

Peu après, la dyspnée se reproduit avec plus d'intensité. La poitrine entière se soulève dans l'effort inspirateur qui est plus prolongé et accompagné d'un bruit strident considérable. La perspiration se fait par tous les pores, et les veines du cou ainsi que celles de la face sont fortement distendues. Une expiration courte et violente vient ensuite, et quand cet état d'exaspération de la dyspnée a duré pendant quelques minutes, il survient un intervalle de repos relatif. A ce moment l'enfant épuisé s'endort souvent; mais pendant son sommeil la respiration fait entendre un bruit exagéré. Bien que l'assoupissement soit grand, le sommeil n'est pas tranquille, et est fréquemment interrompu par des soubresauts violents, malgré lesquels l'enfant continue à sommeiller. Après quelques minutes, il s'éveille dans un état de terreur pour passer par un autre paroxysme semblable au précédent, mais plus intense. La toux n'augmente pas d'intensité à mesure que la maladie fait des progrès; il n'y a point d'expectoration, ou tout au plus, il y a rejet d'un peu de mucus, mais sans aucun soulagement. Bien que les paroxysmes ne dépendent pas de la toux, celle-ci les provoque, et les deux ou trois inspirations qui suivent un effort de toux sont, souvent, accompagnées d'une augmentation du sifflement strident. A partir de l'apparition des symptômes plus accentués la voix est rauque, éraillée et soufflée, ou bien chez les jeunes enfants, totalement supprimée; ou, si leur voix n'est pas positivement éteinte, leur répugnance à parler est telle, qu'ils ne répondent aux questions que par signes, et qu'on ne peut, par la persuasion, les décider à prononcer un mot.

Il y a en général de la soif, et la déglutition se fait bien. L'arrière-gorge est généralement rouge, bien que la rougeur ne soit pas en proportion de l'intensité des symptômes du croup; il existe souvent une sensibilité considérable du larynx. La langue est rouge à la pointe et sur les bords, mais recouverte au centre et à la base d'une couche subarrhale blanche épaisse; il y a plutôt de la constipation, et l'appétit a complètement disparu.

A mesure que la maladie fait des progrès, les paroxysmes sont moins marqués, ou au moins les intermissions deviennent moins distinctes, et l'enfant est constamment en lutte pour accomplir l'acte de la respiration. Alors la toux cesse quelquefois tout à fait, et la respiration devient souvent plutôt sifflante que

stridente. L'enfant rejette autant que possible la tête en arrière afin d'augmenter la capacité de la trachée; la poitrine se soulève violemment à chaque effort pour respirer, et pendant ce temps ses parois latérales s'aplatissent ainsi que toutes les parties molles de ses parois, indice de l'inutilité des efforts faits pour remplir les poumons. Le larynx est fortement abaissé vers le sternum, tandis que les muscles de l'abdomen concourent énergiquement à l'expiration. L'expression est triste et anxieuse, les yeux sont ternes, les lèvres livides, la peau sèche, et les extrémités froides; ou bien une transpiration visqueuse recouvre la peau. La respiration est précipitée, inégale et irrégulière, le pouls est très-fréquent et très-faible; s'il ne survient pas maintenant de rémission, il y a des exacerbations fréquentes pendant lesquelles l'enfant se jette de tous les côtés, porte les mains à sa gorge comme pour en arracher quelque obstacle à l'entrée de l'air; et pendant ce temps, l'agonie sans espoir se peint sur sa physionomie. Au milieu de ces souffrances l'enfant succombe dans le coma, ou les convulsions, qui viennent clore la scène.

