

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le 16 décembre 1875, à 2 heures*

PAR O. CONSTANTIN,

Né à Guernesey.

LA GRENOUILLETTE AIGÜE ET SON TRAITEMENT

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1875

## FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS.

<b>Doyen</b> .....	M. WURTZ.
<b>Professeurs</b> .....	MM.
Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physiologie médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CHAUFFARD.
Pathologie médicale.....	AXENFELD.
	HARDY.
	DOLBEAU.
Pathologie chirurgicale.....	TR. LAT.
Anatomie pathologique.....	CHARCOT.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	LE FORT.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	GUBLER.
Hygiène.....	BOUCHARDAT
Médecine légale.....	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie...	N. . .
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	N. . .
Clinique médicale.....	SÉE (G.).
	LASÈGUE.
	BÉHIER.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	GOSELIN.
	BROCA.
	RICHET.
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.

*Professeurs honoraires :*

MM. ANDRAL, BOUILLAUD, le Baron CLOQUET, et DUMAS.

**Agrégés en exercice.**

MM. ANGER. BERGERON. BLUM. BOUCHARD. BOUCHARDAT. BROUARDEL. CHARPENTIER.	MM. DANASCHINO. DELENS. DUGUET. DUVAL. FERNET. GARIEL. GAUTIER.	MM. GUÉNIOT HAYEM. LANCEREAUX. LANNELONGUE LECORCHE LE DENTU. NICAISE.	MM. OLLIVIER. POLAILLON. RIGAL. TERRIER.
--	---	--	---

**Agrégés libres chargés de cours complémentaires.**

Cours clinique des maladies de la peau.....	MM. N.
— des maladies des enfants.....	BLACHEZ.
— des maladies mentales et nerveuses.....	BALL.
— de l'ophthalmologie.....	PANAS.
Chef des travaux anatomiques.....	Marc SEE.

**Examineurs de la thèse.**

MM. GOSELIN, *président* ; PAJOT, DELENS, BOUCHARD.

M. PINET, *secrétaire*.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qu'elles seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PREMIER MAITRE

M. PAYEL  
GRENoble  
Professeur de chimie à l'École de médecine de Caen

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A M. TILLIUX

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,  
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière,  
Directeur de l'ambulance des hôpitaux,  
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MON ONCLE

AUG.-C. CONSTANTIN

Médecin à Guernesey.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE  
M. LE PROFESSEUR GOSSELIN  
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris,  
Chirurgien de l'hôpital de la Charité,  
Membre de l'Académie de médecine et de l'Institut,  
Commandeur de la Légion d'honneur.

A MON PREMIER MAITRE

**M. FAYEL**

Professeur de clinique à l'École de médecine de Caen.

A M. TILLAUX

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,  
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière,  
Directeur de l'amphithéâtre des hôpitaux,  
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

**M. LE PROFESSEUR GOSSELIN**

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris  
Chirurgien de l'hôpital de la Charité,  
Membre de l'Académie de médecine et de l'Institut.  
Commandeur de la Légion d'honneur.

LA  
PREMIÈRE PARTIE

# GRENOUILLETTE AIGÜE

CHAPITRE I  
ET SON TRAITEMENT

---

## INTRODUCTION

En entreprenant cette étude sur la grenouillette, notre but n'est pas de prétendre refaire l'histoire entière de cette affection, ou plutôt de toutes les variétés de tumeurs du plancher de la bouche, confondues sous ce nom. La grenouillette dite aiguë fera seule l'objet de notre thèse.

Les cas que nous avons observés dans le service de notre excellent maître, M. Tillaux, auquel nous devons les remerciements les plus sincères, pour la bienveillance qu'il n'a cessé de montrer à notre égard pendant tout le cours de nos études, ainsi que les leçons que nous avons recueillies près de lui, nous serviront de guide pour le développement de notre sujet.

## PREMIÈRE PARTIE

### CHAPITRE 1<sup>er</sup>

#### HISTORIQUE ET CLASSIFICATION

Privés de connaissances anatomiques exactes, les médecins antérieurs au XVIII<sup>e</sup> siècle, n'ont pu jeter aucune lumière sur la question qui nous occupe, chacun cherche une raison plus ou moins originale pour expliquer cette singulière affection.

Ambroise Paré dit que la grenouillette est formée d'une matière pituiteuse froide, humide, grosse et visqueuse, tombant du cerveau sous la langue.

C'est, dit Fabrice d'Aquapendente, une tumeur enkystée de la nature du méliceris.

Pour Dionis, c'est une loupe.

Munnichs, possédant des connaissances anatomiques plus exactes que ses prédécesseurs, recherche et indique le siège de la tumeur. « Elle est due, dit-il, à une salive trop épaisse et trop âcre, laquelle ne pouvant sortir par les canaux salivaires inférieurs, s'amasse sous la langue et y forme tumeur »

De Villars recule la question au lieu de l'avancer, car d'après lui, la grenouillette serait causée par le séjour et l'épaississement de la lymphe, qui s'accumule

sous la membrane dont les veines ranules sont couvertes.

De la Faye est le premier qui cherche à établir une division et un commencement de classification dans la question. En effet, il ne se contente pas de dire que c'est une tumeur contenant une matière pituiteuse, âcre ou de la lymphe ; c'est une tumeur causée, dit-il, par la glande sublinguale, ou par la dilatation de celle de la glande maxillaire. Il va plus loin et cherche à établir un moyen de diagnostic entre les deux variétés ; dans le premier cas, la tumeur serait ronde ; dans le second, longue ou ovale.

Louis, ayant eu à faire probablement à des cas de concrétions salivaires, hésite à se prononcer : « car, dit-il, la salive ne s'épaissit pas, quelque longtemps qu'elle puisse séjourner dans la poche, tandis que la matière qui s'y trouve, devient, par un séjour prolongé, plâtreuse et peut même acquérir une dureté pierreuse. Mais, d'après ce même auteur, elle dépend toujours d'une oblitération du canal excréteur.

Depuis lors la question n'a guère changé, seulement on a discuté sur le mécanisme et la cause. Chacun apportant son contingent, on a fini par embrouiller complètement la question en appelant grenouillette toute espèce de tumeur sublinguale.

Restreignant la grenouillette à une tumeur du plancher de la bouche, tumeur formée par l'accumulation d'un liquide de nature salivaire, nous adoptons la classification de M. Gosselin et Denonvilliers dans leur Compendium de chirurgie et divisons la grenouillette en :

1° Grenouillette salivaire ou vulgaire siégeant dans

les glandes sublinguales, et dont le caractère est d'être habituellement indolente et passive.

2<sup>o</sup> Une grenonillette plus rare qui occupe le canal de Wharton qu'on peut appeler kystique et qui a pour caractère d'être active ou aiguë.

C'est de cette dernière variété que nous voulons nous occuper.

## CHAPITRE II

### ANATOMIE

Si nous ouvrons le traité d'anatomie topographique de M. Tillaux, voici ce que nous y lisons :

« La glande sublinguale est constituée par une agglomération de glandes en grappes indépendantes les unes des autres, munies chacune d'un conduit excréteur, s'ouvrant au sommet de la crête située sur une saillie de forme elliptique, obliquement dirigée en arrière et en dehors près de l'arcade dentaire. Au-dessous de la glande sublinguale, se trouve accolée à sa face profonde, et la parcourant dans toute son étendue, le canal de Wharton, accompagné de la veine linguale et le nerf lingual. A cette même face répondent le plexus nerveux sublingual et le ganglion sublingual. »

Le canal de Wharton est donc situé dans le plancher de la bouche. Les parois de ce canal sont minces et aplaties, de façon à lui donner complètement l'aspect d'une veine sur le cadavre, il est rectiligne, sauf à la partie terminale où il est recourbé en forme de crochet.



Répétant l'expérience de M. Tillaux, nous avons été surpris de la résistance que présentent à la distension les parois du canal de Wharton, malgré leur extrême minceur. Après avoir lié l'extrémité buccale, nous avons introduit une canule à l'autre bout et, poussant de l'air dans sa cavité, nous avons vu que le canal supporte sans se rompre une pression très-forte, car nous avons eu de la peine à vaincre la résistance.

