

produit assez souvent de fort heureux effets dans la punaisie constitutionnelle.

Les préparations arsenicales, administrées avec persévérance comme on le fait en général pour combattre la diathèse herpétique, viennent encore puissamment en aide à la médication topique.

Est-il besoin de dire que s'il s'agit d'un ozène syphilitique, les préparations mercurielles et l'iodure de potassium devront primer même les applications locales?

Quant aux nécroses, aux polypes, aux maladies diverses du sinus maxillaire, ils sont plutôt du ressort de la chirurgie et je n'ai point à m'en occuper ici.

Je ne veux pourtant pas terminer, messieurs, sans vous répéter que la triste maladie dont je viens de vous tracer le tableau est une des plus difficiles à guérir, mais aussi qu'elle est une de celles que l'on peut le mieux pallier, pourvu que l'on soit assuré de la propreté, de la docilité, de la patience du malade, et pourvu que cette patience ne soit égalée que par celle du médecin.

XXV. — LARYNGITE STRIDULEUSE (FAUX CROUP).

A été longtemps confondue avec le croup pseudo-membraneux. — Elle en diffère essentiellement par sa nature, par le mode d'invasion des accès, par la marche des accidents. — La toux dite croupale a des caractères particuliers bien différents de ce qu'ils sont dans le vrai croup. — Pathogénie de l'accès de suffocation. — Le pseudo-croup est une affection sans gravité. — En quelques cas très-rare, cependant, il a causé la mort. — Le pronostic est grave quand l'affection laryngée est l'avant-coureur d'un catarrhe péricrânien. — La médecine doit être le plus souvent expectante.

MESSIEURS,

Dans nos conférences sur la diphthérie, j'ai à dessein laissé de côté, pour un instant, la question du diagnostic différentiel entre le croup et le faux croup, qui me paraissait devoir être bien mieux à sa place dans l'étude de cette dernière maladie. Ce diagnostic différentiel ressortira nécessairement, en effet, de ce que je vais aujourd'hui vous dire de la laryngite striduleuse.

Home¹ a été pour beaucoup dans la confusion déplorable qui s'est introduite à ce sujet dans la science et dans la pratique. Il désigne sous le même nom deux maladies essentiellement distinctes, et si, dans quelques cas, il a eu affaire à des laryngites pseudo-membraneuses, le plus souvent les observations qu'il rapporte ne sont autre chose que des exemples de faux croup. Cette confusion règne dans presque tous les écrits publiés depuis lors sur la matière, en particulier dans les mémoires envoyés au concours de 1812, et même dans ceux de Vieusseux², de Jurine, d'Albers (de Bremen)³, couronnés par l'Académie. Le rapporteur de la commission chargée de juger ces travaux, Royer-Collard⁴, ne l'évita pas davantage, et son rapport, d'ailleurs très-remarquable, prouve qu'à cette époque on était toujours dans les idées de Home. La lumière ne s'est vraiment faite sur ce chaos qu'après que Bretonneau⁵ eut établi avec une merveilleuse lucidité

1. Home, *Inquiry into the nature and cure of the croup*, Édimbourg, 1765.
2. Vieusseux, *Mémoire sur le croup ou angine trachéale*, 1812, in-8°.
3. Albers (de Bremen), *De tracheitide infantum*, Lipsiæ, 1816.
4. Royer-Collard, *Rapport au ministre de l'intérieur sur les ouvrages envoyés au concours*, Paris, 1812, in-4°.
5. Bretonneau, *Traité de la diphthérie*.

les caractères essentiels qui permettent de distinguer l'une de l'autre deux maladies si différentes dans leur essence, si différentes quant à leurs lésions, quant à leurs symptômes, et surtout quant à leur gravité : l'une, le vrai croup, entraînant presque fatalement la mort, à moins qu'on n'intervienne à propos; l'autre, le faux croup, étant exceptionnellement dangereuse.

