

KYTE DU CONDUIT THYRÉO-GLOSSE

Observation. Tumeur indolente, fluctuante de la région hyoïdienne et de la langue; tumeur kystique à poche unique, à paroi mince.

Diagnostic : Ce n'est ni un abcès froid, ni un kyste hydatique, ni une grenouillette.

C'est un kyste congénital : l'âge n'est pas un argument contre cette hypothèse: histoire d'une fistule cervicale congénitale après cinquante ans.

1° Ce n'est pas un lymphangiome parce que la tumeur est fluctuante et médiane;

2° Ce n'est pas un kyste dermoïde du plancher de la bouche;

3° C'est un kyste mucoïde, développé aux dépens du conduit thyro-glosse de Bockdaleck.

Plan opératoire : opération par la voie sus-hyoïdienne.

Opération. Résultat. Examen histologique.

MESSIEURS,

Une femme de cinquante-six ans présente dans la région sus-hyoïdienne une tumeur liquide qui se prolonge dans la langue. Cette tumeur, quelle est-elle? Quelle en est la nature?

Telle est la question que je veux ce matin aborder, discuter et trancher devant vous. Question de pure clinique d'ailleurs, et je ne le regrette pas; car on a trop de tendances aujourd'hui à négliger le diagnostic, à n'envisager que le côté opératoire et à chercher dans une incision exploratrice des renseignements qu'une observation méthodique et raisonnée ne refuse jamais à ceux qui savent les lui demander.

Notre malade est couchée au n° 8 de la salle Notre-Dame. Elle nous est venue le 3 juin dernier pour une grosseur qu'elle porte au-dessous du menton. La tumeur est pourtant de date récente: il y a trois mois tout au plus que la malade en a deviné la présence, grâce à un embonpoint localisé, qui arrondissait les contours de son menton.

Peu à peu, ce qu'elle prenait pour de la graisse, a pris une consistance plus ferme, des limites plus précises, et la malade a pu elle-même reconnaître le développement d'une tumeur. Développe-

ment lent, régulier, mais progressif, et qui depuis trois mois s'accroît si bien, que la malade, plus préoccupée, malgré son âge, d'une difformité trop apparente que des troubles occasionnés par cette tumeur, s'est décidée à venir sans plus tarder nous demander conseil.

Elle n'en a jamais souffert; elle nous dit même qu'elle n'en est pas gênée. La déglutition se fait bien, la mastication aussi: c'est tout au plus si depuis quelques semaines il y a un peu moins de souplesse dans la parole, avec quelque difficulté à prononcer correctement certains mots.

Cette femme est forte et porte légèrement ses cinquante-six ans; elle n'a aucune tare dans son passé, elle n'a fait aucune maladie grave. Actuellement même, elle serait très bien portante si elle n'était préoccupée par cette saillie, qui attire tout de suite l'attention.

De face comme de profil, une tumeur se voit à la région sus-hyoïdienne; de profil, on voit le plancher de la bouche soulevé par une tumeur qui a bien le volume d'une grosse noix. De face, la tumeur est absolument médiane; ses limites superficielles sont précises, elle est exactement localisée à la région sus-hyoïdienne (fig. 27).

En haut, elle confine au bord inférieur de la mâchoire inférieure, dont elle est séparée par un sillon très accentué. *En bas*, elle va jusqu'à l'os hyoïde, mais elle ne le dépasse pas; elle touche à l'os, sans empiéter sur la région sous-hyoïdienne. *Sur les côtés*, à droite et à gauche, elle déborde d'une égale étendue la ligne médiane: ses deux moitiés sont absolument symétriques et seraient superposables. Elle se termine là, comme en avant, comme en arrière, par un bord arrondi, qui la sépare nettement des parties molles de la région sus-hyoïdienne au milieu desquelles elle s'est développée.



Fig. 27. — Kyste du conduit thyro-glosse.

Cette tumeur est complètement indépendante de la peau : celle-ci, souple, de coloration normale, est partout mobile à la surface de la tumeur. Elle n'est donc pas développée dans la peau.

Dans le fond, ses connexions sont plus difficiles à déterminer ; elle n'est pas pédiculée sur la couche musculaire, elle est sessile, et pour apprécier ses rapports avec le plan profond, il faut explorer la cavité buccale.

La bouche ouverte, rien n'indique tout d'abord une extension profonde de cette tumeur. La langue est à sa place, elle n'est pas déformée ; elle a sa mobilité normale, le sillon sublingual apparaît également sain avec sa muqueuse déprimée, rosée, vasculaire comme il convient. La vue ne donne donc rien.