Ce canal est donc absolument inextensible et dépourvu d'élasticité.

« La muqueuse linguale, partie de la pointe de la langue, tapisse la portion libre de la face inférieure de cet organe, et va ensuite s'attacher à la face postérieure de la mâchoire, pour se continuer avec la muqueuse gingivale. Le génio-glosse au contraire s'attache à la face postérieure de la mâchoire beaucoup plus près de son bord inférieur. Entre ces deux plans, l'un superficiel, l'autre profond, existe donc un espace considérable.

C'est dans cet espace, auquel on a donné le nom de bourse de Fleischmann, et à la partie inférieure que se trouvent situés la glande sublinguale et les canaux qui lui sont accolés.

Cette bourse aplatie, de la forme d'un triangle, est divisée sur la ligne médiane, sous forme de bissac, par le frein de la langue. De ses deux faces, l'une est accolée à la muqueuse du plancher de la bouche, l'autre tapissant la face antérieure du génio-glosse. La base correspond au corps de la mâchoire, le sommet au point où cesse le frein de la langue. Elle s'étend sur les côtés jusqu'à la première grosse molaire.

La glande sublinguale et le canal de Wharton ne sont pas compris dans la cavité séreuse, qui tapisse leur face postérieure et les maintient accolés à la face profonde de la muqueuse.

Avant de rechercher le mécanisme et le siège de cette affection, nous devons étudier la tumeur; or deux parties se présentent à examiner :

1° *Le contenant ou poche.* — Voici quels ont été les résultats de l'examen microscopique dans un cas examiné par M. Robin : « La surface interne de la poche était lisse et offrait plus l'aspect d'une séreuse que d'une muqueuse, si ce n'est qu'au toucher elle était un peu gluante. L'épaisseur de la membrane était d'un millimètre au plus.

La structure examinée de dedans en dehors offrait les particularités suivantes : la face interne était tapissée d'un épithélium composé d'une seule couche ou rangée de cellules pavimenteuses, fort élégamment disposées les unes contre les autres. Au dessous de cet épithélium se trouvait une couche épaisse de 1 à 2 dixièmes de millimètres, composée de matière amorphe et de corps fusiformes fibro-plastiques. Au dehors de cette couche, on trouvait une couche de fibres de tissu lamineux, parcourues par de nombreux capillaires pleins de sang, formant des mailles assez étroites. »

En un mot nous pouvons résumer l'examen microscopique de M. Robin en disant : que la paroi kystique est fibreuse, mince, assez vasculaire et revêtue d'un épithélium pavimenteux à sa face interne.

2° *Contenu ou liquide.* — Analysé par M. Ducome,

pharmacien de l'hôpital de Lariboisière, le liquide recueilli après l'opération (voir obs. 2) était une substance visqueuse, filante ressemblant à du blanc d'œuf non cuit, renfermant une assez grande quantité d'albumine, ayant la réaction principale de la salive, celle de convertir l'amidon en sucre ou glucose, mais en différant par l'absence de sulfocyanure de potassium.

Le liquide contenu dans la grenouillette chez l'homme a la plus grande analogie avec le liquide de la glande sublinguale, dit M. Claude Bernard. En effet, la salive sublinguale se distingue par une viscosité très-grande; ce liquide est tellement filant qu'il ne s'écoule qu'avec une extrême difficulté du tube placé dans le conduit de la glande, c'est qu'il s'attache comme de la glu aux différentes parties avec lesquelles il est en contact.

Ce liquide change quelquefois de nature, et peut être mélangé avec du pus et du sang; il peut aussi renfermer des concrétions de matière albumineuse semblable à des grains de semoule.

Dans les cas de grenouillette par calcul, on y rencontre de petits graviers et du sable. Ces concrétions seraient formées, d'après M. C. Bernard, par des carbonates et des phosphates de chaux avec des traces de fer et de manganèse.

### CHAPITRE III

#### PATHOGÉNIE

Le désaccord le plus complet existe entre les chirurgiens sur la pathogénie de cette affection, aussi nous

bornerons-nous à ne prendre que les trois opinions les plus acceptées :

1° Cette affection provient de la distension du canal de Wharton avec oblitération de ce conduit. Les preuves que l'on donne à l'appui de cette manière de voir sont : 1° que la salive ne peut jamais sourdre par le canal du côté affecté de grenouillette ; 2° qu'il est impossible de pénétrer dans le canal du côté malade.

Nous admettons volontiers ces deux faits, à savoir : impossibilité de pénétrer dans le canal, obstruction de l'orifice, puisque dans l'obs. n° 11 on a fait l'expérience du sel ou de la soie de sanglier, mais ceci ne prouve pas que le canal soit le siège de l'affection.

Supposons qu'il y ait obstruction au niveau de l'orifice de ce canal, la salive s'accumule derrière l'obstacle et distend le canal dont les parois constituent le kyste. Pour que cette théorie fût acceptable il faudrait prouver la dilatabilité considérable du canal de Wharton.

Or, ainsi que nous l'avons déjà dit, si l'on découvre le conduit, puis, après l'avoir lié près de son orifice, on vient à injecter par l'extrémité glandulaire de l'air ou de l'eau, sous l'influence de l'injection liquide, le canal se dilate lentement, uniformément, et d'une manière progressive, jusqu'à acquérir tout au plus le volume d'une plume de corbeau, mais jamais cette dilatation n'a été brusque comme ce qui a lieu dans la grenouillette aiguë. Quant à l'air injecté, il s'infiltré ou rompt le canal.

« Beaucoup de chirurgiens, dit M. Claude-Bernard, dans ses Leçons de physiologie expérimentale, ont considéré la grenouillette comme une dilatation du canal

de Wharton, survenue par suite d'une obstruction de ce canal. Nous ne voulons pas juger si l'affection se produit toujours par le même mécanisme ; seulement nous voulons dire que, chez les animaux, *il est impossible de produire des dilatations circonscrites du canal de Wharton* ; et quand on vient à lier, comme nous l'avons fait, le canal de la glande sous-maxillaire, non-seulement le conduit se dilate derrière la ligature, mais cette dilatation se prolonge en arrière et atteint même les ramuscules des conduits salivaires jusque dans la glande. »

« J'ai eu à observer, continue le même auteur, trois cas de grenouillettes peu développées, dans lesquels il était parfaitement facile de voir l'orifice du conduit de la glande sous-maxillaire, donnant issue à la salive, et étant parfaitement libre et indépendant de la tumeur. Je vidai ces grenouillettes par l'incision, puis je les cautérisai avec le nitrate d'argent, et il ne resta aucune espèce d'ouverture libre à l'extérieur, la guérison fut rapide et complète. Ce qui prouvait bien qu'il n'y avait pas de communication avec le conduit glandulaire. »

En effet, on ne peut arriver à maintenir béante l'ouverture pratiquée dans la tumeur, tant la tendance à la cicatrisation est grande ; or, si l'incision portait sur le canal, il s'établirait, au contraire, une fistule dont on aurait toutes les peines du monde à obtenir l'occlusion (Obs. n° 1).

D'autres chirurgiens pensent que la grenouillette est constituée par une rupture du canal, amenant un épanchement dans le tissu cellulaire ambiant, et expli-

quent l'oblitération de l'extrémité antérieure du conduit par la compression que cet épanchement devrait exercer sur les parois du canal.

Mais comment se fait-il qu'un épanchement dans le tissu cellulaire amène une tumeur enkystée dès son apparition, et que l'occlusion du canal qui n'a d'autre cause que la pression mécanique exercée par cette tumeur, ne permette même pas l'introduction d'une soie de sanglier? D'ailleurs, c'est une tumeur enkystée et non point une infiltration pure et simple. Une membrane kystique propre enveloppe le liquide contenu, et lorsqu'on vient à exciser un morceau de cette membrane, on a sous les yeux une véritable cavité close à paroi fibreuse, mince, assez vasculaire, et revêtu d'un épithélium pavimenteux à sa face interne, comme nous l'avons déjà dit.

