

la substance pulmonaire qui, si souvent, vient tromper les plus brillantes espérances de guérison. Le traitement de cette complication ne diffère pas de celui de la bronchite et de la pneumonie ordinaires, si ce n'est que la saignée n'est généralement pas indiquée et que la nécessité de soutenir les forces du malade, même à une période très voisine du début, est loin d'être une chose rare.

Le simple bon sens vous indiquera les soins et la surveillance nécessaires pendant la convalescence du croup, l'importance de cesser progressivement le traitement, et d'attendre la disparition complète de toute rudesse de la voix, ainsi que de la toux, avant de permettre au malade de respirer l'air du dehors. Dans les cas où la voix croupale persiste avec une toux légère, longtemps après que tout autre désordre dans le larynx a disparu, vous vous trouverez souvent bien de peindre le voisinage du larynx tous les jours avec de la teinture d'iode.

Il nous reste encore à étudier le traitement des cas où nous n'avons pas la bonne fortune de voir la maladie à son début, mais où nous avons à la combattre alors qu'elle est déjà arrivée à son second degré.

Ce sujet doit toutefois être réservé pour la prochaine leçon.

VINGT-QUATRIÈME LEÇON

SUITE DU CROUP.

Traitement des périodes plus avancées de la maladie. — Trachéotomie. — Différence des résultats qu'elle donne en Angleterre et en France. — La cause probable. — Objections à sa pratique. — Raisons qui font qu'on ne doit pas les regarder comme concluantes. — Examen du but de l'opération. — Ses indications, ses dangers. — Comment les éviter.

Dans la dernière leçon, nous nous sommes occupés d'étudier la manière dont doivent être traités les cas où on voit le malade de bonne heure, et dans lesquels son état autorise l'emploi de moyens antiphlogistiques puissants. Il peut arriver qu'on soit appelé trop tard pour être autorisé à mettre de tels moyens en usage, ou que ceux-ci aient été déjà employés en vain. Si l'émétique cesse de faire vomir, ou s'il est rejeté immédiatement sans effort, le liquide rejeté ne contenant ni mucus ni fausse membrane, tandis qu'en même temps la température s'abaisse, que les lèvres deviennent plus livides, le pouls plus fréquent et plus faible, et que les paroxysmes de dyspnée diminuent d'intensité ; ou si la respiration, bien que moins laborieuse, s'accompagne d'un bruit sifflant, et non strident, il est évident qu'en continuant le médicament, nous pouvons causer la mort du malade, sans réussir à guérir la maladie. Il faut tout aussitôt adopter un mode de traitement totalement différent, bien qu'avec de minces espérances de succès.

On tâchera de tirer l'enfant de l'état de collapsus dans lequel il tombe, en le plaçant pendant quelques minutes dans un bain de moutarde chaud ; et on lui administrera le sulfate de cuivre comme vomitif. Quelques écrivains ont considéré le sulfate de cuivre comme doué d'une influence spécifique sur le croup ; je ne puis admettre cette manière d'envisager son action. Il ne m'a pas semblé être autre chose qu'un vomitif

