

**Leçons de clinique médicale (maladies de la gorge, de l'estomac),  
professées à l'École de médecine d'Angers / par E. Briand ; recueillies par  
M. Thibault ; et revues par l'auteur.**

### **Contributors**

Thibault, Hyacinthe.

Briand, Ernest.

Royal College of Physicians of Edinburgh

### **Publication/Creation**

Paris : O. Doin, 1881.

### **Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/bx2bmv2z>

### **Provider**

Royal College of Physicians Edinburgh

### **License and attribution**

This material has been provided by This material has been provided by the Royal College of Physicians of Edinburgh. The original may be consulted at the Royal College of Physicians of Edinburgh. where the originals may be consulted.

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>



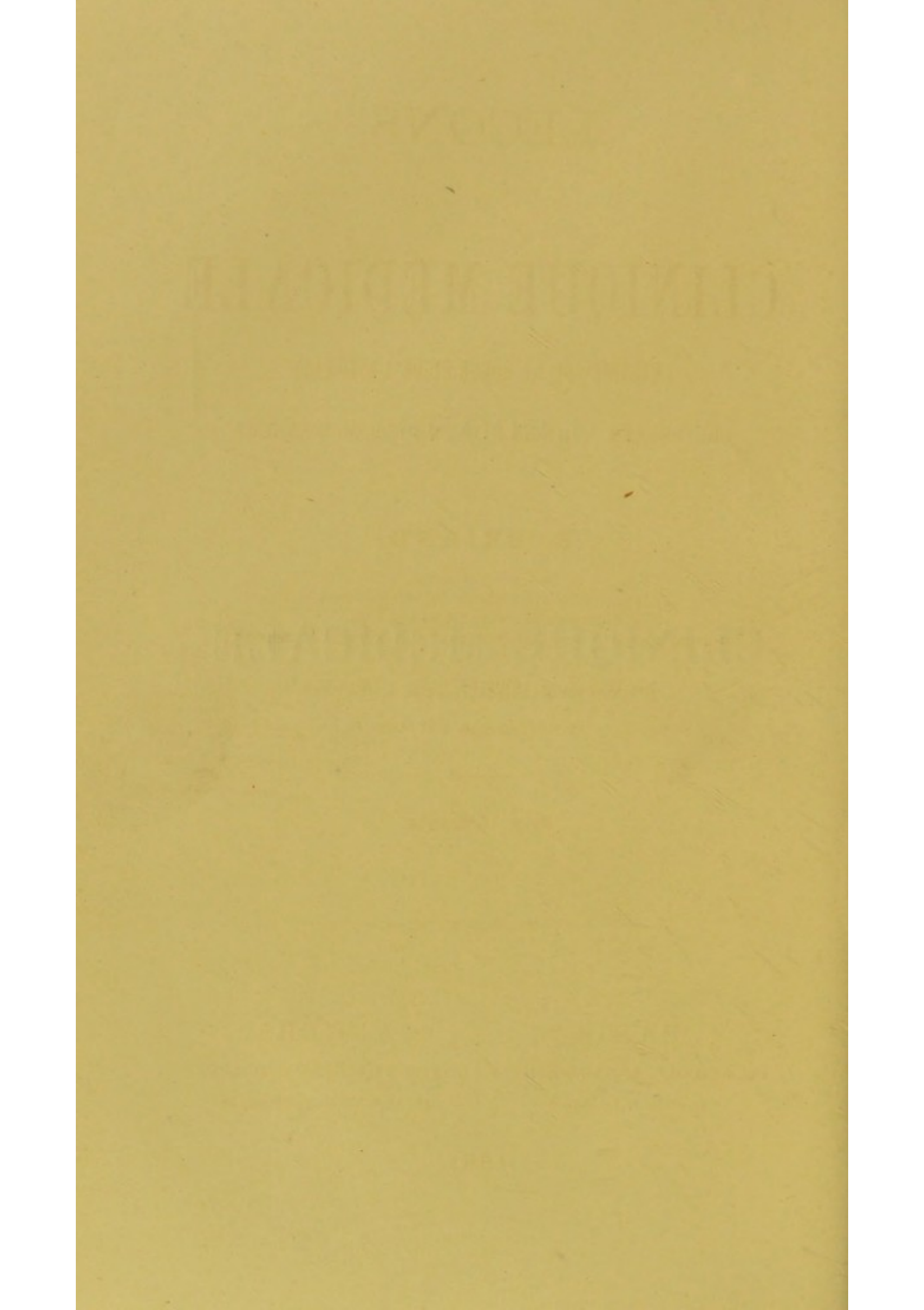


LEÇONS

DE

CLINIQUE MÉDICALE





# LEÇONS DE CLINIQUE MÉDICALE

(MALADIES DE LA GORGE ET DE L'ESTOMAC)

PROFESSÉES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS

PAR

**E. BRIAND**

Docteur en médecine,  
Professeur suppléant à l'École de médecine d'Angers,  
Ancien interne pre des hôpitaux de Paris,  
Médecin-adjoint de l'hôpital d'Angers, membre de la Société de médecine.

Recueillies par M. THIBAUT, interne à l'Hôtel-Dieu

ET REVUES PAR L'AUTEUR

---

Prix : 4 francs

---

PARIS	ANGERS
OCTAVE DOIN, LIBRAIRE-ÉDITEUR	LIBRAIRIE LACHÈSE ET DOLBEAU
8, Place de l'Odéon, 8	43, Chaussée Saint-Pierre, 43

---

1884



## AVANT-PROPOS

---

Pendant le semestre d'été de l'année 1880, j'ai dû, pour remplacer M. le professeur Feillé, faire aux élèves de l'École de médecine d'Angers le cours de pathologie interne.

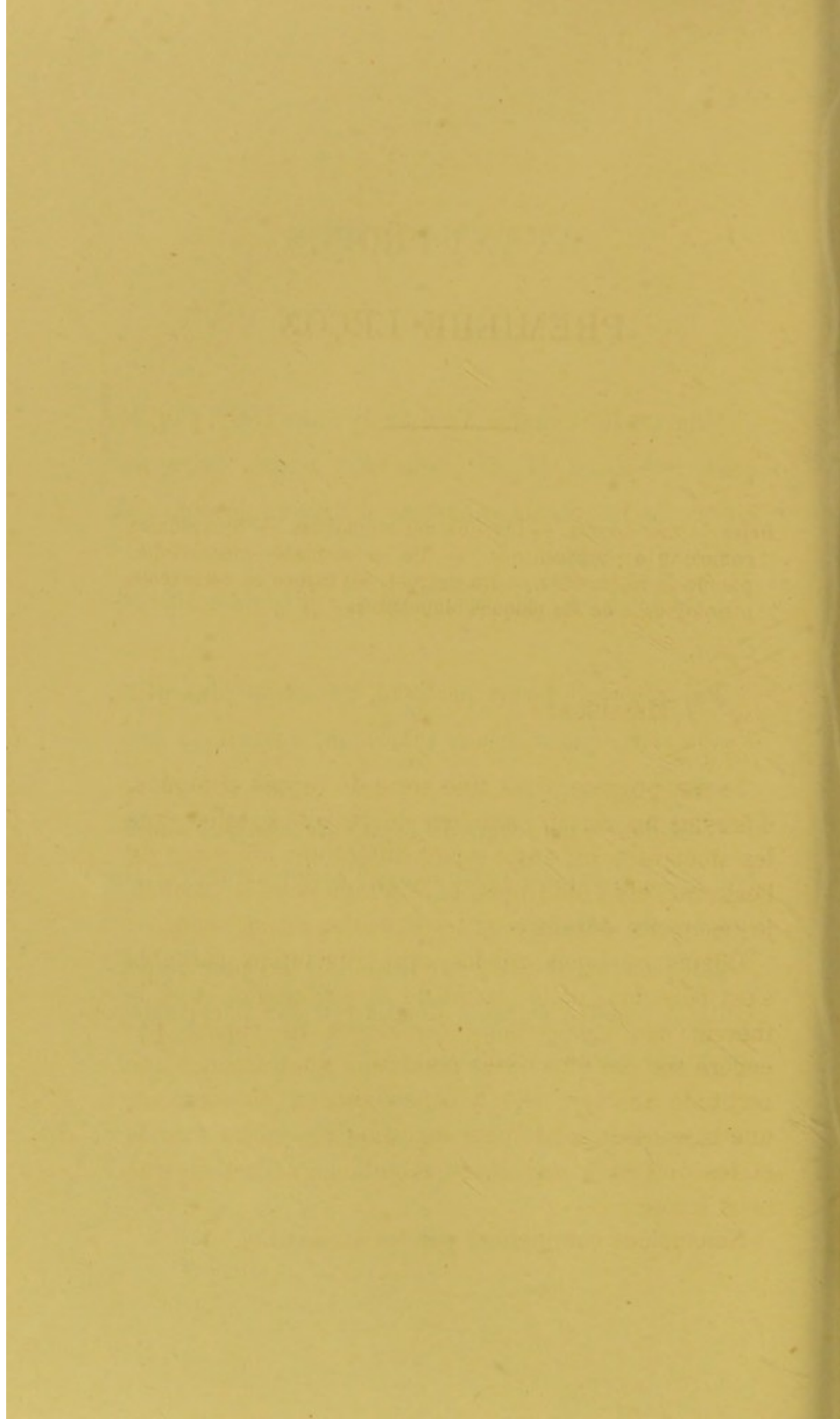
C'est le résumé de ces leçons que je publie aujourd'hui.

J'ai adopté la forme pratique, beaucoup plus utile, à mon sens, que la forme théorique, surtout en province.

C'est donc sous forme de leçons *de clinique médicale* que j'ai exposé à mes élèves l'histoire d'un certain nombre de maladies.

J'ai pu ainsi insister sur les points les plus importants et omettre certains détails qui me paraissaient avoir une utilité secondaire.





## PREMIÈRE LEÇON

---

Objet de mes leçons. — Division des stomatites. — Symptômes communs et différentiels. — De la stomatie mercurielle, pseudo-membraneuse. — Du muguet, ses causes et caractères histologiques de ses plaques blanchâtres.

MESSIEURS,

Je me propose, dans une série de leçons cliniques, d'étudier un certain nombre de maladies, telles que les stomatites, les angines, les différentes affections de l'estomac, etc., etc.; puis, si le temps nous le permet, je résumerai devant vous les maladies du cerveau.

Depuis quelques années, une révolution véritable s'est faite dans cette partie de la pathologie, et si la théorie des localisations cérébrales ne repose pas encore sur des faits assez nombreux pour amener une certitude absolue, elle a cependant, en ce moment, une base assez solide pour entraîner les moins exaltés et les obliger à une étude minutieuse. C'est ce que nous ferons.

Nous allons commencer par les stomatites.



On donne ce nom à l'inflammation de la muqueuse buccale. On peut diviser les stomatites en stomatites simples, pseudo-membraneuses et ulcéreuses.

1<sup>o</sup> Les stomatites simples sont les stomatites érythémateuse, mercurielle ;

2<sup>o</sup> Les stomatites pseudo-membraneuses comprennent : *a* La stomatite crémeuse ou pultacée, vulgairement appelée muguet, millet ou blanchet ;

*b* La stomatite diphthérique ;

3<sup>o</sup> Les stomatites ulcéreuses ont pour principal caractère l'ulcération soit des follicules mucipares de la région buccale, soit l'érosion de divers points de la membrane muqueuse, sans aucune élection de siège : stomatite aphteuse, ulcéro-membraneuse et gangréneuse.

A un autre point de vue, on distingue encore les stomatites en primitives et consécutives. Ex. : Stomatite érythémateuse et stomatite varioleuse.

Il y a encore des stomatites symptomatiques de lésions éloignées. Ex. : Stomatite tenant aux lésions de l'estomac, de l'intestin, etc., etc.

Enfin, on reconnaît la stomatite aiguë et chronique.

SYMPTÔMES. — Les symptômes sont communs à toutes les stomatites, ou bien propres à chaque variété de stomatite.

Les symptômes communs sont la douleur, la rougeur et le gonflement des parties, quelquefois des altérations de la voix et de la dysphagie.

A. *Douleur*. Cette douleur est très variable, tantôt faible, tantôt très vive. Elle est caractérisée par un sentiment de chaleur, de cuisson, ou par une véritable douleur, et cette sensation augmente par le contact des



aliments, par les mouvements de la langue et des mâchoires, comme dans l'action de parler; dans la mastication, la douleur est surtout prononcée lorsque l'épithélium a été détruit par l'inflammation et que des érosions légères se sont produites.

B. *Rougeur*. Elle est étendue à la plus grande partie ou à la totalité de la bouche, ou bien à une portion des parois de cette cavité. Cette rougeur peut se propager aux parties environnantes : Voile du palais, amygdales, pharynx.

C. *Gonflement des parties*. L'épaississement de la membrane muqueuse est très variable. Dans certains cas à la stomatite se joint de la glossite.

D. *Altérations de la voix et dysphagie*. Lorsque la muqueuse est épaissie, que les gencives sont boursoufflées, fongueuses, que des fausses membranes et des ulcérations se sont formées, il en résulte des altérations de la voix et de la dysphagie, ainsi que nous l'établirons à propos des symptômes propres à chaque variété de stomatite.

Voyons ces variétés avec leurs principaux caractères différentiels.

### **Stomatite simple érythémateuse.**

Cette stomatite ne détermine guère de réaction fébrile.

Ses causes sont locales ou générales. Les plus communes sont parmi les premières l'introduction dans la bouche de boissons chaudes, le travail de la première et de la seconde dentition chez l'enfant.



Chez les adultes, l'abus du tabac, de certains aliments peut déterminer cette stomatite.

Quel est le pronostic de la stomatite érythémateuse ? Chez les enfants, lorsque la douleur les empêche de prendre le sein, le pronostic peut être sérieux, et la maladie peut même entraîner la mort par défaut d'alimentation. Règle générale, c'est une affection bénigne, toujours suivie d'une terminaison favorable.

De simples précautions suffiront pour les stomatites légères.

Des liquides émollients ou mucilagineux sont ceux par lesquels on commence le traitement. Plus tard on se sert de divers collutoires ; les uns rendus acidulés par l'acide nitrique, l'acide hydrochlorique suffisamment étendus ; d'autres que l'on rendra astringents par addition d'alun, de miel rosat, sirop de mûres, etc.

### **Stomatite mercurielle.**

Toutes les préparations mercurielles peuvent déterminer l'inflammation de la bouche, mais elles varient quant à leur action.

Les unes irritent facilement la membrane muqueuse ; ce sont le calomel, la pommade citrine, l'onguent mercuriel.

Les autres agissent très faiblement ou sont presque innocentes ; il faut citer le protoiodure, le bichlorure et les oxydes de mercure.

Voici les symptômes : Les malades commencent à éprouver une saveur métallique accompagnée d'un sentiment de chaleur désagréable ; les dents sont agacées. Bientôt on observe du gonflement de la langue



et des parties molles de la bouche; les glandes salivaires sont dures, gonflées.

La salivation devient très abondante; c'est là le caractère pathognomonique de la stomatite mercurielle.

Quelquefois les dents noircissent, s'ébranlent et tombent.

Arrivée à un pareil degré, la tuméfaction des parties molles de la bouche gêne la respiration. Le malade perd ses forces, pour plusieurs raisons : 1<sup>o</sup> par l'abondance de la salivation; 2<sup>o</sup> par l'impossibilité de manger; 3<sup>o</sup> par la gêne de l'hématose.

A une certaine époque on abusait des mercuriaux et sous prétexte d'entraîner au dehors le virus syphilitique on provoquait des accidents redoutables. Aujourd'hui ces accidents très rares sont, quand ils existent, facilement combattus.

Le traitement est préventif ou curatif : préventif, par l'administration préalable d'un gargarisme au chlorate de potasse; curatif, par l'administration de ce même gargarisme, en même temps que l'on peut cautériser les gencives malades avec un pinceau trempé dans l'acide chlorhydrique.

### **Stomatite pseudo-membraneuse.**

Nous parlerons très brièvement de la stomatite diphthérique; son histoire en effet se lie très intimement à celle de la diphthérie en général, de l'angine maligne et du croup.

Elle se caractérise par le développement de fausses membranes spéciales.



La stomatite crêmeuse ou muguet doit particulièrement attirer notre attention en raison de sa fréquence.

La plaque de muguet ne présente aucun des caractères histologiques de la vraie fausse membrane; et si nous rangeons le muguet parmi les stomatites pseudo-membraneuses, c'est en se basant sur de simples rapports physiques et en même temps pour faciliter la classification de ces affections.

Le muguet est une inflammation caractérisée par des exsudations blanchâtres et molles, dont le siège de prédilection est la membrane muqueuse buccale.

On distingue le muguet des enfants et le muguet des adultes.

Une autre distinction très importante est celle-ci : Muguet idiopathique, et symptomatique.

Le muguet idiopathique constitue une maladie toute locale, sans retentissement général; le muguet symptomatique se déclare dans le cours et comme complication d'une maladie grave.

Quelles sont les formes sous lesquelles se présente la production du muguet?

Elle se présente tantôt sous la forme de points et de grains blanchâtres, tantôt sous la forme de plaques plus ou moins étendues.

On dit que le muguet est discret ou confluent, suivant le nombre des points ou des plaques.

Les masses blanches caséeuses qui caractérisent le muguet montrent au microscope : 1<sup>o</sup> des cellules épithéliales extrêmement nombreuses, avec des corpuscules muqueux; 2<sup>o</sup> une masse finement granuleuse; 3<sup>o</sup> des champignons (*oidium albicans* de Robin).



On a longtemps discuté sur le siège sus ou sous-épithelial du parasite. Certains auteurs ont pensé qu'il se développait dans l'interstice des cellules épithéliales.

Quand il est discret, le muguet ne présente que des symptômes objectifs ; quand il est abondant il gêne la succion chez les enfants ; chez les adultes, il gêne la mastication.

On constate souvent des ulcérations des malléoles et de l'érythème des fesses. Ces symptômes, auxquels Valleix attachait une grande importance, seraient dus, d'après d'autres auteurs, à l'état général ou à la malpropreté.

Vous remarquerez chez les enfants tantôt du muguet avec entérite, tantôt sans entérite.

On a fait jouer un grand rôle à l'acidité de la salive dans le développement du muguet, et l'on a eu grandement raison. En effet on obtient des succès par l'administration des alcalins soit comme topique soit à l'intérieur.

Le muguet des adultes survient dans le cours des fièvres graves, cachexie, etc., à l'époque avancée d'une affection tuberculeuse ou cancéreuse.

Il est plus grave que chez l'enfant.

---



## II<sup>e</sup> LEÇON

---

Des stomatites ulcéreuses : aphteuse, ulcéro-membraneuse, gangréneuse. — Siège des aphtes, comment se développent-ils? — Causes de la stomatite ulcéro-membraneuse, son traitement. — Du noma. — De la glossite profonde. — Symptômes et traitement. — De la glossite. — Symptômes et marche de la glossite aiguë et chronique; traitement.

MESSIEURS,

Nous avons, dans notre première leçon, étudié les principales variétés de stomatites. Vous avez vu que dans ma description, j'ai pris soin d'attirer votre attention sur les points les plus importants, omettant, et à dessein, certains détails secondaires.

C'est que, Messieurs, je me propose dans les leçons de ce semestre, non de reproduire devant vous un traité de pathologie interne, mais de vous initier, en toute liberté, à la connaissance, tantôt des symptômes, tantôt du traitement des maladies, suivant que cela me paraîtra opportun.

Je vous dirai quelques mots aujourd'hui des stomatites ulcéreuses, parmi lesquelles je range les stoma-

tites aphteuse, ulcéro-membraneuse et gangréneuse.

La stomatite aphteuse se caractérise par la présence de vésicules éphémères qui laissent à leur suite de petites ulcérations elles-mêmes de courte durée.

La maladie intéresse spécialement la face interne des joues, des lèvres, la surface ou les bords de la langue, et on peut lui distinguer, au point de vue de son évolution, trois phases : 1<sup>re</sup>, éruption; 2<sup>e</sup>, ulcération ou suppuration; 3<sup>e</sup>, cicatrisation.

Voici comment marche la maladie :

Ce sont d'abord des vésicules blanches, transparentes. On trouve souvent autour de ces vésicules un bourrelet dur et saillant.

Tel est le début de l'aphte, mais vous remarquerez que fréquemment cette première période passera inaperçue. Alors au lieu d'une vésicule, vous verrez une ulcération, arrondie, douloureuse, plus ou moins large, que vous vous garderez bien de confondre avec un chancre.

Combien dure l'ulcération? trois ou quatre jours, quelquefois davantage et la cicatrisation a lieu.

Les aphtes sont discrets ou confluents. On observe très rarement les aphtes confluents qui peuvent amener des troubles généraux.

Quel que soit le siège des aphtes, qu'ils se développent dans les follicules muqueux, comme le voulait Billard, que ce soit une simple ulcération muqueuse; ce qu'il y a de certain, c'est qu'on les voit se développer aussi bien chez les enfants que chez les adultes et que souvent ils paraissent résulter d'excès de table, de l'usage d'aliments irritants; enfin ils semblent liés à une mauvaise digestion.



Cette affection qui ne présente aucune gravité, cède souvent sous l'influence de simples émollients.

Je vous conseille de les toucher avec du jus de citron. Un léger purgatif est indiqué, s'il y a complication gastrique.

La stomatite ulcéro-membraneuse est épidémique et contagieuse. On l'observe surtout dans les camps, dans les casernes. Vous avez pu en voir cette année un certain nombre d'exemples, dans nos salles militaires.

J'ai pu faire remarquer à un certain nombre d'entre vous, qu'ainsi que le dit M. Bergeron, l'ulcération ou les ulcérations existent souvent d'un seul côté. C'est le plus fréquemment aux gencives des incisives de la mâchoire inférieure que se montrent les ulcérations. Un des moyens les plus efficaces est la cautérisation avec les acides, notamment avec l'acide chlorhydrique suffisamment étendu.

La stomatite gangréneuse a une gravité considérable, elle s'étend presque toujours à une grande profondeur. Elle ne survient guère primitivement et se montre à la suite ou dans le cours d'un état général grave. De plus elle appartient surtout à l'enfance. On lui donne le nom de Noma.

Voici les caractères que je vous prie de retenir.

Ordinairement à la suite d'une rougeole, la lésion débute par la face interne de la joue et plus souvent à gauche.

On distingue : 1<sup>o</sup> une période érythémateuse ; 2<sup>o</sup> vésiculeuse ou bulleuse ; 3<sup>o</sup> période de ramollissement.

A mesure que les parties mortes se détachent, une



excavation se forme et une perforation totale peut être produite. Le Dr Roehrig a fait connaître un cas de gangrène de la bouche, suivi de l'expulsion d'un séquestre qui comprenait toute la partie droite du maxillaire inférieur.

Le noma s'accompagne d'une douleur très modérée, et le premier phénomène apparent est le gonflement des parties molles, comme s'il s'agissait d'une fluxion dentaire.

A mesure que la maladie fait des progrès surviennent les symptômes généraux : adynamie, délire, diarrhée, etc., etc.

Ils durent de cinq à quinze jours et la mort est due tantôt à des complications tantôt à la septicémie.

Le traitement de la stomatite gangréneuse comporte deux indications : 1<sup>o</sup> soutenir les forces générales par les différents toniques; 2<sup>o</sup> modifier la surface malade par des cautérisations énergiques.

Nous avons terminé l'histoire des stomatites. Vous avez vu que ma description a embrassé surtout les stomatites aiguës, car elles sont les plus fréquentes. J'ai négligé particulièrement la stomatite syphilitique qui appartient à la chirurgie.

Mais il arrive fréquemment que l'inflammation, au lieu de se borner à la muqueuse linguale, s'étend aux parties sous-jacentes.

Cette inflammation profonde de la langue est désignée sous le nom de glossite.

On la rencontre surtout chez les adultes.

Une des principales causes est l'administration sans



précaution de certaines préparations mercurielles. Les opérations sur la langue, l'ingestion de liquides bouillants peuvent déterminer la glossite. Elle succède encore à l'introduction dans la bouche de substances délétères ou très irritantes, comme les poisons minéraux, les sucs végétaux doués d'une grande âcreté, etc.

Les caractères anatomiques de cette affection sont : gonflement de la langue, injection, induration et couleur rouge-brun de son tissu. On trouve quelquefois du pus infiltré ou réuni en collection au milieu des parties enflammées.

Nous distinguerons au point de vue des symptômes, la glossite aiguë et chronique.

Le début de la glossite aiguë est souvent brusque, c'est-à-dire qu'immédiatement ou presque immédiatement après l'action des causes énumérées plus haut, la langue devient douloureuse, se tuméfie rapidement et la maladie acquiert son plus haut degré d'intensité. (Valleix.)

Les symptômes sont locaux, fonctionnels et généraux.

Le gonflement de la langue atteint parfois des proportions énormes; la langue ne peut plus être renfermée dans la bouche. Elle dépasse les arcades dentaires, et les dents s'implantent à sa surface.

La déglutition, l'articulation des mots ne peuvent plus s'accomplir, la respiration s'embarrasse et si l'inflammation se propage au tissu cellulaire du voisinage (larynx), on a à redouter tous les accidents d'un œdème de la glotte; il en est de même du gonflement de la partie supérieure du cou qui contribue à exagérer les troubles fonctionnels.



Lorsqu'un abcès se forme dans l'épaisseur de la langue, il survient un mouvement fébrile plus ou moins intense.

La glossite a une marche rapide et ses progrès sont incessants; souvent en moins de vingt-quatre heures elle atteint son plus haut développement.

Anatomiquement elle se termine par la résolution le plus souvent; elle peut s'accompagner aussi, comme nous l'avons vu, de suppuration ou d'une gangrène locale.

Cliniquement, si elle guérit dans le plus grand nombre des cas, elle peut, par la gravité des troubles respiratoires, amener l'asphyxie.

Vous le voyez, le pronostic de la glossite profonde est loin d'être toujours bénin.