Voulant contenter tout le monde, Virchow, dans sa Pathologie des tumeurs, a institué un autre processus ou mode de formation. Pour lui, l'évolution des tumeurs sublinguales comprend deux stades différents; l'un où le conduit est dilaté, c'est ce qu'il appelle la ptyalectasie, et l'autre où le conduit venant à se rompre, soit par fissure ou ulcération, le liquide s'infiltré dans les tissus ambiants qui, par leur tassement progressif et incessant, concourent ainsi à l'agrandissement du kyste primitif. C'est à cette dernière forme qu'il donne le nom de ptyalocèle.

Ainsi tout le monde doit être content, les partisans de la dilatation ont leur ptyalectasie, ceux de l'épanchement dans le tissu cellulaire, leur ptyalocèle.

De la théorie de Virchow nous admettrons la pre-

mière partie, à savoir : la grenouillette est due à une dilatation brusque du canal de Wharton; car, dans l'observation n° 5, nous voyons la malade prise de douleurs vives dans la région sus-hyoïdienne, et au niveau de l'angle de la mâchoire, vers cinq heures du soir et vers neuf heures, apparaît une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule du côté droit du frein de la langue. Dans l'observation n° 1, c'est une autre malade prise de douleurs dans les oreilles et la gorge à midi, et à trois heures du soir, apparition d'une petite tumeur dans la bouche.

Ainsi, l'apparition de la tumeur est précédée par une douleur s'irradiant vers divers points, durant quelques heures, puis cette tumeur apparaît brusquement. La douleur peut donc être produite par la dilatation du canal et une fois que cette dilatation est arrivée à son summum, la fissure se fait.

Mais ici nous cessons d'admettre la théorie (formation du ptyalocèle dans les tissus ambiants qui, par leur tassement progressif, vont former un kyste), car ce n'est pas dans l'espace de quelques heures, qu'une poche organisée comme celle qu'a décrite M. Robin, va se former. Il faut nécessairement qu'elle soit préexistante, le liquide qui s'y épanchera, la dilatera, la rendra plus facilement appréciable.

Enfin, pour nous résumer en un mot, nous pensons que la grenouillette aiguë se forme par une oblitération de l'orifice buccal du canal de Wharton, due soit à un calcul salivaire, soit à une inflammation du canal comme cela a lieu dans la dacryocyste, par exemple, soit à toute autre cause dont les recherches nous entraî-

neraient trop loin. A cette oblitération, succède une rétention de la salive, une dilatation forcée du canal de Wharton, dont la conséquence est une fissure et un épanchement de liquide dans la bourse de Fleischmann, ou bien peut-être dans de petites bourses analogues à celle-ci qui, bien que n'ayant pas encore été décrites, peuvent cependant exister dans le tissu lamineux lâche qui tapisse cette région et qui se laisseraient rapidement dilater, exactement comme le ballon que l'on gonfle en soufflant dedans avec force.

OBSERVATION I (Service de M. Tillaux, hôpital Lariboisière.  
Personnelle.)

David (Sophie), 32 ans, journalière. Entrée le 28 février 1874. Salle Sainte-Jeanne. lit n° 15.

Pas de maladies antérieures. Quatre enfants se portant bien.

Il y a deux ans, jour pour jour, qu'elle éprouva des douleurs dans les oreilles et dans la gorge, au moment de se mettre à table (vers midi), le même jour, vers trois heures du soir, apparut dans la bouche, du côté droit, une petite tumeur qui augmenta considérablement ce jour même jusqu'à onze heures du soir. Prise d'accès de suffocation, la malade fit venir un médecin qui y mit des sangsues. La grosseur diminua ensuite, pour grossir de nouveau au mois de novembre 1872. La malade qui nourrissait à cette époque, cessa de le faire sur l'ordonnance du médecin. Redevenue enceinte, elle accoucha le 28 novembre 1873, enfin, au mois de février 1874, elle sèvre son enfant pour entrer à l'hôpital. Il y a un mois que la tumeur est devenue plus



considérable. Cette tumeur augmente et diminue alternativement, mais la malade ne peut préciser le moment de ces alternatives.

La malade a toujours beaucoup de salive dans la bouche. Un grain de sel, mis sur le bord de la langue, fait sourdre de la salive par les glandes sublinguales situées, ainsi qu'on peut le voir, en avant de la tumeur; mais on n'en voit pas sourdre par les canaux de Wharton.

A l'examen, on trouve une tumeur occupant tout le plancher de la bouche qui est déprimé. Les dents supérieures du côté droit sont imprimées sur la tumeur; la langue est refoulée en haut, à gauche et en arrière. Elle s'avance un peu à gauche. La tumeur arrive jusqu'à la limite de la région sous-hyôidienne. Elle a le volume d'un gros œuf de dinde. La muqueuse est rouge et les vaisseaux un peu dilatés.

Au toucher, la tumeur est molle, fluctuante, rénitente. En déprimant la tumeur, on déprime également le plancher de la bouche, ce qui prouve qu'elle est située dans ce plancher.

Elle paraît constituée par une seule poche. Sur le côté droit de la mâchoire, on trouve un petit ganglion. Pas de douleur, la malade n'éprouve que de la gêne. Elle parle et mange difficilement. La mastication est très-pénible à cause de l'interposition de la tumeur entre les dents, aussi ne peut-elle pas manger de pain ou aucun aliment solide. La déglutition, difficile pour les aliments solides, est facile pour les liquides.

Gêne de la respiration, surtout pendant la nuit, pas  
Constantin.

d'étouffements ; la malade ne peut dormir à cause de douleurs très-vives dans les oreilles.

La malade prétend que quand elle éprouve de la douleur dans le côté droit, la tumeur va grossir. Le sommeil est impossible dans le décubitus dorsal, ce qui est dû à la pression de la base de la langue sur l'épiglotte, aussi la malade est-elle obligée de se mettre sur le côté, la tête très-élevée.

4 mars. — M. Tillaux passe un tenaculum dans la paroi supérieure de la poche dont la consistance est assez considérable, et avec des ciseaux excise toute la partie de la poche, située au-dessus du tenaculum. Le liquide qui s'écoule à l'aspect de celui d'un kyste hydatique et l'opérateur, après avoir avec les ciseaux donné une étendue plus considérable à son ouverture, retire de la poche des produits membraneux dont quelques-uns adhèrent très-intimement et ne peuvent être enlevés. Puis il fait une cautérisation sur la surface interne de la poche avec une solution concentrée de nitrate d'argent.

7 mars. — Malgré l'excision assez large faite à la poche, la plaie extérieure est presque fermée le lendemain, et aujourd'hui, troisième jour après l'opération, la malade mange du pain, ce qu'elle n'avait pas fait depuis un mois. Plus de saillie dans la région sus-hyoïdienne, ni dans la bouche. Le sommeil dans le décubitus dorsal est facile ; tous les symptômes physiologiques s'amendent.

12 mars. — La malade sort complètement guérie.

Les conerétions examinées par M. Duret, interne du service, sont reconnues pour des débris d'hydatides.

Obs. II (recueillie par M. Mathieu, élève du service de M. Tillaux.)

Ebener, Marie, 25 ans, domestique. Il y a quinze jours, elle fut réveillée au milieu de la nuit par des douleurs assez vives siégeant au niveau du menton. Après avoir souffert pendant deux heures environ, elle se rendormit sans rien éprouver de nouveau. Le lendemain matin en descendant l'escalier, elle sentit une grosseur se former brusquement dans la bouche. Cette grosseur devint en très peu de temps assez volumineuse pour l'empêcher de manger ou de parler. Ayant pressé dessus, la poche se creva et il en sortit un liquide salé, dit-elle.

Le liquide évacué, la malade se trouva guérie pendant huit jours, lorsque vendredi dernier elle fut réveillée la nuit par une grande gêne de respiration. La tumeur s'était reformée.

A l'examen on trouve sur la partie latérale droite du plancher de la bouche une tumeur molle, fluctuante, du volume d'un œuf de pigeon. Cette tumeur dépasse un peu la ligne médiane et empiète sur le côté gauche. La ligne saillante, qui marque la place des glandules sublinguales, est repoussée en arrière entre la langue et la tumeur.

