

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^e 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.

L'examen microscopique fait avec M. Legros, et confirmé par M. Ch. Robin, démontre la nature épithéliale de la tumeur, qui est constituée par une prolifération des cellules épithéliales pavimenteuses qui existent normalement sur la face interne des cordes vocales ; seulement ces cellules pavimenteuses, qui constituent la tumeur, sont plus volumineuses et leur noyau est également plus gros ; quant aux petites saillies qui sont sur la face postérieure de l'épiglotte où l'épithélium est normalement cylindrique, elles sont aussi constituées histologiquement par une agglomération de cellules épithéliales pavimenteuses semblables aux précédentes.

Dans les deux endroits, c'est-à-dire sur la petite plaque mamelonnée de l'épiglotte et sur la tumeur, l'arrangement des cellules est le même : elles constituent par leur ensemble des saillies, de forme conique, à sommet arrondi, qui ressemblent tout à fait à des papilles.

CHAPITRE VIII

BRULURE DU LARYNX

La brûlure du larynx, qui donne lieu à une espèce de laryngite aiguë, avec ou sans œdème de la muqueuse, est fort rare chez nous. Elle est, au contraire, très-commune en Angleterre, là où beaucoup de personnes ont la mauvaise habitude de faire boire les enfants au bec d'une théière remplie de liquide dont on ne connaît pas exactement la température. De cette façon, les enfants avalent quelquefois une gorgée de liquide bouillant qui peut les faire périr.

Division. — Le docteur Philip Bevan, professeur au collège des chirurgiens d'Irlande (1), divise les accidents qui en résultent en trois périodes.

« Dans la première période, la bouche et la gorge seules sont affectées, mais il n'existe aucun trouble de la respiration. Dans la deuxième, il y a obstacle à l'accès de l'air par le fait d'une laryngite ; l'œdème de la glotte et un commencement de congestion des poumons en sont la conséquence. Dans la troisième période, l'engorgement des poumons et une congestion cérébrale consécutive s'ajoutent aux précédents désordres. Cette division existe et peut se discerner dans tous les cas ; dans quelques-uns, il est vrai, les deux premières périodes se succèdent si rapidement qu'on pourrait les regarder comme simultanées ; mais, dans la majorité des cas, elles sont séparées par un intervalle de plusieurs heures. L'enfant, immédiatement après l'accident, éprouve de très-vives souffrances ; ses mains se portent à la bouche et au larynx ; il crie avec violence et la déglutition est impossible. Après que la frayeur et la première douleur se sont calmées, plusieurs heures peuvent se passer sans qu'il survienne aucun symptôme fâcheux ; pendant cet intervalle, l'enfant peut jouer ou dormir, ou même manger les fruits ou les gâteaux que lui donnent ses parents pour apaiser ses cris. A cette époque, la bouche et la gorge sont rouges ; des phlyctènes blanches se voient sur les lèvres, la face interne des joues et vers la base de la langue ; mais la respiration s'effectue sans difficulté. Cette insignifiance des symptômes au début doit être soigneusement gravée dans l'esprit du médecin. J'ai eu occasion de voir plusieurs cas dans lesquels de malheureux enfants ont perdu la vie par suite du peu d'attention accordée aux symptômes de cette première période ; et la méprise est d'autant plus possible que souvent les symptômes ne diffèrent en aucune façon de ceux qui accompagnent la simple brûlure de la bouche et ne présentent pas plus

(1) Bevan, *De la brûlure du larynx* (*Dublin Quarterly Journal of med. Science*, février 1860, et traduit de l'anglais par A. Gauchet, *Union médicale*, 1860, t. VIII, p. 40 et 85).

» de gravité, symptômes qui d'ordinaire, comme on le sait, guérissent avec rapidité sans aucune espèce de traitement.

» La seconde période, qu'elle arrive promptement ou avec lenteur, présente des symptômes beaucoup plus alarmants. La respiration est striduleuse et croupale, rapide et très-embarrassée ; la face est pâle et bouffie, le pouls fréquent, la peau froide et humide ; l'enfant a de la tendance à s'assoupir, mais on peut l'éveiller facilement. Outre les altérations observées dans la bouche pendant la première période, si l'on procède à un examen convenable, on trouve, au moyen du doigt porté dans le pharynx, l'épiglotte dure, globuleuse, ayant le volume et la forme d'une groseille à maquereau ou d'une grosse noisette ; et en même temps des râles sonores et sibilants sont perçus dans la plus grande partie de la poitrine. Ces symptômes continuent pendant plusieurs heures et se transforment graduellement en ceux de la troisième période.

