

nière affection, et non pas à la bronchite chronique, que le malade est en proie.

513. *Thérapeutique.* — (290.) — A. Flanelle sur la peau. Séjour dans un climat chaud; et, à défaut de ce moyen d'hygiène, si rarement praticable, observer les précautions les plus minutieuses, en fait de vêtements, d'habitation, etc., contre l'impression du froid.

B. Exutoire longtemps entretenu au bras ou à la cuisse. Purgatifs répétés. Un autre moyen de révulsion, que Laënnec a particulièrement préconisé, c'est l'usage des vomitifs, réitérés autant que le permettent l'état des forces du malade et la manière dont le malade supporte cette violente médication. Écoutons Laënnec : « J'ai guéri, » dit-il, « par ce seul moyen des catarrhes déjà fort anciens chez des vieillards, » et surtout chez les adultes et les enfans. J'ai fait prendre dans l'espace » d'un mois, avec un succès complet, quinze vomitifs à une dame de » quatre-vingt-cinq ans, maigre, mais qui d'ailleurs ne ressentait aucune des infirmités de la vieillesse, si ce n'est un *catarrhe muqueux* » qui durait depuis dix-huit mois, et qui était tellement abondant » qu'elle rendait chaque jour environ deux livres de crachats : elle a vécu » huit ans après sa guérison (*loc. cit.*, p. 160). »

C. Médicamens narcotiques, les opiacés surtout, ou bien encore les préparations de belladone ou de stramonium, lorsque la toux devient dure et quinteuse, et aussi lorsque la dyspnée est excessive.

D. Médicamens anticatarrhaux (132. G. π.) : lorsque la supersécrétion muqueuse est extrêmement abondante. Baume de tolu ou de copahu, térébenthine de Venise, à la dose de 18 ou 36 gouttes par jour, et même davantage. Eau de goudron pour boisson habituelle; ou bien encore administration atmiatrique de ce même médicament, soit sous forme de vapeurs sèches, soit sous forme de vapeurs aqueuses, en le chauffant à petit feu et lentement, seul ou mêlé à de l'eau, dans la chambre du malade.

E. Quelquefois la phlébotomie ou d'autres émissions sanguines : mais seulement, bien entendu, en cas de pléthore, en cas de signes manifestes d'hyperémie pulmonaire (199.), et aussi lorsqu'une bronchite aiguë vient à se greffer sur la bronchite chronique.

#### ARTICLE XXIV.

##### CROUP.

(Nom d'origine écossaise.)

514. *Bibliographie et coup d'œil historique.* — (Voir n° 299. K. — et n° 435.)

BAILLOU. — (T. I, p. 131) Dans les Annotations relatives à la constitution hyémale de l'année 1576.

GHISI. *Lettere mediche, la prima delle quali tratta di rari mali, curati col mercurio crudo : la seconda contiene l'istoria delle angine epidemiche degli anni 1747 e 1748.* Crémone, 1749, in-8°.

HOME (Francis). *Inquiry into the nature, cause and cure of the croup.* Edinbourg, 1765, in-8°.

SCHWILGUÉ. *Dissertation sur le croup aigu des enfans.* Thèse inaugurale. Paris, 1802, n° 83 (in-8°).

ROYER-COLLARD. — (Dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, t. VII.) — Article *Croup*. Résumé judicieux et substantiel des connaissances jusqu'alors acquises relativement au croup. — Royer-Collard avait été le rapporteur de la Commission du concours qui fut ouvert, en 1807, sur la question du croup, par l'ordre même de l'empereur Napoléon, après que cette maladie eut enlevé un fils de la reine Hortense. Son *Rapport au ministre de l'intérieur* (Paris, 1812, in-8°) avait présenté une analyse excellente, et universellement applaudie, des cinq mémoires distingués par la Commission : de ces cinq mémoires, deux, celui de Jurine, médecin de Genève, et celui d'Albers, médecin de Brême, partagèrent le prix, et les trois autres, ceux de Vieusseux, de Caillau et de Double, obtinrent des mentions honorables.