Si l'on examine les conduits de Wharton, on voit en mettant un peu de sel sur la langue de la malade que du côté gauche (côté sain), il sort à chaque instant une gouttelette de liquide, tandis qu'à droite (côté malade) non-seulement il ne sort pas de liquide, mais on a beaucoup de peine à distinguer l'orifice du conduit.

Quoique cette expérience soit assez concluante pour

établir la non perméabilité du conduit du côté malade, M. Tillaux pratique avec une soie de sanglier le cathétérisme du côté sain et pénètre avec facilité à trois centimètres, tandis que du côté malade la soie est arrêtée à 2 m. m.

Opérée suivant la méthode de M. Gosselin, (voir page 18). Le liquide a été analysé par M. Ducome. Sort guérie huit jours après l'opération.

Un an après elle revient en disant que, quinze jours auparavant elle a vu une petite tumeur siégeant au plancher de la bouche et qui est devenue chaque jour plus volumineuse. Cette tumeur est de la grosseur d'une noix et siége dans la partie gauche de la bouche s'avancant sur la ligne médiane et un peu à droite. La malade dit sans qu'on le lui ait demandé, que la tumeur grossit au moment du repas.

Elle est de nouveau opérée.

Obs. III (recueillie à la consultation, 14 mars 1873, service de M. Tillaux).§

Veuve Thomas, 38 ans, blanchisseuse. Opérée une première fois d'une grenouillette, il y a trois mois. Hier soir vers huit heures elle éprouva des douleurs très-vives dans la bouche et sous le menton, douleur que la malade compare à la torsion dans un étai de cette partie de la bouche. La douleur dure une heure environ, puis disparaît complètement pour revenir plus intense à 6 heures du matin; alors il se forme une tumeur qui va en augmentant depuis cette heure. La malade parle difficilement, et respire avec peine.

Rien dans la région sous maxillaire. Tumeur consi-

dérable située à droite mais qui dépasse la ligne médiane. La langue est portée en haut, à gauche et en arrière. Lorsqu'on essuie le plancher de la bouche, on voit sourdre une grosse goutte de salive tellement la sécrétion est active de ce côté, tandis que du côté droit il ne sort rien.

Obs. IV (personnelle).

Marie Dufaure, couturière, 27 ans. Au milieu de son repas, elle fut prise il y a six mois de douleurs dans la bouche aussitôt suivies d'un gonflement considérable sous la langue qui se trouvait déjetée en arrière au point qu'elle ne pouvait plus respirer. Elle alla aussitôt consulter un pharmacien qui lui fit une cautérisation avec du nitrate d'argent. La poche se vida et la malade se trouva guérie pour quelques jours. Mais la tumeur ne tarda pas à se reformer, c'est alors qu'elle vient à la consultation le 3 mars 1873.

A l'examen local on constate sur le plancher de la bouche, la présence d'une tumeur donnant au toucher la sensation d'une poche qui contiendrait un produit gazeux. Elle s'étend de chaque côté du frein de la langue, qui, en y imprimant une certaine constriction lui donne une forme bilobée. Elle est bleuâtre, presque transparente.

La malade éprouve une certaine gêne de déglutition, bien qu'elle respire comme à l'état normal ; il lui semble qu'elle a la bouche pleine. La parole est difficile et le timbre de voix est altéré.

Opération. On traverse la tumeur d'arrière en avant

avec un tenaculum très-recourbé, puis avec des ciseaux courbes on excise en suivant la convexité de l'instrument introduit. On enlève ainsi une plaque de la paroi de la tumeur. Un liquide gélatineux qui ressemble à de la salive épaisse s'écoule tout d'une pièce. Puis on fait une cautérisation au fond de la tumeur avec du nitrate d'argent.

Obs. V (service de M. Verneuil, personnelle).

Pauline L..., vingt-six ans, fleuriste. Venue à Paris à l'âge de 23 ans, s'est toujours bien portée. Cette malade a eu une fausse couche de sept mois le 5 septembre 1875. Au milieu de ses douleurs expulsives, elle fut prise de douleurs excessivement intenses au niveau du menton, dans la région sushyoïdienne et au devant de l'oreille. L'accès dura trois heures et se termina par l'apparition brusque d'une tumeur du volume d'un œuf de poule et située du côté droit du frein de la langue. Celle-ci repoussée fortement en arrière, fermait l'ouverture du tube laryngien, et donnait lieu à des accès de suffocation tellement intenses que la malade fut obligée d'envoyer chercher un médecin qui y fit une piqûre. Il s'en écoula aussitôt une quantité assez considérable de liquide blanc jaunâtre, transparent et filant, dit la malade. La tumeur disparut alors.

Entrée le quatrième jour de sa fausse couche dans le service de M. Lorain, elle y resta quinze jours. Vers le septième jour de son séjour à l'hôpital, elle fut arrêtée subitement au milieu d'un éclat de rire par la réapparition de la tumeur. La malade prit alors une épingle et perça la poche. Comme la première fois, il

s'en échappa une quantité plus grande encore de liquide.

Aussitôt piquée, aussitôt remplie, dit la malade, et plus je la piquais, plus elle se remplissait. Cet état de choses dura 3 jours.

Sortie de chez M. Lorain, elle se porta bien pendant quatre semaines, lorsque le 8 novembre étant en train de travailler, elle ressentit des picotements dans la bouche avec une certaine pesanteur au niveau de l'angle de la mâchoire. « Je savais ce que cela voulait dire, ajoute la malade, aussi j'interrompis mon travail, et m'armant d'une aiguille, j'attendis. Cinq minutes ne s'étaient pas écoulées que la tumeur réapparaissait, je la pique, la vide et viens à l'hôpital. »

Pendant que M. Verneuil examine et interroge la malade, nous voyons la tumeur se développer sous nos yeux. Siégeant à droite surtout, elle empiète un peu sur le côté gauche et a une forme un peu bilobée, elle est peu volumineuse ; aussi, M. Verneuil conseille-t-il à la malade de laisser la poche se distendre complètement et de venir, alors il pourra l'opérer.

Obs. VI (Bouchard, Bulletins de la Société de chirurgie).

Le 15 mai 1868, M. Bouchard, de service à la salle de garde, est appelé en toute hâte dans le voisinage de l'hôpital Necker, auprès d'une femme qui depuis quelques instants était en proie à une asphyxie imminente.

Enceinte de huit mois, cette femme était étendue sur un fauteuil la tête fortement renversée en arrière,

le visage injecté, les yeux larmoyants, la dyspnée était excessive et la respiration très-bruyante.

Les deux côtés de la région sushyoïdienne sont fortement distendus; la bouche entr'ouverte laisse apercevoir une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, qui refoulait la langue en arrière et en haut, vers la voûte palatine, en s'inclinant à droite, de sorte que la cavité buccale se trouvait entièrement remplie, et ne permettait à l'air de passer que par un petit espace situé à gauche.

Cette tumeur avait une couleur livide et offrait l'aspect d'un épanchement sanguin sous-muqueux; i est dit en outre dans l'observation, qu'il existait une salivation abondante.

En interrogeant les antécédents, M. Bouchard apprit du mari de la malade (ayant elle-même la parole trop embarrassée pour s'expliquer), qu'une demi-heure environ avant l'apparition des accidents, en buvant un verre de vin, elle avait senti se former une tumeur qui prit un volume considérable en quelques instants; qu'antérieurement toutefois, sa femme avait eu dans le même endroit une grosseur du volume d'une petite noisette, qui quelques mois auparavant avait été ouverte et avait donné issue à un liquide analogue à du blanc d'œuf.

Obs. VII (M. Mahot, hôpital de Nantes).

Jean B..., d'une constitution robuste, âgé de 45 ans, journalier. Pendant qu'il mangeait, le plancher de la bouche devint subitement le siège d'un gonflement



tellement considérable que les mouvements de la langue devenaient impossibles.

Cet individu vint, tout effrayé, consulter un chirurgien de l'hôpital, qui constata de chaque côté du frein une tumeur du volume d'un œuf de poule, d'apparence bleuâtre et transparente. Il pratiqua une incision qui donna issue à un liquide semblable à du blanc d'œuf.

