

sont des glandules profondément situées dans le plancher buccal qui ont donné naissance à la collection liquide.

Cette même situation exceptionnelle du kyste a été observée par Jobert de Lamballe et par Nélaton, chez des malades qui, opérés d'une grenouillette sublinguale, avaient eu une récurrence à la région sus-hyoïdienne. Il est permis de penser que la présence de tissu cicatriciel avait empêché le développement de la tumeur du côté de la bouche.

On peut rapprocher de cette forme de grenouillette déjà rare, deux faits remarquables communiqués à la Société de chirurgie par Perier et Lefort (1), et dans lesquels il y avait un kyste sus-hyoïdien en même temps qu'une grenouillette sublinguale, mais sans communication entre les deux poches.

La *grenouillette aiguë*, peu fréquente, est encore mal connue. On peut en distinguer deux variétés. L'une n'est qu'une grenouillette chronique, qui, pour une raison ou une autre, vient à s'enflammer et à suppurer. Il s'agit, le plus souvent, d'un kyste du canal de Wharton. On voit alors se produire des accidents analogues à ceux que nous avons décrits à propos des calculs salivaires. Des phénomènes aigus ou subaigus apparaissent au moment des repas, puis après une série de poussées inflammatoires, un abcès peut se former et s'ouvrir dans la bouche. Louis a observé une fistule salivaire persistante dans un cas de ce genre. D'autres fois les accidents se calment pour reparaitre à des époques indéterminées.

L'autre variété de grenouillette aiguë est caractérisée par l'apparition subite d'une tuméfaction du plancher de la bouche, et quelquefois de la langue, tantôt sans cause connue, tantôt à la suite d'une opération pratiquée sur la muqueuse buccale, tantôt enfin sous l'influence de la mastication pendant les repas, et cette tuméfaction peut, comme cela a été observé, prendre, en quelques heures, des proportions assez grandes pour menacer d'asphyxier le malade. Vient-on à ponctionner ou à exciser la tumeur, il s'écoule un liquide analogue à du blanc d'œuf. Dans un fait rapporté par Forget (2), ce gonflement subit était survenu trois fois dans l'espace de six mois, au moment du repas, et avait disparu aussitôt après. Il restait seulement un peu de tuméfaction persistante dans la région génio-linguale. On dut cependant une fois ponctionner la tumeur qui se reproduisit de nouveau.

Après avoir indiqué les symptômes des grenouillettes en général, il nous reste maintenant à donner les caractères de chaque variété.

Parmi les kystes des glandes salivaires ou de leurs conduits, ceux des *glandules sublinguales* ont servi de type à notre description. Nous ajouterons seulement qu'on constate leur indépendance vis-à-vis du canal de Wharton, en cathétérissant ce conduit et en faisant sourdre de la

(1) *Bull. de la Soc. de chirurgie*, t. XI, p. 299.

(2) *Bull. de la Soc. de chirurgie*, t. X, p. 445.

salive par l'ostium ombilicale au moyen d'une substance sapide, telle que du sel, déposée sur la pointe de la langue.

Lorsqu'il s'agit, au contraire, d'une *grenouillette du canal de Wharton*, la tumeur est généralement mieux localisée sur un des côtés du plancher buccal et se termine, en s'effilant, du côté du frein. Par le cathétérisme, tantôt on s'aperçoit qu'il est impossible de pénétrer dans le conduit qui est obstrué, tantôt, lorsqu'on parvient à y introduire un stylet de Méjean, on constate que celui-ci arrive dans un espace dilaté, et que sa pointe peut même soulever la paroi du kyste. Les tentatives qu'on fait pour produire une excrétion de salive par le canal excréteur restent infructueuses. En outre, la pression exercée sur la tumeur fait, dans certains cas, sortir par l'*ostium ombilicale* du liquide contenu dans le kyste, et la région de la glande sous-maxillaire est habituellement gonflée par suite de la rétention salivaire et de l'inflammation qui siège en arrière de l'obstacle.

Quand la dilatation kystique siège dans la *glande sous-maxillaire* même, on a généralement une grenouillette sus-hyoïdienne accompagnée d'une tuméfaction plus ou moins notable du plancher buccal.

La ponction, en indiquant la nature du liquide, permet de distinguer cette tumeur des autres collections sous-maxillaires enkystées. Toutefois, avant même de ponctionner le kyste sus-hyoïdien, son origine glandulaire ne ferait pas de doute si, en le comprimant, on voyait s'écouler du liquide par l'orifice du conduit de Wharton.

Les *kystes du tissu cellulaire* ou *grenouillettes de Fleischmann*, dont l'existence est mise en doute par bon nombre d'auteurs, ne se distinguent guère, en effet, de la grenouillette sublinguale vulgaire. On a cependant signalé leur situation plus médiane et l'épaisseur plus grande de leurs parois. Ce dernier caractère existait également dans la seule observation connue de *grenouillette hydatique*.

Les *kystes congénitaux* à contenu liquide sont rarement localisés au plancher de la bouche. Ils forment plutôt une tumeur volumineuse, multiloculaire, s'étendant à la face et au cou, et leur histoire rentre dans celle des kystes du cou plus que dans celle de la grenouillette.

