

qu'environ deux lignes de longueur. Les adhérences anormales purent aisément être détruites avec le bistouri. Il n'y eut pas d'hémorragie. Enfin, en 1885, M. Duplouy (de Rochefort) a communiqué à la Société de chirurgie l'observation d'une petite fille de deux mois et demi qui, en même temps qu'une ectromélie de la main droite, présentait une adhérence totale de la langue au plancher de la bouche. La succion étant impossible, la nutrition de l'enfant ne se faisait qu'avec la plus grande difficulté. Dans la discussion qui suivit cette communication, M. Trélat rappela qu'il avait pu, dans un cas analogue, libérer la langue en incisant ses adhérences sur les parties latérales et les détruisant ensuite avec la sonde cannelée. Dans un autre cas, M. Lucas Championnière s'est contenté de libérer seulement la pointe de l'organe, de façon à rendre possible la succion.

Si les faits d'adhérence totale de la langue au plancher de la bouche sont exceptionnels, il n'en est pas de même de ceux dans lesquels il y a adhérence sur la ligne médiane, constituant la difformité connue sous le nom de brièveté du filet. Tantôt la langue est accolée au plancher de la bouche par le frein ou filet qui se prolonge jusqu'à son extrémité; tantôt le filet ne se prolonge pas aussi loin en avant, mais il est trop court. Le résultat de cette difformité, c'est l'impossibilité pour l'enfant d'attirer la pointe de la langue au-devant de l'arcade alvéolaire. Il en résulte une gêne dans la succion et dans la déglutition, et, plus tard, dans l'articulation des sons.

On remédie à ces inconvénients par la section du filet. La face inférieure de la langue est portée en haut et en arrière par la plaque de la sonde cannelée, dont la fente loge le filet qu'il s'agit de sectionner. À l'aide de ciseaux mousses dont la pointe est tournée en bas, le filet est sectionné dans une étendue de 3 à 4 millimètres. Cette petite opération, très simple en général, a pu cependant parfois donner naissance à des complications. La section des artères et des veines ranines a déterminé des hémorragies qui sont entretenues par des mouvements de succion exercés par l'enfant, et qui, dans un cas cité par Bouisson, ont entraîné la mort. La cautérisation du vaisseau avec le crayon de nitrate d'argent ou avec le fer rouge serait le meilleur moyen à employer en pareil cas.

Un autre accident de la section du filet, c'est le renversement de la langue vers le pharynx, sur lequel a insisté J.-L. Petit. Il en avait

observé trois exemples, et dans l'un d'eux, la mort survint par asphyxie. La cause de cet accident serait dans les efforts de succion exercés par l'enfant. En pareil cas, il faudrait se hâter de porter le doigt dans la bouche et de ramener la langue en avant pour éviter la suffocation.

DEUXIÈME PARTIE

MALADIES DU PLANCHER DE LA BOUCHE.

Constituant la limite entre la cavité buccale et la région cervicale, le plancher de la bouche est une région intermédiaire. Tout ce qui a trait aux lésions traumatiques et inflammatoires de cette région sera renvoyé à l'étude des maladies du cou. Nous traiterons seulement ici des maladies des glandes sous-maxillaire et sublinguale et de certaines tumeurs qui, comme les kystes hydatiques, les kystes dermoïdes et les lipomes, proéminent plutôt du côté du plancher de la bouche que vers la région sus-hyoïdienne.

1^o CORPS ÉTRANGERS DU CANAL DE WHARTON.

Les corps étrangers du canal de Wharton sont fort rares. Dans un mémoire publié par les *Archives de médecine* en 1874, le docteur Claudot n'en rapporte que trois exemples. L'un d'eux, appartenant à Robert, a trait à une soie de sanglier introduite dans le canal de Wharton. Dans un cas appartenant à Détery, un calcul s'était formé autour d'une arête de poisson. Enfin, dans le fait qui est personnel à l'auteur, il s'agit d'un épillet de graminées.

Il existe quelques autres exemples de cette lésion, mais ils sont fort rares : tel le cas de Vielle où il s'agissait d'un poil de brosse à dents, celui de Cumano où le corps étranger était représenté par un brin de paille.