La laryngite striduleuse est une affection excessivement commune. Il n'est pas un seul médecin qui, dans le cours d'une pratique même très-courte, n'ait eu occasion d'être souvent appelé à la hâte auprès d'enfants que leurs parents disaient atteints de croup. Bien qu'on soit maintenant dûment averti, l'erreur cependant est encore journellement commise. Ceux qui prétendent avoir guéri un nombre considérable de croups, et de les avoir guéris avec une rapidité extraordinaire en quelques heures, à l'aide de vomitifs, de vésicatoires, d'applications de sangsues, etc., ceux-là sont tombés dans la confusion que je vous signalais; ils se sont laissés tromper par ce qu'on appelle si improprement la *toux croupale*. Cela tient à ce que, uniquement préoccupés de ce phénomène, ils n'ont tenu presque aucun compte des antécédents, ou du moins à ce qu'ils n'ont pas apporté une suffisante attention à la marche des accidents; à ce qu'enfin ils n'ont pas examiné le pharynx aussi scrupuleusement qu'ils l'auraient dû faire pour s'assurer qu'il n'existait aucune exsudation diphthérique.

Malgré sa fréquence, nous avons rarement l'occasion de l'observer dans nos salles, et un seul exemple s'en est offert à nous depuis que j'occupe cette chaire. Vous allez en comprendre la raison. D'une part, le faux croup est essentiellement une maladie de l'enfance et de la seconde enfance, c'est-à-dire des individus au-dessus de deux ans. Or, si nous recevons dans la crèche quelques petits malades au-dessous de cet âge, les services de l'Hôtel-Dieu sont exclusivement réservés aux adultes. D'autre part, la brusquerie avec laquelle le faux croup se déclare, la rapidité avec laquelle il cède, font que c'est très-exceptionnellement aussi que les enfants qui en sont atteints sont amenés dans les hôpitaux. Je n'aurai donc à vous rappeler que le seul fait que nous avons observé; mais j'eusse été incomplet sur la question du croup, si je ne m'étais réservé de vous parler de ce point important de diagnostic différentiel; de plus, le faux croup se présentera trop communément à votre observation dans la pratique pour que je ne me croie pas obligé de vous en entretenir.

Quels en sont donc les caractères? Un enfant entre l'âge de deux à cinq ans, et notez que c'est encore l'âge où le vrai-croup est aussi le plus fréquent, un enfant entre l'âge de deux à cinq ans est pris tout à coup au milieu de la nuit, vers onze heures, minuit, une heure, d'un accès d'oppression. Il se réveille en sursaut dans une agitation fébrile considérable; sa toux est rauque, très-fréquente, mais forte et bruyante; sa respiration est haletante, entrecoupée, accompagnée pendant l'inspiration d'un bruit

aigu, d'un sifflement laryngien strident. Sa voix, modifiée dans son timbre, éteinte dans le moment des accès, est rauque, enrouée dans l'intervalle; mais, c'est là un fait capital sur lequel je reviendrai, elle n'est presque jamais éteinte comme dans le vrai croup.

Ces accidents sont portés à un bien autre degré qu'ils ne le sont au début de la diphthérie laryngée; l'oppression, l'anxiété, sont quelquefois aussi prononcées que dans la dernière période de l'angine laryngée pseudo-membraneuse; le visage est congestionné, les yeux expriment une profonde terreur; les caractères de la toux et de la voix, le sifflement laryngien sont tels, qu'il y a là en vérité de quoi jeter la terreur dans l'esprit d'une famille et effrayer même les médecins.

Cependant, après une demi-heure, une heure, deux ou trois heures de cette épouvantable crise, l'accès a cessé; l'enfant se calme, le sommeil revient, le pouls est moins fréquent, la peau se couvre d'une certaine moiteur; puis le malade se réveille, la toux est toujours croupale, mais elle est plus humide. Au jour, elle est encore plus catarrhale; la respiration est moins sifflante et la voix a presque repris son timbre habituel. Assez ordinairement, les accidents se répètent plusieurs nuits de suite et toujours en perdant de leur violence, tandis que les journées sont bonnes, le malade ayant à peine un peu de fièvre et de malaise et gardant une toux grasse ou beaucoup moins rauque.

