

théritiques, ce qui vient ajouter un nouveau péril à tous ceux qui existaient déjà.

En même temps qu'on cherche à borner l'inflammation, on doit essayer de décoller et d'expulser les fausses membranes à l'aide des émétiques.

Le tartre stibié sera prescrit dès le début à doses vomitives, c'est-à-dire à 5, 10 ou 15 centigrammes, suivant les âges. Dans ces derniers temps, plusieurs médecins éclairés, et en particulier M. Bouchut, ont donné des quantités plus fortes; ils ont, chez des enfants très-jeunes, élevé les doses jusqu'à 30 et 40 centigrammes. Pour ma part, je ne vois aucun avantage à en agir ainsi. Donnant l'émétique pour faire vomir et détacher les fausses membranes, les doses que j'ai indiquées d'abord suffisent, tandis que de plus fortes peuvent produire des superpurgations fâcheuses ou amener ce collapsus des forces, qui est souvent un des effets de l'émétique administré à dose rasorienne. Le tartre stibié sera répété plusieurs fois en vingt-quatre heures, et donné, si besoin est, plusieurs jours de suite, afin d'expulser les fausses membranes au fur et à mesure de leur production. C'est l'émétique qu'il faut exclusivement donner, car nul vomitif ne saurait lui être comparé pour la sûreté d'action et pour son innocuité, quand on en surveille les effets. Je le préfère à l'ipécacuanha, qui est moins actif, et d'ailleurs d'une administration moins commode chez les enfants. Quant au sulfate de zinc et surtout au sulfate de cuivre qu'on a pronés particulièrement dans les pays d'outre-Rhin, ce sont des agents inférieurs à l'émétique, car on est obligé de les donner à des doses beaucoup plus élevées, et ils entraînent souvent des accidents graves vers le tube digestif; aussi les ai-je proscrits depuis longtemps.

En résumé, la médication vomitive est efficace, mais il ne faut pas l'appliquer trop tard, car il arrive un moment où l'organisme affaibli est incapable de toute réaction; les médicaments ingérés restent alors sans effet. C'est ainsi que plusieurs fois j'ai vainement donné à des enfants à la mamelle atteints de croup 10, 15 et jusqu'à 25 centigrammes d'émétique, ou bien 50 centigrammes, 1 gramme d'ipéca, et même en y joignant la titillation de la lurette, on ne provoquait aucun effort de vomissement.

C'est dans le but aussi de favoriser l'expulsion des fausses membranes que quelques auteurs ont vanté les sternutatoires, que d'autres ont conseillé le bain froid avec affusion, afin d'exciter une réaction vive; moyens impuissants ou dangereux qui dans aucun cas ne doivent être employés.

La méthode topique, si incontestablement utile contre l'angine diphthérique, a également été recommandée dans le croup. M. Girouard (de Chartres) proposait de porter à l'aide d'une sonde des médicaments cathérétiques dans le larynx; Green (de New-York) se servait d'une petite éponge placée à l'extrémité d'une baleine; enfin plus récemment M. Loiseau (de Montmartre) a inventé des instruments ingénieux pour introduire plus aisément dans le larynx des agents capables de modifier l'état de la membrane muqueuse. Les substances auxquelles on a attribué cette propriété sont le tannin et l'alun, qu'on introduit toutes les deux ou trois heures, et même tous les quarts d'heure, suivant la gravité des symptômes. M. Loiseau opère aussi avec certains instruments le balayage et le grattage de la glotte, dans le but de détacher les fausses membranes qui l'obstruent, et pour que la muqueuse mise à nu reçoive plus efficacement l'impression des agents topiques. Cette méthode n'est pas encore entièrement jugée. On lui doit quelques succès, sans doute, mais ils sont moins communs qu'on ne l'a dit; on peut ajouter, en outre, que le cathétérisme du larynx n'est pas toujours sans périls: on l'a vu assez souvent aggraver le mal et précipiter la marche de la maladie.

Lorsque tout a échoué et que les progrès croissants de l'asphyxie font craindre une mort prochaine, il faut pratiquer une voie artificielle à l'air à l'aide de la trachéotomie. M. Bouchut, avant de recourir à cette opération, avait proposé de porter dans la glotte, à l'aide d'un appareil spécial, un tube, ou plutôt une virole qu'il laissait en place pendant quelques jours. Ce procédé n'a pas donné les résultats satisfaisants qu'on pouvait en espérer, aussi la trachéotomie est-elle restée comme par le passé la ressource ultime.

Cependant disons tout d'abord que pour retirer de cette opération les avantages qu'on doit en attendre, il ne faut pas la pratiquer trop tard, c'est-à-dire lorsque l'asphyxie est très-avancée et que les individus sont cyanosés, insensibles et dans un état semi-comateux. Pour justifier l'opération, il suffit, après avoir vainement employé les moyens médicaux jugés les plus efficaces, de voir les accès se rapprocher, les lèvres et les extrémités rester bleuâtres, signes certains d'une asphyxie devenue permanente. Mais il importe de dire que lorsqu'il n'y a aucune des contre-indications dont je vais parler bientôt, il n'est jamais trop tard pour opérer, et qu'on a souvent rappelé miraculeusement à la vie des enfants noirs, insensibles et qui étaient sur le point d'expirer; on en trouvera plusieurs exemples dans l'excellente thèse de M. Millard. Cependant il est avéré que les chances sont d'autant moins bonnes que l'asphyxie dure depuis plus longtemps.