Quant au traitement, retenez qu'il faut tout d'abord supprimer, si cela est possible, la cause des accidents.

Si la glossite provient à la suite de l'administration du mercure, il faudra supprimer le médicament.

Vous combattrez les symptômes inflammatoires par des émollients, par des émissions sanguines, par des révulsifs..... etc.

Quelquefois il faudra avoir recours à la scarification de la langue. Cette scarification doit être profonde et porter sur une grande étendue; elle sera faite longitudinalement des deux côtés de la ligne médiane.

Voici qu'elles sont les précautions à prendre d'après les auteurs : Après avoir placé entre les dents un coin de bois, on porte un bistouri vers la base de la langue et on le ramène vers l'extrémité. On agit de la sorte des deux côtés.



Le traitement tire encore d'autres indications de certains symptômes : Ex. : d'une suffocation très grande, trachéotomie; de l'existence d'abcès ou de la gangrène.

La glossite chronique très rare se présente sous la forme d'une induration qu'on se gardera bien de confondre avec le cancer de la langue.

---

### III<sup>e</sup> LEÇON

---

Des angines, leurs variétés. — Symptômes locaux.

MESSIEURS,

Si en pathologie il importe surtout de connaître les maladies les plus communes, nous devons particulièrement fixer notre attention sur l'étude des angines.

Tous, Messieurs, vous avez été à même d'observer ces affections ; tous, vous savez déjà qu'on en compte un grand nombre de variétés.

Vous trouverez leur histoire parfaitement faite dans vos auteurs classiques, dans nos dictionnaires et dans beaucoup de monographies estimées.

Au milieu de ces matériaux immenses amassés par la science féconde de nos illustres maîtres, nous nous rappelons les pages immortelles que Trousseau consacra aux angines, particulièrement à l'angine diphthérique ; nous nous rappelons les travaux de Lasèque, de Péter, etc., etc.

Au milieu de toutes ces richesses, mon rôle consis-



tera à vous faire un résumé fidèle de nos connaissances; je me servirai spécialement de l'excellent travail de M. Maurice Péter, dans le *Dictionnaire des Sciences médicales*; je me permettrai aussi, dans quelques circonstances, de vous exposer ma manière de voir, qui s'appuie déjà sur une assez longue pratique.

Le mot angine vient de *ango*, dérivé lui-même de *ἄγχο*, qui signifie étreindre, étrangler.

On appela ainsi angine toute affection dans laquelle on éprouvait une difficulté pour respirer ou pour avaler, de sorte qu'il y avait l'angine tonsillaire, pharyngée, œsophagienne, laryngée, trachéale et aussi l'angine de poitrine.

Nous restreindrons, avec M. Maurice Péter, le nom d'angine à toute affection phlegmasique de l'isthme du gosier ou du pharynx, que la phlegmasie soit d'ailleurs primitive ou secondaire, simple ou spécifique.

Voici une classification des angines que je vous présente sous forme de tableau, et qui appartient à M. Maurice Péter.

# TABEAU DES ANGINES

Angines aiguës...	1 <sup>o</sup> Simples.....	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Inflammatoires..... { Phlegmoneuse. Catarrhale.</li> <li>B. Gangréneuses.</li> </ul>	
	2 <sup>o</sup> Spécifiques.....	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Avec addition d'un produit spécial..... { Pultacée. Du muguet. Herpétique. Pseudo-membraneuse Ulcéro-membraneuse.</li> <li>B. De certains états généraux..... { Rhumatisme. Goutte. Scorbut.</li> <li>C. Des pyrexies..... { Fièvres éruptives... { Scarlatine. Variole. Rougeole. Erysipèle.</li> <li>D. Par agents toxiques minéraux. { Fièvre typhoïde. Fièvre intermittente. Affections virulentes { Morve. Charbon.</li> </ul>	
Angines chroniques	1 <sup>o</sup> Angines glanduleuses.		
	2 <sup>o</sup> — scrofuleuses.		
	3 <sup>o</sup> — syphilitiques.		



Les angines ont des symptômes communs et des symptômes différentiels.

Les symptômes communs des angines sont locaux, fonctionnels et généraux.

On rencontre, en effet, dans les angines, les symptômes propres à tout travail inflammatoire : tuméfaction des parties, rougeur, etc.

Tantôt la rougeur est localisée au voile du palais, aux amygdales, aux pharynx ; elle peut s'étendre aux parties voisines. Le gonflement peut être considérable, comme dans l'angine phlegmoneuse. Dans certaines circonstances, la rougeur disparaîtra sous les produits de sécrétion, comme dans l'angine pultacée, herpétique, ou bien sous une fausse membrane comme dans l'angine diphthérique.

La douleur dans les angines est un symptôme presque constant. Au début, c'est un sentiment de gêne, de chaleur, de sécheresse. Les malades éprouvent la sensation d'un corps étranger ; souvent c'est le seul signe qui attire l'attention du malade et du médecin.

A ce moment, si vous faites largement ouvrir la bouche à votre malade, vous constatez les principaux symptômes locaux déjà indiqués, symptômes qui augmenteront bientôt, suivant la marche de l'affection.

La douleur est telle que la déglutition devient difficile. Aux troubles de la déglutition s'ajoutent ceux de la phonation. Vous trouverez dans l'article de Michel Péter ces symptômes fonctionnels parfaitement analysés, en même temps que vous y trouverez leur interprétation physiologique ; ce qui nous entraînerait trop loin dans ces courtes leçons.

Les symptômes généraux seront étudiés à propos de chaque angine.

Quelle différence en effet ne trouverez-vous pas entre cette fièvre ardente de l'angine phlegmoneuse, et cet état de prostration, de faiblesse accompagnant fréquemment une diminution de la température de l'angine diphthérique ? Que dire en ce moment de l'état général que vous rencontrerez dans certaines angines chroniques ?

Ce tableau sommaire suffit, je crois, pour vous donner une idée d'ensemble des angines.

Passons maintenant à l'examen de chaque angine. Ainsi faisant, nous éclairerons le diagnostic.

Parmi les nombreuses variétés d'angines que vous voyez figurer dans notre tableau, les unes sont communes et légères, les autres sont communes et graves. D'autres plus rares comme celles qui accompagnent le rhumatisme, la goutte, ont une gravité variable suivant les sujets atteints, suivant les cas.

Je n'ai point la prétention d'étudier en entier chacune de ces affections, mais je veux tout au moins esquisser devant vous quelques points de leur histoire, me réservant de m'étendre plus complètement sur quelques-unes d'entre elles.

---



## IV<sup>e</sup> LEÇON

---

De l'angine catarrhale, ses variétés. — De l'amygdalite, ses caractères anatomiques, causes. — Symptômes caractéristiques de l'amygdalite. — Complications et terminaisons, traitement. — De l'angine gangréneuse, elle est ordinairement secondaire. — Caractères anatomiques. — Mode de guérison.

MESSIEURS,

Permettez-moi en commençant cette leçon de me mettre sous le patronage de Trousseau et de vous rappeler ce que cet éminent clinicien disait à propos des angines :

« La notion de la cause morbifique peut seule nous  
« permettre d'arriver à constituer l'espèce en patho-  
« logie ; car nous ne saurions l'établir ni sur la con-  
« naissance du symptôme, phénomène essentiellement  
« mobile, fugace, commun à un grand nombre d'es-  
« pèces morbides, ni sur la lésion, bien que celle-ci  
« nous offre déjà quelque chose de plus stable et  
« de moins équivoque. Si, dans quelques cas, en effet,  
« la lésion paraît, je ne dis pas constituer, mais carac-

« tériser la maladie, souvent elle ne saurait en être  
« donnée comme le caractère essentiel. D'une part,  
« elle peut faire complètement défaut comme dans la  
« scarlatine, dans la rougeole, dans la variole sans  
« éruptions ; d'autre part ou bien des lésions très  
« différentes se rencontrent dans une même maladie,  
« comme dans la syphilis, ou bien des altérations  
« organiques semblables se montrent dans le cours  
« de diverses maladies les plus opposées par leur  
« essence. C'est ce qui arrive pour les angines couen-  
« neuses. »

Je vous ai lu cette citation de Trousseau afin que, l'ayant toujours présente à votre esprit, vous compreniez parfaitement les différences qui existent entre chaque variété d'angine, alors même que les apparences pourraient faire croire à une entière similitude.

Commençons par les angines inflammatoires : Catarrhale et phlegmoneuse.

L'angine catarrhale, dite gutturale ou tonsillaire, varie suivant qu'elle affecte la partie postérieure de la voûte palatine, les tonsilles, le voile du palais et ses piliers.

L'angine catarrhale se présente ordinairement sous la forme de l'angine tonsillaire ou amygdalite. En effet ces glandes, sentinelles avancées de l'isthme du gosier, sont les premières atteintes. Leur inflammation constitue dans la majorité des cas ce que l'on désigne sous le nom de mal de gorge aigu.



### **Angine tonsillaire ou amygdalite.**

Elle peut exister seule, mais souvent elle s'accompagne d'angine pharyngée, c'est-à-dire que l'inflammation s'étend à la muqueuse du pharynx.

Maladie très commune, l'amygdalite est caractérisée anatomiquement par l'augmentation de volume des amygdales. Les tissus sont rouges, épaissis, indurés, quelquefois ramollis. Les follicules et leurs orifices renferment un mucus concret, blanchâtre, caséeux, d'une odeur très fétide.

Quelle est la cause habituelle de l'angine tonsillaire ? Vous savez, Messieurs (et peut-être quelques-uns d'entre vous en ont-ils fait sur eux-mêmes la triste expérience), vous savez que certaines personnes sont sujettes aux maux de gorge. A l'occasion d'un refroidissement, d'une influence presque banale, les amygdales augmentent de volume, il y a de la douleur dans l'arrière-gorge, et tous les symptômes objectifs d'une angine apparaissent.

Et, en effet, Messieurs, il existe certaines prédispositions individuelles qui favorisent l'amygdalite.

Les malades éprouvent au début un sentiment de gêne, de chaleur au fond de la gorge, en un mot tous les symptômes décrits comme symptômes communs aux angines.

Ce qui caractérise cette affection, c'est l'acuité et l'intensité des symptômes. Ainsi chez les enfants où les sympathies sont si vives, vous remarquerez avec une fièvre intense des symptômes généraux : délire, agi-



tation, quelquefois convulsions qui pourraient vous effrayer, si vous n'étiez prévenus.

Dans certaines circonstances (angine pharyngée proprement dite) il survient une toux gutturale, quinteuse, suivie d'une expectoration muqueuse épaisse et blanchâtre.

L'angine catarrhale donne lieu souvent à une haleine plus ou moins fétide. L'appétit est nul, la peau chaude et on constate fréquemment de l'abattement avec une prostration extrême.

Une des complications ultérieures possibles de l'angine inflammatoire est la paralysie.

« On sait que pendant la durée et par le fait de la  
« phlegmasie les muscles sous-jacents à la membrane  
« muqueuse enflammée sont partiellement et momen-  
« tanément paralysés ; mais ce que l'on ne sait bien  
« que depuis les intéressantes recherches de M. Gu-  
« bler, c'est qu'on peut observer une paralysie du  
« voile du palais et même une paralysie généralisée,  
« consécutive à l'angine inflammatoire simple. . . . »  
(Péter.)

Une autre complication spécialement propre à l'angine tonsillaire, c'est l'embarras gastrique.

Que la marche soit aiguë ou subaiguë, la maladie parcourt rapidement ses périodes.

L'angine catarrhale et plus particulièrement l'amygdalite se termine par résolution, quelquefois par induration, ou, si vous voulez, par hypertrophie des glandes ; d'autres fois la maladie se termine par suppuration. La formation du pus s'annonce par un frisson ou par l'exacerbation des accidents. On peut sentir avec le doigt porté au fond de la gorge de la



fluctuation. Le pus forme un abcès unique ou plusieurs abcès qui s'ouvrent dans la bouche ou dans le pharynx.

On a pu voir l'abcès formé en dehors de l'amygdale se propager le long des muscles du cou, faire saillie au dehors et même s'étendre jusque dans la poitrine.

On dit dans ces cas que l'on a affaire à une angine phlegmoneuse.

Cette variété d'angine comporte un traitement local et un traitement général.

Le traitement local comprend des gargarismes émollients, plus tard des insufflations d'alun, des gargarismes astringents ; le traitement général, des révulsifs sous forme de pédiluves irritants, des laxatifs.

Je vous conseille au début l'ipéca à la dose de 19 50 en trois paquets. Par ce moyen vous arrêterez souvent la marche de l'angine et s'il y a abcès vous favoriserez l'expulsion du pus et vous pourrez ainsi éviter le traitement chirurgical.

### **Angine gangréneuse.**

On la définit la gangrène de la membrane muqueuse de l'arrière-bouche.

L'angine gangréneuse, tantôt admise sans conteste, puis bannie par Bretonneau, Guersant, etc., etc., a une existence bien réelle et qu'il faut proclamer malgré sa rareté. Les auteurs du *Compendium de médecine*, en 1836, se sont efforcés de démontrer que l'angine gangréneuse existait bien réellement, qu'elle



était distincte de l'angine diphthérique et scarlatineuse.

L'angine gangréneuse est tantôt primitive, tantôt consécutive. Elle peut être consécutive à une angine diphthérique, ainsi que j'ai pu l'observer deux fois depuis dix ans. Je n'ai pas encore eu l'occasion d'observer d'angine gangréneuse primitive.

Cette espèce d'angine ayant, dit Trousseau, pour caractère fondamental la mortification de la membrane muqueuse pharyngée, mortification gagnant quelquefois les joues, les lèvres, est analogue à la gangrène de la bouche, et survient en dehors de toute influence morbide antécédente, en dehors de circonstances épidémiques qui amènent les angines malignes diphthériques.

L'angine gangréneuse est ordinairement secondaire. A ce titre, elle est une terminaison possible de l'angine inflammatoire et la conséquence alors de l'excès de l'inflammation ; mais « il est plus fréquent de voir  
« la gangrène survenir à titre de complication dans  
« une angine de nature spéciale comme est l'angine  
« de la scarlatine, de la rougeole, de la fièvre typhoïde  
« de la dysenterie... » (Péter.)

La maladie, au point de vue anatomique, se montre sous deux formes : 1<sup>o</sup> elle est circonscrite ; 2<sup>o</sup> elle est diffuse. Dans ces deux formes la gangrène est encore superficielle ou profonde.

Les parties mortifiées sont d'abord noirâtres ou violacées ; plus tard en se ramollissant, elles prennent une couleur grisâtre. Un cercle livide les sépare des tissus sains. Aucune solution de continuité n'existe d'abord entre ceux-ci et la surface frappée de gangrène.



Au moment où survient l'élimination, où l'eschare commence à se détacher, on aperçoit un sillon à sa circonférence ; et bientôt la partie malade se couvre de détritüs fétides, répandant une odeur spéciale.

Si la guérison s'accomplit, une cicatrice avec perte de substance occupe la place des tissus détruits. C'est ainsi que disparaît quelquefois une portion ou la totalité de la lnette et du voile du palais.

---

## V<sup>e</sup> LEÇON

---

Symptômes de l'angine gangréneuse, fétidité de l'haleine, adynamie; de la diplopie et de la phlébite. — Marche insidieuse de l'angine gangréneuse. — Son diagnostic avec la gangrène du poulmon. — Traitement.

MESSIEURS,

Il est des maladies qui font le désespoir des médecins et par leur marche insidieuse et par leur désespérante ténacité, telle est l'angine gangréneuse.

La maladie ne donne lieu d'abord qu'à une douleur pharyngée légère ou nulle. Si le médecin néglige l'examen de la gorge, il peut méconnaître l'affection. Quelquefois même à la suite d'un examen attentif, si la gangrène circonscrite occupe la partie supérieure ou inférieure du pharynx, la partie postérieure de la luette et du voile du palais, elle peut ne pas être aperçue.

En général en faisant ouvrir largement la bouche au malade on constate facilement l'état des parties.

La maladie présente deux phases distinctes :



1<sup>o</sup> phase de l'inflammation ; 2<sup>o</sup> phase de la gangrène proprement dite.

Quel que soit le mode de début, dès que l'angine est devenue gangréneuse on observe un certain nombre de symptômes où l'adynamie prédomine.

Si nous négligeons les symptômes communs des angines, voici quels sont les principaux symptômes caractéristiques de l'angine gangréneuse : d'abord la fétidité de l'haleine ; elle est d'autant plus considérable que la lésion gangréneuse est plus étendue et plus profonde. Néanmoins ce seul phénomène n'est pas de nature à assurer l'existence d'une angine gangréneuse, car il peut se rapporter à une gangrène du poulmon.

Les ganglions sous-maxillaires et la région parotidienne sont quelquefois notablement tuméfiés, parfois ce gonflement manque.

Si on examine l'arrière-bouche, on voit sur les amygdales, les piliers du voile du palais, etc., des plaques grises, noirâtres, présentant tous les caractères décrits au point de vue de l'anatomie pathologique.

Les symptômes généraux sont d'accord avec ce que nous révèle l'examen des parties : la fièvre putride ou de résorption se joint à la fièvre primitive.

Le malade tombe dans un affaissement général, dans une adynamie profonde ; l'appétit s'éteint, le pouls devient petit. Dans un cas remarquable M. Guibler a vu « le pouls tombé au chiffre inouï de dix-huit pulsations à la minute. »

La mort arrive par suite de cette dépression des forces vitales et les malades, dont la face est profon-



dément altérée, succombent dans une syncope, l'intelligence restant intacte jusqu'à la fin, ou ne se troublant que légèrement; ou bien ils meurent avec des accidents comateux. (Trousseau.)

D'autres symptômes graves apparaissent quelquefois à la fin de la maladie; je veux parler de la diplopie et de la phlébite.

Ces symptômes sont remarquables dans une observation citée par Trousseau dans sa clinique et je vais vous la lire parce qu'elle nous montre l'angine gangréneuse sous son vrai jour.

« Il s'agit, dit Trousseau, d'un jeune homme âgé de vingt-trois ans et demi, élève externe, fils de M. Mancel, médecin de la capitale.

« D'un tempérament nerveux prédominant, il se plaignait depuis plusieurs mois d'éprouver fréquemment de la lassitude et de tomber dans des accès de découragement sans aucun motif. A la suite d'une stomatite légère, il devint facile à impatienter, d'une humeur irritable; de temps à autre il était tourmenté par des douleurs névralgiques. Sous l'influence de cet état, un changement notable se fit en lui; sa physionomie s'altéra légèrement et la pâleur habituelle de son teint augmenta sensiblement.

« Le 8 août 1853, il fut pris, sans cause appréciable, de malaise et de frissons; il refusa de dîner et s'alita.

« Le lendemain on constatait l'existence d'une inflammation de l'amygdale gauche, inflammation légère en apparence, sans grande réaction fébrile, mais accompagnée d'un abattement notable de tout l'individu.



« Trois ou quatre jours après, M. le Dr Mancel, alarmé de l'état de son fils, s'adjoint pour lui donner des soins, MM. les docteurs Boucher de la Ville-Jossy et Legroux, nos collègues dans les hôpitaux. Ces Messieurs ne trouvèrent rien de particulier du côté de la gorge ; ils furent cependant frappés de la fétidité de l'haleine.

« Le 16 ou le 17 de ce mois d'août, je fus mandé à mon tour et cette fétidité de l'haleine qui avait alors une odeur gangréneuse, appela tout d'abord mon attention.

« En examinant le pharynx, je trouvai sur le pilier antérieur du côté gauche une plaque de tissus mortifiés et cette mortification me paraissait avoir de la tendance à envahir le voile du palais.

« Je cautérisai vigoureusement avec l'acide chlorhydrique.

« Les jours suivants, le malade fut vu par MM. Andral, Nélaton et moi, qui fûmes réunis en consultation.

« Nous insistâmes sur la nécessité d'une médication générale essentiellement tonique. On donna du bouillon, du vin généreux et du quinquina. La fièvre était presque nulle ; les fonctions digestives étaient assez bien conservées et, chose remarquable, il y avait peu de gêne dans la déglutition, mais la voix était nasillarde. Le teint était d'une grande pâleur, et le pauvre jeune homme était tombé dans un grand abattement moral.

« Quelques jours plus tard, un phénomène grave se manifesta, ce fut de la diplopie.

« Dans la nuit du 27 au 28 août le malade se plai-



gnit pour la première fois de douleurs dans l'avant-bras droit, au moment où on lui tâtait le poulx. Bientôt des douleurs semblables survinrent dans les autres membres et furent considérées comme de nature rhumatismale; mais quarante-huit heures après, nous reconnûmes qu'elles étaient causées par une phlébite des veines superficielles.

« En même temps le poulx devenait plus fréquent et plus petit.

« Cependant la gangrène du pharynx, sans se limiter, ne faisait que très peu de progrès, il n'y avait pas de dysphagie et je signale cette particularité à votre attention, il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire.

« Le 3 ou 4 septembre, nous nous aperçûmes qu'il existait un peu de tuméfaction du côté gauche de la lèvre supérieure et bientôt nous vîmes une double plaque gangréneuse occupant la face profonde de cette lèvre et la gencive correspondante.

« Le 7 septembre, le malade fut pris de délire qui ne cessa que par intervalles jusqu'à la mort, laquelle arriva dans la nuit du 9 au 10. »

Je vous ai rapporté cette observation tout entière malgré sa longueur, parce qu'elle vous montre bien, comme je l'ai dit au début de cette leçon, que l'angine gangréneuse a souvent une marche insidieuse, en même temps qu'une désespérante ténacité.

Vous voyez aussi que si sa durée est ordinairement de quelques jours, cinq à six jours, elle peut être aussi de plusieurs semaines.

Sa terminaison est funeste dans le plus grand nombre des cas.



Le diagnostic peut être fait entre la gangrène de la bouche, la gangrène du poumon, ou bien encore elle peut être prise pour une angine diphthéritique.

Il suffira de regarder pour reconnaître la gangrène de la bouche.

Dans la gangrène du poumon il y a des douleurs thoraciques, de la toux, des troubles respiratoires à l'auscultation.

L'expectoration n'a pas dans l'angine gangréneuse les caractères spéciaux d'abondance et d'extrême fétidité qu'elle prend dans la mortification du poumon.

L'angine diphthérique se reconnaîtra au caractère que nous vous donnerons quand il s'agira de cette variété.

Le traitement consistera tout d'abord à arrêter les progrès de la gangrène à l'aide de cautérisations énergiques et répétées avec l'acide chlorhydrique ou bien avec le nitrate d'argent.

Dispensez-vous, je vous le recommande, des émissions sanguines. En effet la gangrène n'est pas une phlegmasie, et quand même, les phénomènes de prostration générale et d'adynamie dominant toujours les autres accidents.

Faites comme Trousseau, donnez des toniques, du bouillon, des vins généreux, du café, etc., etc. Tant que l'appétit sera conservé, soutenez les forces par une alimentation réparatrice.

## VI<sup>e</sup> LEÇON

---

De l'angine pultacée. — Elle sert de transition entre l'angine inflammatoire simple et l'angine à produit adventice. — De l'angine herpétique; elle peut être confondue avec l'angine diphthéritique. — Angine ulcéro-membraneuse. — Définition de la diphthérie et angine diphthérique. — Identité de la diphthérie et du croup.

MESSIEURS,

A côté des angines graves, comme l'angine gangréneuse et après elle vous trouvez dans la classification de M. Péter les angines caractérisées par l'addition d'un produit spécial. Le type de ce genre est l'angine pseudo-membraneuse ou diphthéritique, plus redoutable encore, parce qu'elle est plus commune, que l'angine gangréneuse.

Mais auparavant je veux attirer votre attention sur l'angine pultacée, sur l'angine du muguet et l'angine herpétique.

Appliquez-vous à bien distinguer ces angines qui n'offrent, la plupart du temps, qu'une mince gravité.



L'angine pultacée peut servir de transition entre les angines inflammatoires simples et celles qui sont compliquées de la présence d'un produit adventice.

Les productions plastiques que l'on rencontre dans cette affection, à ne considérer que leurs caractères extérieurs, ressemblent souvent à celles de l'angine diphthéritique, mais elles en diffèrent notablement, comme nous le verrons plus tard, par leur fixité sur le point où elles ont paru, par leur peu de tendance à se propager aux parties voisines et par leur gravité bien moindre.

Trousseau avait l'habitude de désigner ces angines, avec les angines herpétiques, sous le nom d'angine couenneuse commune.

Rien en effet ne ressemble autant à l'angine couenneuse diphthéritique que l'herpès de la gorge.

Bretonneau, dans son *Traité de la diphthérie*, s'était contenté de mentionner la coïncidence de l'angine commune avec l'herpès qui se montre au pourtour de la bouche ou à l'orifice des narines, en même temps que l'éruption couenneuse occupe la surface de l'une des amygdales; c'est à M. Gubler que revient le mérite d'avoir appelé l'attention sur cet important sujet.

Je crois qu'il est bon de rejeter de la science cette dénomination d'angine couenneuse commune, qui introduit une confusion regrettable.

Je définis avec M. Péter l'angine herpétique : « Une inflammation vésiculaire de l'arrière-bouche donnant ultérieurement naissance à de petits disques pseudo-membraneux confluents ou discrets. »

En effet à la suite d'un refroidissement ou de toute



autre cause un mouvement fébrile avec malaise, courbature, céphalalgie, etc., apparaît; bientôt une douleur de gorge survient et on voit sur l'une des amygdales, sur l'un des piliers ou sur la luette, une vésicule blanchâtre, grosse comme une tête d'épingle, entourée d'une auréole inflammatoire.

Au bout de vingt-quatre heures ou trente-six heures la vésicule pâlit et peut disparaître sans produire ni ulcération ni fausse membrane.

D'autres fois plusieurs vésicules se sont développées simultanément; elles se rompent et font place à une petite ulcération qui paraît assez profonde en raison du gonflement qui l'entourne.

