

l'infection de l'économie, la plus propre à ouvrir la porte à l'absorption des miasmes extérieurs et des excréments vicieuses fabriquées dans le corps malade, la plus contraire à cette capacité de résistance qui est le grand mobile des convalescences et de la curation définitive. Je ne veux pas dire qu'il faille gorger d'aliments les petits malades; je veux dire seulement qu'il faut satisfaire leur appétit s'ils en ont, et les forcer à manger un peu s'ils y répugnent trop. Je reviens sur ce point que j'ai déjà développé à propos du traitement de la diphthérie en général : ne craignez pas d'employer l'intimidation. Bien des fois, en m'armant d'une sévérité apparente dont j'exagérais l'expression, j'ai contraint des enfants à se nourrir, et j'ai préparé les voies d'une curation que j'eusse jugée impossible sans cela. Le lait, les œufs, la crème, le chocolat, les potages, sont les moyens sur lesquels j'insiste le plus. S'il est nécessaire, il faut avoir recours à la sonde œsophagienne pour introduire dans l'estomac les bouillies liquides, les boissons alimentaires que l'enfant refuse de prendre.

Ce que je viens de dire indique assez que je proscriis de la manière la plus formelle la continuation des moyens que l'on a pu, avant l'opération, juger plus ou moins utiles, savoir : le calomel, l'alun, les vomitifs, les purgatifs, qui ne peuvent être compatibles avec l'alimentation que je conseille.

Un fait remarquable, c'est qu'une fois la trachéotomie pratiquée, on n'a plus à se préoccuper des manifestations diphthériques pharyngiennes ou laryngées qui auparavant demandaient à être si vigoureusement combattues; elles guérissent d'elles-mêmes. Il semble que la maladie, arrivée dans les voies aërières, ait épuisé là toute son action; et si, en donnant par la trachéotomie passage à l'air dans l'appareil respiratoire, on empêche le malade de mourir, la guérison s'opérera naturellement. Je parle des manifestations diphthériques pharyngiennes et laryngées, car les manifestations cutanées doivent être poursuivies à outrance par les moyens topiques que je vous ai indiqués, sous peine de les voir devenir l'occasion d'une résorption funeste et d'une infection générale qu'il faut à tout prix éviter.

Dans les premiers temps où je pratiquais la trachéotomie, je prescrivais, à l'exemple de Bretonneau, d'écouvillonner aussi loin que possible la trachée avec une petite éponge fixée à l'extrémité d'une baleine. J'ai depuis longtemps renoncé à cette opération aussi bien qu'à la cautérisation de la trachée, que je faisais, soit à l'aide de l'éponge imbibée de caustique, soit en instillant ce caustique en solution dans l'eau. Ces manœuvres m'ont paru avoir plus d'inconvénients que d'avantages réels; j'en dirai autant des *instillations de chlorate de soude* imaginées par M. Barthez qui, après en avoir fait l'objet d'une communication à la Société médicale des hôpitaux, en a lui-même reconnu l'inutilité.

Un point essentiel est de nettoyer fréquemment la canule interne, de

façon à rendre aussi facile que possible l'entrée de l'air. Je recommande de la nettoyer toutes les deux heures.

Il reste maintenant une dernière partie du traitement assez délicate, et sur laquelle je veux insister un instant : c'est celle qui regarde l'ablation de la canule et l'occlusion définitive de la plaie.

Je ne parle pas de la méthode que M. Millard a conseillée, et qui consiste à enlever momentanément la canule dès le premier pansement, ce que mon jeune et intelligent confrère a l'habitude de faire au bout des premières vingt-quatre heures. M. Millard se propose, en agissant ainsi, d'aider l'expulsion des fausses membranes volumineuses qui, retenues par la canule, l'oblitéraient et pourraient provoquer des accès de suffocation. Sans doute, dans les cas où cette suffocation se produirait, l'indication est précise, mais dans les circonstances ordinaires je ne vois pas l'avantage, encore moins la nécessité, de suivre cette méthode. Je n'en établis pas moins en principe que plus tôt la canule est enlevée définitivement, mieux cela vaut; mais il est rare qu'on puisse l'enlever avant le sixième jour; il est rare qu'on doive la laisser au delà de dix jours. Cependant il est des cas dans lesquels le larynx restera complètement fermé pendant quinze, vingt, quarante-quatre jours, comme j'en ai vu un exemple chez une jeune fille, qui d'ailleurs a guéri. J'ai cité un enfant qui avait gardé sa canule pendant cinq ans. Ce malade vit encore; mais il a une fistule aërienne.

