

avant l'âge de trente ans ; d'abord leur accroissement est progressif, elles arrivent à acquérir ainsi le volume d'une noix ou d'un petit œuf de poule. Puis la tumeur reste stationnaire quelquefois pendant plusieurs années ; si elle a débuté dans un des lobules superficiels de la glande, elle peut présenter une certaine mobilité. Mais à mesure qu'elle s'accroît, elle s'enfonce en quelque sorte dans la parotide et devient moins mobile. Jusqu'ici peu ou point de douleur, pas de troubles fonctionnels. Peu de malades réclament l'opération à cette période. Puis au bout d'un an, deux ans, cinq ans et même dix ans, sous l'influence d'un coup, d'une tentative d'opération maladroite et intempestive, d'autres fois sans cause appréciable, la tumeur acquiert en quelques mois, en quelques semaines un volume considérable. Cette poussée, ce développement brusque sont le plus souvent accompagnés de douleurs névralgiques tellement vives et aiguës que le malade réclame instamment l'ablation de sa tumeur. Cette dernière, qui au début était arrondie ou ovoïde à surface lisse, devient, dans la deuxième période, conique, bosselée. De ces bosselures, les unes sont dures, résistantes, les autres molles et fluctuantes. Puis enfin dans une troisième période la tumeur s'altère, se creuse en une sorte d'entonnoir du fond duquel on voit surgir des bourgeons charnus, un liquide purulent ou séro-purulent, quelquefois infect en raison des parties mortifiées qui sont entraînées par la suppuration.

14° AFFECTIONS CHIRURGICALES DU PLANCHER DE LA BOUCHE.

A. — Lésions traumatiques.

Les lésions traumatiques du plancher de la bouche sont rares. La région sus-hyoïdienne est en effet garantie par le maxillaire inférieur et mieux encore par la mobilité de la tête. Ce n'est que dans des cas de chute sur un corps vulnérant, de tentatives de suicide ou d'éclats de projectiles de guerre que ces lésions peuvent s'observer, elles se compliquent d'ordinaire de lésions des artères linguale, faciale ou de leurs branches, l'hémorrhagie qui en résulte devra être combattue par la ligature des deux bouts du vaisseau divisé ; les nerfs grand hypoglosse et lingual peuvent être déchirés ou contus.

Les glandes sous-maxillaire et sublingale sont rarement atteintes directement par l'instrument vulnérant et cependant on connaît quelques cas de fistules salivaires rebelles survenues à la suite des blessures de cette région, il n'en est plus de même quand à la suite d'une tentative de suicide par coup de feu tiré sous le menton ou par éclats d'obus tout ou presque tout le plancher buccal a éclaté ou s'est rompu. Les glandes et leurs conduits excréteurs sont dilacérés et la fistule salivaire se produit.

On a signalé des éclats de projectiles assez volumineux qui avaient

pu se loger entre les muscles de la région ou entre ces derniers et la muqueuse buccale ; pour mon compte, j'ai constaté et extrait pendant le bombardement de Strasbourg un éclat d'obus très anguleux, très irrégulier qui s'était placé à la face profonde du mylo-hyoïdien et qu'il ne m'a pas été très commode d'extraire par la voie cutanée.

Lorsque le projectile ne s'arrête pas dans la région, qu'il continue son trajet, il peut atteindre tous les organes intra-buccaux : langue, voile du palais, piliers, pharynx, épiglotte, etc., et la lésion se complique alors des accidents dus à ce genre de blessure ; la déglutition, la phonation, la respiration sont gênées et l'asphyxie peut survenir.

On comprend que, comme dans toutes les plaies du cou, les lèvres de la solution de continuité se rapprochent ou s'écartent l'une de l'autre suivant que la tête est fléchie ou étendue, de là des indications de traitement sur lesquelles je n'insiste pas ici et pour lesquelles je renvoie à ce que je dirai plus loin des plaies du cou en général.

A^{bis}. — Corps étrangers du canal de Warthon.

Si je joins les corps étrangers du canal de Warthon à l'étude des lésions traumatiques du plancher de la bouche, c'est que les uns sont directement introduits du dehors dans l'orifice du canal, et que si les autres, les calculs, ne se développent pas toujours autour d'un noyau central formé par un corps étranger venu de l'extérieur, ils finissent par éroder les parois du canal et par lui faire subir ainsi un véritable traumatisme.

