ployer le silicate de soude, 1 gramme pour 500 grammes, ou une solution de nitrate d'argent, 1 gramme par litre.

S'il y a carie des os, il faut, comme l'a fait Rouge, chloroformer ce malade, inciser largement sous la lèvre supérieure pour arriver sur l'épine nasale antérieure et, la cloison étant arrachée à sa base, on introduit le doigt dans le nez pour enlever les séquestres, les fragments cariés, et le malade guérit. — Sept cas ainsi opérés ont donné autant de succès.

CHAPITRE III

ÉPISTAXIS

L'*épistaxis* est le nom par lequel on désigne l'hémorrhagie des fosses nasales.

Cet accident, assez commun dans la seconde enfance, est rare chez les enfants à la mamelle, mais j'en ai vu plusieurs exemples. Je n'en ai pas encore rencontré chez les nouveau-nés. Quand l'hémorrhagie est peu considérable, il n'y a pas à s'en occuper; mais si elle est un peu abondante, et surtout si elle se reproduit assez fréquemment, ce que j'ai vu sur un jeune enfant de ma famille, il en résulte un état de faiblesse générale et d'anémie des tissus qui ne manque pas de gravité.

Les enfants sont très pâles, leur sang rosé tache à peine le linge, et ils ont peine à se tenir sur les jambes. Les fonctions s'accomplissent, d'ailleurs, assez bien; je n'ai pas vu de trouble organique appréciable.

Causes. — Les causes de l'épistaxis sont souvent difficiles à connaître. Dans quelques cas, l'épistaxis est provoquée par un coryza chronique, scrofuleux, diphthéritique ou syphilitique; mais elle est peu abondante; ailleurs elle est causée par les attouchements du nez par le doigt des enfants. Chez l'enfant dont j'ai parlé plus haut, je crois qu'elle était la conséquence d'un état pléthorique prononcé, résultat d'une diathèse héréditaire. Le père, pléthorique lui-même, avait été, pendant son enfance, sujet à des épistaxis abondantes et répétées. Ailleurs les épistaxis de l'enfance se produisent au début de la rougeole et dans le cours de la fièvre typhoïde.

Traitement. — Pour combattre cet accident, il faut employer des *lotions froides* et *vinaigrées* à l'entrée des narines, des lotions astringentes avec une *solution d'alun*, 3 grammes par litres; avec une solution légère de *perchlorure de fer*, avec de l'eau Brocchieri, ou avec une solution d'eau froide sur les mamelles, sur les bourses, appliquer une clef ou un morceau de fer, ou de marbre froid, dans le dos, donner un quart de lavement d'eau froide, etc.

A l'intérieur, pour empêcher le retour des hémorrhagies, il faut employer l'eau de Rabel, le vin de quinquina, l'eau Brocchieri, l'eau distillée de pins, l'huile de térébenthine, 2 à 3 gouttes dans l'eau toutes les heures, l'ergotine 20 gouttes dans un peu d'eau sucrée, etc.

CHAPITRE IV

OBLITÉRATION DES FOSSES NASALES

On voit rarement l'oblitération congénitale de l'orifice postérieur des fosses nasales. — J'en ai vu un cas qui s'est terminé par la mort. Dans une autre

observation du docteur Bitot, les orifices étaient remplacés par deux os de forme triangulaire s'articulant entre eux et avec les os voisins; il y avait d'autres vices de conformation; ainsi il n'existait qu'un trou optique par lequel passaient les deux nerfs optiques; il y avait en outre un bec-de-lièvre. Ailleurs, on a vu, dans un cas d'oblitération semblable, une persistance du trou de Botal. Ces petits sujets meurent d'inanition. Ne pouvant respirer que par la bouche, dès qu'ils prennent le sein pour teter, ils sont immédiatement obligés de le lâcher, sous peine de suffocation.

LIVRE IV

MALADIES DU LARYNX

Les maladies du larynx des enfants à la mamelle sont toujours fort graves. La moindre altération de cet organe occasionne son rétrécissement, et comme il est déjà fort étroit, la vie peut être rapidement compromise.

