

la tumeur quand elle n'avait pas encore acquis une grosseur et une consistance considérables.

Lorsque le goître est douloureux, on le couvre d'un cataplasme émollient; on emploie aussi le même topique lorsque, sans être douloureux, ou ne causant que des douleurs passagères, la tumeur se ramollit dans un point et montre une tendance réelle à se convertir en une sorte d'abcès. Dans ce cas, lorsque le goître est entièrement amolli et en suppuration, on donne issue au pus par une incision longitudinale qu'on fait à la partie la plus déclive de la tumeur dans l'étendue de huit ou dix lignes : on laisse couler l'humeur sans presser le goître, et l'on applique un bandage, légèrement compressif, pour empêcher, autant que possible, l'entrée de l'air et le séjour du pus. On a vu, dans ce cas, les parties reprendre leur ressort, le suintement cesser et le malade guérir.

Lorsque le liquide qui sort par l'ouverture est noir, en quantité médiocre, et que sa sortie n'apporte que très-peu de diminution dans le volume de la tumeur, on peut conjecturer qu'il y a une artère ouverte dans cette tumeur; si des pulsations s'y font sentir, ces conjectures se changent en certitude : il faut alors inciser la tumeur dans toute sa longueur pour lier ou comprimer le vaisseau ouvert.

On pourrait, comme on le pratique fréquemment dans les abcès froids, ouvrir le goître en suppuration avec la pierre à cautère; peut-être même ce moyen serait-il préférable à l'instrument tranchant, surtout dans l'homme, car chez la femme la difformité plus grande de la cicatrice est un inconvénient qu'il faut toujours éviter. Mais c'est là que doit se borner l'usage des caustiques dans le traitement du goître. Employés dans la vue de détruire et de consumer le goître solide et non en suppuration, ces médicaments auraient de graves inconvénients qui doivent les faire proscrire : quelque peu volumineuse que fût la tumeur, il faudrait, pour la détruire entièrement, réitérer un grand nombre de fois l'application des caustiques, ce qui rendrait le traitement long et douloureux; l'irritation violente et presque continue produite par l'action de ces médicaments pourrait amener une dégénération fâcheuse; la destruction de quelqu'un des gros vaisseaux qui nourrissent la tumeur serait suivie d'hémorragies abondantes, difficiles à arrêter et peut-être mortelles. Ajoutez à cela que si, après avoir détruit une partie de la tumeur par les caustiques, on

est forcé de renoncer à leur usage, comme je l'ai vu une fois, la largeur, la profondeur et l'irrégularité de la cicatrice, ajoutent singulièrement à la difformité.

On a proposé, pour guérir le goître, de passer de haut en bas, dans le milieu de la tumeur, avec une aiguille à séton, une mèche composée de plusieurs fils de coton, enduite d'abord de cérat, et, par la suite, de médicaments propres à exciter la suppuration et la fonte du goître. Ce moyen peut être utile quand le goître est enkysté, ou lorsque, ayant été d'abord solide, il s'est ramolli peu à peu et converti en une espèce d'abcès froid. Mais lorsque la tumeur est solide, le séton ne peut être d'aucune utilité, et il pourrait même devenir nuisible si le goître était dur, squirrheux et disposé à dégénérer en cancer.

Un dernier moyen, moyen extrême proposé pour la guérison du goître, c'est l'extirpation. Cette opération, recommandée par Celse et par plusieurs autres auteurs, a été entreprise et a réussi dans quelques cas très-rares, où la tumeur était peu volumineuse et bornée à une partie de la glande thyroïde : mais lorsqu'on a osé enlever un goître volumineux, comprenant la totalité de la glande, les malades sont morts d'hémorragie; ou bien, si l'on a pu se rendre maître du sang pendant l'opération, ils ont succombé en moins de deux jours au désordre qu'une opération longue et très-douloureuse a fait naître. Ainsi l'extirpation de la thyroïde est au nombre des opérations que la prudence, la raison et l'expérience désavouent.

Le goître qui a résisté aux topiques et aux remèdes internes est incurable. Dans ce cas, qui est le plus ordinaire, on doit seulement avoir en vue de prévenir ou de ralentir l'accroissement du mal. Il faut donc conseiller au malade d'éviter autant que possible le séjour dans des lieux humides, de se tenir bien vêtu et le cou chaud, de s'abstenir de travaux rudes, de chants forcés et de cris violents.