La *grenouillette sanguine* emprunte ses caractères spéciaux à la tumeur érectile veineuse dont elle dérive. Elle est congénitale, de couleur violacée ou bleuâtre, molle, quelquefois réductible, pouvant augmenter de volume pendant les efforts; mais, si le kyste est volumineux et bien isolé, il peut facilement être confondu avec une grenouillette simple, à moins qu'on ne soit mis sur la voie du diagnostic par la persistance d'une portion du nævus ou par l'existence d'autres tumeurs érectiles au voisinage. La marche de cette affection, généralement lente, est interrompue parfois par des poussées inflammatoires.

Il nous resterait enfin, pour compléter le diagnostic des grenouillettes, à différencier ces kystes des autres tumeurs de la région. Celles qui, par leurs caractères extérieurs et la saillie qu'elles font sous la

muqueuse buccale, peuvent en imposer pour une grenouillette, sont si rares que, presque toujours, l'erreur a été commise; d'où les noms impropres de *grenouillette graisseuse* pour désigner le lipome sublingual, de *grenouillette dermoïde* ou *congénitale*, pour désigner les kystes dermoïdes, etc. Mais il y a là un abus de langage, et il faut nettement séparer les tumeurs à contenu solide des tumeurs liquides. Par un examen attentif, le chirurgien prévenu pourra, le plus souvent, éviter toute confusion, et il aura toujours la ressource de pratiquer une ponction exploratrice qui, dans le cas de grenouillette, donnera généralement un liquide analogue au blanc d'œuf non cuit, et, dans le cas de tumeur solide, ne donnera rien, ou une matière demi-molle, caséuse, comme dans les kystes dermoïdes. Nous aurons d'ailleurs à revenir sur ce sujet.

PROGNOSTIC. — Par elle-même la grenouillette est sans gravité. Dès qu'elle acquiert un certain volume, elle apporte une gêne notable aux fonctions de mastication et de phonation, mais ce n'est que tout à fait exceptionnellement qu'elle entraîne des complications compromettantes pour la vie. Ces complications sont surtout des accidents de suffocation dus à la compression ou à l'obstruction des voies aériennes. Dans un cas de Diemerbrock, la mort survint par introduction du liquide dans les voies aériennes à la suite de la rupture spontanée de la tumeur. Chez les très-jeunes enfants, il y a plus à craindre une terminaison fâcheuse s'ils sont empêchés de prendre le sein et si une opération, toujours dangereuse à cet âge, devient nécessaire.

L'inconvénient le plus sérieux de la grenouillette, c'est la difficulté qu'il y a quelquefois à la guérir, et sa fâcheuse tendance à la récurrence.

TRAITEMENT. — La grenouillette vulgaire ne guérit pas sans un traitement chirurgical. Dès l'antiquité, les chirurgiens ponctionnaient, excisaient, cautérisaient ou enlevaient totalement la tumeur. Après Munnicks, qui supposait que les kystes sublinguaux étaient toujours ou presque toujours une dilatation du conduit de Wharton en arrière d'un obstacle, apparurent des méthodes de traitement fondées sur les idées nouvelles. On fut amené à penser qu'il n'y avait d'efficaces que les opérations propres à assurer le cours de la salive, qu'on s'imaginait être interrompu, et nombre de procédés furent inventés pour atteindre ce but, soit qu'on dilatât simplement les voies normales, soit qu'on créât un orifice fistuleux artificiel. Ces procédés sont généralement abandonnés aujourd'hui, les résultats heureux qu'ils ont fournis étant dus plutôt à l'inflammation et à l'occlusion du kyste qu'à la persistance d'une fistule. Quoique cette occlusion puisse être obtenue bien plus simplement, il est cependant bon de connaître quelques-unes de ces méthodes opératoires anciennes qui trouveraient leur application dans certains cas rebelles de grenouillette du conduit de Wharton.

Les méthodes opératoires proposées pour le traitement de la grenouillette sont au nombre de trois et comprennent :

1° Les procédés applicables aux kystes du canal excréteur de la glande sous-maxillaire et destinés à assurer l'écoulement de la salive ;

2° Les procédés destinés à faire disparaître le kyste en l'enlevant ou l'oblitérant ;

3° Les procédés propres à quelques formes spéciales de grenouillettes, telles que les grenouillettes aiguës, congénitales, sanguines, etc.

1° Parmi les procédés qui ont pour but de maintenir ou de créer une voie d'écoulement à la salive, nous devons seulement mentionner : la dilatation du canal de Wharton avec un stylet ou un fil de plomb, indiquée par Louis et par Boyer. Ce cathétérisme n'est plus employé que comme moyen d'exploration des voies salivaires et pour faciliter l'extraction d'une pierre ou d'un corps étranger lorsqu'on a constaté leur présence.

b. La création d'un orifice fistuleux permanent sur le plancher de la bouche au niveau de la tumeur a été bien plus souvent mise en pratique, et pour obtenir ce résultat quelques chirurgiens se sont ingénies à trouver des procédés opératoires ou à modifier ceux qui existaient déjà.