Symptômes. — Dans un seul cas, celui de Détery, le moment précis du traumatisme est indiqué. Les accidents dus à l'introduction d'une arête de poisson débutèrent brusquement dans la nuit qui suivit un repas composé de truites. Le début est brusque, mar-

qué par de la fièvre et un gonflement douloureux de la région sous-maxillaire. Au bout de quelques jours, se montre un écoulement muco-purulent par le canal de Wharton, qui se fait spontanément, ou quand on vient à presser sur la tumeur formée par le canal dilaté. La suppuration détermina, dans le cas de Robert, l'ulcération du conduit et l'issue du corps étranger, représenté par une soie de sanglier. Dans le cas de Claudot, l'extraction fut pratiquée; il y avait déjà incrustation de l'épillet. Enfin, dans le cas de Détery, le corps étranger persista pendant de longues années. Dans des cas semblables, l'inflammation disparaît au bout de quelque temps; il se forme une tumeur tenant à la dilatation du canal de Wharton; mais de temps en temps on observe des poussées inflammatoires.

Diagnostic. — Il se base sur la forme de la tumeur, qui est unilatérale, piriforme, se terminant en pointe à sa partie antérieure, au niveau de l'orifice du canal de Wharton. Ce dernier canal est perméable, et le stylet qu'on y introduit vient buter contre un corps étranger. Ce corps peut être un calcul formé spontanément dans le canal de Wharton ou un corps étranger accidentellement introduit. Le brusque début des accidents est en faveur du corps étranger.

Traitement. — Le traitement consiste dans l'extraction du corps étranger, à l'aide d'une incision pratiquée sur le conduit de Wharton.

2° CALCULS SALIVAIRES.

Comme nous venons de le dire, l'histoire des calculs salivaires se rapproche de celle des corps étrangers du conduit de Wharton. A. Paré fut le premier à signaler l'existence des pierres sous la langue. Mais la signification de ces faits ne fut bien comprise que quand les recherches de Wharton, de Rivinus et de Bartholin eurent fait connaître l'existence des conduits excréteurs des glandes salivaires.

Étiologie. — A part les cas dans lesquels le noyau du calcul est un corps étranger, l'étiologie des calculs salivaires est fort obscure. Les circonstances les mieux connues sont celles qui sont relatives à l'âge et au sexe des malades. Dans une très bonne thèse sur les calculs salivaires (1855), M. Closmadeuc a constaté que jamais ces calculs ne s'étaient montrés sur des malades âgés de moins de vingt ans; de plus, sur 81 cas, il en a rencontré 69 chez l'homme, et 19 seulement chez la femme.

Anatomie pathologique. — Les calculs salivaires occupent le plus souvent le conduit de Wharton, mais ils peuvent siéger aussi dans l'épaisseur des glandes sous-maxillaires et sublinguales. Le plus souvent uniques, ils sont quelquefois multiples. Leur volume est variable; dans certains cas, ils distendent le canal de Wharton sur toute sa longueur, mais il n'est pas rare d'observer à leur surface une gouttière qui permet l'écoulement de la salive au dehors. Leur consistance est assez ferme; quant à leur composition, ils sont formés en majeure partie de sels calcaires, phosphates et carbonates.

La muqueuse du conduit de Wharton est épaissie et enflammée; mais habituellement ce conduit lui-même ne présente qu'une dilatation modérée. La glande sous-maxillaire est généralement le siège d'une inflammation chronique. Dans un cas de M. Terrier, elle était tellement indurée qu'on dut en pratiquer l'extirpation.

Symptômes. — En général, les symptômes fonctionnels sont peu marqués; il y a seulement du gonflement de la région sous-maxillaire et de la gêne résultant de la présence d'une concrétion calcaire au niveau du plancher de la bouche. Mais de temps en temps on voit se surajouter à ces symptômes des poussées d'inflammation aiguë; le plancher de la bouche est tendu et douloureux; la muqueuse est œdématisée du côté malade; on sent, à la région sus-hyoïdienne, un gonflement répondant à la glande sous-maxillaire. Ces phénomènes inflammatoires s'accompagnent de douleurs, auxquelles on a donné le nom de coliques salivaires, par analogie avec les coliques hépatiques et néphrétiques. Enfin l'inflammation aboutit à la formation du pus qui s'échappe, mélangé de salive, à travers l'orifice du canal de Wharton. Dans quelques cas, le calcul, cheminant à travers ce conduit, arrive à son orifice, par lequel il est expulsé; dans d'autres cas, une ulcération s'établit sur les parois du canal de Wharton et donne issue au calcul. Mais dans d'autres faits, le calcul n'a pas tendance à être expulsé spontanément, et la maladie se prolonge jusqu'à ce que l'intervention chirurgicale vienne y mettre fin.