Il n'en est pas de même du toucher ; le doigt placé dans le sillon sublingual au-dessous de la pointe de la langue reconnaît à quelque distance de la muqueuse que la tumeur se prolonge vers la langue. Plus loin en arrière, dans la langue même, il la trouve cette tumeur, qui toujours régulière et médiane semble s'être substituée au parenchyme même de la langue, sans bosseler sa surface, sans altérer sa conformation extérieure.

Et en fait, la tumeur sus-hyoïdienne n'est que le prolongement extériorisé d'une tumeur développée dans la langue, et qui au lieu de s'étendre dans la bouche a poussé son extension entre les muscles génériens pour arriver finalement à montrer au-dessous du menton la saillie arrondie de son pôle inférieur.

Nous étions donc amené à préciser de la façon suivante la topographie de la tumeur : *tumeur de la langue, saillante à la région sus-hyoïdienne.*

Voilà pour la topographie ; voyons maintenant *la nature* de cette tumeur.

Dans la région sus-hyoïdienne, dans le parenchyme même de la langue, des tumeurs de nature très différente se développent et s'offrent à notre choix. Parmi celles-ci, les unes sont solides, les autres sont liquides.

Les tumeurs *solides* sont représentées par les lipomes, les sarcomes, les adénopathies, etc. : mais il est inutile de pousser nos recherches dans cet ordre d'idées. Les caractères de notre tumeur ne sont pas ceux d'une tumeur solide.

Elle est *régulière de surface*, aucune bosselure, aucune saillie ne modifie la régularité de son contour. A part les fibromes, les tumeurs solides sont rarement aussi régulières.

Elle est *fluctuante* : et c'est son second caractère. La partie saillante en effet est dépressible, d'une dépressibilité qui n'indique pas une grande tension. Mais il suffit de placer un doigt dans la bouche sur la tumeur, et de presser en avant sur le lobe extérieur pour sentir d'une partie à l'autre une transmission nette, une fluctuation manifeste.

Ce serait déjà une présomption que la tumeur est liquide, ce n'est pas une certitude. Il est des tumeurs solides qui sont absolument fluctuantes, elles le sont aussi parfaitement que peut l'être un kyste uniloculaire ; tel est par exemple le lipome pur, pour ne parler que d'une tumeur très commune. On a l'habitude de dire alors que la tumeur est *pseudo-fluctuante*. Non : la tumeur est vraiment fluctuante, la sensation est la même pour une tumeur solide fluctuante que pour une tumeur liquide. Et le terme de *pseudo-fluctuation* me paraît inexact, erroné. S'il y a quelque chose de trompeur dans votre examen, ce n'est pas le signe constaté, mais l'interprétation que vous en faites. Vous croyez que la fluctuation correspond toujours à une tumeur liquide, et c'est là qu'est votre tort. La fluctuation est un caractère commun à toutes les tumeurs liquides et à un certain nombre de tumeurs solides, et les tumeurs solides fluctuantes sont les lipomes, les myxomes et les sarcomes.

Ne s'agit-il pas ici d'un lipome pur de la langue ? Non, car si le lipome est nettement fluctuant, il est pourvu à sa surface d'un granité tout spécial, d'une fine lobulation qui n'appartient qu'à lui, et ce caractère sous une muqueuse aussi fine que celle de la bouche, ne manquerait pas de se manifester clairement à notre palpation.

Je conclus donc en toute confiance qu'il s'agit d'une tumeur liquide, parce que la fluctuation est franche, la surface lisse, les contours très définis. C'est une *tumeur kystique, à poche unique et à paroi mince.*

De ce fait, la question est loin d'être tranchée. Car nombreuses sont les tumeurs kystiques qu'on trouve dans cette région. Kystes salivaires, kystes acquis ou kystes congénitaux, nous sommes dans une région où tout s'observe ; il faut choisir.

Avant de parler des kystes, pensons tout d'abord à l'*abcès froid*. Il est rare dans cette région, où se comptent les observations à raison d'une vingtaine, mais je ne connais pas d'abcès qui de la langue se soit propagé à la région sus-hyoïdienne. L'abcès froid de la langue a pour siège la face dorsale, et plus spécialement les bords latéraux. Il se voit chez des tuberculeux ou au moins chez des individus suspects

de tuberculose. Il n'a jamais le volume qu'affecte notre tumeur. Pour toutes ces raisons, je crois pouvoir éloigner ce diagnostic.

J'en dirais tout autant du *kyste hydatique* : je ne vois pas sur quel caractère je pourrais ici me baser pour admettre l'existence d'un kyste hydatique. Au plancher de la bouche, ces tumeurs existent; on les voit partout où il y a des vaisseaux et des muscles, mais ici elles sont des raretés, leur diagnostic est à peu près impossible et presque toujours ils furent pris pour des kystes salivaires ou congénitaux. La situation médiane est quelque peu difficile à expliquer avec un kyste hydatique. Mais il y faut cependant toujours songer quand on se trouve en présence d'une tumeur fluctuante développée dans les muscles; c'est le cas ici. Pensons-y, c'est tout ce que je puis en dire.

