

voilà le tableau du recensement général des cas de croup traités à l'hôpital Sainte Eugénie du 15 mars 1854 au 30 avril 1861 :

		Du 15 mars au 31 déc. 1854.	1855.	1856.	1857.	1858.	1859.	1860.	Du 1 <sup>er</sup> janv. au 30 avril 1861.	TOTAUX.
Nombre de cas traités.	Garçons...	6	20	21	29	82	85	46	16	305
	Filles.....	8	8	12	21	63	73	33	11	229
	Total.	14	28	33	50	145	158	79	27	534
Nombre de cas opérés.	Cas opérés.									
	Garçons...	3	7	10	15	67	65	29	15	211
	Filles.....	3	2	3	10	52	58	26	9	163
	Total.	6	9	13	25	119	123	55	24	374
Nombre de cas non opérés.	Guérisons.									
	Garçons...	»	2	4	2	12	11	3	2	36
	Filles.....	»	1	1	4	9	9	4	»	28
	Total.	»	3	5	6	21	20	7	2	64
Nombre de cas non opérés.	Décès.									
	Garçons...	3	5	6	13	55	54	26	13	175
	Filles.....	3	1	2	6	43	49	22	9	135
	Total.	6	6	8	19	98	103	48	22	310
Nombre de cas non opérés.	Cas non opérés.									
	Garçons...	3	13	11	14	15	20	17	1	94
	Filles.....	5	6	9	11	11	15	7	2	66
	Total.	8	19	20	25	26	35	24	3	160
Nombre de cas non opérés.	Guérisons									
	Garçons...	2	3	2	8	6	6	4	»	33
	Filles.....	1	4	1	3	4	8	3	1	25
	Total.	3	7	3	11	10	14	7	1	58
Nombre de cas non opérés.	Décès.									
	Garçons...	1	10	9	6	9	12	13	1	61
	Filles.....	4	2	8	8	7	7	4	1	41
	Total.	5	12	17	14	16	19	17	2	102

Ces résultats ne sont pas brillants, mais comme je l'ai dit, ils ne doivent pas empêcher le médecin de pratiquer l'opération. Après avoir mis en usage le traitement médical tel que je l'ai formulé, lorsque l'asphyxie devient menaçante, il n'y a pas d'autre moyen de salut pour les malades.

La trachéotomie peut alors sauver ceux que l'asphyxie doit faire périr, mais elle ne peut rien lorsque la malignité du mal ou la résorption des produits sécrétés sur la muqueuse a occasionné l'altération du sang et l'infection de l'économie.

#### Aphorismes.

113. Le croup existe dès que des fausses membranes couenneuses se sont établies sur la muqueuse du larynx.

114. Une toux voilée, rauque, sourde, suivie d'un sifflement métallique et accompagnée de fièvre et d'anhélation, révèle la présence du croup.

115. Dans le croup, la toux et la voix éteintes, jointes à la respiration bruyante, râpeuse, *serratique*, présagent les accès de suffocation, l'asphyxie et la mort.

116. Il y a un croup simple *asphyxique* facile à guérir, un croup *scarlatineux* qui est plus grave, et un croup *diphthéritique* qui ne guérit que très-rarement.

117. Il y a dans le croup une albuminurie *asphyxique*, une albuminurie *scarlatineuse* et une albuminurie *diphthéritique*.

118. Tant que l'anesthésie n'accompagne point le croup, l'asphyxie n'est pas

imminente et il n'y a pas dans les voies aériennes d'obstacles considérables à l'hématose.

119. Ouvrir la trachée d'un enfant atteint de croup avant l'apparition de l'anesthésie, c'est faire une opération inutile parce que l'on combat une asphyxie qui n'existe point.

120. Dans le croup, l'asphyxie a eu lieu, tantôt d'une manière *apparente* avec cyanose et suffocation, tantôt d'une façon *latente*, sans cyanose ni suffocation appréciable, et c'est l'anesthésie seule qui montre l'imminence de la mort et la nécessité de la trachéotomie.

121. Le croup, arrivé à la période des accès de suffocation et d'anesthésie complète, est presque toujours mortel.

122. Il y a des croups qui guérissent, et d'autres que l'on guérit.

123. A ses débuts, le croup doit être traité par l'émétique répété coup sur coup et à la dose de 25 milligrammes matin et soir.

124. Les croups accompagnés d'albuminurie diphthéritique et de leucocytose sont ordinairement plus graves que les autres.

125. Un croup arrivé à la période de suffocation et d'anesthésie où la mort semble prochaine, doit être immédiatement traité par la trachéotomie.

