

ARTICLE II

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DE LA RÉGION SUS-HYOÏDIENNE

1° Inflammations.

La plupart des phlegmasies de la région sus-hyoïdienne ont leur siège ou au moins leur point de départ dans les ganglions, et ce n'est que par exception qu'on observe des abcès phlegmoneux simples, non symptomatiques et succédant à un traumatisme direct, ou des abcès se développant dans la glande sous-maxillaire. Ces derniers ont été récemment étudiés par Crouzel (1). Ils résultent habituellement de la présence de calculs ou de corps étrangers dans le canal de Wharton et la glande. Nous aurons à y revenir dans le paragraphe suivant. Cependant l'inflammation de la glande sous-maxillaire a quelquefois été observée au même titre que la parotidite, chez des sujets avancés en âge et atteints de maladies graves.

Indépendamment des causes constitutionnelles, qui président au développement des adénites cervicales en général et sur lesquelles nous n'avons pas à revenir, l'abondance des ganglions lymphatiques de la région sus-hyoïdienne, les origines multiples des vaisseaux qui se rendent à ces ganglions, suffisent à expliquer la fréquence si grande des adénites sous-maxillaires symptomatiques d'une affection de voisinage (lésions de la peau du visage, de la muqueuse buccale et gingivale, carie dentaire, ostéo-périostite du maxillaire inférieur).

Les adénites et les adénophlegmons qui en dérivent sont *superficiels* ou *profonds*.

Superficiels, ils n'ont que peu de tendance à gagner en profondeur et à fuser au loin le long des gaines du cou; pour les abcès profonds au contraire, on observe assez fréquemment des complications résultant de fusées purulentes le long de la trachée ou des gros vaisseaux. Malassez et Lucas-Championnière (2) ont rapporté deux observations d'abcès de la région sus-hyoïdienne, ayant fusé jusque dans la poitrine, en suivant la gaine des vaisseaux.

Dans d'autres cas de phlegmons profonds, le gonflement se manifeste principalement du côté du plancher de la bouche et repousse la langue en haut et en arrière, Le docteur Dumonteil-Grampré (3) a décrit sous le nom d'*abcès sous-lingual* cette forme de phlegmasie sus-hyoïdienne qui s'accompagne de troubles considérables de la déglutition, de la

(1) *De l'inflammation suppurée de la glande sous-maxillaire*. Thèse de Paris, 1874.

(2) *Gaz. des hôpitaux*, 1869, n° 74.

(3) *De l'abcès sous-lingual*. Thèse de Paris, 1875.

phonation et de la respiration, et qui peut même déterminer la mort par suffocation. En général, dans ces cas graves, l'inflammation gagne la base de la langue et l'ouverture supérieure du larynx, d'où résultent des accidents d'œdème glottique, et il est exceptionnel que ce danger soit conjuré par l'ouverture spontanée de la tumeur du côté de la peau ou du côté de la muqueuse buccale, quand on a trop tardé à donner issue à la collection purulente. Réciproquement des abcès rétropharyngiens méconnus ont pu venir fuser sous le maxillaire inférieur.

Une autre complication redoutable a été signalée dans bon nombre d'observations d'abcès sus-hyoïdiens. Nous voulons parler de l'ulcération des vaisseaux, soit veineux, soit artériels. C'est là un accident auquel semblent particulièrement exposés les enfants qui contractent des adénophlegmons à la suite de maladies aiguës et surtout à la suite de la scarlatine, mais on a vu aussi des faits d'hémorragie grave, survenant chez des adultes, et dans des cas d'abcès froids. L'ouverture du vaisseau peut se produire au moment même où a été pratiquée l'incision de l'abcès et sans qu'il soit possible d'en accuser le chirurgien. Mais, dans d'autres circonstances, et c'est ainsi que les choses se passent le plus souvent, l'hémorragie n'apparaît que plusieurs jours ou plusieurs semaines après l'évacuation du foyer purulent. Dolbeau a rapporté à la Société de chirurgie (1) l'histoire d'une jeune fille chez laquelle des hémorragies successives, dues à la perforation de l'artère linguale par un adéno-phlegmon sous-maxillaire, ne purent être arrêtées que par la ligature de la carotide externe.

Quant aux hémorragies résultant de l'ulcération des veines jugulaires, elles ont toujours été mortelles, et en cas pareil, il faudrait immédiatement pratiquer une double ligature au-dessus et au-dessous de la plaie vasculaire, sans chercher à exercer une compression qui toujours a été insuffisante.

En l'absence de ces complications si graves, qui fort heureusement sont exceptionnelles, les adénophlegmons de la région sus-hyoïdienne n'en restent pas moins assez souvent une affection gênante par le trouble qu'ils apportent au fonctionnement du maxillaire inférieur et par suite à la mastication, à la déglutition et à la phonation, notamment dans les cas décrits par Chassaignac, sous le nom de phlegmon *sous-angulo-maxillaire*. Dans ces cas l'affection siège au niveau de l'angle du maxillaire et résulte le plus souvent de l'éruption difficile d'une dent de sagesse.