Quelques-uns de ceux qui ont examiné la tumeur ont pensé qu'il s'agissait d'une *grenouillette*; ce diagnostic est déjà beaucoup plus vraisemblable; car nous sommes ici dans la région par excellence où les glandes salivaires péri-buccales font volontiers des tumeurs kystiques par prolifération épithéliale. Ce sont même dans cette région les plus fréquentes parmi les tumeurs kystiques, et à plusieurs reprises je vous ai montré, j'ai opéré ou fait opérer devant vous des grenouillettes développées aux régions des glandes sublinguales. Le prolongement sus-hyoïdien de la tumeur s'expliquerait même assez aisément, car il est, vous le savez, des grenouillettes sublinguales et des grenouillettes sus-hyoïdiennes. Quelle que soit pour ces dernières la pathogénie admise, que la poche sus-hyoïdienne soit le prolongement d'une grenouillette sublinguale, ou qu'elle soit née sur place aux dépens de ces lobes salivaires erratiques, que Morestin¹ a trouvés en dehors du mylo-hyoïdien, peu importe : il peut y avoir tumeur à la fois au dedans et au dehors de la bouche. Et cela nous suffit pour l'instant.

Et cependant je n'accepte pas ce diagnostic : voici mes raisons. La tumeur de notre malade est une tumeur de la langue et non une tumeur sublinguale. Elle ne fait que traverser la région sublinguale, elle confine à cette région, elle ne s'y arrête pas. Elle reste loin de la muqueuse, elle ne fait pas au niveau du frein de la langue cette saillie qui caractérise les grenouillettes sublinguales, et la muqueuse à ce niveau est séparée de la tumeur par toute l'épaisseur des glandes salivaires sublinguales dont on voit et dont on sent le granité se dessiner sous la transparence et la minceur de la muqueuse. Le prolon-

1. Morestin. *Gaz. des hôp.*, 1897, et *Soc. anat.*, 1897.

gement intra-lingual serait inexplicable, si la tumeur était une grenouillette sublinguale; et quant au prolongement sus-hyoïdien, il est absolument médian, et les prolongements glandulaires extramylo-hyoïdiens, trouvés par Morestin à la dissection, ont toujours été des prolongements latéraux. Aussi je laisse encore de côté ce diagnostic.

Et maintenant que nous n'avons pas trouvé dans les tumeurs acquises le correspondant de notre tumeur, il ne nous reste plus qu'à chercher dans le domaine des *tumeurs congénitales*.

Nous sommes ici d'ailleurs dans une région où les kystes congénitaux sont particulièrement communs. On les observe en effet surtout autour des orifices et des fentes naturelles, là où des modifications profondes s'établissent aux dépens des trois feuilletts pendant la vie embryonnaire.

Mais avant de rechercher si nous avons affaire à un kyste congénital, permettez-moi de réfuter par avance une objection que vous pourriez formuler. L'âge de la malade n'est-il pas trop avancé pour qu'il soit permis de penser à un kyste congénital? Et ne devons-nous pas, pour cette seule raison que la malade a cinquante-six ans, et que sa tumeur ne date que de trois mois, ne devons-nous pas de ce fait renoncer à en faire un kyste congénital?

Je réponds : l'âge n'est pas une raison formelle à invoquer contre l'hypothèse d'un kyste congénital. On a à tout âge des affections congénitales; ce qui fait la congénitalité d'une affection, c'est que sa raison première réside dans un trouble de développement, dans une modification qui s'est réalisée au cours de la période embryonnaire. Cela ne veut pas dire qu'elle existe à la naissance; dans les premiers âges de la vie, elle n'existe parfois qu'en puissance, telle la hernie, tels les kystes dermoïdes : les années passent, la lésion se constitue, la tumeur se développe et c'est le plus souvent dans les premières périodes de la vie qu'on la voit apparaître. Mais d'autres fois, les éléments embryonnaires qui doivent contribuer à la constitution de la tumeur semblent oubliés, ils restent latents, jusqu'au jour où dans un âge avancé, sous une influence toujours indéterminée, ils entrent en prolifération.

Aussi tout en reconnaissant que les tumeurs congénitales se voient d'ordinaire avant trente ans, je pourrais vous citer de nombreux exemples de tumeurs de même nature observées à un âge beaucoup plus avancé. Et sans sortir des limites de mon expérience personnelle, voici un fait qui vous le démontrera et qui aura d'autant plus d'inté-