Diagnostic. — Lorsque la palpation du plancher de la bouche permet de reconnaître un corps dur répondant au canal de Wharton, le diagnostic ne présente pas de difficultés. Toutefois il est un cas exceptionnel qui pourrait prêter à l'erreur, c'est celui signalé par Stanski, qui observa l'enkystement d'une dent sous la muqueuse du plancher de la bouche. Lorsque le calcul fait saillie par l'orifice du

conduit de Wharton, le diagnostic est rendu encore plus évident. Dans les autres cas, le cathétérisme de ce conduit permet de reconnaître un corps dur. L'erreur qui consisterait à prendre un corps étranger pour un calcul serait sans importance. Pendant les périodes inflammatoires, l'exploration du conduit de Wharton est impossible. Mais la localisation de la tuméfaction à la loge de la glande sous-maxillaire, l'issue du pus à travers l'orifice du conduit, permettent de se rendre compte de la véritable nature des phénomènes.

Traitement. — Il consiste à pratiquer l'extraction du calcul, à travers l'orifice normal du conduit, si la chose est possible; si non, à l'aide de débridements. Si le calcul siègeait dans la glande elle-même, et qu'on dût opérer par la région sus-hyoïdienne, il faudrait, suivant le conseil de M. Duplay, éviter d'inciser la muqueuse buccale pour ne pas avoir à redouter une fistule persistante. Enfin, dans des cas comme ceux de M. Terrier, où la glande est indurée, remplie de calculs, le seul traitement possible est l'extirpation de l'organe.

5° GRENOUILLETTE.

Il est en pathologie chirurgicale peu d'affections dont l'histoire présente autant d'obscurité que celle de la grenouillette. Cela tient à ce que, sous ce nom, on a décrit un grand nombre de lésions de nature différente.

On n'est pas plus d'accord sur le sens même du mot *grenouillette* que sur l'objet auquel il s'applique. Tandis que certains auteurs pensent qu'il vient de la ressemblance entre la tumeur et une grenouille, d'autres, au nombre desquels A. Paré, cherchent dans les altérations de la voix et de la parole, chez les sujets atteints de grenouillette, l'origine de cette appellation. Elle est ainsi désignée, dit A. Paré, « pour ce que les patients difficilement peuvent articuler et interpréter leur langage, sinon en grenouillant ».

Sous le nom de grenouillette nous décrirons ici tous les kystes salivaires du plancher de la bouche.

Historique. — Sans vouloir faire ici un historique complet de la question, nous rappellerons que les auteurs anciens, jusqu'à la fin du dix-septième siècle, privés de notions anatomiques exactes sur les glandes salivaires du plancher de la bouche et leurs conduits d'excrétion, n'ont pu avoir sur la grenouillette que des idées très confuses.

A partir du dix-huitième siècle, après que Wharton, Bartholin et Rivinus eurent démontré l'existence des canaux excréteurs qui portent leur nom, ce fut à la rétention de la salive dans ces conduits que Stalpart van der Wiel, Munnichs, Jourdain, Louis, attribuèrent la production de la grenouillette. Dupuytren d'abord, puis Malgaigne, combattirent la théorie qui plaçait l'origine de la grenouillette dans la dilatation du canal de Wharton. Les recherches de M. Tillaux, qui démontra l'existence des glandes sublinguales accessoires, contribuèrent encore à faire admettre le développement de la grenouillette commune en dehors du conduit de Wharton, et à faire considérer comme exceptionnelle la grenouillette développée aux dépens de ce dernier conduit. De bonnes thèses ont été soutenues sur la grenouillette, en 1868, par M. Demons; en 1871, par M. Raillard. En 1881, M. Delens a publié dans la *Revue de Chirurgie* un mémoire sur une forme spéciale, la grenouillette sus-hyoïdienne.