## CHAPITRE IV

### FAUX CROUP, OU LARYNGITE STRIDULEUSE

On donne le nom de *faux croup* ou de *laryngite striduleuse* à une affection nerveuse du larynx qui a la plus grande analogie de symptômes avec le croup, et dont il est facile de la distinguer. On l'a aussi désigné sous le nom d'*asthme de Kopp*, d'*asthme de Millar*, d'*asthme thymique*, de *spasme de la glotte*, etc., mais ces noms sont autant d'erreurs qui font double emploi avec le *phréno-glottisme*, état morbide tout différent que j'ai décrit à propos des maladies de l'appareil cérébro-spinal (page 98). La laryngite striduleuse du faux croup est une névrose du larynx caractérisée par le spasme de la glotte seul, tandis que l'asthme de Kopp, également appelé l'asthme de Millar, l'asthme thymique, est un spasme de la glotte et du diaphragme à la fois. Cette maladie se présente rarement toute seule; elle se développe, au contraire, en même temps que l'angine, la bronchite et les affections inflammatoires des organes de la respiration.

Elle est caractérisée par un accès de suffocation qui se montre tout à coup, et peut déterminer l'asphyxie des enfants.

Pendant longtemps on a combattu cette division de la laryngite couenneuse et de la laryngite striduleuse, et l'on a commis de fréquentes erreurs en rapportant à la présence des fausses membranes du larynx des accès de suffocation, purement nerveux, chez des enfants qui n'avaient pas le croup. On se refusait à admettre la distinction fondamentale entre ces deux maladies, si essentiellement différentes par leur nature, quoique similaires par quelques-uns de leurs symptômes. L'observation est enfin venu démontrer leur existence. C'est à Bretonneau et à Guersant que revient l'honneur de cette découverte, car jusqu'alors le croup pseudo-membraneux et le faux croup étaient souvent confondus dans l'esprit des médecins. Beaucoup s'imaginaient avoir guéri de vrais croups, lorsqu'ils n'avaient triomphé que des accidents nerveux de suffocation qui se fussent insensiblement apaisés.

**Causes.** La laryngite striduleuse est assez commune. Elle n'affecte que les enfants du premier âge, et surtout les enfants à la mamelle. Elle peut se présenter plusieurs fois chez les mêmes enfants. Quelques-uns ont toujours, au début, de l'amygdalite simple, de la bronchite et de l'angine laryngée inflammatoire, un ou deux accès de laryngite striduleuse. Comme le fait remarquer Guersant, il est probable que certains cas de récurrence de croup cités par les auteurs appartiennent au faux croup simple, qui récidive avec une grande facilité, et que Jurine et Albers ont commis une erreur à cet égard en confondant des maladies différentes.

**Symptômes.** — La laryngite striduleuse débute ordinairement vers minuit, chez les jeunes enfants qui s'étaient endormis dans un parfait état de santé ou qui avaient seulement une simple affection catarrhale des bronches. Elle se manifeste aussi, mais très-rarement, au milieu du jour. On l'observe enfin comme complication dans le cours de la pneumonie.

Les enfants éprouvent tout à coup une sensation profonde, en apparence très-pénible; ils se réveillent fort agités, avec une gêne considérable de la respiration qui devient bruyante et dont l'inspiration devient *sonore*; leur toux est éclatante, sèche, rauque, et sifflante; elle ressemble quelquefois à un *aboïement* et revient par quintes prolongées qui chaque fois les menacent de suffocation; ils se lèvent convulsivement de leur lit, la tête tournée en haut, les yeux hagards; le visage est gonflé, rouge, violet; ils sont dans l'angoisse la plus profonde et tombent fatigués, pâles et couverts de sueur. A chaque quinte, ces phénomènes se reproduisent; puis les accidents disparaissent, et les enfants retrouvent leur calme naturel.

Le pouls conserve une notable fréquence, la voix est enrouée, mais distincte; la toux est à peine altérée, et la respiration s'accomplit paisiblement.

Si l'on examine le fond de la gorge, on y observe un peu de rougeur, quelquefois le gonflement des amygdales, mais pas de production fibrineuse semblable à celles du croup pseudo-membraneux, et il n'y a pas d'engorgement des ganglions sous-maxillaires.

L'auscultation ne révèle, en général, aucune altération du poumon. Elle permet d'entendre du râle sibilant et du râle muqueux, qui appartiennent à la bronchite. Dans quelques cas fort rares, on entend les bruits anormaux de la respiration, qui se rattachent à la pneumonie.

