démontré, n'existe pas toujours, puisqu'il y a des croups sans formation de fausse membrane, et qu'il en existe avec seulement amas glaireux dans le larynx. A quoi servent les distinctions de ces périodes? Ne sont-elles pas arbitraires et inutiles? Le jeune médecin qui les aurait adoptées en théorie, ne tarderait pas à reconnaître combien elles sont vaines en pratique.

MALADIES

QUI PEUVENT ACCOMPAGNER LE CROUP ET LUI SUCCÉDER.

L'inflammation aiguë de la membrane muqueuse de l'estomac (gastrite), l'inflammation aiguë de la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins grêles (gastro-entérite), la pneumonie, les exanthèmes fébriles, peuvent accompagner le croup, le compliquer, ou en être la suite. La marche d'une phlegmasie éruptive peut être arrêtée par un accès ou une suite d'accès de croup. La phlegmasie des membranes séreuses complique rarement cette maladie. Je reviendrai sur ces différentes affections en parlant du traitement.

On a publié (1) l'observation d'une fièvre scarlatine, « à la suite d'un croup aigu que l'on nomme *essentiel*, et que l'on regarde comme une *maladie éminemment catarrhale*. » Si elle est accompagnée

(1) Voyez le *Journal général de médecine*, sept. 1810.

de la phlegmasie, *comme cela arrive souvent*, cette phlegmasie (selon l'auteur) tient à un principe débilitant. En partant de cette idée, on a administré au malade des médicamens stimulans, et le septième jour *il a eu la scarlatine par débilité*.

On a observé le croup compliqué de pleurésie : cette complication est rare; cependant Jurine en rapporte deux exemples. Il a trouvé à l'autopsie de l'un des deux sujets, non-seulement des marques évidentes d'inflammation, mais aussi un épanchement de matière purulente dans les cavités thoraciques. Il n'est aucun point de la pathologie qui ne doive intéresser les physiologistes; mais nous ne voyons pas que leurs méditations puissent nous faire arriver un jour à expliquer, suivant l'auteur que nous venons de citer, *l'espèce de sympathie qui règne entre les membranes séreuses et muqueuses*. Tous les médecins qui ont étudié avec soin les affections du canal digestif ont reconnu que, dans une gastro-entérite intense, rarement les membranes muqueuses pulmonaires et vésicales restent intactes, et qu'au contraire elles sont le plus ordinairement affectées. Ils ont observé aussi que le croup est le plus souvent précédé, accompagné ou suivi de l'inflammation des membranes muqueuses. On peut établir en principe qu'une

irritation vive, fixée sur une portion d'un tissu quelconque, finit par affecter ou une autre portion ou la totalité du même système. Qui n'a pas vu l'inflammation de l'estomac passer aux intestins grêles, et ensuite aux gros intestins, le coryza se manifester comme l'un des prodromes du catarrhe pulmonaire?

Sans doute on a observé que l'inflammation des membranes séreuses développe sur les membranes muqueuses une irritation qui aggrave considérablement la maladie principale. Cette complication n'est que l'effet de la tendance qu'ont les membranes muqueuses, tissus les plus irritables du corps, à s'affecter quand il existe un point d'irritation dans l'économie animale, mais elle ne prouve pas la sympathie que Jurine prétend établir entre des tissus si différens et par leur organisation et par leurs fonctions.

Après les membranes muqueuses, les parenchymes sont, sans contredit, les organes qui le plus souvent deviennent malades à la suite du croup, ou pendant ses accès; puis les membranes séreuses, qui ne le sont cependant que rarement.

L'hydrocéphale interne à la suite du croup dépend, suivant Jurine, de la gêne extrême de la respiration qui accompagne cette dernière maladie (le croup), qui empêche le sang de circuler libre-

ment dans les poumons, et le fait refluer en plus ou moins grande abondance dans les veines caves et dans les vaisseaux cérébraux. Une semblable explication est échappée à ce médecin, doué d'une si grande sagacité. Une cause mécanique telle que celle qu'il rapporte ne saurait produire une inflammation : il y a loin d'une inflammation à une congestion. Je ne crois pas d'ailleurs qu'on doive toujours ranger l'hydrocéphale interne parmi les affections des membranes séreuses ; plusieurs faits me font douter que la *prétendue fièvre cérébrale* dépende constamment de l'inflammation de l'arachnoïde. Des observations, fortifiées par l'autopsie des cadavres, m'ont convaincu que les membranes muqueuses gastro-intestinales étaient enflammées. Dans deux cas, j'ai vu une perforation à l'estomac (1). Dans un seul cas, j'ai trouvé l'arachnoïde enflammée et recouverte de suppuration ; mais toujours il y avait de la sérosité épanchée dans les ventricules du cerveau, dans le canal rachidien, ou entre l'arachnoïde et la pie-mère.

Une angine qui s'étend sur le voile du palais, les amygdales, la base de la langue, dans les fosses

(1) *Observations sur les perforations de l'estomac, Journal universel des sciences médicales*, août 1820, pag. 241.

nasales, le pharynx et même l'œsophage, marche quelquefois avec le croup ou le traîne à sa suite. Cette affection a cela de particulier, que les organes qu'elle atteint se recouvrent d'une couche membraneuse, semblable à celle que fournissent le larynx et la trachée artère dans quelques cas de croup. Cette complication est presque toujours mortelle. C'était le caractère principal de l'épidémie que Starr a observée dans le comté de Cornouailles, que Ghisi a vue régner en Italie, Bard en Amérique, et que M. Bretonneau de Tours a décrite dans un travail important que ce médecin a communiqué à l'académie royale de médecine, et dont la publication est vainement attendue depuis plusieurs années.

