DIVISION DU CROUP.

Après avoir présenté notre opinion sur les différentes nuances du croup, et fait voir que ces degrés tiennent à la plus ou moins grande intensité de la phlegmasie et à la constitution des individus malades, nous divisons le croup :

1° En inflammatoire sec (sans fausse membrane).

2° En inflammatoire humide (avec fausse membrane ou mucus).

Il nous serait facile de chercher dans les affections des membranes muqueuses une foule d'exemples pour prouver que cette division est fondée.

En général, les phlegmasies des membranes muqueuses se manifestent de deux manières, ou avec absence totale de sécrétion, ou avec surabondance de fluides sécrétés ; ces dernières même ont une période de *sécheresse* fort remarquable. Les inflammations les plus violentes parcourent leurs périodes sans fournir aucun fluide sécrété, et ce n'est que lorsqu'elles perdent de leur énergie que la sécrétion a lieu (on la regarde alors comme critique, tandis qu'elle n'est que l'annonce du retour des membranes muqueuses à l'état naturel). Le coryza, le catarrhe pulmonaire aigu, les différentes fièvres *dites essentielles*, la blennorrhagie, me fournissent une foule de preuves qui n'ont pu échapper aux praticiens. Cette division, que j'établis d'après les faits que j'ai observés, me semble très importante pour la pratique.

Dans la première édition de cet ouvrage, je m'étais borné à établir cette division; je n'avais pas cru devoir l'étayer du témoignage des observateurs; mes lectures m'avaient fait distinguer ces deux nuances du croup, et mes observations avaient confirmé la justesse de cette division.

Des praticiens célèbres avaient adopté mon opinion ; aucune critique n'avait été dirigée contre elle. Dans les écrits postérieurs au mien, j'avais vu qu'on l'admettait, et tout me prouvait que j'étais fondé à la regarder, non seulement comme bonne, exacte, mais aussi comme utile pour la pratique. Récemment on a prétendu démontrer que la division que j'ai établie est arbitraire ; il importe donc que je mette en parallèle mes observations et celles des auteurs, et que j'invoque le témoignage de Crawford, d'Austin, de Cheyne, de Zobel, de Home, de Double, d'Albers, et de tant d'autres dont les écrits

pleins de sagacité font autorité. Et d'abord si l'on voulait prouver que le croup résulte toujours de la formation d'une fausse membrane, que deviendraient la plupart des observations des enfans qui en ont guéri sans rejeter aucune portion de cette fausse membrane? Il en existe un très grand nombre dans les auteurs, et à moins de les rejeter et de méconnaître la maladie qu'elles signalent, on ne peut se refuser d'admettre que le croup dépend d'une inflammation de la membrane muqueuse du larynx, et que la fausse membrane n'est qu'un accident qui ajoute à la gravité du croup, mais qui ne le constitue pas.

Crawford a déjà fait remarquer que la fausse membrane est l'effet et non la cause de la maladie, qu'on ne l'observe pas constamment; que beaucoup d'enfans attaqués de croup guérissent sans rejeter de membrane et sans qu'on ait pu soupçonner qu'elle existât.

Le docteur Double rapporte une observation de croup qu'il appelle asthme spasmodique, mais qui n'était réellement qu'un croup dans lequel le spasme des muscles du larynx et des vésicules bronchiques était très prononcé. Les soins les plus assidus furent vains. M. Double n'eut que le temps d'examiner le cou et la poitrine; la membrane muqueuse de la

trachée était plus sèche, plus lisse, plus luisante qu'à l'ordinaire; le volume des poumons était diminué de plus de moitié.

Les deuxième et troisième observations de Cheyne prouvent évidemment que le croup sec, inflammatoire, sans formation de fausse membrane ni de mucosité, existe; la suivante, que je trouve dans l'ouvrage de cet auteur, porte l'empreinte du même cachet.