L'accès de suffocation du faux croup dure environ une ou deux heures. Les accidents, d'abord très-graves en apparence, diminuent peu à peu d'intensité, et disparaissent complètement. Leur marche est toute différente dans le vrai croup. Ils augmentent, au contraire, de moment en moment jusqu'à la mort.

Lorsque l'accès est terminé, l'enfant repose avec calme jusqu'à production de nouveaux accidents qui reparaissent quelquefois, mais très-rarement, dans la même nuit. Le second accès ne revient, en général, que dans la nuit suivante; il est toujours moins fort que le premier et dure moins longtemps que lui. On observe ainsi trois ou quatre accès de suffocation pendant trois ou quatre jours consécutifs. Ils sont de jour en jour moins graves et moins prolongés.

La laryngite striduleuse se termine très-souvent après un seul accès de suffocation, quelquefois au deuxième ou au troisième accès sans laisser d'autres traces de son passage qu'une légère amygdalite simple, sans qu'il se développe de bronchite ni de fièvre.

Ordinairement la laryngite striduleuse signale le début d'une affection catarrhale légère des bronches. Alors, à la suite des accès, les enfants conservent un peu de fièvre, ils continuent à tousser, mais leur toux ne présente aucun caractère impor-

tant; leur respiration est à peine gênée, et l'on entend dans la poitrine des râles dont nous avons parlé plus haut. Cet état n'est jamais bien grave, les enfants sont guéris au bout de quelques jours.

**Terminaison.** — La laryngite striduleuse se termine presque toujours d'une manière favorable, et la plupart des enfants guérissent très-rapidement. Les uns reviennent complètement à leur état de santé, ce qui est rare; les autres conservent un peu de fièvre, offrent des symptômes d'angine tonsillaire simple ou de bronchite, pendant quelques jours; quelques-uns, enfin, succombent au moment de l'accès, asphyxiés par l'occlusion spasmodique du larynx. Cette terminaison est tout exceptionnelle. Jurine, Vieusseux, en ont observé quelques exemples, mais cinq ou six faits de cette nature contre des milliers de laryngites striduleuses guéries ne doivent pas inquiéter sérieusement le médecin.

**Diagnostic.** Comme on le voit, la marche de cette maladie est essentiellement différente de la marche du vrai croup. On trouve dans la laryngite striduleuse, vers minuit, une invasion soudaine de symptômes effrayants de suffocation, qui diminuent, se montrent de nouveau avec moins d'intensité, pour disparaître enfin d'une manière définitive. L'intermittence ordinaire est bien caractérisée. De plus, les premiers accès sont les plus forts, et ils diminuent à mesure que la maladie se prolonge. Dans leur intervalle, la santé ne paraît pas avoir subi de profondes atteintes; il y a un peu de fièvre, pas d'albumine dans les urines, comme cela se voit très-souvent dans le croup.

Le croup pseudo-membraneux est, au contraire, caractérisé par un état morbide chaque jour plus grave; et lorsque les accès de suffocation se manifestent, les premiers sont à peine sensibles, mais ils deviennent de plus en plus violents, au point d'occasionner la mort par asphyxie. Dans leur intervalle, les enfants ont de l'albuminurie, sont en proie à une gêne excessive de la respiration, et la coloration violacée de leur visage indique bien l'existence d'un obstacle qui s'oppose à l'exercice des fonctions respiratoires.

Enfin, l'examen de l'arrière-bouche ne fournit aucun résultat dans la laryngite striduleuse; il indique, au contraire, la nature de la maladie dans le vrai croup, puisqu'on observe souvent sur la muqueuse les fausses membranes qui en sont le caractère irrécusable.

Il faut donc admettre, avec la plupart des médecins, l'existence d'une maladie qui se rapproche un peu du croup par quelques symptômes, et qui n'est cependant pas le croup, puisque la marche et la nature de l'affection sont toutes différentes. Cette maladie, c'est la laryngite striduleuse.

Il est important de la reconnaître pour ne pas la combattre par les moyens qu'on emploie contre la laryngite couenneuse ou le vrai croup. C'est, du reste, ce qui est fort souvent arrivé et ce qui sans doute ne se reproduira plus.

La laryngite striduleuse, avec son accès de suffocation bruyant, avec sa respiration sonore, rauque et sifflante, se distingue du phréno-glottisme, c'est-à-dire des convulsions phréno-glottiques, en ce que dans cette maladie la respiration, presque immobile, ne fait pas de bruit, et c'est à la fin de l'accès qu'un seul bruit sonore annonce l'entrée de l'air dans le larynx et la fin de la convulsion phrénique.