Nous renvoyons du reste, pour l'étude complète de la question, à l'excellent article inséré récemment par M. Chauvel dans le *Dictionnaire encyclopédique*.

Variétés. — Décrivant, sous le nom de grenouillette, tous les kystes salivaires du plancher de la bouche, nous sommes conduits nécessairement à en reconnaître un certain nombre de variétés. Dans la plupart des cas, la grenouillette se développe aux dépens des glandes sublinguales; mais, à côté d'elle, il faut décrire les variétés de grenouillette qui se forment par ectasie du canal de Wharton, et celles qui se développent dans les glandes linguales, dites glandes de Blandin ou de Nuhn. Quant au siège qu'elle occupe, la grenouillette se montre le plus souvent du côté du plancher de la bouche; mais elle peut également faire saillie à la région sus-hyoïdienne; de là, la division en grenouillette sublinguale et sus-hyoïdienne, sur laquelle ont insisté les auteurs du *Compendium*.

Enfin, si la grenouillette a le plus habituellement une marche chronique, elle peut prendre quelquefois une marche aiguë; elle peut même être congénitale. Par là, nous sommes conduits à reconnaître les variétés suivantes, que nous passerons successivement en revue :

- a. — Grenouillette sublinguale ou commune.
- b. — Grenouillette par ectasie du canal de Wharton.
- c. — Grenouillette de la glande de Nuhn-Blandin.

d. — Grenouillette sus-hyoïdienne.

e. — Grenouillette aiguë.

f. — Grenouillette congénitale.

a. — **Grenouillette commune ou sublinguale.** — Elle est le plus souvent unilatérale; quelquefois cependant elle dépasse la ligne médiane, et le frein de la langue lui donne un aspect bilobé. Développée aux dépens des nombreuses glandules sublinguales qui existent au-dessous de la muqueuse buccale, elle n'a, avec cette muqueuse, que des connexions très lâches; elle repose sur les muscles hyoglosse et mylo-hyoïdien; quelquefois même elle pénètre à travers les fibres musculaires de ce dernier. La poche kystique est formée par une paroi fibreuse, tapissée à sa face interne d'épithélium. L'étude histologique de cette paroi a été faite surtout dans ces dernières années par Recklinghausen. La couche épithéliale, qui tapisse la face interne du kyste, est double, d'après cet auteur. Elle se compose d'une couche superficielle de grandes cellules cylindriques, à cils vibratiles, et d'une couche profonde de petites cellules polygonales; au-dessous des cellules épithéliales, existe souvent une couche hyaline, reposant sur la paroi fibreuse. Parfois on trouve dans l'épaisseur de cette paroi des diverticules, des orifices, des lobules glandulaires, qui démontrent bien quel est le mode de formation de la production kystique aux dépens des glandes préexistantes.

Le contenu est un liquide clair, visqueux et filant. Sa consistance est parfois si forte qu'il adhère à la paroi dont on ne le détache qu'avec peine. Il renferme en grande quantité de l'eau et de la mucine; il diffère de la salive normale par l'absence de Ptyaline et de sulfocyanure de potassium.

b. **Grenouillette par ectasie du canal de Wharton.** — Déjà nous avons dit qu'après avoir considéré la dilatation du canal de Wharton comme la cause habituelle de la grenouillette, on en était venu, après Dupuytren et Malgaigne, à rejeter complètement cette origine de l'affection. C'était aller trop loin; car il est des cas dans lesquels on ne peut nier la dilatation de ce conduit. Sans rappeler ce qui se passe consécutivement à la présence de calculs ou de corps étrangers dans le canal de Wharton, il est des cas dans lesquels c'est bien réellement la dilatation de ce canal qui donne naissance à la tumeur kystique. Cette variété est admise par MM. Duplay et Chauvel. Bryk, sur 19 cas de grenouillette, constate 7 fois la dilatation

du canal de Wharton. La tumeur a, dans ce cas, des parois minces; quelquefois elle se complique de la turgescence de la glande sous-maxillaire. Le stylet permet de constater l'oblitération du conduit de Wharton, et dans ce cas, la guérison ne peut être obtenue que par la création d'une fistule salivaire, assurant l'issue de la salive au dehors.