Ces ulcérations se recouvrent presque immédiatement d'une exsudation plastique d'un blanc grisâtre, qui, s'étalant au delà des limites de l'ulcération, peut se combiner avec celles qui ont pour point de départ d'autres vésicules d'herpès et former ainsi des plaques couenneuses plus ou moins larges.

Il peut arriver que les ulcérations ne se recouvrent pas de fausses membranes. La cicatrisation dure à peine deux jours pour chaque vésicule et la résolution a lieu très rapidement; c'est l'angine aphteuse.

L'angine herpétique est fréquemment accompagnée d'herpès de la bouche et des lèvres. Il s'agit là d'une seule et même affection.

L'angine herpétique a une marche franchement aiguë. Aussi Trousseau pouvait-il dire : « Quand vous saurez comment les choses ont marché dès le début, « lorsque vous apprendrez que des accidents généraux, « du malaise fébrile, des troubles gastriques ont précédé de quelques jours une douleur de gorge vive,



« cuisante, vous serez en droit de supposer une angine  
« couenneuse commune. Car ce n'est point ordinaire-  
« ment ainsi que la diphthérie s'annonce..... »

Nous ferons le diagnostic de ces angines un peu plus tard.

Que l'angine soit pultacée ou herpétique le traitement est d'une simplicité telle que nous ne nous y arrêterons pas.

Vous avez remarqué, Messieurs, qu'en traitant devant vous de la stomatite ulcéro-membraneuse, je vous ai dit que ces ulcérations devaient être énergiquement cautérisées sous peine de s'étendre aux parties voisines; or elles donnent lieu, quand elles s'étendent à l'isthme du gosier, à l'angine ulcéro-membraneuse; vous aurez rarement occasion d'observer cette affection.

Le diagnostic n'offre pas une grande difficulté. Si dans l'une et l'autre il y a ulcération et dans l'une et l'autre couche membraneuse consécutive, dans l'angine herpétique il y a seulement dénudation du derme, dans l'angine ulcéreuse il y a ulcération de celui-ci; dans l'angine herpétique, il n'y a par conséquent que de la fibrine et des cellules épithéliales dans la couche grise qui recouvre l'érosion; dans l'angine ulcéro-membraneuse, il y a en plus des fibres du derme muqueux..... Dans l'angine ulcéro-membraneuse il n'y a jamais eu de vésicules. (Péter.)

Le traitement est celui de l'angine inflammatoire; mais vous ajouterez le chlorate de potasse à l'intérieur à la dose de six grammes pour les adultes.



### Angine diphthéritique.

Permettez-moi, à propos de l'angine diphthéritique ou diphthérique, de vous donner quelques notions générales d'une maladie spécifique par excellence dont l'angine diphthéritique est l'expression la plus commune ; je veux parler de la diphthérie.

La diphthérie est une maladie spécifique par excellence, ai-je dit : en effet si elle emprunte aux temps, au milieu, aux individus qu'elle frappe, une apparence, un génie particulier qui ont motivé cette distinction de diphthérie simple et de diphthérie maligne, elle est partout et toujours la même sous ses formes diverses : là, respectant les malades après les avoir traîtreusement frappés ; là, les tuant par sa propagation au larynx et à la trachée, par le croup, ou bien par une sorte d'empoisonnement général à la façon des maladies septiques et pestilentiellles.

L'angine diphthérique est donc l'expression d'une maladie plus générale et vous pouvez la définir : une inflammation spéciale de la membrane muqueuse qui tapisse l'isthme du gosier, les amygdales et le pharynx, inflammation caractérisée par une exsudation fibrineuse qui s'étale en couche adhérente à la surface de cette membrane muqueuse, se reproduit après ablation pendant un temps limité et possède une grande tendance à envahir les parties voisines.

Ces parties sont les fosses nasales, le larynx et les bronches.

Vous m'avez entendu prononcer indifféremment le mot angine diphthéritique ou diphthérique. Par quel-



ques mots d'historique je vous en donnerai une explication suffisante.

Sans remonter à Hippocrate et aux temps antiques pour vous rappeler la confusion qui existait entre l'angine gangréneuse et l'angine que nous étudions, j'arrive immédiatement à Bretonneau.

Cet illustre médecin établit : 1<sup>o</sup> la notion de l'identité entre les angines malignes des anciens et l'angine diphthérique ; 2<sup>o</sup> la notion de l'identité de nature entre cette angine et le croup ; 3<sup>o</sup> la notion de la spécificité.

Mais Bretonneau croyait toujours que l'angine diphthérique ne tue que par suffocation, la maladie s'étant propagée au larynx. Trousseau son élève, intervient plus tard. Il reconnaît que l'angine diphthérique peut tuer tout en restant pharyngée ; qu'elle tue alors par le seul fait de la gravité première ; qu'il y a donc autre chose dans la maladie que le fait matériel de la fausse membrane, et que celle-ci peut tuer par l'infection même de l'organisme.

C'est alors que Bretonneau changea le mot diphthérite en diphthérie, pour rappeler le rôle prédominant de l'infection.

Je ne vois pas, du reste, d'inconvénients à se servir de ces deux mots indifféremment, pourvu que nous ayons bien présente à notre esprit cette vérité : à savoir que dans la forme d'angine que nous étudions, l'infection est tout et que l'inflammation n'est que secondaire.

## VII<sup>e</sup> LEÇON

---

L'angine diphthéritique est primitive ou secondaire. — L'humidité et le froid ont une action secondaire sur son développement. — Rôle prédominant de l'infection et de la contagion. — Angine diphthérique simple, maligne. — Symptômes particuliers à la forme maligne. — Inutilité de la trachéotomie dans l'angine diphthérique maligne.

MESSIEURS,

Vous avez vu dans la précédente leçon que je n'attachais qu'une mince importance au choix des mots diphthérite ou diphthérie.

Cependant tel est l'esprit humain qu'un simple mot suffit, non pour arrêter la science, mais pour jeter partout la confusion.

Voyez-en la preuve.

Bretonneau guidé par la clinique et les autopsies, faisant cesser la confusion du passé, arrive à la vraie notion de la diphthérie, il démontre la spécificité qui sépare les produits diphthériques des autres productions fibrineuses.

Mais d'autres auteurs, guidés par la seule anatomie



pathologique et ne tenant compte que du produit pathologique disent : toute production fibrineuse est *diphthéritique* et toute production diphthéritique est croupale.

Étrange erreur, oubli grossier de cette spécificité si bien mise en lumière par Bretonneau ! On arrive à appeler croupale toute affection avec exsudation de fibrine. La pneumonie fibrineuse devient la pneumonie croupale. (Péter.)

Dans ce gâchis, venu de la savante Allemagne, la clinique, la vraie clinique est oubliée pour ne songer qu'à de stériles faits anatomiques.

L'angine diphthéritique peut être primitive ou secondaire.

Primitive, elle frappe inopinément, paraissant quelquefois survenir sous l'influence de l'humidité et du froid.

Elle se rencontre cependant dans toutes les saisons et sous tous les climats, puisque le mal décrit par Arétée et qui n'est autre que l'angine pseudo-membraneuse, était endémique, en Égypte et en Syrie, d'où le nom d'ulcère égyptiaque et syriaque qu'on lui avait donné. (Trousseau.)

Messieurs, comme Trousseau, je pense que pour l'angine diphthérique maligne, tout au moins, on ne peut invoquer avec certitude cette influence de l'humidité et du froid.

J'ai été à même d'observer, pendant l'hiver 1871-72, une épidémie très meurtrière de diphthérie dans la commune de Morannes et les environs. Je vous en dirai quelques mots.

Ce petit bourg qui se trouve sur le chemin de fer



d'Angers au Mans, à dix lieues d'Angers, à quinze lieues du Mans, fut dans notre département la limite d'occupation des deux armées en présence. N'est-ce point grâce à cela et sous l'influence de certaines conditions atmosphériques que l'on vit se développer cette désastreuse épidémie ?

Au point de vue étiologique, voici ce que je remarquai alors. Dans toutes les maisons où je vis des enfants ou adultes atteints, dans toutes, sans exception, l'orientation de la demeure était du côté du Mans, c'est-à-dire des pays occupés ; comme si quelques poisons nous venaient de ces plaines arrosées par le sang de nos soldats.

Je dois dire que l'épidémie de Morannes avait été précédée d'autres épidémies également meurtrières à Précigné, à Sablé, lieux situés entre Morannes et Le Mans.

Y avait-il infection et contagion ? Ces deux causes à mon sens pouvaient être invoquées et vous les retrouverez toujours jouant le principal rôle dans l'histoire des épidémies de diphthérie. C'est surtout lorsque la maladie sévit sous la forme épidémique qu'on a admis ses propriétés contagieuses. Mais, sachez-le bien, l'angine diphthérique sporadique, même la plus bénigne, est tout aussi contagieuse que l'angine la plus maligne.

Nous avons vu une angine diphthéritique qui guérit parfaitement, donner lieu dans la même maison à une diphthérie cutanée chez un jeune enfant, et cette diphthérie s'implanta sur la plaie d'un vésicatoire qu'une sœur inexpérimentée avait posé. L'enfant mourut empoisonné, sans traces d'angine.



Vous voyez donc que la maladie n'est pas seulement engendrée par contagion à la suite de rapports avec un individu qui en est atteint. Elle peut avoir lieu à distance.

L'angine diphthéritique paraît quelquefois se développer spontanément; mais ce mode de développement peu fréquent, est-il bien réel? Dans l'état actuel de la science on ne peut encore l'affirmer.

L'angine diphthérique secondaire se développe surtout dans le cours de la scarlatine et de la rougeole, quelquefois à la suite de la coqueluche et de la fièvre typhoïde. Nous y reviendrons.

Nous décrirons avec soin les symptômes et de même que Trousseau nous distinguerons : 1<sup>o</sup> l'angine diphthérique simple ; 2<sup>o</sup> l'angine maligne ou toxique.

### **Angine diphthérique simple.**

Souvent sans cause appréciable le malade (le plus souvent un enfant de trois à six ans) est pris d'un léger accès de fièvre avec céphalalgie et courbature, bientôt douleur à la gorge. Si vous inspectez l'arrière-gorge, vous trouvez une rougeur plus ou moins intense du pharynx, une petite plaque blanche à la surface interne d'une seule amygdale, plus rarement des deux. Ce n'est point un dépôt irrégulier de matières caséeuses ; ce ne sont point, comme le dit M. Péter avec un grand sens pratique et ainsi que je l'ai maintes fois observé, ce ne sont pas de petits points blancs, ronds, saillants ; c'est une lame continue de l'épaisseur d'une feuille de gros papier d'un blanc mât ou jaunâtre.



Retenez bien ces caractères, car ils vous seront plus tard d'une grande utilité.

Cet aspect de la fausse membrane presque pathognomonique s'accuse bien plus encore dans l'angine grave.

Dans la forme légère ou simple la lésion matérielle est fixe et les accidents sont parfois si peu prononcés que la nature diphthérique de l'affection échappe quelquefois et au malade et au médecin.

Arrivons à la forme grave si bien étudiée par Trousseau. Je vous prie de remarquer que l'angine peut être grave, se terminer par la mort, alors que la lésion est localisée au pharynx et à l'isthme du gosier.

Alors elle tue par ses complications comme le croup, etc., etc., complications que j'ai l'intention de vous signaler en détail.

Mais nous entendons par angine grave ou maligne celle qui est caractérisée par des symptômes d'empoisonnement ou toxiques.

Ce n'est pas la forme que vous observerez le plus ordinairement, à moins que vous ne vous trouviez au milieu d'une de ces épidémies qui font le désespoir des médecins. La maladie survient subitement : un peu de céphalalgie au début, de la lassitude générale. Il peut y avoir de la fièvre, mais souvent elle fait défaut comme dans mon épidémie de Morannes.

Les symptômes confirmés apparaissaient en douze ou vingt-quatre heures ; et dans la première période de l'épidémie, malgré un traitement énergique, les malades au bout de vingt-quatre heures, quarante-huit heures au plus, succombaient.

Vous comprendrez plus tard, Messieurs, par quelles



mortelles angoisses passe le médecin dans ces moments terribles.

Aussi je prétends que quiconque ne connaît l'angine diphthérique que par les cas sporadiques ne peut se faire une idée de sa nature.

Je vais prendre comme type de ma description symptomatologique l'épidémie que j'ai observée, puis je rapprocherai ces symptômes de ceux signalés par Trousseau ; et dans un résumé succinct je vous présenterai le tableau lugubre de cette angine maligne...

Je vais près le village de B., un enfant de cinq à six ans présente un gonflement du cou et de la face avec pâleur de la peau. Les ganglions du cou sont engorgés, il y a saignement au nez. Je fais ouvrir la bouche du petit malade et je trouve au niveau du pharynx une plaque d'un blanc jaunâtre tendineuse à contours insensibles, fuyants.

Il y avait de la douleur pour avaler depuis deux jours ; pas ou peu de fièvre, le pouls est petit.

Je parlerai plus tard du traitement que j'instituai.

J'examine l'urine et trouve de l'albumine. Le lendemain matin l'enfant était mort et quelques heures après la mère était prise de frissons, de douleurs à la gorge ; j'aperçois sur une amygdale une petite plaque blanche qui le lendemain augmente. Malgré un traitement actif, vingt-quatre heures après la malheureuse mère succombait.

Dans la commune de Ch..., à deux kilomètres de Morannes, cinq personnes sont atteintes, trois enfants et deux grandes personnes. Toutes succombent. Les plaques blanches apparaissaient sur une seule amyg-



dale, la gauche surtout d'après mes souvenirs et le pharynx était bientôt occupé par cette nappe jaunâtre, tendineuse et épaisse.

J'eus l'occasion d'emporter chez moi plusieurs de ces fausses membranes et les mettant dans différents acides ou solutions, je remarquai que la fausse membrane était surtout ratatinée, modifiée même par le perchlorure de fer et par le jus de citron.

Malgré l'extension de l'épidémie, qui dura près de trois mois, présentant au début une excessive gravité, au milieu une moyenne gravité et à la fin une gravité si légère que tous les traitements réussissaient; malgré, dis-je, le nombre des personnes atteintes (une cinquantaine environ), je ne constatai que deux cas de croup. A l'un j'arrivai trop tard; à l'autre, commune de Ch., j'arrivai assez tôt pour trouver une petite fille de trois à quatre ans à demi asphyxiée, insensible et sans mouvements. J'ouvre la trachée, introduis la canule, et elle revient à la vie.

Heureux plus que vous ne pourriez croire (c'était au commencement de l'épidémie), pendant huit jours l'enfant allant mieux, respirant bien et s'amusant, je me flattai d'un succès qui ne devait pas être de longue durée. En effet, un matin, je vis la face enflée, comme oedématiée, le cou volumineux, la face prit cette teinte pâle caractéristique, l'urine était albumineuse, le pouls était petit, insensible et ma petite malade s'éteignait au bout de quelques jours, comme une lampe qui s'éteint tout doucement, faute d'huile pour l'alimenter.

Dans ce cas comme dans les autres il y avait intoxication véritable. Ceci vous explique l'inutilité de la



trachéotomie dans cette forme toxique ; et vous voyez en même temps que le croup est une complication rare de l'angine toxique, surtout dans la forme presque foudroyante.

Trousseau a consacré plusieurs leçons à cette angine maligne, je vais vous citer quelques passages qui vous édifieront encore sur sa nature :

« Il s'agit d'une enfant de douze ans, qui était entrée  
« la veille à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le pro-  
« fesseur Jobert, qui me l'avait adressée. Elle avait  
« été prise, seulement trois ou quatre jours aupara-  
« vant, d'une angine si peu intense, accompagnée de  
« si peu de réaction fébrile qu'elle ne s'en plaignait  
« pas et que ses parents n'étaient point préoccupés.  
« Cependant le mal ayant augmenté, un engorgement  
« des ganglions du cou étant devenu très manifeste,  
« elle entre à l'hôpital.

« Je constate, dit Trousseau, une exsudation couen-  
« neuse blanchâtre..... Cette couenne diphthéritique  
« qui se prolongeait sur le pilier du voile du palais....  
« exhalait une épouvantable odeur.....

« La tuméfaction des ganglions lymphatiques de  
« l'angle de la mâchoire et des ganglions sous-maxil-  
« laires était considérable à droite. Nous jugeâmes  
« que nous avions affaire à une diphthérie maligne.

« Dès le troisième jour nous avons vu les narines  
« se prendre...

« Vers le septième jour de la maladie l'aspect de la  
« gorge était satisfaisant... mais dès le sixième jour  
« de la maladie, il y avait eu des épistaxis très abon-  
« dantes et ce symptôme était venu ajouter sa gravité  
« à celle des engorgements ganglionnaires et de la

« diphthérie nasale. L'enfant d'une pâleur considérable était profondément abattue...

« La petite malade se refroidit comme se refroidissent les cholériques, elle avait de la tendance aux lipothymies : son pouls était d'une excessive faiblesse et d'une extrême lenteur... Bientôt l'enfant mourait empoisonnée par le venin diphthérique qui l'avait infectée... »

Henri Blache mourut en soixante-douze heures, après avoir passé trois nuits auprès d'un enfant auquel on venait de faire la trachéotomie.

Vous trouverez relatés un grand nombre de faits d'angines diphthériques à marche foudroyante dans les rapports sur l'angine maligne.

Il semble, dit Trousseau, que la diphthérie, comme les autres maladies épidémiques, sévisse, à différentes époques, avec un génie particulier, puis en d'autres temps son génie est tout autre.



## VIII<sup>e</sup> LEÇON

---

Symptômes de l'angine diphthéritique grave et maligne. — Des complications de voisinage et éloignées. — Du croup. — État du cœur, de la circulation périphérique et du sang.

MESSIEURS,

Les considérations dans lesquelles je suis entré lundi dernier et les citations que je vous ai faites pourraient peut-être suffire à vous donner une idée exacte de l'angine maligne. Cependant, au risque de me répéter, je veux vous résumer les principaux symptômes de l'angine diphthérique grave, tels que vous les trouverez décrits dans vos auteurs.

Vous pouvez distinguer trois sortes de symptômes : locaux, fonctionnels et généraux.

Les symptômes locaux sont la présence sur l'une des amygdales d'une fausse membrane. Elle est d'abord opaline et demi-transparente, et on aperçoit au travers la rougeur de la membrane muqueuse sous-jacente. Elle s'épaissit, devient adhérente. Plusieurs plaques

se réunissent et forment une nappe pseudo-membraneuse à contours particuliers, sur lesquels les auteurs, à mon avis, n'ont pas suffisamment insisté.

En effet, tandis que dans l'angine pultacée et herpétique, le contour de la tache est irrégulier, déchiqueté, en forme de collerette à bords découpés, la fausse membrane diphthérique est une, régulière, le plus souvent jaunâtre, épaisse, et on distingue difficilement ses bords, qui semblent faire corps avec les parties voisines.

Les symptômes fonctionnels sont la douleur, qui fait souvent défaut, la dysphagie et la gêne de la respiration, sensible surtout dans l'angine diphthérique simple, qui tue par asphyxie.

Dans la forme maligne, en effet, la respiration n'est que médiocrement gênée. Sans doute, l'enchifrènement des fosses nasales, le gonflement des tissus de l'arrière-gorge diminuent l'accès de l'air, mais cette diminution n'est pas assez grande pour entraîner l'asphyxie.

Les symptômes généraux sont une fièvre plus ou moins vive; le pouls, accéléré d'abord, devient petit; le malade perd de ses forces. On constate un gonflement des ganglions du cou, de la bouffissure du visage. Le teint devient cachectique.

D'autres symptômes de voisinage ou éloignés surviennent constituant de véritables complications.

COMPLICATIONS. — En médecine, plus encore peut-être que dans les autres sciences, il importe de bien définir les mots, d'en comprendre la signification pour ne pas s'égarer dans d'inutiles discussions.

Ainsi, quand il s'agit de s'entendre sur ce qu'il faut



appeler complications dans les maladies, vous verrez les opinions différer suivant le point de vue auquel on se place.

Quelle que soit la maladie étudiée, il existe certains symptômes qui viennent s'ajouter aux symptômes ordinaires, certains états qui s'ajoutent à l'état primitif et qui, bien que dérivant d'une même cause, impriment à la maladie un nouveau cachet, une nouvelle manière d'être.

Voilà ce que nous entendons par complications.

Les complications de l'angine diphthérique peuvent appartenir au début de la maladie ou à la fin, on les dit primitives ou tardives. Elles peuvent se manifester au voisinage de l'isthme du gosier, se développer, pour ainsi dire, par extension du mal principal, ou bien apparaître en des points éloignés. Ex. : la diphthérie nasale peut être une complication de l'angine diphthérique, de même que la diphthérie vulvaire.

Nous étudierons successivement :

1<sup>o</sup> Les complications de voisinage, comprenant la tête et le cou ;

2<sup>o</sup> Les complications éloignées, et nous examinerons à ce point de vue

chaque appareil :	digestif,
—	respiratoire,
—	circulatoire,
—	nerveux,
—	musculaire,
—	urinaire,
—	des sens.

Vous savez, Messieurs, que chaque appareil a sa



fonction. Nous nous souviendrons de cette vérité physiologique quand nous étudierons chacune des complications symptomatiques qui me paraîtra la plus importante à noter.

*Complications de voisinage.* — L'angine diphthérique ne reste pas toujours limitée à l'arrière-gorge. La fausse membrane peut s'étendre aux fosses nasales et au larynx. Les ganglions sous-maxillaires sont durs, gonflés et douloureux. La face, dans la forme toxique, est œdématiée.

Quand le larynx est atteint, la respiration, libre jusque-là, devient bruyante, sifflante, comme dans tous les cas de rétrécissement laryngé. L'air ne pénètre plus librement dans les poumons. Les muscles de la poitrine et des épaules se contractent violemment; bientôt surviennent des accès d'oppression terribles. L'enfant se dresse sur son séant en renversant la tête en arrière; sa figure est violette, ses yeux injectés; il porte violemment la main à son cou pour en arracher l'objet qui l'étouffe. Ces accès durent plus ou moins; après quoi ils se calment, pour revenir bientôt.

Dans l'intervalle d'un accès à l'autre, l'enfant demeure somnolent, engourdi, insensible à ce qui l'entoure.

Une ou plusieurs fausses membranes, moulées sur la trachée artère, sur les bronches, sont quelquefois expectorées à la fin de ces accès.

La respiration est alors momentanément plus libre; quelquefois la voix devient naturelle, mais cette amélioration n'est pas de longue durée.

Bientôt l'orthopnée reparait, les accès se rapprochent; l'enfant tombe dans un coma dont il ne sort



plus, son pouls s'efface, sa peau se refroidit, et il succombe à une véritable asphyxie.

Voilà, Messieurs, la succession des phénomènes qui se passent dans le croup, une des complications les plus terribles de l'angine diphthérique.

Bien que le croup ait en général une rapide évolution, remarquez que ce qui fait paraître la marche de la maladie plus rapide encore, c'est que les familles ne s'inquiètent guère du premier mal de gorge qui ouvre la marche des accidents, et ne comptent ceux-ci qu'à dater du moment où la respiration s'embarrasse.

Les ganglions lymphatiques du cou sont toujours tuméfiés, ne l'oubliez pas. Bretonneau a surtout fait ressortir ce caractère, et, d'après lui, ils le sont suivant le siège et l'étendue des fausses membranes, comme suivant la gravité de l'angine.

Dans l'angine diphthérique légère, il n'y a qu'une hyperémie des ganglions, qui sont simplement engorgés; dans l'angine diphthérique grave, les ganglions sont infiltrés de fibrine ou de pus; dans l'angine diphthérique toxique (Péter), ils peuvent être entièrement ramollis, suppurés, transformés en kystes purulents, sans qu'il y ait eu d'abcès à l'extérieur, la mort ayant eu lieu trop vite pour que cet accident ait pu se produire.

En même temps que les fausses membranes de l'angine diphthéritique envahissent le larynx produisant le croup, elles s'étendent encore aux bronches et aux poumons, amenant sous forme de bronchites pseudomembraneuses ou de pneumonies des complications redoutables.



Du côté du tube digestif il y a peu de chose à noter. L'œsophage est rarement envahi par la fausse membrane; dans ce cas, le produit diphthérique est disposé en couche continue qui tapisse le quart ou le tiers supérieur du conduit.

L'appareil circulatoire est souvent atteint. Notez : 1<sup>o</sup> l'état du cœur; 2<sup>o</sup> l'état de la circulation périphérique; 3<sup>o</sup> l'état du sang.

1<sup>o</sup> MM. Bouchut et Labadie-Lagrave ont insisté particulièrement sur une altération du muscle cardiaque, sur la formation d'une endocardite spéciale à forme végétante, enfin sur l'existence dans le cœur de caillots nombreux produits sur place par thrombose.

2<sup>o</sup> La circulation périphérique (petite ou grande circulation) serait atteinte. Différents auteurs n'ont-ils pas signalé des noyaux d'apoplexie pulmonaire ou infarctus emboliques du poumon, avec leur dégénérescence grise et leur transformation en abcès métastatiques?

Il y a déjà longtemps que les Allemands admettent que, dans l'angine diphthérique, il se forme des embolies capillaires qui, rentrant au cœur par les veines, vont dans certains organes former des infarctus.

Ce qu'il importe surtout d'étudier, c'est l'état du sang, parce que la science a sur ce sujet des données précises.

Signalée d'abord par Millard, l'altération du sang dans l'angine diphthérique consiste dans une coloration de ce liquide très différente de la coloration normale. Au lieu d'être rouge plus ou moins foncé, il devient brun. On a comparé sa couleur à celle du jus de pruneaux.



Au point de vue physiologique, on peut dire que le globule rouge devient inerte. Tandis que si vous remuez dans l'oxygène le sang provenant d'un individu atteint de bronchite, par exemple, vous le voyez devenir d'un rouge plus ou moins intense; par contre, le sang d'un enfant atteint d'angine diphthéritique, agité également dans l'oxygène, restera violacé, brun, épais, en un mot, ne s'oxygénera pas.