Les uns, imitant la pratique d'Ambroise Paré, faisaient une large ouverture au kyste au moyen du cautère actuel, ou, comme Sabatier, incisaient la tumeur, et maintenaient dans son intérieur des tentes de charpie ou des fragments de bougie uréthrale ; d'autres se contentaient d'exciser largement la paroi supérieure de la grenouillette, dont ils circonscrivaient une portion au moyen de deux incisions courbes, mais presque toujours l'ouverture se refermait au bout de peu de temps, et la tumeur reparaisait.

Dupuytren imagina de placer, dans l'incision qu'il pratiquait sur le kyste, une sorte de canule en forme de bouton double, dont la portion rétrécie répondait aux lèvres de l'incision, et dont les portions élargies se trouvaient, l'une dans l'intérieur de la poche, l'autre sur la muqueuse buccale. Ce procédé a donné quelques succès. Demons, dans sa thèse, rapporte une observation dans laquelle on voit une grenouillette qui, rebelle aux traitements ordinaires, finit par guérir avec persistance d'un orifice fistuleux, après qu'on eut maintenu pendant onze mois le bouton de Dupuytren.

La présence de corps étrangers dans la bouche est fort gênante pour le malade ; aussi, a-t-on cherché à assurer la formation d'une fistule par des opérations plus ou moins compliquées. Le procédé, décrit par Jobert de Lamballe sous le nom de *batrachosioplastie*, consiste à exciser une portion de la muqueuse qui recouvre la tumeur, tandis qu'on fait une incision simple ou cruciale à la paroi même du kyste ; ensuite on renverse les quatre lambeaux ainsi obtenus, et on les suture avec les bords de la muqueuse excisée. Pour faciliter la suture, Ricord a proposé de passer au travers de la grenouillette deux fils en croix avant de faire aucune incision, puis lorsqu'on a ouvert le kyste, on coupe les fils à leur point d'entrecroisement. Ils sont ainsi tous placés pour pratiquer la suture

des quatre lambeaux et les fixer aux bords de la muqueuse excisée.

Dans un autre procédé, indiqué par Barrier, on taille un lambeau triangulaire, intéressant toute la paroi supérieure de la tumeur, puis on engage dans une petite fente, ménagée à la base adhérente du lambeau, la pointe de celui-ci, et on la maintient dans cette situation par un point de suture.

Il importe de faire remarquer que ces opérations autoplastiques délicates sont loin d'assurer la persistance de la fistule qu'on a voulu établir, et cette difficulté à créer une fistule permanente est un argument de plus en faveur de l'opinion qui place la majorité des grenouillettes en dehors du canal de Wharton; car s'il y avait réellement une dilatation de ce conduit, l'ouverture qu'on y pratique serait maintenue perméable par le passage continu de la salive sous-maxillaire.

2° Les procédés destinés à faire disparaître le kyste en l'enlevant ou l'oblitérant sont d'un emploi journalier, depuis qu'il a été reconnu que si la ponction et l'incision ou l'excision simple ne font qu'évacuer le contenu de la tumeur et sont constamment suivies de récurrence, les opérations destinées à créer une ouverture artificielle, sont généralement inutiles et trop compliquées.

Nous ne ferons que signaler l'*extirpation totale* de la tumeur, déjà conseillée par Celse, et difficilement praticable à cause des adhérences profondes. Une modification de cette méthode est due à Malgaigne, qui fait une extirpation incomplète en excisant avec des ciseaux courbes d'abord la paroi supérieure, puis le plus possible de la paroi inférieure, saisie avec des pinces.

On cherche plutôt de nos jours à obtenir l'oblitération du kyste. Une foule de procédés permettent d'atteindre ce résultat, mais tous ne sont pas aussi sûrs les uns que les autres.

La *ponction*, suivie d'injection iodée après lavage de la poche à l'eau tiède, a été préconisée par Velpeau; elle compte d'assez nombreux succès, mais elle ne met pas toujours à l'abri des récurrences et en outre elle expose quelquefois le malade à une rétraction consécutive des tissus, avec gêne des mouvements de la langue et même paralysie du goût et de la sensibilité dans la moitié de cet organe, comme l'a observé Dolbeau. Ce même opéré eut encore une névralgie faciale. Dans un fait appartenant au docteur Dumaz (de Chambéry) (1), des accidents du même ordre se produisirent aussitôt après une injection d'alcool concentré dans une grenouillette sus-hyoïdienne. Le malade eut une paralysie faciale du côté opéré. Sous l'influence de courants continus faibles, la guérison survint au bout d'une quinzaine de jours.

Il arrive rarement que l'injection iodée détermine la suppuration de la poche. Il faudrait alors ouvrir la collection purulente et la guérison

(1) Paralysie consécutive à la ponction et l'injection alcoolique d'une grenouillette sous-maxillaire (la Médecine contemporaine, 15 novembre 1874).

serait obtenue par bourgeonnement et accollement des parois, comme dans un abcès ordinaire.

À la ponction, suivie d'injections irritantes, nous préférons d'autres moyens plus infaillibles et tout aussi inoffensifs. Ces moyens consistent à obtenir l'inflammation suppurative et le bourgeonnement des parois du kyste.