Les abcès sus-hyoïdiens même profonds s'ouvrent habituellement, ou sont ouverts du côté de la peau; d'autres fois l'ouverture se fait sur le plancher de la bouche, ou même à la base de la langue, entre cet organe et la base de l'épiglotte; alors le malade crache du pus pendant quelques jours, et peut éviter une cicatrice sous la mâchoire.

(1) *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1864, p. 180.

Dans deux cas d'ouverture spontanée du côté de la cavité buccale qu'il m'a été donné d'observer récemment, j'ai dû pratiquer ultérieurement une contre-ouverture à la peau, le foyer se vidant mal et tendant de jour en jour à se frayer une voie du côté des téguments.

TRAITEMENT. — Les inflammations sus-hyoïdiennes chroniques ne présentent aucune indication spéciale qui n'ait été étudiée plus haut. Quant aux adénites aiguës et aux adéno-phlegmons, on cherchera par les moyens ordinaires (sangsues, vésicatoires, etc.) à prévenir la formation du pus. Dans cette région, il est prudent de ne pas employer les onctions mercurielles qui, en déterminant de la salivation et une stomatite, pourraient aggraver les accidents inflammatoires.

Dès qu'on a renoncé à l'espoir d'obtenir la résolution, et que le pus tend à se collecter, il ne faut pas tarder, surtout pour les abcès profonds, à les ouvrir par une incision ou une simple ponction verticalement dirigée. Chassaignac a retiré de bons effets de l'emploi du drainage dans les phlegmons un peu étendus.

Enfin, s'il survenait une des complications que nous avons mentionnées, on pourrait être conduit, en cas d'asphyxie imminente, à pratiquer la trachéotomie, ou à employer contre une hémorrhagie un des moyens hémostatiques déjà signalés.

2° Tumeurs.

On peut diviser les tumeurs de la région sus-hyoïdienne en deux groupes : A. Les tumeurs qui dépendent des organes salivaires ; B. celles qui en sont indépendantes.

A. Tumeurs dépendant des organes salivaires.

A ce groupe appartiennent : a. les corps étrangers ; b. les calculs de la glande sous-maxillaire et de son conduit ; c. la majeure partie des tumeurs désignées sous le nom de *grenouillettes* ; d. enfin les *pseudoplasmes* des glandes sous-maxillaires et sublinguales.

a. Corps étrangers du canal de Wharton.

L'introduction de corps étrangers dans ce conduit est un fait extrêmement rare, chez l'homme du moins, ce qui s'explique, d'une part, par la petitesse de l'orifice du canal de Wharton et sa situation sur un repli mobile de la muqueuse, de l'autre par le genre habituel de nourriture propre à l'homme. On observe au contraire assez souvent les accidents consécutifs à l'entrée de petits corps étrangers dans les voies salivaires, chez certains animaux domestiques, et notamment chez les ruminants et les solipèdes, qui se nourrissent de fourrage et d'avoine.

L'histoire des corps étrangers du canal de Wharton se réduisait à

deux ou trois observations consignées dans les journaux de médecine, lorsque tout récemment le docteur Claudot (1) publia sur ce sujet un travail complet, et ajouta aux faits déjà connus celui d'un soldat qui eut une sorte de grenouillette salivaire suppurée, consécutive à l'introduction d'un épillet de graminée dans le conduit excréteur de la glande sous-maxillaire. Les autres corps étrangers mentionnés dans les observations sont : une arête de poisson et une soie de sanglier.

Dans ces divers cas, les accidents consécutifs ont débuté brusquement peu d'heures après l'introduction du corps étranger. La région sous-maxillaire, d'abord simplement douloureuse, ne tarde pas à devenir le siège d'un gonflement inflammatoire qui occupe le plancher de la bouche et s'accompagne bientôt d'un écoulement muco-purulent par l'orifice du canal de Wharton, lequel se dilate en arrière de l'obstacle.

Le pus trouvant d'ailleurs une issue suffisante, la tumeur n'a guère de tendance à s'ulcérer et à laisser échapper le corps étranger, comme cela a lieu dans les abcès non canaliculaires. Cette terminaison est cependant signalée dans une observation de Robert. Lorsque cette expulsion ne se fait pas d'une façon ou de l'autre, la maladie persiste, mais change de caractère. Les symptômes aigus, après s'être calmés peu à peu, reparaissent de loin en loin et les choses se comportent comme dans la grenouillette calculeuse. C'est qu'en effet, le corps étranger se recouvre bientôt de sels calcaires et devient le noyau d'une véritable pierre. Nous aurons à revenir sur la marche des accidents en parlant des calculs salivaires.