Vous verrez, Messieurs, quand il s'agira du traitement, que certains auteurs, M. Seeligmuller entre autres, prétendent que le chlorate de potasse guérit en suppléant l'oxygène enlevé du sang par les bactéries et en les détruisant.

Examiné par M. Bouchut à l'aide du compte-globules de Hayem, le sang présente une augmentation considérable des globules blancs (leucocytose) et une diminution des globules rouges.

Le nombre des globules blancs est en général d'autant plus considérable que l'affection est plus grave.

---

## IX<sup>e</sup> LEÇON

---

Complications nerveuses, troubles du mouvement et de la sensibilité. — La paralysie est partielle ou générale. — Anesthésie variable, mutabilité des symptômes. — Amblyopie ou amaurose temporaire, différents troubles oculaires consécutifs à cette angine. — De l'albuminurie. — Angine diphthéritique secondaire. — Diagnostic.

MESSIEURS,

On comprend qu'une maladie générale, telle que l'angine diphthérique, qui imprime si souvent à l'économie tout entière un trouble des plus profonds, puisse donner lieu à de véritables complications du système nerveux.

Au point de vue anatomique les centres nerveux ne présentent pas d'altérations bien appréciables.

M. Damaschino a observé dans les racines antérieures spinales, dans les nerfs des membres et dans le nerf phrénique une diminution très appréciable dans le volume des tubes nerveux qui paraissaient contenir moins de myéline qu'à l'état normal. A ce pro-



pos, je désire vous signaler un livre qui vient de paraître récemment et qui nous sera d'une grande utilité pour nos leçons ultérieures, je veux parler des *Maladies des voies digestives*, œuvre de M. Damaschino, agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; vous trouverez dans cet ouvrage les qualités qui distinguent ce professeur : une grande érudition jointe à une méthode parfaite, et à la plus lumineuse clarté.

Au point de vue symptomatique, on distingue des troubles du côté du mouvement, ou du côté de la sensibilité.

La paralysie est tantôt partielle, tantôt générale. Elle peut être limitée au voile du palais, à un bras ou aux deux jambes (paraplégie).

Le premier malade que Bretonneau vit atteint d'une paralysie fut un chirurgien de l'hôpital de Tours en 1843.

Bientôt Trousseau fut frappé de la fréquence de la paralysie du voile du palais aussi bien chez les adultes que chez les enfants.

Dès 1833 Trousseau, remplaçant Récamier, avait observé un cas de paralysie généralisée à la suite d'une angine diphthérique. Mais ce n'est qu'en 1852 qu'il saisit, dit-il, le rapport de ces paralysies avec l'intoxication diphthérique.

C'est au bout de quelques semaines après le début de la maladie que l'on constate chez le malade de l'engourdissement, de la parésie et de l'impuissance musculaire, en même temps que des névralgies obtuses plus ou moins douloureuses, au niveau des articulations. Cet état fait chaque jour des progrès et semble constituer une nouvelle maladie ; chez quelques ma-



lades la sensibilité tactile est émoussée au point que la marche et la préhension sont presque aussi maladroites que dans l'ataxie confirmée. La paralysie débute en général par le voile du palais ; d'où le nasonnement et une dysphagie qui peut aller jusqu'à l'impossibilité absolue de la déglutition, les aliments étant rejetés violemment par le nez.

Puis les lèvres et la peau de la face deviennent le siège d'un engourdissement qui empêche les malades d'articuler librement leurs paroles. Enfin, les jambes d'abord et les membres supérieurs s'engourdissent à leur tour tandis que la paralysie commence à se dissiper dans les organes primitivement envahis.

Dans des cas heureusement rares la paralysie subsiste et l'on a vu la dysphagie entraîner la mort.

La paralysie diphthéritique, quelle que soit son étendue, affecte deux formes : grave ou bénigne. Elle peut être d'emblée générale.

Je vous ai déjà dit que la sensibilité pouvait être émoussée ; elle peut être obtuse et l'anesthésie devient quelquefois complète.

Cette anesthésie peut s'étendre à toute la surface de la peau, mais le plus ordinairement l'anesthésie et l'analgésie occupent seulement quelques points du corps.

Ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels que l'on constate de l'hyperesthésie.

Messieurs, avant d'en finir avec les troubles du mouvement et de la sensibilité, retenez cette observation de Trousseau, c'est que ces accidents, dans la maladie qui nous occupe, sont remarquables par leur extrême mutabilité. Retenez aussi que ces



troubles singuliers de l'innervation peuvent se déclarer chez des individus qui n'avaient été atteints que d'une diphthérie, en apparence des plus bénignes.

Les organes des sens ne sont point à l'abri.

Sur cinquante observations rapportées par M. Maingault, dans son mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux, dix-sept mentionnent une amblyopie ou une amaurose temporaire. Cette amaurose passagère dure de un à deux mois et ne s'accompagne d'aucune lésion visible à l'ophthalmoscope.

En 1860 Donders eut l'occasion d'observer de nombreux troubles oculaires consécutifs à l'angine diphthéritique. Ces troubles consistaient surtout dans la difficulté et même l'impossibilité à lire de près chez des convalescents qui avant leur maladie présentaient une vision normale.

Cette espèce d'asthénopie se manifestait brusquement, et l'état ne s'améliorait point après un repos complet de la vue pendant quelques jours, contrairement à ce qui se passe lorsque l'asthénopie se montre dans les yeux hypermétropes. (Camuset.)

Comment expliquer les paralysies diphthéritiques ?

Ce sont des phénomènes de même ordre que les paralysies saturnines.

Leur cause réelle est dans l'empoisonnement, dans l'intoxication de l'économie par le principe morbide.

Avant d'aborder le traitement de l'angine diphthérique j'ai l'intention de vous dire quelques mots de la nature de la diphthérie, pour vous expliquer les différentes méthodes thérapeutiques employées jusqu'à nos jours.

L'appareil auditif est rarement atteint. Il peut y



avoir cependant surdité par oblitération de la trompe d'Eustache. Il suffira de faire pénétrer l'air dans l'oreille moyenne, soit par le cathétérisme, soit par le procédé de Valsava pour empêcher tout accident ultérieur.

On a noté de l'anaphrodisie comme conséquence des troubles moteurs et sensitifs généralisés.

Il est une autre complication de l'angine diphthérique que vous devez avoir toujours présente à l'esprit parce qu'elle existe presque toujours et sert au diagnostic, je veux parler de l'albuminurie.

L'albuminurie s'explique non seulement par l'état général, la dyscrasie, mais encore par l'état des reins.

On trouve souvent les reins congestionnés, la substance corticale surtout. L'examen histologique prouve que l'épithélium des tubes est altéré.

Les muqueuses de l'anus et de la vulve peuvent être aussi recouvertes par des fausses membranes et on peut dire que partout où il existe sur les téguments une solution de continuité on peut voir apparaître une nouvelle fausse membrane comme complication.

### **De l'angine diphthérique secondaire.**

Elle se montre ordinairement avec ses formes les plus graves. C'est dans cette variété que l'on constate les hémorrhagies multiples, les ulcérations, la gangrène, etc.

Chez les enfants vous constaterez l'angine diphthérique dans le cours ou à la suite d'une scarlatine.

En 1841, M. le Dr Guéretin observa dans le canton



du Lion-d'Angers, une épidémie d'angine pseudo-membraneuse-scarlatineuse. Rilliet et Barthez mentionnent, en le louant, ce travail d'un de nos compatriotes et je ne saurais trop vous recommander de le lire.

Le diagnostic de l'angine diphthéritique doit être fait avec les angines caractérisées par l'addition d'un produit spécial.

Angines : pultacée.

— du muguet.

— herpétique.

— ulcéro-membraneuse.

Nous n'avons qu'à rappeler les caractères symptomatiques de chacune de ces variétés.

A. *Angine pultacée* :

- la concrétion présente peu de fixité.
- peu de tendance à se propager aux parties voisines.
- consécutive à une inflammation franche de l'arrière-gorge.
- pas de complications annonçant un trouble profond de l'économie.

B. *Angine herpétique* :

- coïncide avec herpès de la bouche et de l'orifice des narines.
- débute par des vésicules.
- marche franchement aiguë.
- coïncide quelquefois avec une lésion nerveuse.

C. *Angine ulcéro-membraneuse*.

- plus rare.
- accompagne stomatite ulcéro-membraneuse.
- forme spéciale de l'ulcération.

Outre l'aspect particulier de fausses membranes, leur extension aux parties voisines, l'angine diphthérique s'accompagne d'engorgement ganglionnaire au cou, souvent de bouffissure du visage, d'albuminurie, etc., etc.

Vous ne pouvez confondre l'érysipèle du pharynx avec la maladie qui nous occupe. En effet l'aspect de l'épithélium décollé provenant des phlyctènes ou des bulles qui se sont rompues n'est pas celui des vraies fausses membranes.

Il ne suffit pas toujours de reconnaître la diphthérie de la gorge, il est bon d'en reconnaître la forme.

Est-ce la diphthérie commune, sporadique ? Est-ce la diphthérie grave, épidémique ? ou bien est-ce cette forme toxique si bien étudiée par Trousseau ?

Vous pourrez résoudre ces différentes questions en vous rendant compte du point de départ de la contagion, de l'épidémie régnante, etc.

---



## X<sup>e</sup> LEÇON

---

Comment a lieu l'infection diphthéritique. — De l'infection secondaire. — Traitement local et général. — Il faut relever les forces de l'organisme, agir sur l'élément infectieux, modifier la muqueuse par des médicaments qui, absorbés, agissent à leur sortie.

MESSIEURS,

Dans une précédente leçon, vous avez appris que Bretonneau avait adopté le mot diphthérie, au lieu de diphthérite, pour marquer que dans la maladie il y a autre chose que le fait matériel de la fausse membrane, qu'il y a une véritable infection de l'économie.

Comment a lieu cette infection?

A-t-elle lieu d'emblée, et la fausse membrane n'est-elle que l'expression secondaire de la maladie? Ou bien la fausse membrane est-elle primitive, et la maladie, locale d'abord, ne devient-elle générale que par la suite, absolument comme la syphilis?

Je vais m'arrêter quelques instants sur ces considérations, qui ont une grande importance au point de vue du traitement.

Il existe des faits positifs, dit Jaccoud, dans lesquels la réception accidentelle des matières suspectes a été suivie de l'angine caractéristique. Dans tous ces faits, les premiers accidents ont été locaux dans la gorge ou dans les fosses nasales, les phénomènes généraux ont toujours été secondaires.

D'un autre côté, vous vous rappelez que dans l'épidémie observée par moi à Morannes, j'ai constaté que les phénomènes généraux d'intoxication prédominaient sur les phénomènes locaux.

Je suis donc autorisé à vous dire, sinon que la diphthérie (ou l'angine diphthérique) est une maladie générale d'emblée analogue aux fièvres éruptives, tout au moins qu'elle peut devenir générale avec une rapidité telle que les accidents locaux semblent être une manifestation extérieure de la maladie, de même que l'éruption est une manifestation de la scarlatine.

Nous établirons donc, au point de vue du traitement, deux formes de diphthérie. L'une, et c'est la plus commune, où les accidents locaux sont primitifs, les accidents généraux secondaires; l'autre forme où l'intoxication, l'infection générale domine la scène dans des conditions telles pour le praticien, qu'alors même qu'il lui serait prouvé que l'accident local est le point de départ de la maladie, tous ses soins, son traitement restent dirigés vers l'état général.

Messieurs, si dans la diphthérie le mal est purement local, comment expliquer l'infection secondaire ?

On peut l'attribuer soit à la pullulation des organismes parasites, soit à la décomposition putride de l'exsudat pharyngé, d'où résulte, dans l'un et l'autre cas, une altération du sang incompatible avec la vie.



Dans ces cas d'infection secondaire, il est possible, dit Jaccoud, que l'exsudat présente des conditions anatomiques particulières; peut-être abonde-t-il en organismes inférieurs, et, suivant que l'ulcération sous-diphthérique permet ou ne permet pas la résorption, la maladie reste locale ou devient générale.

Ainsi, pour M. Bouchut, dans la diphthérie, l'infection est toujours secondaire.

Malgré l'autorité de MM. Bouchut, Jaccoud, etc., et bien qu'avec M. Bucquoy je puisse vous citer des exemples d'infection secondaire, souvenez-vous que l'affection, au point de vue pratique, semble souvent générale d'emblée, et agissez en conséquence.

Ne perdez pas votre temps à combattre un état local, quand le danger tout entier vient d'un état général.

J'arrive de cette façon à vous parler du traitement de l'angine diphthéritique.

Nous distinguerons : 1<sup>o</sup> un traitement local; 2<sup>o</sup> un traitement général.

TRAITEMENT LOCAL.— Trousseau conseille l'usage de l'alun en gargarisme, ou porté directement sur le point envahi par la fausse membrane.

« C'est, dit-il, pendant l'épidémie que je fus appelé à observer en 1828, dans les départements constituant l'ancienne Sologne, que j'eus l'occasion d'observer l'efficacité de ce médicament. »

Trousseau recommande encore le tannin en insufflation.

Pour que la médication soit plus puissante encore, nous conseillons d'alterner les insufflations de poudre d'alun avec celles de tannin.

L'indication est de détruire la fausse membrane,



puis de modifier l'état de la muqueuse, de manière à s'opposer à la reproduction de l'exsudat.

Pour détruire les fausses membranes, on a préconisé les caustiques : l'acide chlorhydrique, le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre, etc. L'acide chlorhydrique est un topique énergique. On peut l'employer pur. Mais remarquez bien que ce caustique peut vous induire en erreur, parce qu'il est suivi d'une tache blanche présentant tous les caractères d'une angine diphthéritique. Le nitrate d'argent présente les mêmes inconvénients, et depuis longtemps je l'ai abandonné. Pourquoi? Parce que la cautérisation est beaucoup trop superficielle. Je préfère l'acide citrique ou, si vous le voulez, des badigeonnages avec le jus de citron.

Le perchlorure de fer, le chlorate de potasse sont parfaitement indiqués. Le chlorate de potasse agirait sur place en détruisant les bactéries. C'est également en pensant qu'on pourrait arrêter le développement local des parasites que l'on a conseillé l'acide salicylique, l'acide phénique.

Beaucoup d'auteurs recommandent des douches ou irrigations continues de l'arrière-gorge.

On peut, pour ces injections, prendre :

Coaltar saponiné de Lebœuf . . . 400 gr.

Eau ordinaire . . . . . 500

Ces irrigations répétées toutes les heures auraient pour avantage d'enlever les fausses membranes, de nettoyer la gorge.

On a encore employé la teinture d'iode en badigeonnage.

Depuis un certain nombre d'années on a préconisé



le soufre, qui agirait sur les champignons de la diphthérie.

On a proposé d'enlever les amygdales lorsqu'elles sont atteintes par l'angine couenneuse.

Cette pratique, basée sur les théories qui considèrent la diphthérie comme une affection locale, à son début, ne me paraît pas sérieuse.

On a encore employé comme topique l'acide tartrique. C'est un topique très actif. Il réduit rapidement la fausse membrane à l'état gélatineux.

Des fausses membranes, épaisses, plongées dans la solution suivante, n'ont plus formé qu'une masse pulpeuse (Vidal) :

Acide tartrique . . . . .	10 gr.
Eau distillée de menthe.	25
Glycérine . . . . .	25

Mélez.

Badigeonnez les parties malades toutes les trois heures.

Les vomitifs sont également employés et rendent de grands services. Par les efforts qu'ils déterminent, ils hâtent l'élimination des exsudats membraneux.

Donnez l'ipéca aux enfants; abusez-en, si vous le voulez, mais ne donnez que très rarement l'émétique. Son action déprimante est nuisible aux diphthériques, qui sont déjà trop exposés à l'adynamie.

TRAITEMENT GÉNÉRAL.— Le but du traitement général consiste : 1<sup>o</sup> à relever les forces de l'organisme; 2<sup>o</sup> à agir sur l'élément infectieux; 3<sup>o</sup> à modifier la muqueuse par des médicaments qui, absorbés, puissent agir à leur sortie de l'économie.

1<sup>o</sup> *Relever les forces de l'organisme.* — Cette indica-



tion est capitale, quelle que soit la forme de l'angine diphthéritique. Elle est impérieuse dans la forme toxique, elle constitue alors la ressource suprême.

L'alcool, les vins généreux, le café, etc., rempliront le but désiré.

2<sup>o</sup> *Agir sur l'élément infectieux.* — Nous ne connaissons pas encore le germe, le microbe, si vous voulez, de la diphthérie; nous savons qu'il existe, et on a essayé par des médications diverses de l'anéantir non seulement sur les muqueuses, mais dans la circulation générale.

On a conseillé le benzoate de soude. D'après les expériences de Graham, ce sel arrête la végétation du poison diphthéritique, pourvu que la dose soit proportionnée au poids du malade. La dose serait de 7 à 8 gr. par jour chez les enfants de 1 à 3 ans, de 8 à 10 gr. de 3 à 7 ans, de 15 gr. au-dessus et de 25 gr. chez les adultes. 27 malades atteints de diphthérie étant soumis exclusivement à l'action de ce nouveau remède par le Dr Letzerich, durant une épidémie à Berlin, dont 24 enfants et 3 adultes, il n'y eut qu'un décès, malgré huit cas des plus graves.

Voici la formule employée pour les enfants au-dessous d'un an :

Benzoate de soude pur. . . . . 5 gr.

Eau distillée simple. . }  
— de menthe . . . . } ana . . . 40

Sirop d'écorces d'oranges amères. 10

Une demi-cuillerée à bouche toutes les heures.

Le chlorate de potasse est employé dans le même but à l'intérieur, à la dose de 3 à 8 gr. par jour, suivant les âges.



3<sup>o</sup> *Modifier la muqueuse* par des médicaments qui, absorbés, puissent agir à leur sortie de l'économie.

Les médicaments pouvant répondre à cette indication sont : le chlorate de potasse, le bromure de potassium, les sulfureux, etc.

« Si, dit Trousseau, nous reconnaissons avec M. Isambert que l'utilité du chlorate de potasse dans les cas de moyenne intensité paraît démontrée par une action toute spéciale et en quelque sorte élective sur la membrane muqueuse pharyngienne, nous nions son efficacité dans les cas graves... »

Un certain nombre de praticiens, parmi lesquels je puis citer M. le professeur Feillé, ont une très grande confiance dans le bromure de potassium.

Les balsamiques, récemment vantés et mis en honneur par M. Trideau d'Andouillé, ne me paraissent pas, au moins dans les cas graves, avoir une action manifeste.

Dans l'épidémie de Morannes, en 1871, je les ai largement employés et n'en ai retiré aucun succès.

J'aurais encore à vous citer d'autres médications contre l'angine diphthéritique, tant elles sont nombreuses, mais je suis obligé de me restreindre, et pour terminer je vous dis :

Au premier rang du traitement, je place l'alimentation, et plus la maladie est grave, plus il y a nécessité de nourrir les malades.

Je donne aussi du quinquina et des ferrugineux.

J'ai vu déjà beaucoup d'angines diphthéritiques, et j'ai acquis la conviction que, dans les cas sporadiques, chaque médicament avait pu donner des succès ; mais d'un autre côté, j'ai acquis la conviction que dans les

formes graves, sans les toniques (alcool, café, vins généreux, alimentation, etc.), tout était inutile.

Je résume le traitement :

En face d'une angine couenneuse manifeste, il faut :  
1° un vomitif pour expulser la fausse membrane ;  
2° agir localement par des topiques (alun, tannin, chlorate de potasse) ; 3° pratiquer des irrigations continues de l'arrière-gorge avec un liquide antiseptique ;  
4° alimenter le malade et lui donner des stimulants.



## XI<sup>e</sup> LEÇON

---

Des angines rhumatismale, goutteuse, scorbutique. — De l'angine érysipélateuse, symptômes particuliers. — Ce qu'on désigne sous le nom d'angine de Luddwig. — Diagnostic. — Angines des fièvres éruptives. — Angines produites par les agents toxiques.

MESSIEURS,

L'inflammation de l'arrière-gorge que nous désignons sous le nom d'angine n'est pas toujours une manifestation locale, elle peut être le résultat d'un état général ou diathèse : ainsi elle peut être rhumatismale, goutteuse ou scorbutique.

L'angine rhumatismale est une des manifestations précoces du rhumatisme ; on l'observe ordinairement dans la période de début de l'attaque, elle est à la membrane muqueuse de l'arrière-bouche ce que sont les exanthèmes à la peau. (Péter.)

Le phénomène capital de l'angine rhumatismale est la douleur.

Le début est brusque, la fièvre est l'expression de

l'affection générale et non de la manifestation locale.

Le diagnostic a une certaine importance parce qu'il permet au médecin de prédire l'apparition probable d'un rhumatisme.

L'angine catarrhale aiguë est assez difficile à distinguer de l'angine rhumatismale.

C'est la connaissance des circonstances antécédentes ou concomitantes, plutôt que l'examen même de la région affectée, qui met sur la voie.

L'angine scorbutique est rare dans nos pays. On l'observe chez les individus affectés de scorbut, et on conseille de la traiter par des attouchements avec l'acide chlorhydrique mêlé au miel rosat, dans la proportion de trente à quarante gouttes d'acide pour trente grammes de miel.

L'angine peut être également une manifestation de la goutte ; nous en dirons quelques mots à propos des angines chroniques.

### **De l'angine érysipélateuse.**

L'angine érysipélateuse, ou érysipèle du pharynx, n'est autre chose que la localisation de l'érysipèle sur la muqueuse pharyngée.

Or, cet érysipèle se montre d'emblée dans l'arrière-gorge, ou bien il est le résultat de l'extension d'un érysipèle de la peau. On le dit primitif ou consécutif.

Vous aurez, Messieurs, sachez-le bien, à observer fréquemment cette affection, et elle se développera sous l'influence d'une constitution médicale spéciale.

*Symptômes.* — Pendant deux ou cinq jours, l'érysipèle



du pharynx sera précédé de fièvre, douleurs épigastriques, nausées, vomissements, etc.

L'accès fébrile peut être violent, il peut éclater tout à coup ; on constate souvent au début un frisson unique.

Les symptômes qui suivent peuvent être divisés en : fonctionnels et locaux. La douleur est vive, cuisante ; c'est une sensation de brûlure ; il y a une gêne de la déglutition, mais on ne constate pas de menaces de suffocation comme dans l'angine rhumatismale ou phlegmoneuse.

Si on examine la gorge on constate que la muqueuse est d'un rouge sombre, cette teinte est étendue en nappe diffuse et d'un aspect luisant comme si la membrane muqueuse était recouverte d'un vernis. (Péter.) Le gonflement de la muqueuse est peu marqué. On peut dire que l'érysipèle du pharynx est une maladie de surface et non de profondeur.

Mais cette variété d'angine ne se caractérise pas toujours par de la rougeur, elle présente quelquefois de véritables bulles, des phlyctènes ; M. Cornil l'a parfaitement signalé. Leur durée est d'ailleurs éphémère, car elles se rompent spontanément et les lambeaux d'épithélium qui constituaient leurs parois se rapprochent et se réappliquent sur le derme muqueux simulant ainsi des fausses membranes. (Damaschino.)

Les ganglions sous-maxillaires et cervicaux sont ordinairement tuméfiés. Je ne puis vous dire si le gonflement des ganglions précède ou suit d'une façon certaine l'érysipèle pharyngé ; mais je crois avoir observé que le gonflement est consécutif.



On a dit qu'il était très rare de voir l'érysipèle du pharynx naître et s'étendre sur place ; je crois que c'est une erreur, provenant, en effet, de ce que l'érysipèle du pharynx est très souvent la première étape de l'érysipèle de la face.

J'ai pour mon compte quelques cas d'érysipèle du pharynx d'emblée et sans propagation à la face.

L'érysipèle peut s'étendre aux fosses nasales, à la trompe d'Eustache. Il peut envahir la cavité buccale tout entière, la région sus-hyoïdienne, donnant lieu à des symptômes locaux et généraux dignes de la plus grande attention.

Alors on a affaire, à mon sens, à la variété décrite sous le nom d'angine de Luddwig.

Cette variété d'angine se caractérise par le phlegmon de la région sus-hyoïdienne ; tantôt il y a suppuration, tantôt, comme je l'ai observé, il se produit une fonte gangréneuse ; la peau se ramollit, on sent sous le doigt une crépitation gazeuse et l'on constate tous les troubles d'une septicémie aiguë.

J'ai observé plusieurs fois que cette variété d'érysipèle du pharynx coïncidait avec le diabète.

L'érysipèle du pharynx peut se terminer par résolution, par complications : telles que œdème de la glotte, bronchite capillaire, complications dont on se rend bien compte par la propagation de l'érysipèle au larynx, aux bronches, etc., etc. Il peut encore se terminer par la gangrène.

On reconnaît surtout l'érysipèle du pharynx par ce fait ou qu'il coexiste avec l'érysipèle de la face, ou qu'il l'a précédé, ou qu'il l'a suivi.

On pourra supposer que l'angine est érysipélateuse



quand elle apparaît au milieu d'une épidémie d'érysipèle.

On peut confondre l'érysipèle du pharynx avec : 1<sup>o</sup> l'angine catarrhale ; 2<sup>o</sup> l'angine herpétique ; 3<sup>o</sup> le pemphigus du pharynx ; 4<sup>o</sup> l'angine scarlatineuse.

L'angine catarrhale présente une couleur moins vive, plus rose de la muqueuse. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire, la fièvre et les symptômes généraux sont moins intenses.

L'angine herpétique présente des vésicules, non des bulles. Aux vésicules succèdent de vraies fausses membranes et la coloration de la muqueuse n'offre jamais la teinte rouge sombre de l'érysipèle.

Le pemphigus du pharynx est une affection rare d'ailleurs ; les bulles sont beaucoup plus régulières dans leurs contours. Il n'y a pas de phénomènes généraux, et la présence de l'éruption cutanée rend le diagnostic facile.

L'angine scarlatineuse sera facile à reconnaître, et si le doute existe un moment, il ne sera que de courte durée.