L'angine couenneuse, observée par M. Bretonneau, a offert les phénomènes suivans : « La maladie commençait le plus souvent par les amygdales, qui ne tardaient pas à se recouvrir d'une matière épaisse membraniforme, occupant assez souvent tout le pharynx ; quelquefois par les gencives, qui saignaient alors au moindre attouchement, et, dans ce cas, les dents étaient déchaussées, branlantes ; d'autres fois la bouche et le pharynx étaient attaqués en même tems ; les fosses nasales participaient aussi quelquefois à la maladie, et ont même plu-

sieurs fois présenté une fausse membrane semblable à celle qu'on rencontre dans le conduit aérien. Dans quelques cas, la maladie se bornait à ces diverses cavités, et y déterminait même, quoique rarement à la vérité, des ulcérations; dans d'autres, elle s'étendait dans les voies respiratoires, et déterminait alors les symptômes du croup. L'haleine chez ces malades était très fétide; il y avait altération manifeste des traits de la face. Cette affection était plus fréquente chez les enfans; mais elle n'épargnait ni les adultes, ni les vieillards.» M. Gasnault (1), à qui j'emprunte cette description, devait lui-même au docteur Miquel les détails qu'elle renferme.

J'ai observé l'angine couenneuse chez plusieurs sujets. Le fait suivant, que j'extrais d'un travail que j'ai lu à l'académie de médecine, présente un grand nombre de traits de ressemblance avec les caractères de l'épidémie de Tours.

M. D..., âgé de 17 ans, maigre, pâle, d'une constitution rachitique, éprouve le 3 mai 1824 une douleur assez légère à la gorge. M. R..., son oncle, pharmacien à Paris, lui applique six sangsues au cou. M. D... sort le lendemain, s'expose au froid

(1) *Dissertation sur le croup*, par le docteur Gasnault. Thèse soutenue à Paris en 1822.

et à l'humidité, et rentre le soir chez lui plus souffrant que le matin. Le lendemain, il reste à la maison. Le surlendmain, 5 mai, comme le mal de gorge avait fait des progrès, et que le son de la voix était nasillard, je suis appelé. Je trouve M. D... sans fièvre, sans chaleur à la peau, l'intérieur de la gorge était gonflé et d'un rouge grisâtre. Je fais mettre les pieds à l'eau; j'ordonne pour boisson l'eau d'orge miellée, et je fais appliquer un cataplasme au cou.

Le lendemain, 6, je fus appelé en toute hâte, et, quand j'arrivai près du malade, j'observai les symptômes suivans: gonflement très-considérable de toutes les parties du gosier; une fausse membrane d'un blanc grisâtre revêtait la base de la langue, le voile du palais, les amygdales, le pharynx. Il est probable que la partie postérieure des fosses nasales en était aussi recouverte. Douleur violente à la partie supérieure du cou; difficulté extrême de respirer, voix sifflante, très-aiguë. Il n'y avait point de toux; mais la voix était sourde, profonde, rauque. La figure était gonflée, rouge, les conjonctives oculaires injectées. Le malade était dans des angoisses difficiles à décrire. Il demandait à grands cris de prompts secours. Sa parole était faible, nasillarde, brève et difficile. Le pouls avait une fréquence extrême; il était tendu, fort, et plus ou

moins vite, suivant l'état de la respiration. La langue était un peu rouge à la pointe. Il n'y avait aucune aberration dans les idées. Je fis appliquer trente sangsues au cou; elles furent mises à trois heures, et donnèrent du sang jusqu'à minuit. A cette heure les symptômes avaient un peu cédé; le malade s'assoupit; on lui mit les pieds dans de l'eau chaude; il prit un lavement, but une infusion de fleurs pectorales édulcorée; on recouvrit le cou d'un cataplasme émollient. M. D.... fut très agité le reste de la nuit.

Le 7, la douleur de la gorge était encore très violente, mais la respiration était assez libre; le pouls avait diminué de fréquence. (Bains de jambes, boissons pectorales, gargarisme avec l'eau de guimauve et le lait, fumigations avec l'eau de mauve.)

Le soir, il survint une exacerbation assez violente, qui me fit craindre l'explosion prochaine des premiers accidens. On appliqua au cou quinze sangsues, qui donnèrent du sang pendant six heures. Les mêmes moyens furent continués; la nuit fut assez calme; vers le matin le malade toussa. Le soir, il survint une légère exacerbation, mais un saignement de nez la fit disparaître.

Pendant la nuit du 8 mai, le malade expectora une grande quantité de matières glaireuses, dans

lesquelles se remarquaient des portions membraniformes. Après une quinte de toux très-violente, il rejeta une fausse membrane très-large, épaisse, dure, et tachetée sur une de ses faces de points rougeâtres et de sang pur. Après cette excrétion, la gorge devint d'une sensibilité extrême. Pendant deux jours le malade expectora une très-grande quantité de fausses membranes.

Le 11 mai, il rejeta un corps alongé, de la grosseur du petit doigt, ployé sur lui-même, offrant à l'extérieur un tissu dense, d'un blanc grisâtre, et à l'intérieur de chaque côté une portion de membrane muqueuse saignante. J'examinai le fond de la gorge, et je crus d'abord que le malade venait de cracher la luette; mais je vis bientôt ce prolongement musculo-membraneux, dépouillé de sa fausse membrane, réduit à un petit volume, saignant de chaque côté et très-rouge. Le malade ne put supporter le passage d'aucun liquide, tant la douleur était vive. La luette a suppuré, et aujourd'hui, 25 mai, la cicatrisation paraît être opérée; la luette est très-rétrécie, et ne forme plus qu'un tubercule de la grosseur d'un pois. Il semble que le voile du palais est plus tendu, et que ses mouvemens de bascule ne s'exécutent plus avec autant de facilité qu'auparavant. La parole est fatigante, na-