

285. Chez les enfants de tout âge, le muguet est rarement une maladie primitive et il annonce une phlegmasie des voies digestives.

286. Le muguet se montre ordinairement à la fin de toutes les maladies aiguës graves, et dans le cours des maladies chroniques.

287. Le muguet indique ordinairement un état général grave.

288. Le muguet qui se montre dans le cours des maladies chroniques, chez l'adulte, annonce ordinairement une mort prochaine.

## CHAPITRE XIV

### GRENOUILLETTE

La grenouillette est une maladie très-rare chez les nouveau-nés. Il n'y en a que trois exemples, l'un publié en 1833 par P. Dubois, l'autre par Lombard en 1862 (1), et l'autre par Bertin, de Gray (2). Dans ces trois cas la tumeur, au lieu d'être située dans le plancher de la langue, était dans la langue même en arrière du frein et formait un kyste volumineux rempli d'un liquide séreux et filant. Elle

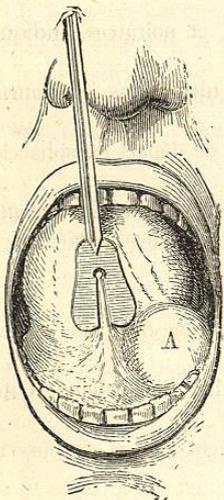


Fig. 65. — Grenouillette (\*).

était élastique, fluctuante et sa paroi était mince, tendue, transparente, nuancée de violet et parcourue par des arborisations vasculaires très-fortes. Chez l'enfant observé par Paul Dubois, la langue sortait à chaque instant de la bouche et empêchait la succion de l'allaitement; sur celui de Lombard, la langue était si volumineuse, qu'elle ne pouvait tenir dans la bouche et donnait lieu à des symptômes d'asphyxie qu'il fallait aussitôt faire cesser.

Ces tumeurs empêchent l'allaitement ou la respiration et il faut les vider. Pour cela une simple incision d'un centimètre suffit. Un liquide visqueux comme du blanc d'œuf s'écoule, les parois du kyste se rapprochent et s'agglutinent et le mal guérit en quinze ou vingt jours. Si le liquide se reproduisait, il faudrait inciser de nouveau et exciser de chaque côté une petite portion de la paroi du kyste, ayant avec soi une solution de perchlorure de fer pour arrêter l'hémorrhagie au besoin.

Toutefois avant de faire l'excision, il sera bon d'ouvrir de nouveau le kyste ou de le faire éclater par la pression des doigts. Je préfère cette méthode à l'application du séton dans le kyste, comme l'a fait Lombard. Ce serait peut-être aussi le cas, si le kyste se reproduisait après une première incision, de le vider en y injectant de la teinture d'iode.

Chez les enfants plus âgés, la grenouillette forme une tumeur enkystée (fig. 65) de volume variable, se développant dans la partie antérieure du plancher buccal au-dessous de la langue.

Les kystes de la grenouillette renferment, en général, un liquide qui, loin d'avoir la fluidité de celui qu'on trouve dans les kystes séreux, est épais, filant

(1) Lombard, *Comptes rendus de la Société de médecine de Toulouse*, 1862.

(2) Bertin, *Union médicale*, 1869, p. 773.

(\* A, tumeur enkystée.

comme du blanc d'œuf. Ces qualités du liquide ne sont pas spéciales à cette affection des glandes salivaires; on les retrouve dans les kystes formés aux dépens des follicules des sinus maxillaires, des sinus sphénoïdaux et frontaux, dans l'hypertrophie de la glande vulvo-vaginale ou de Bartholin. Il en résulte que de la simple constatation des propriétés physiques du liquide contenu, on est conduit à penser que les cavités qui y donnent naissance sont de nature granuleuse.

Relativement au *siège* de la grenouillette, les auteurs ont émis des opinions très-opposées que Giraldès range sous six chefs principaux.

« 1° La grenouillette est due à la dilatation des conduits excréteurs de la glande sublinguale; telle est la manière de voir de Lafaye, Munnikes, Louis, etc.

» 2° Elle est produite par la dilatation du canal de Wharton.