A la fin de la première semaine, on enlève donc la canule, en ayant soin de ne pas effrayer et de ne pas faire pleurer l'enfant. Les pauvres petits opérés se sont si bien accoutumés à respirer par une voie artificielle, que lorsque l'on ferme cette voie pour faciliter le passage de l'air à travers le larynx, ils sont pris d'un accès d'épouvante qui s'exprime par de l'agitation, des cris, et provoque l'accélération des mouvements respiratoires. Le larynx est encore un peu obstrué, soit par de fausses membranes peu adhérentes, soit par du mucus, soit par le fait d'une légère tuméfaction de la membrane, de plus les muscles laryngés ont perdu peut-être l'habitude de se contracter harmoniquement pour les besoins de la respiration; il en résulte une gêne souvent fort grande. Cette gêne se dissipe assez bien, dans le plus grand nombre des cas, si l'on parvient à tranquilliser le petit malade, et c'est là un rôle qui appartient plutôt à la mère qu'au médecin. La plaie est alors fermée avec des bandelettes de taffetas d'Angleterre. Si le bruit de la toux, de la respiration, et la nature de la voix ou du cri indiquent que l'ouverture du larynx est redevenue assez considérable, on achève le pansement de façon à favoriser une réunion immédiate; mais si l'air ne passe qu'en quantité insuffisante, on ne met pas de bandelettes; on place seulement sur la plaie un linge fenêtré enduit de cérat, et l'on attend au lendemain pour la fermer. Si l'air ne passe pas du tout, on replace la canule, et, deux ou trois jours plus tard, on recom-

mence la tentative. Dès que la respiration s'exécute bien, malgré l'occlusion de la plaie, on renouvelle le pansement deux ou trois fois par jour; ordinairement l'ouverture de la trachée est close au bout de quatre à cinq jours; il ne reste plus que la plaie extérieure que l'on panse à plat, et qui ne tarde pas à se fermer à son tour.

La présence de la canule dans la trachée-artère peut occasionner, assez rapidement parfois, un accident sérieux, sur lequel M. Henri Roger a surtout appelé l'attention, je veux parler de l'*ulcération de la trachée-artère*¹. Il résulte en effet des recherches de cet observateur sagace que le conduit trachéal s'ulcère fréquemment au contact de la canule, et que la lésion ainsi produite varie en profondeur depuis la simple érosion jusqu'à la perforation complète de la paroi. M. Roger a constaté le plus souvent l'ulcération sur la paroi antérieure de la trachée-artère (auquel cas elle était déterminée par le frottement du bord inférieur de la canule), et assez rarement sur la paroi postérieure (elle résultait alors du contact de la courbure de cet instrument). On comprend tout ce qu'a de redoutable la perforation complète de la trachée: dans deux cas empruntés à M. Barthez, la canule ne se trouvait plus séparée du tronc brachio-céphalique artériel que par l'épaisseur de la tunique fibreuse de la trachée-artère; d'autres fois, la lésion du conduit aérien a déterminé la formation d'abcès et de fusées purulentes; en tout cas, elle devient, par la suppuration qu'elle entraîne, une nouvelle cause de déperdition des forces.

