

On discute sur *l'âge où il convient d'opérer*. Julius Wolff recommande d'intervenir, si l'on a le choix, lorsque l'enfant a de 6 à 10 mois; moins radical, Ehrmann (de Mulhouse) opère vers la troisième année; enfin U. Trélat, dont j'imité la pratique, reculait l'acte chirurgical jusque vers 6 ou 7 ans.

L'argument principal des opérateurs précoces est le suivant. Le vice de prononciation est dû au vice de conformation du palais : laissez le sujet s'habituer à parler de la sorte, puis obténez la fissure palatine, et le résultat phonétique sera nul, l'habitude étant devenue comme une seconde nature. Il faut donc, au plus vite, remettre les parties en bon état. A cela Trélat répondait que l'efficacité de cette manière de procéder était possible, mais non démontrée, et qu'elle avait certains faits contre elle. Pour obtenir un très bon résultat fonctionnel, l'éducation post-opératoire est indispensable : or, elle ne peut être entreprise avec quelque chance de succès que sur un enfant déjà assez raisonnable pour comprendre le bénéfice qu'il en peut tirer, c'est-à-dire sur un enfant âgé d'au moins 6 à 7 ans. Joignez à cela que c'est l'âge où l'opération est rendue aisée par les dimensions de la cavité buccale, où les soins consécutifs, l'ablation des fils, sont facilités par la docilité du sujet. Prenez note encore d'une constatation importante de M. Ehrmann : plus l'enfant est opéré jeune et plus la voûte palatine se rétrécit par la suite, ainsi qu'on s'en rend compte en mesurant sa largeur entre les canines, entre les molaires. L'intérêt de cette constatation ne saurait échapper, et cette difformité définitive est sûrement une mauvaise condition pour le rétablissement d'une phonation correcte. Enfin et surtout, d'après une expérience portant actuellement sur 150 cas, je puis affirmer qu'en suivant les préceptes de Trélat on n'a pas de mortalité, tandis que les relevés de J. Wolff accusent environ 15 pour 100 de décès.

## II

## MACROGLOSSIE

PAR LE D<sup>r</sup> A. BROCA

Depuis bien des années, on trouve décrite dans les auteurs une lésion caractérisée par une hypertrophie, parfois énorme, de la langue, qui remplit la cavité buccale, puis pend au dehors d'elle.

Sans doute, dans ces *macroglossies*, sont englobées bien des lésions disparates, les unes congénitales par exemple, les autres acquises. Quelle parité établir entre un prolapsus lingual constaté dès la naissance et un autre qui s'installe après une glossite aiguë, passée à la chronicité? Et cependant, pour la *macroglossie vraie*, celle de l'enfance, il ne semble pas qu'on puisse admettre la congénitalité comme critérium, car parfois la lésion, quoique survenue à un âge quelconque, sans cause connue, paraît semblable à la macroglossie congénitale. Serait-ce donc que, dès sa naissance, le sujet portait une lésion méconnue, qui s'est mise à croître sans qu'on sache pourquoi?

C'est là une des obscurités de la question qui nous occupe : ce n'est pas la seule, et cela se conçoit, car il s'agit là d'une lésion fort rare. Est-elle, comme on l'a dit, moins rare en Angleterre, en Amérique, qu'en France? Le fait est possible. Ce qui est certain, c'est que cette maladie est exceptionnelle chez nous : je n'en ai pas observé un seul cas à l'hôpital Trousseau, où, depuis novembre 1892, j'ai soigné plus de 28 000 enfants.

**Anatomie pathologique.** — La macroglossie peut être produite par trois ordres de lésions : lymphatiques, vasculaires sanguines, musculaires. Dans la plupart des cas, il s'agit d'un *lymphangiome*, comme dans bon nombre d'« hypertrophies congénitales ». Ce n'est alors sûrement pas une glossite chronique, et si, d'autre part, dans cette forme, parfois l'élément musculaire est anormalement développé, Virchow a fait voir qu'entre les fibres hyperplasiées existait un tissu conjonctif abondant, avec un aspect caverneux bien visible à la loupe. Dans ces espaces, il y avait des cellules lymphatiques, et au total Virchow concluait qu'il y avait une grande analogie avec l'éléphantiasis congénital. En outre, les histologistes modernes ont démontré, par l'imprégnation argentique, que ces lacunes ont un revêtement endothélial.