» Dans ces deux hypothèses, le mécanisme qui présiderait à la genèse de la grenouillette serait semblable à celui dont la glande lacrymale est parfois le siège lorsque le canal nasal est oblitéré. Mais, ici, il n'en est pas de même; car, assez souvent, malgré l'existence d'une grenouillette, l'écoulement salivaire persiste, phénomène qui serait inexplicable si les conduits excréteurs étaient réellement obstrués.

» 3° Elle tiendrait à l'hydropisie de la bourse séreuse de Fleischmann, située, comme on le sait, au niveau des attaches des muscles génio-glosses.

» 4° La ranule ne serait autre chose qu'un kyste séreux analogue à ceux que l'on rencontre dans les autres régions (Dupuytren, Breschet, etc.).

» 5° Pour Fabrice d'Acquapendente, Dionis, etc., elle serait causée par la dilatation des follicules de la muqueuse buccale, avec oblitération de leur conduit excréteur.

» 6° La dernière opinion attribue la grenouillette à la dilatation du canal de Wharton qui, se rompant, donnerait issue à la salive; celle-ci s'accumulerait dans un point limité par une membrane accidentelle.

Giraldès (1) ne voit dans les kystes muqueux qui constituent la grenouillette que des parois tapissées d'un épithélium de la nature de celui que possèdent certaines glandes, et, dans ces parois, des prolongements ou des culs-de-sac glandulaires provenant du canal; ce qui indique que l'on a affaire à des glandes. Or, dans le plancher de la bouche, il y a les glandes sous-maxillaires et les conduits de Wharton, et au-dessus les glandes sublinguales et les conduits de Rivinus. Si, alors, on examine avec soin les tumeurs désignées sous le nom de grenouillette, on est conduit à reconnaître avec Giraldès qu'il existe: 1° une grenouillette due à la dilatation des glandes sublinguales; 2° une grenouillette due à la dilatation de la glande sous-maxillaire et du canal de Wharton.

La grenouillette sublinguale est formée: 1° par le canal de Bartholin; 2° par les canaux de Rivinus. Il faut, avant tout, se rappeler nettement la disposition des glandes sublinguales. Elles sont nombreuses; chez certains sujets, on en trouve une vingtaine, munies de canaux qui viennent se terminer tous sous la langue de chaque côté de la ligne médiane, dans une étendue de 3 à 4 centimètres. Ces glandes appartiennent à la classe des glandes en grappes. Lorsque les conduits se dilatent, les acini s'atrophient. Si l'atrophie porte sur plusieurs glandes voisines, leurs conduits étant contigus, on observera une grenouillette multiloculaire.

Si, au contraire, ce travail s'effectue sur deux glandes éloignées, les deux tumeurs seront séparées; de sorte que, comme elles sont souvent à un degré de formation différent, on croira avoir guéri le malade en détruisant la plus visible,

(1) Giraldès, *Leçons cliniques (Gazette des hôpitaux)*, 1865, p. 337).

et l'on sera tout surpris de voir apparaître, quelque temps après, une nouvelle tumeur.

La grenouillette, d'abord peu volumineuse, n'attire pas l'attention ; mais, augmentant progressivement, elle finit par pousser la langue en haut et du côté opposé à son siège. En même temps, elle embarrasse ses mouvements. Elle est, en général, ovoïde, dirigée suivant l'axe des glandes. La membrane qui la recouvre offre des dilatations veineuses, aussi ressemble-t-elle assez à la peau des grenouilles. Au toucher, elle est indolente, fluctuante.

Les parties environnantes n'offrent aucune trace de phlegmasie si la tumeur est médiocrement développée. Dans le cas contraire, on voit les dents ébranlées s'incliner en dehors, les parties molles refoulées, la langue repoussée, non plus seulement du côté opposé, mais encore en arrière. La tumeur, ayant une grande tendance à se porter en avant, saillit entre les arcades dentaires et renverse les lèvres.

On observe enfin d'autres signes purement physiologiques : salivation, bave engendrant la malpropreté, déglutition devenant de plus en plus difficile, embarras de la parole, mastication impossible si la tumeur est interposée entre les dents, aspect hideux de la face, enfin, dans la première enfance, difficulté de la succion. Cette réunion de symptômes concourt puissamment à éclairer le diagnostic ; elle fait défaut dans les grenouillettes sous-maxillaires. Celles-ci ont aussi une grande tendance à s'accroître, non pas vers la partie supérieure et antérieure, mais vers le cou, faisant une saillie considérable à la région sous-hyoïdienne, etc.