d'une grande puissance, et par conséquent applicable dans les cas où il existe une grande dépression; où l'estomac a, comme conséquence, perdu beaucoup de son excitabilité, et où l'émétique n'agirait probablement pas du tout, ou bien, dans le cas contraire, serait nuisible en raison de son action déprimante. On a recommandé l'alun, en pareille circonstance, et je pense qu'il réussirait également bien; mais il y a avantage à employer le sulfate de cuivre, qui agit en quantité beaucoup moindre (1). J'ai l'habitude de le donner dans de l'eau, à la dose de 0^{sr},01 à 0^{sr},025 tous les quarts d'heure, jusqu'à ce qu'il survienne un vomissement abondant; mais je n'ai jamais eu en lui la même confiance que, dans une période plus voisine du début de la maladie, m'inspire l'émétique employé de la même manière. Je l'administre dans un double but: d'abord pour obtenir l'action stimulante du vomitif; en second lieu pour empêcher, autant que possible, l'accumulation des fausses membranes dans le larynx. C'est pourquoi, si l'enfant semble retomber dans un état de collapsus, si le coma paraît vouloir reparaitre, ou si la dyspnée devient beaucoup plus forte, on peut de nouveau employer le sulfate de cuivre pour provoquer le vomissement; si dans ces cas ou dans d'autres qui ont d'abord éprouvé un certain degré d'amélioration par un traitement antérieur, et dans lesquels les forces de l'enfant ont été considérablement affaiblies, les vomitifs n'agissaient pas, je ne vous donnerai pas le conseil de provoquer le vomissement par l'irritation de l'arrière-gorge ou par d'autres procédés semblables. Une fois, j'ai vu ces tentatives être suivies, non du vomissement qu'elles étaient destinées à produire, mais de convulsions générales, suivies elles-mêmes d'un coma au milieu duquel survint la mort une heure et demie après. L'examen montra qu'il existait un certain degré de congestion cérébrale, que l'affection des voies aériennes n'avait pas atteint un degré qui rendit toute guérison impossible, et que la mort avait été produite non par la maladie elle-même, mais plutôt par le traitement mal conçu.

A cette période du croup, la décoction de polygala est un médicament de grande valeur, et peut être donnée toutes les deux heures, associée avec le carbonate d'ammoniaque et la teinture de scille (2). On masque bien la saveur âcre de l'ammoniaque en sucrant avec de la mélasse ou du sucre brut et la mêlant à environ un tiers de lait. Sous cette forme les enfants la refusent rarement. Aucun médicament, ou aucune

(1) Le Dr Meigs, de Philadelphie, a employé et fortement recommandé l'alun en pareil cas, et l'usage qu'il en a fait pour son fils, ainsi qu'il le rapporte dans son ouvrage (*Diseases of children*), paraît justifier complètement sa recommandation. Il donne une cuillerée à café, dans du miel ou du sirop, toutes les dix ou quinze minutes jusqu'à ce qu'il y ait eu vomissement abondant. (Voy. l'ouvrage de Meigs et Pepper, 4^e édit., 1830, p. 99.)

(2) Voyez la formule n° 12.

association de médicament, ne m'a paru, dans les périodes avancées du croup, aussi utile que les expectorants stimulants. On doit soutenir les forces du malade par l'administration du *beef-tea* (thé de bœuf) et une diète en général nourrissante; le vin, lui-même, peut être indiqué, bien que les espérances qui restent soient réellement très minimes, lorsque les forces vitales sont tombées assez bas pour en réclamer l'emploi.

Tandis que, par ces moyens, vous essayez de stimuler votre malade, il y a un remède dont vous devez user et user activement, bien qu'il n'offre pas de grandes chances de succès. Vous emploierez le mercure ou augmenterez les doses déjà prescrites antérieurement. On peut donner 5 centigrammes de calomel toutes les heures à un enfant de deux ou trois ans, à moins que l'existence d'une diarrhée profuse n'en contre-indique l'emploi; en même temps, on peut faire toutes les deux heures sur les cuisses une friction avec 4 grammes d'un onguent mercuriel fort. S'il y a de la diarrhée, il convient de donner le calomel avec plus de réserve, ou de le supprimer tout à fait.

Il y a, parmi les écrivains de grande réputation, divergence d'opinion quant au moment où il convient d'employer la révulsion dans le cas de croup, et encore plus quant au lieu où il convient d'appliquer celle-ci. Je crois que, lorsque la maladie a été arrêtée par les moyens antiphlogistiques, et que les symptômes ont perdu de leur intensité, on fait beaucoup de bien en appliquant des vésicatoires à la partie supérieure du sternum. Mais, d'un autre côté, si le croup est arrivé à une période avancée sans que sa marche ait été enrayée par la médication antérieure, les vésicatoires m'ont paru à peu près, si ce n'est tout à fait inutiles; pourtant, j'ai vu souvent l'application d'un grand vésicatoire couvrant le larynx et descendant presque jusqu'au sternum, diminuer beaucoup les paroxysmes de dyspnée, rendre la respiration plus facile et provoquer, pour la première fois, l'expectoration. En tout cas, si on ne voyait pas un soulagement manifeste six heures après la soustraction du sang et l'administration de l'émétique, et qu'une nouvelle émission sanguine ne fût pas justifiée, j'appliquerais un vésicatoire au-devant de la gorge (1).