» Dans celle-ci, la respiration devient de plus en plus difficile et croupale ; l'inspiration est plus laborieuse ; le larynx s'élève et s'abaisse avec rapidité, et des dépressions se forment dans les régions sus-claviculaires à chaque effort convulsif pour introduire l'air dans la poitrine. Le petit malade est étendu la tête renversée en arrière, les yeux fixes, à demi ouverts, tournés en haut sous les paupières, les pupilles dilatées et immobiles, la face bouffie et d'un rouge livide, la bouche entr'ouverte ; il agite les bras de côté et d'autre, et, quoique dans un demi-coma, il cherche, mais en vain, à échapper à la sensation de suffocation imminente qu'il éprouve. Pendant cette période, on entend des mucosités s'agiter avec bruit dans les poumons et les rameaux de l'arbre aérien. Le coma augmente graduellement, jusqu'à ce que le sujet ou succombe dans cet état, ou soit emporté dans un accès de convulsion. »

Traitement. — D'après M. Bevan, le traitement peut se résumer en peu de mots : d'abord les *antiphlogistiques*, ensuite la *trachéotomie*, la seule divergence d'opinion portant sur l'époque où l'opération doit être exécutée. « Quelques-uns, dit ce médecin, préfèrent opérer de bonne heure. » Copland (1) s'exprime ainsi : « Un prompt recours à l'opération est particulièrement indiqué, lorsque la laryngite est causée par la déglutition de liquides âcres, corrosifs ou bouillants, parce que les autres moyens recommandés ne peuvent agir avec autant de rapidité et qu'une ouverture pratiquée de bonne heure à la trachée facilite le traitement des parties lésées. » Watson se prononce aussi en faveur d'un prompt recours à l'opération et il paraît avoir beaucoup de confiance dans le résultat ; mais cette confiance semble dériver de l'expérience de la trachéotomie dans la laryngite chez l'adulte plutôt que chez l'enfant. « Si, dit M. Watson, une ouverture artificielle est pratiquée alors que les forces du malade sont encore dans leur intégrité, et avant que l'organisme soit empoisonné par le sang veineux, ou les poumons engoués par la congestion sanguine et l'effusion séreuse, elle peut presque infailliblement lui sauver la vie. » Et il ajoute en conséquence : « C'est donc une pratique mauvaise et inconsidérée que de temporiser. »

D'autres diffèrent l'opération. Ainsi M. Porter dit : « Lorsque nous avons des preuves si nombreuses et si évidentes de la possibilité du succès par les moyens antiphlogistiques, je pense que ces moyens doivent être adoptés et qu'il faut persévérer dans leur emploi jusqu'à ce que la respiration soit tellement affectée que, selon toute probabilité raisonnable, l'opération devient nécessaire. Quand le mal est arrivé à ce point critique, non-seulement l'opération doit être proposée, mais il est

(1) Copland, *The Dictionary of practical medicine*. London, 1858.

nécessaire qu'avec une certaine autorité on en fasse sentir les avantages à la famille du malade. Quand il arriverait qu'un individu de temps à autre y fût soumis sans une absolue nécessité, je n'en demeure pas moins convaincu que beaucoup lui devraient leur salut. » De son côté, le docteur Jameson, qui a publié treize cas très-intéressants de trachéotomie, énonce le jugement suivant : « Dans le cas où les moyens ordinaires, tels que les vomitifs, les sangsues, l'application de la chaleur à la surface du corps, ne réussiraient pas à conjurer les symptômes urgents, dès lors, quand la respiration devient striduleuse et croupale, ou qu'il y a suffocation imminente par suite de spasme de la glotte, que le pouls est fréquent et petit, la température du corps diminuée, la tête renversée en arrière, la face congestionnée, les yeux à demi ouverts, qu'il y a tendance au coma, difficulté de la déglutition, dès la première apparition de ces symptômes, je serais porté à opérer. » Erichsen pense aussi que « si des symptômes urgents de dyspnée viennent à se produire, la trachéotomie doit être faite sans aucun délai. »