Si, ce qui est rare, ces deux variétés existent sur le même individu, elles n'ont aucune communication entre elles, le feuillet aponévrotique qui sépare les deux glandes y mettant obstacle.

La marche de la maladie est très-variable ; en général, elle est lente, malgré l'assertion de quelques auteurs qui prétendent qu'en quelques heures la tumeur peut acquérir des proportions considérables.

La grenouillette sublinguale se reconnaît plus facilement que la grenouillette sous-maxillaire. On pourrait la confondre avec l'hydropisie d'une bourse muqueuse ou un kyste séreux. La première maladie s'en distingue par son siège plus en avant, au niveau de la symphyse du menton, par son développement d'avant en arrière. Les mêmes différences les séparent des kystes séreux.

Le pronostic, ordinairement peu grave, dépend surtout des accidents concomitants.

Dans certains cas, la grenouillette guérit spontanément ; d'autres fois, il y a des complications : inflammation, suppuration, etc. ; le plus souvent, il faut avoir recours à une opération.

**Traitement.** — Pour obtenir la guérison de la grenouillette, on a employé de nombreux procédés : la *ponction*, la *dilatation*, l'*incision*, le *séton*, les *injections iodées*, l'*incision avec anaplastie*, l'*extirpation* et l'*excision*.

La *ponction*, simple palliatif, est peu usitée.

La *dilatation* a été utilisée par Louis. Il introduisait des fils de plomb dans le conduit salivaire. Pour réussir, ce qui est assez rare, il faut que celui-ci soit apparent.

L'*incision*, le plus souvent, est insuffisante. La tumeur se vide, la plaie se cicatrice, et bientôt se montre une nouvelle grenouillette.

Le *séton*, moyen préconisé en Amérique, entre autres par Phisick (de Philadelphie). Il est gênant et le fil traversant la tumeur s'altère, détermine une suppura-

tion qui peut être la source d'accidents de toute sorte. Chez les nouveau-nés, c'est un bon moyen, témoin le cas de Bertin :

OBSERVATION. — Le 30 septembre 1867, Mlle F..., sage-femme, m'amène la femme B..., des Ferrières, dont la petite fille est atteinte dans la bouche d'une grosseur qui l'empêche de teter et augmente tous les jours.

A la naissance, la sage-femme n'a rien remarqué, et cependant elle passe toutes les petites bouches en revue, car elle *coupe le fil* à presque tous ses petits clients. Ce n'est qu'après deux ou trois jours que la mère s'est aperçue que l'enfant tétait difficilement, et, pendant les cris, elle a vu une petite saillie sous la langue. Cette saillie augmentant tous les jours, on s'est décidé à me l'apporter.

La petite fille, âgée de sept jours, est assez grasse, forte et bien constituée. Elle présente sur le plancher de la bouche, sous la langue, une tumeur élastique assez dure, comme transparente, et de la grosseur d'une petite noix. De forme ovoïde, elle est plus large en arrière, où elle paraît subdivisée en deux et se perd dans l'épaisseur des tissus ; sa pointe en avant est comme bridée par le frein, qu'elle soulève, et se trouve derrière la mâchoire.

Il ne faut pas un long examen pour se convaincre jusqu'à l'évidence que ce sont là les deux conduits de Warthon imperforés et distendus par le liquide sécrété depuis la naissance.

L'indication est facile à remplir.

Je traverse la partie antérieure de la tumeur avec une aiguille courbe conduisant un gros fil de soie, de façon à avoir les deux ouvertures d'entrée et de sortie à égale distance du frein, sous lequel je passe, et à un centimètre au moins l'une de l'autre. Les deux bouts de mon fil sont serrés assez fortement et noués ensemble. Un liquide clair, limpide, très-peu filant, sort aussitôt par les deux ouvertures, et de légères pressions achèvent d'effacer toute saillie. L'enfant prend le sein séance tenante, et parfaitement. La suture tombe le sixième jour, laissant une petite ouverture qui *a persisté*. L'infirmité ne s'est pas reproduite.