**Pronostic.** — La laryngite striduleuse est une suffocation fort grave en apparence; elle semble compromettre la vie des enfants; on dirait qu'ils vont périr d'asphyxie au milieu de l'accès; mais il est plus ordinaire de voir la maladie cesser d'elle-même et disparaître rapidement sous l'influence d'une médication appropriée, ou se prolonger, au contraire, lorsque l'on a mal choisi les moyens de traitement.

**Traitement.** — Il faut combattre la laryngite striduleuse simple à l'aide des

moyens expectorants, sédatifs et antispasmodiques ordinaires administrés en potion ou en lavement. L'ipécacuanha, 30 à 40 centigrammes, les juleps gommeux, éthérés, et renfermant une petite quantité de teinture de musc ou d'extrait de valériane, sont fort utiles. Ils calment rapidement l'agitation des enfants et favorisent leur repos. On donne dans le même but les lavements de valériane ou d'asa fœtida : 25 à 50 centigrammes de ces substances pour 100 à 150 grammes d'eau. A ces moyens il faut joindre l'usage des excitants cutanés, tels que les pédiluves irritants ou les sinapismes à la moutarde. Les vésicatoires sont entièrement inutiles à employer dans cette affection.

Lorsque la laryngite striduleuse se manifeste chez un enfant atteint de bronchite, il faut apprécier le degré de cette maladie et tenir compte de l'état fébrile. Les moyens qui précèdent doivent être mis en usage, mais consécutivement à l'administration d'un vomitif, l'ipécacuanha de préférence, à la dose de 30 ou 40 centigrammes dans du sirop de gomme, pour les jeunes enfants. Ce médicament produit toujours une grande amélioration.

Le faux croup nécessite rarement l'emploi de la saignée locale ou générale. La perte de sang est inutile, sauf les cas de complications inflammatoires des bronches ou du poumon. Elle est même nuisible, car le sang est le régulateur du système nerveux, *sanguis moderator nervorum*, et si cette déperdition n'a point pour résultat la prolongation de l'accès, elle jette les enfants dans un état de faiblesse qui les rend malades pour plusieurs jours.

Tels sont les moyens qu'il est convenable d'employer dans la laryngite striduleuse. Ils sont encore assez nombreux et assez variés. Il faut apporter de grandes précautions dans leur choix, pour ne pas mettre en usage les plus énergiques d'entre eux contre un accès qui va cesser tout naturellement. Ces derniers moyens conviennent surtout dans le cas de complications importantes, la bronchite ou la pneumonie. Le vomitif est alors très-avantageux à employer. Quant aux vésicatoires et aux saignées, il faut les réserver pour les cas les plus graves, et ne les prescrire que d'après les indications toutes spéciales.

## Aphorismes.

126. Un accès nocturne et subit de suffocation accompagné de toux sèche, rauque, sifflante et sonore, annonce le faux croup.

127. Le faux croup, très-violent à son début, s'amoindrit en quelques heures ; tandis que le vrai croup va sans cesse augmentant d'intensité, jour par jour.

128. Deux ou trois accès de suffocations, de moins en moins violents, à vingt-quatre heures d'intervalle, caractérisent le faux croup.

129. Le faux croup guérit très-facilement au moyen d'un vomitif.

## CHAPITRE V

## TOUX CONVULSIVE OU NERVEUSE

**Définition.** — La toux convulsive est une névrose du larynx caractérisée par une toux sèche, continuelle, ayant quelquefois le timbre d'un aboiement. Elle existe sans fièvre et indépendamment du catarrhe pulmonaire ou des maladies du larynx.

A elle seule, elle constitue tout un état morbide. On la rencontre surtout chez les femmes hystériques et chez les enfants très-nerveux.

La toux convulsive se développe *spontanément* ou d'une manière *sympathique*.

Dans ce dernier cas, elle résulte souvent du travail de la seconde dentition. Une jeune fille de onze ans m'a présenté un fait de ce genre, on la croyait menacée de phthisie, bien qu'elle n'offrit aucun phénomène particulier d'auscultation, et elle guérit au bout de plusieurs mois, lorsque les dents permanentes prêtes à sortir eurent percé la gencive. Ailleurs, dans la période initiale de la rougeole, elle résulte d'une légère congestion du larynx ou des poumons. On a admis une toux hépatique, utérine, lorsqu'elle se développait sympathiquement à une lésion du foie ou de l'utérus en travail de puberté. La dysménorrhée est, comme je l'ai vu plusieurs fois, la cause de cet état morbide ; d'autres fois, la toux nerveuse a pu être attribuée à la titillation produite sur la base de la langue par le prolapsus de la lueite.