Il n'arrive pourtant pas toujours que des symptômes aussi navrants, marquent la troisième période du croup. Le traitement employé peut avoir diminué l'intensité de la maladie; l'agitation faire place au bien-être, la moiteur de la peau succéder à la sécheresse, la respiration devenir calme, la toux grasse, avec un faible retentissement; l'expectoration peut être facile; et l'inspiration sifflante, avec un léger timbre croupal, constitue le seul indice de la dangereuse maladie dont l'enfant est atteint; cette amélioration apparente peut durer vingt-quatre heures, et alors faire place, sans aucune cause appréciable, au retour de tous les premiers symptômes, puis bientôt être suivie de la mort; ou la diminution de la maladie peut s'accompagner d'une grande somnolence qui toutefois n'éveille aucune alarme, puisqu'on l'attribue très-naturellement à l'épuisement produit en partie par la maladie, en partie par la médication. Pendant le sommeil, la respiration est profonde et tranquille comme celle d'une personne qui dort profondément; il y a bien il est vrai un sifflement, mais qui n'a que peu le caractère de la respiration stridente du croup; et quand on éveille l'enfant, il a toute sa présence d'esprit et est gai. Après un temps, pourtant, on éprouve plus de peine à le tirer de son sommeil, son pouls devient

plus rapide, la moiteur de la fièvre se change imperceptiblement en une transpiration visqueuse et froide, et des mouvements convulsifs des angles de la bouche viennent troubler la régularité des traits. Silencieusement, mais d'une manière sûre, l'exsudation a fait des progrès, et quand on commence à s'effrayer il est trop tard ; la stupeur devient plus profonde et l'enfant meurt dans le coma, ou ne s'éveille que pour passer ses dernières heures dans une lutte stérile pour respirer, et au milieu des accidents pénibles qui marquent ordinairement la période suffocante du croup.

L'auscultation, en cas de croup, nous renseigne sur deux points importants, savoir : le degré de l'obstruction qui s'oppose à l'entrée de l'air dans les poumons, et l'étendue de l'affection des conduits bronchiques ainsi que du tissu pulmonaire concomitant. D'abord on entend l'air pénétrer librement dans la poitrine, accompagné seulement du bruit strident qui se produit dans le larynx ; mais à mesure que la maladie fait des progrès, la respiration fournit les mêmes résultats négatifs que dans l'emphysème, c'est-à-dire un murmure faible, contrastant avec la résonnance considérable fournie par la percussion. Souvent pourtant, la respiration s'accompagne dès le début du renchus sonore du premier degré de la bronchite, masqué seulement jusqu'à un certain point par le bruit trachéal du croup. Même dans les cas où la maladie est confinée dans le larynx et la trachée, l'inflammation s'étend presque toujours aux bronches, souvent aussi à la substance du poumon ; de sorte qu'on peut entendre le râle muqueux ou le râle sous-crépitant, avec diminution de la résonnance à la partie inférieure de la poitrine. L'air, quelquefois, entre assez imparfaitement pour ne pouvoir remplir les petites bronches, et les bruits deviennent complètement insaisissables, à moins que l'observateur n'attende le moment où l'enfant fait une inspiration plus profonde, ainsi qu'il arrive souvent après un accès de toux. La pneumonie, dans tous les cas que j'ai observés, était double, et conséquemment, la résonnance diminuée presque également des deux côtés de la poitrine ; d'où l'importance de comparer le son obtenu par la percussion au sommet de la poitrine avec celui de la base ; point sur lequel, vous devez vous en souvenir, j'ai déjà plusieurs fois appelé votre attention.

On peut suivre très-distinctement, par l'application du sté-

thoscope sur le larynx, les modifications du bruit trachéal qui accompagnent les progrès du mal. Quelques écrivains ont cru pouvoir reconnaître dans ces variations les signes de la formation de la fausse membrane, et un moyen de juger de son étendue. Je crois que d'ordinaire, quand la fausse membrane s'est formée abondamment dans le larynx, le bruit trachéal devient moins strident et plus sibilant ; mais j'ai constaté dans une circonstance les changements du bruit trachéal que l'on suppose être l'indice de la présence d'une fausse membrane très-étendue, bien qu'il n'y eut eu aucune expectoration pseudo-membraneuse pendant la vie du malade, et qu'après la mort on n'en trouva pas dans la trachée et le larynx enflammé. C'est pourquoi nous devons conclure que les modifications dans le son de la respiration trachéale ne fournissent point une preuve absolument certaine de l'existence d'une fausse membrane, et encore moins la mesure de son étendue.