Cette observation est très-intéressante ; elle démontre : 1° la présence de la grenouillette dans les conduits de Warthon imperforés ; 2° la vacuité de ces conduits à la naissance, et, par conséquent, on peut en conclure que les glandes salivaires sommeillent jusqu'au moment où les aliments seront introduits dans la bouche. Quant au procédé opératoire, il a été facile, non douloureux, et le résultat a été des plus satisfaisants. J'ai essayé le même procédé chez une femme, mais j'ai échoué, et la guérison a été obtenue par une injection iodée (1).

Dupuytren avait une méthode spéciale. Pensant que la grenouillette était due à une affection du canal de Wharton, il fut conduit, après avoir ouvert la tumeur, à y introduire un bouton à double tête, laissant passer le liquide. Lors même que l'hypothèse de Dupuytren serait vraie, ce procédé n'en serait pas moins très-défectueux, car il est passible des mêmes reproches que le seton : le bouton joue le rôle d'un corps étranger, des dépôts s'accumulent sur lui, etc.

L'*injection iodée* a été employée dans le but de détruire la tendance envahissante de la tumeur. Ceux qui la préconisaient croyaient avoir affaire à un kyste. C'était une erreur, et la grenouillette étant due à une altération glandulaire, on peut toujours craindre que derrière celle qui fait saillie il en existe une autre. Quoi qu'il en soit, il faut, avant de pratiquer l'injection iodée, vider le kyste et le nettoyer, afin que le liquide médicamenteux agisse directement sur les parois. Ce manuel opératoire est assez long et compliqué, deux conditions mauvaises quand on opère sur des enfants. Enfin, les bénéfices qu'on en retire ne sont pas supérieurs à ceux que l'on peut demander à des procédés plus simples.

En présence des insuccès des procédés que nous venons de citer, Jobert a

(1) Bertin, *Union médicale*, 1868, t. VI, p. 567.

été amené à se servir de l'*anaplastie*. Ce chirurgien détache un lambeau de la muqueuse qui recouvre la tumeur, ouvre le kyste, le vide, étend ses parois qu'il recouvre avec le lambeau muqueux et réunit par des sutures. Cette modification n'a d'autre supériorité que d'être plus compliquée et sans profit.

Tous ces procédés, sauf le *séton*, doivent donc être sacrifiés sans le moindre regret. Restent enfin l'*extirpation* et l'*excision*. La première a l'inconvénient d'obliger à enlever avec la glande les parties voisines. L'excision est la plus avantageuse, surtout quand il s'agit des enfants. Elle consiste à ouvrir la tumeur, à exciser la plus grande partie des parois du kyste, enfin à cautériser la surface interne de la portion restante avec le nitrate d'argent.

## LIVRE XI

MALADIES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN.

### CHAPITRE PREMIER

CORPS ÉTRANGERS DANS LES VOIES DIGESTIVES

Des enfants avalent souvent des aiguilles, des épingles, des pièces de monnaie, des noyaux de fruit, des fragments d'os ou d'autres corps étrangers qui sortent de l'estomac de deux façons. Les uns peuvent traverser la paroi, cheminent dans les tissus et se présentent sur la surface de la peau. J'ai ainsi retiré plusieurs fois des aiguilles à la main, à la fesse et à l'épigastre. Voici un cas plus curieux dans lequel un brin de paille avalé a été retrouvé dans un abcès des parois thoraciques.

OBSERVATION — Le 7 juillet 1862, on amena à M. Horrow un enfant de neuf ans portant un abcès vers les dernières côtes droites, accompagné de matité de toute la région. Le 8 août on fit une ouverture entre la dixième et la onzième côte; il sortit une grande quantité de pus fétide. La suppuration continua, l'abcès augmenta de volume, et s'ouvrit le 4 septembre entre la onzième et la douzième côte. Le 7, la mère de l'enfant remarqua dans l'ouverture un petit corps blanc; croyant que c'était une esquille, elle le tira au dehors: c'était un morceau de paille que l'enfant croyait avoir avalé douze semaines auparavant, en jouant dans un champ.

Les autres descendent l'intestin avec le bol alimentaire et sont rejetés avec les matières fécales. C'est le plus grand nombre. Leur sortie s'effectue sans accident, mais quelquefois s'ils sont trop volumineux, ils peuvent produire un étranglement interne ou une déchirure de l'intestin suivie de péritonite ou enfin, arrêtés dans le rectum, déterminer de très-vives douleurs. Une fois j'ai retiré avec la main un os placé en travers de l'ampoule rectale et qui causait des souffrances abominables que l'enfant rapportait à l'anus.

