

doute toujours d'origine congénitale. Ainsi dans un cas opéré par nous dernièrement chez un garçon, la tumeur du volume d'un œuf d'oie avait déjà exercé une influence fâcheuse sur l'accroissement du maxillaire; elle contenait une bouillie athéromateuse et de fins cheveux. De même on ne peut nier la nature congénitale du kyste décrit il y a peu de temps par GUTERBOCK, kyste qui était situé latéralement et adhérait à l'une des cornes de l'os hyoïde.

Bien plus souvent on rencontre dans la région sublinguale des kystes à contenu transparent, plus ou moins muqueux, et l'on doit admettre que les petits kystes arrondis siégeant directement au-dessous du point de réflexion de la muqueuse buccale proviennent des glandes muqueuses de cette région.

Par contre c'est à une autre origine qu'il faut rapporter certaines tumeurs liquides situées le plus souvent sur l'un des côtés du frein de la langue, et connues depuis fort longtemps sous le nom de **grenouillette**.

Ces tumeurs peuvent s'accroître peu à peu jusqu'à atteindre le volume d'un œuf; elles remplissent l'espace situé sous la pointe de la langue entre le frein et la région mentonnière du maxillaire inférieur, et refoulent alors la langue de bas en haut. Le plus souvent elles siègent latéralement et le frein forme leur limite du côté de la ligne médiane. Mais lorsqu'elles prennent un développement plus considérable, elles pénètrent également sous la muqueuse du côté opposé, et le frein les divise en deux moitiés d'inégale grandeur. Dans les cas où les parois du kyste sont fortement tendues, on aperçoit son contenu à travers la muqueuse très amincie; la surface de la tumeur offre alors l'aspect d'une vessie remplie d'eau et une coloration bleuâtre. En continuant de se développer le kyste pénètre dans les interstices musculaires de la région sous-linguale et apparaît au cou sous la forme d'une tumeur plus ou moins volumineuse.

Les inconvénients causés par ce genre de kyste consistent dans des troubles de la déglutition et de la parole; toutefois ces troubles ne sont très prononcés que dans les cas de grenouillette très volumineuse.

Les recherches sur la structure histologique des parois du kyste n'ont pas donné tous les résultats désirés. Ces parois paraissent être toujours très minces et dans la plupart des cas elles sont soudées intimement aux parties molles environnantes; aussi ne réussit-on que rarement à pratiquer une excision rapide du sac. Le contenu consiste le plus souvent en un mucus visqueux.

La grenouillette peut être congénitale ou acquise. Les opinions sont très partagées au sujet de sa pathogénie. Tandis qu'autrefois on admettait que, dans une partie des cas au moins, il s'agissait de kystes de nouvelle formation, on a fait dans ces derniers temps jouer un rôle étiologique essentiel aux glandes sous-maxillaires et sublinguales. On a surtout insisté sur le dé-

veloppement des kystes par *obstruction suivie de la dilatation de l'un ou l'autre conduit excréteur*, et particulièrement du canal de Wharton. Cependant il n'est pas absolument prouvé qu'il s'agisse réellement de kystes par rétention dus à l'obstruction de conduits glandulaires; en effet, bien que le contenu muqueux du kyste ressemble beaucoup au liquide sécrété par la glande sous-maxillaire (GURLT (l'ancien), CL. BERNARD), on n'a pas encore découvert de ptyaline ni de sulfocyanure de potassium dans le liquide de la grenouillette; toutefois ce fait n'a pas une bien grande importance à cause précisément des difficultés que l'on rencontre, en général, dans la constatation de ces substances. Par contre, dans d'autres cas, on a pu s'assurer que la grenouillette n'était pas due à une ectasie d'un conduit glandulaire, car l'on voyait la salive s'écouler librement par les orifices des conduits d'excrétion, et que ces derniers laissaient passer un fin stylet (CL. BERNARD, O. WEBER). Les causes de cette affection ne sont donc pas aussi simples que se le figurait PAULI; cet auteur, en effet, avait établi une distinction entre la *ptialectasie*, ou stade dans lequel la salive se trouve encore contenue dans le conduit dilaté, et la *ptyalocèle* due à la rupture du conduit et à l'épanchement de la salive du côté du cou, entre les muscles de la région sous-linguale. VIRCHOW fait remarquer avec raison que l'on ne voit pas bien pourquoi la salive répandue dans les interstices des tissus ne disparaît pas aussitôt par résorption. Néanmoins il est hors de doute que les glandes salivaires peuvent être l'origine de la grenouillette. Cette assertion est d'autant plus fondée que l'on a constaté l'existence de kystes analogues dans la parotide et le pancréas (VIRCHOW).