Que l'opération ne soit pas heureuse dans ses résultats, c'est ce qui est reconnu par ceux-là même qui la recommandent. Erichsen dit que « dans la majorité des cas qu'il a eu occasion d'observer, et dans lesquels la trachéotomie a été pratiquée, la terminaison a été fatale par suite de broncho-pneumonie survenue rapidement. » Sans doute on trouve dans les publications périodiques quelques exemples de succès; mais ils ne sauraient être d'un grand secours pour nous éclairer sur la valeur de l'opération, un nombre considérable de cas malheureux n'ayant jamais été publiés. Le docteur Jameson cite trois guérisons sur onze opérations, et, d'après mon expérience propre, je regarderais cette proportion comme très-avantageuse. Le défaut de succès a été attribué par quelques chirurgiens à l'hémorrhagie pendant l'opération; mais cette explication ne s'accorde pas avec mes remarques, car dans deux seulement des cas relatés par le docteur Jameson, il y a eu hémorrhagie, et dans aucune des opérations qui ont été suivies de mort je n'ai vu qu'il y ait eu un écoulement de sang d'une certaine importance. D'autres chirurgiens attribuent la mort au retard apporté à l'opération; mais dans plusieurs cas j'ai vu faire la trachéotomie huit heures après l'accident, et ces cas se terminent également par la mort. Ce qu'il y a de plus probable, c'est que la broncho-pneumonie et l'infiltration des poumons sont les causes réelles de la terminaison fatale. Dans la brûlure du larynx, comme dans la submersion ou les autres modes d'asphyxie, cette terminaison a lieu quelquefois dans un très-court espace de temps après l'accident, et certainement dans ces cas l'opération ne peut être qu'impuissante à la prévenir. C'est une question très-difficile à résoudre si l'introduction directe de l'air froid dans la trachée et les rameaux bronchiques ne peut pas avoir pour effet d'activer la congestion et l'inflammation des poumons déjà malades : une chose qui tendrait à donner de la valeur à cette supposition, c'est que, bien que le malade paraisse toujours beaucoup mieux dès que la trachée a été ouverte, et mieux au point de tromper à la fois le chirurgien et les parents, on voit cependant au bout de quelques heures tous les symptômes reparaître et s'aggraver jusqu'à la mort, absolument comme si l'opération n'avait pas eu lieu. Le fait est que l'asphyxie est guérie, mais que l'infiltration et la congestion des poumons persistent et emportent le malade.

« Les cas que je publie aujourd'hui étaient amplement assez graves pour justifier l'opération. La respiration striduleuse, la face bouffie et pâle, les pupilles immobiles, le pouls rapide et faible, les poumons congestionnés, la peau froide, l'épiglotte dure et tuméfiée, le coma commençant, tous ces symptômes étaient certainement tout aussi sérieux que je les ai vus dans beaucoup d'autres cas où la trachéotomie a été faite, sans succès, par moi-même ou par d'autres chirurgiens. J'ai donc le droit

de conclure que, si l'opération avait été pratiquée, il n'eût pas survécu plus d'un de mes quatre malades.

» Si un malade est à l'extrémité, il n'est pas douteux qu'alors le chirurgien ne soit autorisé à tenter l'opération, car, quoiqu'à peu près sans espoir, c'est le seul traitement qui puisse sauver d'une mort immédiate. Que parfois un cas semblable puisse guérir, c'est ce qui est prouvé par quelques exemples rapportés dans les journaux et dans les livres. Cependant je pense que le traitement antiphlogistique, s'il est institué assez promptement, sera de beaucoup plus avantageux; mais pour réussir, il faut qu'il soit prompt et extrêmement énergique; un petit nombre d'heures, voilà tout ce que nous avons pour agir, à moins que nous ne puissions enrayer soudainement le mal, ou au moins retarder les progrès de la deuxième période; la lésion des poumons et du cerveau, dès qu'elle viendra à se produire, exclura la possibilité du succès.

» Je commence le traitement par un vomitif, suivi d'un lavement purgatif; en même temps un petit nombre de sangsues, en rapport avec la force de l'enfant, sont appliquées au bord supérieur du sternum, et l'écoulement du sang est ensuite favorisé au moyen de fomentations ou de cataplasmes. Si l'enfant dort, je laisse pour instruction de me faire prévenir de son réveil, ou je retourne le voir au bout de peu d'heures. Si les symptômes de la deuxième période se manifestent, je commence le calomel à doses proportionnées à l'âge et à la force du petit malade ainsi qu'à la gravité des symptômes. Les sangsues seront répétées toutes les trois ou quatre heures, si la force de l'enfant le permet, en prenant le plus grand soin pour éviter l'hémorrhagie par les piqûres et l'épuisement par la perte du sang; pour cela, il est indispensablement nécessaire que, soit le chirurgien, soit un aide compétent, s'assure de l'état des choses avant chaque nouvelle application de sangsues. Le calomel doit être répété à intervalles très-courts, toutes les heures ou demi-heures, et l'on pratique des frictions mercurielles sur le corps ou bien l'on fait des onctions dans les aisselles, le but étant de produire l'effet spécifique du mercure dans le plus court espace de temps possible.