Un des procédés les plus anciennement employés est le passage d'un séton ou d'un tube à drainage au travers de la tumeur. La présence du corps étranger détermine la formation de pus qui s'écoule le long des fils ou du tube en caoutchouc, jusqu'à ce que la cavité kystique soit comblée par les bourgeons charnus. La plupart des succès obtenus par l'emploi du double bouton de Dupuytren doivent être mis sur le compte de ce processus inflammatoire, bien plus que sur celui de la création d'une fistule.

Mais on peut éviter au malade l'inconvénient de conserver longtemps un corps étranger dans la bouche, en combinant deux méthodes opératoires: l'*incision* ou mieux l'*excision du kyste*, et la *cautérisation de la surface interne*. Voici la façon dont l'opération sera pratiquée :

À l'aide d'un tenaculum ou d'un fil entraîné par une aiguille, on soulève la paroi supérieure du kyste, recouverte de la muqueuse, et au moyen de ciseaux courbes on excise la plus grande portion possible de cette paroi supérieure. Il est bon de porter alors le doigt jusqu'à la limite postérieure de la cavité et de réséquer largement de ce côté le reste de la paroi fibro-muqueuse de la tumeur.

Le contenu liquide étant évacué, on promènera le crayon de nitrate d'argent sur tout le fond du kyste, et on répétera cette manœuvre tous les deux jours, en ayant soin chaque fois de désunir avec la sonde cannelée les bords de l'incision, qui tendent toujours à se rapprocher, malgré la large perte de substance qu'on a fait subir au plancher de la bouche.

Il suffit en général d'une quinzaine de jours de ce traitement, pour que la cavité soit comblée par les bourgeons charnus et qu'une guérison solide soit obtenue. Il est en effet très-rare d'observer la récurrence d'un kyste opéré de la sorte, et c'est en résumé la méthode de traitement la plus efficace à opposer aux grenouillettes.

3° Enfin, il est un certain nombre de variétés de grenouillettes, qui réclament un traitement spécial. Ce sont d'abord les *grenouillettes congénitales*. Nous avons vu qu'on pouvait en admettre deux espèces, les unes uniloculaires et analogues à celles de l'adulte, les autres multiloculaires et qui ne sont autre chose qu'une extension à la base de la langue de kystes congénitaux du cou. Or les premières ne nécessitent souvent aucune opération à cause de leur petitesse, et tant qu'elles n'entravent pas la nutrition de l'enfant, il est prudent de n'y pas toucher. En dehors de ces cas, comme l'a indiqué Giraldès, l'excision est le meilleur moyen de traitement. Foucher faillit perdre d'as-

phyxie un jeune enfant, pour avoir pratiqué une injection iodée dans la cavité d'une grenouillette.

Quant aux *kystes congénitaux multiloculaires*, leur traitement a déjà été indiqué. Il faut se borner à faire des ponctions, à intervalles plus ou moins éloignés, sur les différentes portions de la tumeur.

La *grenouillette sus-hyoïdienne* sera traitée comme la grenouillette sublinguale, par la ponction sous-maxillaire et le lavage, suivi d'injection iodée ou alcoolisée. En cas d'insuccès, on provoquera une inflammation suppurative. Pour éviter les cicatrices, on pourrait passer quatre ou cinq sétons filiformes, dont une extrémité pendrait au-dessous de la mâchoire, et l'autre sortirait par la bouche. Il ne faudrait les enlever qu'après plusieurs mois, quand la poche serait à peu près oblitérée par les bourgeons charnus.

Dans les quelques faits de *grenouillettes aiguës*, rapportés par les auteurs, le traitement a consisté dans l'excision de la poche et la cautérisation. Une guérison radicale n'a pas toujours été obtenue, et les malades restent exposés à des récidives.

Enfin, pour les *grenouillettes sanguines*, Dolbeau proscrit toute espèce de traitement chirurgical. En effet, chez un malade opéré par Nélaton, qui croyait avoir affaire à une grenouillette ordinaire, une phlébite grave suivie d'infection purulente, entraîna la mort. Cependant Denonvilliers et Gosselin pensent que si la tumeur devient gênante, on pourrait y pousser avec la seringue de Pravaz, une injection de 10 à 15 gouttes de perchlorure de fer à 15° ou 16°. En cas d'insuccès, il faudrait exciser et cautériser avec le nitrate d'argent, puis s'il se produit une hémorrhagie, la combattre par l'eau de Rabel ou le perchlorure de fer, et la compression.

d. *Pseudoplasmes des glandes sous-maxillaire et sublinguale.*

En dehors des tumeurs précédemment étudiées sous le nom de grenouillettes, les auteurs anciens ne font aucune mention des dégénérescences des glandes sous-maxillaires. Boyer ne parle du cancer de ces organes que pour le nier, et prétend qu'il ne s'y développe pas primitivement et que si les glandes sous-maxillaire et sublinguale sont envahies par la dégénérescence cancéreuse, c'est toujours consécutivement à une altération semblable des ganglions sous-maxillaire qui sont le siège primitif de la maladie. Velpeau est dans les mêmes idées, relativement au cancer, mais il a observé un enchondrome de la glande sous-maxillaire.