On a vu, très rarement il est vrai, des corps étrangers pénétrer par l'ostium du canal de Warthon, les quelques exemples qui existent dans la science se rapportent à des soies de porc détachées de brosses à dents, des barbes d'épi, une arête de poisson et enfin une paille.

Presque toujours, aussitôt après l'accident, il survenait du côté lésé une gêne des mouvements de la langue, gêne agaçante mais peu douloureuse, la sensation de quelque chose dont on voudrait se débarrasser, d'autres fois la douleur était vive, persistante, l'inflammation s'emparait du canal et de la glande, d'où des abcès à répétition.

Quand le corps étranger ne donne pas naissance à l'inflammation immédiate de la glande, la sensation de gêne disparaît peu à peu, mais bientôt il s'incruste de sels phosphatiques et oblitère plus ou moins complètement le canal qui se distend en arrière du corps étranger et forme une tumeur allongée, fluctuante, située sur le côté de la langue, en même temps la glande devient dure et douloureuse à la pression.

Le corps étranger peut, dans certains cas, être toléré pendant fort longtemps sans accidents ; par la compression excentrique qu'il détermine, il use les parois du canal et peut apparaître à travers cette boutonnière de la muqueuse.

Mais ce ne sont pas toujours des corps étrangers qui donnent naissance aux calculs salivaires, on a même cité un cas de calcul congénital. Toujours ce sont des phosphates en couches stratifiées, de couleur jaunâtre, qui les constituent; ils peuvent atteindre le volume d'un noyau d'olive. Quelquefois uniques, d'autres fois multiples et moins volumineux en ce dernier cas, ils paraissent se former en grains de chapelet en gagnant vers la glande.

On a prétendu qu'il pouvait y avoir des grains calculeux développés dans le tissu glandulaire lui-même, dans les acinis, par conséquent; sans y contredire d'une manière absolue, il me semble cependant que c'est toujours dans les canalicules excréteurs que les phosphates se déposent. Quoi qu'il en soit, quand le calcul atteint un certain volume, il présente toujours des sortes de rainures, de cannelures creusées à sa surface, c'est par là que la salive peut continuer à cheminer et à se déverser dans la bouche.

Au début de l'affection les malades n'accusent aucune douleur, ce n'est que lorsque le calcul est devenu assez volumineux pour gêner par sa présence les mouvements de la langue que le chirurgien est consulté.

Il est à noter cependant que dans certains cas on a observé des douleurs vives se reproduisant par accès (*coliques salivaires*) quand, après le repas, la sécrétion salivaire exagérée comprime les fibres nerveuses.

Souvent le calcul irrite la muqueuse du canal, la détruit, l'ulcère et fait saillie sur le plancher buccal. Les tissus enflammés du canal suppurent et si l'on vient à presser le long de celui-ci, on fait sourdre par l'ostium un liquide salivaire visqueux grisâtre, mélangé de pus.

Quand le calcul est à découvert sur les côtés de la langue, il est facile d'en constater l'existence, quand au contraire il reste emprisonné dans les parois du canal, ce n'est que par sa dureté, son volume, ses saillies anguleuses sous la muqueuse que l'on peut le reconnaître. L'obstruction du canal, par une cause quelconque, peut toujours se reconnaître en déposant sur la langue une substance saline quelconque; quand les voies salivaires sont libres on voit la salive sourdre dans la bouche par les ouvertures des canaux excréteurs, ce qui ne saurait exister lorsqu'ils sont obstrués.

L'inflammation déterminée par la présence du calcul peut se propager le long du canal et déterminer la suppuration du tissu connectif interlobulaire ou la sclérose de la glande, elle peut encore gagner les parties périphériques, d'où un phlegmon sus-hyoïdien ou sublingual.

L'indication évidente est d'extraire le corps étranger de quelque nature qu'il soit et d'en débarrasser le malade, de même qu'il faudra donner issue au pus si des phlegmons se sont produits.

B. — *Lésions nutritives.*

Les inflammations du plancher de la bouche et de la région sus-hyoïdienne peuvent porter sur le tissu connectif de toute la région, sur les ganglions et sur les glandes sous-maxillaire et sublinguale.

Une plaie, une lésion des parties voisines peut entraîner l'inflammation du tissu connectif sus-hyoïdien; tantôt elle restera localisée, déterminera un abcès ou se résoudra, tantôt, au contraire, dans le cas d'infection septique le phlegmon deviendra diffus, envahira toute la région; les symptômes généraux bien connus se développeront, le gonflement du plancher buccal gagnera les parties voisines, la déglutition deviendra impossible, la respiration très gênée et les menaces d'asphyxie très grandes. Le pus, s'il ne se fait pas jour au dehors ou si le chirurgien ne lui fournit pas une issue facile, tendra à fuser vers la base de la langue ou le long des vaisseaux, dans ce dernier cas il pourra s'étendre le long de la carotide et gagner le médiastin. Nous reviendrons sur cette migration du pus, commune à tous les phlegmons du cou, quand nous nous occuperons de ces derniers.