Le diagnostic est assez délicat. L'apparition brusque d'une tumeur sous-maxillaire, qui s'accompagne d'un gonflement inflammatoire sur le trajet du canal de Wharton, et d'un écoulement purulent par l'*ostium umbilicale*, doit faire songer à l'introduction possible d'un corps étranger dans le canal excréteur de la glande sous-maxillaire ; mais il n'y aura de certitude qu'autant qu'on aura pu constater directement, par le cathétérisme du conduit, la présence dans son intérieur d'un corps étranger venu du dehors.

Si les émollients ou les antiphlogistiques localement appliqués ne suffisent pas à prévenir la suppuration, il est indiqué d'inciser par le plancher de la bouche ; la pointe du bistouri pourra venir heurter le corps étranger, qu'on extraira en agrandissant, si besoin est, l'ouverture déjà pratiquée. On évitera de la sorte la production d'un calcul, et les accidents inflammatoires, d'ordinaire fort rebelles, qui accompagnent les pierres salivaires.

b. Calculs de la glande sous-maxillaire, de son conduit et des glandes sublinguales.

Ambroise Paré, le premier, a signalé l'existence de pierres sous la

(1) *Essai sur les corps étrangers du conduit de Wharton et leurs rapports avec la grenouillette*, par le docteur Maurice Claudot (*Archives de médecine*, juillet et août 1874).

langue. Mais leur siège exact n'a pu être déterminé qu'au XVIII^e siècle, époque à laquelle les découvertes anatomiques de Wharton, de Rivinus, de Bartholin, commencèrent à se vulgariser, et l'on vit les noms un peu vagues de *ranule pétrifiée*, *Pierre de la langue*, être remplacés par celui de calculs des conduits salivaires. Les mêmes auteurs qui, après Munnicks, considéraient à tort la grenouillette comme étant toujours une dilatation du canal de Wharton par de la salive accumulée, disaient que cette salive était liquide pour former la ranule, et concrète pour constituer les calculs. Ce ne fut guère qu'à partir des travaux de Malgaigne, qu'on sépara nettement l'histoire de la lithiase salivaire de celle des grenouillettes, alors qu'il fut généralement admis que les tumeurs liquides du plancher de la bouche sont le plus souvent indépendantes du canal de Wharton, tandis que les calculs siègent le plus habituellement dans ce conduit.

CLOSMADÉUC, *Recherches historiques sur les calculs des canaux salivaires*, thèse de Paris, 1855. — JARJAVAY, *Calcul salivaire*. Rapport de FORCET (*Mémoire de la Soc. de chirurgie*, t. III, p. 499).

ÉTIOLOGIE. — Sauf pour les cas extrêmement rares où un corps étranger est devenu le noyau d'un calcul, les conditions qui président à la formation des pierres salivaires sont mal connues. En effet, la salive renferme normalement peu de sels calcaires, et à défaut d'une altération de ce liquide, altération qui reste à démontrer, on a indiqué comme cause de la lithiase, sans plus de preuves à l'appui, un rétrécissement du conduit de Wharton ou de son orifice. Dans ses nombreuses recherches, Closmadeuc n'a jamais vu que les calculs se fussent développés chez des malades âgés de moins de 20 ans. En outre, sur un total de 81 observations, il y avait 69 hommes et 19 femmes seulement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La plupart du temps, les calculs siègent dans le canal de Wharton, à une distance variable de son orifice. Exceptionnellement ils occupent la glande sous-maxillaire ou la glande sublinguale. Toujours est-il que les pierres salivaires s'observent beaucoup plus fréquemment dans l'appareil glandulaire du plancher de la bouche, que dans la parotide et le canal de Sténon. Il peut arriver qu'on les trouve non dans le canal excréteur, mais dans son voisinage. C'est ce qui a lieu, lorsqu'ils ont ulcéré les parois du conduit qui les contenait primitivement et qu'ils se sont logés dans le tissu cellulaire de la région. Les calculs salivaires sont ordinairement uniques; Jarjavay en a vu cependant deux, Drelincourt 7, Ribes 10 sur le même sujet. C'est alors une véritable diathèse calculeuse, une lithiase salivaire.

Le volume de ces pierres, ordinairement minime, peut atteindre les dimensions d'un pois, d'une olive ou plus encore; leur poids est de quelques grammes, et leur forme est celle d'un ovale allongé, à grosse extrémité tournée vers la glande. J'ai extrait dernièrement du canal de

Wharton, un calcul long de 2 centimètres, en forme de cylindre légèrement aplati et recourbé, à extrémités effilées, représentant en un mot la forme et les dimensions du conduit (fig. 14).

La surface en est irrégulière et fréquemment on y constate la présence d'une ou plusieurs gouttières (fig. 15), qui permettaient à la salive de



FIG. 14. — Calcul du canal de Wharton.



FIG. 15. — Calcul salivaire creusé d'une rigole.

s'écouler. Par la pression, il est facile de s'assurer que la consistance de ces calculs est assez ferme; leur coloration d'un blanc jaunâtre, rarement plus foncée, s'explique par leur composition. Ils sont, en effet, formés en majeure partie de sels calcaires, phosphates et carbonates, avec une proportion variable de matières organiques (25 p. 100, d'après Pelouze, un peu plus de 7 pour 100 d'après J. Regnaud), et ces sels sont disposés en couches concentriques, bien visibles sur une coupe.