En interrogeant les parents, vous apprenez que l'enfant s'est couché bien portant et qu'il s'est endormi d'un sommeil parfaitement tranquille. Quelquefois on vous dira qu'il souffrait un peu depuis quelques jours; qu'il avait pris froid, mais qu'il allait, venait, mangeait, jouait comme auparavant; qu'il avait gardé sa gaieté et son entrain accoutumés; qu'en somme, il n'y avait rien de changé dans ses habitudes.

Enfin, si vous examinez la gorge, quelque soin que vous apportiez à cet examen, vous ne constaterez pas la présence de fausses membranes. La membrane muqueuse est quelquefois fort rouge; les amygdales peuvent être tuméfiées, et en explorant les régions cervicales et sous-maxillaires, vous ne rencontrez pas de gonflement ganglionnaire.

C'est de cette façon, c'est avec cette brusquerie, c'est par ces phénomènes, plus alarmants en apparence que ceux du croup, que se déclare le plus généralement l'attaque du faux croup.

Je vous ai dit que c'est pendant le sommeil que survient l'accès spasmodique de la laryngite striduleuse, eh bien, c'est précisément par le fait du sommeil que, suivant MM. Krishaber et Peter, cet accès se produit. En effet, disent-ils, si l'on observe un enfant affecté de laryngite striduleuse et dormant dans l'intervalle de ses quintes, on voit l'inspiration devenir graduellement plus lente et plus difficile, l'épigastre se creuser davantage à chaque effort inspirateur, puis bientôt un peu d'agitation inconsciente survenir dans le sommeil; puis enfin le sommeil n'étant plus

compatible avec cette respiration laborieuse et insuffisante, le malade s'éveille tout à coup. Il est alors en proie à un malaise excessif, il s'agite, pleure, et fait coup sur coup des inspirations sifflantes, pénibles, entrecoupées de quintes de toux aboyante. C'est là l'accès. Il ne survient pas subitement, mais graduellement; il cesse au bout de quelques instants, alors que l'enfant respire plus rapidement, c'est-à-dire proportionne la fréquence et l'amplitude de ses mouvements respiratoires à l'étroitesse actuelle de son larynx, ou, ce qui revient au même, à la diminution de sa prise d'air. Ainsi dans le sommeil, où les inspirations sont naturellement moins fréquentes et plus faibles, le petit malade doit manquer d'air non-seulement parce que son larynx est rétréci par la tuméfaction inflammatoire de la membrane muqueuse, mais encore parce qu'il respire moins souvent et que ses inspirations sont plus faibles. En conséquence, pour MM. Krishaber et Peter, la cause matérielle, organique de la laryngite striduleuse, c'est le très-faible développement de la glotte intercartilagineuse dans l'enfance, ce qui rend très-étroite la fente glottique; et la cause occasionnelle de l'accès de suffocation est le sommeil, qui produit une pénurie d'air croissante par le fait du ralentissement et de la faiblesse des mouvements respiratoires. Tel est, suivant ces auteurs, la pathogénie de l'accès¹.

Cependant, si alarmante qu'elle soit en apparence, cette attaque de faux croup, vous allez la guérir, je devrais dire qu'elle va se guérir, quoi que vous fassiez, car l'intervention médicale la plus inopportune, la plus déraisonnable, est rarement capable de rendre grave cette affection, qui l'est si peu de sa nature.

Toutefois, messieurs, il est des restrictions à apporter à un pronostic aussi favorable. La laryngite striduleuse survient en effet au début et dans le cours de certaines maladies, et vous comprendrez dès lors que votre jugement sur l'affection que vous êtes appelés à combattre doit en être singulièrement modifié.