**Symptômes.** — La toux nerveuse se montre surtout chez des sujets impressionnables ayant les apparences de la santé. Elle est petite, sèche, continue, sans expectoration, souvent elle rappelle un aboiement ; elle n'est jamais accompagnée de fièvre, et l'auscultation ne révèle aucune lésion pulmonaire.

Sa durée est de quelques heures, de plusieurs jours ou de plusieurs mois, et elle ne donne lieu à aucune conséquence fâcheuse ; aussi son pronostic est-il peu grave.

**Traitement.** — Il faut combattre la toux nerveuse avec les saignées, les préparations opiacées, la glace, les antispasmodiques, l'éther, le chloroforme, la belladone, le camphre, etc. ; mais ce qui m'a semblé le mieux réussir est la morphine employée par injections hypodermiques et par la méthode endermique, lorsqu'on l'applique sur les parties latérales du larynx, à la dose de 1 ou 2 centigrammes suivant l'âge des malades et l'hydrate de chloral à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme.

## CHAPITRE VI

## CORPS ÉTRANGERS DU LARYNX

Des corps étrangers de toute espèce : pepins, noyaux de fruits, graines, perles de verre ou de métal, petites pièces de monnaie, etc., cailloux, petites billes, boules de boutons, bouts de bois, d'ivoire, une patte d'écrevisse, un morceau d'arête de poisson, peuvent pénétrer dans le larynx des enfants et ils déterminent toujours des accidents graves. Ordinairement ce sont des accès de suffocation ou une forte dyspnée, mais dans quelques cas le corps étranger, si c'est une aiguille, par sa forme piquante, pénètre dans les tissus et circule dans le corps pour être éliminé au dehors.

D'une manière générale, les corps étrangers qui pénètrent dans le larynx produisent une suffocation immédiate qui fait craindre la mort, mais ils ne tardent pas à être supportés, et ils peuvent rester plusieurs jours sans donner lieu à des symptômes d'asphyxie ni de suffocation. — D'abord, l'enfant tousse d'une manière rauque, comme dans les cas de croup, il suffoque, puis tout se calme. Ce n'est qu'au troisième ou cinquième jour que viennent les accidents. Une toux pénible, croupale, accompagnée de gêne respiratoire, s'établit chez les enfants ; un bruit de va-et-vient dans la trachée indique la présence du corps étranger, puis arrive l'asphyxie, et il faut faire promptement la trachéotomie, si l'on ne veut laisser mourir les enfants.

## § I. — Corps étrangers du larynx chez les enfants à la mamelle.

Il est assez rare de voir les corps étrangers dans le larynx d'un enfant à la mamelle, à cause de la petite dimension de cet organe ; cependant il y en a des exemples, et ceux que je rapporte ici me semblent dignes d'intérêt.

Un noyau de cerise s'était introduit dans le larynx d'un enfant de deux ans, et s'y était fixé; la suffocation imposa la nécessité de faire une laryngotomie cricoïdienne, qui ne fut suivie de l'expulsion d'aucun corps étranger. Au moment de la cicatrisation de la plaie, la suffocation reparut, et dans les manœuvres que l'on fit pour rouvrir la plaie, tant avec une sonde qu'avec un écouvillon, l'enfant périt asphyxié. Voici d'ailleurs ce fait :

OBSERVATION I. — Un enfant de deux ans, voulant parler en mangeant des cerises dont il avalait les noyaux, fut subitement pris de quintes de toux violentes et d'accès de suffocation. L'asphyxie était imminente, et le récit de circonstances antérieures simplifiait d'ailleurs le diagnostic. Corbet pratiqua immédiatement la laryngo-trachéotomie. Aussitôt le canal aérien ouvert, l'anxiété se dissipa; la respiration redevient libre. Cependant le corps étranger n'est pas rencontré. La plaie se cicatrise, quinze jours se passent durant lesquels la santé est parfaite et la respiration entièrement régulière.

La fistule aérienne était donc tout à fait fermée et la plaie extérieure presque guérie, lorsque l'enfant fut tout à coup saisi de symptômes encore plus alarmants que la première fois. Corbet, sans hésiter, incisa le tissu inodulaire, introduit une sonde de femme dans la trachée et l'explora en tous sens, tant avec le doigt qu'avec une tige de baleine armée d'une petite éponge. On ne put découvrir le corps étranger; la suffocation redoubla et emporta l'enfant dans une crise.