CRUVEILHIER. — (*Médecine pratique éclairée par l'anatomie et la physiologie pathologiques.*) Art. I, *Considérations générales sur le croup.*

LOUIS. *Du croup chez l'adulte.* Dans les *Mémoires ou Recherches anatomico-pathologiques* (59.) : page 203-52.

TROUSSEAU. — (Dans le *Répertoire*, t. IX.) — Article *Croup*.

DELARROQUE. — *Quelques mots sur la thérapeutique du croup* (Dans le *Bulletin général de thérapeutique*, septembre 1840.)

MAROTTE. *Quelques réflexions sur l'emploi répété des vomissements, considéré comme agent spécial dans le traitement du croup confirmé.* (Dans la *Gazette médicale*, année 1842, p. 6-13.) — Là, M. Marotte relate trois cas de succès qu'il a eus dans sa propre pratique, et qui parlent, assurément, très haut en faveur de la méthode des vomitifs administrés coup sur coup : puis il emprunte à ses devanciers une masse de témoignages à l'appui de l'excellence de cette méthode.

RILLIET et BARTHEZ. — (*Maladies des enfans*, — t. I<sup>er</sup>, pag. 315-86) Chap. XI, A. *Laryngite pseudo-membraneuse.*

Le croup ne commença guère d'être clairement distingué et reconnu

que vers la moitié du dernier siècle. Alors, et seulement alors, il prit un nom et une place dans le catalogue, déjà trop long, des maladies humaines. Effectivement, il ne paraît pas que les médecins de l'antiquité en aient eu connaissance, ni les médecins arabes non plus.

Baillou est, au dire des érudits, le premier auteur qui ait évidemment accusé l'existence du croup, sans s'être fait toutefois une idée claire et précise de cette maladie. En parlant d'une affection orthopnoïque qui avait régné à Paris dans l'hiver de 1576, il rapporte, entre autres faits, une autopsie cadavérique qui avait présenté au chirurgien une fausse membrane formée dans la trachée-artère. Faut-il donc en inférer que le croup ait paru à cette époque pour la première fois? Assurément non. Si, d'une part, on considère combien la culture de l'anatomie pathologique rencontra d'obstacles, combien cette branche de l'art fut lente à se constituer et à progresser; si, d'autre part, on considère combien sont rares les cas dans lesquels l'expectoration de la pseudo-membrane, non pas en lambeaux informes, mais en tubes bien formés, donne à la maladie un caractère vraiment à part, on ne s'étonnera pas sans doute, et on ne fera aucune difficulté d'admettre qu'on ait pendant longtemps confondu le croup avec tant d'autres affections du larynx et des poumons. Certes, le croup n'est point une maladie née dans l'ère moderne: il doit être de date aussi ancienne que la pharyngite diphthérique, avec laquelle il a une incontestable communauté de nature, avec laquelle il coexiste si souvent, et qu'Arétée a manifestement signalée sous le nom d'ulcères égyptiens ou syriaques (440. A.).

Longtemps encore après Baillou, le croup était si peu et si mal connu que maints observateurs du XVII<sup>e</sup> siècle, en relatant l'expectoration de tubes membraneux, ne songent pas à voir là autre chose que la membrane interne des bronches, ou que des veines ou des artères détachées et rejetées de l'intérieur même des poumons.

En 1749, Ghisi, médecin de Crémone, donna enfin au monde médical une excellente description de deux épidémies de croup. Un peu plus tard, Home, médecin écossais, écrivit le premier traité *ex professo* sur cette maladie: à lui l'honneur de l'avoir formellement posée et de l'avoir fait accepter dès lors comme une maladie véritablement à part. Depuis, le croup a encore été le sujet de travaux importants qui en ont perfectionné de plus en plus la connaissance et le traitement. De nos jours, c'est à M. Bretonneau qu'il a été donné de répandre de nouvelles et de vives lumières sur cette terrible maladie.

515. *Définition scolastique.* — Le croup est l'inflammation diphthérique (299. K.) de la membrane muqueuse qui tapisse le larynx, la trachée-artère et les bronches.