» Le résultat du traitement ainsi dirigé a été très-satisfaisant dans les cas où j'y ai eu recours. Les sangsues apportèrent un soulagement momentané; et, bien que les effets ainsi obtenus ne fussent que transitoires, cependant cela donna au mercure le temps d'agir, suivant toute probabilité favorisa son absorption, et en même temps diminua la congestion de l'encéphale. Aussitôt que le mercure eut déterminé des garde-ropes vertes, les symptômes dans chaque cas furent améliorés, et l'enfant se rétablit. Les poumons furent les premiers organes débarrassés, ensuite le cerveau; le larynx ne le fut qu'en dernier lieu : en effet, pendant plusieurs jours après la disparition de tous les autres symptômes graves, l'épiglotte resta tuméfiée et dure.

» Mais le mal est arrivé à la deuxième période, l'orthopnée est considérable, et la congestion des poumons se produit avec rapidité : je mets en usage à la fois et au même moment l'émétique, les sangsues, les lavements et les frictions à la pomme mercurielle. Dès que l'estomac est remis à l'effet du vomitif, je donne le calomel à la dose de 2 grains, ordinairement répétée de demi-heure en demi-heure, jusqu'à ce que ses effets se soient produits, et de nouvelles sangsues sont appliquées, comme précédemment, toutes les deux ou trois heures, suivant la force du malade. Mais, dira-t-on, un traitement semblable a été essayé par d'autres. Cela n'est pas douteux, on a eu beaucoup recours aux sangsues et à la saignée. C'est dans ces moyens, ainsi que dans la trachéotomie, que Watson paraît mettre principalement sa confiance; mais il fait lui-même connaître un certain nombre de cas où ils

n'ont pas eu de succès ; et pour moi j'en ai vu deux où ils furent poussés au point d'amener un épuisement complet et où la maladie n'en parut pas moins faire les plus rapides progrès. En réalité, je ne regarde cette médication que comme purement transitoire et n'ayant d'autre importance que de préserver l'encéphale et les poumons de la congestion qui les menace, jusqu'à ce que le mercure ait eu le temps d'agir.

» Le mercure a été loué, préconisé par les uns, critiqué par les autres. Watson n'a aucune foi dans la valeur de ce médicament : « Il n'est pas possible, dit-il, de compter qu'il exerce à temps son action, ni qu'il amène aucun amendement marqué des accidents lorsqu'il vient à produire ses effets spécifiques. » Sans doute, si on l'administre comme on le fait généralement, c'est-à-dire à la dose de 2 grains de calomel toutes les trois heures, le malade succombera avant que ces effets aient eu le temps de se produire ; mais s'il est donné à la dose de 1 ou de 2 grains, de demi-heure en demi-heure, ses effets se produiront en un temps extrêmement court, surtout si l'on y ajoute des frictions mercurielles sur une étendue considérable de la surface du corps. Cette méthode de produire rapidement les effets du mercure sur l'organisme nous a été enseignée par des cas de plaie de tête, dans lesquels nous avons amené la salivation chez des adultes par de petites doses très-fréquemment répétées de ce médicament. Dans les cas dont il est présentement question, les garde-robes se sont manifestées, dans un, huit heures seulement après l'administration de la première dose de calomel ; dans les autres, en un laps de temps qui a varié entre dix-huit à vingt-six heures. Je ne nie pas que les malades ne puissent mourir même après l'action du mercure sur l'organisme ; mais je n'ai pas vu d'exemple de ce genre, à l'exception d'un seul où j'avais d'abord pratiqué la trachéotomie, circonstance qui me laisse en doute maintenant si la guérison n'aurait pas eu lieu au cas où l'opération n'eût pas été faite.