A ces caractères des calculs en eux-mêmes, il est bon d'ajouter quelques détails sur l'état des parties avoisinantes. La muqueuse du canal de Wharton est enflammée, ses parois sont épaissies, mais il est exceptionnel qu'il y ait une ectasie notable de ce conduit, suffisante pour permettre de dire qu'on est en présence d'une vraie grenouillette salivaire. C'est du moins la conclusion à laquelle est arrivé Closmadeuc, qui a analysé à ce point de vue plus de 100 observations. Il faut admettre cependant que souvent il y a en arrière du calcul une quantité variable de salive, plus ou moins mélangée à du pus.

Les lésions concomitantes peuvent ne pas être bornées au conduit de Wharton. On a vu la glande sous-maxillaire enflammée chroniquement.

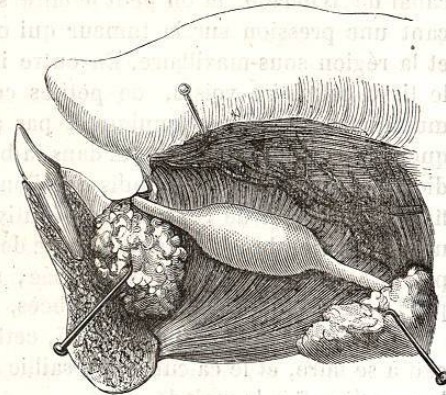


FIG. 16. — Calcul contenu dans le canal de Wharton (Closmadeuc).

Dans un cas même, observé par mon collègue et ami Terrier (1), elle était si fortement indurée, que l'on dut en pratiquer l'ablation.

SYMPTOMATOLOGIE. — La présence du calcul peut se révéler seulement par une tuméfaction dure, plus ou moins appréciable et située au-dessous de la langue. Les troubles fonctionnels manquent ou sont peu marqués et il est facile de s'assurer par la palpation qu'une concrétion calcaire s'est formée dans l'épaisseur du plancher de la bouche. Pour compléter l'examen, on introduira un stylet fin dans le canal de Wharton, et si l'instrument vient choquer le calcul, on ne conservera plus aucun doute sur son existence et sa situation.

Mais il arrive plus fréquemment que le chirurgien est consulté lorsqu'une série de symptômes inflammatoires, aigus ou subaigus, sont venus compliquer l'affection primitive. Ces accidents s'annoncent par des accès douloureux qui ont été désignés sous le nom de *coliques salivaires*, d'après une analogie un peu forcée avec les coliques hépatiques ou néphrétiques. En même temps la parole et la déglutition sont gênées, et l'on trouve le plancher buccal tendu et douloureux, de même que la région qui répond à la glande sous-maxillaire.

L'apparition ou l'aggravation de ces symptômes aigus coïncide assez souvent avec le moment des repas où s'exagèrent les phénomènes congestifs et sécrétoires des organes salivaires. Quoique le cours de la salive ne soit généralement pas intercepté d'une façon absolue, ce liquide mélangé à une quantité variable de pus, tend à s'accumuler dans le canal de Wharton, et on peut le faire s'écouler par l'ostiolum en exerçant une pression sur la tumeur qui occupe le plancher de la bouche et la région sous-maxillaire. En outre il se développe quelquefois dans le tissu cellulaire voisin, de petites collections purulentes, qui communiquent ou ne communiquent pas avec le conduit; il est très-rare que ces abcès une fois ouverts dans la bouche ou à la région sus-hyoïdienne restent fistuleux, tandis que l'on observe assez fréquemment des fistules du canal de Sténon, consécutives à des calculs salivaires. Dans un certain nombre de faits, à la suite de ces poussées inflammatoires, la pierre a été spontanément expulsée, soit par l'orifice du canal, soit par l'ouverture accidentelle d'un abcès.

Dans un cas représenté figure 17, cette expulsion spontanée commençait à se faire, et le calcul faisait saillie à l'extérieur, lorsque je vis pour la première fois le malade.

La durée de la maladie, avec ses alternatives de calme et d'exacerbation, peut être fort longue et comprendre un grand nombre d'années, si aucune intervention chirurgicale ne vient l'abrèger.

DIAGNOSTIC. — Facile lorsqu'il suffit de porter l'indicateur dans la bouche pour y percevoir une saillie dure et rugueuse, et, à plus forte raison, lorsque le calcul fait saillie à l'extérieur, le diagnostic devient plus douteux quand une tuméfaction inflammatoire concomitante dé-

(1) *Union médicale*, 27 juin 1874.

robe le calcul aux explorations directes. Il s'agit alors de déterminer 1° si les phénomènes qu'on observe et qui rentrent dans la classe des *grenouillettes aiguës*, ont ou n'ont pas leur point de départ dans les organes salivaires; 2° s'ils reconnaissent ou non pour cause la présence d'une concrétion pierreuse.