Comme les ulcérations sont évidemment le résultat d'un frottement trop énergique, et qu'on ne peut éviter celui-ci, le problème à résoudre était de le rendre le plus doux possible. M. Roger a donc proposé d'abord d'adopter la courbure dont je vous ai parlé, et ensuite de rendre le corps de la canule *mobile* sur son pavillon; de telle sorte que dans tous les mouvements de la trachée, le corps de la canule se meut avec ce conduit, sans frotter sur la paroi au contact de laquelle il se trouve, et frotte au contraire sur le pavillon auquel il est articulé lâchement. Ainsi le pavillon de la canule est solidement fixé au cou, et le corps de l'instrument (qui se trouve en rapport avec la plaie et l'intérieur du conduit aérien) se meut sur le pavillon. Depuis le travail de M. Roger, on ne se sert plus à l'hôpital des Enfants que de canules mobiles, et les ulcérations sont, depuis lors aussi, devenues et plus rares et moindres quand elles se forment.

Bien que je ne doute pas que le mauvais état général et le génie spécial à une épidémie soient pour beaucoup dans la fréquence des lésions signalées par M. Roger, cependant je n'hésite pas à reconnaître qu'il y a

1. H. Roger, *Des ulcérations de la trachée-artère produites par le séjour de la canule après la trachéotomie*, dans *Archives générales de médecine*, 1859.

là, messieurs, un véritable progrès, et je vous engage à vous servir des canules mobiles préférablement aux canules fixes.

Il est un accident assez grave que j'ai signalé depuis longtemps à l'attention des praticiens, et sur lequel M. Archambault a insisté: je veux parler de la difficulté d'avalier. Cette difficulté consiste dans le passage des boissons à travers la glotte; il en résulte une toux violente, convulsive chaque fois que l'enfant essaye de boire, et les liquides qui pénètrent dans la trachée-artère et les bronches jaillissent en abondance par l'ouverture de la canule. Outre les inconvénients assez sérieux que peut occasionner le contact des aliments liquides avec la membrane muqueuse des bronches, aliments quelquefois insolubles, et par conséquent irritants, les enfants en éprouvent un si insurmontable dégoût, qu'ils se laissent mourir de faim plutôt que de consentir à prendre de la nourriture. Trop souvent cette complication a été cause de mort après la trachéotomie, pour que je n'aie pas fait tous mes efforts en vue d'y porter remède. Le meilleur moyen, c'est d'interdire les aliments liquides. Je donne aux enfants de la soupe très-épaisse, du vermicelle au lait ou au bouillon, que l'on prend avec la fourchette et non avec la cuiller; des œufs durs, des œufs au lait très-cuits, de la viande peu cuite, en morceaux assez gros, et j'interdis toute boisson. Que si la soif est trop ardente, je donne de l'eau pure, froide, et j'ai soin de la donner longtemps après le repas ou immédiatement auparavant, afin d'éviter les vomissements. On doit remarquer pourtant que l'accident dont je parle ne commence guère à se manifester que trois ou quatre jours après l'opération, et qu'il dure rarement plus tard que le dixième jour; toutefois je l'ai vu persister beaucoup plus longtemps chez quelques petits malades.

Il semblerait que la voie du larynx, qui est si bien ouverte pour recevoir les boissons et les aliments liquides, devrait être suffisamment aussi pour permettre le passage de l'air nécessaire aux besoins de la respiration; il n'en est pas ainsi. En enlevant la canule, on s'aperçoit que l'ouverture du larynx est encore insuffisante, et alors même que quelques jours plus tard on a pu fermer la plaie avec des bandelettes agglutinatives, les accidents continuent avec la même violence.

Il est assez difficile de se rendre compte de la cause de cet accident. M. Archambault croit que l'enfant qui a respiré par une canule pendant quelques jours perd l'habitude de faire mouvoir harmoniquement les muscles qui servent à l'occlusion du larynx et ceux qui poussent le bol alimentaire dans l'œsophage; il dit s'être bien trouvé d'une pratique assez ingénieuse qui consiste à fermer momentanément la canule avec le doigt au moment où l'on fait avaler quelque chose: ainsi l'enfant est obligé de faire œuvre de son larynx, et l'harmonie normale se rétablit. Ce petit stratagème réussit en effet assez bien dans quelques cas, mais le plus souvent il échoue complètement; et ce que j'ai dit plus haut en fait assez

comprendre la raison, puisque, lors même que la canule étant enlevée, la plaie est complètement fermée, la difficulté de la déglutition continue, quoique la respiration laryngée soit parfaitement libre et régulière : cela dépend probablement alors de ce que les muscles de ces parties ont été affectés de la paralysie dont je vous ai longuement entretenus.