Durée et pronostic. — Il est difficile de fixer avec précision la durée d'une maladie telle que le croup, dont les symptômes prémonitoires varient beaucoup, et dont la terminaison fatale est souvent due en grande partie à une bronchite, ou à une pneumonie concomitante ou consécutive. Quand la maladie en vient à la terminaison fatale, avant que celle-ci ait lieu, il ne s'écoule généralement pas plus de quarante-huit ou soixante-douze heures au maximum, à partir du moment où les symptômes du croup ont été dans leur plein développement ; et en admettant que les symptômes prémonitoires soient de trente-six heures, on trouvera que la maladie accomplit son évolution en quatre ou six jours. J'ai vu deux fois la mort survenir en trente-six heures, à partir de l'apparition des premiers symptômes du croup, et en trente-sept heures chez un troisième enfant ; mais ce sont là des exemples d'une rapidité inaccoutumée. Le traitement triomphe quelquefois en partie de la maladie, mais son retour devient mortel dans le cours de peu d'heures. Il arrive que les symptômes aigus tombent, et la maladie prend un caractère chronique ; mais j'ai rarement été témoin de cette marche dans le croup idiopathique ; elle est plus commune dans cette forme de la maladie, que nous verrons plus tard constituer une complication sérieuse de la rougeole.

Le pronostic du croup doit toujours être réservé, et est en

général défavorable, puisque la maladie est incontestablement une des plus dangereuses auxquelles l'enfant est exposé.

L'importance de voir l'enfant à une époque rapprochée du début est des plus grandes; et les chances de guérison sont généralement très-faibles si on ne fait aucun traitement avant le plein développement des symptômes. La présence d'une bronchite, et encore plus d'une pneumonie, ajoute beaucoup au danger et doit nous conduire à adopter une opinion très-défavorable des chances de guérison. Une seconde attaque de croup est généralement moins sérieuse que la première, et les cas où les symptômes de catarrhe ont précédé l'invasion de la maladie de plusieurs jours sont plus aptes à céder au traitement que ceux dans lesquels les symptômes prémonitoires ont été courts ou ont manqué tout à fait. La diminution de la dyspnée dans les intervalles de la toux; une toux plus sonore et plus humide accompagnée de l'expectoration ou du rejet, par les efforts de vomissement, de matière muco-purulente mêlée de lambeaux de fausses membranes; une voix moins éteinte, moins d'anxiété et d'agitation, sont autant de circonstances qui indiquent l'amendement de la maladie. On ne doit pourtant tirer une conclusion favorable de la diminution des symptômes qu'avec une grande circonspection, tant qu'une telle amélioration n'a pas duré vingt-quatre heures au moins. Dans tous les cas de croup, sauf les plus aigus, le caractère rémittent de la maladie est très-manifeste, et il est bon de se souvenir que la terminaison fatale se produit avec une extrême rapidité, quand une exacerbation suit de près une rémission sensible dans l'intensité des symptômes (1). Il est à peine nécessaire de vous rappeler que la voix éteinte, la suppression de la toux, la transformation de la respiration stridente en respiration sifflante, et l'augmentation dans la difficulté de respirer, indiquent que la mort s'approche d'un pas rapide et sûr.

Le danger de s'endormir dans une sécurité trompeuse, sous l'influence de l'amélioration apparente dans l'état d'un enfant atteint de croup, est si sérieux, qu'avant d'entrer dans l'exposition du traitement je vais vous rapporter un exemple qui vous servira d'enseignement. Le 25 juin, une petite fille, âgée de

(1) *Mox post symptomatum remissionem recidivantes, brevi ac certâ morte demuntur.* Cœlis, *op. cit.*, p. 164.

quatre ans, eut la voix rauque et perdit l'appétit, sans paraître autrement malade. Le 27, elle paraissait moins bien; pendant la nuit, elle fut très-agitée et eut de la difficulté à respirer. Le 28, la respiration était encore plus difficile, et bien qu'elle n'eût que peu de toux, cette enfant paraissait quelquefois en danger de suffoquer. Pendant la nuit, la respiration eut un caractère croupal, et de violentes attaques de dyspnée se produisirent fréquemment.