Les ganglions du plancher de la bouche sont fréquemment envahis par l'inflammation, ce sont alors des adéno-phlegmons semblables à ceux que nous avons décrits dans d'autres régions, tantôt aigus et suppurant plus ou moins rapidement, tantôt au contraire chroniques, à marche lente, comme dans les cas de ganglions tuberculeux.

On sait qu'à la suite de la scarlatine les adéno-phlegmons de la région s'enflamment très souvent et qu'ils arrivent très rapidement à la suppuration. Faut-il voir dans cette superacuité une cause septique?

L'indication chirurgicale est des plus simples et découle de ce que nous venons de dire, il faut ouvrir un passage large et facile au pus et faire des lavages antiseptiques.

La glande sous-maxillaire peut elle-même être atteinte soit directement soit indirectement par une inflammation.

On a noté d'abord des cas d'oreillons de la glande sous-maxillaire qui donnaient lieu à une tumeur œdémateuse, diffuse, passant à la résorption ou à la suppuration. Ludwig a le premier signalé une véritable épidémie d'oreillons sous-maxillaires à marche suraiguë, suppurant presque fatalement. Cette affection serait due à l'entrée de produits infectieux ou d'un microphyte spécial (*actinomyose*) par le canal de Warthon.

L'obstruction mécanique du canal de Warthon par des calculs ou pathologique par suite d'une inflammation de sa muqueuse peut-elle déterminer une inflammation de la glande? La contraction spasmodique des fibres lisses de ce conduit en en oblitérant la lumière pourrait-elle agir de la même manière? C'est l'opinion généralement admise et cependant les recherches de Vaillard et Arnozan ne permettent plus

guère de la soutenir aujourd'hui. Un corps étranger : calcul développé dans le canal, paille, barbe d'épi, etc., introduits dans son intérieur par la voie buccale peuvent par leur présence irriter et enflammer la muqueuse de ce conduit, cette inflammation se transmettra au tissu connectif interlobulaire de la glande qui par son gonflement excentrique comprimera les acinis, les sclérosera sans que ceux-ci ne participent eux-mêmes à la tumeur.

Quoi qu'il en soit, les douleurs sont vives, la tumeur fait saillie sur le plancher buccal et gêne les mouvements de la langue, la région sous-maxillaire est œdémateuse; si par la bouche on parvient à sentir un corps dur sur le trajet de cette masse de forme allongée, ou si, comme le dit Richet, on constate une pseudo-membrane au niveau de l'ostium, il faudra enlever l'un ou l'autre obstacle et rétablir le cours de la salive.

L'inflammation du tissu connectif interlobulaire pourra donner naissance à du pus et même déterminer des abcès de voisinage.

Si la glande est sclérosée, et que cependant la tumeur persiste indurée et gênante pour la déglutition et l'articulation des sons, il faudra l'extirper.

B^{bis}. — Grenouillettes.

On rencontre assez souvent sur le plancher de la bouche, au-dessous de la langue ou sur ses côtés, des tumeurs liquides, enkystées, auxquelles on donne le nom générique de grenouillettes.

Ces tumeurs, dont l'origine et le siège ont soulevé de nombreuses discussions, ont été attribuées à la rétention du liquide salivaire dans le canal de Warthon ou dans les canaux de Rivinus dilatés; d'autre part, il existe sous la langue et sur ses côtés une lame du tissu connectif aréolaire, mou, dont les lacunes communiquent entre elles, c'est là un type de formation d'une cavité séreuse par condensation des trabécules conjonctives sous l'influence des mouvements de la langue. Si l'on vient à préparer par l'insufflation cette masse connective, on crée artificiellement une sorte de bourse muqueuse, décrite encore aujourd'hui par quelques auteurs sous le nom de bourse de Fleischmann, cette cavité n'est due qu'à un artifice de préparation, elle n'existe pas en réalité, aussi la théorie qui fait reposer la pathogénie de la grenouillette sur l'accumulation de la salive ou d'un liquide de sécrétion dans cette bourse ne repose-t-elle sur aucun fondement exact d'anatomie.