Pour résoudre la première question, on comprimera la tumeur, et si l'on voit sourdre du pus ou un liquide louche par l'*ostium umbilicale*, il devient évident qu'on a réellement affaire à une affection des organes salivaires ou tout au moins de la glande sous-maxillaire et de son conduit; dans ce cas la glande elle-même fait d'ordinaire une saillie à la région sus-hyoïdienne.

S'agit-il au contraire d'un simple phlegmon du plancher de la bouche, la pression sur le trajet du conduit de Wharton n'amènera aucun écoulement par son orifice et on ne verra pas de tumeur limitée au niveau de la glande sous-maxillaire. En outre, en déposant une substance sapide, telle que du sel, sur le plancher buccal, on constatera que la salive sort également limpide par les deux ouvertures des conduits de Wharton.

La constatation de ces divers symptômes négatifs permettra d'éliminer presque à coup sûr l'hypothèse de calculs, tant sont exceptionnelles, comme nous l'avons dit, les concrétions salivaires en dehors de la glande sous-maxillaire et de son canal excréteur.

Après avoir reconnu que les accidents observés ont bien leur point de départ et leur siège dans les voies salivaires, il faut, pour établir qu'ils sont dus à la lithiase, pratiquer le cathétérisme du canal de Wharton et voir si le stylet de Mejean, introduit dans ce conduit, trouve celui-ci libre ou obstrué plus ou moins complètement par une pierre. Il est clair que ces explorations assez délicates ne devront être pratiquées que lorsqu'on aura calmé les phénomènes inflammatoires suraigus.

Enfin, il arrive parfois que le diagnostic de calcul est seulement fait au moment où en incisant une collection purulente la pointe du bistouri vient heurter sur un corps résistant.

Ce qui a été dit, suffira, pensons-nous, à faire éviter la confusion entre les calculs salivaires et quelques affections de voisinage, telles que certaines altérations de la mâchoire inférieure, retentissant sur le plancher de la bouche, les engorgements ganglionnaires scrofuleux, ou même les tumeurs malignes des ganglions ou des glandes sous-maxillaires. En tous cas, quand un malade est atteint d'une stomatite rebelle, il ne

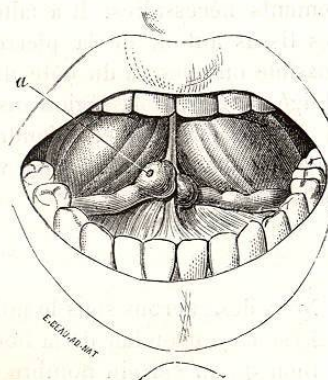


FIG. 17. — a. Calcul saillant à travers l'*ostium umbilicale*.

faut pas négliger d'explorer avec soin l'état des organes salivaires.

Signalons en terminant la possibilité d'un fait rare et qui pourrait causer une erreur de diagnostic. Nous voulons parler de l'enkystement d'une ou plusieurs dents sous la muqueuse du plancher de la bouche, comme Stanski (1) en a rapporté une observation.

TRAITEMENT. — L'indication capitale est d'enlever le calcul, soit avec des pinces, soit avec la pointe d'une aiguille, et en pratiquant les débridements nécessaires. Il a fallu quelquefois faire une vraie dissection des tissus autour de la pierre, tant elle était adhérente. Autant que possible on opérera du côté du plancher de la bouche, et si l'on était obligé d'agir sur la région sus-hyoïdienne, pour extraire des calculs de la glande elle-même, il faudrait avoir soin de ménager la muqueuse buccale, dans la crainte de voir s'établir des fistules d'une guérison difficile.

c. Grenouillettes.

Nous désignerons sous le nom de *grenouillette* toute tumeur liquide et enkystée du plancher de la bouche.

Bien qu'un certain nombre des tumeurs que nous allons étudier ici fussent, au point de vue anatomo-pathologique, rentrer dans le chapitre réservé aux affections indépendantes des organes salivaires, nous avons pensé qu'il y avait intérêt à ne pas scinder l'histoire du groupe clinique des grenouillettes.

HISTORIQUE. — Les auteurs anciens signalent diverses tumeurs de la région sublinguale, qu'ils désignent sous les noms de *varices*, d'*abcès* ou de *tumeur enkystée mélicérique*. Mais, privés de connaissances anatomiques exactes, les médecins antérieurs au XVIII^e siècle n'ont pu jeter aucune lumière sur la question qui nous occupe.