Vous savez, et j'ai appelé votre attention sur ce fait en vous parlant des fièvres éruptives, qu'il est commun de voir pendant la période d'invasion de la rougeole, au moment où les membranes muqueuses nasale, oculaire et bronchique se prennent, de voir, dis-je, le larynx s'affecter de la même façon, et que fréquemment aussi les enfants dans les deux, trois ou quatre premiers jours du début de cette pyrexie exanthématique, alors que l'éruption ne s'est pas encore faite à la peau, éprouvent tous les accidents de la laryngite striduleuse.

Dans la variole, qui est accompagnée généralement aussi d'angine à la fois pharyngienne et laryngienne, le faux croup n'est pas rare, quoique beaucoup moins commun que dans la rougeole.

1. Krishaber et Peter, *Pathologie médicale du larynx*, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 2^e série, t. I, p. 601, art. Larynx.

De plus, messieurs, le pseudo-croup peut être le début d'une des maladies les plus sérieuses de l'enfance, de la pneumonie catarrhale, du catarrhe capillaire, que mon expérience m'a appris à considérer comme plus redoutable que le vrai croup lui-même. Je vous ai depuis longtemps exposé mes idées à cet égard, je vous les exposerai encore, lorsque nous aurons occasion de traiter de la pneumonie des enfants.

Ici, messieurs, je dois vous rappeler l'observation à laquelle je faisais allusion en commençant. Elle établira, ainsi que je vous le dirai plus tard, que la trachéotomie peut être utile dans le pseudo-croup, en même temps qu'elle vous démontrera que ce pseudo-croup peut être le début d'une pneumonie mortelle. Voici le cas dont il s'agit :

Une petite fille entra dans mon service au mois de janvier 1863. L'interne de garde constatait une difficulté extrême dans la respiration sans accès de suffocation. La dyspnée, au dire de la mère, aurait fait de grands progrès depuis quelques heures. Cette petite fille toussait depuis quelques jours; cependant à l'examen de la poitrine on ne trouvait aucun signe de pleurésie ni de bronchite. L'inspiration était très-difficile, un peu sifflante; le cri était rauque, étouffé; le larynx était certainement le siège de l'obstacle à la respiration. Il n'existait point de fausses membranes dans l'arrière-bouche, l'enfant n'en avait point rendu, et, bien qu'il n'y eût là qu'un faux-croup, M. Dumontpallier n'hésita pas à pratiquer immédiatement la trachéotomie: il fallait empêcher l'enfant d'étouffer. L'opération fut facile; aussitôt la canule introduite et fixée, la malade respira librement. La nuit fut bonne et, le lendemain matin, je constatais qu'il n'existait point de bruits morbides dans la poitrine, l'enfant prenait le sein avec plaisir, elle avait bon aspect.

Le troisième jour, nous essayons de retirer la canule, mais il faut la réintroduire en toute hâte, car il y a menace d'asphyxie. Le larynx était donc encore obstrué, et cependant l'enfant n'avait rendu par la canule que des crachats muqueux, puriformes, déchiquetés, analogues aux crachats de la bronchite morbilleuse. Les jours suivants nous essayâmes en vain d'enlever la canule, chaque fois il fallut la replacer au plus vite, l'air ne passait point par le larynx.

Le dixième jour de l'opération, l'enfant avait toujours bon aspect, elle continuait à bien teter; elle était gaie, ses chairs avaient repris de la fermeté, elle n'était pas amaigrie; mais la canule devait toujours être maintenue dans la trachée. Les lèvres de la plaie étaient belles. Le onzième jour de l'opération nous apprenons que l'enfant a été agitée pendant la nuit, son pouls est devenu fréquent, sa peau est brûlante, l'enfant prend souvent le sein, puis l'abandonne aussitôt. On constate alors des râles muqueux, fins, disséminés dans toute la région de la poitrine. Là fièvre, l'agitation et les signes d'une bronchite généralisée me font porter un pronostic grave, il était très-probable que déjà il existait de

noyaux d'hépatisation pulmonaire; on essaye mais inutilement d'ôter la canule, l'air ne pénétrait point suffisamment à travers la trachée.

