

sis se transforment par places en nodules d'épithéliome. Nous sommes complètement désarmés contre ces plaques et les topiques irritants sont plutôt nuisibles qu'utiles.

Sarcome. — Nous avons eu l'occasion d'observer un cas excessivement rare de sarcome de la langue chez une femme de 56 ans. La malade disait éprouver depuis un an des troubles de déglutition ; quant à la tumeur qui existait sur la base de la langue, elle ne s'en est aperçue que quelques mois après l'apparition de ces troubles. La tumeur s'est développée lentement et gênait bien plus la parole que la respiration.

La cavité buccale présentait un aspect singulier. L'isthme du gosier était occupé par une tumeur lisse et ronde qui montait de la base de la langue vers le voile du palais qu'elle cachait presque entièrement. J'ai vu une disposition analogue dans un cas de sarcome du maxillaire supérieur ayant traversé le voile du palais : la partie qui avait pénétré dans la bouche était comprimée et aplatie entre le dos de la langue et le voile du palais, et figurait ainsi comme une langue supplémentaire. — La disposition était la même chez la malade dont je parle ici : la langue et le palais étaient normaux, mais l'isthme du gosier était complètement obstrué par la tumeur qui s'insérait sur la base de la langue et cachait entièrement la paroi postérieure du pharynx. Sa consistance était dure, mais on trouvait par places des points ramollis. Sa base paraissait nettement délimitée du parenchyme de l'organe.

CHAPITRE XI

MALADIES DU PLANCHER BUCCAL.

Anatomie. — Si l'on considère le muscle mylo-hyoïdien comme le diaphragme de la bouche, on trouve que ce dernier divise le plancher de la bouche en deux régions : une inférieure, la région sus-hyoïdienne, située au-dessous du muscle mylo-hyoïdien et une supérieure la région buccale, située au-dessus. Cette dernière peut à son tour être divisée en deux parties : une antérieure, l'autre postérieure. La partie antérieure est formée : a) sur la ligne médiane et de bas en haut par les muscles génio-hyoïdien, mylo-hyoïdien et génio-glosse, ce dernier sous-jacent à la muqueuse ; b) de chaque côté : par la glande sublinguale située entre le mylo-hyoïdien et la muqueuse buccale ; un peu en arrière, par la partie de la glande sous-maxillaire qui est à cheval sur le bord postérieur du mylo-hyoïdien et qui, arrivée sous la muqueuse buccale, s'étend jusqu'à la glande sublinguale, par le canal de Wharton.

Dans la partie postérieure, à côté de la masse charnue formée par la langue, on trouve l'extrémité postérieure du génio-hyoïdien, l'hyo-glosse et le stylo-glosse. Le nerf lingual du trijumeau présente le trajet suivant. Après avoir quitté l'espace compris entre le ptérygoïdien interne et la branche du maxillaire inférieur, il suit la face externe du stylo-glosse, dans le voisinage du bord de la langue. Dans la région de la dernière molaire il est à 8 mm. du bord alvéolaire, recouvert seulement par la muqueuse et il peut même être aperçu quand on tend cette dernière. Après un très court trajet, il se divise en branches nombreuses, contourne le bord inférieur de la portion antérieure de la glande sublinguale, passe sous le canal de Wharton et pénètre dans la langue. La muqueuse de la cavité buccale, qui recouvre tous ces organes, forme sur la ligne médiane le frein de la langue, et latéralement, de chaque côté, deux replis qui se terminent tout près du frein de la langue, par une papille, la caroncule sublinguale ou *ostiolum ombilicale*. Les orifices des conduits excréteurs des deux glandes salivaires, situées sur le plancher de la bouche, présentent des rapports très variables. Le canal de Wharton s'ouvre toujours au niveau de la caroncule linguale ; quant à l'orifice du conduit excréteur de la glande sublinguale, sa disposition est très variable. Tantôt les lobules de la glande ne possèdent pas de conduit excréteur commun, et chacun d'eux s'ouvre isolément derrière la caroncule, d'où 8 à 12 conduits excréteurs fins, les conduits de Rivinus. Tantôt la glande possède un canal excréteur unique, le canal de Bartholin, qui s'ouvre soit dans la caroncule, soit dans le canal de Wharton. Enfin à côté des canaux de Rivinus, on trouve quelquefois un conduit excréteur commun pour les lobes postérieurs de la glande, conduit qui s'abouche avec le canal de Wharton. C'est au moins ce que disent les anatomistes, qui ne semblent pas très bien fixés sur tous ces points.