Ceux qui leur ont succédé se sont livrés, par contre, à des discussions théoriques sans fin au sujet de la nature et du siège de la grenouillette. Il n'est guère de points de pathologie qui aient eu au même degré le privilège de susciter de si longues controverses, et, comme il arrive d'ordinaire en pareil cas, les doctrines professées d'une façon exclusive tendent, à notre époque, à céder la place à des opinions moins théoriques et plus en rapport avec l'observation des faits. C'est ainsi que de nos jours la très-grande majorité des auteurs, avec Dupuytren et Malgaigne, ne considèrent plus comme exactes les conclusions de Münnicks, de Louis, de Lafaye et des membres de l'Académie royale de chirurgie, qui admettaient pour toutes les grenouillettes une pathogénie et une anatomie pathologique uniques en les regardant comme toujours formées par un amas de salive dans le canal de Wharton. C'est là au contraire une exception, et l'observation plus attentive des malades,

(1) *Archives générales de médecine*, 1846, 4^e série, t. XII, p. 484

jointe aux résultats bien probants de quelques autopsies, ont permis aux auteurs modernes de distinguer plusieurs variétés de kystes sublinguaux.

LOUIS, *Sur les tumeurs salivaires des glandes maxillaires et sublinguales* (*Mém. de l'Acad. roy. de chir.*, 1757, t. III, p. 460). — Du même, *Sur les tumeurs sublinguales* (*Mém. de l'Acad. roy. de chir.*, 1774, t. V, p. 406). — BERTHERAND, *Rech. sur les tumeurs sublinguales*, Thèse de Strashourg, 1845. — A. FORGET, *Mém. sur la nature, l'origine et le siège de la grenouillette* (*Mém. de la Soc. de chir.*, t. II, p. 219). — MAYNIER, *Etudes sur la grenouillette*, thèse de Paris, 1861. — DEMONS, *Des kystes du plancher de la bouche*, thèse de Paris, 1868. — RAILLARD, *Des grenouillettes et tumeurs sublinguales*, thèse de Paris, 1871.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Dans la majorité des cas, la grenouillette est une tumeur formée par la dilatation du conduit excréteur d'une des glandules sublinguales. Elle occupe le plancher de la bouche et peut s'étendre assez loin en arrière le long de la branche de la mâchoire, tandis qu'en avant elle se limite d'ordinaire à la ligne médiane vers le frein; dans quelques cas elle empiète sur le côté opposé. Le kyste présente alors quelquefois une forme bilobée; cependant, il est plus souvent régulièrement arrondi ou ovalaire, sauf les cas exceptionnels où il envoie une sorte de prolongement infundibuliforme entre les muscles de la région.

Le volume de la grenouillette, qui est habituellement celui d'une amande ou d'une noix, peut atteindre des dimensions beaucoup plus considérables, et la tumeur exclusivement sublinguale à son début, refoule le plancher de la bouche et vient faire saillie à la région sous-maxillaire. Elle repousse aussi la langue en arrière, et peut même exercer une telle pression sur les dents que celles-ci, déviées de leur direction, ulcèrent les lèvres ou se creusent des cavités dans les parois mêmes du kyste.

La tumeur est recouverte par la muqueuse buccale peu adhérente, quelquefois amincie, et par le tissu cellulaire sous-muqueux, qui, dans certains cas, devient œdémateux. Profondément elle repose sur les muscles mylo-hyoïdien et hyoglosse, auxquels elle adhère davantage, ce qui rend l'énucléation de la grenouillette difficile. Le canal de Wharton, généralement perméable, longe sa partie inférieure et postérieure.

La paroi kystique est fibreuse, mince, de couleur rosée, et assez vasculaire. On y voit exceptionnellement des épaissements de consistance fibro-cartilagineuse. Un épithélium pavimenteux revêt sa face interne, qui a l'aspect d'une membrane séreuse et se trouve en contact avec le contenu de la poche.

Quant au contenu, c'est habituellement une substance liquide et visqueuse, ressemblant à du blanc d'œuf non cuit, et qui contient, en effet, une notable proportion d'albumine. Elle est parfois mélangée avec une quantité variable de pus et de sang, et peut renfermer aussi des

concrétions de matière albumineuse blanchâtre, ressemblant à des grains de semoule. On y rencontre encore de petits graviers et du sable. Ce liquide qui, au microscope, présente les caractères de la salive, diffère chimiquement de la sécrétion salivaire normale par l'absence de sulfocyanure de potassium et par la présence de pyine et de mucine (Gmelin, Gorup-Bezanetz).

Tels sont les caractères anatomiques habituels de la grenouillette, mais un certain nombre de kystes sublinguaux qui, répétons-le, constituent une exception rare, diffèrent de la description que nous venons de donner. Quelques-uns sont encore des kystes développés dans les organes salivaires, mais ils siègent dans la glande sous-maxillaire ou le conduit de Wharton. A cette variété appartiennent, entre autres, quelques cas de *grenouillettes congénitales*. Dans un cas rapporté par Guyon (1), il s'agissait d'une imperforation de l'*ostium umbilicale* et d'une rétro-dilatation du canal excréteur qui atteignait le volume du petit doigt. L'enfant né un mois avant terme ne vécut que huit jours.

Quelquefois le liquide se collecte plus profondément et paraît siéger dans les acini de la glande sous-maxillaire. La tumeur proémine alors plutôt à la région sus-hyoïdienne que du côté du plancher de la bouche.

