

Les anciens décrivaient sous le nom de grenouillettes une foule d'affections n'ayant entre elles que des rapports de siège régional : pour Hippocrate c'étaient des inflammations, pour Celse des abcès, pour Aétius des dilatations variqueuses, pour Avicenne des amas d'humidité visqueuse, etc. Au temps d'A. Paré, la question n'avait encore guère progressé, et ce chirurgien ne voyait dans la grenouillette qu'un amas de matière pituiteuse tombant du cerveau sous la langue.

L'anatomie des glandes salivaires fit justice de ces conceptions. Après que Wharton eut découvert en 1656 le canal excréteur de la glande sous-maxillaire et que, quelques années plus tard, Rivinus, Bartholin et Walther eurent décrit ceux de la glande sublinguale, les chirurgiens se firent une idée plus exacte de la nature de la grenouillette, qui fut dès lors regardée comme un kyste salivaire. De nombreuses discussions, qui se perpétuent encore de nos jours, se sont toutefois élevées sur le siège exact de ce kyste.

Contrairement à nombre d'auteurs modernes qui ont le tort de confondre sous une même dénomination des tumeurs kystiques du plancher buccal de nature variable (kystes dermoïdes, kystes hydatiques, tumeurs érectiles, etc.), et, conformément à notre définition, nous ne décrirons, sous le nom de *grenouillettes*, que les *tumeurs enkystées d'origine salivaire* (1).

Auparavant, nous dirons toutefois quelques mots d'une affection dont la nature est des plus discutées : la *grenouillette aiguë* des auteurs classiques.

Celle-ci, à part quelques rares cas où elle survient à la suite d'une stomatite, d'un aphte, n'est le plus ordinairement que le résultat de la présence d'un calcul ou d'un corps étranger du canal de Wharton (2).

Elle est caractérisée par un ensemble de symptômes quelquefois alarmants; des douleurs, une tuméfaction du plancher buccal, souvent aussi de la glande sous-maxillaire, soulevant la langue, la collant au palais et déterminant des phénomènes asphyxiques, surviennent en quelques heures et se calment de même. Il y a là un ensemble clinique assez caractéristique, mais on ignore complètement à quelle lésion anatomo-pathologique il correspond, et il n'est nullement prouvé qu'il s'agisse d'un kyste.

Quelques faits, entre autres une autopsie de Richet, tendant à établir que la grenouillette aiguë est constituée par une cavité en communication avec le canal de Wharton, quelques auteurs ont cru qu'il s'agissait simplement d'une dilatation de ce canal. Mais, par une injection brusque, ce canal n'arrive à atteindre que les dimensions d'une plume de corbeau, et se rompt, comme l'ont montré les expériences de Tillaux, qui pense qu'il s'agit d'une rupture du canal suivie de l'irruption de la salive dans la bourse séreuse de Fleischmann (3). Le Fort et Duplay pensent à un simple œdème sous-muqueux; pour Recklinghausen, les phénomènes répondent au développement brusque d'un petit kyste jusqu'alors peu apparent. Peut-être s'agit-il simplement, comme le voulait Dolbeau, d'une poussée congestive, d'une sorte de fluxion inflammatoire passagère? En tout cas, il s'agit là d'une affection aiguë, très différente de la grenouillette vraie.

(1) Voy. pour les autres tumeurs du plancher buccal, plus haut, p. 255.

(2) Voy. p. 267 et suivantes.

(3) Cette bourse séreuse serait située sur la muqueuse qui se réfléchit de la face inférieure de la pointe de la langue sur le génio-glosse; le canal de Wharton lui serait accolé. Son existence est niée par Richet, par Paulet et par Sappey.

Celle-ci présente trois variétés : La *grenouillette vulgaire* ou *sublinguale*, la *grenouillette sus-hyoïdienne* et la *grenouillette congénitale*.

#### A. — GRENOUILLETTE SUBLINGUALE

**Étiologie.** — La grenouillette sublinguale se montre surtout chez l'adulte; elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Ses causes immédiates sont assez mal connues: on a incriminé certaines professions, telles que celles de chanteur, d'avocat, etc., des causes locales (stomatites générales ou partielles, aphtes, morsures, etc.), une altération primitive de la salive, un spasme des canaux excréteurs, etc. En somme, il n'y a rien de démontré dans toutes ces causes.