Grenouillette. — Sous le nom de grenouillette¹ on désigne une

(1) Ὑπογλωττίς ou ὑπογλωττίος βάρραχος des Grecs. Le nom singulier de « gre-
ALBERT-BROCA. I

tumeur du plancher de la bouche ronde et légèrement aplatie, ordinairement unilatérale. Cette tumeur est remplie par un liquide filant, comme du blanc d'œuf, jaune citrin, et présente deux particularités : 1° elle récidive fréquemment ; 2° personne ne sait quelque chose de positif sur sa nature. La première de ces particularités a décidé Pauli à désigner cette affection sous le nom de « maladie à retours ». La seconde particularité devrait faire adopter pour la grenouillette le nom de « *noli me legere* », car celui qui voudrait lire tout ce qui a été écrit au sujet de cette affection perdrait certainement la vue en même temps que l'intelligence. Il s'est cependant trouvé quelqu'un pour oser entreprendre ce travail, Friedrich Pauli (de Landau). Son travail, ingrat au point de vue du sujet, est très précieux à consulter pour qui veut se former une opinion sur cette affection.

Avant d'essayer de nous débrouiller dans la multitude d'opinions relatives à la nature de la grenouillette, étudions d'abord la symptomatologie et le traitement de cette affection.

SYMPTÔMES. — Disons tout de suite qu'un grand nombre de tumeurs, considérées par certains auteurs comme des grenouillettes, n'en sont pas en réalité. Ainsi les kystes dermoïdes de cette région diffèrent des grenouillettes comme la terre du ciel. Elles possèdent une paroi épaisse et se laissent facilement énucléer. Quant à leur contenu, tantôt il se compose d'un détritit épithélial, et alors il s'agit d'un *athérome* sublingual ; tantôt il renferme des cheveux, et dans ces cas nous avons sous les yeux un *kyste dermoïde* sublingual ; tantôt la cavité à parois épaisses renferme un liquide, et dans ces cas la tumeur doit être désignée sous le nom de *kyste* sublingual. Par contre, la grenouillette ne possède pas de paroi propre¹, n'est pas uniformément ronde et renferme toujours le même liquide filant, semblable à du blanc d'œuf. Souvent elle présente des prolongements qui vont assez loin, sous le maxillaire inférieur et, ce qui ne s'observe jamais dans les kystes, elle peut, dans l'espace de 8 à 14 jours, acquérir un volume considérable, devenir rénitente et être aperçue sous la muqueuse fortement distendue du plancher de la bouche. Si la grenouillette est très volumineuse, la tumeur peut s'étendre sur le côté sain, se loger sous le frein de la langue et simuler ainsi une grenouillette bilatérale. On comprend facilement les troubles de mastication et de phonation qu'occasionne la présence de cette tumeur dans la bouche.

nouillette » date des Arabes. Ce nom doit être ancien et est probablement tiré, par analogie, de la tuméfaction du plancher de la bouche des grenouilles qui coassent.

(1) La paroi propre de la grenouillette salivaire est mince, mais elle existe.

(A. B.)

TRAITEMENT. — Il comprend des procédés assez variés.

1) La *ponction* qui n'est qu'un traitement palliatif. En tous les cas on choisira un gros trocart, car autrement le liquide filant ne s'écoulera pas par la canule.

2) La ponction suivie d'*injection de teinture d'iode* peut provoquer une tuméfaction considérable des tissus et de l'œdème de la glotte, si la tumeur s'étend loin en arrière ; en outre l'expérience a prouvé que ces injections ne mettent pas le malade à l'abri des récidives.