§ 3. — Des maladies du larynx et de la trachée-artère.

Ces maladies sont les plaies, l'inflammation, l'ulcération et les corps étrangers. Nous avons déjà parlé de la première de ces maladies : il ne sera question ici que des autres.

1° De l'angine laryngée et trachéale.

L'inflammation de la membrane muqueuse du larynx a été nommée angine laryngée, et celle de la membrane muqueuse de la trachée, angine trachéale. Il est toujours très-difficile, et souvent même impossible, de distinguer ces deux sortes d'angines l'une de l'autre; mais cette difficulté ne peut avoir aucune conséquence fâcheuse, et prit-on l'une de ces angines pour l'autre, le danger n'est point dans la méprise, mais dans la gravité même des deux maladies. Au reste, l'inflammation de la membrane interne du larynx et de la trachée, soit primitivement, soit à la suite de l'esquinancie tonsillaire, est une maladie très-rare dont il est peu d'exemples bien observés et décrits avec exactitude.

L'angine laryngée ou trachéale peut être produite par les mêmes causes qui donnent lieu à l'inflammation des tonsilles, du voile du palais et du pharynx.

Dans les phlegmasies du larynx, une sorte de constriction et une douleur plus ou moins vive se font sentir dans cette partie. La douleur augmente par l'inspiration, par l'action de parler, par la pression extérieure, et par la déglutition qui, néanmoins, n'est pas interrompue; la voix est très-aiguë, siffiante et tremblante; le malade est tourmenté par une toux sèche, continuelle, suffocante; la respiration petite, fréquente et très-laborieuse, est accompagnée d'une espèce de sifflement; le pouls est dur, fréquent, irrégulier et, en quelque sorte, vacillant, sans doute à cause de la difficulté de la circulation dans les poumons; une chaleur et une sécheresse très-grandes tourmentent les parties enflammées; le malade éprouve une anxiété extrême et un sentiment d'ardeur; la face est rouge et animée, les yeux saillants, et si la maladie ne ralentit pas ses progrès, la malade meurt suffoqué.

L'inflammation de la trachée donne lieu aux mêmes symptômes. Ici, cependant, la douleur augmente dans l'inspiration et lorsqu'on presse la trachée, tandis que dans l'angine laryngée la douleur est plus forte au moment où le larynx s'élève pour la déglutition; mais ces phénomènes sont loin de suffire pour faire distinguer ces deux espèces d'angines l'une de l'autre. Il en est de même de la voix qui est, dit-on, plus aiguë et plus perçante dans l'angine laryngée que dans l'angine

trachéale. Au reste, soit que l'inflammation de la membrane muqueuse qui tapisse les voies aériennes ait son siège dans le larynx ou dans la trachée, on ne trouve à l'extérieur aucun gonflement remarquable, et en examinant le fond de la bouche, on n'y aperçoit ni engorgement ni rougeur.

L'angine laryngée ou trachéale peut se terminer de différentes manières : lorsqu'elle est légère, elle peut se résoudre dans l'espace de quatre à sept jours, avec expectation de matières plus ou moins épaisses. Portée à un degré considérable, elle intercepte le passage de l'air par la glotte, et fait périr le malade par suffocation dans un espace de temps fort court, quinze, vingt, trente heures, plus ou moins. Cette maladie est susceptible de se terminer par suppuration; dans ce cas, lorsque la matière purulente accumulée sous la membrane muqueuse se fait jour dans les voies aériennes et est rejetée au dehors par la toux, le malade peut guérir; mais si le pus répandu dans la trachée ou le larynx n'est pas poussé au dehors, la mort peut survenir au moment même.

Dans le cas où le malade survit à cette terminaison, le mal se dissipe tout à fait si l'ulcération de la membrane muqueuse se cicatrise; mais si cette ulcération subsiste et passe à l'état chronique, elle constitue alors une phthisie laryngée, maladie qui peut avoir lieu aussi par d'autres causes, comme nous le dirons plus loin.