**Symptômes. — Marche. — Terminaisons.** — Le début est en général insidieux, c'est par hasard ou parce qu'il éprouve une certaine gêne dans les mouvements de la langue que le malade constate l'existence de la tumeur.

Celle-ci siège sur le plancher buccal, à droite ou à gauche du frein; quelquefois elle empiète sur la ligne médiane, passant au-dessous du frein, qui détermine alors un sillon sur sa partie antérieure. Sa forme générale est arrondie, souvent un peu allongée dans le sens du maxillaire. Cette tumeur est peu mobile, elle est molle, élastique, d'un blanc rosé ou bleuâtre, transparente, recouverte d'une muqueuse simplement distendue à son niveau. Son volume est variable; souvent égal à celui d'un œuf de pigeon, il peut aller jusqu'à celui d'un œuf de poule. Après avoir fixé la région sous-maxillaire en la soutenant extérieurement, on peut facilement constater que la tumeur est fluctuante ou, tout au moins, rénitente.

Les symptômes fonctionnels sont peu marqués; les grenouillettes sont indolores, peu sensibles à la pression; leur développement est lent, aussi arrivent-elles rarement à causer des accidents sérieux. Elles peuvent cependant, par suite de leur volume ou de leur siège, gêner la phonation, la déglutition, et, chez l'enfant, rendre la succion impossible: on a exceptionnellement noté la suffocation; quelquefois il existe des douleurs plus ou moins vives, que l'on a attribuées à des distensions nerveuses, en particulier à celle du nerf lingual.

Ordinairement, lorsqu'elle a atteint un certain développement, la tumeur se crève spontanément et se vide, mais, le plus habituellement, elle ne tarde pas à se reproduire; rarement ces ruptures sont suivies de suppuration; enfin on a vu quelquefois la grenouillette sublinguale s'accompagner, à une période de son évolution, de tumeur sus-hyoïdienne.

**Anatomie pathologique.** — Le liquide contenu dans la grenouillette est de consistance variable; il est clair, limpide, incolore, filant, très albumineux, absolument analogue à du blanc d'œuf. Ce liquide diffère de la salive par la présence

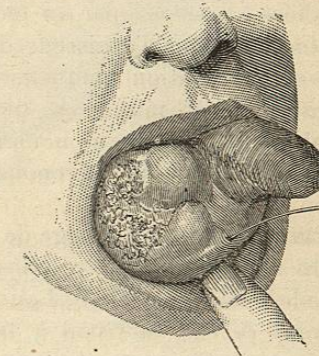


FIG. 81. — Grenouillette sublinguale. (Un stylet engagé dans le canal de Wharton montre son indépendance.)

d'une quantité notable de mucine et d'albumine, par la non-existence du ferment qui transforme l'amidon en sucre et par l'absence de sulfo-cyanure de potassium. Lorsque la tumeur est ancienne, qu'elle s'est enflammée, le liquide devient quelquefois rougeâtre, jaunâtre et même puriforme. Sa quantité est en rapport avec le volume de la tumeur.

Les parois de la poche ont une épaisseur variable; ordinairement minces, elles peuvent, dans des grenouillettes très anciennes, s'épaissir, s'indurer et même prendre une consistance cartilagineuse. La muqueuse glisse en général facilement sur le kyste, auquel elle est unie par du tissu cellulaire très lâche; la tumeur adhère, au contraire, assez intimement aux parties sous-jacentes.

Au microscope, le liquide contient des noyaux granuleux, des cellules épithéliales polymorphes, des cellules colloïdes, des globes hyalins. La paroi serait constituée, d'après Robin, par une tunique fibro-élastique doublée d'une rangée de cellules prismatiques à noyaux. Recklinghausen, dans un cas, a trouvé un épithélium stratifié, formé d'une couche de cellules cylindriques et d'une couche sous-jacente de cellules cubiques. Cet épithélium peut même être très épais et formé de plusieurs couches superposées; les profondes, cylindriques; les superficielles, arrondies, globuleuses, irrégulières, en voie de destruction incessante par dégénérescence muqueuse.