Un enfant de 16 mois paraissait être enrhumé; sa toux offrit à Cheyne les caractères du croup, il prescrivit un bain chaud et un vomitif. L'émétique fit disparaître tous les symptômes fâcheux; mais l'enfant ayant été exposé à l'air froid, il fut pris le lendemain soir d'une difficulté de respirer; l'inspiration était surtout très laborieuse, et faisait entendre un bruit perçant; la voix était rauque; la face gonflée et comme injectée, et le malade était sur le point de suffoquer. Cheyne fit ouvrir la veine jugulaire; on tira une palette de sang, et il ordonna un second bain. Dix minutes après la saignée, les symptômes diminuèrent d'intensité, et le lendemain matin l'enfant était hors de danger.

Rien n'annonce que la concrétion membraneuse fût formée, et le traitement employé, en arrêtant les phénomènes inflammatoires, n'a certainement pas déterminé l'expulsion de la membrane,

puisque l'enfant ne rendit que des mucosités qui provenaient de l'estomac.

Dans la première observation que j'ai rapportée (page 29), l'enfant eut quatre accès de croup bien caractérisés; les saignées locales firent disparaître les accès: rien n'indique qu'il y eût une fausse membrane, ni même des glaires épaisses dans le larynx; cependant tous les symptômes caractérisaient le croup.

La deuxième observation (page 57) offre encore un exemple du croup sec sans fausse membrane. L'enfant n'eut qu'un accès, parceque l'évacuation abondante du sang a enlevé la maladie.

La douzième observation fait voir que la maladie avorta sans qu'aucune portion de membrane fût évacuée; deux applications de sangsues ont suffi pour vaincre les accès qui menaçaient la vie du malade.

Enfin la treizième observation présente encore un croup bien caractérisé qu'une application de sangsues a fait disparaître.

Les trois dernières observations de croup que je viens de rapporter ne prouveraient sans doute rien, puisque la maladie a été enlevée presque sur-le-champ par de fortes saignées locales; mais la première observation démontre bien évidemment

que mon opinion est fondée. Home a vu des cas analogues : plusieurs de ses observations appartiennent à cette nuance de croup.

Un enfant robuste (1) avait, depuis huit jours, de la difficulté à respirer; il accusait une douleur obtuse au haut de la trachée; la voix était glapissante et le pouls accéléré. On fit une saignée. Home vit le malade; le pouls était faible, fréquent, la respiration précipitée, la douleur à la trachée existait encore; l'examen de la gorge ne fit découvrir aucune inflammation dans cette partie. Le malade mourut.

Le chirurgien que Home avait chargé d'ouvrir le cadavre lui dit qu'il n'existait dans les poumons aucune trace d'inflammation, et dans la trachée et les bronches aucun indice de membrane contre nature; qu'il avait seulement trouvé un léger amas de matières puriformes au-dessous de la glotte.

On doit regretter que Zobel n'ait point fait d'ouvertures de cadavres. Ce médecin a observé une épidémie très meurtrière de croup, qui paraissait être du genre du croup inflammatoire sec. Zobel dit positivement qu'il n'a jamais vu les concrétions membraneuses, parcequ'aucun des malades qu'il

(1) *Home*, ouv. cit.

a traités n'en a rendu, ni par le vomissement, ni par l'expectoration.

Je vais rapporter l'opinion du docteur Double.

« J'ai déjà prouvé, dit cet excellent observateur, que c'était une erreur bien manifeste que de regarder la concrétion membraniforme comme la cause de la maladie, puisque, d'un côté, cette concrétion membraniforme se trouve dans d'autres affections que le croup; et que, de l'autre, son existence ne saurait être constatée dans tous les cas d'angine suffocante, laquelle a existé sans cette concrétion. Une autre raison qui vient appuyer cette vérité, c'est que la concrétion membraniforme, quoique expulsée en entier, ne fait point cesser la maladie, et que cette membrane se reforme de nouveau, et même à plusieurs reprises..... »

Les médecins qui ont écrit sur l'angine laryngée des enfans ont admis des croups inflammatoires, muqueux, spasmodiques, nerveux, adynamiques, ataxiques, folliculaires; mais ces divisions ne résultent que d'une fausse appréciation des symptômes et de l'opinion incertaine de ces auteurs sur la nature du croup. D'ailleurs, comme je l'ai déjà dit, ces différentes espèces ont été établies sans qu'on ait eu égard aux idiosyncrasies des sujets.