Faut-il toujours opérer? Il est des cas où l'opération est manifestement inutile et où il convient de s'abstenir dans l'intérêt de l'art, et pour épargner au malade des douleurs qui doivent être sans compensation: c'est lorsqu'il existe des signes d'une intoxication profonde, caractérisée par la dépression excessive des forces, par la fréquence extrême du pouls, par l'altération profonde des traits et par la manifestation de plaques diphthériques sur diverses muqueuses éloignées, et sur les parties de la peau qui ont été accidentellement dénudées. Il faudrait s'abstenir encore dans le cas de propagation du croup dans les bronches, mais il n'existe jusqu'à présent aucun signe certain pour le reconnaître, excepté pourtant l'expulsion de fausses membranes tubulées et ramifiées à l'instar des tuyaux aériens. On a dit de ne pas trachéotomiser des sujets trop jeunes. Quoique l'opération ne paraisse pas avoir jamais réussi lorsqu'on l'a faite chez des sujets âgés de moins d'un an, est-ce une raison néanmoins pour ne pas employer cette ressource suprême? Il me semble que personne de nous n'hésiterait s'il s'agissait de notre propre enfant, je crois donc que l'âge ne saurait être un obstacle absolu.

Les cas les plus favorables seront ceux dans lesquels le croup a été primitif, lorsqu'il existe sans complications, lorsqu'il frappe des sujets bien constitués et qui n'ont pas été trop affaiblis par le traitement. Les chances sont moins bonnes, et même les succès sont rares lorsque le croup survient chez des convalescents, chez des enfants affaiblis par une cause quelconque, lorsqu'ils sont atteints de pneumonie et qu'ils sont âgés de moins de deux ans. Ce sont là des conditions fâcheuses sans doute, mais elles ne justifieraient pas le médecin s'il s'abstenait d'opérer, car on a réussi même lorsque plusieurs des circonstances fâcheuses dont je parle se trouvaient réunies. Nous avons, avec mon ami le professeur Nélaton, opéré avec succès à l'hôpital Saint-Antoine une petite fille de quatre à cinq ans nonobstant l'existence d'une pneumonie double.

Je n'ai point à décrire ici le manuel opératoire de la trachéotomie, mais je dois faire connaître les soins consécutifs qu'il faut donner aux malades afin d'assurer le succès de l'opération.

Il est reconnu aujourd'hui qu'on ne doit se servir que de canules doubles;

la plus interne est enlevée et nettoyée de temps en temps lorsqu'elle est obstruée par les mucosités et par les fausses membranes. Pour ramollir celles-ci, pour faciliter leur expulsion et pour modifier la surface malade, on a instillé souvent par l'ouverture pratiquée à la trachée des liquides émoullients, astringents, caustiques; mais aujourd'hui on a renoncé à une pratique à laquelle on a reconnu beaucoup plus d'inconvénients que d'avantages. Il est nécessaire de retirer la canule de temps en temps; il faut le faire, d'après le conseil de M. Millard, vingt-quatre heures au plus tard après l'opération, parfois plus tôt, afin de provoquer l'expulsion des fausses membranes qui sont souvent retenues par les bords de l'instrument.

Il est recommandé de protéger le cou du malade à l'aide d'une cravate de mousseline claire et souple qu'on roule en plusieurs doubles, dans le but d'entretenir une température uniforme autour de la plaie, et pour que l'air qui pénètre plus directement dans les poumons soit moins froid et ne provoque pas ces phlegmasies si promptes à s'allumer chez les enfants placés dans ces conditions. La plaie sera en outre défendue contre le contact du pavillon de la canule par une rondelle de taffetas. Enfin, pour prévenir le développement de la diphthérie, on a conseillé de cautériser les lèvres de la plaie avec un crayon d'azotate d'argent; j'avoue ne pas beaucoup comprendre l'utilité de ce précepte. Une plaie cautérisée est-elle moins apte à se recouvrir de concrétions diphthéritiques? J'en doute, lorsque je vois celles-ci se produire indistinctement sur toutes les solutions de continuité. Ne vaut-il pas mieux attendre que la diphthérie se déclare pour la combattre par un moyen qui la guérit souvent, et qui probablement est incapable de la prévenir?

Le traitement général et hygiénique n'est pas moins important. Tout le monde proclame aujourd'hui le danger qu'il y a de soumettre les petits opérés à une diète rigoureuse; on devra donc les nourrir; dès le premier jour il convient de leur faire prendre des potages, des œufs frais, et même quelques aliments plus solides. On recommande de les exciter, d'employer même la force; on doit regarder comme chose grave le dégoût que quelques-uns éprouvent pour toute espèce de nourriture. Si, comme on l'a vu quelquefois, il existait une paralysie du pharynx, on se servirait de la sonde œsophagienne. Les opérés seront maintenus dans une température douce, c'est-à-dire de 16 à 17 degrés, et l'on fera dégager dans la chambre quelques vapeurs émoullientes, afin que l'air qui sera respiré ait une certaine humidité.