Le quatorzième jour, la petite malade présente, à la visite du matin, les signes de l'asphyxie péripneumonique, les pupilles sont largement dilatées, l'enfant, immobile dans son lit, ne rejette plus de crachats par sa canule, le pouls ne peut plus être compté, et la mort arrive précédée de quelques mouvements convulsifs.

L'auphrosie démontra qu'il n'existait de pseudo-membranes en aucun point des voies respiratoires, mais les replis glosso-épiglottiques étaient rouges et les replis aryéno-épiglottiques œdémateux. L'ouverture glottique paraissait presque entièrement fermée par le gonflement de la membrane muqueuse, qui était injectée. La muqueuse laryngée, également injectée, était le siège d'une vascularisation inflammatoire. On rencontrait les mêmes caractères de l'inflammation sur la muqueuse de la trachée et des bronches; plusieurs lobules pulmonaires, surtout du côté gauche, étaient enflammés, purulents et laissaient sourdre à la coupe, sous une légère pression, des gouttelettes de pus; le poumon en ces points enflammés avait l'aspect d'une éponge remplie de pus. Il existait en outre une pleurésie purulente du côté gauche, qui avait peut-être eu pour point de départ les noyaux d'hépatisation purulente que l'on constatait à la surface du poumon. La pneumonie et la pleurésie ne sont survenues que dans les derniers jours de la vie de cette petite malade et ont marché avec une grande rapidité vers la purulence.

En dehors de ces complications, d'une fièvre éruptive, d'une phlegmasie de l'appareil pulmonaire, le faux croup a quelquefois causé la mort, bien que généralement, je dirais presque dans l'universalité des cas, il soit d'une remarquable bénignité. Ces cas malheureux sont assurément très-exceptionnels, mais il importe que vous soyez avertis de leur possibilité.

En voici un exemple : En 1834, on vint un matin me chercher en toute hâte pour aller voir un élève du collège de Juilly, qui, me disait-on, se mourait. Ce jeune garçon était âgé de treize ans. Bien portant la veille, il avait été pris tout à coup le lendemain matin, à son réveil, d'un accès d'oppression épouvantable; il se leva cependant et courut chez le préfet des études. Sa respiration était gênée au plus haut point; il avait une toux rauque, croupale; sa voix était enrouée, éteinte, et les inspirations produisaient un sifflement des plus bruyants. Le médecin du collège, mandé aussitôt, fut justement effrayé de l'état du malade, et me dépêcha sur-le-champ un des maîtres. Je partis aussitôt; quatre heures après j'arrivais auprès du pauvre enfant : il venait d'expirer. Le fait me paraissait trop extraordinaire pour que nous ne cherchassions pas à nous éclairer sur la nature d'un mal aussi foudroyant. Avec toutes les précautions que commandaient les circonstances, j'enlevai le larynx et la trachée-artère, et, de retour chez mon confrère, nous procédâmes à l'examen des pièces

anatomiques; nous n'avions affaire qu'à un faux croup. Nous ne constatâmes, en effet, qu'un gonflement notable des cordes vocales, avec rougeur de la membrane muqueuse laryngée, qu'un peu de tuméfaction des replis aryéno-épiglottiques; sur l'une des cordes vocales il y avait une légère concrétion membraneuse n'ayant aucun des caractères de la fausse membrane diphthérique, et qui était le résultat d'une phlegmasie portée au plus haut degré.

