

nents, et des travaux plus récents nous montrent ces adhérences squelettiques comme très inconstantes. Il est donc difficile de conserver cette division. Comme le dit le professeur Lannelongue, il serait logique de répartir ces kystes en groupes distincts suivant l'ordre de superposition des plans, d'après leur situation dans l'épaisseur du plancher buccal. Mais cette répartition topographique présente de grandes difficultés, car il est à peu près impossible d'établir exactement dans quel plan anatomique la tumeur a pris naissance, car au moment où on l'examine, elle occupe généralement presque toute l'épaisseur du plancher de la bouche.

Le mieux est donc de ne pas trop chercher à préciser et à décrire simplement des kystes médians et latéraux, quitte à compléter la notion de kyste médian, en ajoutant une épithète, quand par bonheur on aura pu constater son rapport avec le maxillaire ou l'hyoïde.

La *pathogénie* des dermoïdes du plancher buccal a donné lieu récemment encore à d'importantes controverses.

Plusieurs théories ont été produites pour expliquer le développement de ces tumeurs. Invoquer avec Lebert l'hétérotopie plastique, c'est voiler d'un mot son ignorance. La théorie de la diplogénèse ne paraît guère applicable ici. Celle de Remak, ou de l'invagination, n'est guère admise. Celle de l'enclavement est encore la plus en faveur, et c'est certainement celle qui répond le mieux à la généralité des faits. Cette théorie, Verneuil l'avait formulée en 1852 pour les kystes dermoïdes du pourtour de l'orbite. Plus tard, il adopta pour ceux du plancher la même explication. C'est cette théorie que Lannelongue a cru devoir accepter, et qu'il défend dans son beau livre *Des kystes congénitaux*, avec un talent qui entraîne la conviction. Il y aurait, pendant la formation de la cavité buccale de l'embryon, pincement sur la ligne médiane de petites portions d'ectoderme, qui, après avoir longtemps sommeillé, deviendraient ultérieurement l'origine de kystes. Ainsi s'explique leur situation médiane habituelle, — leurs adhérences au squelette datant de la période embryonnaire. — Ce fait que le kyste, quand il est fixé au maxillaire inférieur, y prend insertion toujours à la face postérieure, s'explique, d'après Lannelongue et Achard, par cette considération que le véritable maxillaire inférieur prend naissance à la face externe du cartilage de Meckel, qui constitue la mâchoire de l'embryon; qu'il s'agit d'une formation secondaire et relativement tardive, apparaissant bien après le moment de l'évolution, où ont pu se produire les petits enclavements ectodermiques dont il s'agit, et qu'il n'est pas étonnant que, se développant à la face externe du cartilage de Meckel, il est, par ce fait même, dans une situation antérieure à celle des productions kystiques qui pourront résulter de ces enclavements.

Ces faits méritaient d'autant plus d'être rappelés qu'il y a quelques années on a voulu invoquer pour ces tumeurs une origine toute

différente. Des travaux importants avaient attiré l'attention sur le canal de Bochdaleck, le tractus thyro-glosse et leur rôle pathologique. Exagérant des données dont la valeur était incontestable, on a voulu un instant faire rentrer tous les kystes du plancher de la bouche dans le domaine des affections dépendant du tractus thyro-glosse. C'est contre cette tendance que s'est élevé Lannelongue, qui, invoquant la structure histologique du kyste dermoïde, repousse formellement la doctrine qui voudrait en faire un dérivé du canal de Bochdaleck. Cette opinion du professeur Lannelongue est pleinement justifiée en ce qui concerne les kystes dermoïdes proprement dits, à la vérité de beaucoup les plus fréquents parmi les kystes congénitaux du plancher de la bouche.

Les travaux plus récents sont venus toutefois démontrer qu'elle n'était pas applicable à la totalité des productions kystiques qu'on observe en cette région, et moins encore aux kystes thyro-hyoïdiens qu'il englobait dans la même pathogénie.