La *laryngite simple* ou *érythémateuse*, la *laryngite œdémateuse* ou *œdème de la glotte*, la *laryngite couenneuse* ou le *croup*, la *laryngite striduleuse* ou *faux croup*, le *spasme de la glotte* ou *convulsion du larynx*, et la *paralysie des muscles du larynx* ou *aphonie*, forment les diverses variétés d'inflammation et de troubles fonctionnels dont la muqueuse du larynx peut être le siège.

CHAPITRE PREMIER

LARYNGITE

L'inflammation de la membrane muqueuse du larynx constitue la *laryngite*. Elle est rare chez les nouveau-nés, mais elle est un peu plus fréquente chez les enfants à la mamelle et dans la seconde enfance. On l'observe sous deux formes : à l'état *aigu* et à l'état *chronique*.

Elle est la conséquence de l'impression du froid et débute par un coryza. Elle est quelquefois en rapport avec la syphilis congénitale. Ailleurs elle succède à l'ingurgitation d'un liquide bouillant et constitue la brûlure du larynx, accident que j'étudierai dans un chapitre spécial.

§ I. — Laryngite aiguë.

La *laryngite aiguë* est annoncée par l'enrouement, l'aphonie de la toux et de la voix, le sifflement laryngé, une grande gêne de la respiration et un affaiblissement considérable du murmure vésiculaire avec ou sans fièvre.

Chez les jeunes enfants, la maladie simule le croup, c'est-à-dire la laryngite pseudo-membraneuse, et peut comme elle amener la suffocation, l'anesthésie et l'asphyxie. C'est à ce point que l'on a pu faire plusieurs fois la trachéotomie dans des cas de ce genre, et l'on a été fort surpris de ne pas trouver dans le larynx les fausses membranes qu'on croyait devoir y rencontrer.

Chez les enfants plus âgés, la laryngite aiguë n'a pas les mêmes inconvé-

nients ni les mêmes dangers. Elle n'a pas de symptômes de suffocation, et l'aphonie de la toux et de la voix sont ses symptômes caractéristiques.

L'aphonie et l'enrouement durent assez longtemps, et il est rare que ces phénomènes se dissipent en moins de quinze à vingt jours.

Anatomie pathologique. — Chez les enfants qui succombent, la membrane muqueuse du larynx est rouge, violacée, l'épiglotte semble épaissie, et les cordes vocales tuméfiées rétrécissent notablement l'entrée du larynx. Dans quelques cas, des ulcérations superficielles linéaires peuvent se produire sur les cordes vocales ou dans les ventricules laryngés, mais cela est rare.

Traitement. — La laryngite aiguë doit être combattue par des sinapismes au-devant du larynx, par des sangsues, par l'émétique ou l'ipécacuanha à dose vomitive, par les gargarismes émollients et par les fumigations émollientes.

§ II. — Laryngite chronique.

La *laryngite chronique* est très rare chez l'enfant, à moins de complications de tuberculose pulmonaire. J'en ai vu quelques exemples, une fois chez une fille qui, ayant mangé du pain fabriqué pendant le siège de Paris et qui renfermait de la paille d'avoine, eut par accident une de ces pailles pointues qui blessa le larynx et produisit une laryngite chronique avec aphonie; une autre fois chez une fille qui eut une aphonie par refroidissement du cou, et ailleurs dans le cours de la syphilis ou de la tuberculose pulmonaire.

Elle existe sans fièvre, avec de l'enrouement, une altération de la toux et une aphonie plus ou moins marquées.

Quand il y a en même temps phthisie pulmonaire, c'est une laryngite chronique ulcéreuse ou tuberculeuse absolument semblable à celle de l'adulte. Mais on ne voit jamais chez l'enfant de la laryngite chronique produisant la phthisie laryngée. Quand il y a consomption, c'est qu'il existe en même temps de la phthisie pulmonaire.

CHAPITRE II

ŒDÈME DE LA GLOTTE

L'*œdème de la glotte* est une maladie fort grave, et presque toujours mortelle. Elle commence, comme un simple rhume, par une petite toux qui devient sifflante et par une gêne considérable de la respiration. Il en résulte un état d'asphyxie qui nécessite l'opération de la trachéotomie.

On en trouve quelques exemples dans Billard; j'en ai vu deux exemples constatés à l'autopsie.