Dans ces derniers mois, Suzanne a repris à Bordeaux toute cette question des grenouillettes communes et sublinguales; après bien des recherches que j'ai contrôlées, il a constaté que la glande sublinguale se prolonge toujours en avant par une trainée d'acinis étendus de l'insertion du génio-glosse jusque sur les côtés du frein; on peut au reste considérer la plupart des glandules du plancher de la bouche comme des acinis salivaires aberrants. La rétention de la salive ne sau-

rait développer une grenouillette, les canaux excréteurs ne se prêteraient pas à cette distension; dans les cas nombreux observés et étudiés par Suzanne, la grenouillette avait son origine dans la transformation mucoïde de tous les éléments glandulaires, acinis et travées conjonctives.

Dans la tumeur se trouve toujours un liquide visqueux, jaunâtre et translucide d'ordinaire, la poche kystique est d'autant plus épaisse, plus résistante que la tumeur est ancienne.

La grenouillette est toujours située sur les côtés latéraux de la langue très près de la ligne médiane, elle se développe lentement, fait saillie sous la muqueuse, repousse latéralement la langue, gêne l'articulation des sons, et peut même, dit-on, déterminer de la suffocation en entravant plus ou moins la respiration par le refoulement de la langue en arrière. Chez l'enfant à la mamelle, la grenouillette gêne et entrave plus ou moins l'alimentation, la succion devenant difficile. Souvent la poche kystique se rompt, les accidents disparaissent, mais les récidives sont presque fatales. Pour Suzanne, elles sont dues à l'altération mucoïde des lobules glandulaires envahis consécutivement par la transformation muqueuse.

A côté des grenouillettes communes ou sublinguales on a décrit une forme kystique spéciale à laquelle est attaché le nom de *grenouillette sus-hyoïdienne*. Ainsi que nous venons de le dire, toutes les glandules du plancher buccal étendues depuis la face interne du maxillaire jusqu'au niveau de la sous-maxillaire sont en réalité des acinis salivaires plus ou moins réunis ou isolés, les grenouillettes sus-hyoïdiennes dont le siège a beaucoup varié dans les descriptions qu'en ont faites les chirurgiens ne sont que des transformations muqueuses ou colloïdes de ces acinis, elles ne diffèrent de la grenouillette sublinguale que par leur siège.

Les kystes de la glande de Nuhn, situés dans la langue, ne doivent pas être considérés comme des grenouillettes avec lesquelles ils n'ont pas de rapport ni par le siège ni par la pathogénie.

Disons encore que l'on a constaté, ce qui n'a rien d'irrationnel, des grenouillettes sur des sujets qui portaient en même temps un kyste séreux de la région sous-hyoïdienne.

Il est enfin une sorte de grenouillette à marche très rapide, en quelques heures une tumeur molle transparente se forme sous la langue, le malade dont la déglutition, la parole, et même la respiration sont gênées est d'autant plus effrayé que la grenouillette s'est développée presque d'emblée. C'est dans ces cas que l'on a invoqué la dilatation du canal de Warthon, dont les parois auraient cédé subitement à la suite de l'oblitération de ce conduit; cette théorie ne trouve plus aujourd'hui de défenseurs; mais d'autres (Tillaux) ont admis la rupture du canal et l'extravasation du liquide salivaire dans la bourse de Fleischmann. J'ai

dit déjà ce qu'il fallait penser de cette cavité séreuse. Il est d'autres auteurs qui, tout en niant l'existence de la bourse de Fleischmann, admettent une hydropisie aiguë des espaces lacunaires du tissu connectif lâche sous-muqueux.

Avouons tout simplement que jusqu'à présent nous ne savons rien de précis sur le mode de production de cette forme rapide de grenouillette.

Traitement. — Puisque je n'admets pas la production de la grenouillette par rétention du liquide salivaire, je ne dirai rien de la dilatation du canal de Warthon, non plus que de la méthode qui consistait jadis à établir une dérivation de la salive par l'établissement d'une fistule permanente intra-buccale.

Je ne dirai pas grand'chose de l'incision de la tumeur, de la destruction des parois kystiques par des injections de teinture d'iode, de perchlorure ou de tout autre liquide caustique. Le séton a donné de bons résultats, mais la suppuration de la poche est de longue durée. Mieux vaut donc en arriver tout de suite à l'extirpation pure et simple soit totale, soit partielle, si l'on ne peut sans grands dégâts songer à enlever tout le kyste. L'extirpation a de plus l'avantage de mettre mieux que toute autre méthode à l'abri des récidives.