Dans ces dernières années, on a publié un certain nombre de faits concernant soit des *cancers*, soit des *adénomes* ou des *enchondromes*, primitivement développés dans les glandes salivaires du plancher de la bouche. Ces faits sont d'ailleurs très-rares.

TALAZAC, *Des tumeurs de la glande sous-maxillaire*, thèse de Paris, 1869. —
— BOUHEBEN, *Exstirpation de la glande sous-maxillaire*, thèse de Paris, 1873. —
DE LANDETA, *Reflexions sur quelques tumeurs sublinguales*, thèse de Paris 1863.
PAQUET, *Kystes dermoïdes* (*Archives de médecine*, juillet 1867).

a. *Cancer*. — On observe généralement la forme épithéliale du cancer qui, d'après Verneuil (1), peut naître dans les culs-de-sac glandulaires. Dans une observation de Jobert de Lamballe (2), il est dit que la glande sous-maxillaire avait subi la dégénérescence encéphaloïde.

Ordinairement les ganglions lymphatiques avoisinants sont altérés, mais ce fait n'est pas constant. De même le périoste du maxillaire inférieur a quelquefois été trouvé envahi par la dégénérescence.

b. *Enchondrome*. — Talazac rapporte deux observations d'enchondromes de la glande sous-maxillaire empruntées à Virchow et à Scholz. D'après ces faits, il semble que la tumeur débute généralement par le tissu connectif interlobulaire et peut rester limitée à un ou plusieurs lobes de la glande. Cependant le chondrome diffus, rare dans la parotide, est la forme la plus ordinaire dans la glande sous-maxillaire.

c. *Adénome*. — Il présente les mêmes caractères que dans la parotide. Dans un fait appartenant à Verneuil et rapporté par Talazac, la tumeur occupait exclusivement la glande sous-maxillaire. On y reconnaissait la structure d'un adénome vrai, mais ayant subi la métamorphose graisseuse. Les glandes sous-maxillaire et sublinguale peuvent être dégénérées en même temps; c'est ce qui avait lieu chez un malade opéré à l'Hôtel-Dieu, en 1874, par le professeur Richet (3). D'autres fois, au contraire, la tumeur est limitée à un ou plusieurs lobes de la glande. Dans un cas que j'ai récemment observé (4), un adénome développé aux dépens d'une partie de la glande sous-maxillaire s'en était peu à peu isolé, et ne lui était plus réuni qu'au moyen d'un pédicule de la grosseur d'une plume d'oie. Cette particularité anatomique imprimait une physionomie spéciale à la tumeur qu'on supposa d'abord tout à fait indépendante de la glande sous-maxillaire. Enfin, on a vu de petits kystes se développer dans la masse morbide.

SYMPTOMATOLOGIE. — Dans les premières phases de leur développement, ces diverses tumeurs, présentent à peu près les mêmes caractères.

On trouve à la région sous-maxillaire une tumeur solide, plus ou moins dure et rénitente, généralement indolente ou peu douloureuse, disparaissant parfois presque complètement lorsque le malade penche la tête en avant, devenant au contraire très-proéminente dans le renversement

(1) *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1871, t. XII, p. 225.

(2) *Gaz. des hôpitaux*, 1849, p. 18.

(3) Communication orale.

(4) *Archives générales de médecine*, mai 1875.

de la tête en arrière. Quelquefois fixée dans l'excavation sous-maxillaire et peu mobile, la tumeur jouit au contraire d'une grande mobilité lorsqu'une partie seulement de la glande est affectée. Ce caractère existait au plus haut point dans le fait d'adénome pédiculé que j'ai cité. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont sains et glissent au devant de la tumeur. Parfois le plancher buccal est soulevé, mais ce symptôme manque complètement lorsque les lobes inférieurs sont seuls intéressés. L'excrétion de la salive par le canal de Wharton est souvent normale. Dans le fait d'adénome appartenant à Richet, la salive contenait de nombreux leucocytes. Il faut faire une exception pour les cas de cancer, où il arrive que le canal de Wharton ne laisse écouler que peu ou point de liquide.

En même temps que la tumeur augmente de volume, ses caractères s'accroissent davantage. Tandis que le cancer, dans sa marche plus rapide, ne tarde pas à envahir la peau ou la muqueuse du plancher buccal, qui s'ulcèrent bientôt, et à se propager aux ganglions voisins. L'adénome et le chondrome se développent plus lentement et ne présentent aucune tendance à l'envahissement des parties voisines.

Outre ces phénomènes locaux, il peut survenir divers accidents imputables à la compression exercée par la tumeur sur les organes voisins, tels que : suffocation par compression du larynx et du pneumogastrique, dysphagie par compression du pharynx, dilatation de la pupille par compression du grand sympathique, etc... Mais ces complications n'offrent rien de spécial dans les faits que nous étudions, et il n'y a pas lieu de s'y arrêter davantage.