L'origine d'un certain nombre de kystes du plancher doit être rattachée, le fait n'est plus douteux, à l'évolution du tractus thyro-glosse. Ils doivent être rapprochés des kystes thyro-hyoïdiens et de certains kystes de la langue, qui reconnaissent une origine analogue et constituent avec eux une même famille. Les kystes dits mucoïdes, rares à la vérité, semblent reconnaître cette origine. Ils s'opposent ainsi aux kystes dermoïdes proprement dits, et constituent une variété toute différente de kystes congénitaux.

Pour ce qui est des kystes latéraux, malgré leur situation en dehors du plan médian, ils sont quelquefois réunis par un pédicule à la partie moyenne du maxillaire ou de l'hyoïde, comme les précédents, mais ce fait est fort inconstant et ordinairement ils paraissent indépendants de toute connexion squelettique.

Ils sont peu communs. Quand Th. Anger, il y a une vingtaine d'années, en cita un exemple à la Société de chirurgie, il eut beaucoup de peine à faire admettre qu'il n'y avait pas eu dans son cas une erreur de diagnostic.

Depuis, un certain nombre d'observations mettent ce fait hors de contestation. Sur 30 cas rassemblés par Gérard Marchant, 6 fois le kyste était latéral, et Monod, relatant un exemple nouveau et bien intéressant, déclarait que le fait n'est pas absolument exceptionnel.

D'ailleurs, le cas célèbre de Marchettis, le kyste *praeceps*, était déjà un exemple de kyste dermoïde latéral.

Il faut admettre, pour expliquer la genèse de ces kystes, un enclavement latéral, pendant la formation du champ mésobranchial.

Étiologie. — On sait peu de choses à ce sujet. Les kystes dermoïdes sont, à n'en pas douter, des productions congénitales. Mais le moment où se fait leur développement et où l'on en constate la présence est extrêmement variable. Ils peuvent se montrer à tous les âges de la vie.

Mais cependant, si on en a vu se manifester seulement dans la vieillesse, cette évolution tardive est rarement observée.

Bien qu'on en ait noté quelquefois à la naissance, ou peu de temps après, cette éclosion précoce n'est pas non plus la règle, et habituellement c'est vers l'adolescence, ou pendant la jeunesse et plus particulièrement autour de la vingtième année, qu'on les observe le plus souvent.

Rolland, qui a pu réunir une cinquantaine d'observations, trouve que les garçons sont plus fréquemment atteints que les filles, et cela dans la proportion des deux tiers. Il constate, en outre, qu'on ne peut ni invoquer l'hérédité, ni incriminer les traumatismes.

Signes. — Pendant longtemps la tumeur passe inaperçue. Souvent c'est le hasard qui en révèle la présence et fait constater un kyste d'un volume déjà notable. C'est quelquefois au cours d'un examen fait pour une tout autre maladie, que le chirurgien a découvert dans le plancher une grosseur anormale, dont le malade ne soupçonnait pas l'existence. C'est généralement une déformation croissante de la région sus-hyoïdienne ou une gêne des mouvements de la langue, qui attirent l'attention, à un moment donné, et déterminent le malade à s'adresser au médecin. C'est dire que l'évolution est habituellement lente, graduelle et s'effectue sans occasionner de douleurs.

Chez les nouveau-nés, les troubles de la succion sont parfois très prononcés dès le début.

Quand on examine un malade porteur d'un de ces kystes congénitaux, voici ce qu'on observe en général. — Le plancher de la bouche est occupé par une tumeur qui fait le plus souvent, saillie à la fois du côté de la région sus-hyoïdienne et du côté de la cavité buccale. Mais il est des cas où la tumeur proémine exclusivement ou principalement dans la bouche, et d'autres où elle ne fait saillie que du côté de la peau.

La région sus-hyoïdienne est déformée, soulevée sur la ligne médiane par une saillie plus ou moins volumineuse, mais toujours arrondie, hémisphérique ou ovoïde. A ce niveau, les téguments ont conservé leur aspect normal, et la plus simple exploration montre qu'ils glissent à la surface de la tumeur et n'ont avec elle aucune connexion.

