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 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 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 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 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.

D'après un relevé statistique (1), 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 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 importants : 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 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.

Cinq observations très détaillées de brûlure du larynx, du docteur Philip Bevan, pourront être consultées avec avantage (2).

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

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

(1) *Medical Times and Gazette*, 22 octobre 1859.
(2) Voy. la sixième édition de cet ouvrage.

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 disparaitre.

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'entraine 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* (1).

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 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 de syphilis ou engendrés par des parents eux-mêmes affectés de cette maladie, et cela lui a suffi pour établir la nature syphilitique de l'altération. Cette opinion restera tant qu'on n'aura pas démontré la possibilité d'une suppuration congénitale du thymus en dehors de la cause vénérienne.

Il faut toutefois prendre garde de confondre ces abcès avec l'infiltration lactescente de matière grasse qu'on trouve chez tous les jeunes enfants dans les thymus à l'état physiologique.

L'erreur est très facile à commettre, et si l'on en jugeait sur les apparences, il n'y aurait pas moyen de l'éviter. Il faut, en pareille circonstance, regarder au microscope le liquide sorti du thymus. Dans un cas, on trouve des globules de pus bien formés, et dans le second, au contraire, des globules de graisse très faciles à reconnaitre.

CHAPITRE II

CANCER ; TUBERCULES, ET PÉTRIFICATION DU THYMUS

Le thymus peut se transformer en tissu squirrheux, en tubercule ou en matière calcaire.

(1) Voyez page 92.

La transformation squirrheuse est inconnue chez l'enfant, et la transformation calcaire y est fort exceptionnelle. Binninger l'a cependant vue une fois chez une petite fille de trois ans, qui mourut d'une maladie de poumon avec de la toux et une dyspnée considérable.

La transformation tuberculeuse est, au contraire, assez fréquente, et s'observe chez les enfants scrofuleux qui meurent avec la diathèse tuberculeuse et des tubercules dans la plupart des viscères.

Cette altération intéresse rarement la pratique.

LIVRE VI

MALADIES DES BRONCHES ET DES POUMONS

CHAPITRE PREMIER

BRONCHITE

On donne le nom de *bronchite* à l'inflammation de la membrane muqueuse des bronches. Elle est également désignée sous les noms de *rhume* et de *catarrhe pulmonaire*. Les enfants à la mamelle sont ceux qui présentent le plus de disposition à être affectés par cette maladie.

La bronchite est une affection qui survient d'*emblée* ou *consécutivement* à une autre maladie. Elle se manifeste sous la forme *aiguë* et sous la forme *chronique*.

L'étendue en forme le phénomène principal. En effet, la bronchite des grosses bronches est essentiellement différente de la bronchite généralisée, ou de la *bronchite capillaire*, qui s'étend au contraire jusque dans les plus petits rameaux bronchiques. La bronchite généralisée se transforme presque constamment en *pneumonie lobulaire*, dite également *pneumonie catarrhale* ou *broncho-pneumonie*, fait anatomique qui change toute l'expression symptomatique et qui donne beaucoup de gravité à la maladie.

Causes. — La bronchite s'observe très souvent dans l'enfance, et en particulier dans la période comprise entre la naissance et la fin de la première dentition. A cet âge, les causes les plus légères déterminent facilement l'irritation de cette membrane muqueuse.

La bronchite généralisée est loin d'être aussi fréquente que la bronchite partielle. Il n'est pas d'enfants qui n'aient eu dans leur vie un ou plusieurs rhumes de peu d'importance. Il n'y en a qu'un petit nombre, au contraire, dont la maladie, transformée en bronchite générale, ait été assez grave pour donner de l'inquiétude à leurs parents et nécessiter l'intervention du médecin.

La bronchite primitive se rencontre aussi souvent, sinon plus, que la bronchite secondaire, et le sexe des enfants n'a aucune espèce d'influence, car les garçons comme les filles sont indistinctement frappés par cette maladie.

Elle ne se montre pas également à toutes les époques de l'année. Elle