La tuméfaction se reproduisit peu après et exigea une nouvelle opération qui, cette fois, fut suivie d'une injection iodée.

Obs. VIII (Forget, Société de chirurgie).

Une dame, âgée d'une quarantaine d'années, me fit appeler en toute hâte, au milieu de son repas, fort effrayée d'un gonflement considérable survenu tout à coup, et ayant des proportions telles qu'elle ne pouvait plus avaler et que la respiration était gênée.

L'examen de la bouche me fit voir un soulèvement en masse du plancher buccal, mais particulièrement accentué à gauche, où il se prolongeait dans toute l'étendue du sillon linguo-maxillaire, jusqu'à l'origine du pilier du voile du palais.

La tumeur qui en résultait offrait en avant, sur le côté du frein, un renflement notable et se continuait dans la direction que je viens d'indiquer, sous la forme d'un doigt fortement distendu.

Une ponction, suivie d'une légère incision, livra passage à un liquide albuminoïde assez consistant. La détumescence qui en fut la conséquence, fit cesser la douleur et rendit à la langue la liberté de ses mouvements.

La malade, pouvant alors parler, m'apprit que déjà elle avait trois fois depuis six mois éprouvé, toujours en mangeant, un accident analogue, mais beaucoup moins prononcé. La mastication devenait douloureuse, les dents semblaient allongées; puis un gonflement notable se manifestait. Elle suspendait alors son repas, et quelques instants après, elle se trouvait débarrassée de la douleur qui n'était que momentanée. Toutefois elle conservait, dans la région génio-linguale, un peu plus en arrière, un gonflement persistant à un degré notable, comme j'ai pu m'en convaincre par la suite.

En effet, m'étant borné à ne faire qu'une simple ouverture évacuatrice à la tumeur, celle-ci ne tarda pas à croître de nouveau, si bien que quelques jours ne s'étaient pas écoulés que, m'étant trouvé chez cette dame au moment de son repas, je vis cette tumeur reproduire en partie les accidents auxquels j'avais été appelé déjà à remédier.

## SECONDE PARTIE

### CHAPITRE I<sup>er</sup>

#### SYMPTÔMES

Si nous groupons ensemble les symptômes décrits dans les diverses observations qui précèdent, nous voyons que la grenouillette aiguë est caractérisée par l'apparition subite d'une tuméfaction du plancher de la bouche, tantôt sans cause connue (Obs. 2, 3, 5, 11); tantôt au moment de se mettre à table (Obs. 1) tantôt sous l'influence de la mastication (Obs. 4, 7, 8).

Que l'apparition de la tumeur au moment du repas soit le plus ordinaire, est chose facile à s'expliquer, puisque l'on sait que l'afflux de la salive dans la bouche est très-abondant à ce moment, qu'elle pleut, pour ainsi dire, de toutes parts.

Un fait qui nous semble constant, si nous en jugeons par les observations que nous avons recueillies ou lues, c'est la préexistence à la formation de la tumeur, d'une crise excessivement douloureuse, d'une espèce de colique salivaire, pour employer l'expression de M. Verneuil. Cette douleur s'irradie dans divers sens. Dans les oreilles et la gorge (obs. 1); au niveau du menton et à l'angle de la mâchoire (obs. 2 et 5);

dans la bouche et le menton (obs. 3 et 4); au devant de l'oreille (obs. 5); dans la pulpe dentaire (obs. 8).

Le caractère de cette douleur nous est donnée par la malade de l'obs. 3, qui la compare à la torsion de cette partie de la bouche dans un étau.

Quant à sa durée, elle varie entre une heure (obs. 3) et trois ou quatre (obs. 5); quelquefois elle ne fait qu'apparaître, pour disparaître aussitôt (obs. 4 et 8.)

Pour en terminer avec le symptôme douleur, disons que chez certains malades à grenouillette récidivant souvent, la réapparition de la tumeur peut être prévue. Dans l'obs. 5, la malade ressentait des picotements et une certaine pesanteur au niveau de l'angle de la mâchoire; c'était comme une colique salivaire sourde, aussi est-ce à dessein que nous avons rapporté les paroles textuelles de la malade : « Je savais, dit-elle, ce que cela voulait dire, aussi j'interrompis mon travail et, m'armant d'une aiguille, j'attendis. Cinq minutes ne s'étaient pas écoulées que la tumeur réapparaissait. Je la pique, la vide et viens à l'hôpital. »

Dans l'obs. 1, la malade prétend que quand elle éprouve des douleurs sourdes du côté droit, la tumeur va grossir.

La tumeur est arrondie ou un peu ovale, tantôt bleuâtre, tantôt presque transparente et assez semblable à la vessie natatoire des poissons; enfin elle est molle et fluctuante. Localisée ordinairement sur un des côtés du plancher buccal, elle peut cependant dépasser la ligne médiane et prendre une forme bilo-

bée, forme qui est due au frein de la langue qui bride la tumeur.

Par le cathétérisme, avec une soie de sanglier, on s'aperçoit qu'il est impossible de pénétrer dans le conduit qui est obstrué, ou si l'on y pénètre, on est bientôt arrêté (2 m. m. obs. 2).

Si l'on met sur le bout de la langue un peu de sel, on voit sourdre la salive du côté sain, tandis que du côté malade rien ne sort (obs. 2 et 3.)

#### PRONOSTIC ET ÉTILOGIE

Par elle-même, la grenouillette est sans gravité. Dès qu'elle acquiert un certain volume, elle apporte une gêne notable aux fonctions de la mastication (obs. 1) et de la phonation (obs. 8), et peut prendre en quelques heures des proportions assez grandes pour menacer d'asphyxier le malade (obs. 6 et 8). Mais ce n'est que tout à fait exceptionnellement qu'elle entraîne des complications compromettantes, telles que accidents de suffocation dus à la compression ou à l'obstruction des voies aériennes. Dans un cas de Diemberbrock, la mort survint par introduction du liquide dans les voies aériennes, à la suite de la rupture spontanée de la tumeur. Chez les très-jeunes enfants, il y a plus à craindre une terminaison fâcheuse.

L'inconvénient le plus sérieux de la grenouillette, c'est la difficulté qu'il y a quelquefois à la guérir, et sa tendance à la récurrence.

L'étiologie de la grenouillette est fort peu connue;

parfois congénitale on l'observe plus fréquemment dans l'adolescence et l'âge adulte; les femmes y paraissent plus sujettes. Quant à l'influence des professions (chant, déclamation, etc.), quoiqu'en ait dit Samuel Cooper, les faits ne viennent pas à l'appui. Enfin on a fait jouer un certain rôle aux calculs salivaires. L'état de gestation chez la femme ne pourrait-il pas aussi avoir une influence sur la production de cette affection, car parmi les divers troubles qu'entraîne avec lui cet état, nous voyons figurer le pyalisme; or, à un moment donné, ne peut-il pas se former un bouchon albumineux ou une inflammation du conduit dont le résultat en sera l'obstruction avec ses conséquences? (obs. 5).

## CHAPITRE II

Sujet trop vaste pour pouvoir être traité en entier, nous nous contenterons d'insister sur les méthodes principales et de signaler les autres.

Afin d'y mettre un peu d'ordre, nous diviserons les divers procédés proposés en deux classes :

1° Les procédés applicables aux kystes de la glande sous-maxillaire, et destinés à s'assurer l'écoulement de la salive.

2° Les procédés destinés à faire disparaître le kyste en l'enlevant ou l'oblitérant.

1<sup>o</sup> PROCÉDÉS APPLICABLES AUX KYSTES DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE ET DESTINÉS A ASSURER L'ÉCOULEMENT DE LA TUMEUR.