Dans la cavité buccale fait saillie également une masse arrondie que recouvre une muqueuse intacte, qui se déplace aussi à sa surface. La saillie buccale présente une coloration variable, jaunâtre, grisâtre ou rosée, mais en tout cas son aspect ne rappelle en rien la teinte bleuâtre qu'offrent la plupart des grenouillettes. La palpation montre que la tumeur qui occupe ainsi l'épaisseur du plancher buccal et fait saillie sur ses deux faces, est bien limitée, nettement circonscrite, et de forme arrondie, et en outre qu'elle est parfaitement indolente. — La consistance en est variable, parfois dure au point de

simuler une tumeur solide, ailleurs molle et nettement fluctuante; dans certains cas la tumeur pourrait, dit-on, conserver l'empreinte du doigt.

Ce dernier signe serait pathognomonique. Malheureusement, il est bien rare de le constater, et s'il faut se féliciter quand on le rencontre, on ne peut de son absence rien conclure pour ou contre le diagnostic de kyste dermoïde.

On peut quelquefois reconnaître ensuite l'adhérence de la tumeur soit au maxillaire, soit à l'hyoïde. — Gérard Marchant va plus loin et pense qu'on peut déterminer en clinique, d'une façon assez constante, le point d'implantation, et reconnaître si l'on a affaire à un kyste adgénien ou adhyoïdien : « Les adhyoïdiens suivent cet os, dans les mouvements de la déglutition. Pour être sûr de ne pas être victime d'une illusion, et de ne pas rapporter à la tumeur une mobilité qui appartient à toute la région sus-hyoïdienne, il suffit d'interposer le pouce et l'index de la main droite entre la tumeur et l'os hyoïde. Alors, dans les mouvements de déglutition, la tumeur vient buter contre le doigt et témoigner ainsi de ses adhérences hyoïdiennes. »

Reclus a contesté la valeur de ce signe. Il est certain, nous l'avons vu, qu'il doit être inconstant, puisque bon nombre de kystes sont indépendants de toute insertion osseuse.

Quelques troubles fonctionnels sont déterminés par les kystes d'un certain volume. Ce sont les troubles de la mastication, de la déglutition, de l'élocution qui sont communs à toutes les tumeurs du plancher de la bouche. — Il arrive un moment où ils empêchent l'occlusion de la cavité buccale et déterminent ainsi l'issue continuelle de la salive hors de la bouche.

Ils peuvent aussi, repoussant la langue en arrière, déterminer des accidents de dyspnée et d'asphyxie. J'ai vu autrefois à l'Hôtel-Dieu le malade de Reclus, chez lequel un kyste gros comme le poing déterminait la plus grande gêne respiratoire. Cet homme était venu du fond du Béarn; une crise de dyspnée l'avait brusquement décidé à quitter sa province pour venir à Paris: il fit ce long voyage dans un état voisin de l'asphyxie, et peu s'en fallut qu'il ne succombât avant d'avoir reçu les soins qu'il venait chercher de si loin.

Diagnostic. — Il y a encore quelques années, la relation d'une série d'erreurs de diagnostic aurait composé tout ce chapitre.

Aujourd'hui les kystes dermoïdes, mieux connus, ne doivent plus être confondus avec les grenouillettes vulgaires, et ce n'est plus que dans certains cas exceptionnels qu'ils peuvent donner lieu à une interprétation erronée.

Pour les *kystes médians*, leur aspect clinique diffère sensiblement de celui de la grenouillette ordinaire. Celle-ci fait toujours saillie principalement dans la bouche, elle est habituellement latérale, ou prédomine d'un côté. Sa teinte bleuâtre est caractéristique. Sa

consistance plus molle, sa paroi plus mince, l'absence constante d'adhérence au maxillaire permettent de la distinguer assez aisément.

