

méthodes applicables au traitement des cavités kystiques en général ont été employées contre ces kystes salivaires. On les a incisés, drainés, traversés par des sétons, marsupialisés, on y a injecté toutes sortes de liquides irritants ou caustiques, et enfin on en a tenté l'extirpation.

L'incision simple, si large soit-elle, échoue toujours. Le kyste vidé, la plaie se réunit presque par première intention, et la tumeur se reproduit.

Dans un cas pressant, où il y aurait quelque danger d'asphyxie, cette incision resterait encore cependant, l'intervention de choix, comme intervention palliative et opération d'urgence.

C'est souvent en vain qu'on tente de maintenir béante l'ouverture créée par l'incision, en y introduisant des mèches.

Dupuytren, frappé de cette difficulté, avait imaginé un bouton spécial terminé par deux plaques dont l'une était logée dans le kyste, l'autre dans la cavité buccale. Il le laissait en place plusieurs mois; la cavité, se vidant sans cesse, se rétrécissait peu à peu.

D'autres sont arrivés au même but en traversant la poche par un séton, ou encore en excisant une partie de la paroi supérieure de la poche, de façon à y créer une notable perte de substance.

Jobert, pour mieux assurer la libre communication de la cavité kystique avec la cavité buccale, ouvrait largement la poche, et suturait les lèvres de l'incision du kyste aux lèvres de la plaie faite à la muqueuse. C'est ce qu'il désignait sous le nom de *batrachosio-plastie*.

Bouchacourt (de Lyon) a préconisé les injections de teinture d'iode.

Plus récemment, le chlorure de zinc a été beaucoup vanté par MM. Th. Anger et Le Dentu. Cette méthode a donné de remarquables succès. Mais il faut l'appliquer avec prudence, et en prenant certaines précautions, nettement formulées par Le Dentu, sous peine d'exposer son malade à d'assez graves accidents. Deux gouttes de chlorure de zinc déliquescents, jamais plus de trois, doivent être injectées dans la cavité qu'il est inutile de vider. La réaction est assez vive, mais la douleur se calme rapidement; la tumeur, qui d'abord avait augmenté de volume, diminue et souvent disparaît.

Verneuil, séduit par les résultats des injections de chlorure de zinc, avait renoncé en leur faveur au séton, qu'il avait autrefois préconisé. Seulement, il avait un peu modifié le manuel opératoire. Après avoir ôté une demi-siringue de Pravaz du contenu du kyste, il le remplaçait par une égale quantité de solution de chlorure de zinc au dixième.

Par contre, Le Dentu, dans des cas qu'il a eu à traiter récemment, a pensé que la guérison serait plus sûrement obtenue en drainant la poche, quelques jours après l'injection de chlorure de zinc. Il a fait construire pour cet usage des drains spéciaux. Une des extrémités

de ces tubes est munie d'une plaque de caoutchouc, arrondie.

Le tube est introduit dans la poche par son autre extrémité, la plaque de caoutchouc s'interpose au plancher buccal et à la face inférieure de la langue. L'appareil tient tout seul et ne cause aucune gêne.

L'extirpation, toujours laborieuse et délicate dans les cas de kystes volumineux et anciens, est rarement pratiquée. Elle expose à la blessure du canal de Wharton, du nerf lingual, et des veines ranines. Les parois de la poche sont si minces vers la profondeur, que souvent il est difficile de détacher le segment inférieur du kyste.

M. Félizet (1), pour faciliter cette dissection, a recommandé de faire, après cocaïnisation, une véritable hydrotomie du plancher buccal, à l'aide d'une injection d'eau boriquée dans le tissu cellulaire sous-muqueux.

On aurait ainsi triple avantage. Anesthésier le malade sans l'endormir, disséquer plus facilement la poche, dont les limites sont plus faciles à reconnaître, et que le liquide infiltré dans les mailles du tissu cellulaire écarte déjà des organes voisins, diminution de l'écoulement sanguin.