c. **Grenouillette de la glande de Nuhn-Blandin.** — Comme le fait observer M. Chauvel, ni Nuhn, ni Blandin, en décrivant les glandes de la langue, n'ont songé à en faire le siège de la grenouillette. Cependant, dès 1855, Dubois faisait connaître un cas qui paraît bien se rapporter à cette variété. Il s'agissait d'un nouveau-né chez lequel la face inférieure de la langue arrondie était limitée par une membrane mince, tendue, donnant au doigt la sensation nette de fluctuation. Une ponction permit d'évacuer un liquide visqueux. Ici donc la tumeur était manifestement développée dans l'intérieur même de la langue. Le travail récent de Recklinghausen est basé sur l'examen d'un fait semblable; se fondant sur l'étude de ce cas particulier, l'auteur conclut que la glande de Nuhn est le siège constant de la grenouillette commune. Sonnenburg a publié un travail confirmatif de celui de Recklinghausen. Il résulte de l'examen des faits qu'il existe bien évidemment une variété particulière de grenouillette, débutant dans la langue, aux dépens des glandules de cet organe; mais vouloir faire de ces glandes l'origine constante de la grenouillette serait certainement une exagération.

d. **Grenouillette sus-hyoïdienne.** — Les auteurs du *Compendium de chirurgie* ont pour la première fois fait une description classique de cette variété de grenouillette. Ils en admettent deux formes: l'une, dans laquelle le kyste proémine à la fois sur le plancher de la bouche et dans la région sus-hyoïdienne; l'autre, dans laquelle la tumeur est uniquement localisée à la région sus-hyoïdienne. Réunissant tous les faits antérieurs, M. Delens a pu publier, en 1881, dans la *Revue de chirurgie*, un mémoire sur cette variété de grenouillette, basé sur 12 observations, dont 4 lui sont personnelles. Comme le fait remarquer ce dernier auteur, ces tumeurs ont deux caractères constants: d'abord elles sont formées par de la salive, ainsi que l'indique leur consistance visqueuse; ensuite, elles proéminent à la région sus-hyoïdienne. Pour ce qui a trait à leur siège, plusieurs cas peuvent se présenter; exceptionnellement le kyste oc-

cupe la région sus-hyoïdienne, sans coïncidence de tumeur intra-buccale, comme cela existait dans un cas de Gross; habituellement, au contraire, il y a sur le même sujet coïncidence d'une grenouillette sus-hyoïdienne et d'une grenouillette sublinguale. Mais tantôt le kyste sus-hyoïdien se montre, au bout d'un certain temps, comme propagation du kyste sublingual; tantôt même la grenouillette sublinguale est guérie au moment où apparaît la tumeur sus-hyoïdienne. Généralement lorsque les deux variétés coexistent, il y a une communication entre la poche sus-hyoïdienne et la poche sublinguale. M. Gosselin a pu conduire une sonde de femme de l'une dans l'autre. Stratmann a pu faire la même constatation. Enfin, M. Dieu, dans un cas communiqué par lui à la Société de chirurgie, après avoir ouvert la tumeur sus-hyoïdienne, constata que ses parois s'engageaient dans une boutonnière assez large formée par les génio-glosses et les génio-hyoïdiens. Une sonde introduite dans cet orifice que l'auteur compare à la glotte arrivait jusque sous la muqueuse buccale.

Comme celui de la grenouillette sublinguale, le liquide est visqueux et filant; les cas où l'on a rencontré, à la région sus-hyoïdienne, des kystes renfermant un liquide séreux, ne paraissent pas se rapporter à la grenouillette. Quant à la pathogénie de l'affection, plusieurs hypothèses peuvent être émises: il peut se faire qu'un kyste primitivement développé dans une glandule sublinguale, pousse un prolongement à travers les fibres du génio-glosse et du mylo-hyoïdien et vienne faire saillie à la région sus-hyoïdienne. Il est possible aussi que deux kystes, isolément développés sur le plancher de la bouche et dans la région sous-maxillaire, arrivent à communiquer ultérieurement, par le fait d'une érosion accidentelle. On peut, comme M. Chauvel, admettre que si le kyste sus-hyoïdien succède souvent à une grenouillette sublinguale qui a été opérée, c'est que le tissu cicatriciel résultant de l'opération s'oppose au développement de la tumeur du côté du plancher de la bouche, et la refoule pour ainsi dire à la région cervicale. En résumé, il semble, comme le dit M. Delens, que la grenouillette sus-hyoïdienne ne soit pas une affection toujours identique à elle-même. Constituée exceptionnellement par un kyste développé primitivement aux dépens de la glande sous-maxillaire, elle peut être due à la migration d'une grenouillette sublinguale, venant faire saillie à la région sus-hyoïdienne, à travers un interstice musculaire. Enfin il peut se faire que les deux tumeurs sublinguale