Lorsque l'on examine au microscope une langue atteinte de macroglossie lymphagiomateuse, on voit d'abord que la muqueuse est altérée. L'épithélium y est épaissi, les parties exposées à l'air en sont kératinisées. Les papilles, volumineuses, sont pour la plupart creusées de vacuoles contenant des cellules lymphatiques, dont quelques-unes s'agglomèrent en petits amas; par places des globules rouges peuvent être mêlés à ces cellules. Certaines

papilles sont réduites à une mince coque conjonctive doublant l'épithélium autour des lacunes. Dans la couche sous-muqueuse existent également des travées de tissu conjonctif lacunaire, et au milieu de ces lacunes irrégulières apparaissent sur les coupes des espaces circulaires, véritables troncs lymphatiques. Ce même tissu conjonctif lacunaire dissocie, dans le corps charnu de la langue, les fibres musculaires, et, contrairement à l'état normal, ces fibres musculaires sont moins abondantes que le tissu interstitiel.

Ces lésions sont celles qui, d'après Wegner, caractérisent le lymphangiome simple : c'est à elles que se rattache presque toujours la macroglossie. A un degré plus avancé, on observe le lymphangiome caverneux et même kystique.

Parfois, les kystes séreux de la langue s'accompagnent de kystes séreux multiloculaires du cou. Des auteurs anciens avaient d'ailleurs déjà noté la coïncidence possible du prolapsus lingual et d'une grenouillette congénitale, et il semble bien que ces prétendues grenouillettes n'aient souvent été que des kystes séreux du plancher buccal. Cette coexistence n'est pas faite pour surprendre, s'il est vrai que la macroglossie congénitale soit un lymphangiome, car aujourd'hui les kystes séreux multiloculaires du cou sont rattachés au lymphangiome.

Maintenant, ces tumeurs sont-elles toujours exclusivement lymphatiques? Ou bien certains angiomes ne peuvent-ils pas se compliquer de lymphangiectasie? ou même ne peut-il pas se constituer des kystes séreux d'origine sanguine dans des angiomes? Toutes ces questions, communes à tous les angiomes et lymphangiomes, ne peuvent être débattues ici.

Enfin, deux autres variétés anatomiques rares doivent être signalées. Dans l'une, la masse de la tumeur est angiomateuse. Dans l'autre, plus volontiers associée à diverses malformations, il y a hyperplasie musculaire.

**Étiologie.** — On a dit que la macroglossie s'associe parfois à des déficiences cérébrales. Les causes réelles restent inconnues, et nous pouvons omettre les histoires dont fourmillent les anciens traités pour mettre en évidence le rôle des impressions maternelles.

Quelques auteurs ont prétendu que le prolapsus était initial et que la macroglossie, due à l'irritation de la portion prolabée, lui était secondaire. Il est certain, en effet, qu'une fois le prolapsus constitué, la glossite aggrave l'hypertrophie, au moment de l'éruption des dents par exemple; mais il faut admettre que la langue sort de la bouche parce qu'elle est primitivement trop volumineuse.

**Symptômes.** — Ce qui a conduit à ces discussions, c'est qu'à la naissance le prolapsus net est rare; d'où également les débats sur la congénitalité. Mais bien des observateurs ont constaté que la langue, contenue dans la bouche, était volumineuse, qu'elle sortait par moments entre les lèvres, que la salive s'écoulait volontiers au dehors, que la bouche avait tendance à rester ouverte.

A ce degré, les enfants tettent ordinairement bien. Quelquefois, cependant, la succion est légèrement entravée et, par exemple, elle s'exerce mal

sur les mamelons petits et courts. Quelquefois, il faut élever l'enfant au biberon, ou à la cuiller.