Suivant quelques auteurs, il existerait une variété de grenouillette, résultant de la rupture du conduit de Wharton et dont les parois seraient formées, en partie, par le tissu cellulaire de la région (*grenouillettes celluluses accidentelles*). En faveur de cette opinion, on ne cite guère qu'une observation très-contestable de Malcolmson (2). On a fait remarquer, par contre, avec raison, que le liquide ainsi épanché dans le tissu sous-muqueux, et dont la composition est si voisine de celle de la salive, serait très-probablement résorbé en peu de temps. Il faut donc attendre de nouveaux faits avant d'admettre l'existence de cette variété de grenouillette.

Nous devons également mentionner une forme de grenouillette, dite *grenouillette aiguë*, dont l'histoire anatomo-pathologique est encore fort obscure. Il est probable que, dans certains cas, il s'agit d'une oblitération brusque et complète du conduit de Wharton, et d'une accumulation considérable de liquide en arrière de l'obstacle. Toutefois, Tillaux (3) a fait des expériences qui semblent démontrer que ce canal n'est pas susceptible d'une dilatation brusque, et que, quand on y pousse une injection, il se rompt avant d'avoir atteint le volume d'une plume d'oie; aussi, ce chirurgien n'est-il pas éloigné d'admettre que, dans certains faits, il y a déchirure du canal et épanchement de liquide dans le tissu cellulaire, et en particulier dans la bourse de Fleischmann quand elle existe. Ce n'est là qu'une hypothèse, et jusqu'à

(1) *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1866, p. 145.

(2) *Medico-Chirurgical Review*, octobre 1848.

(3) Société de chirurgie, séance du 3 juin 1874.

nouvel ordre les conditions anatomiques et physiologiques qui président à la formation de cette sorte d'hydropisie aiguë du plancher de la bouche restent mal définies.

Pour compléter l'histoire des grenouillettes, nous avons à parler maintenant de quelques formes rares de kystes sublinguaux qui sont absolument indépendants des glandes salivaires ou de leurs conduits. Ce sont, en premier lieu, des *kystes séreux* qui se développent dans le tissu cellulaire lâche de cette région comme ailleurs, et même plus facilement qu'ailleurs, si l'on admet, avec Fleischmann, l'existence fréquente au-dessous du frein de la langue d'une bourse séreuse de quelque étendue. Cruveilhier a observé, dans une grenouillette de ce genre, un cloisonnement de la cavité, et Demons, dans sa thèse, signale la tendance à l'épaississement des parois kystiques, qu'on n'observe pas au même degré dans les autres variétés de tumeurs sublinguales. Ces collections séreuses se localisent moins exactement sur un des côtés du plancher buccal que les grenouillettes ordinaires, et le frein de la langue déprime leur paroi supérieure de façon à leur donner l'aspect bilobé.

On peut rapprocher de ces grenouillettes séreuses certains *kystes congénitaux*, uniloculaires ou multiloculaires, du plancher de la bouche, signalés par Redenbacher, et qui sont absolument analogues à ceux du cou en général. Leur volume est souvent considérable. D'après certains auteurs, ils se développeraient dans des éléments disséminés des glandes salivaires; mais, ainsi que nous l'avons dit en discutant la pathogénie des kystes congénitaux du cou, cette opinion est fort contestable.

Dans un fait observé par le professeur Gosselin, et analysé par Laugier (1), il s'agissait d'un *kyste hydatique* sublingual. C'est la seule observation connue de grenouillette hydatique. Les parois de la poche étaient plus épaisses que dans la grenouillette ordinaire, et en pratiquant l'excision on vit s'échapper, avec du pus, une membrane blanchâtre qui, au microscope, fut reconnue pour une hydatide.

Il est admissible, comme le fait remarquer M. Laugier, qu'un embryon de ténia ayant séjourné avec des parcelles alimentaires dans le cul-de-sac inférieur de la muqueuse buccale, ait perforé celle-ci et se soit développé sur place. Ce mode de développement est tout aussi probable que celui qui est donné pour les kystes hydatiques en général: l'embryon, avalé avec les aliments, arrivant dans l'intestin et gagnant de là de proche en proche la région dans laquelle il forme un kyste.

Enfin, Dolbeau (2) a décrit une variété de grenouillette qu'il a désignée sous le nom de *grenouillette sanguine*. Ce n'est autre chose qu'un kyste sanguin ou séro-sanguin formé aux dépens d'une tumeur érectile du plancher de la bouche, et suivant le mécanisme habituel: rupture ou

(1) *Archives de médecine*, 1872, t. II, p. 112.

(2) *Mém. sur une variété de tumeur dite grenouillette sanguine*, Paris, 1857.

ulcération de la paroi veineuse suivie d'un épanchement de sang dans les tissus, ou bien oblitération vasculaire en certains points et destruction des parois contiguës dans les portions restées libres, ou enfin dilatation simple et totale ou latérale d'une veine.