3) L'*incision* seule ne suffit pas, car la plaie peut se fermer au bout de 24 heures. Par conséquent, on introduira dans la plaie un tampon de charpie et on cautérisera la poche au bout de 3 ou 4 jours. La cautérisation sera faite avec le crayon, et non pas avec une solution de nitrate d'argent qui peut pénétrer dans les tissus voisins et provoquer un gonflement considérable de la région. Mais quand même on se sert du crayon, il vaut mieux cautériser plusieurs jours après l'opération. Dans un cas où j'ai fait cette cautérisation au 3^e jour après l'incision, il survint des troubles de respiration et de déglutition si intenses que j'avais déjà tout préparé pour la trachéotomie. Du reste j'ai observé ces complications chez un malade auquel Pitha avait simplement incisé la tumeur ; il est vrai que dans ce cas la grenouillette s'étendait jusqu'à l'angle du maxillaire inférieur. Dans ces deux cas les accidents ont pu être conjurés par les applications de glace. La cautérisation peut encore être faite avec le fer rouge. L'introduction d'un corps étranger et la cautérisation ont pour but de provoquer une suppuration de la face interne du sac suivie d'oblitération de ce dernier. Mais il faut savoir que très souvent on échoue d'une façon complète. O. Weber est d'avis qu'avec tous ces traitements il faut saisir « le moment favorable ». Dans un cas je courus pendant six mois après « ce moment favorable », en faisant vainement à chaque moment des cautérisations avec le fer rouge : la cavité se ferma, mais une autre apparut à côté, et d'autres petites vésicules se formèrent sous la muqueuse puis se transformèrent en cavités plus grandes.

4) L'*excision* d'une partie du sac, en bordant l'orifice ainsi formé par des points de suture. Ce procédé très énergique réussit dans un grand nombre de cas, mais échoue dans d'autres. On peut encore, après l'incision, tailler 3 à 4 lambeaux triangulaires dont les sommets sont rabattus en dedans et fixés par une suture qui les comprend tous.

5) Le *drainage*. La tumeur une fois incisée, on introduit dans la cavité un drain en bouton de chemise qui assure l'écoulement des sécrétions. Le principe est le même que celui du séton.

NATURE. — Il existe des hypothèses nombreuses sur la nature de la grenouillette ; on a dit qu'elle était :

1. — Une tumeur sébacée ;
2. — Une tumeur par rétention consécutive à l'oblitération du canal de Wharton ou du canal de Bartholin ;
3. — Une tumeur par rétention consécutivement à l'oblitération du conduit des glandes muqueuses ; c'était la théorie de v. Dumreicher ;
4. — Une dilatation de la bourse muqueuse du muscle génio-glosse ;
5. — Une tumeur par infiltration après déchirure du canal de Wharton ;
6. — Un kyste consécutif à la dégénérescence muqueuse du parenchyme même de la langue.

La multiplicité de ces hypothèses s'explique par ce fait qu'on a très rarement l'occasion d'examiner une grenouillette au point de vue anatomique. La dernière hypothèse seule s'appuie sur un cas bien observé dont l'autopsie fut faite par Recklinghausen ; les autres sont le résultat de déductions et de raisonnements cliniques. Quelques-unes de ces théories sont vraiment trop faciles à réfuter. Ainsi la grenouillette ne peut guère être considérée comme une tumeur sébacée dont elle ne possède aucun des caractères ; et il est très probable que les kystes sébacés qui se développent quelquefois sous la langue, ont fait penser à la possibilité de la transformation de la grenouillette en tumeur sébacée. La grenouillette tumeur d'une bourse muqueuse, a été imaginée par Stromeyer qui pria Fleischmann, prosecteur à Erlangen, de voir s'il n'existait pas de bourse muqueuse dans la région où se développent les grenouillettes..., et Fleischmann en trouva une. Cette trouvaille n'a pas encore été confirmée par un autre anatomiste. La bourse muqueuse de Fleischmann est une simple illusion, et lorsqu'on compare le contenu de la grenouillette à celui des kystes synoviaux appelés ganglions, il faut avouer que cette comparaison n'est pas très heureuse. Restent donc les théories de rétention et d'exsudation qui paraissent assez plausibles quand on se rapporte à l'augmentation rapide de volume de la tumeur qu'on constate dans certains cas de grenouillette.

La première question à résoudre est donc celle de savoir si la tumeur renferme de la salive ou du mucus. On pourrait croire que tout serait tranché par l'examen chimique du contenu. Mais ce qui complique la question, c'est que les glandes muqueuses et les glandes salivaires se ressemblent non seulement au point de vue de leur structure, mais aussi par la nature de leurs sécrétions respectives. Ainsi les sécrétions des glandes sublinguale et sous-maxillaire présentent la réaction de la mucine aussi nettement que le mucus des glandes muqueuses. Pour classer la grenouillette dans la catégorie des tumeurs salivaires, son contenu devrait renfermer une substance qui existerait également dans les sécrétions d'une des deux glandes salivaires. Cette preuve n'a pas encore été fournie, et comme on est en droit de supposer qu'une telle substance si elle a existé dans le contenu a pu subir des modifications, il en résulte que nous ne sommes pas encore près de voir cette question définitivement résolue. Si l'on envisage les petits kystes qui proviennent des glandes muqueuses des lèvres, on trouve que la grenouillette ne ressemble nullement à une production de cette nature. On arrive ainsi à la conclusion que la grenouillette tumeur salivaire, est encore l'hypothèse la plus soutenable.