Le 29, on la conduisit à un chirurgien, qui lui ordonna des médicaments dont chaque dose provoqua des vomissements, chaque fois suivis d'une grande amélioration et d'une cessation presque complète de la respiration croupale. On pensa que cette amélioration avait continué pendant la journée du 30; l'enfant dormit calme pendant la nuit, et les parents la considérèrent comme assez bien pour l'apporter à l'hôpital des Enfants, le 1^{er} juillet, à 9 heures du matin. Elle était assise sur les genoux de sa mère, la face pâle et livide, avec la respiration sifflante, la peau fraîche, le pouls très-fréquent et faible, mais sans qu'il parût y avoir rien de l'anxiété habituelle aux périodes avancées du croup. Elle fut admise à 9 heures et mourut à 6 heures du soir, sans qu'il se fût produit, avant la mort, de grands malaises ou des efforts violents pour respirer. Le dépôt étendu de fausses membranes dans les trachées et les bronches montra que, malgré l'amélioration apparente pendant un temps, la maladie avait dû, pendant tout ce temps, faire des progrès sans éveiller les soupçons de la famille, progrès méconnus, même par le médecin traitant.

Traitement du croup. — Dans aucune maladie l'adoption prompte d'un traitement approprié n'est plus importante que dans le croup, puisqu'il n'en est pas où les médicaments cessent plus vite d'être d'une application utile. Même dans les cas où on ne fait que craindre une attaque et où il existe du catarrhe avec une toux légèrement retentissante, telle que celle qui indique souvent le début du croup, le malade doit être surveillé très-attentivement, et visité non-seulement pendant le jour, mais tard dans la soirée; et on apportera la plus grande attention au caractère de la respiration pendant le sommeil ainsi que pendant l'état de veille. L'enfant devra, tout d'abord, être placé dans un bain chaud, et tenu au lit, à une diète légère, et prendra un vo-

mitif, émétique et ipécacuanha, suivi de quelque douce médication saline contenant des doses légèrement nauséuses de vin d'antimoine (1). En même temps l'air que doit respirer l'enfant sera à la fois chaud et humide, la température de la chambre étant constamment tenue à 18°, tandis qu'on entretiendra facilement l'humidité de l'atmosphère à l'aide d'une bouillotte placée sur le feu, et en dirigeant dans l'appartement la vapeur qui s'en dégage, soit au moyen d'un cylindre de papier, ou mieux encore, d'un tube de fer blanc fixé à son orifice. Ces précautions simples, utiles pour diminuer l'irritabilité des conduits bronchiques quand on craint simplement le croup, sont, j'ai à peine besoin de le dire, encore plus importantes lorsque la maladie est complètement développée (2). Par ces mesures, qu'on doit toujours observer avec un soin tout particulier, si les symptômes prémonitoires du croup se montrent chez un enfant qui a déjà eu cette maladie, ou qui a pour elle une prédisposition de famille, vous pouvez souvent réussir à le préserver de l'attaque.

Un mode de traitement beaucoup plus énergique doit être mis en œuvre si la maladie se montre avec violence, ou lorsque les premières manifestations ayant été méconnues ou laissées sans traitement, les symptômes ont atteint leur complet développement avant que le malade ait été confié à vos soins ; la soustraction du sang et l'emploi du tartre stibié constituent les deux moyens dans lesquels vous devez placer votre confiance, vous souvenant que si l'amélioration ne vient pas vite, elle ne

(1) N° 14.	Bicarbonat de potasse . . .	2,60	
	Acide citrique	1,30	
	Vin émétique	5,50	
	Vin d'ipéca.	4,28	
	Sirup de limons	12	
	Eau	71	M. s. a.

Une cuillerée à dessert toutes les trois ou quatre heures, pour un enfant âgé de deux ans.