On peut donc mourir de la laryngite striduleuse, bien que, je le répète, des faits analogues à celui-ci soient des plus rares dans l'histoire de la science. Pour ma part, et dans le cours d'une très-longue pratique, je ne puis en compter que trois. Quoi qu'il en soit, messieurs, malgré cette bénignité excessive de la maladie, faites en vous-mêmes vos réserves; faites-les surtout, moins à cause de la possibilité de ces accidents mortels, heureusement exceptionnels, qu'en égard à ce que je vous disais tout à l'heure, que le faux croup peut être l'avant-coureur d'une pneumonie catarrhale, qui pardonne rarement. J'ai peut-être quelque expérience des affections croupales; or, tout en sachant parfaitement que les bonnes chances l'emportent ici de beaucoup sur les mauvaises, je ne puis me défendre d'une certaine appréhension, je crains d'avoir affaire plus tard à cette terrible maladie dont le faux croup ne serait que la première manifestation.

Comme je vous l'annonçais en commençant, le diagnostic différentiel du croup et du faux croup ressort naturellement de ce que nous avons exposé plus haut. Dans quelques circonstances, néanmoins, ce diagnostic est embarrassant; c'est, d'une part, lorsque la laryngite striduleuse se déclare chez les individus atteints d'angine couenneuse commune; c'est, d'autre part, lorsque la diphthérie débute d'emblée par le larynx.

Vous savez que, bien que, dans la généralité des cas, la maladie pelliculaire débute par le pharynx pour se propager de là au larynx, il arrive cependant, quoique très-rarement, que le croup survient d'emblée. Il est extrêmement difficile alors de distinguer l'une de l'autre la laryngite pseudo-membraneuse et la laryngite simple; toutefois, alors encore, la marche des accidents peut fournir des présomptions sur la nature du mal qu'on est appelé à combattre. Malgré ce qu'on a prétendu, dans ce cas même, les allures de l'affection couenneuse sont ordinairement lentes; je dis ordinairement, et non pas toujours : celles du faux croup sont au contraire très-précipitées. Dans le faux croup, l'invasion est brusque, les symptômes sont immédiatement alarmants, puis décroissent. Dans le croup, l'invasion est moins brusque, mais les symptômes sont graduellement croissants; de telle sorte que de deux enfants, l'un ayant la voix enrouée depuis déjà deux ou trois jours et une toux suspecte depuis quarante-huit heures, l'autre ayant été pris instantanément la nuit d'une gêne considérable de la respiration, avec des inspirations sifflantes, une

toux croupale retentissante, de ces deux enfants, le premier est plus gravement malade que le second. Chez celui-ci, il ne s'agit que d'un faux croup; chez celui-là, vous avez affaire au vrai croup. L'inflammation diphthérique, en effet, met un certain temps à faire son évolution; il lui faut ordinairement deux ou trois jours avant d'atteindre son summum d'intensité. L'irritation qu'elle cause sur les parties qui vont être recouvertes de fausses membranes, assez peu vive, ne provoque que quelques accès de toux; la gêne apportée d'abord par le gonflement des cordes vocales, dans l'acte de la respiration, ne se traduit que par une oppression modérée, et c'est, non quand la membrane muqueuse laryngée est le plus enflammée, mais seulement quand des concrétions diphthériques épaisses ont mis un obstacle matériel au passage de l'air, que la difficulté de respirer est considérable. L'inflammation franche et aiguë du larynx procède autrement: elle détermine presque instantanément la tuméfaction de la membrane muqueuse qu'elle frappe; en une demi-heure, une heure, deux heures au plus, cette tuméfaction est à son maximum, et le rétrécissement subit de l'ouverture de la glotte, qui en est la conséquence, est la cause des accès de suffocation qui caractérisent le faux croup.

Un fait remarquable sur lequel j'insiste encore, c'est que ces accès de suffocation font explosion pendant la nuit et arrivent très-rarement dans la journée; c'est que, pour mieux dire, ils surprennent l'individu pendant son sommeil, et non lorsqu'il est éveillé; MM. Krishaber et Peter ont essayé de dire pourquoi.