DIAGNOSTIC. — On devra distinguer les tumeurs des glandes sous-maxillaires d'avec les adénopathies chroniques, et les tumeurs naissant du maxillaire inférieur. Or les adénopathies se présentent sous forme de tumeurs multiples, isolées, roulant sous le doigt, et s'observent chez des sujets jeunes, scrofuleux. Il est rare qu'elles déterminent une saillie appréciable du côté du plancher de la bouche. Enfin Talazac a indiqué le signe suivant dont il aurait reconnu dans un cas l'utilité : Si l'on introduit un stylet dans le canal de Wharton et qu'on fasse exécuter des mouvements à la tumeur, ces mouvements seront communiqués au stylet ou ne le seront pas, suivant qu'il s'agira ou qu'il ne s'agira pas d'une affection de la glande sous-maxillaire.

Les tumeurs naissant sur le maxillaire inférieur ne peuvent être confondues qu'avec des tumeurs de la glande ayant contracté des adhérences avec l'os. L'examen du liquide excrété par le canal de Wharton servira, dans certains cas, au diagnostic différentiel, et, pour les tumeurs d'origine osseuse ou périostique, la face externe du maxillaire sera plus englobée dans la production morbide qu'elle ne l'est dans les tumeurs d'origine glandulaire.

Le diagnostic différentiel des diverses tumeurs de la glande sous-maxillaire repose surtout sur la marche de la maladie, qui, générale-

ment lente dans les tumeurs de nature bénigne, comme l'enchondrome et l'adénome, est au contraire rapide et envahissante dans le cancer, lequel peut se terminer par la mort dans l'espace d'un an ou dix-huit mois.

L'enchondrome se distinguera souvent de l'adénome par ses bosselures plus prononcées et surtout par sa consistance tantôt dure, tantôt extrêmement molle et semi-fluctuante, lorsque la tumeur a subi la transformation muqueuse.

L'hypertrophie par irritation chronique de la glande sous-maxillaire se reconnaît à la présence d'une cause quelconque, capable de produire cette irritation (stomatite, calculs salivaires, dents cariées, etc.). Enfin, les tumeurs liquides seront facilement diagnostiquées par leurs symptômes propres, et, au besoin, par la ponction exploratrice.

Le pronostic, presque toujours fatal lorsqu'il s'agit d'un cancer, plus rapidement fatal lorsque la tumeur s'étend du côté du plancher de la bouche, est beaucoup moins sérieux pour les enchondromes et les adénomes, qui n'exposent le malade qu'aux chances d'une opération quand ils deviennent volumineux, et ne récidivent pas sur place, ni ne se généralisent pas comme le cancer. Il faut enfin signaler le danger des hémorragies, non-seulement dans l'épithéliome, mais aussi dans l'adénome. Dans un cas dont Bourdon (1) a rapporté l'histoire à la Société anatomique, il s'était produit une ulcération de la carotide externe, mais, comme dans le traitement on avait fait des applications de pâte de Canquoin, on peut se demander si l'hémorragie n'était pas due à la cautérisation plutôt qu'à l'envahissement du vaisseau par la tumeur.

TRAITEMENT. — Lorsqu'il existe à la région sous-maxillaire une tumeur dure, ayant de la tendance à augmenter de volume, à envahir les tissus voisins, à comprimer des organes importants, et rebelle à un traitement antisiphilitique ainsi qu'aux moyens résolutifs locaux, il faut pratiquer son ablation, à moins de contre-indications spéciales.

En 1818, Larrey (2) enleva avec succès une volumineuse tumeur cancéreuse de la région sus-hyoïdienne qui envoyait des prolongements entre les apophyses transverses des 2^e et 3^e vertèbres cervicales, dans la gaine celluleuse de la carotide primitive et dans les parois de la bouche. Depuis lors, de nombreuses opérations de la même nature ont été pratiquées par divers procédés, parmi lesquels nous citerons : celui mis en usage par Jobert de Lamballe en 1849 (3), et celui que le professeur Verneuil a employé dans ces derniers temps.

Le procédé de Jobert, applicable seulement à des tumeurs petites et bien limitées, consiste à extirper la production morbide par la cavité

(1) *Bull. de la Soc. anatomique*, 1871.

(2) *Clinique chirurgicale*, t. II.

(3) *Gaz. des hôpitaux*, 1849, p. 48.

buccale. Il excisa la muqueuse, détruisit les brides de tissu cellulaire avec l'extrémité des doigts, et énucléa facilement un cancer encéphaloïde de la glande sous-maxillaire.