A. *Dilatation du canal de Wharton avec un stylet ou un fil de plomb, indiquée par Louis et Boyer.* — « Lorsque la tumeur, dit ce dernier, est petite, qu'elle a des parois minces, que l'orifice du canal est visible ou qu'un aphthe le couvre, si ce canal est obstrué par une matière visqueuse, terreuse, ou par une pierre, on le débarrasse, en ôtant d'abord le corps étranger, en y passant un stylet, puis un gros fil de plomb qu'on retire de temps en temps pour évacuer la salive. »

Louis a employé ce procédé avec succès. Un jeune homme portait sous la langue une tumeur qui gênait les mouvements de cet organe et nuisait notablement à ses fonctions. Une sinuosité qui divisait la tumeur en partie droite et en partie gauche, fit soupçonner qu'elle était formée de deux sacs adossés antérieurement, de chaque côté et sur la même ligne, on voyait une espèce d'aphthe; c'était l'orifice salivaire un peu dilaté et bouché par une matière visqueuse. Louis ayant introduit sans peine un stylet boutonné dans ces ulcères, l'instrument pénétra à une grande profondeur dans le double foyer de la tumeur. Il en sortit beaucoup d'humeur épaisse et transparente, assez semblable à du blanc d'œuf. Un stylet de plomb fut placé dans chaque orifice. Au bout de deux jours, le malade vint voir Louis, qui vida de nouveau les sacs tuméfiés et qui mit dans chaque orifice un fil de plomb plus gros que le premier.

Il recommanda au jeune homme de vider les tumeurs tous les matins, après avoir ôté le plomb, et de le remettre ensuite. Au bout de quinze jours, les canaux salivaires furent libres et à l'abri de tout embarras.

Ce procédé est simple et peu douloureux ; mais son application est rare, et n'est plus employé que comme moyen d'exploration des voies salivaires, et pour faciliter l'extraction d'une pierre ou d'un corps étranger lorsqu'on a constaté leur présence.

B. *Création d'un orifice fistuleux permanent.* — Cette méthode a été bien plus souvent mise en pratique, et pour obtenir ce résultat, quelques chirurgiens se sont ingénies à trouver des procédés opératoires ou à modifier ceux qui existaient déjà.

Ayant observé que la simple incision avec la lancette exposait à des récidives continuelles, Ambroise Paré s'était déterminé à percer la grenouillette avec un cautère actuel, dont il faisait passer la pointe, par le trou d'une plaque de fer qui servait en même temps de soutien à la langue et de sauvegarde aux parties voisines. En agissant ainsi, il est évident que Paré se proposait de faire une ouverture, avec perte de substance, par laquelle l'excrétion de la salive pût avoir lieu en tout temps, pensant que le cautère actuel mènerait plus sûrement à ce but que le bistouri, et, par conséquent, qu'il méritait la préférence.

Sabatier incisait la tumeur et maintenait, dans son intérieur, des tentes de charpie. Ce chirurgien avait ouvert deux grenouillettes assez grosses à un enfant de



dix ans, et il avait donné aux plaies toute l'étendue qu'elles pouvaient avoir. Cette précaution recommandée par Louis et par plusieurs autres ne lui réussit pas ; les plaies se refermèrent et la maladie revint. Sabatier voulut user du cautère actuel ; mais on ne put déterminer le jeune malade à y consentir ; il fallut avoir recours encore à l'instrument tranchant. Les ouvertures étaient plus grandes que les premières ; néanmoins, on s'aperçut bientôt qu'elles se resserraient au point de faire craindre qu'elles ne se fermassent tout à fait. Ce fut alors que Sabatier imagina de les remplir avec un corps qui s'opposât à leur réunion. Il y introduisit deux morceaux de ces bougies que l'on emploie dans le traitement des maladies de l'urèthre. L'enfant les supportait bien, mais le goût emplastique qu'elles donnaient à la bouche lui était fort incommode. Sabatier y substitua des tentes de charpie que le malade introduisait lui-même, et qu'il retirait au moment de ses repas. Ce moyen amena une guérison parfaite.

Dupuytren imagina le *bouton de chemise*, sorte de canule en forme de bouton double, dont la portion rétrécie répondait aux lèvres de l'incision et dont les portions élargies se trouvaient, l'une dans l'intérieur de la poche, l'autre sur la muqueuse buccale. Ce chirurgien cite plusieurs observations où ce moyen a réussi, mais il fut très-difficile de maintenir le bouton dans la plaie. Quelques malades n'éprouvaient aucune gêne, d'autres se ressentaient des inconvénients, ce qui força l'inventeur à modifier un peu son instrument.

L'observation suivante, empruntée à la thèse de Constantin.

M. Demons, montre les avantages et les inconvénients d'un tel procédé.

OBS. IX. — Jeanne X..., 32 ans, constitution forte, tempérament sanguin, éprouve un matin, en 1864, et sans cause appréciable, un peu de gêne dans les mouvements de la mâchoire inférieure, et s'aperçoit, en même temps, de la présence d'une petite tumeur sur le côté gauche du plancher de la bouche. Des gargarismes divers n'agissant en aucune manière sur la tumeur qui acquiert bientôt le volume d'une noix et rend la mastication impossible, la malade se décide à consulter un médecin.

Celui-ci ayant reconnu la nature de la tumeur, l'incise et fait écouler le liquide filant et incolore qui y était contenu, puis badigeonne l'intérieur du kyste avec de l'eau blanche. Soulagement immédiat ; mais l'incision se cicatrise, la tumeur se reforme et reprend bientôt son volume primitif.

La malade ponctionne alors elle-même le kyste toutes les fois qu'elle en est gênée et se contente de cette médication palliative jusque vers le milieu de 1865. A cette époque, elle consulte un autre médecin qui ponctionne la tumeur et y fait une injection iodée. Cette injection est suivie d'une inflammation fort vive et la tumeur ne reparait qu'au bout de quatre jours.

En 1866, un troisième médecin est consulté, et à quatre reprises différentes il cautérise le kyste avec de la pâte de Vienne. Ces quatre opérations sont suivies d'insuccès. Malgré des ponctions de plus en plus rapprochées (tous les deux jours), la tumeur continue à

grossir et bientôt de la tuméfaction se développe au niveau de l'angle inférieur de la mâchoire sur la partie latérale du cou.

En janvier 1867, la tumeur buccale a le volume d'un œuf de poule, elle remplit complètement le sillon linguo-dentaire, soulève et dévie la langue, arrive au niveau de la couronne des dents, de sorte qu'elle gêne la parole et rend la mastication impossible du côté gauche. La paroi supérieure du kyste présente de nombreuses brides cicatricielles, laissant entre elles quelques espaces où le tissu est tellement aminci qu'il permet d'apercevoir, par transparence, le liquide placé au-dessous.

Le 15 janvier 1867. Nouvelle opération. Procédé de Dupuytren. Incision de la tumeur à la partie médiane et antérieure, et avant que tout le liquide soit écoulé, on y insinue un bouton de Dupuytren caniculé. La petite plaie donne à peine quelques gouttes de sang, mais il s'en écoule une grande quantité de liquide, incolore, filant et d'odeur fade. La malade, vue cinq jours après, raconte que, pendant toute la journée de l'opération, l'écoulement du liquide a été très-abondant, et que, vers le soir, il s'est développé une inflammation qui a rendu les mouvements de la mâchoire très-douloureux. On constate que la tumeur buccale s'est affaissée, que l'engorgement cervical a complètement disparu et que la douleur a beaucoup diminué. Quelques jours après, il ne reste plus trace d'inflammation ni de tumeur. Du liquide s'écoule toujours librement par la canule. La parole est facile, et la mastication qui, depuis deux

ans, était impossible du côté gauche, y est aussi aisée que du côté droit.

La malade se considère comme guérie ; c'est à peine si, de temps en temps, elle est obligée de déboucher avec une épingle le canal du petit bouton qui s'oblitére par suite de l'introduction alimentaire, accident dont elle est prévenue par la reproduction de la tumeur.

Cependant, le 20 décembre 1867 (plus de onze mois après l'opération), cette femme vient nous prier de lui enlever l'appareil. Incisant une petite bride qui retenait le bouton, on l'enlève sans difficulté.

La malade, revue huit mois après, conservait un petit trajet fistuleux qui admettait l'introduction d'un stylet ordinaire et permettait un facile écoulement de liquide.

La présence de corps étrangers dans la bouche est fort gênante pour le malade, aussi a-t-on cherché la formation d'une fistule salivaire par des opérations plus ou moins compliquées.

Jobert de Lamballe, le premier, eut l'idée d'appliquer l'autoplastie à la cure des grenouillettes, et donne à sa méthode le nom de batrachosioplastie.