A l'ouverture du corps des personnes mortes suffoquées par une angine laryngée, on trouve la membrane muqueuse du larynx et de l'épiglotte rouge, épaissie, et quelquefois couverte d'une couche membraniforme, mince, blanchâtre, facile à couper et à détacher; l'ouverture de la glotte plus ou moins rétrécie par le gonflement des parties qui la forment, les ventricules du larynx remplis d'un liquide épais, noirâtre, semblable à du sang décomposé; des eschares partielles blanchâtres dans le larynx et la trachée; une flaccidité gangréneuse et une couleur livide de toute la membrane muqueuse de ces conduits.

Le pronostic de l'angine laryngée est en général très-grave. Le malade peut être suffoqué d'un instant à l'autre par la tuméfaction de la membrane muqueuse qui, en s'accroissant, obstrue la glotte et finit par intercepter totalement la respiration, ou par le développement d'une fausse membrane dans le larynx, qui produit le même effet en bouchant la glotte. Plus le siège du mal est voisin de cette ouverture,

plus le péril est imminent. L'inflammation de la trachée-artère tue promptement la malade, et quelquefois même en peu d'heures, suivant la remarque de Sydenham; mais cette espèce d'angine est fort rare.

La marche de l'angine laryngée étant en général très-rapide, et cette maladie pouvant devenir promptement funeste, on doit mettre la plus grande célérité dans l'emploi des moyens propres à la combattre. Ces moyens sont les saignées du bras, plus ou moins copieuses, plus ou moins répétées, selon l'intensité de la maladie, mais toujours faites dans le plus court délai; l'application d'un grand nombre de sangsues autour du cou; les ventouses scarifiées à la nuque, entre les épaules; les fumigations et les fomentations émollientes, les boissons adoucissantes, les lavements, les pédiluves sinapisés; les sinapismes, les épispastiques. Lorsque l'inflammation est médiocre, ces remèdes peuvent suffire pour en arrêter les progrès et favoriser la résolution; mais lorsqu'elle est considérable, ils sont insuffisants, et le seul moyen de soustraire le malade à la mort qui le menace, est de le faire respirer, en pratiquant une incision à la trachée-artère: encore faut-il se hâter de recourir à cette opération; car, pour peu qu'on diffère, il est à craindre, comme l'observe Van Swieten, que l'artère pulmonaire ne soit déjà engorgée, et qu'ainsi il ne reste dans la substance des poumons une congestion sanguine mortelle, alors même qu'on a ouvert une entrée à l'air. Louis pense, avec raison, qu'on pratiquera toujours la bronchotomie trop tard dans l'angine laryngée, si on ne l'admet que comme un moyen extrême, tandis que l'opération sera presque toujours efficace si on y a recours dès le principe de la maladie, et qu'on en fasse le secours essentiel et primitif. Mais comme l'angine laryngée débute souvent par des symptômes légers en apparence, et qu'elle prend ensuite tout à coup un accroissement qui la rend funeste, il arrive rarement que la bronchotomie soit faite assez promptement pour devenir un secours efficace. Toutefois, comme cette opération n'a par elle-même aucun inconvénient, on doit la pratiquer à quelque époque de la maladie qu'on soit appelé, pourvu qu'il reste encore quelque lueur d'espérance.

L'angine laryngée qui se termine par suppuration donne lieu quelquefois, comme nous l'avons dit, à la phthisie laryngée; mais cette dernière maladie succède ordinairement à l'inflammation catarrhale de la membrane muqueuse du larynx. Cette inflammation rend la voix

basse et rauque, gêne la respiration et la déglutition, cause une douleur fixe au larynx, une toux sèche d'abord, puis muqueuse, etc. Si cette affection n'est pas combattue efficacement, la membrane muqueuse du larynx s'ulcère, les cartilages se carient; la phthisie est confirmée; la douleur alors devient plus forte, et la pression l'augmente encore; la toux est douloureuse et plus fréquente; les crachats sont tout à la fois muqueux, purulents et mêlés d'un peu de sang; l'haleine est fétide, la voix est très-grêle ou s'éteint entièrement; le malade a une petite fièvre lente, maigrit et éprouve des anxiétés; la déglutition est difficile, celle des liquides quelquefois impossible. Dans un degré plus avancé encore de la maladie, les symptômes communs à toutes les espèces de phthisies se déclarent; des sueurs colliquatives, la diarrhée, amènent lentement le dépérissement et la mort.