GRENOUILLETTE SUS-HYOÏDIENNE (2). — Parmi les grenouillettes, il en est un certain nombre qui font saillie au-dessous de la mâchoire. On les désigne sous le nom de *grenouillettes sus-hyoïdiennes*.

On admet ordinairement deux catégories de grenouillettes sus-hyoïdiennes, dont la pathogénie serait un peu distincte, les *sus-hyoïdiennes sublinguales*, et les *sus-hyoïdiennes sous-maxillaires*, selon qu'elles prendraient naissance aux dépens de la glande sublinguale ou de la glande sous-maxillaire. — Ces grenouillettes, qui avaient été déjà signalées par Louis, observées de temps à autre par des chirurgiens (Jobert, Velpeau, etc.) qui ne s'étaient guère préoccupés de leur pathogénie, furent en 1869 et 1870, à la Société de chirurgie, l'objet de courtes discussions provoquées par deux rapports successifs de Forget. Néanmoins le sujet demeurait encore neuf quand il fut abordé par Cadiot sous l'inspiration de Gosselin en 1879. Son remarquable travail, celui de M. Delens en 1881, la discussion que provoqua un peu plus tard à la Société de chirurgie l'observation de M. Dieu firent faire un pas considérable à l'étude de la pathogénie de la grenouillette sus-hyoïdienne.

Mais les observations, les interventions et surtout les autopsies sont rares, et l'on conçoit que, sur bien des points, l'on puisse demeurer dans l'incertitude.

Étiologie. — Il s'agit d'une maladie rare, et pour ma part, en dix

(1) FÉLIZET, *Soc. de chir.*, 1891.

(2) CADIOT, thèse de Paris, 1879. — DELENS, *Revue de chir.*, 1882. — DIEU, *Soc. de chir.*, 1882. — PÉAN, *Clinique*. — CHARVAILHAT, thèse de Paris, 1895. — BOYER, thèse de Lyon, 1895. — MORESTIN, *Gaz. des hôp.*, 1897.

ans, je n'ai pu en examiner que deux cas, l'un à l'Hôtel-Dieu, l'autre dans le service de mon excellent maître Le Dentu.

Presque toujours, et ce fait ressort avec une grande netteté de la lecture des observations, la grenouillette sus-hyoïdienne est précédée par une grenouillette sublinguale, et généralement même elle se développe seulement après que la tumeur sublinguale a été l'objet de cautérisations, d'injections, ou bien quand elle s'est spontanément rompue une ou plusieurs fois dans la cavité buccale.

Toutefois un certain nombre de grenouillettes sus-hyoïdiennes et sublinguales paraissent être concomitantes, du même âge, et se développer simultanément.

Enfin, mais très exceptionnellement, on pourrait rencontrer des grenouillettes d'emblée sus-hyoïdiennes et purement sus-hyoïdiennes, comme paraît l'établir l'observation de Gross.

On ne connaît pas d'exemple d'une marche en sens inverse, d'une grenouillette qui d'abord sus-hyoïdienne deviendrait sublinguale.

Signes. — La grenouillette sus-hyoïdienne se présente sous forme d'une tumeur, ou plutôt d'une voussure, siégeant au-dessous de l'arc maxillaire. Le développement en est lent, graduel, absolument indolent, et c'est par hasard que le malade en constate la présence. A ce niveau, les téguments présentent leur coloration normale. La palpation fait voir qu'ils sont simplement soulevés, et qu'ils n'adhèrent pas à la tumeur. Celle-ci est parfaitement fluctuante, elle est parfois réductible, ou du moins elle cède et s'étale sous le doigt, donnant la sensation de réduction. Elle est d'une mollesse remarquable. Il semble que le liquide soit contenu dans une poche mince et incomplètement remplie. On a comparé cette sensation à celle que donnent les épanchements traumatiques de sérosité. Il semble, en outre, que la fluctuation soit très superficielle.