Voilà, messieurs, ce que j'avais à vous dire de la trachéotomie et des petits moyens qui la font réussir. Je vous ai répété ce que je vous ai dit cent fois depuis longues années. Je serais cependant incomplet, si je ne vous parlais maintenant des conditions dans lesquelles l'opération doit être pratiquée.

Et d'abord *quelle est la période du croup où il est le plus opportun d'intervenir ?* J'écrivais en 1834¹, je répétais en 1851² : « Tant que la trachéotomie a été dans mes mains une arme infidèle, j'ai dit : il faut la pratiquer le plus tard possible; maintenant que je compte de nombreux succès, je dis : il faut la pratiquer le plus tôt possible. » En enlevant à cette proposition ce qu'elle peut paraître avoir de trop absolu, je la maintiens encore en disant que *les chances de succès de l'opération sont d'autant plus grandes, qu'elle aura été plus tôt pratiquée.* Les ingénieuses expériences de M. le docteur Faure ont en effet démontré que, en asphyxiant lentement et méthodiquement un animal, il se produit, pendant les derniers moments de la vie, des caillots dans le cœur et dans les gros vaisseaux³; il faut donc opérer avant que la mort soit imminente; mais je me hâte d'ajouter que, à quelque degré que l'asphyxie soit arrivée, l'enfant n'eût-il plus que quelques minutes à vivre, la trachéotomie doit être tentée : elle a chance de réussir *lorsque la lésion locale, lorsque le croup constitue le danger principal de la maladie.*

Cette restriction est importante : car si l'infection diphthérique a profondément atteint l'économie; si la peau, si les fosses nasales sont occupées par la phlegmasie spéciale; si la fréquence du pouls, le délire, la prostration indiquent un empoisonnement profond; si, en un mot, vous avez affaire à la forme maligne de la diphthérie où le péril est plutôt dans cet état général que dans la lésion locale du larynx ou de la trachée-artère, *l'opération ne doit pas être tentée* : elle est invariablement suivie de la mort.

La condition de succès qui prime toutes les autres, comme l'a parfaitement dit M. Millard dans son excellente thèse, c'est la prédominance des caractères de l'asphyxie dans l'ensemble des symptômes offerts par le malade. « Malheureusement, ainsi que le fait encore observer à juste titre notre confrère, il n'est pas toujours facile d'apprécier sûrement, au

1. Journal des connaissances médico-chirurgicales.

2. Nouvelles recherches sur la période extrême du croup (Union médicale).

3. Faure, Archives générales de médecine, 5^e série.

milieu d'un ensemble symptomatique souvent très-complexe, les désordres dus à l'affection mécanique, et ceux qui sont l'expression soit de l'affection diphthérique, soit d'une complication d'un autre ordre. » Souvent on est obligé d'aller à l'indication pressante, de faire respirer un enfant qui se meurt, sauf à reconnaître après coup qu'il n'avait pas de chances de guérir; et alors même qu'on soupçonne qu'il porte en lui un germe de mort, en est encore forcé, en l'absence d'une certitude absolue, d'opérer presque sans espoir. « Les trachéotomies faites dans ces circonstances, dit en terminant l'auteur que je me plais à citer, n'ont d'autres inconvénients que de figurer dans les statistiques sur les mêmes rangs que les autres; elles risquent ainsi d'égarer l'opinion et de déconsidérer l'une des plus belles conquêtes de l'art. Mais il ne faut pas non plus que la crainte de diminuer la liste de ses succès engage le médecin à renoncer trop vite à l'opération; ce n'est qu'après s'être livré à une analyse minutieuse et raisonnée de tous les symptômes, et après avoir reconnu une cause certaine de mort, qu'il aura le droit d'assumer une aussi grave responsabilité. Ce droit, nous l'avons exercé à plusieurs reprises dans des cas qui ne supportaient pas de discussion, sans avoir jamais eu à nous repentir à l'autopsie; mais toutes les fois que nous avons conservé le plus léger doute, ces conditions fussent-elles très-mauvaises d'ailleurs, nous nous sommes armés quand même du bistouri, pénétré de l'axiome *Melius anceps quam nullum.* » Ce sont là, messieurs, de sages et judicieuses paroles, et pour ma part je leur donne toute mon approbation.