(2) A l'hôpital des Enfants, on attache tant d'importance à maintenir l'enfant au milieu d'une température chaude et humide, que nous avons l'habitude d'environner le lit de rideaux et de faire pénétrer sous ces derniers de la vapeur d'eau bouillante, de façon à entretenir pendant des jours, s'il est nécessaire, l'uniformité de la chaleur et de l'humidité : bien des appareils ont été employés dans ce but. Mon collègue, le Dr Gée, en a imaginé un très-ingénieux dont nous nous servons toujours à l'hôpital des Enfants.

viendra pas du tout ; que le délai n'est pas seulement un danger, mais la mort. Je n'ai pas rencontré une seule exception à la règle qui prescrit la soustraction large du sang dans tout cas de croup idiopathique intense, lorsqu'on le voit de bonne heure, avant que la coloration violette des lèvres, livide de la face, la faiblesse du pouls, indiquent la durée déjà longue d'un obstacle sérieux à la libre entrée de l'air dans les poumons. Même chez les enfants très-jeunes, la saignée locale ne remplace que très-incomplètement, dans ces cas, la saignée générale, car ce n'est pas seulement la soustraction d'une certaine quantité de sang qui est bonne, mais la soustraction effectuée de façon à agir le plus promptement possible sur le système.

La saignée de la jugulaire est préférable à l'ouverture de la veine du bras puisque cette dernière échoue souvent chez les enfants de moins de trois ans ; et que le sang ne coule jamais aussi bien que lorsqu'on le tire de la jugulaire. Il n'est pas facile d'établir, en chiffres, la quantité de sang qu'il convient d'extraire, attendu que la santé antérieure de l'enfant, l'intensité des symptômes et l'effet produit par l'écoulement du sang sont autant de circonstances à consulter pour déterminer quand il convient de l'arrêter. Le Dr Cheyne dit : « La soustraction de 100 grammes de sang, chez un enfant entre 1 et 3 ans, ou de 200 grammes chez un enfant de 6 à 10 ans, paraît généralement produire sur la maladie une action suffisante. » Et cette estimation paraît se rapprocher d'une manière assez exacte de ce qui est nécessaire habituellement. L'effet d'une saignée abondante est souvent très-frappant, et à mesure que le sang s'écoule, on peut remarquer la facilité beaucoup plus grande de la respiration. Mais, bien que le soulagement ainsi produit soit très-grand, il n'est que temporaire ; et, à moins qu'on ne le fasse suivre de l'administration d'autres remèdes, les symptômes reprennent leur intensité première dans l'espace de 4 à 6 heures. Je n'ai vu, en aucun cas, que la répétition de la saignée générale fût indiquée, mais, peu d'heures après, j'ai souvent employé la saignée locale avec avantage. Pourtant, si vous faites suivre la première émission sanguine de l'administration hardie du tartre stibié, vous éviterez généralement la nécessité de recourir de nouveau à la dépiétion vasculaire. On a recommandé de placer les sangsues au sommet du sternum plutôt que sur la trachée, attendu qu'en ce dernier lieu on peut éprouver

de la difficulté à arrêter l'écoulement du sang, les enfants supportant très-difficilement toute pression dans ce voisinage. Il est bon de se rappeler cette précaution ; mais si vous surveillez vous-même l'application des sangsues, ce que vous devez certainement faire en pareil cas, l'avantage de retirer le sang d'une partie aussi rapprochée que possible du point affecté fera plus que compenser le risque d'une légère difficulté pour parvenir à en arrêter l'écoulement.

Pour que le tartre stibié fasse réellement du bien, il faut le donner à la dose d'un demi-centigramme, d'un centigramme et demi ou de 0,025 milligrammes toutes les dix minutes jusqu'à ce qu'il en résulte des vomissements ; on continuerait ensuite la même dose toutes les demi-heures jusqu'à ce que le médicament ait produit un soulagement réel et permanent. — La dose qui a produit le vomissement peut quelquefois, après avoir été répétée, cesser de le produire, auquel cas il faut l'augmenter, et ne pas se contenter de la tolérance du médicament puisque son utilité paraît étroitement liée à l'action vomitive. — L'antimoine donné à doses nauséuses ne m'a pas paru arrêter la maladie aussi sûrement, en même temps qu'il cause une grande dépression de l'organisme, et masque ainsi l'approche du dénouement fatal. Une démonstration frappante de l'utilité de l'émétique à dose vomitive est fournie par Valleix (1), qui établit que, dans trente et un cas sur cinquante-trois de vrai croup, l'ipécacuanha et l'émétique furent donnés à larges doses, comme vomitifs, et que sur ces trente et un cas, quinze guérirent ; tandis que sur les vingt-deux autres cas, où on n'y eut recours que d'une manière incomplète, un seul survécut.