Verneuil a heureusement modifié le procédé indiqué par Velpeau pour pratiquer l'ablation des tumeurs sus-hyoïdiennes par l'extérieur; il a trouvé le moyen d'éviter les graves hémorrhagies, qui sont à redouter lorsqu'on lie les vaisseaux après coup dans la plaie. Voici comment l'opération sera pratiquée :

Le malade ayant la tête renversée en arrière, on conduit une incision curviligne à convexité inférieure, moulée sur le volume de la tumeur. Le lambeau comprenant la peau, le fascia superficialis, le peaucier et l'aponévrose cervicale, est relevé de bas en haut, puis, à petits coups de bistouri, on attaque la partie supérieure de la coque fibreuse qui entoure la tumeur, et on l'isole autant que possible en déchirant les tissus. L'artère faciale, mise ainsi à nu à son émergence de la glande, sera coupée entre deux ligatures, et la même précaution sera prise pour tous les tractus fibreux qui paraissent contenir quelque vaisseau important. Une fois isolée par le haut, la tumeur sera attirée en bas avec une égrigne, et en continuant à la dégager avec précaution par le bas, on sectionnera de nouveau, entre deux fils, la faciale à son entrée dans la glande. L'ablation totale pourra ainsi être faite assez facilement. Ce n'est que dans des cas complexes qu'il faudra sectionner ou réséquer partiellement le maxillaire inférieur; mais, quand le périoste est malade, on n'est jamais certain d'avoir enlevé tout le mal.

Il est préférable de ne pas tenter la réunion immédiate, au moins totale, et de chercher, par un pansement approprié, par la position déclive donnée à la plaie, etc., à éviter les fusées purulentes et les œdèmes inflammatoires de voisinage, si redoutables à l'orifice supérieur des voies aériennes.

B. Tumeurs indépendantes des glandes salivaires.

Nous n'avons pas à revenir ici sur les *kystes* ni sur les *tumeurs érectiles* dont il a été suffisamment question à propos des grenouillettes. Nous étudierons seulement les *kystes dermoïdes* et les *lipomes* développés dans le tissu cellulaire de cette région, ainsi que les *dégénérescences ganglionnaires*.

a. *Kystes dermoïdes*. — Ils ont été improprement désignés sous le nom de *grenouillettes congénitales*, et il ne faut pas les confondre avec les véritables grenouillettes congénitales que nous avons étudiées. Les anciens chirurgiens les ont aussi appelés *mélécérès*, *athérome*, *stéatome*, etc. Siégeant le plus habituellement dans le tissu cellulaire sous-muqueux, sur la ligne médiane, entre les deux génio-glosses, ils résulteraient, suivant Verneuil, d'une déviation dans le développement normal des arcs branchiaux chez le fœtus; il y aurait inclusion et soudure dans l'épaisseur

du plancher buccal, du feuillet externe de ces arcs branchiaux. Pour Lebert, les kystes dermoïdes du plancher de la bouche seraient des productions accidentelles développées de toutes pièces, comme dans d'autres régions. Nous avons déjà discuté cette question de pathogénie en étudiant les kystes congénitaux du cou (voy. p. 52).

Leur anatomie pathologique est exactement celle des kystes fœtaux en général; leurs parois épaisses, peu vasculaires, adhèrent quelquefois aux tissus voisins; leur contenu est tantôt simplement pâteux, avec des débris épithéliaux, sébacés, tantôt renfermant, en outre, des poils follets, libres ou implantés sur les parois kystiques, des dents, etc.

Le début de ces tumeurs a lieu à la naissance ou pendant la vie intra-utérine. Elles ne se développent qu'avec une extrême lenteur pendant longtemps, mais peuvent, à un moment donné, s'accroître assez rapidement, sans cependant causer jamais ni douleurs, ni phénomènes inflammatoires spontanés. Lorsque le kyste s'est développé du côté de la muqueuse buccale on peut, au travers de la couleur rougeâtre de celle-ci, distinguer par transparence la teinte opaque et jaune, du mélécérès. Le palper donnerait, d'après Landeta, une sensation pâteuse, comme du suif, mais ce signe a souvent fait défaut, et les observations mentionnent plus fréquemment une véritable fluctuation. Comme il était facile de le prévoir, les conduits de Wharton restent libres.

Relativement aux troubles fonctionnels, il peut y avoir impossibilité de teter chez les petits enfants, si la tumeur a déjà un certain volume, et chez l'adulte on observera tous les phénomènes dus au développement, quelquefois considérable, d'une tumeur dans le plancher de la bouche, phénomènes sur lesquels nous avons suffisamment insisté à l'article grenouillettes.

Les quelques signes que nous avons indiqués, ainsi que le développement ordinairement médian des kystes dermoïdes, et surtout la marche de l'affection, pourront servir à diagnostiquer ces tumeurs d'avec les grenouillettes, avant même qu'une ponction exploratrice ne vienne démontrer la nature du contenu kystique. Pour les *lipomes*, la distinction est plus difficile, mais l'erreur serait peu grave, puisque le traitement est le même.

TRAITEMENT. — Bien que Pierre de Marchettis ait guéri un malade atteint de mélécérès, au moyen d'un séton passé de la bouche à la région sus-hyoïdienne, et que Denonvilliers ait aussi obtenu un résultat satisfaisant en évacuant le contenu caséux du kyste et en pratiquant des injections vineuses, cependant, comme ces moyens ne mettent pas toujours à l'abri de la récurrence, et, comme ils entraînent une suppuration de longue durée, il est préférable de pratiquer l'énucléation du kyste, soit par l'intérieur de la bouche, lorsque cela est possible, soit par la région sus-hyoïdienne. Par la bouche, il faut éviter d'inciser les conduits de Wharton, et, en tous cas, détacher le plus qu'on pourra les adhérences

avec les doigts, de façon à ne pas intéresser de vaisseaux importants. L'opération n'est généralement pas très-grave, et, à moins de complications, la guérison survient rapidement. Il y a cependant une réserve à faire pour les enfants à la mamelle. Si une intervention devient nécessaire, mieux vaut tenter l'excision avec cautérisation de la poche, avant de recourir à l'ablation, à cause du danger des opérations dans le très-jeune âge. Ce fut la conduite que tint Richet (1) dans un cas de kyste sébacé sublingual, chez un enfant âgé de quelques jours qui tétait difficilement. La guérison ne se maintint pas, et l'enfant fut perdu de vue.