Non-seulement le faux croup diffère du croup par son mode d'invasion et par la marche des accidents; mais il en diffère encore par les caractères de la toux dite croupale, et dont il nous reste à examiner la valeur sémiologique.

Laissez-moi vous dire, messieurs, le résultat de ma vieille expérience à cet égard. Chez un enfant très-jeune, pour peu que la membrane muqueuse du larynx s'enflamme, et par conséquent se gonfle, la toux devient rauque, l'inspiration est sifflante, la voix s'altère profondément. Cela s'observe chez quelques individus, même dans de simples rhumes. Les cordes vocales sont excessivement sensibles à l'impression d'une muco-sité qui va tomber sur elles, à l'impression seule de l'air qui traverse la glotte; il y a, en un mot, une irritabilité excessive, exagérée, de la membrane muqueuse laryngée, déjà si irritable, si excitable de sa nature. La toux sera incessante, et, dans l'espace d'une minute, le malade en aura quinze à vingt secousses. La toux dite croupale est donc, chez les très-jeunes enfants, l'expression de toute inflammation aiguë de la membrane muqueuse laryngienne. Bien mieux, elle est l'expression d'une inflammation franchement aiguë. Or, tel n'est pas le caractère de l'inflammation diphthérique. Au début, celle-ci est très-légère, bien

autrement superficielle que dans la laryngite simple; absolument comme, si vous voulez me permettre la comparaison, la phlegmasie qui accompagne la pustule maligne est bien autrement légère et superficielle que la phlegmasie qui accompagne le furoncle. Tandis que la laryngite franche fait plus grand fracas, la laryngite diphthérique s'installe sournoisement; l'irritation qu'elle cause sur les parties qu'elle envahit provoque tout d'abord à peine quelques quintes de toux, ainsi que je vous le rappelais il y a un instant. A ces accidents si légers succède bientôt une toux dont la raucité et la fréquence rappellent celles que nous signalions tout à l'heure dans l'angine striduleuse; puis, lorsque plus tard l'exsudation pseudo-membraneuse a couvert les cordes vocales, la membrane muqueuse perd sa sensibilité, protégée qu'elle est par une sorte de cuirasse contre l'action de l'air, des mucosités, de tout ce qui pouvait mettre en jeu son irritabilité. Si bien que, et c'est là un phénomène qui a frappé les observateurs, lorsqu'il y a un croup confirmé, la toux est rare, quelquefois nulle; elle est du moins presque toujours éteinte, ainsi que la voix.

Cette différence entre la toux de la laryngite striduleuse et la toux de la laryngite pseudo-membraneuse s'explique surtout par des raisons toutes mécaniques. Pour que la vibration de l'air ait lieu à travers les cordes vocales, il faut que celles-ci ne soient pas notablement altérées dans leur texture, et ensuite qu'elles ne soient recouvertes d'aucune substance non vibratile; car si l'on considère le larynx comme un instrument à vent du genre des flûtes, ou qu'on en fasse un instrument à anche, toujours est-il que la vibration des lèvres de l'anche sera rendue impossible dès que ces lèvres ou dès que l'ouverture de la flûte seront tapissées, par exemple, d'un morceau de parchemin mouillé, expérience facile à faire. Or, si dans le faux croup la toux reste rauque, éclatante, et, comme on le dit, croupale, c'est que les cordes vocales ne sont que gonflées, tandis qu'elle est éteinte ou même nulle dans le vrai croup, lorsque le larynx est tapissé de fausses membranes qui remplissent sur les cordes vocales le rôle du parchemin mouillé placé entre les lames de l'anche d'une clarinette ou d'un basson.

La toux croupale, c'est par là que je veux finir, n'est donc point l'indice du croup. Toutefois on conçoit qu'au début de la laryngite pseudo-membraneuse, elle puisse revêtir les caractères qu'elle présente dans le faux croup; on comprend qu'elle puisse les revêtir encore, lorsque la fausse membrane qui tapissait le larynx a été expulsée; mais alors elle ne tarde pas à s'éteindre de nouveau, à devenir de plus en plus rare; elle finit par devenir insonore; en même temps la suffocation augmente. Dans la laryngite striduleuse, au contraire, à mesure que la toux perd son caractère croupal, la gêne de la respiration devient de moins en moins considérable.