Suivant ces mêmes auteurs, le croup inflammatoire était celui qui, exempt de toute complication, survenait à un enfant robuste, sanguin, dans des circonstances qui favorisaient la marche de l'inflammation.

Le croup muqueux ou catarrhal était celui qui attaquait un enfant disposé à la sécrétion muqueuse.

On appelait spasmodique ou nerveux le croup qui se manifestait chez les enfans nerveux et très irritables, ou qui s'annonçait avec un spasme violent des muscles de la glotte.

Le croup se présentait avec le caractère de l'adynamie ou de l'ataxie lorsqu'il était joint, ou à une gastro-entérite dont les effets étaient méconnus, ou à une céphalite qui jetait le trouble dans toutes les fonctions nerveuses.

Je ne rappelle pas ici les croups myxagène, pyogène et méningogène admis par le docteur Blaud, parceque, dans le chapitre où j'ai traité de la nature du croup, j'ai démontré que ces divisions font perdre de vue au praticien la véritable nature de cette affection; qu'elles n'ont point de causes spécifiques; qu'elles ne sauraient être séparées par des signes vraiment distincts, et qu'elles ne guident nullement le médecin dans la thérapeutique qu'il doit adopter.

La division que nous proposons est essentielle-

ment pratique, puisque, indépendamment de l'emploi des saignées générales ou locales que les deux espèces qu'elle renferme exigent, le croup humide réclame souvent l'usage des émétiques.

Quelques médecins anglais ont nommé faux croup, le croup spasmodique. John Cheyne (1) n'admet pas cette distinction. Selon lui, le croup faux ou spasmodique provient des mêmes causes, règne dans la même saison, attaque les mêmes individus susceptibles d'avoir le croup vrai, survient à la même heure, dans la nuit, et se change quelquefois en croup inflammatoire; s'il exige un traitement moins actif que le vrai (ce qu'il ne faut pas toujours croire), le plan général est le même pour tous les deux; c'est l'état de la respiration qui doit guider dans le choix des moyens. Cheyne est convaincu qu'il faut agir dans le premier degré comme s'il n'existait qu'une seule espèce de croup.

Un médecin français a renouvelé cette théorie des faux croups; il a établi en principe (2) qu'il existe des croups qui n'ont besoin d'aucun des secours de l'art pour être guéris, ou qui presque toujours cèdent à de légers moyens. Il croit qu'on

(1) Ouv. cité.
(2) *Dict. de méd.* art. *Croup*.

a souvent confondu le faux croup avec le vrai croup; que ce dernier ne laisse point de fausses membranes dans le larynx ou la trachée des individus qui en sont victimes. Il divise le faux croup en deux espèces, les faux croups simples et les faux croups compliqués: les premiers sont ceux qui guérissent à l'aide de légers moyens; les seconds sont souvent joints à la pneumonie et presque toujours mortels.

Nous allons examiner ces propositions que nous avons déjà combattues ailleurs (1):

Tous les croups légers qui n'ont besoin d'aucun secours de l'art pour être guéris, ou qui presque toujours cèdent à de légers moyens, sont des faux croups. Mais parcequ'une maladie est légère, s'ensuit-il qu'elle soit fausse? Nous avons prouvé que la nature du croup est inflammatoire, que l'inflammation varie du plus au moins. Faible ou forte, elle constitue la même maladie, et la phlegmasie ne peut être vraie dans un cas et fausse dans l'autre; d'ailleurs on prétend que le faux croup peut se transformer en vrai croup, ce