Les symptômes de la phthisie laryngée présentent beaucoup de variétés, et pour ne parler que de ceux qui ont rapport à la déglutition, nous ferons observer que cette fonction, qui est en général plus ou moins gênée et douloureuse, s'exécute quelquefois sans gêne ni douleur, et que dans certains cas la déglutition des aliments solides est facile, pendant que celle des liquides est impossible. Ce dernier phénomène n'a guère lieu qu'à une époque très-avancée de la maladie, à moins qu'il ne soit déterminé par l'usage imprudent de quelque remède violent, comme j'en ai vu un exemple; le voici. Une dame qui habitait Fontainebleau éprouvait, depuis plus d'un an, les symptômes d'une phthisie laryngée, et avalait néanmoins librement les solides et les liquides, lorsqu'un empirique lui administra une potion dans laquelle il y avait une forte dose d'acide sulfurique. L'usage de cette potion excita une grande irritation dans la gorge, et au bout de deux jours la malade fut dans l'impossibilité d'avaler les liquides sans éprouver une toux convulsive, qui la mettait en danger de périr de suffocation. Elle ne pouvait même avaler les fruits qui contiennent beaucoup d'eau, comme la pêche et certaines espèces de poires. Il y avait un mois que cette dame était tourmentée par une soif dévorante, lorsqu'elle se rendit à Paris. Appelé auprès d'elle, je ne vis d'autre moyen, pour calmer la soif ardente qui la dévorait, que d'introduire par la bouche, dans le pharynx et l'œsophage, une sonde de gomme élastique, au moyen de laquelle on pourrait injecter un liquide dans l'estomac. Cette introduction fut faite, et l'injection d'un mélange d'eau et de vin causa à la malade un plaisir indicible. Je réitérai cette introduction plusieurs fois

dans les vingt-quatre heures pendant trois jours, après lesquels la malade parvint à s'introduire elle-même la sonde; ce qu'elle faisait sans beaucoup de peine toutes les fois que le besoin de boire l'exigeait. Cette dame retourna à Fontainebleau, où elle mourut un an après. A l'ouverture de son corps, qui fut faite par M. Brulé, dont les habitants de Fontainebleau regrettent encore la perte, on trouva la membrane muqueuse du larynx ulcérée, et l'épiglotte cariée et détruite dans un point de sa circonférence. C'est à cet état de l'épiglotte qu'était due la toux convulsive que la malade éprouvait lorsqu'elle voulait prendre des boissons: l'entrée du larynx n'étant pas exactement fermée, les liquides y passaient beaucoup plus facilement que les solides. Dans deux autres cas de phthisie laryngée que j'ai vus, et où les malades ne pouvaient pas avaler les liquides sans s'exposer à une toux convulsive et suffocante, la maladie était trop avancée et les malades trop près de leur fin pour que j'aie cru devoir tenter l'introduction d'une sonde dans le pharynx.

La phthisie laryngée complice souvent la phthisie pulmonaire; mais alors tantôt elle précède cette dernière, et tantôt elle l'accompagne. Dans le premier cas, la durée de la maladie est en général plus longue que dans le dernier. Au reste, le plus ordinairement on ne reconnaît cette complication de la phthisie laryngée avec la phthisie pulmonaire que par l'ouverture des corps.

On pourrait, dans quelques cas, prévenir la phthisie laryngée en combattant de bonne heure l'inflammation catarrhale de la membrane muqueuse du larynx qui précède son ulcération. Mais comme cette inflammation n'est regardée par la plupart des malades que comme une légère incommodité, ils négligent d'employer les secours de l'art, et laissent faire au mal, avant de les réclamer, des progrès qui le rendent incurable. Les moyens qui se présentent naturellement pour combattre le catarrhe du larynx sont les sangsues, les vésicatoires volants, appliqués sur cet organe, le séton à la nuque; les fumigations d'abord émollientes, ensuite résolutes, les boissons adoucissantes, mucilagineuses et légèrement diaphorétiques. On doit joindre à ces moyens un régime approprié à l'état du malade, un exercice modéré à pied et à cheval, une habitation saine, l'air de la campagne, les frictions sur la peau, etc. Si l'on a de bonnes raisons pour croire que le virus vénérien est la cause de la maladie, on fera subir au malade un traitement antisiphilitique complet.

