

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 l'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 lors 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 1834 (1), je répétais en 1851 (2): « 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 vaisseaux (3); 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 (4), 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 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, on 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

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, septembre.

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

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

(4) Millard, *De la trachéotomie dans le cas de croup*, observations recueillies à l'hôpital des Enfants malades (thèse). Paris, 1858.

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 armé 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. Peter (1), 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 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

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

le petit malade s'affaisse dans une somnolence que troublent parfois quelques mouvements convulsifs ; puis il meurt (1). »

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. le docteur Corsin me fit mander 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 fimes 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 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 coup, 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.

(1) Michel Peter, mémoire cité.

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-Lagémard 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 mon honorable collègue dans les hôpitaux, M. le docteur E. Barthez (1), et dont le sujet est une petite fille âgée de treize mois.

Ces faits ont une grande importance clinique; seraient-ils seuls dans la science, ils me paraîtraient suffisants pour autoriser l'opérateur à intervenir 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'exiguité de la trachée, de la brièveté du cou et de l'état grasseyé 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.

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

XXI. — DU MUGUET.

Synonymie. — Pour les micrographes, c'est une mucédinée. — Celle-ci se développe consécutivement à une modification des sécrétions produite 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 n° 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 grise, et, dans ce cas, elles ont pu être confondues avec des concrétions diphthériques.