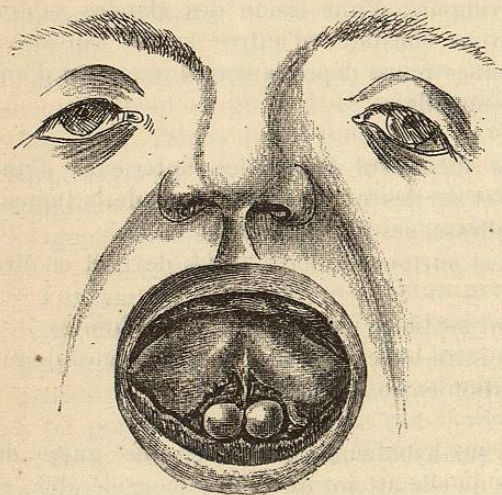


FIG. 85. — Kystes glandulaires et symétriques du plancher de la bouche de chaque côté du frein. (Lannelongue et Achard.)

de la grenouillette vulgaire, la formation kystique peut alors être bilatérale (voy. fig. 85); dans le deuxième, la tumeur est surtout linguale; dans le dernier, la tumeur ordinairement unilatérale, est oblongue d'avant en arrière à

(1) Voy. plus haut, p. 505.

partir du frein; elle est ordinairement transparente et peut, quoique rarement, se compliquer de dilatation de la glande sous-maxillaire. Son volume est variable; aussi peut-elle, dans un certain nombre de cas, déterminer des troubles de la succion et de la déglutition.

Le traitement consiste, lors d'occlusion de l'*ostium ombilicale*, dans l'excision du petit mamelon terminal, l'écoulement continu de la salive déterminant la persistance d'un petit orifice fistuleux qui remplace l'ouverture normale oblitérée.

2° TUMEURS SOLIDES DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE⁽¹⁾

On a décrit au niveau de la glande sous-maxillaire des *adénomes*, des *chondromes*, des *sarcomes*, des *épithéliomes*, des *carcinomes* (*squirrhe* et *encéphaloïde*). Il est probable que, dans la grande majorité des cas, on a eu affaire à des *tumeurs mixtes*, dans lesquelles tel ou tel élément avait pris un développement plus considérable⁽²⁾. La complexité de tissus des tumeurs est du reste établie dans un mémoire de Nepveu.

DE LANDETA (J.-B.), *Réflexion sur quelques tumeurs sublinguales*. Thèse de Paris, 1865, n° 4. — TALAZAC, *Des tumeurs de la glande sous-maxillaire*. Thèse de Paris, 1869, n° 54. — BOUHÉBEN (J.-P.), *De l'extirpation de la glande et des ganglions sous-maxillaires*. Thèse de Paris, 1875, n° 296. — DUPLAY (S.), *Adénome de la glande sous-maxillaire*. *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1875, t. I, p. 601. — SHEAF (E.), *Lympho-sarcome de la glande sous-maxillaire*. *The Lancet*, London, 1877, t. I, p. 864. — DE MARIAGNAC, *Enchondrome primitif de la glande sous-maxillaire*. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1877, p. 56. — NEPVEU, *Mémoire sur les adéno-chondromes de la glande sous-maxillaire*. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1879, n. s., t. V, p. 699. — JOULLIARD (R.), *Du cancer de la glande sous-maxillaire*. Thèse de Paris, 1887-1888, n° 14. — PONSOT, *Tumeurs de la glande sous-maxillaire*, Thèse de Lyon, 1894-1895.

Étiologie. — On a dit que le chondrome débutait ordinairement à un âge peu avancé (quinze à vingt-cinq ans), le sarcome aux deux extrêmes de la vie, les autres tumeurs dans l'âge mûr et la vieillesse.

Le sexe paraît sans influence sur leur production; on a signalé comme causes occasionnelles le traumatisme, la grossesse, etc.