On a cité des cas dans lesquels la laryngite striduleuse était accompagnée d'une toux faible et se rapprochant de la toux du vrai croup; mais ces cas doivent être trop rares pour rien enlever de leur valeur aux caractères différentiels sur lesquels j'appelle votre attention.

Ce que je viens de vous exposer relativement à la toux croupale s'applique encore aux modifications de la voix. Dans le croup, elle est fortement altérée d'abord, puis s'éteint, non-seulement pendant les accès, mais encore dans leurs intervalles. Dans le faux croup, si elle est éteinte pendant les accès, d'une part elle ne l'est jamais au même degré, d'autre part, dans l'intervalle, elle reprend un certain degré de force, bien que restant déchirée, enrôlée.

Lorsque la laryngite striduleuse coïncide avec une angine couenneuse commune constituée par des plaques couenneuses épaisses et confluentes, quelque nettement caractérisés que puissent être les accidents laryngés, l'hésitation est permise; la marche seule de ces accidents pourra vous éclairer plus tard sur le diagnostic. Il faut alors savoir attendre; mais, en attendant, agir sur l'affection pharyngée absolument comme si l'on avait affaire à une angine diphthérique.

Un praticien expérimenté ne confondra pas la laryngite striduleuse avec le spasme de la glotte ou asthme thymique, je dois cependant, puisque la confusion a été faite par quelques auteurs, vous signaler rapidement les signes qui vous permettront d'établir le diagnostic différentiel entre ces deux affections. Nous venons de voir que, dans la laryngite striduleuse, il y a des accès de suffocation, que la toux et la voix sont croupales, et que pendant toute la durée de l'affection, même en dehors des accès, les malades conservaient une certaine raucité du cri, de la voix et de la toux.

Dans le spasme de la glotte, les accès, et c'est là une première différence, les accès surviennent aussi bien le jour que la nuit; de plus, s'il y a suffocation, jamais il n'y a raucité, même passagère, du cri, de la voix et de la toux. Ces accès ne se répètent point ordinairement deux, trois ou quatre fois dans l'espace de quelques minutes, comme cela a lieu dans le faux croup; quelque multipliés qu'ils soient dans les vingt-quatre heures, ils n'ont lieu qu'à des intervalles éloignés: aussitôt qu'ils sont passés, les malades respirent avec facilité et semblent ne garder aucun souvenir de l'accident qu'ils viennent d'éprouver.

Le faux croup guérit de lui-même. Je vous rappellerai seulement la médication de Graves dont je vous ai déjà parlé dans nos conférences sur la rougeole, et qui consiste à passer sous le menton et au-devant du cou de l'enfant une éponge trempée dans l'eau aussi chaude que le malade pourra la supporter. Cette opération est répétée dix, quinze minutes de suite; elle amène vers la peau une sorte de fluxion, sous l'influence de laquelle l'oppression cesse ordinairement d'une façon remarquable,

tandis que la toux perd de sa raucité. Indépendamment de sa puissance, cette médication est d'une merveilleuse simplicité, et à elle seule elle suffit ordinairement pour faire cesser les accidents, sans qu'il soit besoin d'avoir recours aux vomitifs ou à tout autre moyen. Mais si, bien qu'il n'y ait pas de fausses membranes dans le larynx, la tuméfaction du tissu muqueux est telle, que la vie semble immédiatement menacée, la trachéotomie devient une nécessité et un devoir. Dans un cas de ce genre, M. Adolphe Richard a, par la trachéotomie, rendu à sa mère un pauvre enfant qui se mourait suffoqué par l'angine striduleuse.