Peu à peu le volume augmente, la procidence commence ou s'accroît. La partie prolabée a d'abord l'aspect d'une langue normale, mais bientôt la muqueuse exposée à l'air se sèche, s'épaissit, ses papilles s'élargissent et proéminent. Assez souvent, cette aggravation progressive, mais lente, subit une poussée brusque au moment de la dentition, lorsque sortent les incisives inférieures. Ou bien cette poussée a lieu vers deux ou trois ans.

La langue arrive de la sorte à ne plus pouvoir rentrer qu'avec effort, puis le rapprochement des mâchoires est difficile, puis enfin, à la période d'état, le prolapsus est définitif. Alors, la partie intra-buccale paraît saine, mais la partie prolabée peut avoir dix fois le volume d'une langue normale. Elle est de consistance ferme, elle ne tarde pas à devenir noire, ou au moins grisâtre, rugueuse, fendillée, couverte de papilles calleuses qui peuvent avoir jusqu'au diamètre d'une lentille. Sa forme est d'ordinaire cylindroïde, plus rarement étalée en tablier, quelquefois les bords sont relevés en gouttière. En soulevant cette masse, on voit sa face postéro-inférieure souvent sillonnée de veines variqueuses sur les côtés du frein.

A la limite de la partie extrabuccale et de la partie intrabuccale, les dents exercent sur l'organe une compression fâcheuse et de là, à la face inférieure surtout, des ulcérations fréquentes et même de véritables accidents d'étranglement. Quelquefois, à la face inférieure, le frein est respecté, engagé qu'il est entre les deux incisives médianes, et il est flanqué de deux ulcérations latérales.

Par le poids de la langue s'explique la déviation en bas et en dedans des incisives déchaussées et incrustées de tartre, de la partie moyenne du maxillaire inférieur; quelquefois même l'articulation temporo-maxillaire se luxé.

Il est inutile de décrire longuement les troubles de la mastication, de la déglutition, de la phonation, quelquefois de la respiration.

La lésion peut subir un arrêt à partir de la puberté. Mais souvent son accroissement est continu, à l'occasion de poussées inflammatoires à répétitions provoquées par le froid, par une palpation trop brusque, par des morsures, ou coïncidant avec la période menstruelle. Il se fait, dans ces conditions, de véritables lymphangites aiguës, et c'est là une analogie de plus avec les éléphantiasis.

**Diagnostic.** — Le diagnostic du prolapsus lingual est évident. Il reste dès lors à déterminer en présence de quelle variété on se trouve. En somme, la seule question à résoudre est de savoir s'il s'agit d'une macroglossie congénitale ou d'une glossite chronique hypertrophique. On y parviendra aisément par un interrogatoire précis, en déterminant bien le début par une glossite aiguë. Les observations de Leblanc, de Humphrey, de Fréteau, par exemple, sont certainement des glossites chroniques avec prolapsus. Les faits de ce genre sont devenus tout à fait exceptionnels de nos jours, car leur cause la plus fréquente était la glossite mercurielle.

**Pronostic.** — Si l'on ne considère que la vie, l'affection est bénigne, quoique l'on ait observé quelquefois la mort par inanition, par suffocation.

Mais la guérison spontanée n'existe pas et, sauf intervention chirurgicale, les sujets sont soumis pour toute leur vie à une infirmité dégoûtante : il est vrai que cela n'a pas empêché quelques femmes de se marier. Les décès opératoires sont rendus rares par l'antisepsie, mais plusieurs fois on a vu la récurrence survenir, et, d'autre part, une fois la langue enlevée, il peut persister des déformations difficilement curables du maxillaire. De là la phrase de Bouisson : « Le prolapsus de la langue n'est pas grave, disent, avec Boyer, ceux qui n'ont jamais eu l'occasion de l'observer ».

**Traitement.** — A la première période de la macroglossie congénitale, on a de bons résultats en élevant l'enfant au biberon ou en choisissant une nourrice à mamelons longs ; en maintenant la bouche toujours fermée à l'aide d'une fronde.