Marche. — Terminaisons. — Symptômes. — Dans les premières phases de leur développement, les diverses tumeurs de la glande sous-maxillaire présentent à peu près les mêmes caractères. Le malade constate dans la fossette sous-maxillaire, en dedans et au-dessous de l'angle de la mâchoire, l'existence d'une tumeur du volume d'un haricot à une noisette, faisant, dans le renversement de la tête, une saillie appréciable à la vue, roulant sous le doigt, peu ou point douloureuse, ne déterminant aucune gêne fonctionnelle.

Plus tard, les caractères changent suivant que tel ou tel tissu prédomine.

Dans l'*adénome*, la tumeur régulière, arrondie, mobile, n'atteint qu'un volume modéré; elle peut occuper à la fois la glande sous-maxillaire et la glande sublinguale.

Dans le *chondrome*, l'accroissement, bien que très lent et indolent, peut

(1) Nous ne reviendrons pas ici sur les tumeurs solides des glandes sublinguales, qui ont été étudiées dans le chapitre: *Maladies du plancher buccal*, voy. plus haut, p. 255.

(2) Voy. plus haut, p. 285.

arriver à constituer une tumeur du volume d'un œuf de poule, d'un œuf de dinde, d'un poing d'adulte. La masse très dure, bosselée, sans adhérences, descend plus ou moins dans le cou, mais ne tend pas à proéminer du côté du plancher buccal; elle est indolente et ne s'accompagne jamais d'engorgement ganglionnaire.

Les autres tumeurs (*sarcomes, épithéliomes, carcinomes*) d'une malignité relative, présenteraient toutes, d'après Jouliard, une évolution à peu près identique. Elles envahissent généralement les régions voisines et se prolongent du côté du plancher buccal. Leur consistance varie suivant leur structure; quelquefois très mobiles, elles sont, dans certains cas, complètement fixées sur le maxillaire.

Les symptômes fonctionnels sont en général peu marqués. Talazac avait dit que la sécrétion salivaire était abolie, ce que n'ont pas confirmé les observations ultérieures. A une certaine période, ces tumeurs peuvent amener de la gêne de la mastication et s'accompagner de douleurs assez vives.

L'évolution, assez lente pendant un nombre variable d'années, peut devenir tout à coup plus rapide; c'est alors que surviennent les adhérences et les phénomènes de compression. L'engorgement ganglionnaire ne peut être apprécié, car il occupe les ganglions situés au contact même de la glande.

L'état général reste presque toujours satisfaisant; une seule fois, dans un cas de Griffini et Trombetta, on a noté la généralisation d'un chondro-carcinome aux ganglions cervicaux et bronchiques, à la plèvre et aux poumons.

Diagnostic. — Le diagnostic doit être fait avec les *engorgements ganglionnaires* de la région et avec les *tumeurs du maxillaire inférieur*.

La multiplicité des ganglions, l'absence de tuméfaction notable à l'intérieur de la bouche, les signes concomitants de la tuberculose et de la lymphadénie ou l'existence d'une tumeur maligne dans les régions, d'où viennent les lymphatiques de la région, feront reconnaître les engorgements ganglionnaires.

Les commémoratifs, qui rappellent que la tumeur à son début était mobile, roulait sous le doigt et siégeait au-dessous du bord du maxillaire, feront rejeter l'idée d'une tumeur du maxillaire. Talazac a conseillé de rechercher si les mouvements communiqués à la tumeur se transmettaient à un stylet introduit dans l'orifice du canal de Wharton correspondant.

Enfin, on n'oubliera pas que dans certains cas, ainsi que l'a montré M. F. Terrier, des irritations chroniques, la lithiase, peuvent aboutir à une *induration de la glande*, simulant une tumeur maligne. Küttner en a récemment publié deux faits typiques⁽¹⁾.

Quant au diagnostic de la *variété* de néoplasme à laquelle on a affaire, elle n'a qu'une importance médiocre; la marche, le plus ou moins de mobilité de la tumeur, sa consistance fourniront, à cet égard, des indices précieux.