C. — Lésions formatives.

On connaît quelques cas de *lipomes* du plancher de la bouche. Les *adénomes* qui y ont été signalés en petit nombre me paraissent se rattacher les uns à une néoplasie de toute autre nature tandis que les autres étaient de véritables transformations colloïdes des acinis.

Les *enchondromes* de la glande sous-maxillaire sont un peu plus fréquents, ce sont des tumeurs à évolution lente, plus ou moins bosselées, ne déterminant pas de douleurs, très denses, du volume d'une mandarine que l'on peut facilement énucléer et qui n'ont pas de tendance à la récidive.

Les *tumeurs ganglionnaires* sont fréquentes dans la région, elles n'offrent rien de particulier à signaler et sont justiciables du traitement général et de l'intervention chirurgicale.

Les *kystes séreux congénitaux* s'observent dans la région sus-hyoïdienne comme dans toutes celles du cou, nous renvoyons le lecteur à ce que nous en dirons plus loin en étudiant les lésions de la région sous-hyoïdienne.

Les *kystes dermoïdes* du plancher de la bouche sont, comme tous les kystes dermoïdes, dus à une invagination du feuillet externe du blastoderme qui dans le cas spécial qui nous occupe s'est produite au niveau de la deuxième fente branchiale. Dans ces kystes on trouve toutes les productions épidermoïdes, et cependant on a signalé l'existence de

kystes qui ressemblaient beaucoup aux kystes dermoïdes et qui, tapissés par une muqueuse avec épithélium cylindrique, même vibratile, contenaient du mucus. A quoi rattacher la formation de pareils kystes ? L'inclusion du feuillet externe ne les explique pas, car en raison même de leur mode de formation c'est un épithélium pavimenteux stratifié qui tapisse toujours la paroi des kystes dermoïdes, dont le contenu est formé par des poils, des débris épidermiques, de la matière sébacée, etc.

Les kystes dermoïdes sont entourés par une coque fibreuse, épaisse, ils sont sans adhérence au tissu connectif sous-muqueux, sauf au niveau de la face interne de la symphyse maxillaire ou de l'hyoïde à laquelle ils sont reliés par un pédicule, vestige de l'invagination ; ils se trouvent plus souvent sur la ligne médiane que sur les côtés de la langue. La muqueuse qui les recouvre n'est altérée ni dans sa couleur ni dans sa structure. Indolents et à marche lente pendant longtemps, les kystes dermoïdes peuvent tout à coup provoquer des douleurs, grossir beaucoup et par leur pression excentrique repousser la mâchoire et projeter les dents en avant.

On connaît encore quelques rares cas de *kystes hydatiques* développés dans le plancher buccal.

Le *carcinome primitif* des glandes salivaires est fort rare, et plus rare encore est l'*épithélioma*.

La marche de ces néoplasies est rapide, elles s'infiltrent promptement dans les tissus voisins, leur récidive est fatale si on ne les extirpe dès le début, avant qu'elles n'aient gagné les organes voisins et les ganglions. Mais il n'est pas toujours facile de reconnaître leur nature au début d'autant plus que le malade ne vient consulter le chirurgien que lorsque la gêne et les douleurs sont grandes.

On a décrit sous le nom de *grenouillette sanguine*, d'*angiome kystique des glandes salivaires*, des tumeurs sans battements artériels, contenant de véritables kystes hématiques. Ne seraient-ce pas des cysto-sarcomes ?

Toutes les tumeurs du plancher de la bouche, qu'elles soient bénignes ou malignes, sont au début cachées derrière l'angle ou le corps de la mâchoire et ne font saillie au dehors que lorsque la tête est fortement étendue. Du côté de la bouche elles déplacent la langue, gênent la parole, la déglutition et la respiration. Chez les enfants à la mamelle, les kystes dermoïdes ou congénitaux empêchent l'allaitement.

Traitement. — Il n'en est en réalité qu'un seul qui soit indiqué, c'est l'extirpation hâtive. Faut-il opérer par le dehors ou par la bouche ? C'est au chirurgien à se décider suivant les cas. Jadis on redoutait après ces opérations le phlegmon sus-hyoïdien, et de fait beaucoup de malades ont été perdus par cette complication. Aujourd'hui, grâce aux méthodes antiseptiques, ces accidents sont peu à redouter et à mon avis il faut toujours opérer sans même s'évertuer à reconnaître à l'avance quelle peut être la nature de la tumeur.