On a cru pendant un certain temps que la question de l'étiologie de ces kystes pouvait être résolue d'une façon encore plus simple. Pour FLEISCHMANN la grenouillette ne serait autre qu'un hygroma développé dans une bourse séreuse du génio-glosse. Malheureusement l'existence de cette bourse séreuse n'a pas pu être toujours constatée. Mais si cette bourse séreuse, comme beaucoup d'autres, n'est point constante, cela ne veut pas dire qu'elle fasse toujours défaut, et l'on peut, par conséquent, parfaitement admettre qu'elle soit parfois le point de départ d'un hygroma.

Pour un certain nombre de faits congénitaux il faut évidemment accepter l'opinion de ROSER, d'après laquelle l'hygroma sublingual aurait une origine analogue à celle des kystes du cou provenant des fentes branchiales.

Dernièrement NEUMANN a attiré l'attention des chirurgiens sur un autre mode d'origine des kystes sublinguaux. Ayant découvert des cellules épithéliales à cils vibratiles sur la face interne d'un fragment de paroi kystique, il cherche à établir la probabilité du développement de ce kyste aux dépens d'un système de tubes en relation avec le trou borgne. ROCHDALEK a, en effet, démontré que souvent ce dernier ne se termine pas en cul-de-sac, mais se prolonge sous forme d'un conduit dirigé directement d'avant en arrière vers le ligament glosso-épiglottique médian. Le bout postérieur de ce conduit, qui possède de nombreuses glandes muqueuses, envoie plusieurs branches latérales dirigées d'arrière en avant et de haut en bas vers le plancher de la bouche, branches dans lesquelles viennent s'ouvrir un grand nombre de tubes semblables à ceux des glandes et tapissés de cellules épithéliales à cils vibratiles; ces tubes se trouvent contenus dans la partie postérieure du muscle génio-glosse.

Dans les recherches ultérieures on devra chercher à s'assurer si la paroi du

kyste possède réellement un revêtement de cellules épithéliales à cils vibratiles. Nous avons, du reste, déjà mentionné plus haut le fait que des dispositions anormales du trou borgne peuvent donner lieu à la formation de kystes.

Il y a quelques années V. RECKLINGHAUSEN, se basant sur des recherches anatomiques et sur une revue critique des cas publiés jusqu'alors, émit l'opinion que la tumeur sous-linguale typique, désignée sous le nom de grenouillette, provenait de la glande de BLANDIN-NUHN. Il appuie sa manière de voir sur la forme et le mode d'accroissement de la tumeur, ainsi que sur son contenu muqueux particulier. Ce qui parle également en faveur de cette hypothèse, c'est la perméabilité bien constatée des conduits excréteurs des glandes salivaires, la situation anatomique de la tumeur sur les côtés du frein et dans la substance même de la langue, enfin l'existence d'une paroi kystique indépendante, tapissée d'épithélium à l'intérieur. Dans nombre de cas, et particulièrement dans la grenouillette appelée multiloculaire, on trouve encore dans les parois du kyste des restes de substance glandulaire.

La glande de BLANDIN-NUHN est un organe à sécrétion muqueuse, situé dans l'intérieur de la langue, près de la pointe de cette dernière. La forme et la situation de cette glande sont du reste très variables. Tantôt on observe des glandes paires, tantôt seulement des amas disséminés de substance glandulaire; enfin dans d'autres cas la glande fait entièrement défaut. Le plus souvent elle est située dans la substance linguale près du point de réflexion du frein sur la langue. Ici comme ailleurs, le point de départ du kyste est une inflammation ayant pour conséquence l'oblitération des conduits excréteurs. Le liquide de sécrétion s'accumule alors dans l'intérieur de la glande et le tissu environnant contribue à la formation de la paroi du sac dont la surface interne se recouvre d'une couche de cellules épithéliales. Le kyste s'accroît en partie dans l'épaisseur de la pointe de la langue, mais la plus grande part s'étend à côté du frein, dans le plancher buccal. Mais dans tous les cas, grâce à ce mode de développement, une portion de la tumeur se trouve située dans l'intérieur de la substance même de la langue.