Le tableau suivant est le résumé des variétés de grenouillettes que nous avons admises :

Grenouillettes	} glandulaires	{	communes, siégeant dans les glandes sublinguales.
			du canal de Wharton.
} non glandulaires.	{	Kystes séreux du tissu cellulaire ou de la bourse de Fleischman.	
		Kystes congénitaux ordinairement multiloculaires.	
		Kystes hydatiques,	
		Kystes sanguins.	

ÉTILOGIE. — On ne sait que fort peu de chose au sujet des conditions étiologiques de la grenouillette. Elle est parfois congénitale, mais s'observe plus fréquemment dans l'adolescence et l'âge adulte, et plutôt chez les femmes. Samuel Cooper a prétendu que les professions qui nécessitent de fréquents mouvements de la langue y prédisposaient, comme par exemple, la déclamation, le chant, etc. Les causes locales sembleraient devoir être plus faciles à préciser, et cependant les auteurs qui citent les affections de la muqueuse buccale (stomatites, ulcérations, aphthes, etc.) comme déterminant la formation de kystes sublinguaux par oblitération des orifices excréteurs des glandes, ne rapportent guère de faits à l'appui de leur dire, et à ce propos nous pouvons rappeler la rareté relative des grenouillettes du canal de Wharton dans les cas de calculs salivaires, bien que d'autre part Tillaux ait observé sur des chevaux des concrétions des glandules sublinguales accompagnées de kystes, et que Forget ait vu se produire une grenouillette aiguë par inflammation adhésive de l'orifice du conduit de Wharton chez un malade qu'il venait d'opérer d'une tumeur semblable de l'autre côté du plancher buccal. Les morsures de la langue, par le fait de la stomatite consécutive, expliqueraient la fréquence relativement plus grande des grenouillettes chez les épileptiques.

On a invoqué également un spasme des canaux excréteurs ou une altération de la salive qui, en s'épaississant, aurait un écoulement difficile, mais toute cette pathogénie est en définitive assez théorique, et nous n'y insi tons pas davantage.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC. — Les kystes du plancher de la bouche, confondus sous le nom de grenouillettes, présentent un certain nombre de caractères communs et d'autres qui sont propres à chaque variété. Il faut en outre distinguer une forme *chronique* et une forme *aiguë*.

Dans les *grenouillettes chroniques*, qui sont de beaucoup les plus fréquentes, la tumeur se développe lentement et insidieusement. Elle siége ordinairement d'un seul côté de la région sublinguale, mais elle peut empiéter sur le côté opposé et s'étrangler plus ou moins sous le frein de la langue; elle peut également apparaître à la région sus-hyoïdienne, bien que ce soit un fait très-exceptionnel. Pendant le phénomène de l'effort, on voit dans certains cas la tumeur se tendre et paraître plus vasculaire, mais toujours à un degré moindre que dans les *nœvi*. En fixant le plancher buccal avec quelques doigts appliqués sur la région sous-maxillaire, il est aisé de constater de la fluctuation ou une sensation de rénitence.

Aussi longtemps que la tumeur ne dépasse pas le volume d'une noisette ou d'une noix, les accidents locaux et les troubles fonctionnels sont peu marqués. La langue est à peine refoulée en haut et en arrière; la déglutition et la respiration sont peu gênées, mais la voix mal articulée a été comparée au croassement de la grenouille, comme on avait comparé déjà l'apparence de la tumeur au ventre de cet animal. Même chez le nouveau-né, la grenouillette peu volumineuse est sans inconvénients graves; elle arrive cependant assez vite à gêner la succion. L'augmentation de volume, ordinairement graduelle, finit par entraîner, chez l'adulte, et à plus forte raison chez le jeune enfant, des accidents sérieux.

Les organes voisins sont refoulés et déviés de leur situation normale, le maxillaire inférieur est même parfois déjeté en avant avec les dents incisives, mais c'est surtout la langue qui, repoussée dans sa totalité, disparaît derrière la tumeur et oblitère en partie l'orifice des voies aériennes, d'où des accès de suffocation quelquefois graves. En même temps l'alimentation souffre, et la prononciation est de plus en plus gênée.

Arrivée à ce degré de distension, la grenouillette se rompt parfois spontanément, et la bouche du malade est inondée d'un liquide incolore et filant. Alors les accidents cessent momentanément, mais il ne faudrait pas compter sur ce mode de terminaison, exceptionnel d'ailleurs, pour annoncer une guérison définitive. Le liquide ne tarde pas à se reproduire, et la maladie reprend sa marche jusqu'à ce que le patient se décide à recourir à une intervention chirurgicale.

Nous avons dit que la tumeur pouvait aussi faire saillie à la région sus-hyoïdienne, avec ou sans coexistence de kyste sublingual, quand ce



FIG. 48. — Grenouillette commune indépendante du canal de Wharton, dans lequel on a introduit un stylet.