*Autopsie.* — On divisa et l'on examina le tube aérien jusqu'au niveau de la bifurcation des bronches, sans rien trouver. Cependant la mort, survenue malgré l'ouverture fort ample de la région cricoïdienne, faisait supposer que le corps étranger devait plutôt se rencontrer au-dessus de la plaie. En incisant le larynx, on vit enfin le noyau de cerise qui descendait dans la trachée, déplacé sans doute par les mouvements qu'on avait fait pour placer la tête du sujet sur un billot. Effectivement, le ventricule droit du larynx était creusé d'une arrière-cavité formée par une ulcération, et tellement disposée, qu'en y introduisant le noyau on apercevait à peine un point de sa surface, pourvu qu'on mit son grand diamètre parallèlement à celui du ventricule (1).

On comprend aisément comment le chirurgien ne put reconnaître la présence de ce noyau dans la glotte, bien que pendant la seconde opération il eût introduit ses deux doigts indicateurs, l'un de haut en bas par l'arrière-gorge, l'autre de bas en haut par la plaie du larynx, jusqu'à ce qu'ils se touchassent. Mais un autre enseignement, plus directement lié à la thérapeutique, ressort de ce fait : c'est que dans les cas semblables de recherches infructueuses du corps étranger après la trachéotomie, il ne faut jamais négliger d'imprimer de brusques secousses au patient, en changeant soudainement sa tête de position. C'est la manœuvre qui seule réussit, chez l'ingénieur Brunel, à déloger la pièce de monnaie qui avait jusque-là résisté à tous les moyens d'extraction. Les détails de l'autopsie que nous venons de relater prouvent que des mouvements de ce genre sont ceux auxquels fut également dû le déplacement du noyau de cerise sur le cadavre de l'opéré de Corbet.

## § II. — Corps étrangers du larynx dans la seconde enfance.

Les corps étrangers du larynx ne sont pas rares dans la seconde enfance. En voici un qui est très-curieux et dans lequel on voit que la bronchotomie nécessaire à l'expulsion du corps étranger n'a pu amener ce résultat. On le doit au docteur Rendu, médecin à Compiègne (2).

(1) Corbet, *Gazette médicale*.

(2) Rendu, *Observations d'introduction de corps étranger dans les voies aériennes* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, Paris, 1850, t. XVI, p. 105).

OBSERVATION II. — *Corps étranger dans le larynx.* — Un enfant de cinq ans, ayant par mégarde avalé un haricot, fut pris aussitôt d'un accès de suffocation qui se reproduisit les jours suivants. M. Rendu pratiqua la broncho-trachéotomie, mais le corps étranger ne fut point expulsé, malgré l'étendue de la plaie. Celle-ci était cicatrisée, lorsqu'une quinte violente survint trois mois après l'accident, et fut suivie de l'expulsion brusque par la bouche de matières purulentes au milieu desquelles se trouva le haricot qui avait germé. Depuis ce moment, les accès cessèrent pour ne plus revenir.

Le troisième fait qu'on va lire est bien un des plus curieux et des plus rares qu'on puisse imaginer. Le corps étranger, formé par un ganglion bronchique arrivé dans les bronches par ulcération de ce conduit, était remonté jusqu'à la partie supérieure du larynx. — La trachéotomie fut pratiquée sans résultat favorable.

OBSERVATION III. — *Ganglion bronchique dans le larynx.* — Un enfant de huit ans présenta tout à coup, en jouant, des signes de suffocation. Ces symptômes augmentèrent rapidement. M. Edwardes pratiqua la trachéotomie. On put ainsi faire pénétrer un peu d'air par l'ouverture. Le malade fit deux inspirations seulement après l'opération, et mourut asphyxié.

On trouva à la face postérieure et inférieure de l'épiglotte un corps étranger qui, en bas, touchait l'ouverture de la glotte. Ce corps étranger était couvert de mucus, et présentait exactement l'apparence d'un ganglion bronchique. En fendant la trachée, on découvrit que le ganglion avait pénétré par une ouverture normale qui existait à droite en arrière, immédiatement au-dessus de la bifurcation. L'ouverture anormale présentait des bords irréguliers et frangés. Le corps étranger trouvé dans le larynx fut examiné par M. Quekett; il offrait une forme irrégulière, une coloration d'un bleu clair, et était maculé de taches blanches et noires. A la surface, on constatait la présence d'épithélium. La masse, à son intérieur, présentait exactement la même structure anatomique qu'un ganglion bronchique sain, qui fut pris comme terme de comparaison (1).

Chez quelques enfants, le corps étranger séjourne plusieurs jours dans les voies aériennes avant de donner lieu à des symptômes d'asphyxie. Il y a d'abord un accès de suffocation qui se calme, et ce n'est qu'au bout de quelque temps qu'apparaissent de nouveaux phénomènes de dyspnée et de suffocation.