(1) Existe-t-il de faux croups? Réflexions sur cette question. Voyez les *Bulletins de la société médicale d'émulation de Paris*, cahier de janvier 1824.

qui signifie que, de faible qu'elle était, l'inflammation est devenue violente. Si l'on admettait cette distinction pour la maladie qui nous occupe, il faudrait nécessairement l'étendre à toutes les affections : une telle doctrine replongerait la pathologie dans le chaos où elle était lorsque les médecins, incertains sur la nature des maladies, ne reconnaissaient comme phlegmasies que celles qui s'annonçaient avec tous les caractères de l'inflammation phlegmoneuse.

On a souvent confondu le faux croup avec le vrai croup. Comment ne l'aurait-on pas fait, puisque le prétendu pseudo-croup a les mêmes caractères que le croup proprement dit ? L'enrouement, la toux, la raucité de la voix, le sifflement, le son croupal, la gêne de la respiration, la suffocation, tels sont les caractères que l'on assigne au faux croup. Ces caractères ne sont-ils pas ceux qui constituent le vrai croup ? Je ne pense pas qu'aucun praticien puisse dire le contraire.

Lorsque le faux croup amène la mort, on ne trouve point de fausse membrane dans le larynx ou la trachée-artère. Mais nous avons cité dans ce chapitre des exemples où le croup se manifeste sans qu'il se forme de fausse membrane.

Nous avons d'ailleurs suffisamment prouvé que

les croups sans formation de fausse membrane, dont nous avons fait une nuance particulière, qu'il est important de saisir pour se guider dans la pratique, sont les plus rapides et les plus dangereux. Si, dans les autopsies, on a rencontré à la suite de l'inflammation du larynx, tantôt des cas où la fausse membrane était formée, et d'autres où elle n'existait pas, on ne peut en conclure que les derniers ne sont pas de vrais croups, puisque Crawford, Valentin, Double, Vieusseux, Albers, et plusieurs autres auteurs, ont prouvé que la fausse membrane n'était pas essentielle au croup. « Il n'y a pas de maladie, a dit le docteur Roche (1), dont les traces cadavériques ne varient plus ou moins, suivant l'époque de son cours à laquelle la mort est survenue. Ainsi un croup violent peut tuer l'individu qui en est atteint avant que la fausse membrane ait eu le temps de se former. » Et plus loin il ajoute : « Entre le croup proprement dit, et ce qu'on appelle pseudo-croup (avec voix croupale et sans formation de fausse membrane), il n'existe aucune différence importante dans les symptômes essentiels, quoi qu'on dise pour prouver le contraire ; et d'ailleurs, le siége du mal est le même ;

(1) *Journal universel des sciences médicales.*

sa nature est, dans les deux cas, inflammatoire : on essaie donc à tort d'en faire deux maladies différentes. »

La théorie qu'on a prétendu établir sur les faux croups ne repose donc sur aucune base solide, et nous ne croyons pas devoir pousser plus loin l'analyse que nous avons faite de cette théorie.

AFFECTIONS

QUI PRÉCÈDENT FRÉQUEMMENT L'INVASION DU CROUP.

Les affections à la suite desquelles le croup peut se manifester sont de nature inflammatoire. Le plus ordinairement elles ont leur siége dans les membranes muqueuses.

On pourrait classer de la manière suivante les maladies auxquelles le croup peut succéder. Ces maladies sont : la trachéite, la bronchite, la coqueluche, l'amygdalite, la pharyngite, le coryza, la palatite, la scarlatine, la variole, la rougeole, et plusieurs phlegmasies secondaires de la peau; les dartres vives, aiguës, les oreillons, la gastro-entérite. Dans ces cas, l'angine laryngée est d'autant plus grave que la maladie qu'elle complique est elle-même plus grave.

Sur sept observations que l'on trouve dans le traité de Ruette, le premier enfant était convalescent d'une variole confluente; le second n'était pas