Lorsque l'ulcération de la membrane muqueuse du larynx existe et que la phthisie est confirmée, il ne reste aucun espoir de guérison. On doit se borner aux moyens propres à pallier les symptômes de la maladie, et particulièrement la toux qui fatigue beaucoup le malade; on emploie donc les fumigations émollientes, les loochs, les juleps adoucissants, auxquels on ajoute les préparations opiacées, lorsque le malade est privé du sommeil.

2° Du croup.

On a donné le nom de croup à une variété de l'angine laryngée et trachéale propre à l'enfance, dont le caractère spécial est de tendre constamment à produire une fausse membrane sur les parties enflammées. Cette maladie a été désignée sous différentes dénominations; on l'a appelée angine bruyante (*cinanche stridula*), angine suffocante (*angina suffocatoria*), angine trachéale (*cinanche vel angina trachealis*), suffocation bruyante (*suffocatio stridula*), angine membraneuse ou polypeuse (*angina membranacea sive polyposa*), inflammation de la trachée-artère chez les enfants (*tracheitis infantum*), etc.; mais le nom de *croup*, qui est d'origine écossaise, a prévalu, quoiqu'il n'ait aucune signification dans notre langue, et on l'a préféré à l'une des dénominations précédentes, parce que ne préjugant rien sur le siège ni la nature de la maladie, et ne présentant à l'esprit aucun des phénomènes nombreux et variés qui l'accompagnent, il ne peut en donner une idée fautive.

Il est infiniment probable que le croup a toujours existé; mais c'est seulement vers le milieu du xvi^e siècle que cette affection a été observée pour la première fois avec ses phénomènes caractéristiques; encore s'est-il passé plus de deux cents ans avant qu'on ait appris à la distinguer des diverses espèces d'angines, du catarrhe pulmonaire, de la coqueluche et de quelques autres affections avec lesquelles on l'avait confondue jusque-là. Depuis trente ou quarante ans l'attention des gens de l'art s'est davantage portée sur cette maladie; plusieurs médecins en ont fait l'objet de leurs recherches particulières; elle a donné lieu à un grand nombre de dissertations écrites en latin, en allemand, en anglais, en français, etc.; en sorte que jamais cette maladie n'a été aussi bien connue qu'elle l'est aujourd'hui.

Le croup peut exister dans tous les pays; mais il se montre parti-

culièrement dans les lieux bas, entourés de montagnes, ou situés dans le voisinage de la mer, des lacs, des grands fleuves, quel que soit d'ailleurs le degré de latitude où ils sont placés. Cette maladie peut se développer dans toutes les saisons de l'année; cependant on l'observe principalement en automne, en hiver et au commencement du printemps par une température froide et humide. Le plus souvent elle est sporadique; dans quelques cas, elle règne épidémiquement; elle paraît endémique dans certains lieux et particulièrement en Écosse. Le croup n'est ni contagieux ni héréditaire, comme quelques-uns le prétendent. Souvent il accompagne les épidémies de catarrhes pulmonaires, d'angines gangréneuses ou de varioles confluentes.

Le croup attaque particulièrement l'enfance depuis la fin de la première année jusqu'à la septième. Les enfants à la mamelle et ceux qui ont atteint leur huitième année en sont rarement affectés: les adultes n'en sont pas entièrement exempts. Des observations authentiques prouvent qu'il peut attaquer plusieurs fois le même individu.

Le croup survient quelquefois sans aucune cause apparente; mais le plus souvent il se développe à la suite d'un refroidissement subit ou après une exposition à différentes températures. On a pensé que l'usage adopté depuis quelque temps de laisser nus les bras et la poitrine des jeunes enfants a pu rendre cette maladie plus fréquente.

Des alternatives de froid et de chaud, des lassitudes, de la tristesse, de la somnolence, des symptômes de rhume, de coryza, de catarrhe pulmonaire, quelques quintes de toux dans la première moitié de la nuit, précèdent ordinairement le développement du croup; dans quelques cas, l'invasion est subite.