Si après avoir ainsi employé l'émétique, pendant cinq ou six heures, on ne voit apparaître aucun soulagement satisfaisant, il faut recourir à l'émission sanguine. — Si au contraire, les symptômes du croup avaient commencé à diminuer, on pourrait continuer l'usage de l'antimoine, mais à intervalles plus considérables, mais vous ne pouvez être trop en garde pour n'être pas trompés par un amendement temporaire et ne pas cesser trop tôt la médication. Il ne faut pas, non plus, en abandonner l'usage en diminuant graduellement les doses, et en substituant aux doses vomitives une quantité capable de produire seulement la

1) *Bulletin général de thérapeutique*, octobre 1843, p. 246.

nausée ; mais on doit donner une large dose toutes les heures ou toutes les deux heures, et si l'amélioration continue, on peut mettre un intervalle de trois, quatre, ou même six heures. C'est alors, après que l'intensité de la maladie a cédé à l'usage de l'antimoine que vient le moment d'administrer le calomel. Dès le début même de l'attaque, on peut avoir recours à des onctions mercurielles toutes les deux ou trois heures ; ou bien, on peut rouler autour de l'abdomen du malade une bande de flanelle enduite de trois grammes d'une pommade mercurielle ; mais l'action des mercuriaux est beaucoup trop lente pour triompher à son début d'une maladie qui marche si rapidement vers une issue fatale. A cette période, le calomel semble pourtant avoir une double utilité ; il agit contre la tendance à la formation des fausses membranes dans les voies aériennes ; il prévient ou fait disparaître l'inflammation des poumons, qui est une complication si fréquente et si grave. Je l'emploie habituellement à la dose de 0,025 à 0,05 centigrammes, chez les enfants de deux à cinq ans, toutes les heures ou toutes les deux heures, associé à de petites doses d'ipécacuanha et en ayant le soin d'en interrompre l'usage pour donner un émétique. L'apparition de toute exacerbation dans les symptômes du croup ne ferait pas d'ailleurs cesser aussitôt le calomel pour revenir à l'antimoine à dose vomitive.

Ce n'est pas sans intention ou par inadvertance que je n'ai apporté aucune modification à mes observations sur le traitement du vrai croup, vous exposant l'opinion que j'avais conçue et le mode de traitement auquel je m'étais arrêté il y a trente ans. Cette opinion et ce mode de traitement se sont, il est vrai, modifiés de même que le traitement de la bronchite et de la pneumonie par les changements que les dernières années ont apporté dans les constitutions épidémiques de la maladie ; changements qui ont été surtout marqués, depuis la seconde épidémie de choléra, qui eut lieu dans ce pays pendant les années 1848 et 1849. Mais toutes concessions faites à ces changements, je crois encore qu'un traitement franchement antiphlogistique (ce qui signifie pour moi l'emploi de l'antimoine à dose vomitive, l'administration consécutive du calomel, et si l'on voit le malade au début même, les déplétions sanguines) est indiqué dans presque tous les cas de croup idiopathique aigu.

J'ai les observations détaillées de 114 cas de croup ou de diphthérie, et un nombre plus considérable de cas que je n'ai vu

qu'une, deux ou trois fois, s'est offert à mon observation en consultation. — La plus reculée de ces observations porte la date de 1840, et pendant les dix premières années qui suivirent, tous les cas, à l'exception de ceux consécutifs à la rougeole, furent de ma part l'objet d'un traitement également actif, conformément aux principes établis par Cheyne, auxquels j'ai déjà fait allusion (1).