Reste enfin une question : c'est celle de l'âge, question capitale qu'il faut prendre en grande considération. Je vous ai dit, messieurs, que chez les adultes la trachéotomie, dans les cas de croup, réussissait moins bien que chez les enfants; je vous ai donné cette raison, peut-être mauvaise, que chez les adultes la disposition anatomique des parties laissait libre pendant plus longtemps le passage de l'air dans le poumon, de telle sorte que la diphthérie avait le temps de gagner les bronches et leurs dernières ramifications avant que l'on fût obligé de recourir à la trachéotomie; mais chez les enfants, ce succès est d'autant plus assuré que le malade est plus avancé en âge. Cela ressort clairement des statistiques dressées pour élucider ce fait, de celles, entre autres, publiées dans le travail de M. Millard et dans celui de M. Peter.

« Chez les garçons comme chez les filles, dit M. Peter¹, la trachéotomie fut suivie d'un insuccès constant, quand on la pratiqua chez les très-jeunes enfants; ainsi, sur cinquante-six trachéotomies faites sur des filles et sur cinquante et une pratiquées chez les garçons en 1858 à l'hôpital des Enfants, quinze fois l'opération fut faite sur des petites filles

1. Michel Peter, Relation d'une épidémie de diphthérie observée à l'hôpital des Enfants en 1858 (Mémoire couronné par la Faculté en 1859).

de deux à trois ans, et onze fois sur des petits garçons du même âge : il y eut insuccès chez les vingt-six enfants. Ce n'est qu'à partir de trois ans qu'on commença à réussir. L'âge qui, sur un nombre notable de trachéotomies, donna le chiffre de guérison le plus élevé, fut celui de cinq ans chez les garçons (sept guérisons sur huit opérations) et de six ans chez les filles (trois guérisons sur quatre). »

Suivant M. Peter encore, et mon observation est conforme à la sienne, « les enfants, au-dessous de deux ans jusqu'à deux ans et demi, semblent succomber à la violence de la fièvre traumatique, et le plus souvent c'est dans les vingt-quatre ou trente-six heures qui suivent l'opération, que la terminaison fatale s'accomplit. A peine deux heures se sont-elles écoulées, qu'on voit le nombre des pulsations et celui des respirations s'accroître d'une façon remarquable; la température de la peau s'élève proportionnellement; puis, peu à peu, la face rougit, la soif devient ardente, la chaleur du corps sèche et insupportable; et le petit malade s'affaisse dans une somnolence que troublent parfois quelques mouvements convulsifs; puis il meurt. »

Vous savez qu'avant l'âge de deux ans le croup est rare; mais, comme vous pourrez cependant en rencontrer des exemples, comme j'en ai moi-même rencontré chez des enfants à la mamelle, il est essentiel que vous sachiez qu'à cette époque de la vie, la trachéotomie a peu de chances de réussir. Toutefois, il m'importe de vous faire savoir qu'en 1834 j'ai opéré et guéri un jeune enfant de treize mois, et je vous demande même la permission de reproduire ici son histoire telle que je l'ai publiée dans le numéro de juin 1834 du *Journal des connaissances médico-chirurgicales*.