Le traitement comprend le traitement de la période confirmée qui est celui de l'érysipèle ; le traitement des *complications* : œdème de la glotte, bronchite capillaire.

Quel est le pronostic de l'érysipèle du pharynx ?

Tout érysipèle qui a tendance à gagner les parties internes est grave, très grave ; tout érysipèle qui tend à devenir externe, par exemple : se propager à la face, a une gravité moindre et la gravité varie suivant la force du sujet.



### **Angine des fièvres éruptives.**

La scarlatine, a dit Trousseau, est une maladie essentiellement angineuse. Dans cette maladie l'angine apparaît au début et quelquefois elle constitue le seul symptôme appréciable de la scarlatine.

Elle est caractérisée : 1<sup>o</sup> par la rapidité de son apparition; 2<sup>o</sup> par l'intensité du mouvement fébrile concomitant; 3<sup>o</sup> par la teinte violacée de la rougeur gutturale.

On observe encore une angine tardive par opposition à l'angine du début ou initiale.

Celle-ci est généralement pultacée; c'est d'elle que Trousseau a pu dire : la scarlatine n'aime pas le larynx.

L'angine tardive est bien différente ; elle survient dans les scarlatines graves, ou même bénignes, au huitième et neuvième jour, au plus tard, alors que la fièvre est tombée, que l'éruption a disparu et que la convalescence paraît s'établir. (Desnos.)

C'est la forme diphthérique de l'angine scarlatineuse. Tandis que Trousseau n'y voit qu'une diphthérie vraie, pour G. Sée, la diphthérie lui est étrangère ; elle est l'expression de la scarlatine elle-même.

### **Angine de la rougeole.**

Elle ne se montre que tardivement, dit Péter, vers le troisième ou quatrième jour de la fièvre. Nous avons vu beaucoup d'exceptions à cette règle.



Les amygdales sont tuméfiées, mais jamais ou presque jamais, la tuméfaction des amygdales ne s'accompagne de la formation de fausses membranes.

### **Angine de la variole.**

Elle affecte dans cette maladie des allures spéciales.

Elle est une angine pustuleuse ; elle est le résultat de la propagation à la membrane muqueuse de la gorge, de l'éruption qui couvre le tégument externe.

Elle apparaît vers le troisième jour de l'éruption et donne lieu à des symptômes locaux et fonctionnels. La rougeur de l'arrière-gorge devient très intense, la douleur est très vive, la déglutition très pénible, etc.

La fièvre typhoïde, les fièvres intermittentes sont la cause d'angines plus ou moins graves.

Il faut se méfier de certaines angines périodiques, parce qu'elles sont quelquefois le masque d'une fièvre pernicieuse.

Les affections virulentes amènent également l'angine.

Gubler a étudié l'angine de l'affection charbonneuse. On la reconnaîtra à la rapidité de la marche, à son excessive gravité, aux conditions professionnelles du malade. Il en est de même de l'angine de la morve.

Elle se caractérise : par de la constriction à la gorge, par des complications du côté des narines, par l'engorgement des ganglions du cou.

Les commémoratifs mettent encore sur la voie du diagnostic.

## Angines produites par les agents toxiques.

### *Angines par imbibition.*

Elles comprennent les angines par les :

- |                                  |   |                                     |
|----------------------------------|---|-------------------------------------|
| 1 <sup>o</sup> Métalloïdes . . . | { | Posphate.                           |
|                                  | { | Chlore.                             |
| 2 <sup>o</sup> Acides. . . . .   | { | Acides sulfurique et chlorhydrique. |
|                                  | { | Acide acétique.                     |
|                                  | { | Acide oxalique.                     |
| 3 <sup>o</sup> Alcalis. . . . .  | { | Potasse et soude.                   |
|                                  | { | Ammoniaque.                         |
|                                  | { | Nitrate d'argent.                   |
| 4 <sup>o</sup> Sels . . . . .    | { | Sels de cuivre.                     |
|                                  | { | Sels de plomb.                      |
|                                  | { | Sels de mercure.                    |
|                                  | { | Tartre stibié.                      |

### *Angines par absorption.*

1<sup>o</sup> Angines par les préparations mercurielles.

2<sup>o</sup> — par les préparations iodées.

3<sup>o</sup> — par les solanées.

Telle est la division des angines produites par les agents toxiques, division donnée par Péter et que je vous prie de bien retenir, car elle vous sera d'une grande utilité.

---



## XII<sup>e</sup> LEÇON

---

Des angines chroniques, glanduleuse, scrofuleuse, syphilitique.  
— Quelle est la gravité de l'angine glanduleuse? — Son traitement. — L'angine scrofuleuse est tantôt bénigne, tantôt maligne. — L'angine syphilitique est primitive ou secondaire. De l'œsophagite; ses causes: symptômes et traitement

MESSIEURS,

Je vous ai jusqu'à présent entretenus des angines aiguës, c'est-à-dire s'accompagnant d'un état fébrile plus ou moins intense, mais constant.

L'angine catarrhale aiguë peut passer à l'état chronique; c'est là un mode de terminaison du processus inflammatoire. Quelquefois l'affection est chronique d'emblée et est presque toujours l'indice d'une diathèse.

D'autres fois l'angine catarrhale chronique est le résultat de l'usage abusif du tabac ou d'excès alcooliques.

Dans ces cas, sauf l'absence de l'état fébrile, l'an-

gine chronique présente peu de caractères particuliers.

Envisagées au point de vue de la pathogénie, on distingue les angines chroniques en trois variétés : 1<sup>o</sup> l'angine glanduleuse ou herpétique; 2<sup>o</sup> l'angine scrofuluse; 3<sup>o</sup> l'angine syphilitique.

### De l'angine glanduleuse.

On lui a donné différents noms : angine granuleuse (Chomel), angine granuleuse chronique (Hardy et Béhier), mal de gorge des ecclésiastiques (Green).

Elle est caractérisée anatomiquement par des granulations de volume et de configuration divers faisant saillie à la surface de l'isthme du gosier et du pharynx, et se traduisant par une sensation de picotements à la gorge, une altération continue ou intermittente de la voix, le besoin de faire une expectoration brusque et bruyante. (Demas.)

En 1846, Horace Green, de New-York, en donna une bonne description, dans son *Traité des maladies des voies respiratoires*. En 1857, Noël Gueneau de Mussy, donne à cette angine le nom d'angine glanduleuse, il en établit la nature diathésique et fixe à peu près définitivement ce point de la science.

On peut classer les causes de cette angine en plusieurs groupes : 1<sup>o</sup> causes locales ; 2<sup>o</sup> causes générales.

Les causes locales comprennent :

Exercice abusif de la voix ;

Irritations répétées de la muqueuse pharyngée ;

Certaines professions.



Les causes générales :

Herpétisme ;

Rhumatisme, goutte.

La scrofule et la syphilis amènent l'angine glanduleuse, mais en lui imprimant certains caractères spéciaux qui nécessitent une étude particulière.

*Symptômes.* — Les lésions caractéristiques de l'angine glanduleuse se trouvent à la paroi postérieure du pharynx et latéralement le long des piliers. La muqueuse est ordinairement sèche, mamelonnée, présentant des granulations discrètes ou confluentes, formant saillies. Voilà pour les signes locaux.

Les troubles fonctionnels consistent dans une sécheresse de la gorge amenant des mouvements incessants de déglutition. Il y a un besoin continuel d'expectoration ; des crachats épais, visqueux sont rendus, quelquefois ils sont mélangés de sang.

Les fonctions de la voix et de la respiration sont troublées ; il y a de l'enrouement, quelquefois de l'aphonie.

J'insiste comme symptôme caractéristique sur un besoin d'expectoration brusque, dont vous pouvez vous rendre compte en prononçant le mot *hem*.

L'angine granuleuse est une affection rebelle ; elle peut durer des années. Le froid, des écarts de régime la provoquent.

On a noté avec raison que cette angine s'accompagnait fréquemment d'hypochondrie, de surdité...

Quelle est sa gravité ?

Si on croyait Green, elle pourrait se terminer par la tuberculisation pulmonaire. C'est là une exagération. Disons que c'est une maladie longue, tenace, qui peut



influer sur le moral d'une manière fâcheuse, mais elle ne menace pas directement la vie.

Le traitement repose sur deux indications : 1<sup>o</sup> modifier l'état général qui cause ou entretient la maladie ; 2<sup>o</sup> combattre directement les lésions locales.

Le traitement général consiste dans les sulfureux, les alcalins et les balsamiques.

La médication sulfureuse se fait par les eaux minérales : Cauterets, Luchon, Eaux-Bonnes. Elles sont indiquées dans la forme atonique de la maladie.

Les alcalins sont au contraire indiqués lorsqu'il s'agit d'une forme irritative, à poussées subaiguës, fréquentes et fort pénibles surtout quand l'arthritisme semble jouer un rôle prédominant. (Damaschino.)

Le goudron, l'essence de térébenthine, etc., pourront être utiles quand les sécrétions sont abondantes.

D'après certains auteurs, le traitement local donne des succès plus marqués que le traitement général.

Il comprend : 1<sup>o</sup> des insufflations ; 2<sup>o</sup> des cautérisations.

Je ne parle pas des moyens hygiéniques et des antiphlogistiques que l'on emploie quelquefois lorsqu'il y a recrudescence aiguë.

Les cautérisations seront pratiquées avec le nitrate d'argent en crayon ou en solution. Je vous recommande la teinture d'iode.

Vous l'emploierez au début étendue d'eau. Par exemple :

Teinture d'iode.	. . . . .	30 gr.
Iodure de potassium.	. . . . .	1 gr. 50
Eau	. . . . .	20 gr.

Badigeonnez avec un pinceau.



On conseille aussi des insufflations faites avec des poudres astringentes : Tannin, alun, etc.

Des inhalations, des pulvérisations de certains liquides à température élevée réussissent quelquefois.

### **De l'angine scrofuleuse.**

On en distingue deux formes, l'une bénigne, l'autre grave ou maligne.

La forme grave correspond à ce que Bazin appelle scrofulide maligne des membranes muqueuses.

Vous avez vu dans le service de M. Farge un exemple frappant de cette angine. Elle fut consécutive à un lupus de la face.

Le traitement s'adresse à la diathèse ; ce sont les préparations iodurées et l'huile de foie de morue à haute dose.

### **Angines syphilitiques.**

On distingue : 1° l'angine syphilitique primitive ou chancre de la gorge ; 2° l'angine syphilitique secondaire, érythémateuse, par plaques muqueuses ; 3° l'angine syphilitique tertiaire, ulcéreuse, par tumeurs gommeuses.

Je ne fais qu'énumérer ces variétés d'angines pour ne pas empiéter sur le terrain du professeur de pathologie externe.

## ŒSOPHAGITE

Sous le nom d'œsophagite on désigne l'inflammation aiguë ou chronique de la muqueuse œsophagienne.

L'inflammation intéresse une partie ou la totalité de la longueur de ce conduit. Elle est simple si elle occupe d'une manière uniforme tous les points de la surface malade; folliculeuse et granuleuse quand elle atteint isolément ses follicules; phlegmoneuse lorsque la phlegmasie s'étendant au tissu cellulaire sous-muqueux, en détermine la suppuration, etc.

Nous prendrons comme type de notre description l'œsophagite simple.

Elle est rarement primitive et isolée. Le plus souvent elle succède par continuité à une phlegmasie de l'arrière-bouche et du pharynx.

D'autres fois elle se développe sous l'influence de la scarlatine, de la rougeole ou bien elle est due au contact de substances âcres et irritantes, comme cela arrive dans certains empoisonnements, à l'ingestion de certaines substances médicamenteuses, de boissons trop chaudes. Quelquefois la phlegmasie remonte de l'estomac à l'œsophage.

Le rhumatisme peut également se fixer sur ce conduit.

**SYMPTÔMES.** — Souvent, l'affection reste latente quand elle est légère, ou encore quand elle est secondaire à une maladie dont les symptômes particuliers attirent l'attention.

Le symptôme le plus constant est la douleur. Elle



se fait sentir en un point de l'œsophage. Elle augmente par les mouvements de déglutition, par le passage des liquides et des solides. Si l'inflammation occupe toute la circonférence du conduit, le gonflement qui en résulte peut amener un rétrécissement, cause de vomissements.

D'autres symptômes fonctionnels ont été signalés, le hoquet, par exemple.

La fièvre, la céphalalgie sont légères. La résolution est la terminaison la plus commune de l'œsophagite aiguë simple.

A l'examen du cadavre on trouve la membrane muqueuse rouge; dans les points malades elle est tuméfiée, facile à détacher. Entre la membrane muqueuse et musculuse, quand l'inflammation est violente, on peut constater des abcès.

D'autres fois des ulcérations se forment plus ou moins étendues, pouvant détruire toute l'épaisseur des parois.

D'après Velpeau, Scouteten aurait observé un ulcère de l'œsophage, fermé par la face antérieure d'une vertèbre à laquelle il adhérerait.

S'il y a passage à l'état chronique, on constate les altérations que les phlegmasies chroniques apportent dans la nutrition des différents tissus de l'économie.

On distingue l'œsophagite des lésions organiques de l'œsophage et de la dysphagie hystérique, à l'ancienneté des accidents pour l'œsophagite et pour la dysphagie hystérique à l'intermittence des symptômes, à leur mobilité, à leur ensemble

Le pronostic diffère suivant l'étendue des lésions; la forme phlegmoneuse est la plus grave.

Le danger provient souvent des rétrécissements consécutifs.

Le traitement comporte : 1<sup>o</sup> combattre l'inflammation par des émissions sanguines générales ou locales ; 2<sup>o</sup> soutenir les forces du malade par tous les moyens possibles : lavements de bouillon si c'est nécessaire.

Quelquefois les révulsifs seront indiqués.

---



## XIII<sup>e</sup> LEÇON

---

Rétrécissement de l'œsophage, ses causes. — Rapports de l'œsophage. — Rétrécissements inflammatoires, organiques, symptômes. — Diagnostic du rétrécissement en lui-même, de son siège et de sa nature.

MESSIEURS,

Bien que les rétrécissements de l'œsophage appartiennent surtout à la chirurgie, en raison de l'intérêt que cette question présente, et parce qu'il en existe un cas actuellement dans le service de médecine, je désire en faire l'objet de cette leçon.

Messieurs, les travaux de Mondière ont jeté un grand jour sur l'histoire des rétrécissements de l'œsophage, et nous devons à M. le Dr Follin une excellente thèse sur ce sujet.

On dit qu'il y a *rétrécissement* d'un conduit toutes les fois qu'il y a effacement de ce conduit, diminution de son calibre normal.

Les causes de rétrécissement peuvent donc exister :  
1<sup>o</sup> en dehors du conduit (rétrécissement par com-

pression); 2<sup>o</sup> dans les parois mêmes; 3<sup>o</sup> dans l'intérieur (corps étrangers).

Nous négligerons les différentes conditions morbides dans lesquelles le rétrécissement de l'œsophage apparaît seulement comme phénomène symptomatique.

Nous admettons avec M. Follin : 1<sup>o</sup> des rétrécissements inflammatoires; 2<sup>o</sup> des rétrécissements spasmodiques; 3<sup>o</sup> des rétrécissements organiques, et nous passerons sous silence les rétrécissements par compression et ceux par introduction de corps étrangers.

Pour bien comprendre l'histoire des rétrécissements de l'œsophage, il faut se rappeler exactement les rapports de ce conduit.

Étudié au point de vue de ses rapports, l'œsophage présente une face antérieure, une face postérieure et deux bords ou faces latérales.

On distingue également une portion cervicale et thoracique. Au cou, l'œsophage répond en avant à la partie postérieure de la trachée, qu'il déborde à gauche, où il rencontre le nerf recurrent. En arrière, il repose sur le rachis, dont le sépare un tissu cellulaire assez lâche. Sur les côtés, il répond aux lobes de la glande thyroïde, au faisceau vasculo-nerveux des artères carotides primitives et des nerfs vagues, rapports plus immédiats à gauche.

Dans sa portion thoracique, il correspond en avant et de haut en bas à la trachée, à la bronche gauche, à la crosse de l'aorte, à la base et à la face postérieure du cœur. En arrière, il est séparé du rachis par un espace cellulaire qui loge la veine azygos, le canal thoracique. En bas, au moment où il va traverser le diaphragme, il répond en arrière à l'aorte. Sur les



côtés, l'œsophage répond immédiatement aux poumons, dont le sépare pourtant la lame séreuse du médiastin; mais à gauche il est accompagné par l'aorte, dont la crosse le contourne; les deux nerfs pneumogastriques descendent à côté de lui.

Je vous ai rappelé ces différents rapports afin de mieux comprendre chacun des symptômes produits par les rétrécissements de l'œsophage.

### **1° Rétrécissements inflammatoires.**

Rares comme l'œsophagite, leurs symptômes sont ceux de cette affection. L'obstacle que le gonflement inflammatoire des tissus apporte au passage des aliments est encore augmenté par la douleur que le malade éprouve.

Souvent aussi une constriction spasmodique des fibres charnues vient ajouter ses effets à ceux de la phlegmasie.

Les rétrécissements inflammatoires de l'œsophage ont une grande analogie avec les rétrécissements aigus de l'urèthre.

### **2° Rétrécissements organiques.**

On y distingue deux classes : 1° les rétrécissements simples; 2° les rétrécissements par productions accidentelles. (Follin.)

#### *A. Rétrécissements organiques simples.*

Sous l'influence de l'inflammation chronique, les choses se passent ici comme dans les autres organes.



Le tissu cellulaire intermembraneux s'indure, s'épaissit, se transforme en tissu fibreux.

Ces tissus ayant une tendance naturelle à la rétraction, on comprend que les parois du canal aient une tendance à se rapprocher du centre de la cavité.

Ce travail pathologique a pour conséquence immédiate de diminuer d'abord l'augmentation de l'organe, et, s'il persiste, d'effacer plus tard tout à fait son calibre.

Il y a rétrécissement par transformation du tissu cellulaire en tissu fibreux, ou bien par simple rétraction.

Le rétrécissement peut encore être cicatriciel. Supposons qu'une ou plusieurs ulcérations se produisent consécutivement à la violence de la phlegmasie ou directement par l'ingestion dans l'œsophage d'un liquide corrosif ou bouillant; la perte de substance se répare peu à peu, mais le tissu de cicatrice est doué lui-même de qualités rétractives très prononcées, et la cicatrisation ne se fait qu'avec la coarctation de l'œsophage. Ces rétrécissements sont dangereux surtout par l'obstacle qui en résulte pour l'alimentation.

*B. Rétrécissements organiques, par productions nouvelles.*

Ils tiennent, soit à l'hypertrophie de l'œsophage, soit à des néoplasies : productions cartilagineuses, cancéreuses, etc.

Nous allons étudier plus particulièrement le cancer de l'œsophage.

L'étude anatomo-pathologique montre qu'il s'agit toujours d'un néoplasme à marche envahissante : va-



riétés encéphaloïde, squirrhe, épithélioma. La grande fréquence de l'épithélioma semble résulter des observations les plus modernes.

Le cancer de l'œsophage paraît intéresser plus souvent la partie inférieure du canal et le voisinage du cardia. L'étendue de la production morbide est plus ou moins grande : la néoplasie, toujours partielle, mesure 6 à 9 centimètres. Sa forme est celle d'un anneau ou d'un cylindre plus ou moins haut. Elle est ordinairement unique.

Au-dessus et au-dessous de la tumeur, l'œsophage peut être parfaitement sain, mais souvent il offre des altérations diverses, dont les unes (ce sont les plus nombreuses) existent au-dessus et les autres au-dessous du rétrécissement.

Vous constaterez le plus souvent au-dessus une dilatation comme dans tout canal affecté de rétrécissement. Cette dilatation peut être cylindrique, c'est-à-dire étendue à toute la circonférence du conduit, ou sacciforme et latérale. En même temps, le tissu musculaire est épaissi, il semble hypertrophié.

Au-dessous du carcinôme, l'œsophage est, au contraire, diminué de volume.

Les organes avoisinant la masse cancéreuse sont, comme cela a lieu dans les tissus qui environnent toute néoplasie, souvent adhérents à la tumeur.

Les bronches, la trachée, les poumons, la plèvre, les os, peuvent être affectés.

Remarquez aussi, Messieurs, que la tendance naturelle du néoplasme au ramollissement et à l'ulcération fait que le conduit alimentaire est rarement oblitéré d'une manière complète; une filière plus ou moins



étroite, irrégulière, tortueuse, subsiste dans la plupart des cas.

SYMPTÔMES. — Ils sont locaux ou fonctionnels. Mais les troubles fonctionnels occupent la principale place et se caractérisent par une dysphagie progressive.

Au début, c'est une simple difficulté dans la déglutition. Les aliments solides franchissent difficilement l'obstacle, puis ce sont les aliments demi-solides. A un certain moment, les liquides seuls peuvent franchir l'obstacle.

En même temps existe une douleur plus ou moins vive au niveau de l'altération. La douleur s'étend aux parties voisines.

Lorsque le cancer occupe la région cervicale de l'œsophage, on peut reconnaître un gonflement du cou dû à la présence de la tumeur.

Si la filière laissée par le rétrécissement est très étroite, il y a souvent régurgitation partielle ou totale des aliments aussitôt après leur introduction.

Lorsque la maladie est avancée, le rejet des aliments est accompagné de celui d'une certaine quantité de sang ou d'une substance noire, brune, analogue à de la suie délayée, à du marc de café.

Parfois vous serez frappés de la raucité de la voix, qui pourra présenter en outre des modifications de timbre plus ou moins accentuées. Si le larynx n'est pas altéré, il s'agit alors le plus ordinairement d'une compression ou même d'une désorganisation du nerf laryngé inférieur. (Damaschino.)

On complètera l'examen du malade par la constatation des signes physiques fournis par le cathétérisme.

On emploie la sonde œsophagienne à olive, mais



avec douceur, de façon à ne pas déterminer de perforation.

L'état général s'aggrave en même temps que les troubles fonctionnels augmentent.

L'amaigrissement fait des progrès chaque jour croissants, sous la triple influence d'une alimentation insuffisante, de la fatigue occasionnée par les vomissements répétés, du découragement profond auquel se laissent aller les malades. Bientôt le facies prend la teinte caractéristique des affections carcinomateuses.

La durée de la maladie varie entre un an et dix-huit mois. Lebert évalue à treize mois environ la durée moyenne du cancer de l'œsophage. La mort arrive de plusieurs manières : par inanition, par infection générale, par hémorrhagie foudroyante.

DIAGNOSTIC. — Il se rapporte à plusieurs chefs :

1<sup>o</sup> S'agit-il vraiment d'un rétrécissement ?

2<sup>o</sup> S'il en est ainsi, quel en est le siège, le degré, la nature ?

3<sup>o</sup> Enfin l'obstacle à la déglutition vient-il d'une lésion propre à l'œsophage ou d'une tumeur voisine qui seulement comprime ce conduit ?

Pour avoir une certitude complète du rétrécissement, il ne faut pas s'en rapporter à la dysphagie, aux vomissements répétés, il faut pratiquer le cathétérisme œsophagien.

Ce moyen est le seul qui permette de reconnaître les rétrécissements inférieurs à la région du cou.

L'instrument se compose d'une longue tige flexible, à l'extrémité de laquelle on fixe un petit renflement ovoïde en ivoire. On détermine le siège et le degré du rétrécissement par la profondeur à laquelle pénètre

l'instrument et par le volume de la boule annexée à la tige.

On distinguera facilement la cause du rétrécissement par les symptômes généraux et la marche de la maladie.

L'altération de la voix, que nous avons mentionnée dans les symptômes, a pu faire prendre un cancer de l'œsophage pour une laryngite; une exploration attentive et au besoin le cathétérisme ne permettraient pas cette méprise.

Une tumeur voisine de l'œsophage pourrait faire croire à une lésion propre de ce conduit, à un rétrécissement cancéreux, par exemple. Citons parmi ces tumeurs l'anévrisme de l'aorte. Mais l'auscultation et la percussion, soigneusement pratiquées, fourniront des signes de la plus haute importance.

Certaines maladies des vertèbres cervicales amènent aussi de la dysphagie. Elles ont pour symptômes le gonflement de la région cervicale, la difficulté de mouvoir le cou ou sa fixité absolue.

---



## XIV<sup>e</sup> LEÇON

---

Traitement des rétrécissements organiques de l'œsophage. — Spasme de l'œsophage, il est symptomatique et reflexe, il peut être essentiel. — Notions anatomiques générales sur l'estomac. — De la gastrite, ses variétés. — Causes externes et internes. — Anatomie pathologique.

MESSIEURS,

Je n'ai pu, dans la dernière leçon, terminer l'histoire des rétrécissements de l'œsophage; nous sommes restés au traitement des rétrécissements organiques ou par productions accidentelles.

Dans le cancer de l'œsophage, le traitement est purement symptomatique. Il faut d'abord combattre l'*inanisation* à l'aide d'aliments liquides, puis à l'aide de lavements alimentaires. Si la douleur est très vive, les injections de morphine rendront de grands services.

Si le rétrécissement est le résultat d'une induration d'origine syphilitique, on essaiera un double traite-

ment par le mercure et l'iodure de potassium à l'intérieur et à l'extérieur.

On attaque ensuite le rétrécissement par des moyens directs empruntés à la chirurgie, qui sont : 1<sup>o</sup> la dilatation ; 2<sup>o</sup> la cautérisation ; 3<sup>o</sup> la gastrotomie.

### 3<sup>o</sup> Rétrécissements spasmodiques, spasme de l'œsophage.

On lui donne encore le nom d'œsophagisme ; il est tantôt symptomatique d'une lésion cérébro-spinale, d'une névrose (tétanos, hystérie) ou d'un empoisonnement ; tantôt provoqué comme *acte reflexe*, par une altération des reins, estomac, utérus ; tantôt essentiel, c'est-à-dire indépendant de tout état morbide appréciable (Jaccoud).