Pronostic. — Le pronostic varie avec la nature du principal tissu constituant la tumeur. La lenteur de la marche, la conservation d'un bon état général, la rareté des phénomènes de compression et des récidives après l'opération font que, même dans les sarcomes et les épithéliomes, sa gravité est très atténuée.

(1) KÜTTNER, *Beitrag zur klinische Chirurgie*, Tübingen, t. XV, fasc. 3.

Traitement. — Le traitement consiste dans l'*extirpation*.

La *voie buccale*, employée autrefois avec succès par Jobert, est aujourd'hui abandonnée et l'on intervient toujours par la *voie sus-hyoïdienne*, n'hésitant pas à réséquer, en cas d'adhérences, une étendue plus ou moins grande de la branche horizontale du maxillaire.

IX

ÉPHIDROSE

L'éphidrose consiste en une sorte de transsudation à travers la peau de la région parotidienne, d'un liquide transparent, qui apparaît sous forme de gouttelettes nombreuses au moment des repas.

BAILLARGER, Sur l'oblitération du canal de Sténon. *Lect. à l'Acad. de méd.*, 20 avril 1847. — BÉRARD (P.), *Cours de physiol.*, 1848, t. I, p. 702. — BERGOUNNIOUX, Observation de sueur parotidienne. *Gaz. des hôp.*, Paris, 1859, n° 51, p. 201. — BROWN-SÉQUARD, *Journal de la phys. de l'homme*, etc. Paris, 1859, t. II, p. 447. — ROUYER (J.), Note sur l'éphidrose parotidienne. *Le Progrès*, 1860, t. V, p. 200. — BEZARD, *Suintement de la face succédant à différentes lésions des glandes salivaires*. Thèse de Paris, 1865, n° 15. — GROSPELLIN, *De l'éphidrose parotidienne*. Thèse de Paris, 1877, n° 255.

L'éphidrose se montre à la suite de lésions diverses de la région parotidienne, telles que des traumatismes et des abcès. Le liquide transsudé présente, le plus souvent, des caractères qui le rapprochent de la salive. Dans quelques cas cependant où le liquide n'était pas exclusivement exsudé au niveau de la région parotidienne, sa composition était différente; aussi les explications pathogéniques de cette singulière affection ont-elles beaucoup varié suivant les auteurs.

Les uns n'ont vu dans le liquide que la salive déviée de son cours normal, les autres ont pensé à une hypersécrétion locale de la sueur. Selon toutes probabilités, on a eu affaire à des affections variées; aussi de nouvelles observations sont-elles nécessaires pour préciser la nature exacte de la maladie.

CHAPITRE III

MALADIES DE L'ŒSOPHAGE

MONRO, *Morbid anatomy of the gullet, stomach and intestines*. Edinburgh, 1811, 1^{re} édit. — MONDIÈRE (J.-T.), *Maladies de l'œsophage*. *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1850, t. XXIV, p. 588 et 543; 1851, t. XXV, p. 558. — STEFFEN, *Krankheiten des Oesophagus*. *Jahrb. f. Kinderheilkunde*. Leipzig, 1868, vol. II, p. 144. — ZENKER et ZIEMSEN, *Krankheiten des Oesophagus*. *Handb. der spec. Pathologie und Therapie von Ziemssen*, Leipzig, 1877, t. VII, 1^{re} moitié. — LUTON (A.), art. ŒSOPHAGE du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, Paris, 1877. — KNOTT (J.-F.), *An essay on the pathology of the œsophagus*, Dublin, 1878. — MICHEL, art. ŒSOPHAGE du *Dict. encycl. des sc. méd.*, Paris, 1880. — KOENIG, *Die Krankheiten des unteren Theiles des Pharynx und des Oesophagus*. *Deutsche Chir. von Billroth u. Lücke*, Stuttgart, 1880, 35^e liv.. — MORELL-MACKENZIE, *A manual of diseases of the throat and nose*. London, 1884, t. II.