Le dimanche matin 11 mai 1834, M. Corsin me fit demander pour l'enfant d'un charretier de la Petite-Villette, nommé Pierre Drodlinger; c'était un petit garçon de treize mois, encore à la mamelle. Il toussait depuis quatre jours; mais dans la nuit du samedi il survint une grande oppression; la toux, d'abord rauque, s'éteignit complètement, et la voix se perdit. M. Corsin fut appelé, et trouvant le malade déjà dans un état désespéré, il se contenta de prescrire une potion stibiée et musquée, et il m'envoya chercher sur-le-champ. Les symptômes du croup étaient bien évidents; les accès de suffocation étaient si graves et se rapprochaient tellement, que je me mis en mesure de pratiquer la trachéotomie.

L'opération fut laborieuse et dura plus de dix minutes; enfin j'ouvris la trachée : à l'instant même un large lambeau de fausse membrane jaillit au loin. Je nettoyai la trachée et les bronches, j'instillai huit à dix gouttes d'une solution de nitrate d'argent, et je plaçai une canule. Le pauvre enfant respirait à son aise; il nous regardait avec épouvante, et cherchait sa mère, qui s'était enfuie de la maison. Nous la fîmes rappeler; quand elle arriva, le petit lui tendit les bras avec joie, se mit aussitôt à défaire

la robe et le fichu qui recouvraient le sein, et teta avec avidité. Pendant trois jours, la canule fut changée soir et matin, et nous instillâmes de six heures en six heures du nitrate d'argent; le quatrième jour, on en injecta pour la dernière fois. Toutes les heures, on jetait dans la trachée quelques gouttes d'eau, et l'on écouvillonnait la canule. On instilla de l'eau pendant dix jours. L'enfant rendit des concrétions pelliculaires pendant quatre jours; mais le deuxième jour surtout il en expectora une qui avait une épaisseur considérable.

La fièvre, qui s'était allumée quelques heures après l'opération, tomba le troisième jour. Le septième jour, l'introduction d'une nouvelle canule irrita la plaie, fit gonfler le cou, et excita de nouveau une fièvre vive. Ces accidents étaient calmés le neuvième jour; le dixième, l'air passait en grande partie par le larynx; le onzième, la canule fut enlevée et je fermai la plaie. Le surlendemain, l'air ne passait plus que par le larynx.

Tout dernièrement, j'ai obtenu un second cas de guérison que je puis rapprocher de celui-ci, bien qu'ici l'enfant, âgé de deux ans moins six jours, se trouvât dans les extrêmes limites de l'âge que je vous ai indiquées. C'était une petite fille née le 30 avril 1856; elle était apportée dans nos salles le 24 avril 1858, et nous présentait tous les signes d'un croup arrivé à sa dernière période. Nous ne trouvions plus aucune trace de diphthérie pharyngée : je l'opérai, et après l'opération elle rendit par la plaie du cou des lambeaux de pseudo-membranes. La convalescence fut longue et difficile. Essayée sans succès à diverses reprises, l'ablation définitive de la canule ne put avoir lieu que le dix-septième jour. La diphthérie envahit la plaie et ne céda qu'à des cautérisations répétées. Enfin, une variole discrète qui survint dans l'intervalle, n'empêcha pas la guérison. L'enfant fut emmenée de l'Hôtel-Dieu le 13 mai.

Cette observation, celle de l'enfant Drodlinger, le mémoire que M. Maslieurat-Lagemard adressa en 1841 à l'Académie de médecine, et où se trouve consigné un troisième exemple de trachéotomie pratiquée avec succès sur un enfant âgé de vingt-trois mois, étaient de nature à donner confiance en cette opération, quel que fût l'âge des sujets affectés de croup. A ces faits nous pouvons en ajouter aujourd'hui un quatrième, dû à Bell (d'Édimbourg), qui, en 1862, pratiqua la trachéotomie chez un enfant âgé de sept mois; un cinquième, publié par M. E. Barthez¹, et dont le sujet est une petite fille âgée de treize mois; un sixième, signalé par M. Isambert, et qui est le cas d'un enfant de seize mois heureusement opéré par lui².