On le voit encore apparaître comme phénomène ultime dans certaines fièvres graves.

SYMPTÔMES. — Le spasme se déclare tout à coup à l'occasion d'une émotion morale ; il s'annonce par un sentiment de gêne plutôt que de véritable douleur. Le malade croit avoir une boule dans la gorge.

Ce spasme est passager ou il est durable. Il peut quelquefois revêtir la forme chronique.

Le spasme de l'œsophage n'a par lui-même aucune gravité et ne réclame guère d'autre traitement que celui des affections qu'il complique.



## DES MALADIES DE L'ESTOMAC

Avant de décrire chacune des maladies de l'estomac, il est utile d'entrer dans quelques considérations générales, anatomiques et physiologiques, qui pourront nous être d'un grand secours dans l'étude de sa pathologie.

L'estomac est cette partie du tube digestif, intermédiaire à l'œsophage d'une part et à l'intestin d'autre part. C'est une dilatation servant de réceptacle aux aliments déglutis, c'est l'endroit où s'accomplit le travail de la chymification.

La direction de l'estomac, considérée dans son grand axe, est transversale, et la concavité de l'incurvation regarde en haut. Il occupe presque entièrement l'hypochondre gauche et s'avance dans la région épigastrique jusqu'aux limites de l'hypochondre droit.

L'estomac présente deux orifices : le cardia et le pylore. Le cardia se montre sous l'aspect d'une ouverture infundibuliforme qui se continue, par sa partie la plus rétrécie, avec l'œsophage et qui est comme froncée par des plis radiés émanant de ce dernier conduit. Le pylore, au contraire, est occupé par une membrane tendue à la façon d'un diaphragme perforé ou d'un iris, qui a reçu le nom de valvule pylorique.

La structure de l'estomac comprend trois membranes : l'externe de nature séreuse, la moyenne

musculeuse et l'interne muqueuse. Des vaisseaux et des nerfs existent au milieu de ces éléments.

L'estomac, en vertu de sa tunique musculeuse, imprime des mouvements nécessaires à son contenu avant de le chasser dans l'intestin. Par la sécrétion d'un suc particulier, il intervient directement dans l'acte digestif.

On comprend qu'un organe aussi important soit sujet à des maladies nombreuses.

Nous décrirons ses inflammations aiguës et chroniques; nous étudierons les néoplasies, les dilatations qu'il présente, puis certains troubles particuliers, tels que : vomissements, gastrorrhagie et dyspepsie.

### **De la gastrite.**

On désigne sous ce nom toutes les maladies de l'estomac qui dérivent d'une irritation. Le temps n'est plus assurément où, sous l'inspiration de Broussais, les médecins voyaient partout une gastrite. La véritable gastrite, surtout la gastrite spontanée, est rare, mais elle existe. La nier serait commettre une grande erreur; vous verrez que beaucoup d'états, rangés sous le nom de dyspepsie, sont le résultat d'une irritation franche de l'estomac, c'est-à-dire d'une gastrite.

On distingue la gastrite aiguë et la gastrite chronique.

Jaccoud distingue la gastrite muqueuse ou sous-muqueuse : muqueuse, elle est dite gastrite catarrhale; sous-muqueuse, elle est dite : 1<sup>o</sup> à l'état aigu,



gastrite phlegmoneuse; 2<sup>o</sup> à l'état chronique, sclérose de l'estomac.

Jaccoud cite encore la gastrite toxique. Pour lui, il n'y a pas d'autre gastrite spontanée que la catarrhale.

Dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, Luton consacre à la gastrite un excellent article que je vous recommande; j'ai, du reste, l'intention de vous le résumer en partie.

Suivant Luton, la distinction la plus importante est celle qui sépare l'inflammation de l'estomac en superficielle et en profonde. La première constitue la gastrite érysipélateuse ou catarrhe de l'estomac, l'autre la gastrite phlegmoneuse ou phlegmon diffus de l'estomac.

Au point de vue des causes, on décrit la gastrite alcoolique, la gastrite par intoxication ou symptomatique des pyrexies ou des diathèses, etc. Malgré cette diversité, il existe dans toute gastrite un fond uniforme que nous allons étudier.

Aussi Broussais avait-il raison de ne pas s'occuper de ces nombreuses divisions et de considérer la gastrite comme une unité.

Nous allons donner une description commune de la gastrite; nous signalerons seulement les principales particularités de chaque variété.

CAUSES. — L'irritation de l'estomac est la même, quel que soit l'âge, ou le tempérament de la personne; elle ne dépend que du degré de force.

Ainsi un irritant produira, d'après son degré de force, une gastrite plus ou moins intense et d'une durée plus ou moins longue.

Ceci ne veut pas dire qu'il n'existe pas certaines



aptitudes. Par exemple, tout le monde sait que les enfants, sous l'influence d'une nourriture mal appropriée, ont une aptitude à contracter des gastrites.

La spontanéité de la gastrite est, dit Luton, une apparence; elle tient à notre ignorance de la cause.

Les causes de la gastrite viennent de l'extérieur ou de l'intérieur.

Les causes extérieures sont nombreuses, elles tiennent aux ingesta; ainsi une alimentation trop copieuse ou trop excitante, l'alcool, les boissons frelatées, etc., certains poisons irritants ou caustiques, certaines substances médicamenteuses données à trop forte dose, peuvent être cause de gastrite.

En somme, si variées que soient les origines de l'inflammation de l'estomac, celle-ci est un seul et même état morbide, ne se modifiant que suivant le degré d'intensité avec lequel l'irritant a agi et suivant l'âge auquel le malade est parvenu.

Les causes de la gastrite venant de l'intérieur sont plus difficiles à constater; certaines maladies générales (comme le rhumatisme, la goutte), certains exanthèmes (variole, érysipèle), en sont le point de départ. Dans tous ces cas, un élément morbide, encore insaisissable, se présente en nature sur la muqueuse gastrique et y détermine l'inflammation.

La gastrite existe à titre de complications dans un grand nombre de maladies : maladies du cœur, du foie, etc., etc.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions que nous allons étudier ne présentent peut-être pas classiquement toutes les lésions de l'inflammation, mais elles en représentent au moins l'une des phases.



Tantôt c'est un catarrhe subaigu de l'estomac dont on a rarement l'occasion de vérifier les caractères par l'autopsie; la mort arrive avant que les phases ultérieures du processus inflammatoire se soient accusées; on a pu cependant constater sur le Canadien de W. de Beaumont les manifestations locales de la gastrite légère, muqueuse; la sécrétion du suc gastrique se tarissait, la muqueuse s'hypéremiait et laissait exhiler un enduit épais, visqueux.

Dans une forme plus intense, l'hypéremie est durable; il y a une rougeur de la muqueuse rarement en nappe continue, ordinairement disséminée en îlots. Il ne faut pas confondre ces traces de l'inflammation avec les hypostases qu'on rencontre sur presque tous les cadavres.

Les foyers d'hypéremie inflammatoire présentent souvent à leur centre une extravasation sanguine formant une tache rouge ecchymotique. Si la maladie est de longue durée, on constate des plaques grises et ardoisées, indices d'anciennes extravasations sanguines.

La muqueuse gastrique peut être dénudée, altérée jusqu'au degré de l'*érosion*. On peut observer un véritable catarrhe purulent; d'autres fois, des pustules apparaissent sur la muqueuse; il est possible que l'inflammation de l'estomac prenne l'aspect de la diphthérie.

D'après Parrot, des plaques de muguet s'observeraient quelquefois dans l'estomac.

Non seulement la muqueuse est rouge, gonflée, elle est le siège d'un véritable ramollissement. De même

les ulcérations ne sont pas rares. Elles sont déterminées par la chute de l'épithélium.

John North compare les ulcères de l'estomac à ceux qui, dans la bouche, doivent leur origine à des aphtes.

La gangrène est une altération assez rare de la muqueuse gastrique, sauf dans certains empoisonnements.



## XV<sup>e</sup> LEÇON

---

La gastrite a une existence réelle. — De la gastrite suraiguë de l'empoisonnement, de la gastrite aiguë spontanée, de la gastrite subaiguë, de la gastrite chronique. — La gastrite phlegmoneuse peut quelquefois simuler une méningite. — L'embarras gastrique est tantôt apyrétique, tantôt fébrile, alors la fièvre est souvent rémittente. — Dans la gastrite chronique, il peut y avoir quelquefois des vomissements sanguins qui n'indiquent pas pour cela un ulcère simple. — On peut observer dans la gastrite chronique un véritable diabète qui disparaît par un traitement approprié. — Diagnostic.

MESSIEURS,

Depuis l'époque où Broussais régnait en maître, la gastrite a perdu de son importance en nosologie. En effet beaucoup de troubles irritatifs de l'estomac ont été étudiés sous le nom de dyspepsie et la nouvelle génération médicale, ne voyant plus que le symptôme dont elle faisait une entité, a peut-être dépassé à son tour le but véritable.

Secondaire, la gastrite ne peut prêter à l'équivoque, primitive elle peut quelquefois être méconnue.

Et, cependant, je vous l'ai déjà dit, la gastrite a dans tous les cas une physionomie uniforme, un fond commun qu'un œil exercé, un praticien habile reconnaît au milieu des manifestations diverses de ses multiples variétés.

Nous distinguerons au point de vue symptomatique : 1<sup>o</sup> la gastrite suraiguë de l'empoisonnement; 2<sup>o</sup> la gastrite aiguë spontanée; 3<sup>o</sup> la gastrite subaiguë ou muqueuse correspondant à l'embarras gastrique et au catarrhe simple de l'estomac; 4<sup>o</sup> enfin la gastrite chronique liée à des habitudes nuisibles ou à un vice local de l'estomac. (Luton.)

Dans toutes ces variétés il y a une douleur plus ou moins vive dans la région de l'estomac, des troubles fonctionnels, tels que digestions pénibles, vomissements; dans certains cas des symptômes généraux accusés, fièvre, courbature, amaigrissement consécutif.

### **1<sup>o</sup> Gastrite suraiguë de l'empoisonnement.**

Dans cette gastrite il s'agit toujours comme cause d'une substance toxique dont les effets sont topiques.

Les symptômes se développent en quelques instants; la douleur, les vomissements, la soif vive, se succèdent; on voit souvent apparaître un état général de torpeur avec cyanose et refroidissement des extrémités et la mort survenir.

Si le malade survit, la convalescence est longue et pénible, longtemps les digestions restent difficiles et au moindre écart de régime les vomissements se reproduisent.



Remarquez que la gravité des accidents et leur intensité varient suivant la nature du poison, et certaines autres circonstances.

## 2<sup>o</sup> Gastrite aiguë spontanée.

Elle est dite spontanée et cependant elle est souvent secondaire ou symptomatique.

Elle existe à titre de complication dans les fièvres où on la rencontre comme manifestation de certaines diathèses.

Elle revêt ordinairement la forme du catarrhe aigu ou de l'érysipèle.

Voici à la période confirmée ses symptômes : sensibilité à l'épigastre, surtout à la pression, voussure de la région de l'estomac, vomissements ; rejet presque immédiat de toute substance avalée, état saburral de la langue, acidité de la muqueuse buccale, fièvre plus ou moins intense, accidents cérébraux variables. (Luton.)

C'est à ce groupe de gastrite aiguë que se rattache la gastrite phlegmoneuse. Au début souvent obscure elle est souvent secondaire à une maladie générale grave.

C'est surtout dans cette forme que les phénomènes nerveux ont été signalés. Cornil et Proust ont rapporté deux faits où les signes accusés par les malades étaient ceux d'une méningite aiguë : vomissements, délire furieux, agitations, mouvements convulsifs, dilatation des pupilles, petitesse et irrégularité du pouls, lenteur de la respiration, etc., etc.



L'abcès de l'estomac peut se rompre dans la cavité et amener une vomique; il peut se rompre en dehors de l'estomac et donner lieu à une péritonite généralisée et suraiguë.

### **3<sup>o</sup> Gastrite subaiguë, fièvre gastrique, embarras gastrique.**

En France c'est à peine si on la considère comme une véritable inflammation, contrairement aux idées reçues en Allemagne et en Angleterre.

M. Damaschino, dans son excellent traité, dit, à propos des maladies de l'estomac : « Nous commencerons d'abord par l'embarras gastrique; non que je veuille dès à présent trancher la question de savoir si cette affection est bien réellement une simple inflammation de la muqueuse de l'estomac, mais parce qu'elle présente avec les gastrites de grandes affinités. »

L'embarras gastrique s'observe à tous les âges. Certains écarts de régime, certaines influences saisonnières interviennent dans son développement.

Sous forme de fièvre gastrique bilieuse cette variété de catarrhe stomachal peut survenir sous l'influence d'une épidémie réelle. (Monneret.)

On peut encore rencontrer ces états gastriques dans le cours de certaines pyrexies : variole, scarlatine; dans la pneumonie, fièvre typhoïde, etc.

Rarement l'embarras gastrique survient spontanément; souvent il débute par une indigestion, et depuis quelque temps, si vous consultez le malade, vous pouvez noter des troubles de l'appétit.



Les symptômes très caractéristiques sont : perte de l'appétit, dégoût même pour les aliments, saveur amère de la bouche.

La langue est épaisse, les dents y forment leur empreinte, il y a des renvois fétides, des vomissements. On constate souvent de la constipation, quelquefois de la diarrhée fétide.

L'embarras gastrique s'accompagne fréquemment d'une légère teinte ictérique de la peau et des sclérotiques ; en même temps il y a de la céphalalgie, de l'inaptitude au travail, de l'abattement général.

Tantôt l'embarras gastrique est apyrétique, tantôt il est accompagné d'un état fébrile variable.

Quand il y a fièvre, notez-le bien (car c'est là un caractère des fièvres gastriques), elle se présente sous la forme rémittente. Cet état se complique fréquemment d'entérite.

Monneret a noté dans l'embarras gastrique la présence de taches bleues ; ces taches ont été signalées dans la forme typhoïde légère et M. Jaccoud les a rencontrées dans la fièvre intermittente.

L'herpès labialis se montre également dans cette affection.

Il n'est pas de maladie qui soit plus accessible au traitement. Que de médecins croient avoir jugulé une fièvre typhoïde qui n'ont eu affaire qu'à un embarras gastrique !

#### 4<sup>o</sup> Gastrite chronique.

Elle succède à la gastrite aiguë ou bien elle apparaît d'emblée.

Une vie trop sédentaire, certains écarts de régime peuvent en être la cause. Les enfants eux-mêmes n'en sont pas exempts.

Mais de toutes les causes les mieux connues, il faut citer en première ligne l'alcoolisme. Les maladies du cœur, certaines maladies diathésiques, comme la goutte, favorisent son développement.

Vous voyez, Messieurs, que lorsque nous avons étudié en général l'étiologie de la gastrite, ces causes nous les avons déjà énumérées et je me plais, Messieurs, à ces répétitions volontaires, parce qu'elles vous frapperont l'esprit davantage.

Voyons quels sont les signes de la gastrite chronique ?

Ils sont locaux, fonctionnels et généraux. Tandis qu'à l'état aigu le malade éprouve au niveau de l'estomac une vive douleur, à l'état chronique c'est plutôt un sentiment de pesanteur. Certains malades se plaignent d'une boule, d'une barre derrière le sternum. La digestion est toujours pénible et laborieuse. La bouche est pâteuse, amère, la langue rouge paraît hérissée de petites granulations ; l'appétit est diminué. Il y a des vomissements qui tiennent à la seule susceptibilité de l'estomac, vomissements de matières bilieuses, aqueuses ou muqueuses en même temps qu'alimentaires. D'autres fois ce sont de simples mucosités



filantes apparaissant surtout le matin au réveil, pituite.

Quelquefois il y a des vomissements sanglants qui n'indiquent pas forcément l'existence d'un ulcère chronique, mais simplement l'existence d'érosions plus ou moins superficielles.

Les éruptions fréquentes consistent en renvoi de gaz nidoreux ou acides.

Il y a un gonflement apparent de la région épigastrique dans un certain nombre de cas ; le ventre peut être balloné et par la palpation il peut exister une résistance et même une sorte de tumeur épigastrique (Jaccoud) qu'il faudrait bien se garder de prendre pour un cancer de l'estomac.

Divers accidents se manifestent du côté des autres appareils, quelquefois de la toux (toux gastrique), des douleurs de tête, de véritables migraines, même de l'hypochondrie.

Chez quelques malades on observe un véritable diabète qui disparaît par un traitement approprié.

Quand les vomissements sont fréquents, la nutrition s'altère, les forces déclinent, l'amaigrissement progressif s'accompagne d'une véritable anémie et bientôt on voit se développer les symptômes d'une cachexie profonde.

La durée d'un pareil état est variable. Il faut tenir compte pour apprécier cette durée : 1<sup>o</sup> de la cause qui entretient la maladie, 2<sup>o</sup> de la résistance propre du malade, 3<sup>o</sup> de la nature du traitement.

Les rechutes sont fréquentes et vous en saisissez facilement la raison.

Le pronostic de la gastrite chronique est sérieux,



et il sera plus sérieux encore, plus grave, si l'affection est secondaire à une maladie déjà grave par elle-même.

Le diagnostic comporte plusieurs questions :

1<sup>o</sup> L'estomac est-il malade ?

2<sup>o</sup> Dans ce cas, à quelle maladie de l'estomac a-t-on affaire ?

3<sup>o</sup> Quelle est la variété de gastrite et quelle en est la cause ?

On peut toujours, par un examen attentif, savoir si l'estomac est en cause. Cependant quelques maladies de voisinage peuvent être prises pour une maladie de l'estomac (gastrite aiguë ou chronique), certaines maladies du foie, hépatite, la colique hépatique, le cancer du foie, l'entérite, le cancer du duodenum.

L'hépatite présente comme symptômes communs avec la gastrite : la fièvre, un peu d'ictère, d'où la coloration jaunâtre des conjonctives, une douleur plus ou moins vive à la partie supérieure de la région abdominale ; des frissons erratiques comme dans la gastrite phlegmoneuse ; souvent des troubles fonctionnels de l'estomac.

Mais l'hépatite est plus rare, la douleur siège dans l'hypochondre droit ; il n'y a pas de douleur à la pression au niveau de l'estomac. La colique hépatique se distingue de la gastrite chronique, par le siège de la douleur, par son intensité, par son apparition sous forme d'accès, par de l'ictère.

Le cancer du foie ne peut être confondu qu'au début. Ici encore le siège de la douleur, bientôt l'inspection de la région du foie, la marche de la maladie rendent toute erreur impossible.



Dans l'entérite, la circonscription de la douleur, la nature des selles, la diarrhée, les coliques, etc., servent de base au diagnostic.

Le cancer du duodenum est reconnu au siège de la douleur, à la marche de la maladie, à la nature des selles, à la teinte cachectique, etc., etc.

2<sup>o</sup> A quelle maladie de l'estomac a-t-on affaire ?

La gastralgie, le ramollissement, le cancer de l'estomac sont les maladies qui ressemblent le plus à la gastrite chronique.

Dans la gastralgie la douleur épigastrique est intermittente ou rémittente ; elle cesse ou diminue par la pression, par l'ingestion des aliments. La gastralgie est toujours apyrétique, sa marche est irrégulière, capricieuse.

Dans cette affection le malade conserve son embonpoint.

Le cancer de l'estomac au début ressemble à la gastrite chronique. Cependant on peut, de bonne heure, soupçonner la maladie, si les troubles gastriques ne peuvent être imputables aux causes ordinaires d'une gastrite, si la cachexie survient rapidement, si dans les antécédents du malade on trouve des traces d'une affection cancéreuse.

Nous avons dit que dans certaines gastrites chroniques on constatait des érosions de la muqueuse, qu'alors les vomissements sanguins se produisaient. C'est un caractère qui rapproche la gastrite chronique de l'ulcère simple de l'estomac.

Mais, dans cette dernière affection, la douleur est pour ainsi dire spéciale : 1<sup>o</sup> point xyphoïdien, 2<sup>o</sup> point rachidien. Les vomissements, la marche de la maladie



sont particuliers. En tous cas si l'erreur est possible entre la gastrite chronique ulcéreuse et l'ulcère de l'estomac simple, cette erreur n'est pas préjudiciable aux malades.

Toutes les fois que vous aurez des vomissements et des selles sanguinolentes avec une douleur extrêmement vive de l'estomac, qu'il y aura des rémissions dans la santé du malade, absence de cachexie, songez à l'ulcère simple de l'estomac.

3<sup>e</sup> Mais il ne suffit pas de reconnaître l'existence d'une gastrite; il faut se demander si elle est aiguë ou chronique; quelle en est la cause.

Le premier point est facile et ne peut nous arrêter.

Une des causes les plus fréquentes et les plus faciles à méconnaître de la gastrite chronique, c'est l'urémie.

Je vous engage donc à examiner les urines de vos malades et à ne pas vous fier sur l'absence des hydropisies qui manquent souvent.

Vous reconnaîtrez la gastrite alcoolique à l'existence de pituite le matin, à la perte de l'appétit, aux commémoratifs, aux autres symptômes de l'alcoolisme généralisé.

La gastrite chez les phtisiques n'a pas de caractères spéciaux bien tranchés. Cependant Brinton a décrit particulièrement la phtisie gastrique.

Charcot admet chez les gouteux, deux formes de goutte stomachale, l'une à forme cardialgique, l'autre à forme inflammatoire, on aurait alors affaire à une gastrite urique.

Cette variété de gastrite pourrait se reconnaître à son alternance avec des accès de goutte articulaire.



## XVI<sup>e</sup> LEÇON

---

Utilité d'un traitement rationnel des gastrites. — Traitement de la gastrite aiguë et de la gastrite chronique. — Du ramollissement de l'estomac, son histoire est à faire, symptômes incertains. — Saveur acide de la bouche ressentie par les malades, et acidité de l'haleine comme signes de diagnostic.

MESSIEURS,

Quand on songe que l'estomac est l'organe par excellence de la digestion, on comprend l'utilité d'un traitement rationnel des gastrites, maladies si fréquentes, puisque non seulement elles peuvent être spontanées, pour ainsi dire, mais qu'on les rencontre encore dans le cours d'autres affections.

Nous distinguerons le traitement en deux classes : 1<sup>o</sup> le traitement hygiénique ; 2<sup>o</sup> le traitement médical.

Nous aurons à passer en revue devant vous les indications et les contre-indications de ces différents traitements.

L'hygiène, Messieurs, est l'art de conserver la santé ; si elle s'applique à l'individu et à la collectivité, elle

s'applique également aux parties de chaque individu, c'est-à-dire à ses organes.

De même que l'hygiène de la vue, l'hygiène des sens en général existe; de même, pour le tube digestif, pour l'estomac, il existe une hygiène particulière, qui a ses règles, ses lois précises, et que tout individu est tenu d'observer, sous peine de passer de l'état de santé à l'état de maladie.

L'estomac souffre toutes les fois qu'il y a excès ou insuffisance d'aliments, ou encore défaut dans leur qualité et irrégularité dans leur administration. Des repas abondants, irréguliers, pris dans certaines circonstances, favoriseront ou provoqueront la gastrite.

L'indigestion doit être le commencement de la sagesse; car, Messieurs, l'estomac vous avertit de la sorte, et si vous êtes trop longtemps sourds à ses conseils, vous donnez bientôt naissance à une véritable gastrite.

L'hygiène de l'estomac peut varier suivant les individus; tel supporte un aliment que tel autre ne pourra supporter. D'où autant d'indications particulières qui constitueront le traitement hygiénique.

Un jeune enfant est pris de symptômes de gastrite (vomissements, etc.), vous apprenez que la nourrice, au lieu de donner l'aliment liquide qui convient à son âge, lui donne des aliments solides. Que ferez-vous? En supprimant la cause du mal, vous établirez un véritable traitement hygiénique. Combien de fois M. le professeur Farge, dans ses savantes leçons, a-t-il insisté devant vous sur ces questions pratiques?

A ces considérations d'hygiène, nous reviendrons quand nous traiterons de la dyspepsie.



Nous distinguerons le traitement de la gastrite aiguë et celui de la gastrite chronique.

### **1° Traitement de la gastrite aiguë.**

Il faut calmer la douleur, diminuer les vomissements, combattre l'inflammation même de la muqueuse stomachale.

L'indication de calmer la douleur sera remplie par l'application de sangsues à la région épigastrique. Des cataplasmes émollients ou des fomentations de même nature, si la sensibilité épigastrique empêche l'usage des cataplasmes, viennent en aide aux émissions sanguines. Des bains tièdes fréquents et prolongés modéreront la douleur et la vivacité de la réaction générale. Une diète absolue est nécessaire, et on calmera la soif par des boissons délayantes.

On diminuera les vomissements par des fragments de glace dans l'estomac, par un vésicatoire sur la région épigastrique.

Les préparations d'opium sont également utiles; en diminuant la douleur, elles arrêtent quelquefois les vomissements et calment l'irritation de l'estomac.

Vous pourrez avoir recours aux injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, qui agiront plus vite. J'ai vu calmer ainsi des vomissements rebelles à toute médication.

L'inflammation de la muqueuse cédera en même temps que la douleur et les vomissements aux moyens que nous venons d'indiquer.

Lorsque tous les accidents sont dissipés, on peut accorder des aliments, mais avec une grande réserve.



Dans la forme de gastrite connue sous le nom d'embarras gastrique, la première indication est de vider l'estomac par des vomitifs. On a recours tantôt à l'ipécacuanha, tantôt au tartre stibié.

On peut les réunir.

Voici une formule :

Ipéca pulvérisé . . . .	1 gr. 50 c.
Tartre stibié . . . . .	0 gr. 05 c.

Div. en trois paquets, à prendre à un quart d'heure d'intervalle dans un peu d'eau.

Dans certaines circonstances, lorsqu'il y a complication (par exemple, de catarrhe de l'intestin), les purgatifs seront également indiqués. Je vous conseille, en général, les purgatifs doux : huile de ricin et les sels neutres. Évitez les drastiques et les mille spécialités dont ils forment la base.