Lorsque la langue est prolabée — et ici la macroglossie acquise devient à peu près semblable à la congénitale — on a tâché d'agir sur elle par des lotions astringentes, et l'on n'en a rien obtenu. Les sangsues ont aggravé l'état de certains malades.

La compression par des bandages spéciaux n'a donné de résultats que dans quelques macroglossies acquises.

Dans ces dernières années, on aurait eu des succès par l'ignipuncture profonde, par la ligature atrophiante des linguales. Mais il semble que la méthode de choix soit l'amputation de la partie exubérante. L'amputation, suivie de suture, doit se pratiquer à l'instrument tranchant.

Les résultats thérapeutiques de l'amputation sont bons. J'ai déjà dit que quelquefois il y a récurrence : mais on en vient presque toujours à bout par une seconde intervention.

La langue une fois ramenée à ses proportions normales, la besogne du chirurgien n'est pas terminée : il doit s'occuper des déviations dentaires et osseuses. On redressera donc les incisives et les canines, on arrachera les molaires postérieures si elles sont trop allongées. On tentera de rectifier la direction du maxillaire inférieur en exerçant une compression constante avec une fronde passée sous le menton, ce qui aura en outre l'avantage de s'opposer à la récurrence du prolapsus.

## III

## TUMEURS DU PLANCHER DE LA BOUCHE

PAR LE D<sup>r</sup> A. BROCA

On observe chez l'enfant des tumeurs liquides et enkystées du plancher buccal que les auteurs classiques ont pendant longtemps englobées sous le nom générique de grenouillettes, ensemble artificiel où l'on allait du kyste salivaire à l'angiome en passant par le kyste dermoïde. Si l'on veut étudier la question avec quelque clarté, il est nécessaire, au contraire, de bien distinguer ces diverses lésions, qui n'ont aucune analogie anatomique ni clinique.

## I. — GRENOUILLETES

On appelle grenouillettes les kystes salivaires du plancher buccal.

**Symptômes. Variétés.** — La *grenouillette sublinguale* est le type de ces tumeurs. Elle se caractérise par une tumeur latérale, pouvant empiéter sur la ligne médiane et se creuser alors, sur la partie antérieure, d'un sillon imprimé par le frein de la langue. Elle est ovoïde, à grand axe longeant la mâchoire, recouverte d'une muqueuse rosée, amincie, que sillonnent parfois de grosses veines, et qui laisse transparaître la couleur citrine du contenu. Fluctuante ou rénitente, elle peut acquérir le volume d'un œuf de poule.

Cette grenouillette est indolente, s'accroît peu à peu, en sorte que son début exact ne saurait être précisé. Volumineuse, elle donne à la voix un timbre spécial et peut arriver à gêner la déglutition, la succion, voire, chez l'enfant en bas âge, la respiration. La chose est exceptionnelle, car, avant de devenir aussi grosse, la tumeur a coutume de crever spontanément, après quoi elle récidive.

Lors de cette rupture, ou lorsqu'on opère, on constate que le contenu est un liquide limpide, à peine teinté en jaune, plus ou moins consistant, filant, très albumineux, ce qui le différencie de la salive normale.

Quelquefois à cette tumeur est associée une *tumeur sus-hyoïdienne*, latérale, en général assez mal limitée, ordinairement plus tardive, survenant même de préférence après plusieurs récurrences de la grenouillette sublinguale, que celle-ci ait été opérée ou se soit rompue spontanément. Il est possible, mais non constant, que l'on transmette la fluctuation d'une de ces tumeurs à l'autre.

La règle est que dans ces grenouillettes, avec ou sans tumeur sus-

hyoïdienne, le canal de Wharton soit perméable à un stilet, qu'après cathétérisme on sent en avant et en dehors du kyste sublingual.

**Pathogénie. Anatomie pathologique.** — Cette dernière constatation suffit à ruiner, même pour les cas où elle n'est pas faite, l'hypothèse d'une dilatation localisée du canal de Wharton. Cette pathogénie semble n'être applicable qu'à quelques rares cas de *grenouillette congénitale* par oblitération de l'ostium ombilicale. On voit alors une tumeur cylindroïde, longeant le maxillaire.