516. *Synonymie.* — *Affectio orthopnoïca* (Baillou, *loc. cit.*). —

Angine laryngée ou laryngo-trachéale membraneuse (de divers auteurs). — Laryngite, Trachéite, ou Laryngo-trachéite pseudo-membraneuse ou couennense (dans le langage de bien des médecins contemporains). — Blennisthmie épidémique, d'Alibert (436. B. γ.). — Diphthérite laryngée ou laryngo-trachéale, de M. Bretonneau.

517. *Variétés quant au siège.* — *A priori*, on conçoit fort bien la possibilité et la distinction des trois variétés que voici: 1<sup>o</sup> croup laryngé, ou laryngite diphthérique; 2<sup>o</sup> croup trachéal ou trachéite diphthérique; 3<sup>o</sup> croup bronchique, ou bronchite diphthérique. Mais, en réalité, si tant est que les deux dernières variétés, le croup trachéal et le croup bronchique, puissent quelquefois se développer primitivement, isolément, idiopathiquement, comme l'affirment Jurine et quelques autres observateurs, toujours est-il que dans l'immense majorité des cas, si ce n'est pas dans tous, le croup fait invasion par le larynx, soit pour y demeurer borné, soit pour s'étendre de là à la trachée et aux bronches. Aussi est-ce surtout d'un tel point de vue, à titre de règle ordinaire, et abstraction faite des exceptions constituées par le développement idiopathique du croup trachéal et du croup bronchique, que la symptomatologie qui va suivre sera conçue et tracée. Au reste, il est aisé de comprendre qu'un croup exclusivement trachéal, si toutefois, encore un coup, il en existe de tels, ne serait pas très dangereux, ressemblerait beaucoup à une trachéite simple (504.), sauf l'expectoration des lambeaux pseudo-membraneux, et pourrait très bien avoir lieu sans une extrême dyspnée, sans accès de suffocation imminente. Au contraire, le croup bronchique, pour peu qu'il soit étendu, doit entraîner un soudain et immense péril: il doit se présenter sous forme de catarrhe suffocant. (504.)

518. *Symptomatologie.* — A. Reconnaissons, d'abord, les symptômes locaux qui se montrent plus ou moins essentiellement liés à l'existence du croup laryngé ou laryngo-trachéal. Eh bien! après quelques jours d'un prélude qui semble se présenter à titre de simple catarrhe, à titre d'enrouement et de rhume ordinaire, parfois après un ou deux jours seulement, voire même au bout de quelques heures, la toux devient plus forte; elle retentit dans le larynx et la trachée comme dans un tuyau d'airain; elle s'accompagne d'un cri particulier qui a été comparé par les uns au cri d'un poulet près de passer à l'état adulte, ou, si l'on aime mieux le dire ainsi, d'un jeune coq, par les autres à l'aboiement d'un petit chien, par d'autres à mainte et mainte sorte de sifflement. L'inspiration, surtout au milieu des quintes de toux, ne laisse pas non plus que de présenter de temps en temps un bruit analogue. Cette sonorité particulière de la toux et de l'inspiration, c'est là ce qu'on désigne sous le nom de *voix croupale*. Mais il importe fort de remarquer que la

