

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.

de tomber en désuétude, n'ayant par lui-même aucune signification. Comment est-il entré dans le langage des anciens chirurgiens? Les uns disent que la difficulté d'élocution, que détermine la présence d'une tumeur dans le plancher de la bouche, rappelle vaguement le coassement des grenouilles; d'autres affirment que la déformation visible à l'extérieur, quand la tumeur est volumineuse, peut faire songer à la saillie que déterminent, au-dessous de la mâchoire, chez les batraciens, les mouvements de déglutition et de respiration.

Le kyste fait presque toujours saillie dans la cavité buccale. On dit alors que la grenouillette est sublinguale, parfois au-dessous du maxillaire. La grenouillette est dans ce cas sus-hyoïdienne. Chez les

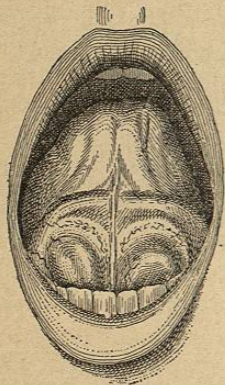


Fig. 24. — Grenouillette sublinguale (d'après MIKULICZ et MICHELSON). (1)

enfants nouveau-nés on rencontre, rarement il est vrai, de petits kystes salivaires un peu particuliers qui méritent une place à part sous le nom de grenouillette congénitale.

Nous avons donc à étudier successivement la *grenouillette ordinaire* ou *sublinguale*, la *grenouillette sus-hyoïdienne*, la *grenouillette congénitale*.

GRENOUILLETTE SUBLINGUALE. — Voici comment se présente presque toujours la *grenouillette sublinguale*.

L'affection présente un début tellement insidieux, lent, indolent, que la tumeur présente déjà un certain volume quand le malade s'en aperçoit. Pendant longtemps les troubles qu'elle occasionne sont insignifiants. Quand

elle présente un notable développement, la mastication, la déglutition, mais surtout l'élocution sont gênées. Enfin, remplissant la cavité buccale, le kyste gêne le rapprochement des mâchoires, et la bouche demeurant entr'ouverte, il y a un écoulement constant de salive.

A l'examen on constate entre l'arcade alvéolaire et la face inférieure de la langue la présence d'une saillie anormale, de volume variable. Au début cette tumeur est unilatérale, mais pour peu que son volume soit un peu considérable, elle franchit la ligne médiane et remplit tout l'espace compris entre la langue et la mâchoire (fig. 24). Elle est parfois asymétrique, et comme partagée en deux, au niveau de la ligne médiane, par le frein de la langue.

La tumeur présente un aspect d'un gris rosé, ou une teinte bleuâtre. A sa surface on voit de petits vaisseaux étalés dans l'épaisseur de la muqueuse, ou immédiatement au-dessous. La muqueuse buccale est mobile sur la tumeur. Celle-ci est lisse, indolente, nettement fluctuante.

(1) MIKULICZ et MICHELSON.

Son aspect est tel, quand elle présente un certain volume, qu'on n'hésite pas, et que d'emblée on formule le diagnostic de grenouillette.

Si l'on ponctionne ce kyste, on en retire un liquide filant, visqueux, comparable à du blanc d'œuf, présentant une teinte légèrement opaline. Abandonné à lui-même, ce kyste n'a aucune tendance à rétro-céder. Il augmente, repoussant de plus en plus la langue en arrière, déprimant en bas le plancher de la bouche. Quand la maladie survient dans le jeune âge, la pression du kyste sur la face postérieure du maxillaire et les dents déforme ces organes et détermine leur renversement en dehors.

Un kyste de grandes dimensions peut finalement déterminer une gêne considérable de l'alimentation et du langage et des phénomènes alarmants du côté de la respiration. Mais souvent la poche s'ouvre spontanément. L'orifice qui a livré passage au contenu se referme rapidement et le kyste se remplit de nouveau. Nous n'observons plus guère ces grenouillettes énormes, susceptibles d'amener des troubles graves et des déformations, comme celles dont parlent Louis et Jourdain. Les malades nous viennent plus tôt, avec des tumeurs dont le volume varie de celui d'une noix à celui d'un œuf de poule. Il est extrêmement rare que l'évolution de cette maladie soit troublée par quelque complication. Contrairement à la plupart des cavités kystiques, les grenouillettes s'infectent et suppurent difficilement.

Il s'agit donc d'une maladie sans gravité, mais néanmoins source d'ennuis considérables, à cause de la tendance aux récidives, de la longueur et des difficultés du traitement.

Anatomie pathologique. — A. Paré considérait la ranule comme un amas de pituite tombée du cerveau sous la langue. Quand on eut découvert les voies d'excrétion des glandes salivaires, tout naturellement l'idée vint de placer dans ces canaux les kystes observés dans les régions qu'ils traversaient. Le canal de Wharton fut ainsi rendu responsable de la grenouillette sublinguale.

Cette interprétation ne saurait plus être admise, dans la majorité des cas tout au moins. Sans nul doute ce canal est comme tous les conduits d'excrétion susceptible de s'oblitérer, de se laisser distendre, mais il est certain qu'il n'est pas en cause dans la grenouillette vulgaire. Tout d'abord, quand dans une glande le conduit excréteur se dilate, la glande elle-même subit d'une façon constante une altération plus accentuée et plus rapide encore. Ainsi le rein, quand il y a altération ou rétrécissement de l'uretère, se dilate infiniment plus que l'uretère lui-même. Or ici la tumeur est sublinguale. Sans doute, chez un certain nombre de sujets il y a à la fois une tumeur sus-hyoïdienne et une tumeur intrabuccale, et pour ces cas-là cette explication pourrait être maintenue. Mais il suffit d'un seul cas où il existe un kyste sublingual sans kyste sous-maxillaire, pour ruiner la théorie en tant que théorie générale; or ces cas sont la règle. D'autre

part, la tumeur envahit rapidement tout l'espace compris entre la langue et l'arc du maxillaire, formant une tumeur sphérique, aspect qu'on comprendrait mal si la maladie était due à une dilatation du canal de Wharton. Enfin, chez nombre de sujets, on a pu établir manifestement que la tumeur était indépendante de ce conduit, en mettant en évidence son orifice buccal, en le cathétérisant, en constatant l'issue de la salive dont on déterminait l'afflux par l'excitation des terminaisons nerveuses gustatives, en déposant par exemple un peu de sel sur le bout de la langue.