» Peut-être objectera-t-on que quatre faits sont insuffisants pour servir de fondement à une méthode thérapeutique et lui donner des droits à prendre pied dans la pratique. Ma réponse sera simple : je n'ai rencontré que ces cas depuis que je fais usage de ce mode de traitement, et comme tous ont été suivis d'un heureux succès, je me crois autorisé à les publier, dans l'espoir qu'ils pourront décider d'autres médecins à entrer dans la même voie et à publier les résultats qu'ils auront observés. On pourrait penser que l'administration de si fortes doses de calomel dans un espace de temps si court n'est pas à l'abri de toute objection ; mais, à l'exception d'un seul cas où il y eut augmentation de sécrétion salivaire pendant un couple de jours, et d'un autre où y il eut un peu de diarrhée à la suite, aucune espèce d'effets fâcheux ne fut la conséquence de cette manière d'agir, et les enfants se trouvèrent manifestement, au bout de peu de jours, dans un parfait état de santé. »

Depuis que les pages précédentes ont été écrites, il a été publié un remarquable relevé statistique (1). Nous y apprenons que l'opération de la trachéotomie dans les cas de brûlure du larynx a été encore plus malheureuse en Angleterre qu'en Irlande, puisque trois malades seulement ont été sauvés sur quatorze opérés ; et, comme dans un des cas il paraissait douteux à l'auteur que la glotte eût été réellement atteinte par la brûlure, cela réduirait la proportion de la guérison à un cas seulement sur six et demi. Cette statistique confirme plusieurs points que j'ai établis : 1° que l'insuccès de l'opération ne provient pas du délai que l'on apporte à la pratiquer, puisque, dans le plus grand nombre de ces cas, la trachéotomie fut

(1) *Medical Times and Gazette*, 22 octobre 1859.

faite moins de sept heures après l'accident ; 2° que beaucoup de cas où la position des malades a semblé d'abord améliorée par l'opération pendant un peu de temps, ne s'en sont pas moins ensuite terminés d'une manière fatale ; 3° que, dans plusieurs au moins, c'est une maladie des poumons, bronchite, pneumonie ou broncho-pneumonie, qui a été la cause immédiate de la mort. Malheureusement, au point de vue pathologique, plusieurs de ces cas sont rapportés d'une façon très-imparfaite : dans un, la mort fut causée par une hémorrhagie, et dans trois par l'épuisement.

Dans la précédente édition de cet ouvrage se trouvent cinq observations du docteur Philip Bevan, très-intéressantes à consulter.

LIVRE V

MALADIES DU THYMUS

Le thymus est une glande très-volumineuse qui commence à paraître au deuxième mois de la vie intra-utérine, et qui s'accroît sans cesse jusqu'au moment de la naissance. Elle augmente même encore après cet instant, d'après Haugsted, jusqu'à la fin de la deuxième année. Elle pèse de 5 à 20 et 30 grammes. Elle s'étend de la base du cœur au-dessus des clavicules et quelquefois jusqu'au larynx. Après la deuxième année, cette glande s'atrophie et finit par disparaître.

Le thymus manque quelquefois dans le cas d'acéphalie. Ailleurs, il est très-volumineux, surtout chez les enfants forts et très-développés, mais cette disposition n'entraîne pas d'accidents spéciaux. Ainsi, sur 60 enfants de deux ou quatre ans, dont M. Hérard a examiné le thymus, 50 avaient un thymus du poids normal de 1 à 4 grammes, et chez les 10 autres il pesait de 7 à 37 grammes. Les 10 enfants porteurs de ces thymus étaient morts : 6 du croup, 1 de laryngite aiguë, 1 d'asthme, 1 de variole et 1 de méningite. Quelques médecins ont fait jouer un grand rôle, dans la pathologie de l'enfance, à l'augmentation de volume de cette glande ; mais les troubles spéciaux du côté de la glotte et de la respiration qu'on rapporte à l'hypertrophie du thymus et qu'on a désignés sous le nom d'*asthme thymique* ou d'*asthme de Kopp* ne sont vraisemblablement pas liés à cette hypertrophie. Cela est d'autant plus facile à démontrer, que dans les cas d'asthme réputé thymique, souvent le thymus conserve ses dimensions normales, ainsi que les autopsies l'ont démontré. Cet asthme thymique n'est qu'un spasme de la glotte et du diaphragme, indépendant des altérations du thymus, et je l'ai décrit à propos des névroses de l'encéphale, sous le nom de *phréno-glottisme* (voy. page 115).

CHAPITRE PREMIER

INFLAMMATION ET SUPPURATION DU THYMUS

On trouve quelquefois dans le thymus des nouveau-nés, morts peu après leur arrivée au monde, des foyers de suppuration signalés par divers auteurs, et principalement par M. Paul Dubois, qui attribue leur formation à une phlegmasie spécifique provoquée par la syphilis héréditaire. En effet, cet auteur n'a jamais rencontré cette altération que chez des enfants nouveau-nés présentant d'autres phénomènes