Dans la bouche, on trouve généralement une autre tumeur, qui a précédé le kyste sus-hyoïdien — et qui souvent est une récurrence de grenouillette sublinguale. On peut quelquefois se transmettre la fluctuation d'une poche à l'autre. Mais cette manœuvre est délicate, et pendant longtemps on a pu mettre en doute la communication des deux poches, et affirmer qu'il s'agissait de deux kystes distincts n'ayant entre eux que des rapports de continuité.

Le diagnostic ne présente en général aucune difficulté sérieuse. Les kystes dermoïdes habituellement médians sont reconnaissables à leurs limites plus nettes, à leur forme arrondie, à leur consistance pâteuse, à leur absence de réductibilité, à leur adhérence au squelette. Mais les kystes dermoïdes latéraux, rares il est vrai, prêtent à confusion. On tâchera d'éviter l'erreur en se rappelant que la grenouillette sus-hyoïdienne est presque toujours précédée d'une grenouillette sublinguale, que la poche sus-hyoïdienne salivaire est mal tendue, mal limitée, tandis que le kyste, arrondi, mieux circonscrit,

se développe presque toujours chez des adolescents, sans avoir été précédé de tumeur sublinguale.

Pathogénie. — Louis pensait qu'il y avait coexistence d'une dilatation de la glande sublinguale et de la glande sous-maxillaire. La présence d'un canal excréteur commun aux deux glandes aurait tout expliqué très facilement, mais, et Louis le constate comme à regret, c'est un fait établi par Walther que la glande sublinguale a des conduits excréteurs distincts.

Dès lors, pour expliquer ce fait que les deux kystes se sont vidés, dans le cas qu'il rapporte, par une même incision pratiquée dans la bouche, il est obligé d'admettre que le canal de Wharton a dû être sectionné au cours de l'opération.

Cette doctrine, qui faisait naître la grenouillette sus-hyoïdienne aux dépens de la glande sous-maxillaire, était encore la plus répandue, quand parut en 1879 le travail de Cadiot. Voici pour Cadiot et son maître, Gosselin, comment se produit la grenouillette sus-hyoïdienne dans le cas le plus commun, celui dans lequel la tumeur a été précédée d'une grenouillette sublinguale et dépend en réalité de la glande sublinguale : le kyste primitif, sublingual, s'ouvre spontanément ou devient l'objet d'interventions diverses. Il se produit sous ces diverses influences un travail d'inflammation chronique qui augmente la résistance de la muqueuse du plancher buccal, l'épaissit et lui donne finalement une rigidité telle que cette membrane oppose un obstacle infranchissable au développement du kyste. Aussi ce dernier, ne pouvant lutter contre cette résistance, effondre le mylo-hyoïdien, en écarte les fibres, et, passant par un interstice du muscle, vient se montrer à la région sus-hyoïdienne.

Cette théorie de la migration du kyste est en rapport avec ce fait, bien établi par la clinique, qu'une tumeur sublinguale a précédé la tumeur sus-hyoïdienne. Cependant aucune constatation anatomique ne pouvait encore donner une base sérieuse à cette interprétation. La remarquable observation de Dieu vint prouver qu'il s'agissait bien d'un kyste en bissac, étranglé à sa partie moyenne par une boutonnière musculaire.

Cependant la manière dont s'effectue ce passage à travers les fibres musculaires, et les conditions qui le favorisent, présentaient encore une certaine obscurité. Quelques recherches entreprises à ce sujet m'ont fait connaître un détail anatomique, généralement omis dans les traités classiques, qui m'a paru en fournir une explication assez satisfaisante (1). Chez un grand nombre de sujets, les glandes sublinguales envoient normalement à travers le muscle mylo-hyoïdien des prolongements, parfois volumineux, en continuité avec le reste de la glande (fig. 25 et 26). Chez ces sujets, les glandes sublinguales sont

(1) MORESTIN, *Gaz. des hôp.*, 1897, et *Soc. anat.*, 1897.

pour ainsi dire en sablier, une portion étant située au-dessus, un autre au-dessous du plan musculaire mylo-hyoïdien. Une grenouillette développée dans une de ces glandes évoluerait forcément dans les deux sens et serait d'emblée une grenouillette en bissac. La situation immédiatement sous-muqueuse de la partie supérieure, fait qu'elle se développe plus librement, plus vite, et qu'elle est plus aisément reconnue que l'inférieure, moins volumineuse et voilée par des parties molles relativement épaisses :