voix dite croupale ; d'ailleurs extrêmement variée dans ses nuances , et susceptible de se prêter à bien des comparaisons diverses , n'est pas , quoi qu'en aient dit certains auteurs , un symptôme exclusivement propre au croup , n'est pas , en termes d'école , un symptôme pathognomonique. Elle appartient tout aussi bien à la laryngite périglottique de nature catarrhale et phlegmoneuse (493. B. §. ). Elle n'a point sa cause , sa raison d'être , uniquement et absolument dans le fait d'une exsudation couenneuse de la membrane muqueuse , mais bien dans un état pathologique de la glotte tel qu'il y a obstacle au libre passage de l'air , principalement pour l'inspiration. Bien plus , à dire l'exacte vérité , les inspirations bruyantes du croup n'ont pas avec celles de la coqueluche une différence aussi tranchée , aussi absolue que certains médecins se l'imaginent. Suivant M. Trousseau , la toux ne présenterait le prétendu bruit croupal qu'autant que le croup ne serait pas encore confirmé , qu'autant que l'exsudation diphthérique ne serait pas encore formée , et que l'inflammation n'aurait encore produit que la tuméfaction pure et simple des replis aryéno-épiglottiques : avec le développement de la couche pseudo-membraneuse , la toux redeviendrait une toux insonore , ou mieux une toux simple et ordinaire. Ce qu'il y a de certain , c'est que ce changement dans le caractère de la toux s'observe très fréquemment. Mais l'explication de M. Trousseau est-elle la vraie ? Est-ce donc que réellement , ainsi que cet auteur le veut , la nature molle et non vibratile de la matière pseudo-membraneuse qui vient à enduire les lèvres de la glotte étouffe aussitôt le son de la toux ? ou bien peut-être , au contraire , serait-ce que , dans la progression naturelle du mal de haut en bas , la glotte commence déjà à redevenir plus large et plus libre pour la sortie de l'air , par expectoration , détumescence ou résorption de son enduit pseudo-membraneux , ou autrement encore , tandis que cette même exsudation gagne et obstrue de plus en plus les ramifications bronchiques ? Question ouverte à la controverse. Quoi qu'il en soit , avec ou sans les phénomènes de la voix croupale , il y a eu dyspnée très grande , orthopnée , dyspepsie suffocante ; et trop souvent , enfin , apnée complète. Quelquefois les quintes de toux amènent l'expectoration de fragmens pseudo-membraneux , qui , s'étant détachés de la surface muqueuse , et flottans qu'ils étaient dans les voies aériennes , étaient une cause de suffocation imminente ; et après une telle expectoration , la respiration se retrouve plus libre , et le calme renaît momentanément du moins. Dans certains cas , même , c'est là en quoi consiste principalement , à quoi se borne à peu près le drame morbide ; sauf les accès de cette expectoration diphthérique , il peut se faire qu'il n'y ait que peu ou point de dyspnée. Et , lorsqu'il en est ainsi , ne serait-ce uniquement que dans des cas où le croup est exclusivement trachéal (517.) , ou bien occupe ,

tout au plus , la portion sous-glottique du larynx , mais non pas les bords de la glotte.

B. Le croup est presque toujours accompagné d'un appareil fébrile. Le plus souvent , on voit se déclarer ce que nous appelons la fièvre inflammatoire (280. D. ). Mais dans quelques cas , et surtout quand la maladie se déclare à titre d'épidémie dans un hôpital d'enfans , il y a , dès le début des symptômes locaux et avant l'apparition de la dyspnée suffocante , un état très prononcé d'*asthénie* (114. C. §. ).

C. Assez fréquemment , dans le croup parvenu à sa période d'état , les urines se montrent troubles , blanchâtres , et , comme on dit , *lactescens*. Quelques médecins d'autrefois avaient même vu là une métastase , un transport de la matière qui constitue la pseudo-membrane croupale. Mais , depuis Schwilgué , qui démontra l'erreur par l'analyse chimique , une telle chimère a cessé d'être le moins du monde soutenable.

D. Généralement , on peut avec assez de vérité et d'exactitude diviser la marche du croup en trois périodes que voici : 1° une *période catarrhale* , période de symptômes prodromiques , période où l'inflammation n'a encore rien que de fort simple et de fort ordinaire , en apparence du moins ; 2° une *période de sécrétion diphthérique* , période d'état , période où la maladie se trouve confirmée et caractérisée ; 3° une *période d'asthénie* , qui est le résultat de la gêne apportée à l'accomplissement de l'hématose , période d'asphyxie imminente , période qui , le plus communément sans comparaison , aboutit à l'asphyxie réelle et à la mort , mais d'où reviennent cependant quelques malades , bien exceptionnellement , il est vrai , et à grand'peine , après l'expectoration ou la résorption de l'exsudation couenneuse. Après cela , reconnaissons que , dans bien des cas , ces trois périodes n'existent pas. Parfois , le croup survient d'emblée , étouffe et tue en quelques heures.