### CHAPITRE II

DIARRHÉE

La diarrhée est une affection très-commune chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle. Il est souvent fort difficile d'en apprécier la véritable nature.

Elle se présente en effet sous les formes les plus diverses: tantôt elle résulte de troubles fonctionnels sécrétoires de la muqueuse intestinale sans altération organique appréciable, et tantôt, au contraire, elle dépend d'une altération anatomique de cette membrane. — Dans le premier cas, c'est un *flux*, ou un catarrhe de l'intestin; — dans le second, c'est le *symptôme d'une inflammation aiguë ou chronique des voies digestives* ou *gastro-entérite*. Il importe cependant qu'on sache distinguer entre elles ces variétés, afin de n'être pas exposé à commettre les plus graves erreurs de thérapeutique.

Dans cette pensée, et pour obvier aux inconvénients qui pourraient résulter d'une méprise, je vais tracer l'histoire de la diarrhée des jeunes enfants, en commençant par la description du flux muqueux idiopathique de l'intestin, ou *diarrhée catarrhale*, en ayant soin d'écarter ce qui concerne la diarrhée qui dépend des diverses inflammations de l'intestin. C'est la seule manière d'étudier convenablement et de comprendre tout ce qui se rapporte aux déjections intestinales.

**Définition.** — La diarrhée est un flux d'intestin caractérisé par la fréquence des déjections alvines modifiées dans leurs qualités physiques et chimiques. Il y a augmentation des produits de sécrétion de l'intestin et mélange de ces produits avec les matières excrémentielles.

**Historique.** — La plupart des auteurs qui ont tracé l'histoire de la diarrhée des enfants ont évidemment pris modèle sur l'adulte, sans considérer les variations que présente ce phénomène dans l'enfance. Quelques-uns cependant ont décrit d'une manière plus spéciale la diarrhée de la dentition, la diarrhée vermineuse (Sennert), la diarrhée des enfants allaités (Sauvages), la diarrhée pituiteuse ou fièvre muqueuse, très-fréquente chez les enfants atrophiques et sujets aux vers (1). Aucun n'a fait de la diarrhée des enfants l'objet d'une étude particulière.

Les dissertations spéciales datent d'une époque plus voisine de la nôtre. Toutes se recommandent par un caractère commun, qui est l'incertitude du diagnostic de la maladie. Leurs auteurs réunissent trop souvent la diarrhée catarrhale avec la diarrhée inflammatoire. Mais l'état si restreint des connaissances d'anatomie pathologique ne permettait pas de faire mieux. Ainsi ce qu'Ettmuller rapporte à la fièvre lymphatique s'applique à ces deux variétés de diarrhée. La fièvre rémittente d'Armstrong, de Butter, d'Underwood, les comprend l'une et l'autre. On pourrait en dire autant de la fièvre gastrique de Hufeland et de la description de la diarrhée donnée par Gardien (2).

Dans ce siècle, les auteurs sont généralement tombés dans un excès contraire. Ils ont, dans leurs tendances trop exagérées de localisation, rapporté à l'entérite ou à la gastro-entérite, un assez grand nombre de faits de diarrhée catarrhale qui ne se rattachent pas aux modifications anatomiques du tissu de l'intestin.

Ainsi Billard admet quatre espèces d'inflammation de la muqueuse gastro-intestinale susceptibles de provoquer la diarrhée. — La première, c'est l'*entérite érythémateuse*, à laquelle se rattache le muguet de la bouche. — La deuxième est encore une *entérite érythémateuse*, avec altération de sécrétion de l'intestin et production de muguet dans son intérieur. — La troisième est constituée par l'*inflammation des follicules de l'estomac et de l'intestin*: c'est l'*entérite folliculeuse*. L'auteur la regarde comme étant spéciale au nouveau-né. — Enfin, dans la quatrième espèce, l'*entérite proprement dite*, on trouve les rougeurs, les ulcères

(1) Stoll, *Aphorismi de cognoscendis et curandis febribus*. Vienne, 1785. Aph. 376.

(2) Gardien, *Traité d'accouchement, des maladies des femmes et des enfants*, 3<sup>e</sup> édition. Paris, 1823.