Mais qu'un obstacle vienne contrarier le développement par en

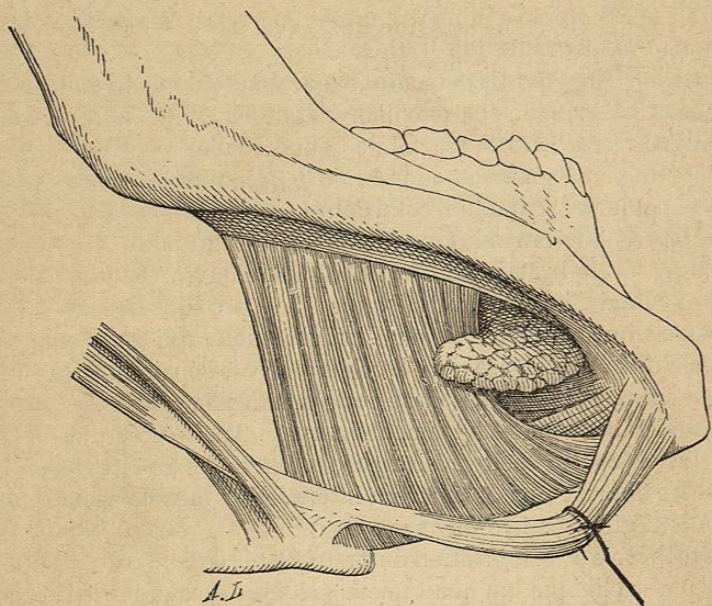


Fig. 25. — Prolongement de la glande sublinguale au-dessous du muscle mylo-hyoïdien (Soc. anat., 1897).

haut du kyste, et sa partie inférieure deviendra prédominante, s'étendant de plus en plus vers la région sus-hyoïdienne.

Traitement. — Si la grenouillette vulgaire est difficile à guérir, le traitement de la grenouillette sus-hyoïdienne est encore plus malaisé.

Toutes les méthodes mises en œuvre contre la grenouillette ordinaire ont été également essayées contre la grenouillette sus-hyoïdienne.

Des ponctions simples nous ne dirons rien, car elles sont justement abandonnées de tout le monde.

Les injections modificatrices sont généralement inefficaces à cause de l'étendue et de la complexité de la poche, et même elles ne sont pas toujours d'une innocuité absolue.

Le drainage par la voie buccale, la fistulisation, l'excision sont

des méthodes défendables pour les grenouillettes simples, mais ici elles ne sont pas de mise, l'arrière-fond constitué par la poche sus-hyoïdienne s'infecte, et des accidents inflammatoires surviennent.

On est donc conduit à faire quelque chose de plus radical, c'est-à-dire à tenter l'extirpation de la poche. Celle-ci ne peut guère être faite commodément que par la voie sus-hyoïdienne, à l'aide d'une incision, suivant le cas, médiane ou latérale. La dissection de la poche peut être simple et l'opération rapidement menée, mais il est loin d'en