Les symptômes caractéristiques du croup sont: 1° la raucité de la voix; 2° le son particulier de la toux qu'on a nommé croupal, et qu'on a comparé au cri d'un coq, à l'aboïement d'un chien, à un sifflement, au son d'un instrument à vent, etc.; 3° la gêne de la respiration, d'abord passagère, puis continue et portée par degrés au point de déterminer la contraction convulsive de tous les muscles qui servent à cette fonction, surtout dans les derniers temps où l'inspiration devient siffante; 4° l'expectoration d'une matière, d'abord simplement muqueuse, dans laquelle on distingue ensuite des flocons de matière opaque, visqueuse, et même des fragments de fausse membrane, lesquels ont quelquefois la forme de tubes ou de portions de tubes qui représentent la cavité du larynx ou celle de la trachée-

artère; 5° une douleur au larynx et à la trachée-artère: ce dernier symptôme manque dans quelques cas. A ces symptômes locaux, se joint dès le début un mouvement fébrile qui de jour en jour devient plus prononcé.

Les premiers symptômes du croup se montrent ordinairement pendant la nuit: tout à coup, au milieu du sommeil, la respiration devient pénible et bruyante, la toux fréquente, avec un son extraordinaire; la voix est rauque, le visage rouge, la peau brûlante: l'enfant se réveille en sursaut; il est agité et se plaint d'un sentiment de douleur à la gorge et dans la région du larynx. A ces symptômes qui durent peu, succède le calme; le sommeil recommence et quelquefois il n'est plus interrompu jusqu'au matin; dans ce moment le malade paraît bien; il ne lui reste qu'un peu d'accélération dans le pouls et de raucité de la voix. Mais le soir, dans le premier sommeil, il survient un nouvel accès plus violent; la respiration est siffante, sonore; il y a menace de suffocation, l'enfant porte ordinairement la main au cou, comme pour éloigner un obstacle; la voix est plus rauque, la toux plus bruyante, la rougeur de la face et des yeux plus marquée, la fréquence du pouls plus considérable; la toux est accompagnée de l'expectoration de matière muqueuse mêlée quelquefois de stries sanguinolentes. Après l'accès, le sommeil recommence; mais il est interrompu par un ou plusieurs autres accès dont la violence égale ou surpasse même celle des accès précédents.

Tels sont les phénomènes qui marquent la première période de la maladie. Dans la seconde, qui paraît correspondre à la formation de la fausse membrane dans le conduit de la respiration, les accès deviennent plus fréquents et plus forts, l'enfant conserve au moment de la rémission plus de malaise et plus de dyspnée; la voix est rauque, la toux perçante, la respiration siffante, l'oppression extrême. Au moment des accès, il se manifeste une agitation effrayante, la figure est livide, les lèvres sont violettes, le visage est couvert de sueur, le pouls serré, très-fréquent: la toux et les vomissements amènent des mucosités épaisses et filantes, mêlées de quelques fragments membraneux. Cette seconde période dure de deux à quatre jours.

Dans la troisième, les accès sont presque continus; à peine y a-t-il quelques moments de rémission; l'inspiration est convulsive; l'enfant jette la tête en arrière, et il est dans un danger imminent de suffocation; la voix est supprimée; la toux et l'expectoration sont presque

nulles; le visage est pâle, les yeux sont éteints; une sueur froide et visqueuse couvre la figure; la faiblesse et l'abattement ont succédé à l'agitation et aux mouvements convulsifs; le pouls devient inégal, intermittent, insensible; le malade éprouve beaucoup d'anxiété; les urines deviennent blanches et troubles; la déglutition est libre, l'haleine est inodore, il y a suspension progressive de toutes les fonctions. Cependant l'intelligence reste jusqu'au dernier moment; tantôt le calme précède la mort, d'autres fois elle arrive au milieu des plus vives angoisses.

Telle est la marche ordinaire du croup; mais cette marche, ainsi que l'invasion de la maladie, l'intensité de ses symptômes, sa durée et ses terminaisons, présentent beaucoup de variétés. L'affection catarrhale qui précède ordinairement le croup est tantôt peu marquée, tantôt vive et forte; elle dure deux ou trois jours, et rarement six, huit ou dix jours avant que le croup soit caractérisé. Dans quelques cas, celui-ci se manifeste subitement avec l'ensemble de ses symptômes propres; dans quelques circonstances rares, il débute par des convulsions ou par le tétanos. Quelquefois les symptômes de cette cruelle maladie se soutiennent, s'exaspèrent graduellement sans interruption et avec plus ou moins de rapidité; d'autres fois ils offrent des intermissions ou même un rétablissement apparent, pour reparaitre ensuite avec plus de violence.