Mais il existe des *grenouillettes en bissac* pour lesquelles il est facile de se tromper, comme cela est arrivé, par exemple, dans le cas de Schmidt, qui fut l'origine d'une intéressante discussion à la Société de chirurgie.

De même, quand il s'agit de *kyste dermoïde latéral* on peut encore songer à la grenouillette sus-hyoïdienne.

Cette erreur paraissait inévitable dans le cas de Gibert et Monod, où l'analyse minutieuse des symptômes ne put apporter aucun élément sérieux qui fit trancher le diagnostic.

Cependant, en pareille circonstance, il y a un fait qui peut guider le chirurgien. C'est que la grenouillette sus-hyoïdienne est, l'étude des observations le prouve, presque toujours précédée par le développement d'une *grenouillette sublinguale*. C'est en général après que celle-ci a été ponctionnée, injectée, incisée, qu'on voit se produire la tumeur sus-hyoïdienne. En l'absence de ces commémoratifs, toutes choses égales d'ailleurs, il faudrait plutôt pencher en faveur du kyste dermoïde.

Les *kystes hydatiques* peuvent plus complètement encore simuler les dermoïdes, et Maurice Laugier, décrivant la grenouillette hydatique, le premier cas connu, celui de Gosselin, déclarait que le « frémissement était le seul signe (la ponction exploratrice mise à part) qui nous permit de différencier cette affection du kyste dermoïde ».

Quand la tumeur fait saillie exclusivement du côté de la peau, elle peut être confondue avec une adénopathie sus-hyoïdienne médiane, isolée, chronique et indolente. J'ai vu à l'hôpital Necker, en 1893, un jeune homme de quinze ans, chez lequel le diagnostic resta en suspens jusqu'au moment de l'opération. Il en fut de même chez un malade que j'ai observé en 1888 dans le service de M. Verneuil.

D'autres affections peuvent encore donner lieu à des méprises, mais il est rare en somme que l'examen minutieux ne conduise pas à un diagnostic exact. Une réserve doit être faite toutefois pour les *kystes mucoïdes du plancher*, dont l'examen histologique permettra seul de reconnaître d'une façon catégorique la nature véritable.

Traitement. — Ces kystes sont des tumeurs essentiellement bénignes. On ne connaît aucun exemple de transformation maligne de leur paroi; ils ne retentissent pas sur l'état général et ne déterminent point de douleur. Leur pronostic est donc favorable. Cependant on ne saurait les abandonner à eux-mêmes. Ils constituent une difformité disgracieuse et gênante, appelée à augmenter sans cesse et susceptible de déterminer quelques accidents. — Il est donc nécessaire d'en débarrasser le malade. Ce que nous savons de la structure de leur paroi ne nous permet pas de rien espérer de simples ponctions, ni du drainage, ni des injections de liquides irritants. — Les

caustiques violents, tels que le chlorure de zinc, ont pu donner quelques succès, dont un remarquable chez la jeune fille opérée par Monod (1). Cette pratique toutefois ne saurait être acceptée qu'à titre exceptionnel, et tout le monde paraît d'accord pour adopter l'extirpation du kyste comme méthode de choix. Mais comment procéder à cette intervention? Faut-il opérer par la bouche ou par la région sus-hyoïdienne? La voie buccale était habituellement suivie, quand Reclus et Gérard Marchant ont préconisé l'extirpation par une incision sus-hyoïdienne, non sans faire valoir à l'appui de leur thèse de forts bons arguments, tirés de la facilité, de l'élégance, de la simplicité de l'opération ainsi conduite, et de la bénignité de ses suites, l'infection venue de la bouche ne pouvant envahir la poche et compromettre la réunion par première intention. Cependant quelques chirurgiens sont restés partisans de la voie buccale.

M. Monod insiste surtout sur l'ennui de la cicatrice, tare indélébile qui peut grandement compromettre l'avenir d'une jeune fille.