Observation I. — Un enfant opéré du croup par la trachéotomie était mort au troisième jour de l'opération. Il y avait des fausses membranes dans le larynx, mais l'épiglotte et les ligaments aryténo-épiglottiques, pâles, gonflés, demi-transparents, infiltrés de sérosité, fermaient le larynx et lui donnaient l'apparence du gland qui forme l'extrémité de la verge.

En voici un plus curieux que l'on doit à M. Allain-Dupré :

Observation II. — Un enfant de cinq ans paraissait depuis trois ou quatre jours être atteint d'une affection catarrhale avec enrouement, lorsque des accès de suffocation an-

noncèrent un *œdème de la glotte*. Pendant trois jours, on mit en œuvre divers moyens, mais sans résultat. Cependant les menaces d'asphyxie augmentaient; le pouls était insensible; le délire survint. On eut alors recours à la trachéotomie. L'opération réussit; la respiration s'établit peu à peu. Mais elle était constamment troublée par des quintes de toux. Le lendemain amélioration, qui alla en augmentant les jours suivants. La canule livrait passage à beaucoup de mucosités expectorées pendant les accès de toux. Au bout de huit jours, on enleva la canule. Aucun accident immédiat ne s'ensuivit; seulement, les crachats continuaient à être expectorés par la plaie, que l'on n'avait pas entièrement fermée, et même, lorsque le malade prenait quelques aliments liquides, les seuls qu'il pût encore supporter, il en sortait une certaine quantité par l'ouverture de la trachée, ce qui fit penser à une perturbation des fonctions de l'épiglotte. On remédia à cet inconvénient par une position convenable. Mais le malade se plaignit de douleurs abdominales, puis rendit plusieurs vers par la bouche, et finit par refuser absolument de prendre de la nourriture. Enfin, il fut pris d'un rhume assez intense; la toux apparut avec des crachats muqueux très abondants, que bientôt il n'eut plus la force d'expectorer, et le malade mourut le cinquième jour après l'enlèvement de la canule, le treizième après l'opération.

Autopsie. — Les poumons étaient pâles et exsangues. Les ramifications bronchiques étaient gorgées de mucus en très grande abondance. L'épiglotte paraissait racornie et n'avait pas son élasticité naturelle. Elle recouvrait difficilement la glotte. Celle-ci, rouge et injectée dans toute son étendue, ne présentait aucune trace de fausses membranes. Les replis supérieurs de la glotte, plus volumineux que dans l'état normal, étaient ridés et flasques; et leur boursouflement rendait bien compte d'un état œdémateux antérieur. Pas de suppuration ni d'ulcération. Les tissus environnant la plaie étaient indurés, et, dans quelques cas même, ils criaient sous le scalpel. Le tissu cellulaire, également induré, présentait un aspect granuleux. — Rien du côté des organes de la digestion (1).

CHAPITRE III

CROUP

Le *croup* est une phlegmasie du larynx, caractérisée par l'exsudation d'une fausse membrane à la surface de la muqueuse laryngée. C'était déjà, en 1808, l'opinion de Vieusseux, de Valentin (2), etc. Aujourd'hui, c'est l'idée universellement admise. Il n'est souvent qu'une maladie locale, mais il peut être suivi de septicémie, et devenant alors maladie générale, il se rattache intimement à l'*angine couenneuse* et à la *diphthérite*.

On peut discuter sur la nature, sur le siège et sur l'étendue de la fausse membrane, mais il n'est plus possible de parler d'un croup sans fausses membranes. Cette maladie tue par *asphyxie*, lorsque les fausses membranes sont assez épaisses pour obstruer le larynx, ou par *empoisonnement*, ou *septicémie diphthéritique*, lorsque la suppuration de la muqueuse ulcérée ou couverte de fausses membranes est résorbée et portée dans le sang. Dans le premier cas, il y a une *anesthésie* qui révèle l'asphyxie, et le second s'annonce en général par une *albuminurie* plus ou moins forte. Comme le croup se rattache à la *diphthérite* et à l'*angine couenneuse*, j'ai pensé que sa description serait mieux placée dans le chapitre consacré à cette maladie et qui se trouve à la fin du volume.

(1) Allain-Dupré, *Travaux de la Société méd. d'Indre-et-Loire.*
(2) Valentin, *Recherches historiques et pratiques sur le croup.* Paris, 1812.