Ces faits ont une grande importance clinique; seraient-ils seuls dans la science, ils me paraîtraient suffisants pour autoriser l'opérateur à inter-

1. E. Barthez, *Gazette hebdomadaire*, 19 décembre 1862.

2. Isambert, *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1868, p. 180.

venir sans s'inquiéter de l'âge du malade, toutes les fois qu'il y aura menace d'asphyxie. L'avenir permettra peut-être de calculer, de préciser par des chiffres les chances probables de la trachéotomie dans le très-jeune âge; mais ces chances de succès fussent-elles peu nombreuses, je n'hésiterais pas encore à conseiller l'opération, parce qu'en elle-même cette opération, lorsqu'elle est bien faite, n'est point dangereuse, et qu'elle est souvent le seul moyen de sauver les malades.

En dernière analyse, messieurs, quel que soit l'âge des sujets, vous devrez tenter la trachéotomie toutes les fois qu'il n'y aura point de contre-indication spéciale et bien déterminée. Si l'opération est difficile en raison de l'exiguïté de la trachée, de la brièveté du cou et de l'état graisseux de la région, soyez convaincus qu'en opérant lentement et en suivant les préceptes que je vous ai donnés, vous surmonterez toutes ces petites difficultés.

XXI. — DU MUGUET.

Synonymie. — Pour les micrographes, c'est une mucécinée. — Celle-ci se développe consécutivement à une modification des sécrétions produites par la phlegmasie buccale. — Chez l'adulte, le muguet se voit dans presque toutes les maladies chroniques à leur dernière période. — Troubles intestinaux concomitants. — Chez l'enfant, il survient aussi dans les maladies qui doivent être considérées comme chroniques, eu égard à l'âge du sujet. — Il devient l'expression d'un état général d'inanition, quelle qu'en soit la cause. — Muguet purement local, sans gravité. — Muguet mixte. — La moisissure du muguet peut se développer sur toutes les membranes muqueuses à épithélium dont la sécrétion s'altère. — Les divers érythèmes qui l'accompagnent sont le résultat de l'état général. — Traitement : la lésion locale est facilement détruite. — Continuer l'emploi des topiques pendant quelques jours, après la disparition du muguet, pour modifier l'état phlegmasique de la membrane muqueuse. — Le même traitement est applicable aux lésions cutanées. — Quand le muguet est lié à un état général, il faut attaquer celui-ci dans ses causes.

MESSIEURS,

Au numéro 10 de notre salle Sainte-Agnès est entrée une femme accouchée quinze jours auparavant à l'hôpital Lariboisière. Elle était sortie de cet établissement parfaitement rétablie, lorsqu'elle est venue à l'Hôtel-Dieu avec son enfant qu'elle ne veut pas allaiter, comme cela arrive trop souvent. Ce pauvre enfant, qui meurt de faim, est dans un état déplorable et qui ne laisse aucun espoir. Vous avez vu chez lui un muguet confluent couvrant la membrane muqueuse buccale. Je saisis cette occasion pour vous parler de cette maladie, que, dans les traités de pathologie, on confond avec les affections couenneuses, bien qu'en réalité le muguet ne présente avec elles qu'une analogie très-éloignée.

Le *muguet*, ou *blanchet*, est une affection caractérisée par la présence de petites concrétions offrant l'aspect de grains, d'abord transparents, mais bientôt d'un blanc mat, développés à la surface des membranes muqueuses, et principalement de la membrane muqueuse buccale; apparaissant le plus ordinairement d'abord sur la langue, à son extrémité, sur ses bords, d'autres fois à la face interne de la commissure des lèvres, à la face interne des joues. Le *millet*, c'est encore le nom qu'on lui a donné, se montre aussi sur le voile du palais, sur les amygdales et dans le pharynx. Ces concrétions en se multipliant, en se réunissant, forment des plaques irrégulières plus ou moins larges, plus ou moins épaisses, d'un blanc crémeux, caséeux, donnant l'idée d'une couche de lait coagulé; quelquefois leur teinte est jaunâtre; d'autres fois