L'explication fournie par RECKLINGHAUSEN sur la pathogénie de la plupart des cas de grenouillette typique a été acceptée dernièrement par SONNENBURG à la suite d'observations personnelles. C'est elle qui nous rend compte le plus simplement du mode du développement de la petite tumeur. L'avenir nous apprendra si la glande de BLANDIN-NUHN est le seul point de départ des kystes appelés grenouillettes.

§ 159. — Le traitement consistera, autant que possible, dans l'extirpation du kyste, soit par la voie buccale, soit par la région sus-hyoïdienne lorsque la tumeur fait saillie sous le menton. Les athéromes et les kystes dermoïdes ont des parois si épaisses que l'opération est possible; mais il n'en est pas de même des véritables grenouillettes, qui ont parfois des

parois très minces; l'extirpation peut alors présenter des difficultés. Néanmoins, même dans ces conditions, on doit selon nous tenter d'abord l'extirpation. Nous avons acquis la conviction que chez des individus raisonnables on peut, sans l'aide du chloroforme, pratiquer par la voie buccale l'énucléation de kystes à parois très minces. Il faut chercher alors à conserver intacte la paroi du sac; aussi l'incision de la muqueuse qui le recouvre exige-t-elle de grandes précautions; ce premier temps de l'opération est suivi de l'énucléation de la tumeur à l'aide des ciseaux de Cooper fermés. Dans un cas où la paroi du kyste s'était déchirée dans le cours de l'opération, nous sommes parvenu cependant à l'extirper entièrement. MICHEL (*Gaz. hebdomadaire*, 1877) se basant sur sa propre expérience, conseille aussi l'extirpation de la tumeur et insiste sur l'incertitude des autres méthodes opératoires. Mais lorsque l'extirpation a échoué, nous sommes d'avis d'avoir recours à d'autres procédés, bien que ces derniers, comme ROSER le fait remarquer avec raison selon nous, offrent tous l'inconvénient d'être d'une efficacité douteuse.

On cherchera d'abord, après l'évacuation du kyste, à obtenir l'oblitération de la poche en faisant une large excision de sa paroi antérieure. Après avoir incisé le kyste on en retranche une portion de la paroi à l'aide de ciseaux. Puis si l'on veut empêcher l'ouverture de se fermer rapidement, on réunit par quelques sutures les parois du kyste à la muqueuse buccale (JOBERT), et à l'aide d'un stylet on détruit chaque jour les adhérences qui auraient pu se produire à l'intérieur de la poche, de façon à obtenir peu à peu la rétraction cicatricielle de la partie qui n'a pu être enlevée. Ce procédé a été conseillé encore dernièrement par BILLROTH, qui a obtenu ainsi un certain nombre de guérisons.

L'injection iodée peut également donner de bons résultats, mais a parfois l'inconvénient, ainsi que j'ai observé dans un cas, de produire un gonflement considérable de la région comprise entre la langue et l'os hyoïde, et d'entraîner ainsi des phénomènes d'asphyxie. Le procédé de PAULI n'offre sans doute aucun avantage sérieux sur l'incision simple ou l'injection iodée; il consiste à introduire dans la paroi du kyste un anneau creux semblable à une boucle d'oreilles, et à pratiquer de temps en temps par l'intermédiaire de cet anneau des injections iodées dans la cavité kystique. En tous cas l'injection iodée n'est rien moins qu'un procédé sûr. Lorsque la tumeur fait saillie sous le menton, le mode de traitement qui offre peut-être le plus de garanties de succès, est celui qui consiste à passer à travers le kyste un tube en caoutchouc remplaçant avantageusement l'ancien séton (STROMEYER).

#### Tumeurs vasculaires. Tumeurs appartenant au groupe du tissu conjonctif

§ 160. — Les tumeurs vasculaires, soit congénitales, soit sous la forme de petits anévrysmes, ne sont pas très rares à la langue. L'an-