« Une cicatrice, même à la suite de la meilleure réunion, est toujours visible et la question vaut qu'on se la pose, lorsqu'il s'agit, comme dans mon cas, d'une jeune fille du monde pour qui le mariage commence à avoir quelque attrait. » Il est vrai que Gérard Marchant répond en citant l'observation d'une jeune mondaine qu'il a opérée par une incision sus-hyoïdienne, et chez laquelle, cependant, « le résultat satisfait grandement l'opérateur et l'opérée ».

M. Quénu a plus récemment présenté à la Société de chirurgie (2) un cas destiné à « réhabiliter la voie buccale ». Il recommande la réunion complète sans drainage, en faisant des sutures perdues profondes et des sutures superficielles sur la muqueuse, et personne, je pense, ne voudra contester qu'il ait raison en déclarant que « quelque chose vaut mieux qu'une cicatrice peu visible; c'est de n'avoir pas de cicatrice du tout ».

A la vérité, on peut mettre assez facilement tout le monde d'accord en adoptant la sage conclusion de Delens. Il y a des indications pour l'une et l'autre voie. « Les tumeurs adhérentes à l'os hyoïde et volumineuses doivent être attaquées par l'extérieur; la voie buccale peut convenir si le néoplasme proémine de ce côté et si sa mobilité permet de supposer qu'il n'y a point d'adhérence sérieuse. »

KYSTES MUCOÏDES. — Les cas en sont peu nombreux. Lannelongue et Achard n'en mentionnent que trois. Mais depuis quelques années leur étude paraît avoir fait un progrès assez notable.

Entre ces kystes et ceux de la base de la langue, il y a de grandes analogies qui correspondent d'ailleurs à une pathogénie identique. Le même kyste peut occuper à la fois la langue et le plancher de la bouche. Il y a ainsi parfois certaines difficultés à établir topographi-

(1) Monod, *Soc. de chir.*, 1891.

(2) Quénu, *Soc. de chir.*, 1892.

quement le siège du kyste, et certains cas décrits par quelques auteurs comme kystes du plancher sont rangés par d'autres dans les kystes de la langue. Au fond ces distinctions n'ont qu'une importance très secondaire, puisqu'il s'agit en somme d'une seule et même affection.

Ce qui caractérise ces tumeurs, au point de vue anatomo-pathologique, c'est la structure de leur paroi, ou plus exactement l'épithélium qui tapisse la face interne de cette paroi.

Cette couche épithéliale est formée de cellules allongées, cylindriques, présentant à leur extrémité libre un plateau finement strié, que couvrent souvent des cils vibratiles. Ce dernier caractère est inconstant, mais le caractère muqueux de ce revêtement épithélial n'est pas contestable.

La couche conjonctive qui sert de chorion à cet épithélium ne présente rien de spécial. Elle est assez épaisse et résistante.

Le contenu, visqueux et filant, est comparable « à du blanc d'œuf non cuit, rappelant également le mucus utérin ou nasal. Il peut être aussi citrin, de consistance huileuse. Il peut être également rouge, brun ou couleur chocolat. D'ailleurs, dans sa coloration pas plus que dans sa consistance il ne faut chercher de caractère pathognomonique ». (Martin.)

Dans ce liquide flottent des cristaux de cholestérine, des débris de cellules, dont quelques-unes présentent encore les caractères des éléments qui tapissent la paroi.

Le kyste se sépare assez aisément des parties environnantes, mais parfois il adhère par un pédicule à l'os hyoïde, ou s'enfonce dans l'épaisseur de la base de la langue.

Ce sont ces kystes qui dépendent du tractus thyro-glosse. Dans un travail récent, Martin expose les multiples raisons qu'on peut invoquer en faveur de cette interprétation et réunit dans une étude d'ensemble : ces tumeurs, les kystes thyro-hyoïdiens, et les kystes de la base de la langue, car ils présentent une structure identique et une origine embryonnaire commune.