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 (1). La laryngite striduleuse ou *faux croup* est une névrose du larynx caractérisée par le spasme de la glotte dû à une phlegmasie laryngée qui commence, 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 est toujours le début d'une angine catarrhale, et d'une bronchite.

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 confondu la laryngite couenneuse et la laryngite striduleuse. 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 différentes par leur nature, quoique similaires par quelques-uns de leurs symptômes. L'observation plus exacte est enfin venue démontrer la vérité. 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 la laryngite inflammatoire, un ou deux accès de laryngite striduleuse. Comme le fait remarquer Guersant, il est probable que certains cas de récidive 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 *aboiement* et revient par quintes prolongées qui chaque fois les menacent

(1) Voyez *Maladies de l'appareil cérébro-spinal*, page 98.

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 de l'accès, les enfants conservent un peu de fièvre, ils continuent à tousser, mais leur toux est grasse; 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 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 aiguë, pendant quelques jours; quelques-uns, enfin, succombent au moment de l'accès, asphyxiés par l'occlusion spasmodique du larynx. Cette terminaison est 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. — 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, avec toux rauque, voix enrouée qui diminuent peu à peu, se montrent de nouveau avec moins d'intensité, pour disparaître enfin d'une manière définitive. L'in-

termittence 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 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.

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 proscrire que d'après les indications toutes spéciales.

Aphorismes.

126. Un accès nocturne et subit de suffocation avec enrouement 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 suffocation, 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 et d'une potion opiacée.

CHAPITRE V

TOUX NERVEUSE OU CONVULSIVE

Définition. — La toux nerveuse ou convulsive est 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. C'est une sorte de chorée du larynx ou chorée aboyante.

A elle seule, elle constitue tout un état morbide. On la rencontre surtout chez les futures 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'offrît 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 luette.

Symptômes. — La toux nerveuse se montre surtout chez des sujets impressionnables ayant les apparences de la santé. C'est une toux fréquente, 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, chez les pléthoriques, 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 2 grammes en une fois.

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, patte d'écrevisse, 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 celui que je rapporte ici me semble digne d'intérêt.

Observation I. — *Noyau de cerise dans le larynx.* — 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 dissipe; 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, incise le tissu inodulaire, introduit une sonde de femme dans la trachée et l'explore 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 mît 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).

Observation II. — *Haricot 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.

(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).

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. Quckett; 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).

J'ai cité un cas semblable (2) suivi de mort, observé dans mon service en 1883.

M. Iszenard en a publié un cas intéressant (3).

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.

Observation IV. — *Perle de verre dans le larynx.* — 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 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 opérait. 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 (4). 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) (5).

Les précédentes éditions de cet ouvrage renferment un grand nombre d'autres observations de corps étranger du larynx. — Ce sont des observations de Cooper Forster de Weelhouse (6), 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'oreilles en verre bleu, de X... (7).

Traitement. — Si le corps étranger du larynx et des bronches produit

(1) Edwardes, *Medic.-chirurg. Trans.*, et *Gaz. hebd.*
(2) Bouchut, *Paris médical*, 1882.
(3) Voy. septième édition de ce livre.
(4) Laborde, *Gazette médicale*, 1868, p. 701.
(5) Voy. la sixième édition de ce livre.
(6) Cooper Forster, *Gazette médicale*, 13 février 1858.
(7) Bouchut, 5e édition, p. 294.

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. Ehrmann, de Strasbourg (1), n'en rapporte aucun fait, car les deux cas de polypes qui se rapportent à la première enfance ne sont pas d'origine congénitale; il en est de même du cas publié par M. Bouchaud (2), 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 de deux cas : c'est celui du docteur Dufour (3), et celui du docteur Triboulet, que nous rapportons :

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

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

(1) Ehrmann, *Histoire des polypes du larynx*. Strasbourg, 1850.
(2) Bouchaud, *Bulletins de la Société anatomique*, 1862.
(3) Dufour, *Gazette médicale*, 21 octobre 1865.

Pendant l'examen de la petite malade, 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 :

L'orifice supérieur 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, montre sa cavité 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.

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.

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.

CHAPITRE VIII

BRULURE DU LARYNX.

La brûlure du larynx, qui donne lieu à une espèce de laryngite aiguë, avec un 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 (1) divise les accidents qui en résultent en trois périodes.

« Dans la *première période*, la bouche et la gorge seules sont affectées,

(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).

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 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