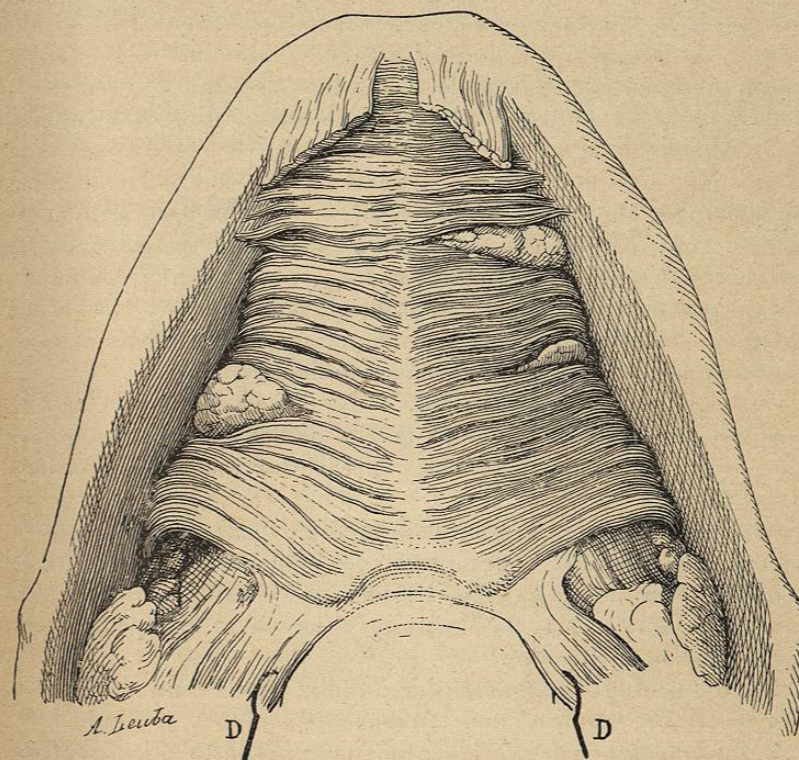


Fig. 26. — Prolongements des glandes sublinguales à travers les interstices de la sangle mylo-hyoïdienne (Soc. anat., 1897).

être toujours ainsi. Le kyste sus-hyoïdien est mal tendu, sa paroi est mince et si difficile à isoler quelquefois des organes voisins, qu'on a pu se demander si réellement il y avait une poche et si la salive n'était pas épanchée dans le tissu cellulaire. Il faut donc s'attendre à ce que cette intervention soit quelquefois laborieuse. Cependant, cette conduite nous paraît être la plus régulière et la meilleure, et nous considérons l'extirpation comme la méthode de choix. Mais cependant il faut prévoir tel cas où l'on serait réduit à la laisser inachevée. Il sera temps alors de drainer et de traiter la plaie par le tamponne-

ment. Ces dernières ressources, qui nous paraissent un pis-aller, ont été cependant préconisées comme bases du traitement et procédé d'élection.

Ainsi, on a proposé d'ouvrir le kyste par la voie buccale et par la région sus-hyoïdienne, d'en fixer les deux ouvertures, l'une aux lèvres de l'incision faite à la muqueuse, l'autre à la peau, et de drainer ensuite le trajet intermédiaire (1). J'avoue que de toutes les méthodes, celle-ci est la dernière à laquelle je voudrais m'adresser.

Une thèse toute récente (2) nous expose la pratique de M. Rochet (de Lyon). Le spirituel auteur de ce travail nous avoue qu'il n'a lui-même aucune expérience du traitement des grenouillettes, n'en ayant vu par lui-même aucun exemple. Cependant il relate des observations empruntées à son maître, qui aurait obtenu de bons résultats, en ouvrant le kyste par la région sus-hyoïdienne, en faisant dans la cavité de larges injections de teinture d'iode et en drainant. En matière de thérapeutique chirurgicale, il n'est pas de meilleur argument que le succès. Toutefois, malgré ces observations heureuses, je persiste à croire que du moment qu'on fait à la peau une solution de continuité, il n'y a pas de raison pour s'arrêter en chemin, et pour ne pas tenter l'ablation complète de la paroi kystique, quitte à s'arrêter si cette extirpation présentait de trop grandes difficultés.

GRENOUILLETTE CONGÉNITALE (3). — Nous aurions pu à la rigueur faire rentrer cette affection dans le groupe des kystes congénitaux. Mais leur nature salivaire doit les faire décrire à côté des grenouillettes véritables.

Ce sont de petits kystes développés aux dépens d'un des organes salivaires du plancher buccal, glandes sublinguales, ou canal de Wharton. Pour ne pas morceler l'étude des kystes de la langue, nous avons déjà parlé des kystes salivaires congénitaux que peut engendrer la glande de Blandin.

La première observation est due à Stoltz (1833), puis viennent les faits de Guyon, Lannelongue, Demons, Sonnenburg.