La durée ordinaire du croup est de trois à cinq jours; quelquefois elle est beaucoup plus courte et ne va pas au delà de vingt-quatre ou trente-six heures; d'autres fois elle se prolonge jusqu'au dixième ou douzième jour.

La terminaison de cette maladie est le plus souvent funeste; quelquefois cependant elle est heureuse. Dans ce dernier cas, on n'observe pas ordinairement les symptômes de la troisième période; ceux de la seconde, après avoir persisté pendant un ou plusieurs jours, diminuent par degrés, et de véritables intermissions séparent de nouveau les accès: dans quelques cas même, les symptômes de la première période se dissipent avant que ceux de la seconde se soient montrés. On observe alors souvent que les urines sont blanches et troubles, les sueurs générales, les déjections muqueuses; on remarque surtout une expectoration facile de mucosités consistantes. Après la guérison, il ne reste plus qu'un peu de toux et d'enrouement qui durent pendant sept, dix ou quinze jours, et quelquefois même plus longtemps.

Lorsque la terminaison est funeste, le malade meurt presque toujours suffoqué, soit que la suffocation dépende de l'obstruction de la glotte, soit qu'elle provienne du spasme des muscles du larynx, soit enfin que ces deux causes réunies la produisent.

Le diagnostic du croup est communément assez facile. On ne pourrait confondre cette maladie qu'avec l'angine laryngée ordinaire; ce ne serait pas, à proprement parler, une erreur. Dans quelques cas elle a de la ressemblance avec la coqueluche; mais les accès de toux de celle-ci sont fort différents: plusieurs expirations courtes succèdent à une seule inspiration longue et sonore; ces accès sont séparés par des intermissions complètes; presque jamais la coqueluche n'est accompagnée de mouvement fébrile, et sa marche est toujours très-lente, comparée à celle du croup. Dans quelques cas aussi, la présence d'un corps étranger dans le larynx ou dans la trachée-artère peut simuler le croup, surtout quand ce corps est mobile, et que, en changeant de place, il occasionne des rémissions ou des intermissions. Toutefois dans ce dernier cas, le déplacement de la douleur, l'absence des crachats, la suffocation qui devient tout à coup imminente, sans être précédée de toux, enfin les circonstances commémoratives, fournissent presque toujours des signes diagnostiques suffisants.

Le pronostic du croup est toujours grave. Du reste, il peut l'être plus ou moins, suivant la forme particulière que revêt la maladie. Lorsque les symptômes locaux sont modérés et les phénomènes généraux peu intenses, on peut concevoir de justes espérances. Les symptômes de fièvre inflammatoire (angioténique) qui accompagnent souvent le croup chez les enfants robustes n'ajoutent pas beaucoup à sa gravité. Il n'en est pas de même des symptômes adynamiques qui se montrent dans les premiers jours de la maladie: ils ne laissent presque aucun espoir. Le croup qu'on a nommé spasmodique, parce que les phénomènes convulsifs qui existent sont hors de proportion avec l'inflammation du larynx, est d'autant plus fâcheux que les accidents nerveux dont il est accompagné sont plus intenses. La rapidité de la marche de la maladie doit influencer singulièrement sur le pronostic: le croup dans lequel il y a menace de suffocation au bout de quelques heures est presque constamment mortel. Tant que la maladie n'offre que les symptômes de la première période, on peut espérer d'en arrêter les progrès. Dans la seconde, le pronostic est bien autrement grave; dans la troisième, la mort est presque inévitable. La

complication du croup avec d'autres maladies inflammatoires ajoutée constamment à sa gravité; avec la scarlatine ou la variole il est presque toujours mortel. Dans tous les cas, le signe le plus important, sous le rapport du pronostic, est l'état de la respiration : tant qu'elle a lieu sans beaucoup de gêne, on peut espérer une terminaison favorable, mais quand la dyspnée est considérable et continuelle, on doit mal augurer de la terminaison de la maladie.