519. *Nérocopie*. — A. La pseudo-membrane croupale ne se rencontre , le plus souvent , que dans le larynx et la partie supérieure de la trachée-artère ; elle se continue à ses extrémités , et surtout en bas , avec une matière glaireuse et blanchâtre plus molle , qui en est , sans nul doute , le premier degré , l'état primordial et rudimentaire , qui se trouve flottante à travers le calibre des voies aériennes , et qui doit être , évidemment , considérée comme une cause puissante de dyspnée et de suffocation. Ainsi donc , en pareille occurrence , le temps a manqué à cette matière pour passer à l'état de concrétion membraniforme ; la mort a pris , a dû prendre les devans sur une telle métamorphose. Dans d'autres cas , la couche pseudo-membraneuse tapisse non seulement le larynx et la trachée , mais une grande partie , ou même la totalité des bronches et de leurs rameaux : quelquefois même , la pseudo-membrane présente alors une telle continuité et aussi une telle ténacité qu'on

peut, en s'y prenant bien, en y allant d'une main légère, la séparer et l'extraire tout entière et d'un seul morceau; quelquefois, au contraire, elle n'est pas continue, mais consiste en une multitude de petites plaques isolées, plus ou moins distantes les unes des autres. Enfin, il est des cas rares où l'exsudation diphthérique se montre bornée aux bronches et à leurs ramifications, sans qu'on en trouve aucune trace dans le larynx et la trachée.

B. La pseudo-membrane croupale représente exactement, comme de raison, la forme des conduits où elle s'est développée et, pour ainsi dire, moulée. Elle est presque entièrement opaque. Sa couleur est d'un blanc tirant quelquefois sur le gris, quelquefois sur le jaune. Son épaisseur, ordinairement un peu plus grande dans le larynx et la trachée que dans les ramifications bronchiques, varie d'un à trois millimètres. Sa consistance est analogue à celle du blanc d'œuf cuit.

C. Cette pseudo-membrane est plus ou moins adhérente à la muqueuse sous-jacente selon les divers points de l'étendue qu'elle occupe, ou mieux selon le plus ou moins d'ancienneté de sa formation. En effet, dans les premiers temps de son existence, elle est étroitement unie à la muqueuse; mais elle devient ensuite de moins en moins adhérente, à tel point que les efforts de la toux peuvent quelquefois la détacher par fragmens, qui sont, comme on l'a vu (518. A.), plus ou moins péniblement expectorés. Cette séparation s'opère en quelques jours, parfois même en quelques heures, à raison de la sécrétion d'une humeur moins plastique: sécrétion qui peut bien encore donner lieu à la formation d'une nouvelle pseudo-membrane, et ainsi plusieurs fois de suite; mais, à chaque fois, la plasticité de l'humeur sécrétée devient moindre.

D. Au-dessous de la pseudo-membrane, en quel état trouve-t-on la membrane muqueuse? Celle-ci, la plupart du temps, présente une rougeur vive, quelquefois livide, et un peu de tuméfaction. Mais il est des cas où la rougeur inflammatoire est loin d'exister sur le cadavre dans tous les points tapissés par l'exsudation couenneuse. Il en est même dans lesquels cette rougeur manque entièrement ou à peu près.

520. *Complications communes.* — Il n'est pas rare de rencontrer le croup en complication avec les maladies que voici :

A. Avec la pharyngite diphthérique. Et rien ne doit moins surprendre; car c'est là une affection de même nature que le croup: seulement son siège est différent, voilà tout. Aussi arrive-t-il souvent, très souvent, et surtout sous une influence épidémique, que l'on voie naître ces deux affections l'une de l'autre; que le croup ne soit en quelque sorte que l'extension de la pharyngite diphthérique, ou réciproquement. Mais ne manquons pas de noter que, de ces deux cas, le premier est incomparablement le plus commun.

B. Avec la pneumonie.

C. Avec les fièvres éruptives contagieuses, et surtout avec la scarlatine.

521. *Étiologie.* — En ce qui touche aux conditions personnelles et extérieures particulièrement faites pour favoriser le développement du croup; en ce qui touche à la triste et funeste supériorité de l'enfance pour la fréquence des cas, à la production, tantôt sporadique, tantôt épidémique ou endémique de cette maladie, à sa contagion probable, rien à dire qui n'ait déjà été enseigné dans l'étiologie de la stomatite diphthérique (433.) et dans celle de la pharyngite de même nom (441.).