[L'autorité de West corroborée de celle de Gælis et d'Albers, de Bremen, qui en somme s'appuyaient sur l'idée théorique d'un croup diphthéritique bien que pseudo-membraneux, ne peut prévaloir contre l'observation; or celle-ci montre que la surface des vésicatoires se recouvre très fréquemment de fausses membranes qu'on a la plus grande peine à faire disparaître. Ces faits se produisant

(1) Cette opinion étant en opposition avec celle d'hommes comme sir W. Stokes et M. Porter, il est nécessaire de l'appuyer de l'autorité de Gælis (*Op. cit.*, p. 118) et de Albers (*de Tracheitide infantium*, p. 127), et de ne pas m'en rapporter à mon expérience personnelle.

à l'hôpital des Enfants pourraient être mis sur le compte de la contagion par le contact avec les malades atteints de diphthérie. Mais je les ai vus se produire en plusieurs cas des croups isolés, survenus d'emblée, et qu'on peut parfaitement considérer comme des cas idiopathiques. Je les ai vus chez un jeune malade de la clientèle du docteur R. Blache auquel on avait mis un vésicatoire sur le larynx dans la croyance qu'il s'agissait d'un faux croup. Ces vésicatoires placés sur le larynx ont une action très douteuse sur les accidents auxquels on les oppose et sont la source d'un très grand embarras, et une véritable complication si, la maladie marchant, on vient à faire la trachéotomie. On ne saurait les proscrire trop sévèrement.]

Il y a lieu de supposer que la pensée de l'utilité probable de la *bronchotomie*, dans le cas de croup, a dû se présenter à l'esprit des premiers observateurs. Pourtant, pendant de nombreuses années après que le Dr Home eut plaidé d'une manière théorique en faveur de cette opération, on ne la mit point à l'essai, et même, longtemps après qu'on l'eut essayée, on ne rapportait qu'un seul exemple où le résultat n'eût pas été malheureux (1). En 1825, Bretonneau, de Tours, sauva à l'aide de la trachéotomie la vie d'une petite fille arrivée à la dernière période du croup. Huit ans plus tard, Trousseau faisait une seconde opération et obtenait un nouveau succès, et pendant les vingt-cinq années qui suivirent, on eut recours en France environ 500 fois à cette opération, et environ le quart des enfants opérés guérirent. Cette évaluation peut encore à très peu de chose près être considérée comme représentant le chiffre des guérisons après l'opération de la trachéotomie dans l'enfance, lorsqu'elle est pratiquée pour un cas de croup ou de diphthérie.

Les résultats de l'opération, dans notre pays, sont beaucoup moins favorables que ceux qu'on a obtenus en France, et on a souvent essayé, mais jamais, à mon sens, d'une manière complètement satisfaisante, d'expliquer cette différence. J'ai d'abord pensé que la différence entre les symptômes de la maladie, dans les deux pays, pouvait rendre compte de celle qui existe entre les résultats de la trachéotomie (2); que

(1) Dans ce cas, l'opération fut pratiquée, en 1782, par André, de Londres, sur une petite fille de cinq ans. Les détails de ce fait sont relatés dans une dissertation publiée à Leyde, en 1786, par M. T. White, d'où ils ont été tirés par le Dr Farre et donnés dans une note de sa publication sur le croup, à la page 338 du tome III des *Transactions médico-chirurgicales*.