En les administrant, vous risqueriez de transformer un léger catarrhe de l'estomac en une gastrite aiguë.

## 2<sup>o</sup> Traitement de la gastrite chronique.

Le traitement hygiénique a consisté à éloigner les causes qui l'ont provoquée, à établir un régime approprié; le traitement médical consistera à modifier l'état de l'estomac directement ou indirectement.

Le traitement est dit direct lorsque le médicament agit à son passage même dans l'estomac; il est dit indirect lorsqu'il n'agit qu'après son absorption dans la circulation ou après sa sortie de l'économie.

Les révulsifs et dérivatifs font partie du traitement indirect.



TRAITEMENT DIRECT. — Comme toutes les muqueuses, la muqueuse de l'estomac peut être modifiée par des moyens simples : par le sous-nitrate de bismuth à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, la craie lavée, les alcalins, le bicarbonate de soude, etc., à petite dose, certaines eaux minérales alcalines.

On a agi avec plus d'énergie en administrant le nitrate d'argent à la dose de 5 centigrammes à la fois (Trousseau, Niemeyer).

On pratique actuellement le lavage et le curage de l'estomac par des injections abondantes d'eau pure ou chargée de principes médicamenteux, à l'aide de la pompe stomachale.

Cette médication, appliquée par Kūsmaül à des cas de dilatation de l'estomac, tend à se généraliser et est appelée, je crois, à un grand avenir. Elle constitue le traitement chirurgical.

TRAITEMENT INDIRECT. — Il comprend le traitement général, le traitement de la diathèse (rhumatisme, goutte, etc.), le traitement par les injections sous-cutanées.

Les révulsifs ou dérivatifs sont : des vésicatoires, des cautères sur l'épigastre, de grands bains qui, en faisant fonctionner la peau, diminuent la congestion stomachale.

Nous nous étendrons davantage sur le traitement des sécrétions anormales de l'estomac à propos de la dyspepsie ; nous insisterons sur la valeur de certains symptômes au point de vue du traitement : ainsi l'inappétence indiquant les amers, etc., la flatulence, l'usage de certaines poudres.



## RAMOLLISSEMENT DE L'ESTOMAC

J'éprouve, Messieurs, un certain embarras pour vous décrire une maladie dont les causes sont si mal définies et dont l'histoire presque tout entière est à faire.

Certains auteurs, n'admettant dans l'estomac qu'un ramollissement par vice de nutrition, par troubles vasculaires, considèrent que le clinicien ne peut observer conséquemment qu'une destruction rapide des parties mortifiées, d'où perte de substance, ulcère de l'estomac.

Le ramollissement de l'estomac ne serait qu'un symptôme et non une maladie.

Je ne vous parlerai pas du ramollissement cadavérique; je veux vous dire quelques mots seulement du ramollissement morbide de l'estomac.

Cette altération, comme son nom le montre, a pour caractère anatomique une diminution de consistance bornée à la membrane muqueuse ou étendue simultanément aux autres tuniques de l'estomac.

Le ramollissement de l'estomac peut quelquefois constituer un état morbide spécial et primitif (enfants), mais il est ordinairement symptomatique d'affections diverses, soit aiguës, soit chroniques.

Vous le constaterez souvent chez des sujets ayant succombé à la tuberculose, au cancer utérin, etc.

D'abord, en quoi consistent les *lésions anatomiques* du ramollissement de l'estomac? C'est d'abord en une diminution de consistance de la muqueuse, vous ai-je



dit; mais certains auteurs ont admis autant de variétés de ramollissement que l'altération pouvait offrir d'aspects différents.

Ainsi on a décrit les ramollissements : 1<sup>o</sup> rouge ou inflammatoire; 2<sup>o</sup> gélatiniforme; 3<sup>o</sup> opalin; 4<sup>o</sup> noir, etc.

A l'exemple de MM. Hardy et Behier, nous tracerons dans un article unique l'histoire du ramollissement de l'estomac.

Le ramollissement est borné à la membrane muqueuse; elle présente alors une coloration pâle, blanc bleuâtre; elle est amincie. Si, avec une pince, on cherche à détacher les fragments de la membrane, elle se déchire à la moindre traction.

A un degré plus avancé, la membrane est convertie en une bouillie qu'un filet d'eau entraîne et détache facilement.

Les plaques ramollies occupent plus particulièrement la partie postérieure de l'organe et son grand cul-de-sac.

Le ramollissement noir est causé par les hémorrhagies des parois et par les caillots sanguins. (Rokitansky.)

Le ramollissement gélatiniforme s'observerait surtout chez les enfants.

Le degré de profondeur des lésions est variable. La lésion non seulement peut envahir les parois de l'estomac, mais encore les organes voisins (intestins, rate, foie, etc.).

Les symptômes du ramollissement de l'estomac sont toujours incertains et constituent un véritable roman pathologique. (Damaschino.)

Les troubles digestifs que l'on rencontre ne sont pas



spéciaux, ils appartiennent à la maladie qui accompagne ou a été cause du ramollissement.

Le symptôme presque pathognomonique serait les vomissements verdâtres. Dans quelques circonstances, les selles elles-mêmes prennent une coloration verdâtre.

Il est un autre phénomène sur lequel insiste avec soin Chomel et que Hardy et Behier signalent; c'est la saveur acide ressentie dans la bouche par les malades et l'acidité de l'haleine.

La terminaison de cette affection est la mort presque fatalement.

On peut rapporter à trois les opinions émises sur la nature de ce ramollissement : 1<sup>o</sup> par altération cadavérique; 2<sup>o</sup> par altération phlegmasique; 3<sup>o</sup> par lésion de nutrition.

Le diagnostic est fort difficile, et souvent on ne peut que soupçonner l'existence du ramollissement de l'estomac.

Rappelez-vous cependant les signes que je vous ai signalés : la coloration verdâtre des matières rendues par les vomissements ou les garde-robes, l'acidité de l'haleine et la saveur acide que le malade ressent dans la bouche.

Ces signes auront plus de valeur encore s'ils se montrent dans le cours d'une maladie connue pour donner naissance au ramollissement de l'estomac, comme la phtisie pulmonaire, etc., etc.

---



## XVII<sup>e</sup> LEÇON

---

Causes du cancer de l'estomac. — Anatomie pathologique ; variétés. — Les symptômes du cancer de l'estomac varient beaucoup aux différentes périodes. — Importance comme signes de la tumeur et du vomissement noir. — Quand le vomissement est abondant, le sang est ordinairement peu ou pas altéré. — Si le vomissement est peu considérable, le sang est noir.

MESSIEURS,

Parmi les manifestations de la diathèse cancéreuse, une des plus communes est sans contredit le cancer de l'estomac.

D'après Brinton, son influence sur la mortalité générale s'élèverait à 1 p. ‰.

D'après Lebert il atteindrait les deux sexes dans une proportion sensiblement égale. La seule cause efficace du cancer de l'estomac, dit Jaccoud, est la prédisposition ; toutes les autres conditions ne seraient que des causes occasionnelles, mettant en jeu et localisant la diathèse.

Maladie de l'âge mûr, il est très rare avant trente ans, c'est plus exactement entre quarante et soixante-dix ans qu'a lieu l'époque d'apparition la plus habituelle de ce néoplasme. Cependant Louis en a observé un cas chez un homme de vingt-cinq ans.

Malgré l'opinion de Luton, je crois pouvoir affirmer que l'influence de l'hérédité est considérable.

D'après le docteur Burdel, de Vierzon, il existerait un lien assez étroit entre la diathèse cancéreuse et la tuberculose, l'une pouvant amener l'autre. Cette opinion ne peut encore être considérée comme l'expression d'une vérité démontrée. J'en dirai autant de l'influence que l'on a fait jouer à la suppression d'une dartre, d'un ulcère, etc.

On peut admettre très bien que chez certains sujets prédisposés, des irritations de l'estomac répétées : excès alcooliques, tabac, etc., jouent un certain rôle.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Toutes les variétés de cancer peuvent se développer dans l'estomac. Ce sont le squirrhe, l'encéphaloïde, le colloïde et le cancroïde.

Sur trente-cinq cas de cancer à l'estomac, Lance-reaux a relevé les chiffres suivants : squirrhe, 15; encéphaloïde, 10; cancroïde, 7; colloïde, 3.

Par ordre de fréquence le cancer siège tantôt au pylore, à la petite courbure, au cardia, à la face antérieure et postérieure de l'estomac, à tout l'estomac.

C'est du moins ce qui résulte des chiffres empruntés à Louis, à Lebert et à Dietrich.

A l'autopsie le cancer de l'estomac se présente sous trois aspects : 1<sup>o</sup> de tumeur, 2<sup>o</sup> d'infiltration des parois, 3<sup>o</sup> d'ulcérations.



1<sup>o</sup> Le squirrhe apparaît sous forme de nodosités isolées, ou d'un épaissement cohérent du tissu sous-muqueux. Les parties malades ont l'aspect d'un tissu lardacé, blanchâtre, ou bleuâtre, dur, compact, criant sous le scalpel; plus tard elles se ramollissent, s'ulcèrent.

Histologiquement le squirrhe est un cancer fibreux. Ce qui domine dans le squirrhe, c'est la formation du stroma conjonctif. Les éléments cellulaires sont très rares.

2<sup>o</sup> Le cancer médullaire, ou encéphaloïde, prend naissance dans le tissu sous-muqueux et la muqueuse. Il se distingue par sa mollesse, sa vascularisation, son aspect cérébriforme. Il forme des végétations, des tumeurs volumineuses; son évolution est rapide.

Le cancer encéphaloïde est caractérisé par la rareté du stroma fibreux, par l'abondance de l'élément cellulaire et du liquide interposé.

Lorsqu'il y a des dépôts abondants de pigments foncés ou noirs, le cancer est dit mélanique. Quelquefois des vaisseaux nombreux dilatés donnent à cette variété du cancer de l'estomac un aspect spécial, on l'appelle cancer hématode.

3<sup>o</sup> Le colloïde ou alvéolaire est infiltré en masse dans la muqueuse; il gagne rapidement le péritoine, sur lequel il forme des tumeurs considérables. Peu sujet à l'ulcération, ce produit est composé d'une gangue fibroïde, à réseau clair-semé et d'une quantité innombrable de cavités folliculeuses, remplies d'un liquide gélatiniforme ou colloïde. (Jaccoud.)

Cette forme de cancer de l'estomac a été parfaitement étudiée par Cruveilhier; son principal caractère,



c'est une marche envahissante et peu de tendance à l'ulcération.

4<sup>o</sup> L'épithélioma à cellules cylindriques n'est pas très rare dans l'estomac.

Certains auteurs considèrent cette variété comme un véritable cancer médullaire.

Maintenant, Messieurs, que vous connaissez chaque variété, voyons en général la disposition clinique du cancer de l'estomac.

Nous avons dit qu'il se présente tantôt sous forme de tumeur, tantôt sous forme d'infiltration, ou bien sous forme d'une ulcération.

Lorsqu'il existe une tumeur, elle est arrondie ou ovalaire, ordinairement dirigée dans le sens transversal de l'estomac. D'autres fois c'est une véritable plaque.

L'infiltration totale des parois est une présomption de cancer colloïde.

L'ulcération appartient à toutes les formes du cancer de l'estomac. Elle est unique ou bien multiple.

La surface des ulcérations se couvre de chairs molles, végétantes, fongueuses. Tantôt superficielles, tantôt profondes, les ulcérations peuvent s'étendre jusqu'à la tunique péritonéale, quelquefois cette membrane est détruite et il existe une perte de substance comblée par un organe voisin, qui contracte des adhérences avec toute la circonférence de l'estomac.

Ainsi se trouve prévenu l'épanchement dans la cavité du péritoine des matières que renferme le ventricule.

Au voisinage de l'altération on rencontre des veines dilatées, comme variqueuses.



Le système lymphatique est quelquefois rempli de pus ; les ganglions sont gonflés.

Si le cancer occupe le pylore, on note une dilatation de l'estomac. S'il siège au cardia, c'est souvent un rétrécissement qui existe.

On observe fréquemment des thromboses et des œdèmes cachectiques.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les signes du cancer de l'estomac varient aux différentes périodes de la maladie. Obscurs au début, ils deviennent très nets, très caractéristiques à la période d'état.

Les premiers symptômes, comme le dit très bien M. Damaschino, sont presque toujours des troubles fonctionnels et bien que par eux-mêmes, fait remarquer M. Jaccoud, ces signes n'aient rien de caractéristique, de révélateur, ce n'est point une raison de faire commencer la symptomatologie du cancer à la tumeur et au vomissement noir.

Il existe, du reste, certaines variétés de cancer de l'estomac, comme le *cancer infiltré de la paroi*, sans altération du cardia ni du pylore, où la maladie ne permettra jamais, quelle que soit la période, qu'un diagnostic probable et par exclusion. Il n'y a, dit Jaccoud, ni dyspepsie, ni vomissement, ni tumeur ; mais chez un individu qui a dépassé l'âge adulte, on voit survenir une émaciation continue, et un état cachectique que ne peut expliquer aucune altération organique appréciable.

Mais dans l'immense majorité des cas, on peut distinguer au cancer de l'estomac deux périodes : 1<sup>o</sup> une période de dyspepsie ; 2<sup>o</sup> une période de tumeur et de cachexie.



La période de dyspepsie ou de début est la période des troubles fonctionnels.

De bonne heure la digestion est compromise, l'appétit est troublé, sinon pour tous les aliments, du moins pour quelques-uns.

La douleur dans le cancer de l'estomac n'a pas toujours le même caractère ; tantôt c'est un sentiment de pesanteur, de pression à l'épigastre, tantôt ce sont de véritables élancements. Souvent cette douleur s'étend aux hypochondres.

Elle augmente par la pression, par l'ingestion des aliments ; elle diffère de la douleur de l'ulcère simple de l'estomac par une moins grande intensité.

En même temps il y a des troubles digestifs qui relèvent du catarrhe chronique : éructations, nausées, vomissements, etc. Arrêtons-nous un moment sur les vomissements.

C'est surtout le matin à jeun qu'a lieu au début le vomissement.

Il est constitué par des matières glaireuses et filantes.

Ce phénomène, dit Jaccoud, chez un individu qui *n'est pas alcoolique*, doit éveiller de sérieuses appréhensions.

Plus tard arrive le vomissement de matières alimentaires. Lorsque l'altération occupe la région cardiaque et le voisinage de cette région, il suit ordinairement l'arrivée des substances dans l'estomac.

On peut, avec Brinton, reconnaître quatre espèces de cause aux vomissements alimentaires du cancer : la première est le fait du dépôt cancéreux lui-même



et se montre par l'irritation locale des nerfs; vomissement par irritation.

La seconde reconnaît pour cause le rétrécissement de l'estomac; vomissement mécanique par sténose.

Dans un troisième groupe de faits, il y a vomissement par suite de l'ulcération carcinomateuse.

Enfin, quatrième variété, vomissement par rétrécissement du pylore.

Le vomissement de sang ou hématemèse est un symptôme non constant (42 p.  $\%$ ). Il est dû à plusieurs causes : 1<sup>o</sup> forte hyperémie qui rompt les capillaires; 2<sup>o</sup> ulcération véritable; 3<sup>o</sup> ouverture des branches vasculaires qui entourent l'estomac.

Une partie du sang est souvent rendue par les selles (*melæna*); quelquefois le sang est entièrement éliminé par l'intestin.

Le vomissement de sang peut être abondant et le liquide ordinairement n'est pas altéré. Il peut être peu considérable et le sang est noir (vomissements noirs), il présente l'aspect d'une poussière noire délayée dans un liquide ou mêlée à des aliments (suie, marc de café).

Mais n'oubliez pas, Messieurs, que le vomissement de sang (vomissement noir), encore qu'il ait une grande importance au point de vue diagnostic, n'est pas cependant un symptôme nécessaire, mais peut manquer, par exemple, lorsque le cancer intéresse le corps même de l'organe, soit alors : 1<sup>o</sup> parce que les deux orifices d'entrée et de sortie de l'estomac sont libres; 2<sup>o</sup> soit parce que l'organe entièrement envahi par la désorganisation est devenu incompressible et incontractile.

La constipation est habituelle dans le cancer de l'estomac, mais à la fin de la maladie elle alterne avec le dévoiement.

Nous arrivons à la période de tumeur et de cachexie. Ce sera l'objet de la prochaine leçon.

---



## XVIII<sup>e</sup> LEÇON

---

Symptômes de la deuxième période. — Tumeur, amaigrissement général, couleur jaune paille. — Hydropisies des membres, phlegmatia alba dolens. — Diagnostic. — Traitement.

MESSIEURS,

Le cancer de l'estomac à son début peut être reconnu à l'aide d'un certain nombre de troubles fonctionnels ; néanmoins dans cette première période on peut dire, en général, que le diagnostic est surtout un diagnostic de probabilité.

Il n'en est plus de même dans la période de tumeur et de cachexie.

La cachexie apparaît graduellement sous forme de symptômes généraux non équivoques. Il y a de l'anémie précoce, de l'amaigrissement, de la perte des forces ; la face change de couleur, la peau devient jaunâtre, terreuse, jaune paille. Cette teinte envahit tous les téguments.

Bientôt la peau se ride, se plisse, et on voit à ce

moment se développer des œdèmes, des hydropisies des membres et des cavités séreuses.

La tumeur, selon Brinton, existe quatre-vingts fois sur cent. Ce symptôme est des plus importants, il constitue avec les vomissements noirs la base véritable du diagnostic.

Elle a un volume qui varie depuis celui d'une noix à celui du poing; elle peut être douloureuse à la pression, elle est souvent agitée de pulsations qui lui sont communiquées par l'aorte sur laquelle elle repose; elle peut se déplacer.

Quand la tumeur se déplace, on peut conclure que le cancer n'a pas franchi les limites de l'estomac et qu'elle suit cet organe dans ses mouvements.

Mais on n'observe pas toujours une saillie circonscrite en forme de tumeur; dans le squirrhe, dans le colloïde, il n'est pas rare qu'on ait affaire à une infiltration générale qui augmente la résistance et la rigidité des parois de l'estomac dans toute son étendue. (Jaccoud.)

Vous distinguerez, Messieurs, les tumeurs de l'estomac, de celles du foie, par la considération suivante : Les tumeurs du foie sont beaucoup plus influencées par les mouvements respiratoires.

En terminant les symptômes du cancer de l'estomac, j'insiste sur les hydropisies des membres, produites presque toujours par la thrombose veineuse, la *plegmatia alba dolens*.

Trousseau disait : Toutes les fois que vous êtes indécis sur la nature d'une maladie de l'estomac, que vous hésitez entre une gastrite chronique, un ulcère simple ou un carcinome, une *phlegmatia alba dolens*



survenant à la jambe ou au bras fera cesser cette indécision et il vous sera permis de vous prononcer positivement sur l'existence du cancer.

Trousseau devait plus tard faire sur lui-même l'expérience douloureuse de cette remarque malheureusement trop vraie.

La durée moyenne du cancer de l'estomac est de quinze mois ; trois ans est la limite maximum.

La mort survient de plusieurs manières ; tantôt elle est le résultat de la cachexie, tantôt elle survient par hémorrhagie gastrique.

Cette terminaison, par hémorrhagie gastrique, est loin d'être rare et je vous prie de remarquer qu'elle peut avoir lieu alors que les signes physiques font défaut, et que le diagnostic est encore en suspens.

Différentes complications : embolie pulmonaire, *phlegmatia alba dolens*, peuvent encore déterminer la mort.

DIAGNOSTIC. — Permettez-moi, Messieurs, à propos du diagnostic, de revenir sur quelques observations déjà faites.

Je vous rappellerai que souvent les premiers symptômes du cancer de l'estomac sont si vagues, si peu significatifs, qu'on pourrait croire avoir affaire à une gastrite chronique ou à une simple gastralgie.

Cependant vous pourrez, de bonne heure, soupçonner une affection cancéreuse, si les troubles gastriques n'ont pas pris naissance au milieu des conditions qui ordinairement font naître la gastrite chronique ou la gastralgie, si l'état général est altéré, si dans les antécédents du malade il y a trace d'une affection cancéreuse.



Nous avons vu, Messieurs, que les vomissements de sang ou de matière analogue à de la suie délayée, ou à de l'eau mélangée de marc de café sont avec la tumeur épigastrique les deux principaux caractères du cancer de l'estomac. Cependant je dois vous faire remarquer que ces caractères ne sont pas absolument pathognomoniques.

On peut observer quelquefois ces vomissements dans certaines lésions superficielles de la muqueuse de l'estomac sans lésions organiques; on peut également rencontrer une tumeur épigastrique se rapportant à un engorgement du foie, de la rate, du pancréas, quelquefois à une accumulation de fèces dans l'arc du colon et même à un anévrisme de l'aorte.

Cependant lorsqu'on constate un trouble profond des grandes fonctions de l'économie avec cachexie générale et en même temps des vomissements noirs et une tumeur épigastrique, on est autorisé à diagnostiquer un cancer de l'estomac.

On reconnaît à des symptômes particuliers le cancer de telle ou telle partie de l'estomac.

Ainsi si le cancer siège au cardia, la douleur se fait sentir au moment où le bol alimentaire arrive dans la région cardiaque et franchit l'orifice.

Quand la tumeur existe à l'hypochondre droit, que le vomissement n'existe que plusieurs heures après le repas, que l'estomac reste distendu pendant tout le temps de la digestion, vous pourrez localiser l'affection au pylore.

Nous allons faire le diagnostic du cancer de l'estomac avec la gastrite chronique, la gastralgie et l'ulcère simple de l'estomac.



La gastrite chronique ne ressemble au cancer que dans la première période du cancer de l'estomac.

La nature des matières vomies, l'absence, en général, d'hématémèse, sont des signes diagnostiques d'une grande valeur.

Dans la gastrite chronique la douleur est continue, l'amaigrissement n'est pas progressif et ne va pas jusqu'à la cachexie.

On peut prendre le cancer pour un ulcère simple de l'estomac. Souvent le diagnostic est très difficile, néanmoins l'ulcère se reconnaît à la marche de la maladie, à la nature et à l'intensité des douleurs, à l'absence de tumeur épigastrique.

L'étude des causes peut encore éclairer le diagnostic.

Si le sujet est jeune, s'il est alcoolique, si les douleurs et les troubles gastriques ne surviennent que par moments, laissant dans leur intervalle une santé relativement bonne, nous songerons plutôt à l'ulcère simple.

On a fait jouer, au point de vue du diagnostic, dans l'ulcère de l'estomac, un rôle au siège de la douleur.

Ainsi le point xyphoïdien et le point rachidien appartiennent à l'ulcère.

Il faut encore tenir compte de la durée de la maladie qui pour l'ulcère peut être extrêmement longue.

Ajoutons encore avec Trousseau que l'apparition d'une *phlegmatia alba dolens* permettra d'affirmer un diagnostic encore indécis.

La gastralgie est caractérisée par une douleur siégeant à l'épigastre, mais douleur intermittente ou rémittente. Cette douleur diminue par la pression.



L'appétit est tantôt conservé, tantôt diminué; il peut être dépravé. Pas de symptômes généraux, conservation de l'embonpoint.

TRAITEMENT. — Les ressources de la thérapeutique sont bien bornées. Le rôle du médecin consiste à bien diriger le régime, à combattre certains accidents, à calmer la douleur quand elle est trop vive.

C'est alors que les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine rendront des services signalés.

On a préconisé le lait et on en retire certainement des avantages.

Le malade devra éviter les aliments excitants et indigestes.

Dans tous les cas une très grande sobriété est nécessaire; le médecin est souvent réduit à la médecine des symptômes.

Si l'estomac est rempli de gaz, ou peut à l'aide de poudres absorbantes de charbon, de magnésie, rendre ce symptôme moins incommode.

Au début de la maladie, à la période de dyspepsie, je me suis fréquemment trouvé très bien du traitement suivant :

- 1<sup>o</sup> Lavage de l'estomac avec un tube de caoutchouc;
- 2<sup>o</sup> Révulsifs sur la région épigastrique avec un vésicatoire, ou mieux avec des pointes de feu.

Dans la dernière période de la maladie, la seule indication est de modérer les douleurs par des préparations d'opium sous toutes les formes.

---



## XIX<sup>e</sup> LEÇON

---

Cruveilhier, en 1856, attire l'attention sur l'ulcère simple de l'estomac, dont il fait une entité morbide. — Caractères anatomiques, cicatrices fibreuses consécutives. Perforations et adhérences. — Causes de l'ulcère simple de l'estomac. — Symptômes caractéristiques, douleur, vomissement de sang. — La perforation subite de l'estomac dans l'ulcère simple peut simuler un empoisonnement.

MESSIEURS,

Dans les séances des 21 janvier et 3 mars 1856, M. le professeur Cruveilhier lisait, à l'Académie des sciences, un mémoire dans lequel il appelait l'attention sur une maladie ou plutôt sur une lésion, généralement confondue avant lui avec le cancer de l'estomac ou diverses formes de la gastrite chronique. Il l'appelait ulcère simple de l'estomac.

Cruveilhier n'hésitait pas à séparer cette affection d'un grand nombre d'érosions ulcéreuses de l'estomac et il faisait de l'ulcère simple, ou ulcère rond, une maladie particulière, une entité morbide, ayant un

aspect, une marche et des symptômes caractéristiques..

L'ulcère était dit simple, pour exprimer son essentialité, pour séparer cet ulcère des ulcérations tuberculeuses, cancéreuses, typhiques, dyssentériques, dont l'estomac peut être le siège.

Luton est moins exclusif que Cruveilhier. Pour lui, l'ulcère simple de l'estomac est le résultat d'un grand nombre de circonstances, qui portent atteinte à l'intégrité de la membrane muqueuse de cet organe, et ne constitue pas à vraiment parler une entité morbide.

Malgré la grande autorité de Luton, je crois avec Damaschino, qu'il est bon de faire quelques réserves à ce sujet, car la nécessité de séparer nettement les érosions ulcéreuses de la muqueuse stomachale et l'ulcère simple, me paraît urgente. Si, dit Jaccoud, l'ulcère simple n'a rien de caractéristique à son point de départ, plus tard l'action du suc gastrique lui imprime secondairement un aspect toujours le même.