Dans l'épaisseur de la paroi existent des lobules glandulaires qui peuvent s'ouvrir dans la cavité kystique. De Gastel et Bazy<sup>(1)</sup> y ont signalé des dépressions en doigt de gant, tapissées par une couche de cellules cylindriques s'ouvrant dans le kyste, des dépressions à fond arrondi plus large que l'orifice; enfin des cavités de volume variable, tapissées par un épithélium cylindrique, dilatées et remplies de liquide, indépendantes de la cavité du kyste, « véritables grenouillettes en miniature ». Ces diverses particularités ont été récemment étudiées à nouveau par un élève de Coyne, Suzanne<sup>(2)</sup> (de Bordeaux). Celui-ci a constaté, dans l'épaisseur de la paroi, des lobules glandulaires atrophiés et en voie d'altération muqueuse, quelquefois des pseudo-cavités kystiques, remplies de matière muqueuse, dernier vestige des lobules détruits, et ses recherches l'ont conduit, ainsi que nous le verrons plus loin, à une interprétation nouvelle de la pathogénie de la grenouillette.

**Pathogénie.** — Le siège de la grenouillette et sa cause ont été très discutés.

On a abandonné l'hypothèse d'une *dilatation localisée du canal de Wharton*, qu'admettaient La Faye, Louis, etc.; l'intégrité du canal, constatée dans bon nombre de cas, suffisait à la faire rejeter. De même l'étude anatomique de la paroi suffit pour éliminer l'idée, due à Fleischmann, d'un *épanchement dans une bourse séreuse*. Aussi l'origine glandulaire de ces tumeurs, établie par Ch. Robin, défendue par P. Tillaux, est-elle aujourd'hui acceptée par tout le monde.

La discussion ne porte plus que sur le siège exact et sur le mode de formation du kyste.

Recklinghausen, Sonnenburg, Cornil et Ranvier pensent qu'il s'agit d'un kyste développé dans la glande de Blandin. Ils se fondent principalement sur ce que la paroi de la poche est couverte de fibres musculaires qui n'existent pas au

<sup>(1)</sup> DE GASTEL, in BAZY, Anatomie pathologique de la grenouillette sublinguale ou commune. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 16 février 1885, p. 755.

<sup>(2)</sup> SUZANNE, *loco citato*.

niveau du plancher buccal, sur ce fait qu'après l'extirpation, le doigt pénètre vers la pointe de la langue et va très loin de ce côté, et sur cet autre, que la grenouillette volumineuse fait saillie sous le menton dans le plan médian, tandis que la saillie serait latérale s'il s'agissait d'un kyste de la glande sublinguale. Les variations dans la situation, l'aspect et le volume de la glande de Blandin expliqueraient celles qu'on voit dans la grenouillette. Malheureusement pour cette théorie, l'observation des malades montre que la tumeur se développe au début dans la portion sublinguale du plancher de la bouche, derrière la face postérieure du maxillaire, laissant intacte la face inférieure de la langue et qu'elle se trouve immédiatement au-dessus ou au-dessous et en avant du canal de Wharton; quant au gros argument tiré de la présence de fibres musculaires dans l'épaisseur de la paroi de la grenouillette, il tombe devant la constatation, faite par Suzanne, de fibres musculaires striées, à direction antéro-postérieure, provenant du génio-glosse, dans l'épaisseur de la muqueuse du plancher de la bouche. Nous pensons donc que, tout en pouvant exceptionnellement siéger dans la glande de Blandin<sup>(1)</sup>, la grenouillette vulgaire est ordinairement développée aux dépens des glandules sublinguales.

Quant au mode de formation du kyste, on admet, en général, qu'il s'agit de

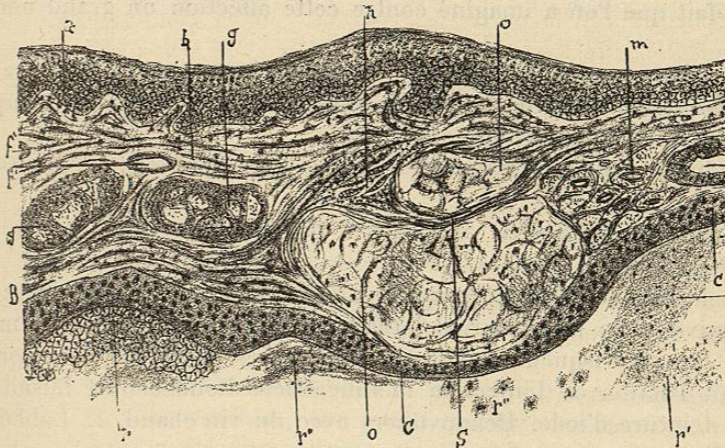


FIG. 82. — Coupe d'une grenouillette sublinguale. (Suzanne.)