M. Lannelongue fait remarquer que, malgré le petit nombre de faits publiés, il est probable que l'affection n'est pas très rare, et qu'elle doit passer facilement inaperçue.

La tumeur est constatée à la naissance ou peu de jours après. Quand son volume est notable, elle détermine en effet de la gêne dans la succion et l'enfant tette avec difficulté.

En ouvrant la bouche et en soulevant la langue, on voit « une tumeur à parois très minces, ressemblant à une vessie transparente dont le

(1) KREBEL, *Centralblatt für chir.*, 1886.

(2) BOYER, thèse de Lyon, 1895.

(3) GOUJON, *Soc. de chir.*, 1866. — LANNELONGUE, *Soc. de chir.*, 1879. — DENIGUET, thèse de Paris, 1881. — LANNELONGUE et ACHARD, *Traité des kystes congénitaux*, Paris, 1886.

volume varié de celui d'une plume d'oie à celui d'un œuf de pigeon ». M. Lannelongue figure un cas où il y avait deux petits kystes, symétriquement placés de chaque côté du frein.

Le plus souvent il n'y en a qu'un, et la règle est qu'il siège latéralement, dans la région occupée par le canal de Wharton. C'est en effet aux dépens de ce canal, dont l'extrémité libre est restée imperforée, que paraît se constituer le plus souvent la grenouillette du nouveau-né, très différente en cela de celle de l'adulte, pour lequel cette pathogénie ne saurait plus être admise.

« La tumeur, allongée transversalement, se termine en dedans par une extrémité libre, conoïde, formant une sorte de papille, au sommet de laquelle on voit parfois un point grisâtre qui correspond à l'orifice oblitéré du conduit glandulaire » (Lannelongue et Achard).

La tumeur est fluctuante, non réductible et généralement mobile, d'ailleurs absolument indolente.

Le contenu du kyste est transparent, légèrement visqueux ; il a été comparé à du blanc d'œuf.

Le *diagnostic* de cette affection est évident et son *prognostic* ne comporte aucune gravité. Il est aisé d'en obtenir la guérison, puisqu'il suffit, pour remédier à ce vice de conformation, d'enlever d'un coup de ciseaux un fragment de la paroi kystique. La poche revient sur elle-même et l'affection ne se reproduit pas.

Épithélioma du plancher de la bouche (1). — On trouve dans les anciens auteurs un certain nombre d'observations de cancers du plancher de la bouche mêlées à l'histoire des grenouillettes ; mais il y a peu de temps qu'on leur consacre une description isolée. Verneuil et Tillaux, il y a une trentaine d'années, ont publié les premiers cas. Depuis sont venus un certain nombre de thèses spécialement consacrées à ce sujet.

Les cancers du plancher de la bouche sont primitifs ou secondaires.

Ces derniers, de beaucoup les plus communs, résultent de l'extension d'un cancer ayant pris naissance dans un organe voisin, langue, amygdale, mâchoire, glande ou ganglions sous-maxillaires.

Ceux-là sortent de notre sujet et nous devons nous occuper exclusivement ici des cancers primitifs.

Ceux-ci sont peu fréquents, si on les compare aux précédents, qu'on rencontre pour ainsi dire à chaque instant. En réalité, pourtant, ils ne sont pas très rares, et pour ma part j'en ai déjà rencontré plusieurs exemples. Comme tous les cancers ils se développent surtout chez les vieillards, et ils présentent, avec les autres cancers de la cavité buccale, cette particularité de se montrer presque exclusivement chez l'homme. L'abus du tabac et de la pipe, ou toute autre cause d'irri-

(1) VERNEUIL, *Soc. de chir.*, 1871. — MARGNAT, thèse de Paris, 1877. — LARRIEU, thèse de Paris, 1879. — FAURE, thèse de Paris, 1883-1884. — FEUILLETAUD, thèse de Paris, 1885-1886. — PÉAN, *Clinique*. — MIKULICZ u. MICHELSON, *Atlas*.