522. *Diagnostic.* — A. A la rigueur, et il importe bien de le remarquer, l'expectoration de fragmens pseudo-membraneux est le seul symptôme qui, aux yeux d'un clinicien sévère, démontre péremptoirement l'existence du croup: c'est là le seul signe pathognomonique. Tout au plus encore aura-t-on droit d'accuser le croup à titre d'immense probabilité, de probabilité presque équivalente à la certitude absolue, toutes les fois qu'avec les phénomènes dyspnéiques et les bruits laryngés ci-dessus indiqués (518. A.), coïncidera l'apparition d'une exsudation couenneuse à l'isthme du gosier, sur le voile du palais ou le fond du pharynx. A Dieu ne plaise, cependant, qu'on aille mal interpréter, au lit du malade et en fait de traitement, cette juste et légitime sévérité de la science à l'endroit du diagnostic! A Dieu ne plaise que, pour agir avec énergie, avec la plus grande énergie, nous attendions la venue du signe pathognomonique! Dès qu'un certain ensemble de symptômes laryngiens et dyspnéiques fait raisonnablement craindre que le croup ne soit là, que la sécrétion diphthérique n'ait déjà commencé ou ne soit près de survenir, n'hésitons pas un instant à déployer les moyens thérapeutiques les plus propres à combattre le mal, à l'enrayer, à le faire avorter. En pareille circonstance, un diagnostic probable, voire même une simple prodigose suffisamment fondée, est tout ce qu'il faut pour autoriser — que dis-je? — pour réclamer une médecine active et perturbatrice. Sauvons nos malades, au risque de ne pas savoir précisément quelle a été leur maladie, et quel nom, si l'art ne fût point intervenu, elle aurait fini par mériter sans conteste.

B. L'existence du croup bronchique peut devenir évidente sur le vivant même. C'est, à la vérité, un cas rare, et que Laënnec n'eut occasion d'observer qu'une seule fois. C'est lorsque les fragmens pseudo-membraneux que le malade expectore se présentent en forme de tubes moulés sur des rameaux bronchiques d'un calibre plus ou moins gros.

523. *Thérapeutique.* — Esquissons maintenant les moyens qui, dans l'état actuel de l'art, ont droit d'être considérés comme les plus efficaces,

disons mieux, les moins impuissans pour combattre le croup; qui peuvent conjurer le danger, non pas, certes, constamment, infailliblement, ni même, hélas! il faut l'avouer, dans la plupart des cas, mais enfin quelquefois; qui comptent des victoires d'autant plus nombreuses et d'autant plus éclatantes qu'on sait les déployer, les manier, les combiner avec cet habile à-propos, avec cette énergie calme et prudente, talens heureux où l'expérience clinique a tant de part, et les livres si peu. Or, ces moyens, les voici :

A. Emissions sanguines. Voilà par où il est rationnel et utile d'ouvrir le traitement, à moins d'une asthénie bien confirmée. Au besoin, pratiquer chez les malades adultes une ou deux phlébotomies. En règle à peu près universelle, tant chez les adultes, préalablement phlébotomisés ou non, que chez les enfans, applications répétées de sangsues sur le cou. Mais ayons soin de ne jamais pousser à l'excès la soustraction du sang, de ne jamais aller jusqu'à détruire les forces nécessaires à l'économie animale pour la séparation et l'expectoration de la pseudo-membrane. Dans le doute, mieux vaut encore s'abstenir de tirer du sang; mieux vaut cela que d'en tirer trop.

B. Pédiluves très chauds, et chargés de principes irritans. Sinapismes sur les membres. Vésicatoires, soit sur les membres inférieurs, soit même, comme certains praticiens le veulent et s'en louent, sur le devant du cou. Clystères purgatifs, et plutôt drastiques qu'autrement. Voilà pour remplir l'indication, encore fort rationnelle, de la révulsion.