A, partie antérieure de la coupe. — B, partie postérieure. — a, muqueuse buccale. — b, couche conjonctive. — c, couche embryonnaire. — e, gros conduit excréteur. — f, petit conduit excréteur. — f, f', conduits excréteurs. — g, lobules glandulaires dans lesquels beaucoup d'acini sont hypertrophiés. — m, lobules dans lesquels quelques rares acini sont encore reconnaissables malgré leur atrophie et leur déformation, la plupart des acini sont réduits à des cordons épithéliaux. — n, lobule dont tous les acini sont transformés en cordons épithéliaux. — o, o', deux pseudo-cavités kystiques remplies de matière muqueuse et contenant des noyaux et des cellules en voie d'altération muqueuse. — s, travée fibreuse qui les sépare et qui commence à devenir plus grêle. — r, r'', r''', couche épithéliale à revêtement discontinu avec ses divers aspects (cellules cubiques en prolifération, r; bandes et amas de matière muqueuse renfermant des noyaux épars, r'; noyaux libres et adhérents entourés de matière muqueuse, r'').

kystes par rétention, dus à une inflammation chronique avec sclérose du tissu conjonctif qui entoure les conduits glandulaires. Cette hypothèse, à peu près universellement acceptée il y a quelques années, commence à être battue en brèche. Les recherches anatomiques de Suzanne ont montré qu'il existait une sclérose de la glande avec atrophie, puis destruction par dégénérescence mu-

<sup>(1)</sup> L'autopsie unique de Recklinghausen semble en démontrer l'existence.

queuse des éléments glandulaires; le tissu fibreux séparant les alvéoles finirait par participer à la lésion et se transformerait progressivement en une matière hyaline et réfringente. Cette destruction de tous les éléments du lobule aboutirait à la formation d'une pseudo-cavité kystique. Des cavités semblables, formées à côté de la première, s'en rapprocheraient et se confondraient avec elle, arrivant ainsi à constituer une véritable poche kystique. Il s'agirait là, pour Suzanne, d'un processus analogue à celui de la formation des kystes ovariens<sup>(1)</sup>.

**Diagnostic.** — Le diagnostic repose sur l'étude des principaux signes physiques, sur le siège, la forme, la transparence et la fluctuation de la tumeur. On doit le faire avec les autres tumeurs kystiques de la région, avec le lipome du plancher buccal, les tumeurs érectiles, etc.<sup>(2)</sup>.

**Pronostic.** — Le pronostic est sans gravité tout au moins chez l'adulte. Bruns a cependant signalé la mort pendant un accès de suffocation et Diemerbrœck l'asphyxie par rupture du kyste et chute du liquide dans les voies aériennes. Enfin il ne faut pas oublier la fréquence des récidives.

**Traitement.** — La fréquence de la récurrence, après l'opération de la grenouillette, fait que l'on a imaginé contre cette affection un grand nombre de procédés.

L'incision, la ponction simple avec le bistouri ou avec le cautère actuel, l'introduction de tentes ou de bougies, le séton, le bouton à demeure (Dupuytren) sont des traitements aujourd'hui abandonnés.

On n'a plus guère recours qu'aux injections modificatrices, à l'extirpation ou à l'excision :

1° *Injections modificatrices.* — Celles-ci peuvent être faites après ou sans évacuation du kyste.

A. Dans le premier cas, après avoir vidé la poche, on y fait quelques injections détersives avec une solution faiblement antiseptique tiède, de manière à enlever le liquide visqueux qui peut rester après la simple ponction et qui empêcherait l'action de l'injection modificatrice. Bouchacourt faisait celle-ci avec de la teinture d'iode, Denonvilliers avec du vin chaud, L. Labbé avec de l'eau alcoolisée.

B. Lorsqu'on ne fait pas l'évacuation préalable du kyste, il faut avoir recours à des liquides modificateurs énergiques; Panas a préconisé le chlorure de zinc en solution concentrée; Th. Anger, le chlorure de zinc en déliquium. Dans ce dernier cas, on injecte une ou deux gouttes de la solution seulement, sans quoi on s'expose à des douleurs et à une réaction inflammatoire intense et inutile pour obtenir la guérison. Dans le cas de distension exagérée, Le Dentu conseille d'aspirer tout d'abord une ou deux seringues de Pravaz du contenu.