On procède de la manière suivante ; on dissèque un lambeau de muqueuse qu'il est facile de détacher de la paroi du kyste, puis on incise celle-ci et on vide la cavité. On réunit alors les bords de l'incision aux lèvres saignantes de la muqueuse au moyen de plusieurs points de suture.

Plusieurs modifications ont été apportées à ce premier procédé :

M. Forget dissèque la muqueuse dans une plus

grande étendue, divise le kyste par une incision cruciale, et obtient ainsi quatre lambeaux dont il opère la suture avec la muqueuse.

M. Ricord a proposé de passer au travers de la grenouillette des fils en croix avant de faire aucune incision, puis lorsqu'on a ouvert le kyste, on coupe les fils à leur point d'entre-croisement. Ils sont ainsi tout placés pour pratiquer la suture des quatre lambeaux, et les fixer aux bords de la muqueuse excisée.

M. Barrier taille sur la paroi supérieure de la tumeur un lambeau triangulaire. A la base de ce lambeau on fait une petite incision, et on y engage la pointe qu'on fixe avec un point de suture.

Ces opérations autoplastiques délicates, dit M. S. Duplay, sont loin d'assurer la persistance de la fistule qu'on a voulu établir, et cette difficulté à créer une fistule permanente est un argument de plus en faveur de l'opinion qui place la majorité des grenouillettes en dehors du canal de Wharton ; car s'il y avait réellement une dilatation de ce conduit, l'ouverture qu'on y pratique serait maintenue perméable par le passage continuel de la salive sous-maxillaire.

#### PROCÉDES DESTINÉS A FAIRE DISPARAITRE LE KYSTE EN L'ENEVANT OU L'OBLITÉRANT.

A. *Ponction simple.* --- Ce moyen connu dès la plus haute antiquité et reconnu comme purement palliatif, ne nous arrêterait pas, si nous n'avions pensé que l'observation suivante due à J. L. Petit, serait utile à relater afin de mettre en garde contre les ponc-

tions trop répétées, qui amènent quelquefois une inflammation et une suppuration de la poche.

Obs. x. — Une pauvre femme vint chez moi me montrer une grenouillette qu'elle portait depuis un an. Quoique la tumeur fut grosse comme un petit œuf de poule, elle lui avait causé, et lui causait si peu d'incommodité qu'elle n'avait pas osé s'en plaindre jusqu'alors.

Elle bégayait un peu en parlant. Je voulus lui faire l'opération, elle ne voulut point consentir. Six mois après elle revint beaucoup plus incommodée; sa tumeur était trois fois plus grosse. Ne pouvant être contenue dans la bouche, elle avait écarté les muscles génio-glosses et génio-hyoïdiens; elle s'était étendue entre les deux branches de la mâchoire inférieure, faisait une saillie considérable entre le menton et l'os hyoïde; la bouche était ouverte sans que la malade pût la fermer, et cependant on ne pouvait voir la langue qu'en baissant avec le doigt la partie de la tumeur qui s'était avancée entre les deux mâchoires, comme pour sortir de la bouche.

La malade avait beaucoup de peine à parler, ne pouvait prendre aucun aliment solide, avalait les fluides avec beaucoup de difficulté, elle ne respirait que par le nez, toussait souvent et ne pouvait cracher. Dans cet état déplorable elle consentit à l'ouverture; mais comme elle avait vu quelqu'un qui lui avait parlé de ponction, je ne pus la résoudre à souffrir le coup de lancette, je fus obligé de me servir du trocart que je poussai dans le milieu de la tumeur; il sortit par la

canule plus d'une chopine de fluide, mêlé de lymphé épaisse et de matière puriforme, et même du pus bien formé. Toutes les parties reprirent leur situation naturelle. La langue reparut et nous apprit bien qu'avant sa maladie, cette femme n'était pas muette; elle se croyait guérie pour toujours, mais je lui annonçai que son mal reviendrait pour n'avoir pas voulu permettre que je l'ouvrissse comme je le souhaitais. En effet, quinze jours après, sa tumeur reparut et grossit au point qu'au bout d'un mois, elle avait acquis son premier volume. Ne pouvant la convaincre de la nécessité de faire une ouverture plus grande, je me servis encore du trocart; la tumeur disparut comme la première fois. Je lui fis encore une troisième ponction.

Deux ans après, elle revint très-incommodée de la même tumeur, quoiqu'elle ne fût pas tout à fait si grosse, mais elle était dure, douloureuse, nuisait à la prononciation; la mastication ne pouvait se faire, la malade avalait difficilement les liquides, et, pour comble de malheur, la plaie de la dernière ponction était restée fistuleuse. Outre trois ponctions que j'ai faites, on avait faites sept autres depuis que la malade avait cessé d'avoir confiance en moi. Je lui fis plusieurs questions pour savoir ce qui s'était passé dans cet intervalle de temps; elle m'apprit qu'à chaque ponction qu'on lui avait faite, la tumeur avait acquis quelque degré de dureté, que dans sa plénitude elle ne devenait amais si grosse que le première fois; qu'on lui faisait beaucoup de douleur en la perçant, qu'étant vide, elle ne diminuait pas autant qu'elle avait coutume de frire après les autres ponctions et par conséquent

que la langue restait un peu plus gênée dans ses mouvements ; que l'humeur qui sortait n'était pas si fluide ni si limpide, et que d'une ponction à l'autre il s'en amassait moins, qu'elle revenait plus épaisse, qu'elle avait quelque odeur, et que sur les derniers temps, elle était devenue purulente, que l'ouverture de la ponction, suppurait longtemps avant de se réunir, et que la dernière, ne s'étant pas fermée, avait toujours rendu du pus. Il y avait déjà trois mois que cette dernière ponction avait été faite ; le foyer de la matière ayant une issue toujours fluente, ne s'était point rempli. La malade souffrait beaucoup, avait des frissons irréguliers, de la fièvre, ce qui me fit penser qu'il séjournait du pus dans la tumeur ; ayant en effet introduit une sonde jusqu'au fond de la fistule, il sortit une cuillerée de pus très-puant.

Tous les abcès qui s'ouvrent d'eux-mêmes, ou que nous n'ouvrons qu'imparfaitement, se guérissent assez difficilement, et souvent l'ulcère dégénère en fistule. Si, au lieu d'une simple ponction, la malade dont je viens de parler, m'eût permis dès le commencement d'ouvrir la tumeur dans toute son étendue et d'emporter ce que j'aurais pu du kyste, elle eût été guérie sans fistule et elle n'eût point été dans la nécessité de subir une opération difficile et douloureuse.

Voici la manière dont je procédai à cette opération. J'introduisis une sonde cannelée pour conduire un bistouri, le dos tourné du côté du gosier, le tranchant vers les dents incisives, et, ayant fait une ouverture suffisante pour porter le doigt jusqu'au fond, je disposai le bistouri de manière que le dos fût tourné du



côté des dents incisives, le tranchant du côté du gosier, afin de couper de la partie postérieure de cette fistule autant que j'en avais coupé de la partie antérieure. Les parois de cette fistule avait plus de 4 lignes d'épaisseur, et elles étaient fort dures. Heureusement que le sinus s'étendait sous le côté gauche de la langue, car, s'il eût été dans le milieu, entre les génio-glosses, on n'eût pas pu faire cette seconde incision sans s'exposer à couper les veines et artères ranules. Cette opération étant faite, je remplis toute la plaie de plusieurs bourdonnets de charpie sèche pour étancher le sang; je les appuyai avec une compresse languette, et j'assujettis le tout avec le bandage décrit dans l'article du filet. Cet appareil est fort incommode, mais j'obtins de la malade qu'elle le supporterait vingt-quatre heures, non-seulement parce qu'il comprime les vaisseaux qui pourraient fournir du sang, mais aussi parce qu'il tient les lèvres de la plaie suffisamment écartées pour y pouvoir loger un bourdonnet dont je fis usage pendant quatre ou cinq jours, après lequel la langue le chassa, et alors l'ulcère lavé continuellement par la salive n'eut plus besoin d'autre médicament, si ce n'est quelques gargarismes détersifs, auxquels j'ajoutai, suivant le besoin, du collyre de Lanfranc pour déterger, ou le baume du commandeur. Quand l'ulcère fut bien net, la salive qui le mouillait continuellement acheva la cure.