et sous-maxillaire primitivement isolées communiquent entre elles secondairement. Dans ce dernier cas, M. Delens admet que le siège de la tumeur sus-hyoïdienne est, non pas la glande sous-maxillaire elle-même, mais bien ce lobule accessoire de la glande, isolé du reste de l'organe, et appendu au canal de Wharton, dont la description a été donnée par M. Nitot.

e. Grenouillette aiguë. — La grenouillette est le plus souvent une affection à marche chronique. Il peut se faire cependant qu'elle prenne tout d'un coup un grand développement et détermine des phénomènes de suffocation; c'est à cette forme qu'on a donné le nom de grenouillette aiguë.

Ce serait s'exposer à des répétitions que de revenir ici sur ces cas dans lesquels un calcul, un corps étranger du canal de Wharton, déterminent un gonflement considérable de la glande sous-maxillaire et du plancher de la bouche. Mais, en dehors de ces faits, il existe des cas dans lesquels il se produit subitement un gonflement énorme de la région sublinguale, qu'il y eût ou non une grenouillette existant antérieurement. On a beaucoup discuté sur la pathogénie de ces faits, et l'on est loin d'être fixé à leur égard. Dans certains cas, une inflammation de l'orifice du canal de Wharton due à une stomatite, à des aphthes, à des ulcérations du plancher de la bouche, a pu rendre compte de la rétention de la salive dans ce conduit et de la brusque production des accidents. Dans les faits où il y avait une grenouillette préexistante, on doit supposer qu'il y a eu tout d'un coup exagération de la production de liquide. Mais, dans un cas comme dans l'autre, est-il possible d'admettre que la tumeur soit uniquement formée par la dilatation du conduit de Wharton? C'est ce qui ne semble guère probable, étant donnée la minceur des parois de ce conduit. Les expériences de M. Tillaux l'ont amené à conclure que le canal de Wharton n'est pas susceptible d'une brusque dilatation sans rupture; aussi pense-t-il que le liquide échappé des voies d'excrétion de la salive se collecte dans une cavité préexistante, savoir la bourse séreuse de Fleischmann qui existe sous la muqueuse buccale, au-devant des tendons des muscles génio-glosses. Mais l'existence de cette bourse séreuse, douteuse pour certains auteurs, n'est certainement pas constante. Aussi est-on conduit à se demander avec M. Chauvel si, dans beaucoup de cas, l'épanchement de salive ne se produit pas simplement dans le tissu cellulaire sous-muqueux; et si

l'œdème inflammatoire qui en résulte ne joue pas le plus grand rôle dans la production des accidents.

f. Grenouillette congénitale. — A côté des variétés précédentes, nous devons signaler les cas dans lesquels la grenouillette, existant dès la naissance, est due à l'oblitération congénitale ou mieux à l'imperforation du canal de Wharton. Un des faits de ce genre qui ait été le plus nettement étudié, c'est celui qu'a communiqué, en 1866, à la Société de chirurgie, M. Guyon. Il s'agissait d'une petite fille née avant terme et qui succomba le troisième jour sans avoir été opérée. La tumeur formait, sur le côté droit de la langue, une saillie allongée, du volume du petit doigt, d'une coloration blanc rosé, demi-transparente. Le contenu était épais et visqueux. L'examen démontra que le canal de Wharton, dilaté dans sa moitié antérieure, était imperforé à son orifice buccal. La glande sous-maxillaire était saine. M. Demons rapporte dans sa thèse un fait analogue. M. Richer, auteur d'une thèse récente (1885) sur l'oblitération congénitale du canal de Wharton, en rapporte trois nouvelles observations, dues à M. Lannelongue.