Les choses se sont passées de cette manière dans le cas suivant publié par M. Iszenard.

OBSERVATION IV. — Une enfant, âgé de sept ans, avala brusquement un haricot qu'elle s'amusa à recevoir dans sa bouche après l'avoir jeté en l'air. Il se déclara aussitôt des accès de suffocation, qui se calmèrent d'eux-mêmes au bout d'une demi-heure. Ce calme dura quatre jours.

Le cinquième jour, il survint une toux comme croupale; on crut à une bronchite commençante. Dans l'après-midi du même jour, la suffocation devient imminente, et l'on entend distinctement dans la trachée le bruit de va-et-vient produit par le haricot.

Le septième jour, la figure était violacée, le pouls petit, déprimé, la peau froide; l'enfant suffoquait. On se décide à pratiquer la trachéotomie. Bientôt le haricot vint se présenter à l'ouverture artificielle, et fut saisi avec des pinces et extrait.

Les suites de l'opération furent très-simples, et la petite plaie, dont les bords furent affrontés avec des bandelettes de taffetas gommé, fut promptement cicatrisée. La voix seule est restée encore enrouée.

OBSERVATION V. — En 1867, appelé par le docteur Lhuillier près d'un garçon de six ans qui avait avalé une perle oblongue de verre noir longue de 2 centimètres et presque pointue aux deux bouts, je fis vomir l'enfant sans résultat. — Douze jours

(1) Edwardes, *Medic.-chirurg. Trans.*, et *Gaz. hebdomadaire*.

après, comme il y avait des accidents de suffocation toutes les nuits, de la dyspnée très-intense avec toux grasse, expectoration muco-purulente ensanglantée, je fis la trachéotomie, et, ayant fait sortir la perle de verre par l'ouverture, nous vîmes l'enfant guérir en quelques jours à la suite d'un pansement simple.

Chez quelques enfants, le corps étranger cesse de produire des accès de suffocation et il est toléré par le larynx ou par les bronches. Seulement il occasionne une bronchite avec bronchorrhée ou une broncho-pneumonie grave qui ferait périr les enfants si on ne les opérât. Dans ce cas, le corps étranger bouche quelquefois la bronche droite plus large que la bronche gauche, et dont l'éperon se porte à gauche, ce qui produit absence de respiration dans une partie du poumon droit. — Ailleurs, le corps étranger peut descendre dans le poumon et y former un abcès donnant lieu à des symptômes de phthisie, perforant les bronches et se vidant au dehors par une vomique suivie de guérison. Tel est le fait de Laborde (1). Ailleurs, on a vu l'abcès perforant les bronches pour rejeter le corps étranger, et s'ouvrant à l'extérieur de manière à former un vaste foyer. C'est ce qui est arrivé à un enfant observé par Hamon (de Fresnay) et dont l'observation se trouve dans la sixième édition de ce livre.

Les précédentes éditions de cet ouvrage (2) renfermaient encore d'autres observations de corps étranger du larynx. — C'étaient des observations de Cooper Forster de Weelhouse (3) relatives à des noyaux de prune, à un noyau de cerise, à un fragment d'os, et une débâcle relative à un fragment de boucle d'oreille en verre bleu, de X... (4).

**Traitement.** — Si le corps étranger du larynx et des bronches produit des accès de suffocation répétés et violents, pouvant faire croire à une suffocation mortelle, il faut pratiquer la trachéotomie.

Mais si comme cela arrive le plus souvent la tolérance s'établit, il faut attendre, car le corps étranger peut être rejeté huit jours, un mois, six mois après son introduction.

Si la tolérance ne s'établit pas et qu'il y ait phlegmasie des bronches ou du poumon, il faut prescrire plusieurs vomitifs, mettre l'enfant sur le ventre, la tête en bas, le pendre un instant par les pieds, et l'on fait quelquefois ainsi sortir le corps étranger. Dans le cas contraire, bien qu'il n'y ait pas d'accès de suffocation, il faut opérer.

La suspension par les pieds n'est utile que dans les cas d'introduction d'un corps dur (pièce de monnaie, perle, noyau de fruit, etc.), ne pouvant gonfler; mais s'il s'agit d'un haricot hygrométrique pouvant gonfler, il ne pourra sortir par ce procédé.