Pauli, qui a adopté cette hypothèse, distinguait deux formes de grenouillette : la *ptylectasie* par dilatation du canal de Wharton et la *ptyalocèle* dans laquelle la salive s'infiltré à travers une déchirure du canal, dans le tissu cellulaire où elle se creuse une sorte de cavité kystique. Les raisons cliniques qu'on a fait valoir pour ou contre cette théorie ne me paraissent pas décisives. Ainsi le cathété-

risme du canal de Wharton. Peut-on bâtir une théorie sur ce fait qu'on a pu pénétrer avec une sonde dans le canal de Wharton, et cheminer dans une certaine étendue ? Une autre raison, celle de la non-formation de grenouillette dans les cas de calculs salivaires, n'a pas grande valeur, car, malgré la présence d'un calcul, la salive peut encore fort bien s'écouler au dehors.

Neumann, il y a quelques années, a érigé une nouvelle hypothèse basée sur l'examen microscopique d'un morceau excisé de grenouillette sur lequel Schœnborn a trouvé un épithélium à cils vibratiles. Bochdalek a signalé, dans le temps, dans le *foramen cœcum* de la langue, un appareil de tubes glandulaires à épithélium vibratile. Neumann, en rapprochant ces deux faits, arrive à la conclusion que la grenouillette est due à la dilatation de cet appareil par les sécrétions qui s'y accumulent.

Recklinghausen défend une autre opinion. Pour lui, la grenouillette est une tumeur par rétention qui se forme aux dépens d'une des deux glandes muqueuses très volumineuses qui se trouvent de chaque côté de la pointe de la langue, les glandes de Blandin-Nuhn. Cette théorie expliquerait également l'origine de petits kystes, des dimensions d'une cerise, qui s'observent sur la face inférieure et les bords de la langue, et qui se comportent tout à fait comme la grenouillette. Seulement Neumann combat avec des arguments sérieux la théorie de Recklinghausen et tient ferme pour son hypothèse qui certainement est la vraie au moins pour la grenouillette pourvue d'un épithélium à cils vibratiles. Du reste j'ai observé une grenouillette qui était séparée de la muqueuse du plancher de la bouche par tout le parenchyme de la glande sublinguale.

Les kystes dermoïdes sublinguaux sont certainement des tumeurs par inclusion dues probablement à l'enclavement d'une partie de la peau entre les arcs branchiaux au moment de la soudure de ces derniers sur la ligne médiane¹.

(1) Albert a absolument raison de refuser le nom de grenouillette aux diverses tumeurs non salivaires du plancher buccal, de ne pas continuer la confusion qui consiste à décrire des grenouillettes sanguines, dermoïdes, etc. Il est probable, d'après des recherches récentes de Suzanne, que la grenouillette naît dans les glandes salivaires par un processus de prolifération épithéliale avec dégénérescence muqueuse ressemblant à celui des kystes de l'ovaire. Si l'on s'en rapporte au siège ordinaire de la tumeur, on est porté à conclure que la dégénérescence atteint de préférence la glande sublinguale. Dans d'autres cas, ce sera la glande sous-maxillaire accessoire, le long du canal de Wharton et il semble qu'un certain nombre au moins des cas, assez rares, de grenouillette sus-hyoïdienne s'expliquent par une dégénérescence concomitante de la glande sous-maxillaire principale : il existe alors deux poches communiquant entre elles, une sublinguale et une cervicale. Quant à la dégénérescence de la glande de Blandin, elle est très admissible, mais il ne faut pas oublier que cette glande siège dans la pointe de la langue et dès lors on ne saurait admettre, pour les cas vulgaires de grenouillette du plancher de la bouche, l'opinion de Recklinghausen. Des kystes salivaires semblables, au volume et au siège près, peuvent exister sur les bords de la langue, à sa face inférieure, et malgré l'opinion d'Albert les kystes glandulaires de la muqueuse labiale sont comparables à la grenouillette, car les glandules de la muqueuse buccale sont anatomiquement des glandules salivaires, comme j'ai déjà eu l'occasion de le dire à propos des tumeurs mixtes salivaires du palais et du voile.

Une variété spéciale est la *grenouillette congénitale* née suivant le cas soit dans