Étiologie. — A part les cas dans lesquels la grenouillette du canal de Wharton est due à l'oblitération, congénitale ou accidentelle, de ce conduit, on sait peu de chose sur l'étiologie de la grenouillette en général. Elle s'observe plus souvent chez l'adulte et dans le sexe féminin. On a prétendu que les professions qui exigent un usage fréquent de la parole, que le chant, donnaient quelquefois naissance à la grenouillette.

Symptômes et diagnostic. — Nous aurons d'abord en vue, dans la description des symptômes, la grenouillette commune ou sublinguale. Nous indiquerons ensuite les particularités qui sont propres aux diverses variétés que nous avons signalées.

Le début de la grenouillette est le plus souvent lent et insidieux. C'est par hasard que les malades s'aperçoivent un jour qu'ils portent une petite tumeur au niveau du plancher de la bouche. La tumeur occupe le plus souvent un des côtés seulement de la région sublinguale; s'étendant en arrière jusqu'à la dernière molaire, elle s'arrête en avant au niveau du frein de la langue. Quelquefois cependant elle le dépasse et empiète sur le côté opposé, en prenant la forme bilobée. La coloration de la tumeur est rosée; quelquefois même elle est bleuâtre, ce qui est dû à la minceur de la poche et à la vasculari-

sation de ses parois. Le développement de l'affection est lent et indolent.

Tant que la tumeur n'a pas atteint un grand volume, elle ne cause que peu de gêne. Il y a seulement un peu d'embarras dans la prononciation. Lorsqu'au contraire, la grenouillette a pris un développement considérable, elle peut donner naissance à des troubles fonctionnels très prononcés. La langue est refoulée en haut et en arrière; la mastication et la déglutition sont entravées; la parole devient très difficile; la respiration même est gênée, et l'on peut observer des accès de suffocation. En atteignant ces grandes dimensions, la tumeur change de caractères: elle devient bosselée, elle est épaissie par places, et comme cartilagineuse. Elle donne lieu à des douleurs; quelquefois même, la poche s'enflamme et suppure; mais cela est exceptionnel. Bien plus souvent, lorsqu'elle atteint un grand volume, la poche s'amincit graduellement et finit par se rompre. Un flot de liquide s'écoule dans la bouche, en même temps que la tumeur s'affaisse et que tous les troubles fonctionnels disparaissent. Mais bientôt l'orifice anormal se ferme et la poche se distend de nouveau.

Dans la grenouillette sus-hyoïdienne, il existe sous la branche horizontale du maxillaire une tumeur, ou mieux, dit M. Delens, une tuméfaction sans limites précises. Elle est molle plutôt que fluctuante. Dans la bouche, on observe une tumeur sublinguale, et la pression exercée sur cette dernière fait saillir davantage la tumeur de la région sus-hyoïdienne. L'orifice du canal de Wharton est libre.

Quant à la grenouillette aiguë, elle se caractérise surtout par une douleur brusque et un gonflement considérable du plancher de la bouche, qui survient quelquefois au moment du repas, et qui peut être assez prononcé pour déterminer la suffocation.

La grenouillette congénitale peut, chez les nouveau-nés, rendre très difficile la succion, et par là même entraver sérieusement la nutrition.

Le diagnostic de la grenouillette repose sur le siège et sur les caractères de la tumeur, sa transparence, sa fluctuation, son indolence. Cependant il a pu quelquefois donner naissance à des erreurs. Les kystes salivaires peuvent en effet être confondus avec certains kystes, certaines tumeurs du plancher de la bouche dont nous parlerons plus tard.

La ponction exploratrice, en permettant de constater les caractères

du liquide, qui est clair, visqueux et filant, lèvera tous les doutes.

Quant aux différentes espèces de grenouillette, le cathétérisme du canal de Wharton, à l'aide du stylet de Méjean, en faisant constater la perméabilité ou l'oblitération de ce conduit, permettra de distinguer l'une de l'autre la grenouillette commune ou sublinguale, et la grenouillette du canal de Wharton. On pourra encore, en déposant une substance sapide sur la pointe de la langue, déterminer par voie réflexe un écoulement de salive par l'orifice du canal de Wharton, qui éclairera sur la perméabilité de ce conduit.