L'examen anatomique a fait connaître que le croup a son siège dans le conduit de la respiration, et qu'il consiste en une inflammation particulière de la membrane muqueuse de ce conduit. Cette inflammation est plus ou moins vive et a plus ou moins d'étendue. Tantôt elle se borne à la partie de la membrane qui tapisse l'intérieur du larynx, tantôt à la membrane de la trachée-artère; le plus souvent elle attaque ces deux organes à la fois, et fréquemment elle se continue jusque dans les ramifications des bronches. Comme celle de toutes les autres membranes muqueuses, elle fait naître de la douleur, de la tuméfaction et de la rougeur; elle augmente aussi la sécrétion du mucus; mais elle diffère des autres phlegmasies de ces membranes par une action qui lui est propre, et qui a, comme nous l'avons dit, une tendance particulière à produire une fausse membrane sur les parties enflammées; cette fausse membrane, qui est le résultat de la sécrétion qui a lieu sur la surface interne des voies aériennes lorsqu'elles sont enflammées, existe toujours lorsque l'enfant ne succombe que pendant la seconde période; mais dans les croups qui font périr le malade dans l'espace de quelques heures, il est rare de trouver une fausse membrane, même incomplètement formée. Si la maladie se prolonge jusqu'à la troisième période, le larynx ne contient le plus souvent rien qui ait l'apparence de membrane, mais seulement une quantité plus ou moins grande de matière visqueuse liquide. A mesure que l'on descend dans la trachée-artère, on voit cette matière de plus en plus consistante, et y formant à la fin une fausse membrane tantôt complète, tantôt incomplète, et toujours séparée de la membrane muqueuse trachéale par une couche abondante de matière liquide. Enfin, cette fausse membrane s'amollit peu à peu, en descendant vers les bronches et lorsqu'elle y est parvenue, elle perd entièrement son caractère membraneux, et dégénère en un amas de mucosités épaisses et filantes.

La concrétion croupale membraneuse présente des variétés relativement à son étendue, à sa forme, à sa couleur, à son épaisseur,

à sa consistance et à ses adhérences. Elle n'a aucune apparence d'organisation, et n'offre à l'analyse chimique qu'une sorte d'albumine coagulée : elle est insoluble dans l'eau froide, mais soluble dans les alcalis étendus d'eau et par l'intermède de la chaleur; par l'incinération, elle donne du carbonate de soude et du phosphate de chaux. Schwilgué, à qui nous devons ces résultats de l'analyse chimique, a trouvé que les mucosités qu'on rencontre dans les voies aériennes des enfants qui ont succombé au croup sont également de nature albumineuse. Il a fait voir aussi que le sédiment blanchâtre que dépose l'urine des enfants atteints de cette maladie n'a rien de commun avec les mucosités rejetées par l'expectoration, comme on l'avait cru, et que ce n'est qu'une substance acide connue sous le nom d'urée.

Quelquefois la concrétion pseudomembraneuse est fortement unie à la membrane muqueuse du conduit aérien, et ne peut en être séparée qu'avec peine; d'autres fois un liquide muqueux et puriforme est placé entre elles; la fausse membrane alors peut être enlevée avec facilité. Lorsqu'elle a été enlevée ainsi que la matière visqueuse qui la sépare de la membrane muqueuse du larynx et de la trachée-artère, on ne trouve dans celle-ci ni érosions ni ulcérations; on y voit seulement des traces de l'inflammation dont elle a été atteinte. Elle est rouge lorsque la maladie a été violente et n'a duré que quelques heures; elle est rosée ou rouge claire quand le malade a succombé dans la seconde période; ses vaisseaux sont visiblement engorgés, et la matière visqueuse dont elle est couverte offre elle-même, quand on l'enlève avec le scalpel, une couleur rougeâtre très-prononcée. Si le malade n'est mort qu'à la fin de la troisième période, on rencontre encore quelquefois des traces de rougeur sur la membrane muqueuse, mais ces traces ne sont pas toujours sensibles, et il n'est pas même très-rare de trouver la membrane muqueuse dans son état naturel.

On a conseillé un grand nombre de moyens divers dans le traitement du croup. Les saignées locales, les vomitifs, les vésicatoires, les purgatifs, les pédiluves, les vapeurs émollientes, éthérées, acéteuses, ammoniacales, les sternutatoires, les frictions camphrées, la scille, le kermès, l'assa fœtida, les boissons mucilagineuses, les expectorants aromatiques, comme le polygala seneka, ont été tour à tour préconisés comme les moyens les plus propres à combattre