C. Médicamens sternutatoires. C'est une ressource auxiliaire que certains praticiens ne dédaignent pas d'employer, et qui peut avoir, assurément, son utilité pour provoquer une expulsion plus prompte des fragmens pseudo-membranex.

D. Vomitifs coup sur coup. Chez les jeunes enfans, sirop d'ipécacuanha, administré par cuillerées d'heure en heure. Chez les enfans plus âgés et chez les adultes, tartre stibié en addition au sirop d'ipécacuanha, ou en potion formulée d'une façon quelconque; au besoin même, si les hautes doses de tartre stibié sont tolérées, donner le sulfate de cuivre ou celui de zinc. Cet emploi répété des vomitifs est à la fois un moyen propre à hâter la séparation de la pseudo-membrane et à en favoriser l'expectoration, et, sans aucun doute aussi, un moyen de révulsion, de perturbation, éminemment fait pour enrayer les funestes progrès du molimen inflammatoire et de l'exsudation diphthérique. Dans ces derniers temps, MM. Delarrouque et Marotte ont surtout préconisé la méthode des vomitifs coup sur coup; ils affirment avoir réussi par là à opérer des cures brillantes et presque inespérées. Mais ils recommandent bien d'appliquer cette méthode avec toute l'énergie et toute la persévérance qu'il faut pour en assurer le succès. M. Marotte, par exemple, a

donné le vomitif dix-sept fois en huit jours, et jusqu'à cinq fois par jour, au petit malade qui fait le sujet de sa 1<sup>re</sup> observation. M. Delarrouque est allé encore plus loin: il a répété le même moyen neuf fois en vingt-quatre heures.

E. Mercurialisation rapide et poussée en vingt-quatre ou quarante-huit heures jusqu'à la salivation: soit par l'usage des frictions d'onguent napolitain à forte dose, soit par l'administration du calomel à la dose, par exemple, de cinq à dix centigrammes toutes les heures. Voilà encore une médication qui paraît avoir eu de réels et incontestables succès, si l'on en croit maints observateurs très éclairés et très dignes de foi. Voilà donc encore une ressource que, jusqu'à nouvel ordre, jusqu'à ce qu'on ait trouvé mieux, nous ne devons pas négliger de mettre en œuvre concurremment avec les émissions sanguines et les vomitifs.

F. Administration de quelques stimulans (132. F. 6.), dans la période d'asthénie (518. D.). Par exemple, faire inspirer fréquemment de l'éther sulfurique, etc., etc.

G. Trachéotomie. C'est la dernière ancre de salut, lorsque la maladie a résisté à tous les remèdes, lorsque la suffocation est imminente. Après cela, une fois la trachée ouverte, doit-on se borner à extraire les fragmens pseudo-membranex qui se présentent près de l'ouverture, à instiller quelques gouttes d'eau simple ou d'eau de guimauve dans le canal aérien afin de déterminer des efforts d'expectoration, et à maintenir à l'aide d'une canule la voie artificielle de l'air jusqu'à ce que la glotte soit redevenue parfaitement libre? Ou bien doit-on faire plus, doit-on porter sur la muqueuse du larynx, de la trachée-artère et des bronches, une médication hétérophlegmasique, employer, par exemple, la solution d'azotate d'argent, etc.? Cette dernière méthode a ses défenseurs, ses chauds partisans, et, entre autres, M. Trousseau. Mais, en dernière analyse, a-t-elle plus d'avantages que d'inconvéniens? comptera-t-elle plus de succès que de revers, comparativement aux revers et aux succès d'une méthode plus simple, de la première méthode, veux-je dire? C'est là une question que, pour ma part, je n'oserais trancher aujourd'hui, et qui me paraît avoir grandement besoin d'être éclairée par de nouvelles observations consciencieusement recueillies en grand nombre, supputées et analysées.

## ARTICLE XXV.

## PYÉLITE.

(Rayer: — de Πύελος, bassin.)

RAYER. — (*Traité des maladies des reins*, t. III, pag. 1-244.)

524. *Définition.* — Sous le terme de *pyélite*, M. Rayer a, le pre-