*Ponction avec injection iodée.* — Partant de cette idée que le meilleur traitement de l'hydrocèle est une injec-

tion iodée, Velpeau, le premier, eut la pensée de traiter de même les tumeurs sublinguales.

Les premières tentatives furent couronnées de succès mais on ne tarda pas à s'apercevoir qu'outre que ces injections ne mettaient pas à l'abri des récidives (obs. 9) cette méthode exposait le malade à une rétraction consécutive des tissus, avec gêne des mouvements de la langue et même paralysie du goût et de la sensibilité dans la moitié de cet organe (thèse de Landeta obs. 3).

MM. Denonvilliers et Nélaton crurent que l'infidélité de cette méthode tenait à la viscosité du liquide qui recouvrait les parois du kyste, et empêchait la solution de les imbiber convenablement. Pour remédier à cet inconvénient, ils firent précéder l'injection d'un lavage à l'eau : ils réussirent mais, quoiqu'il en soit, ce procédé est aujourd'hui peu employé.

Nous dirons la même chose des injections vineuses (Denonvilliers).

Enfin on a injecté de l'alcool dans une grenouillette et cette injection eut pour résultat une paralysie faciale du côté opéré.

Sous l'influence de courants continus faibles, la guérison survint au bout d'une quinzaine de jours.

*Excision et cautérisation.* — La méthode la plus simple, la plus bénigne et sans contredit celle qui compte le plus de succès est celle qui nous reste à décrire. Elle est due à M. le professeur Gosselin. Son intention a été d'oblitérer la poche au moyen d'une inflammation suppurative, ou tout au moins de granulations. Pour

cela il a combiné plusieurs des méthodes employées isolément, et s'est attaché surtout à tenir la cavité ouverte, jusqu'à ce que le fond de la poche fût revenu sur lui-même et oblitéré. Dans une première séance, il fait une large excision, en transperçant la tumeur avec un ténaculum et coupant avec des ciseaux courbés au dessous de cet instrument. Il voit aussitôt le liquide glaireux s'écouler, et porte le doigt ou une sonde de femme vers l'extrémité postérieure de la plaie pour chercher si la cavité se prolonge loin de ce côté; s'il en est ainsi, il agrandit avec des ciseaux. Il porte alors le crayon d'azotate d'argent sur tout ce qui reste de la surface interne de la poche. Le lendemain il rouvre avec une sonde cannelée la plaie, dont les bords sont déjà agglutinés, et porte de nouveau le crayon d'azotate d'argent sur la surface interne du kyste. Le surlendemain, il en fait autant, puis tous les deux jours il revient à la cautérisation, après avoir écarté de nouveau avec la sonde cannelée ou le stylet, les deux bords de la plaie. Lorsqu'il s'aperçoit que la réunion est déjà solide vers une des extrémités et que le stylet indique la présence d'un trajet, il fait de nouveau une incision sur ce point et cautérise. En général cinq cautérisations successives et une ou deux petites incisions secondaires lui ont suffi pour obtenir le résultat demandé.

L'inflammation consécutive est modérée; on voit rarement le pus, sans doute parce qu'il est entraîné avec la salive, mais on aperçoit bien chaque jour la surface granuleuse provoquée par la cautérisation, et avec laquelle coïncide probablement ici comme

partout ailleurs la suppuration. M. Gosselin a suivi, pendant plusieurs années, quatre femmes qu'il avait opérées de cette même manière, et n'a pas observé de récurrence. Quant à nous, dans les cas que nous avons vu opérer d'après ce procédé, l'opération a été indolente ou du moins très-peu douloureuse, et les deux malades vues par nous, l'une après huit mois (obs. 1), l'autre après un an (obs. 4) ne présentaient pas la moindre trace de récurrence,

Le lendemain de l'opération et les deux ou trois jours qui suivent, les malades se plaignent de douleurs assez vives, s'irradiant jusque dans l'oreille ; gonflement léger des ganglions sus-hyoïdiens, eschare se détachant peu à peu, guérison au bout de huit à quinze jours, même quelquefois plus vite (obs. 1) pas d'accidents ni récurrences à déplorer, tels sont les phénomènes qui se manifestent le plus souvent, ainsi que les avantages d'un procédé qui tend de plus en plus à se généraliser.

Enfin, pour terminer, nous signalerons un nouveau procédé préconisé par M. Benjamin Anger, à savoir : l'injection dans la poche, avec la seringue de Pravaz, de quelques gouttes d'une solution de chlorure de zinc. Le procédé est trop récent pour que nous nous permettions de le juger, aussi nous contentons-nous de le signaler.

Nous eussions pu nous abstenir d'entrer dans de si longs détails touchant le traitement, mais le nom des chirurgiens qui ont institué ces divers procédés, la nécessité où l'on se trouve de combattre, par plusieurs moyens, une affection quelquefois si rebelle, nous for-

gaient à consacrer plusieurs pages au traitement. D'ailleurs, chaque procédé compte ses succès et ses revers aussi le premier devoir est-il de ne pas adopter systématiquement un procédé à l'exclusion de tout autre, mais de savoir reconnaître ce qu'il y a de bon dans chacun pour s'en servir au besoin.

— 45 —

CONCLUSION.

Résumant les détails dans lesquels nous venons d'entrer, il nous semble que l'on peut en retirer les conclusions suivantes :

On donne le nom de grenouillette aiguë à une tumeur liquide du plancher de la bouche, tumeur dont la formation comprend deux temps. Dans un premier temps, le libre écoulement de la salive étant empêché, le liquide s'amasse dans le conduit excréteur de la glande sous-maxillaire, le distend jusqu'à son maximum de distension; arrivé à ce point le conduit se rompt, il se fait une fissure, et le liquide, trouvant enfin un passage s'épanche dans la cavité qui se présente, c'est-à-dire dans la bourse de Fleischmann ou dans une petite bourse analogue, qui peut bien exister dans le tissu lamineux abondant qui se trouve dans la région. Au premier temps correspond le symptôme douleur (colique salivaire). Au second, cessation de ce symptôme et apparition d'une tumeur dans le plancher de la bouche.

Quant au traitement, nous pensons que le meilleur procédé est celui qui a pour but d'amener l'adhérence des parois du kyste au moyen de l'excision et de la cautérisation répétée: enfin l'on doit éviter les ponctions souvent renouvelées qui ne peuvent guérir, mais exposent quelquefois à des dangers que l'affection en elle-même ne comporte pas.

---

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

*Anatomie et histologie normales.* — Aponévroses de l'abdomen.

*Physiologie.* — De la digestion intestinale. Du suc pancréatique.

*Physique.* — Courants thermo-électriques, thermomultiplicateurs.

*Chimie.* — De l'ammoniaque, ses propriétés, sa préparation; action des acides sur l'ammoniaque.

*Histoire naturelle.* — Des racines; leur structure, leurs tendances, leurs différentes modifications. Des bulbes, des bulbilles, des tubercules. Caractères qui distinguent les racines des rhizômes.

*Pathologie externe.* — Enumérer les tumeurs de l'orbite; en indiquer les signes différentiels.

*Pathologie interne.* — Des concrétions sanguines dans le système artériel.

*Pathologie générale.* — De la fièvre.

*Anatomie et histologie pathologiques.* — Des lésions de la dysentérie.

*Médecine opératoire.* — Des appareils employés pour le redressement du membre, dans le cas de pied bot.

*Pharmacologie.* — Des altérations que les médicaments officinaux peuvent éprouver par l'action de l'air, de l'humidité, du froid et de la chaleur. Quels sont les différents moyens pour leur conservation ?

*Thérapeutique.* — Des indications de la médication astringente.

*Hygiène.* — Des boissons aromatiques.

*Médecine légale.* — Empoisonnement par l'alcool. Comment est isolé l'alcool du sang.

*Accouchements.* — De l'influence de la grossesse sur la marche des maladies qui la compliquent.

---

Vu par le Président de la thèse,

GOSSELIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.