2° *Extirpation.* — L'extirpation, déjà conseillée par Celse, Albucasis, reprise par Malgaigne, est un procédé qui met à peu près sûrement à l'abri de la récurrence. Après excision de la partie saillante, on saisit la partie profonde avec

<sup>(1)</sup> Nous signalerons l'analogie grande qui existe entre ces données anatomo-pathologiques sur la grenouillette et celles que fournit l'étude de l'épithéliome kystique du pancréas (voy. HARTMANN, Note sur l'épithéliome kystique du pancréas. *Congrès français de chirurgie* 1891, p. 619). — On n'a toutefois jamais, à notre connaissance, observé la transformation franchement épithéliale, non plus que la généralisation de la grenouillette.

<sup>(2)</sup> Voy. plus haut, p. 255, les caractères de ces diverses tumeurs.

des pinces et on l'extirpe en combinant les tractions avec la dissection au bistouri ou aux ciseaux. Ce procédé, abandonné à cause des douleurs qu'il détermine et des hémorragies qu'il cause quelquefois, mériterait peut-être de rentrer en faveur aujourd'hui qu'on possède la cocaïne et les pinces à pression.

3° *Excision partielle.* — L'excision partielle est le procédé le plus communément employé; seule elle est toutefois insuffisante. Aussi l'a-t-on combinée soit à une sorte d'autoplastie, maintenant le kyste béant, soit à des cautérisations de la portion restante de la poche.

A. Dans le premier cas, on dissèque, sur la face antérieure de la tumeur, la muqueuse buccale, en faisant une incision transversale qui ne divise que celle-ci. Avec des ciseaux courbes on excise les lambeaux disséqués; puis, fendant le kyste en travers, on le vide de son contenu et l'on suture les deux lèvres de son incision aux portions correspondantes de la muqueuse buccale. C'est la *batracosoplastie* de Jobert.

B. Dans le deuxième procédé, le plus communément employé, on excise, en la soulevant, la partie saillante de la tumeur, on cautérise fortement le fond du kyste avec le crayon de nitrate d'argent et l'on tamponne à la gaze iodoformée. Il faut avoir soin de maintenir le tamponnement pendant quelques jours pour empêcher les bords de s'accoler.

#### B. — GRENOUILLETTE SUS-HYOÏDIENNE

La grenouillette sus-hyoïdienne n'est étudiée que depuis un petit nombre d'années.

On trouve bien dans Louis, Boyer, Dupuytren, Jobert, des observations de grenouillette sus-hyoïdienne; mais à part celle de Louis, toutes ces observations sont trop succinctes pour établir autre chose que ce fait: qu'il existe des grenouillettes sublinguales se développant suffisamment pour apparaître au-dessous des mâchoires.

La grenouillette sus-hyoïdienne est pour la première fois nettement indiquée par les auteurs du *Compendium*; son siège, immédiatement au-dessous de l'aponévrose cervicale, a été bien précisé par Giraldès<sup>(1)</sup>; à une époque plus rapprochée de nous, elle a donné naissance à des travaux nombreux, parmi lesquels nous citerons la thèse de Cadiot et le mémoire de Delens.

**Étiologie.** — La grenouillette sus-hyoïdienne se montre ordinairement pendant la période moyenne de la vie, de vingt-quatre à quarante-sept ans; on l'observe dans les deux sexes avec la même fréquence.

Ses causes déterminantes sont mal connues et échappent le plus souvent; on a signalé l'existence antérieure d'une grenouillette sublinguale, l'introduction d'une barbe d'épi de blé au-dessous de la langue, un érysipèle de la face<sup>(2)</sup>, etc.

**Symptômes.** — Le début est variable, le plus souvent une grenouillette sublinguale précède nettement l'apparition de la tumeur sus-hyoïdienne;

<sup>(1)</sup> GIRALDÈS, Réponse à un rapport de FORGET: De la coexistence de la grenouillette sublinguale et d'un kyste sus-hyoïdien. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1870, 2<sup>e</sup> série, t. XI, p. 299.