A peu près à cette époque, cependant, je remarque dans mes notes la preuve d'une diminution dans l'activité du traitement employé par moi, et cela, bien que le champ de mon observation eût été transporté dans un district où les maladies en général, et le croup en particulier, offraient un caractère plus franchement sthénique que dans les quartiers bas, au sud de la Tamise. — J'y vois moins fréquemment noté l'emploi de la saignée, et en même temps j'y trouve l'emploi de la cautérisation, manière de faire à laquelle je fus en partie amené par les remarques du Dr Horace Green sur la cautérisation du larynx, dans le croup, et qui, par conséquent, ne se rapportaient pas toujours à la présence d'une fausse membrane dans l'arrière-gorge.

Dans les dernières années, j'ai abandonné le traitement des malades de la consultation de l'hôpital des Enfants, et presque tous les croups que je vois, c'est en consultation, dans la clientèle privée, et par conséquent, alors que des signes d'une gravité spéciale se sont déjà produits. C'est peut-être pour cette raison que dans les dix dernières années, je n'ai pas eu l'occasion de pratiquer de saignée. J'ai pourtant rencontré quelques cas de croup idiopathique, qui dans les mains d'un jeune praticien ne pensant à rien autre qu'à la diphthérie auraient été soumis au traitement par les stimulants, ou le perchlorure de fer, et qui ont été sauvés par l'antimoine et l'usage des mercuriaux.

En Allemagne, malgré la prédominance de la diphthérie qui existe comme ici, l'ancienne forme du croup inflammatoire existe encore, et quelques-uns des plus anciens praticiens (2) ont élevé la voix contre la tendance à méconnaître son existence ; à éta-

(1) Les particularités de cette forme de croup et son rapport avec la diphthérie, que l'on appelait alors du nom de croup, ont été notés par moi, avec exemples à l'appui dans la *Medical gazette*, 25 avril 1843.

(2) Il faut particulièrement citer une publication du Dr Clemens de Francfort, dans *J. f. Kinderkrankh.*, t. XXXVI, juin 1861, p. 359.

blir que la diphthérie est la seule forme de croup et que les observateurs d'il y a vingt-cinq ou cinquante ans ont commis une erreur en supposant que la maladie réclamait toujours l'usage d'un traitement antiphlogistique, ou que les stimulants pouvaient ne pas être indiqués.

Mon but est de vous mettre en garde contre les mêmes erreurs, et d'insister sur la différence de nature qui existe entre le croup inflammatoire (*cynanchie trachealis*) et la diphthérie, et conséquemment sur celle qui existe entre leur traitement.

Il y a cependant un point dont il importe de se souvenir dans la conduite des cas les plus graves de croup, sous peine de tomber dans la faute de faire subir à votre malade un traitement excessif, erreur non moins dangereuse qu'une trop grande inertie. — La maladie, comme vous le savez, a une grande tendance aux exacerbations, et aux rémissions, même indépendamment de tout changement physique dans l'état des organes respiratoires. Vous ne devez donc pas, sur le simple retour de plus de difficulté dans la respiration, après une période de calme relatif, être amenés à penser que l'enfant est pis, et qu'il y a nécessité de reprendre et d'augmenter l'activité du traitement. — Il est très-possible que l'augmentation de la dyspnée ne soit que spasmodique, et qu'en plongeant l'enfant dans un bain chaud on obtienne un soulagement immédiat et très-marqué, et que si vous auscultez ensuite l'enfant, vous trouviez l'entrée de l'air dans les poumons aussi complète qu'auparavant, et sans augmentation des bruits morbides.

L'administration du calomel n'est pas nécessaire dans tous les cas de croup, car lorsqu'on voit le malade de bonne heure, et qu'on le traite activement, on fait quelquefois disparaître complètement les symptômes en peu d'heures. Mais bien que nous puissions être quelquefois autorisés à suspendre, pour un temps, tout traitement actif, nous devons cependant surveiller notre malade avec un soin infatigable pendant quelques jours après la chute des symptômes aigus ; et à chaque visite, notre attention doit se porter sur l'état des poumons, de façon à pouvoir, dès son début même, arrêter cette inflammation des bronches capillaires, et de 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 généra-

lement 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 le malade 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