D'une manière générale, on doit considérer la grenouillette comme due non pas à une rétro-dilatation d'ordre mécanique, mais à un processus d'ordre néoplastique, comparable jusqu'à un certain point à celui d'où naissent les kystes multiloculaires de l'ovaire.

Ce processus frappe de préférence la glande sublinguale, quelquefois la sous-maxillaire. De là la grenouillette vulgaire et la grenouillette sus-hyoïdienne. Mais les autres glandes salivaires peuvent être atteintes de même, et de là, par exemple, des tumeurs semblables, au siège près qui correspond à celui des glandes de Blandin. Il est erroné de vouloir, avec quelques auteurs, attribuer la majorité des faits à cette dernière glande.

Dans ce cas spécial, la tumeur occupe la pointe de la langue : j'en ai recueilli deux observations chez l'enfant. De même, j'ai vu une petite masse polykystique située sur le bord de la langue, juste en avant du pilier antérieur, au siège des glandes de Weber. Ces kystes salivaires sont fort comparables à ceux qui occupent les glandules géniennes ou labiales.

Tous ces kystes peuvent exister chez l'enfant; ils peuvent même être congénitaux. On commence, comme je viens de le dire, à avoir sur leur évolution quelques notions anatomiques précises. Mais leurs *causes* sont inconnues.

**Traitement.** — Les ponctions et incisions simples sont toujours suivies de récurrence. Les injections irritantes dans la poche sont assez efficaces, mais infidèles, et quelquefois dangereuses par œdème du plancher buccal. Le vrai traitement consiste dans la *résection de la poche*, après incision de la muqueuse, qui d'ordinaire se laisse facilement décoller. Dans la profondeur, il est de règle qu'on laisse un peu de la paroi kystique, mais si, après tamponnement à la gaze iodoformée, on pratique les jours suivants quelques cautérisations au nitrate d'argent, on obtient vite une guérison complète.

## II. — KYSTES DERMOÏDES

Les kystes dermoïdes du plancher buccal sont presque toujours, anatomiquement, des kystes simples, c'est-à-dire contenant seulement des poils et non point des tissus ostéoïdes et plus ou moins complexes.

Certains kystes adhérents à l'os hyoïde sont mucoïdes.

Quelquefois, dès les premiers jours de la vie, on s'aperçoit que l'enfant a le menton saillant; mais plus souvent la tumeur n'est reconnue qu'assez tard, vers l'âge de 6 à 7 ans, ou même à la puberté seulement.

Cette tumeur est d'ordinaire médiane, mais quelquefois latérale. C'est dans ce dernier cas qu'on pourrait la prendre pour une grenouillette. Et encore l'erreur est-elle rendue bien difficile par la couleur souvent blanchâtre, la possibilité d'une mollesse qui conserve l'empreinte du doigt, l'adhérence fréquente au squelette, soit aux apophyses géni, soit à l'os hyoïde. Ces adhérences sont démontrées par des tractus fibreux sentis à la palpation, par des mouvements qui suivent ceux de l'os hyoïde pendant la déglutition.

Ces kystes se développent très lentement; mais ils peuvent à un moment donné s'enflammer, d'où des accidents sérieux; chez le jeune enfant ils peuvent être, par leur volume, un obstacle dangereux à la succion, à la respiration.

On doit donc les opérer, et c'est à ce point de vue qu'il est utile de connaître leur siège anatomique exact, qui, pour les médians, est situé entre les muscles génioglosses et géni-hyoïdiens, au-dessus du mylohyoïdien; c'est alors aussi qu'on a besoin de savoir si les adhérences ont lieu aux apophyses géni ou à l'os hyoïde. Dans le premier cas, en effet, le mieux est d'extirper la poche par voie buccale. Mais pour les kystes adhyoïdiens on ne peut arriver facilement, par cette voie, à une extirpation complète; et, d'autre part, il est dangereux d'avoir une plaie cervicale profonde et anfractueuse qui s'ouvre dans la bouche: aussi, malgré la cicatrice ultérieure, l'incision sus-hyoïdienne est-elle la méthode de choix.