Le canule pouvant devenir la cause d'accidents plus ou moins sérieux, pouvant produire par la pression qu'elle exerce des ulcérations de la trachée (1), il faut en débarrasser le malade aussitôt qu'on le pourra. C'est toujours là une indication délicate à remplir, et l'on ne saurait rien dire de précis sur l'époque où l'on peut le tenter. Dans les faits analysés par M. Millard, on voit que les dates de l'ablation définitive de la canule ont oscillé entre trois et vingt-neuf jours. On tentera de ne plus replacer la canule lorsque les petits malades auront cessé depuis trente-six heures de rendre des fausses membranes et que la respiration se fait librement, mais on ne doit pas alors se départir d'une active surveillance: il faut qu'un aide, veillant toujours auprès du malade, puisse au premier signal de suffocation replacer l'instrument. La plaie sera pansée simplement, puis ses bords seront rapprochés avec quelques bandelettes agglutinatives, et l'on remplira toutes les indications que peuvent présenter toutes les solutions de continuité.

(1) Voyez un mémoire de M. Roger, dans les *Archives générales de médecine*, juillet et août 1859.

La trachéotomie avec les perfectionnements qu'elle a reçus est une opération plus souvent suivie de succès qu'autrefois; elle sauve à peu près un tiers ou un quart des individus auxquels on la pratique: résultat immense, si l'on considère qu'il a été obtenu sur des sujets dont la maladie avait résisté à tous les moyens médicaux et menaçait d'avoir à bref délai une issue funeste.

**Nature.** — D'après les résultats nécroscopiques, on ne peut douter que, dans le croup, il n'existe une inflammation de la muqueuse laryngo-trachéale; mais cette phlegmasie se distingue des inflammations ordinaires ou des inflammations franches par sa marche, et surtout par la nature de ses produits. On doit donc la regarder comme étant spécifique, ainsi que nous l'avons déjà précédemment établi pour l'angine couenneuse, avec laquelle elle est identique.

#### DE LA LARYNGITE ŒDÉMATEUSE, OU ŒDÈME DE LA GLOTTE

La variété de la laryngite sous-muqueuse, qu'on nomme *sus-glottique*, n'est autre que l'affection connue sous les noms d'*œdème de la glotte*, d'*angine laryngée œdémateuse*.

**Historique.** — C'est en vain qu'on voudrait faire remonter à Boerhaave les premières notions sur cette maladie; ses caractères anatomiques, imparfaitement indiqués par Morgagni et par Bichat, n'ont été réellement décrits pour la première fois qu'en 1808 par Bayle, qui, dans les *Mémoires de la Faculté de médecine de Paris*, a tracé un tableau tellement fidèle de la maladie, que, depuis lui, on n'a presque rien ajouté à la description qu'il en a faite. Cependant il est juste de signaler quelques bons travaux publiés depuis cette époque; ils sont dus à MM. Thuillier (1), Bouillaud (2), Lisfranc (3), Cruveilhier (4), Miller (5), Legroux (6), Delasiauve (7), Valleix (8). Enfin Sestier, réunissant à peu près tous les faits connus, au nombre de 275 (dont 15 inédits), a composé sur cette redoutable maladie une bonne monographie dans laquelle toutes les questions sont discutées et élucidées d'après une analyse rigoureuse.

**Caractères anatomiques.** — A l'autopsie, on trouve l'ouverture de la glotte presque complètement oblitérée par l'épaississement et par le gonflement des replis muqueux aryéno-épiglottiques, qui sont le siège de prédilection de la maladie. Sestier établit, en effet, qu'ils étaient infiltrés 105 fois sur 132 cas. Bayle a remarqué qu'ils étaient disposés de telle façon que toute impulsion, par la colonne d'air qui vient du pharynx, doit les renverser dans l'ouverture de la glotte, qu'ils bouchent plus ou moins complètement, tandis que l'impulsion qui s'opère en sens inverse du côté de la trachée repousse le bourrelet en dehors de la glotte, dont l'orifice devient libre; en un mot, la glotte est bouchée pendant l'inspiration et plus ou moins libre à l'expiration. La muqueuse qui tapisse le bourrelet œdémateux est tantôt pâle, blanchâtre, ou bien rouge, bleuâtre, amincie, ou enfin plus ou moins épaissie. Suivant Valleix, elle n'aurait été trouvée intacte au niveau de l'infiltration que trois fois sur cinquante. Les replis aryéno-épiglottiques infiltrés sont mobiles et tremblotants; ils résistent beaucoup quand on les presse entre les doigts; si on les incise, on trouve que le

(1) Thèse de Paris, année 1815.

(2) *Archives générales de médecine*, année 1825.

(3) *Journal général*, année 1825.

(4) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. LARYNGITE.

(5) *London medical Gazette*, année 1833.

(6) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, année 1835.

(7) *Annales de chirurgie*, t. XII et XIV.

(8) *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XI.