Au point de vue clinique, il n'y a pas lieu d'insister longuement sur ces productions, dont la nature kystique est généralement reconnue sans difficulté, de même que leur situation dans le plancher buccal et leur caractère congénital. Cette symptomatologie les rapproche beaucoup des kystes dermoïdes, dont il est à peu près impossible de les différencier autrement que par l'opération. Même alors, il peut subsister quelques doutes, que l'examen microscopique seul pourra dissiper d'une façon définitive, en mettant en évidence les caractères de l'épithélium de la paroi.

Le traitement, d'après ce qui précède, ne saurait être que l'extirpation, pour laquelle la voie sus-hyoïdienne est la plus commode et la plus sûre. Cette intervention est souvent délicate. Il faut, pour que

la guérison soit obtenue, que la paroi soit tout entière enlevée par la dissection. Une observation de Reverdin (*in* Buscarlet) montre qu'il faut parfois s'y reprendre à plusieurs reprises pour atteindre ce résultat.

Grenouillettes. — Les kystes salivaires du plancher buccal portent le nom de grenouillettes (1).

Quand on observe dans une région des tumeurs spéciales à cette région, il faut toujours en chercher l'origine dans les organes qui eux aussi sont spéciaux à cette région. Dans le cas particulier, les tumeurs spéciales sont les grenouillettes, les organes spéciaux les glandes et glandules salivaires. *A priori*, c'est donc ces glandes qu'il faut incriminer. Il s'est passé cependant un fait curieux dans l'histoire pathologique de cette région. Fleischmann ayant décrit une sorte de bourse séreuse au niveau de la face inférieure de la langue, on a voulu y localiser la grenouillette. Cette opinion a été longtemps acceptée par beaucoup de bons esprits. Deux considérations toutefois auraient dû la faire rejeter ; la première, c'est que l'existence de cette bourse n'est pas démontrée, et la seconde que l'inflammation d'une bourse séreuse devrait donner naissance à un hygroma, qui par son contenu, la structure de sa paroi, par sa marche, aurait été comparable vraisemblablement aux autres hygromas qu'on observe dans le reste de l'économie.

Nous rejetons donc la division que formulait encore Landeta en grenouillettes d'origine glandulaire et d'origine cellulaire. Il n'existe à notre sens que des *grenouillettes glandulaires*.

Ce terme de grenouillette, aujourd'hui assez nettement défini, servait autrefois à désigner toutes les tumeurs du plancher de la bouche. Il y avait des grenouillettes graisseuses, sanguines, hydatiques, etc. Ce qui veut dire qu'il peut exister dans le plancher de la bouche des lipomes, des angiomes, des kystes hydatiques. Desprès, en 1872, protestait encore contre la tendance à restreindre la signification de ce mot (2). Mais il y a véritablement trop d'intérêt à donner aux termes un sens précis pour que personne soit aujourd'hui de l'avis de Desprès.

Bref, des deux grandes catégories de grenouillettes que reconnaissait Perroud en 1851, grenouillettes sialangiques et grenouillettes asialangiques, nous ne conservons plus aujourd'hui que les premières, et cette division est aujourd'hui surannée.

Il vaudrait mieux évidemment, pour éviter toute confusion et toute ambiguïté, et oublier jusqu'au souvenir de ces vaines querelles de nomenclature, abandonner le mot lui-même, qui aurait bien mérité

(1) PERRAULT, thèse de Paris, 1851. — *Soc. de chir.*, 1869, 1872. — DEMONS, thèse de Paris, 1868, ind. bibl. — BAZY, *Progrès méd.*, 1883. — CHAUVEL, *Dict. encyclop. des sciences méd.*, art. GRENOUILLETTE. — SUZANNE, *Arch. de physiol.* Paris, 1886-1887. — GILLETTE, Clinique chirurgicale des hôpitaux de Paris. Paris, 1877, p. 111. — MASSE (de Bordeaux), *Mém. de méd. et de chir.* Paris, 1885.

(2) DESPRÈS, *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1872, t. XVI.