## CHAPITRE VII

### POLYPES DU LARYNX

Chez les enfants, les polypes du larynx sont excessivement rares. Le professeur Ehrmann, de Strasbourg (5), n'en rapporte aucun fait, car les deux cas de polypes qui se rapportent à la première enfance ne sont pas d'origine congénitale;

(1) Laborde, *Gazette médicale*, 1868, p. 701.

(2) *Comptes rendus du service chirurgical de l'Antiquaille*, décembre 1854.

(3) *Gazette médicale*, 13 février 1858.

(4) Bouchut, 5<sup>e</sup> édition, p. 294.

(5) Ehrmann, *Histoire des polypes du larynx*. Strasbourg, 1850.

il en est de même du cas publié par M. Bouchaud (1), dans lequel le début remonte à l'âge de dix-huit mois.

En fait de tumeur épithéliale datant de la naissance, nous n'avons connaissance que d'un seul cas, c'est celui du docteur Dufour (2).

L'extrême rareté des polypes chez l'enfant fait qu'il est très-difficile de porter un diagnostic, et qu'on ne suppose cette affection qu'avec réserve.

En voici un exemple observé par M. Triboulet :

**OBSERVATION.** — *Polype congénital du larynx (épithéliome papilliforme); broncho-pneumonie; trachéotomie. Mort.* — Le 5 janvier 1866 est entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie, au n° 9 de la salle Sainte-Marguerite (service de M. Triboulet), une petite fille de deux ans et demi, nommée Marie S...

Cette petite fille a été élevée au sein par sa mère jusqu'à l'âge de neuf mois. La première dentition s'est effectuée sans présenter aucun phénomène anormal.

Elle a toujours été aphone depuis sa naissance, elle a toujours eu la respiration un peu gênée, et elle toussait de temps en temps; depuis deux mois ces symptômes ont pris plus d'intensité, et il y a eu en outre des accès de suffocation qui se manifestent le soir; dans l'intervalle de ces accès, l'enfant s'est bien portée, les fonctions digestives ont conservé toute leur intégrité.

**État actuel.** — Sa respiration est haute, fréquente, accompagnée d'un sifflement laryngo-trachéal sourd, étouffé, mais ayant cependant un certain degré de rudesse.

L'enfant est complètement aphone, et présente par instants une toux rauque, sèche, un peu stridente, comme la toux croupale.

La conformation du thorax est excellente; la percussion n'y démontre rien d'anormal, et l'auscultation permet de constater seulement un affaiblissement assez notable du murmure vésiculaire qui paraît d'ailleurs avoir conservé toute sa pureté; le cœur n'offre aucune modification tant dans son rythme que dans ses bruits.

L'examen de la gorge ne fournit que des signes négatifs, et nous ne constatons aucun engorgement ganglionnaire voisin.

La peau est un peu chaude et moite; le pouls marque 116 à la minute.

Pendant l'examen de la petite malade, ce matin, à cinq heures, il y a eu un accès de suffocation assez intense avec teinte violacée de la face.

Des accès de suffocation se produisirent à chaque instant; ils furent bientôt compliqués de pneumonie et l'état devint si grave, qu'on crut devoir faire la trachéotomie.

La mort eut lieu quelques heures après, et, en outre des lésions de la pneumonie, on trouva dans le larynx les lésions suivantes :

En regardant son orifice supérieur, on voit qu'il est presque complètement obstrué par des grumeaux blanchâtres, caséiformes, que l'on enlève facilement avec la pince et qui ne sont autre chose que des débris de la végétation dont nous allons parler. Le larynx, ouvert par une incision faite sur sa face postérieure, nous montre que sa cavité est remplie presque en totalité par une tumeur mamelonnée en forme de chou-fleur, d'aspect blanchâtre et de consistance assez ferme. Cette tumeur, du volume d'une petite noisette, présente un diamètre vertical de 7 millimètres et un diamètre antéro-postérieur de 8 millimètres; elle est insérée sur toute la longueur de la corde vocale inférieure gauche et un peu au-dessous par un large pédicule allongé d'avant en arrière et aplati de haut en bas. On voit des petites saillies d'aspect rosé, arrondies et grosses comme la tête d'une épingle, continuer la tumeur sur la commissure glottique postérieure et un peu sur la corde vocale supérieure.

Le ventricule correspondant est sain, mais son orifice est masqué par la tumeur. Sur la face postérieure de l'épiglotte, on aperçoit une petite plaque mamelonnée d'aspect rosé, et sur la corde vocale inférieure droite on voit de toutes petites saillies comme papillaires qui sont appréciables au toucher.

(1) Bouchaud, *Bulletins de la Société anatomique*, 1862.

(2) Dufour, *Gazette médicale*, 21 octobre 1865.