b. Lipomes. — Improprement nommés *grenouillettes graisseuses*, ils se rencontrent très-rarement à la région sus-hyoïdienne; c'est à peine s'il en a été publié cinq ou six observations. Quelquefois la muqueuse jaunâtre, vascularisée, qui les recouvre, laisse voir par transparence les pelotons adipeux.

Leur accroissement est très-lent, et le doigt ne les déprime pas comme il déprime, dans quelques cas, les kystes dermoïdes. Le diagnostic présente toujours des difficultés, soit avec les grenouillettes, soit surtout avec les kystes dermoïdes.

L'ablation, seul traitement qui convienne, n'est indiquée que si la tumeur a pris un développement suffisant pour gêner la parole, la mastication, etc. On pratiquera cette opération comme pour les kystes dermoïdes.

c. Tumeurs ganglionnaires. — Nous ne faisons que les signaler. Elles sont rares en tant que tumeurs primitives, et, comme dégénérescences secondaires, elles ne présentent rien de particulier à la région sus-hyoïdienne, sauf qu'elles exposent, dans tous les cas, le malade au danger de suffocation, d'hémorrhagie, etc. Lorsqu'on veut entreprendre leur ablation, les préceptes que nous avons donnés pour l'extirpation des glandes sous-maxillaires sont également applicables.

§ IV. — Maladies de la région sous-hyoïdienne.

ARTICLE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA RÉGION SOUS-HYOÏDIENNE.

Les traumatismes de la région sous-hyoïdienne empruntent leur intérêt principal aux lésions du larynx, de la trachée, de l'œsophage, qui surviennent presque fatalement, dès qu'il s'agit d'une contusion énergique ou d'une plaie profonde. Ces lésions seront étudiées plus tard.

Les plaies de la région sous-hyoïdienne peuvent encore, sans intéresser la trachée ou l'œsophage, se compliquer de la blessure du corps

(1) Thèse de Landeta.

thyroïde, des plexus veineux thyroïdiens, des nerfs récurrents. Enfin, un instrument vulnérant, rasant la fourchette sternale, peut blesser les troncs brachio-céphaliques, artériels ou veineux. Ces diverses complications ont déjà été décrites ou le seront ultérieurement.

ARTICLE II

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DE LA RÉGION SOUS-HYOÏDIENNE.

1° Phlegmons et abcès.

Les phlegmons et abcès de cette région présentent deux variétés de siège; les uns sont limités à l'espace hyo-thyroïdien, les autres occupent la région laryngo-trachéale.

a. Les abcès de l'espace hyo-thyroïdien se développent dans cette petite masse cellulo-graisseuse, située à la face antérieure de l'épiglotte, entre celle-ci et la membrane thyro-hyoïdienne. Quoique signalés par Sestier (1), dans son mémoire sur l'*angine laryngée œdémateuse*, leur histoire est encore incomplète, surtout au point de vue étiologique.

D'après la plupart des auteurs, les abcès hyo-thyroïdiens pourraient être idiopathiques ou symptomatiques d'affections diverses, inflammatoires ou autres, de la langue, de la gorge, de l'épiglotte, de l'os hyoïde, du cartilage thyroïde. Ils seraient aussi aigus ou chroniques. Dans un cas que j'ai eu l'occasion d'observer récemment, chez un homme de 46 ans, le développement des accidents inflammatoires paraît avoir été précédé de la présence, dans la région hyo-thyroïdienne, d'une petite tumeur indolente, sur la nature de laquelle il m'a été impossible d'acquiescer une notion certaine.

Quoi qu'il en soit, ces abcès méritent surtout d'attirer l'attention par les symptômes graves qu'ils déterminent et qui sont dus à la propagation de l'inflammation à l'ouverture supérieure du larynx, et au refoulement de l'épiglotte en arrière, d'où résultent des troubles plus ou moins sérieux du côté de la phonation et de la respiration: altération du timbre de la voix, aphonie, dyspnée, accès de suffocation.

Extérieurement les phlegmons hyo-thyroïdiens se manifestent par un gonflement, exactement limité à la petite région thyro-hyoïdienne, et s'accompagnent de tension douloureuse, avec rougeur de la peau.

Ces abcès tendent à se porter du côté du pharynx, en avant et sur les parties latérales de l'épiglotte. Le doigt introduit profondément dans la bouche pourrait dans certains cas sentir le relief formé par la collection purulente. Il serait également possible de constater cette saillie à l'aide du laryngoscope.

(1) Archives génér., de médecine, 4^e série, t. XXIV, p. 477.