« Qui ne croyait que le siège de la grenouillette, et par conséquent sa nature, ne fût définitivement établie par le mémoire de Louis? Mais attendu que ce siège n'avait été établi que rationnellement et non sur des faits d'anatomie pathologique, il a suffi de la découverte d'une bourse muqueuse sous la langue pour ébranler cette doctrine. Fleischmann décrit cette bourse, y place le siège de la grenouillette, qu'il transforme ainsi en hygroma, et cette opinion est accueillie avec une faveur générale. Mais le fait est que cette bourse muqueuse n'existe pas, au moins chez le plus grand nombre des sujets, et qu'on doit la considérer comme une bourse muqueuse accidentelle, et cependant il est résulté de cette détermination erronée du siège de la grenouillette que la question a été approfondie, et il est certain aujourd'hui que la grenouillette n'a pas toujours son siège dans le canal de Wharton, car on a pu cathétériser le canal et le suivre jusqu'à la glande sous-maxillaire, chez des individus affectés de grenouillettes. » (Cruveilhier.)

Les glandes sublinguales sont sans aucun doute le point de départ de la grande majorité des grenouillettes. Ces tumeurs prennent naissance au niveau même de ces glandes, leurs connexions avec la muqueuse buccale, le plancher, la langue, sont telles que cette proposition est à peine discutable, une fois le canal de Wharton dépossédé de son rôle pathogénique.

Cependant Recklinghausen, dont l'opinion a été acceptée par Cornil, a voulu mettre en cause l'amas glandulaire décrit vers la face inférieure de la langue, au voisinage de sa pointe, par Blandin et Nuhn. Pour Recklinghausen, ce serait là l'organe dont la transformation kystique produirait la grenouillette.

Cette assertion s'appuie sur ce fait qu'au cours d'une intervention opératoire on aurait constaté que la cavité kystique s'étendait jusqu'au voisinage de la pointe, d'autre part sur la présence révélée par le microscope de fibres musculaires striées sur la face antérieure de la poche, fibres striées inexplicables si l'on n'admet pas que le kyste a pris naissance au milieu du tissu musculaire.

Il n'est pas douteux que la glande de Blandin, comme toute glande en général, comme toute glande salivaire en particulier, ne puisse donner naissance à un kyste; mais de là à en faire le point de départ

constant de la grenouillette sublinguale, il y avait évidemment une singulière exagération.

Le travail de Suzanne, en établissant qu'il existe normalement, à la face profonde de la muqueuse du plancher, des faisceaux de fibres striées dont la direction est antéro-postérieure, a infirmé le principal argument de Recklinghausen. Suzanne nous ramène à l'opinion, qui d'ailleurs était restée en France l'opinion commune, d'après laquelle le point de départ de la maladie est la glande sublinguale.

Mais comment se fait le développement de ce kyste, comment et pourquoi? Nous n'en savons rien. Quel est le processus qui peu à peu transforme la glande normale en une cavité contenant du liquide. Nous l'ignorons encore absolument. Les circonstances qui y prédisposent, aussi bien que les causes déterminantes, nous échappent, et l'on peut dire que malgré tous les travaux qu'elle a suscités, la grenouillette est une affection encore fort mal connue.

La cavité kystique est uniloculaire, et la surface interne paraît lisse.

Dans un cas de Masse, la poche était multiloculaire, divisée en six loges distinctes, mais c'est là une disposition tout à fait exceptionnelle. Assez facile à séparer de la muqueuse qui couvre sa face supérieure, et qui n'adhère que dans le cas de ruptures ou d'opérations antérieures, la poche au contraire tient dans la profondeur; et tous ceux qui ont tenté l'extirpation de ces tumeurs savent combien la dissection devient difficile quand on veut détacher le segment inférieur du kyste.

Étudiée au microscope, la paroi kystique paraît formée d'une membrane celluleuse plus ou moins épaisse, tapissée à sa face interne d'un épithélium cubique (Ch. Robin), d'un épithélium stratifié (Bazy et de Gastel). Dans l'épaisseur de la paroi, Bazy et de Gastel ont vu de petits diverticules, de petits kystes en miniature, qui, après l'oblitération de la poche principale, seraient susceptibles d'augmenter de volume et de reproduire une nouvelle grenouillette. Ce serait là pour eux l'explication des récidives, si communément observées dans cette maladie.

Quant au liquide contenu dans la poche, il présente microscopiquement de grandes analogies avec la salive, bien qu'il soit plus dense, plus visqueux, et moins limpide. Chimiquement, il en diffère par la présence d'une plus grande quantité de mucus, l'absence du ferment diastatique, et du sulfocyanure de potassium, différences qui ne contredisent pas le moins du monde l'origine salivaire du liquide. Fourni par les cellules d'une glande altérée et pathologique, il serait extraordinaire qu'il fût semblable à la salive librement déversée dans la bouche par des glandes normales.

Traitement. — Guérir la grenouillette n'est pas toujours chose aisée. Il faut parfois beaucoup de patience de la part du malade et du chirurgien pour mener à bien cette cure délicate. Toutes les