Le développement primitif de la tumeur à la région sus-hyoïdienne, ou dans l'épaisseur même de la langue, permettra de reconnaître les variétés dues à la dilatation de la glande sous-maxillaire et de la glande de Blandin ou de Nuhn. Mais, plus tard, quand le kyste a pris une grande extension, il est souvent bien difficile de préciser exactement son point de départ.

Pronostic. — D'une manière générale, le pronostic de la grenouillette ne présente pas de gravité. Elle a seulement pour inconvénient de gêner la prononciation et la mastication.

Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'elle aurait mis la vie en danger par les accès de suffocation qu'elle détermine. Nous avons noté surtout le fait à propos de la grenouillette aiguë. Brunș aurait observé la mort pendant un accès de suffocation. Diemerbroek l'aurait vue causée par l'introduction du liquide dans les voies aériennes au moment de la rupture spontanée de la tumeur. Chez les nouveau-nés, le pronostic est beaucoup plus sérieux, à cause de la difficulté apportée à la nutrition, et aussi parce qu'à ce moment de la vie toute opération présente un caractère de gravité. Mais, en somme, ces cas exceptionnels étant mis à part, on peut dire que le côté le plus fâcheux du pronostic, c'est la fréquence des récidives et la difficulté de la guérison.

Traitement. — Les procédés de traitement de la grenouillette sont extrêmement nombreux. Mais ce n'est là, comme il arrive le plus souvent, qu'une fausse richesse, la multiplicité des procédés dénotant leur défektivité. Rien n'est plus fréquent, en effet, que de voir survenir des récidives. Pour faire un choix au milieu de ces nombreux procédés, il importe tout d'abord de préciser la variété de grenouillette à laquelle on a affaire.

Lorsqu'il s'agit d'une grenouillette due à l'ectasie du canal de

Wharton, il ne suffit pas d'amener la destruction de la poche; il faut encore, sous peine de récidive, assurer par la création d'un orifice anormal l'écoulement de la salive, qui ne peut plus se faire par le canal excréteur oblitéré. Ici donc la ponction simple, et même la ponction jointe à la cautérisation ou aux injections irritantes, sont insuffisantes. Il faut avoir recours à la large incision ou même à l'excision de la poche. Le séton, le drainage, peuvent également réussir en pareil cas. Pour assurer la formation d'un orifice fistuleux, on a introduit dans l'ouverture faite au kyste un corps étranger. Dupuytren a imaginé une canule présentant la forme d'un double bouton, dont la partie rétrécie répond à l'orifice, tandis que les portions élargies se trouvent, l'une dans la cavité buccale, l'autre dans l'intérieur de la poche. Ce procédé a donné des succès. Mais la présence d'un corps étranger sur le plancher de la bouche est incommode; de plus, on peut craindre sa pénétration dans les voies aériennes. L'autoplastie a été également appliquée à la cure de la grenouillette; Jobert de Lamballe a créé un procédé auquel il a donné le nom barbare de *batrachosioplastie*. Il consiste à pratiquer l'incision, puis la dissection et l'excision d'une portion de la muqueuse qui recouvre la tumeur. Celle-ci est ouverte à son tour, et les lambeaux de la poche sont suturés avec les bords de la muqueuse excisée, de façon à assurer la persistance d'un orifice. Plusieurs autres procédés ont été imaginés dans le même but. Le plus simple est celui de Ricord, qui consiste à traverser la grenouillette à l'aide de quelques fils. La poche est ensuite incisée; l'anse des fils est attirée au dehors, puis sectionnée. On a ainsi de chaque côté des bords de l'incision plusieurs fils en place, qu'il suffit de nouer pour assurer la suture de la muqueuse et de la paroi kystique.

Il est du reste, à propos de ces différents procédés, une remarque intéressante faite par M. Duplay. Malgré toute la peine que l'on a prise pour assurer la persistance d'un orifice fistuleux, on a bien souvent échoué. Ceci prouve qu'en réalité on avait affaire à toute autre chose qu'à une dilatation du canal de Wharton; c'est un argument de plus à faire valoir contre une semblable origine de la tumeur. Dans les cas, au contraire, où le conduit de Wharton est oblitéré, rien ne sera plus aisé que d'obtenir l'établissement d'un orifice fistuleux. En effet, la salive étant incessamment sécrétée, a tendance à s'échapper par l'ouverture anormale faite à la paroi. Pour