(2) Les dernières statistiques des résultats de l'opération en France dont j'ai eu connaissance sont celles de MM. Roger et Sée, qui comptent 126 guérisons sur 446 opérations, ou 27 p. 100, pendant les sept dernières années (*Gaz. méd.*, 12 nov. 1858, p. 789). — Les appréciations un peu plus récentes de M. Roger, dans sa publication sur la diphthérie, dont j'ai déjà parlé, ne font en somme que confirmer l'exactitude de ses conclusions antérieures. — M. Trousseau, dans sa *Clinique de l'hôtel-Dieu*, 2^e édit., t. I, p. 438, publiée en 1865, établit que, jusqu'alors, il avait pratiqué la trachéotomie plus de 200 fois, et que le résultat avait été heureux dans plus du quart des cas.

la forme diphthérique du croup qui prédominait en France pouvait céder sous l'influence d'un soulagement mécanique, plus facilement que la forme sthénique, accompagnée presque dès le début de bronchite et de pneumonie, qui est plus fréquente dans ce pays-ci. Dans ces derniers temps, pourtant, la nature de la maladie dans les deux pays est devenue, à très peu de chose près, semblable sans que la prépondérance des succès obtenus de l'autre côté du détroit en ait été modifiée sensiblement. Sir W. Jenner (1) pense que la plus grande fréquence du rachitis dans ce pays-ci, et par conséquent la plus grande flexibilité des parois de la poitrine, dont le résultat est d'empêcher l'effort mécanique de faire pénétrer l'air à travers le liquide qui, pour une cause quelconque, se trouve présent dans les bronches, a une grande influence sur les résultats obtenus dans les deux pays. Il faut aussi, sans aucun doute, attribuer une part d'influence à ce que sur le continent (2) on a recours à l'opération à une période moins avancée qu'en Angleterre, tandis qu'ici un cas heureux de trachéotomie représente un enfant arraché à une mort inévitable; de façon que dans un bon nombre des cas où on l'a pratiquée en France, il eût été possible de tenter d'autres moyens qui auraient enrayé le mal. Si ces faits enlèvent quelque chose à la valeur apparente de l'opération, ils montrent au moins qu'en elle-même elle n'offre aucun danger sérieux; et les statistiques prouvent, au moins en ce qui concerne la forme diphthérique (3), qu'il n'y a aucun rapport entre une augmentation dans la pratique de la trachéotomie et une mortalité plus considérable pour le croup. En outre, on peut considérer que la pratique un peu hâtive de la trachéotomie n'est pas sans trouver quelque compensation, par le soulagement qu'elle apporte à cette action spasmodique des muscles de la glotte qui met en danger les jours du malade indépendamment de la présence des fausses membranes dans le larynx. Mon expérience personnelle touchant les résultats de la trachéotomie est exceptionnellement défavorable à l'opération, d'autant que je ne puis rapporter que 7 guérisons sur 30 opérations. Dans la plupart de ces cas, la maladie avait déjà atteint un degré avancé quand le malade fut confié à mes soins, et on recourut à l'opération comme à un moyen douteux, offrant une chance de guérison là où autrement il n'en existait aucune (4). Je soupçonne que l'on reconnaîtra que l'époque à laquelle on pratique l'opéra-

(1) *Op. cit.*, p. 80.

(2) A l'appui on peut citer deux cas rapportés dans le journal de la Société de médecine d'Indre-et-Loire, extraits et commentés dans le *Bulletin général de thérapeutique*, oct. 1842.

(3) Roger et Sée, *loc. cit.*

(4) La thèse de M. Millard (*de la Trachéotomie dans le croup*, in-4, Paris, 1858) montre très bien l'inefficacité presque invariable de la trachéotomie pratiquée sur de jeunes enfants. Sur 124 cas où l'opération fut pratiquée à l'hôpital des Enfants, de janvier 1857 à juillet 1858, 29 ou 24 eurent une issue favorable; mais sur 20 enfants au-dessous