CARACTÈRES ANATOMIQUES. — L'ulcère simple de l'estomac représente une perte de substance à bords indurés, ordinairement circulaire.

Le fond est grisâtre, également induré. La profondeur est variable, elle peut être bornée à la muqueuse et au tissu sous-muqueux; elle peut aller au delà. Non seulement la tunique fibreuse, mais encore la tunique musculieuse et la tunique péritonéale peuvent être usées par le travail ulcératif; d'où perforation de l'estomac et mort par épanchement dans le péritoine des gaz et des matières alimentaires, à



moins que des adhérences salutaires ne préviennent les effets de la perforation.

Presque toujours solitaire, l'ulcère simple de l'estomac siège ordinairement dans le voisinage du pylore et de la petite courbure.

Il occupe encore la paroi postérieure, moins souvent la paroi antérieure ou la grande courbure.

L'ulcère chronique simple de l'estomac n'a qu'une grossière similitude avec l'ulcère cancéreux.

En effet la base de l'ulcère n'offre aucun des caractères du squirrhe ou de l'encéphaloïde; elle est seulement gonflée, légèrement indurée et le microscope démontre que cet épaissement est dû à une exsudation plastique dans le tissu sous-muqueux.

Du reste, Messieurs, l'anatomie pathologique, en prouvant la curabilité de l'ulcère simple, nous indique combien il diffère du cancer.

Je vais m'arrêter quelques instants sur les caractères des cicatrices des ulcères chroniques de l'estomac.

Ces cicatrices sont fibreuses; jamais ces cicatrices, dit Cruveilhier, n'offrent le caractère de structure des membranes muqueuses; pas une villosité, pas un follicule, à moins que quelques villosités ou quelques follicules n'aient été respectés par l'ulcération.

La membrane muqueuse se termine à la circonférence de la perte de substance, sous forme de bourrelet circulaire.

Cette perte de substance de la muqueuse se cicatrise par un double mécanisme : 1<sup>o</sup> par rapprochement des bords de la solution de continuité; 2<sup>o</sup> par



la production de toutes pièces d'un tissu fibreux cicatriciel.

Si la perte de substance est considérable, elle laisse une dépression circulaire faite comme par emporte-pièce.

Si l'ulcère a détruit toutes les tuniques de l'estomac, il peut arriver que des organes voisins viennent combler et fermer la perte de substance. Des adhérences intimes se produisent. Le plus souvent c'est le pancréas qui répare la brèche, parce que c'est la paroi postérieure de l'estomac qui est le siège ordinaire de l'ulcère simple.

Lorsqu'il y a épanchement dans le péritoine, il s'en suit dans la majorité des cas, une péritonite généralisée à marche très rapide; quelquefois la péritonite est localisée et l'épanchement circonscrit donne lieu à des foyers purulents enkystés.

« L'action de l'ulcère sur les vaisseaux, dit Jaccoud, « témoigne bien qu'il s'agit ici d'un travail destructeur « tout spécial, étranger au processus inflammatoire « commun ; les vaisseaux, en effet, ne sont pas obli- « térés au voisinage de l'ulcération et quand elle les « atteint, des hémorrhagies ont lieu, dont l'abondance « et la gravité sont en rapport avec le volume de l'ar- « tère..... »

L'estomac présente parfois les lésions de la gastrite chronique. En même temps le tube digestif peut être atteint.

On peut rencontrer les altérations dues à l'alcoolisme, de même on rencontre celles de la phtisie pulmonaire ou de la tuberculose généralisée.



On peut ranger les causes de l'ulcère simple de l'estomac en deux catégories :

Première catégorie : causes qui agissent en portant atteinte à l'intégrité de la muqueuse gastrique ;

Deuxième catégorie : influence spéciale du contenu de l'estomac, particulièrement du suc gastrique.

Dans la première catégorie il me faudrait signaler l'influence des poisons irritants, de l'inflammation, de la gangrène, etc. ; dans la deuxième il n'est pas nécessaire d'avoir recours aux théories générales de l'ulcération, ni d'en faire une forme particulière d'inflammation ou de gangrène, il suffit, pour expliquer l'ulcère simple, de se représenter le suc gastrique et les substances ingérées comme constituant un vice local d'une grande énergie.

Ces explications données, il importe néanmoins de ne pas passer sous silence certaines conditions générales et indirectes qui président parfois à l'apparition de l'ulcère simple.

Brinton, sur 654 cas d'ulcère simple de l'estomac, compte 440 femmes et seulement 214 hommes.

Cette affection se montre surtout de vingt à trente ans.

Certaines maladies, antérieurement acquises, jouent un rôle manifeste dans la production de l'ulcère ; notons l'alcoolisme, l'urémie, la syphilis, la tuberculisation pulmonaire et les maladies du cœur.

Elles agissent par l'intermédiaire d'une gastrite préalable et ordinairement circonscrite.

Dans la chlorose, l'ulcère simple se présente sous forme d'érosion hémorrhagique.



SYMPTÔMES. — Au début, les malades se plaignent de douleurs sourdes dans la région de l'estomac; les digestions sont laborieuses, l'appétit diminue.

L'appétit peut être capricieux, bizarre, quelquefois exagéré, il peut manquer tout à fait. Les malades souvent ne sont à leur aise que lorsque leur estomac est dans un état complet de vacuité; alors ils dépérissent.

Bientôt des phénomènes plus précis apparaissent; ce sont: 1<sup>o</sup> la douleur qui se présente sous une forme particulière; 2<sup>o</sup> les vomissements et déjections noirs; 3<sup>o</sup> les signes de la perforation de l'organe.

La douleur constitue le signe le plus important, car elle fait rarement défaut (Brinton). Cruveilhier a démontré qu'elle occupe d'une part la région xyphoïdienne, et que, de l'autre, elle correspond au niveau du rachis (point rachidien, point xyphoïdien).

Cette douleur n'est pas lancinante, elle rappelle plutôt la sensation de brûlure.

Osborne et Brinton ont noté que, dans certains cas, le malade par une attitude spéciale s'efforce d'éviter la douleur.

Certaines conditions favorisent encore les accès douloureux; ainsi Brinton indique la peur, la colère; puis les mouvements du corps et de locomotion; et enfin, dans l'ulcère des jeunes femmes, le moment des règles.

Les vomissements apparaissent plus ou moins rapidement, suivant le siège même de l'ulcération.

La nature des matières rendues varie: ordinairement ce sont des vomissements alimentaires. Les vomissements muqueux ne sont pas rares. Mais lorsque



le sang, en nature ou altéré, se montre au milieu des matières vomies, le diagnostic est plus précis.

Peut-on concevoir une gastrorrhagie, si faible qu'elle soit, sans qu'il y ait érosion de la muqueuse et d'un vaisseau ?

Le vomissement de sang prend diverses apparences ; tantôt il consiste en un fluide noirâtre ou couleur marc de café, lorsque le suintement de sang se fait lentement et qu'il séjourne quelque temps dans l'estomac ; tantôt le sang est rouge, non coagulé, abondant.

Quoi qu'il en soit, l'hémorrhagie, toujours suivie de vomissements ou de déjections noirs, est le caractère clinique le plus important de l'ulcère simple de l'estomac. Elle peut être faible, moyenne et foudroyante.

L'artère splénique est la source la plus ordinaire des hémorrhagies graves et surtout foudroyantes.

Dans le cas d'intensité faible, l'hémorrhagie ne se manifeste pas toujours par le vomissement ; il faut examiner les garde-robes qui présentent toutes les apparences du melœna.

Quelquefois dans le cours d'un ulcère simple non diagnostiqué on voit apparaître un accident plus redoutable, nous voulons parler de la perforation de l'estomac. (Luton.)

Voici d'après Brinton, les circonstances habituelles au milieu desquelles arrive cet événement :

« Une personne, le plus souvent une femme jeune  
« et bien portante en apparence, d'autres fois une  
« femme dyspeptique ou chlorotique depuis quelque  
« temps, éprouve tout à coup, à la suite d'un repas,  
« une douleur atroce dans l'abdomen, puis tous les

« symptômes d'une péritonite rapidement fatale. Ce  
« passage rapide d'une santé apparente à une souffrance  
« horrible et à la mort, éveille singulièrement  
« l'attention et quelquefois fait naître le soupçon d'un  
« empoisonnement. »

Ainsi, vous le voyez, l'accident survient brusquement  
et, songez-y, souvent après l'administration d'aliments  
et de boissons, de manière à pouvoir soulever quelquefois  
la question d'un empoisonnement.

---



## XX<sup>e</sup> LEÇON

---

Aspect général des malades dans l'ulcère simple de l'estomac ; on ne constate jamais la teinte jaune paille. — L'ulcère simple peut se terminer par la mort. — La marche de la maladie est bien différente de celle du cancer. — Diagnostic. — Le traitement est hygiénique et médical. — De la gastrorrhagie, signes symptomatiques et étiologiques

MESSIEURS,

Revenons aux symptômes de l'ulcère simple de l'estomac, sur lesquels nous avons insisté dans notre dernière leçon.

Il existe donc, dans cette maladie, une douleur spéciale, presque pathognomonique ; je dis *presque*, Messieurs, parce que, ainsi que l'a fort bien remarqué Trousseau, cette douleur, quelle que soit son importante signification au point de vue du diagnostic, cette douleur est loin de pouvoir caractériser toujours la maladie dont nous parlons.

Non seulement elle peut manquer ici, mais encore elle peut exister dans d'autres affections.

De même, Messieurs, si la gastrorrhagie est un

symptôme habituel de l'ulcère simple de l'estomac, ce symptôme fait quelquefois défaut.

Rien n'est plus variable que l'état général de la nutrition et l'habitus extérieur des malades. Il y a de l'amaigrissement et un aspect cachectique, mais les malades ne prennent jamais la teinte jaune paille du cancer.

Il n'est pas toujours facile d'indiquer la durée d'un ulcère simple de l'estomac, parce qu'on ignore souvent l'instant précis où l'affection commence.

En moyenne la durée est de deux à cinq ans. M. Luton rapporte un fait dans lequel l'ulcère gastrique dura dix-sept années.

Si l'ulcère simple de l'estomac tend naturellement à la guérison, et diffère en cela de l'ulcère cancéreux qui va toujours en s'aggravant, il peut cependant se terminer par la mort.

Elle peut arriver de plusieurs manières :

1° Les malades succombent dans le dépérissement et l'anémie, résultats des troubles digestifs et des pertes de sang :

2° Elle est amenée par une perforation avec péritonite consécutive ;

3° Par une hémorrhagie foudroyante produite par l'ulcération d'un vaisseau important.

Il n'est pas besoin d'ajouter que le pronostic est toujours fort sérieux. De plus les récidives sont possibles ; elles ne sont même pas rares et l'on peut voir apparaître des accidents formidables quelquefois subits, inopinés, alors que la maladie semblait en voie de guérison. (Damaschino.)



C'est pourquoi, vous tenant sur vos gardes, vous devez toujours réserver le pronostic.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic différentiel de l'ulcère simple est, dit Luton, un des problèmes les plus difficiles de la pratique.

Il est cependant des cas où le diagnostic devient facile, c'est lorsque les symptômes classiques se trouvent réunis et que l'affection se montre avec son apparence régulière. Dans une précédente leçon nous avons, à propos du cancer, indiqué les signes différentiels qui séparent cette affection de l'ulcère et en même temps nous avons établi le diagnostic de l'ulcère d'avec la gastrite et la gastralgie.

Après un repas, des crises de coliques hépatiques pourraient être confondues avec le paroxysme cardialgique de l'ulcère simple. Mais chacune de ces maladies a son signe pathognomonique, l'ictère dans l'une, l'hématémèse dans l'autre.

La chlorose a quelques points de ressemblance avec l'ulcère simple. Il y a souvent *aménorrhée* dans les deux cas (Brinton insiste sur la suppression des règles comme cause de l'ulcère simple chez les filles pubères); ajoutons comme *symptômes communs* :

Phénomènes gastralgiques ;

Signes d'anémie.

Efficacité du perchlorure de fer dans les deux cas.

L'ulcère pouvant être le résultat de l'alcoolisme invétéré, de la phtisie pulmonaire, de la cachexie cardiaque, de la maladie de Bright, etc., etc., il en résulte un diagnostic des causes qui, dans certaines conditions, peut offrir une véritable difficulté.



TRAITEMENT. — Le traitement est hygiénique ou médical.

En effet, le régime joue un rôle capital; tant que l'ulcère n'est pas cicatrisé, aucun aliment ne doit traverser l'estomac, non seulement de crainte de l'irriter, mais de crainte de déterminer la sécrétion du suc gastrique.

La diète est de rigueur dans les cas aigus, mais dans les ulcères chroniques il convient d'alimenter le malade; alors on permet l'usage du lait.

On augmente peu à peu la dose du lait. Si pour quelques raisons le régime doit être modifié, songez que l'intestin doit agir à l'exclusion de l'estomac. D'où indication du régime végétal.

Il faudra proscrire tous les irritants, vins, spiritueux, etc.

Le traitement médical comporte deux indications :

1<sup>o</sup> Agir localement comme topique;

2<sup>o</sup> Combattre certains symptômes ou certaines complications.

Trousseau faisait prendre trois fois par jour, au moins une heure avant le repas, un paquet de deux grammes de sous-nitrate de bismuth. Ce sel devait être délayé dans une eau mucilagineuse, afin de bien s'étendre sur la surface de l'estomac.

Le bismuth, dit Trousseau, forme réellement la base du traitement de l'ulcère simple.

Après l'avoir administré pendant dix jours de suite, « je le remplace, dit-il, par des pilules d'azotate d'argent de un centigramme seulement; le malade, « cinq jours de suite, en prend trois ou quatre dans « la journée, chaque pilule une heure au moins avant



« de manger, puis je reviens au bismuth pendant dix  
« jours..... Je donne ensuite pendant quatre ou cinq  
« jours le matin à jeun et au milieu du jour un  
« paquet composé de un centigramme de calomel et  
« de cinquante centigrammes de sucre en poudre,  
« puis je reprends le bismuth et ainsi, en recom-  
« mençant la série, trois et quatre mois de suite. »

Luton, parmi les agents topiques, place en tête le perchlorure de fer. Non seulement cette substance peut arrêter les gastrorrhagies, mais elle facilite la cicatrisation de l'ulcère. On emploie le perchlorure de fer à 30°, et on peut en donner dix gouttes dans un quart de verre d'eau sucrée trois fois par jour.

L'eau de chaux convient surtout chez les jeunes enfants. Elle agit comme alcalin et en neutralisant les acides dont le contact aggrave l'ulcération.

D'autres indications doivent être remplies.

Il faut calmer les douleurs. La belladone et mieux encore la morphine à l'intérieur et à l'extérieur, en pommades, liniments, surtout en injections hypodermiques, peuvent être conseillées.

On peut encore calmer la douleur et activer la guérison par des révulsifs (vésicatoires à l'épigastre, cautérisation transcurrente ou ponctuée).

Les hématoméses seront combattues par la diète, l'usage de la glace (intus et extra), par l'emploi du perchlorure de fer.



## GASTRORRHAGIE

On désigne sous ce nom l'hémorrhagie qui a lieu dans l'intérieur de l'estomac; l'hématémèse est le vomissement du sang, quelle que soit la source de ce liquide.

Il peut y avoir gastrorrhagie sans hématémèse et d'un autre côté du sang peut être fourni par la bouche, les fosses nasales, le pharynx, tomber dans l'estomac et être rejeté ensuite par le vomissement, sans qu'il y ait eu gastrorrhagie.

Il faut donc bien comprendre que la gastrorrhagie est un symptôme, non une maladie. Cette variété d'hémorrhagie appartient à la séméiologie et ne saurait constituer une entité morbide. Ainsi compris nous aurons à étudier successivement les signes diagnostiques et pronostiques.

*Signes diagnostiques.* — Ils sont dits symptomatiques, étiologiques et différentiels.

Les symptômes varient suivant que la gastrorrhagie s'accompagne ou non d'hématémèse.

S'il y a gastrorrhagie sans hématémèse, le sang reste dans l'estomac pour plusieurs raisons : ou bien il est en trop petite quantité pour être expulsé au dehors; ou bien un rétrécissement du conduit extérieur (cardia, œsophage) empêche sa libre sortie.

L'hémorrhagie de l'estomac peut se faire brusquement ou être précédée de symptômes généraux propres à toute hémorrhagie : malaise général, syncopes,



refroidissement, etc., etc. Certains symptômes particuliers à l'hémorrhagie de l'estomac peuvent avoir lieu, notons : Anorexie, état douloureux de la région épigastrique, et matité insolite en rapport avec la quantité de sang épanché.

Le sang peut passer dans l'intestin et au bout d'un temps variable, on constate une ou plusieurs selles noires à odeur fétide, selles pouvant être précédées non seulement de météorisme, mais encore de coliques plus ou moins vives.

Lorsqu'il y a hématomèse en même temps que gastrorrhagie, le vomissement de sang constitue le phénomène capital. Contrairement à ce qui se passe dans l'hémoptysie le sang est rejeté sans toux. Lorsque je vous aurai dit que le sang est presque toujours noir et coagulé, vous en comprendrez la raison en réfléchissant que ces caractères lui viennent de son séjour plus ou moins prolongé dans l'estomac.

Le sang peut être liquide et vermeil, s'il est fourni par une artère ulcérée, une tumeur anévrysmale rompue dans l'estomac, si l'estomac trop susceptible vient à rejeter le sang immédiatement.

La quantité de sang rendue est variable ; souvent elle est de 250 à 300 grammes ; elle a pu atteindre jusqu'à 5 kilogrammes en quelques jours.

Étudiée au point de vue de ces causes la gastrorrhagie est dite essentielle, symptomatique ou par altération du sang ; on la dit encore supplémentaire.

On distingue aussi les hémorrhagies actives et passives.

Elle est essentielle quand aucune lésion appréciable ne semble l'expliquer, ainsi si elle survient sous l'in-

fluence seule de chagrins, d'émotions morales, de frayeurs, etc.

Cette classe ou variété de gastrorrhagies devient de plus en plus rare, à mesure que la science médicale fait de nouveaux progrès.

Presque toujours la gastrorrhagie est symptomatique d'une lésion, d'une maladie déterminée.

Tantôt c'est une lésion de l'estomac : ulcère, cancer, état variqueux de l'estomac, ingestion d'un poison corrosif.

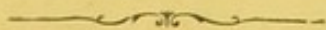
Le sang peut venir du dehors dans l'estomac : anévrisme de l'aorte.

La cause de l'hémorrhagie stomachale est éloignée dans le cas de *tumeurs* du foie et de la rate, d'affections organiques du cœur.

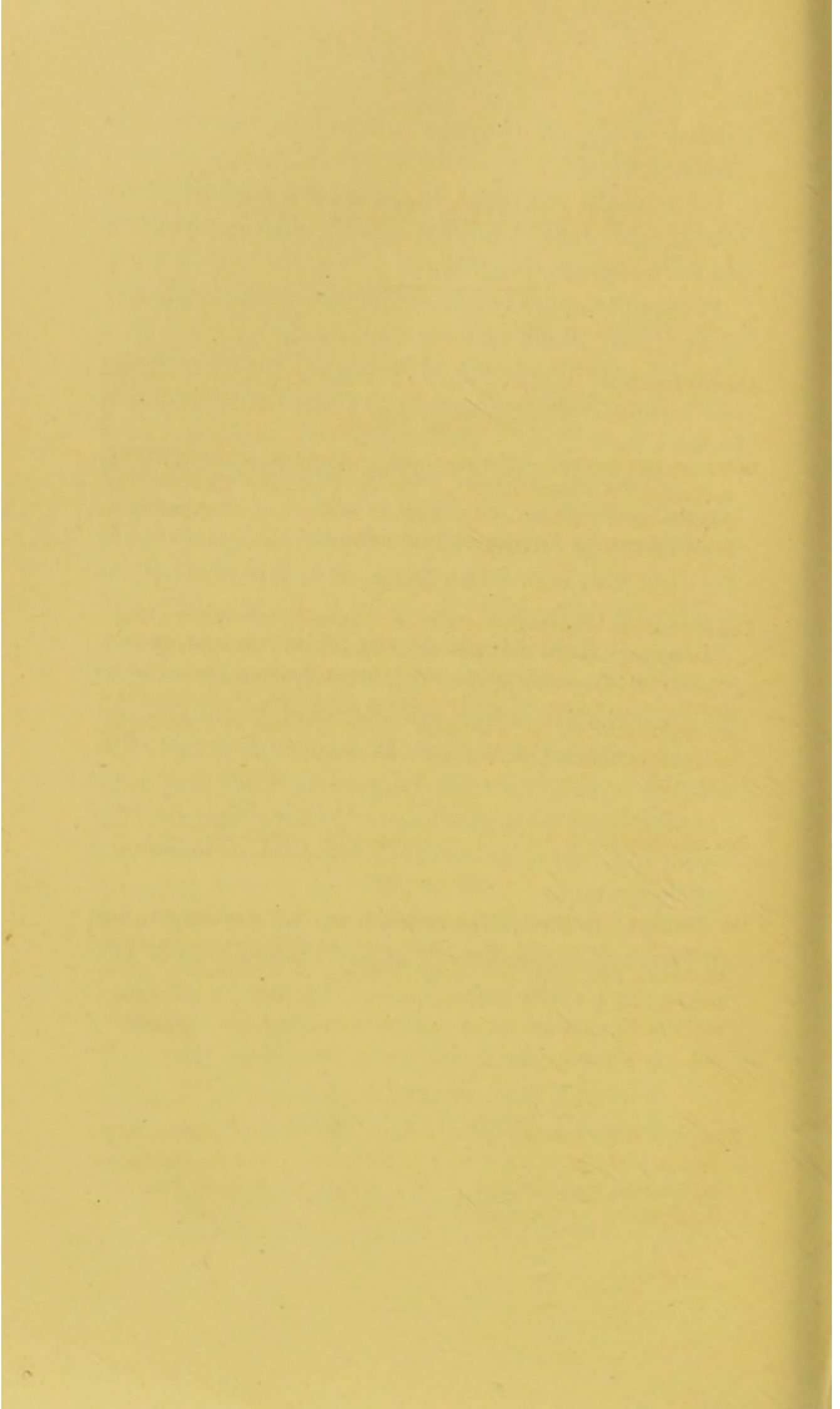
Dans certaines fièvres graves : fièvre jaune, peste, typhus, fièvres éruptives, il y a altération du sang et la gastrorrhagie est dite par altération du sang.

Chez certains individus la suppression du flux hémorrhoïdaire, chez les femmes la suppression du flux menstruel peut amener une hémorrhagie de l'estomac qui, dans ces circonstances, est véritablement supplémentaire.

Retenez-le bien, Messieurs, pour ne pas être induit en erreur en croyant avoir affaire à une lésion de l'estomac qui n'existe pas.







# TABLE DES MATIÈRES

---

AVANT-PROPOS.....	1
-------------------	---

## PREMIÈRE LEÇON

Objet de mes leçons. — Division des stomatites. — Symptômes communs et différentiels. — De la stomatite mercurielle, pseudo-membraneuse. — Du muguet, ses causes et caractères histologiques de ses plaques blanchâtres.....	3
--	---

## II<sup>e</sup> LEÇON

Des stomatites ulcéreuses : aphteuse, ulcéro-membraneuse, gangréneuse. — Siège des aphtes, comment se développent-ils ? — Causes de la stomatite ulcéro-membraneuse, son traitement. — Du noma — De la glossite profonde. — Symptômes et traitement. — De la glossite. — Symptômes et marche de la glossite aiguë et chronique; traitement.....	10
---	----

## III<sup>e</sup> LEÇON

Des angines, leurs variétés. — Symptômes locaux.....	17
--	----

## IV<sup>e</sup> LEÇON

De l'angine catarrhale, ses variétés. — De l'amygdalite, ses caractères anatomiques, causes. — Symptômes caractéristiques de l'amygdalite. — Complications et terminaisons, traitement. — De l'angine gangréneuse, elle est ordinairement secondaire. — Caractères anatomiques. — Mode de guérison.....	22
---	----

## V<sup>e</sup> LEÇON

Symptômes de l'angine gangréneuse, fétidité de l'haleine, adynamie. — De la diplopie et de la phlébite. — Marche insidieuse de l'angine gangréneuse. — Son diagnostic avec la gangrène du poumon. — Traitement.....	29
---	----



## VI<sup>e</sup> LEÇON

De l'angine pultacée. — Elle sert de transition entre l'angine inflammatoire simple et l'angine à produit adventice. — De l'angine herpétique; elle peut être confondue avec l'angine diphthéritique. — Angine ulcéro-membraneuse. — Définition de la diphthérie et angine diphthérique. — Identité de la diphthérie et du croup..... 35

## VII<sup>e</sup> LEÇON

L'angine diphthéritique est primitive ou secondaire. — L'humidité et le froid ont une action secondaire sur son développement. — Rôle prédominant de l'infection et de la contagion. — Angine diphthérique simple, maligne. — Symptômes particuliers à la forme maligne. — Inutilité de la trachéotomie dans l'angine diphthérique maligne..... 41

## VIII<sup>e</sup> LEÇON

Symptômes de l'angine diphthéritique grave et maligne. — Des complications de voisinage et éloignées. — Du croup. — État du cœur, de la circulation périphérique et du sang..... 50

## IX<sup>e</sup> LEÇON

Complications nerveuses, troubles du mouvement et de la sensibilité. — La paralysie est partielle ou générale. — Anesthésie variable, mutabilité des symptômes. — Amblyopie ou amaurose temporaire, différents troubles oculaires consécutifs à cette angine. — De l'albuminurie. — Angine diphthéritique secondaire. — Diagnostic..... 57

## X<sup>e</sup> LEÇON

Comment a lieu l'infection diphthéritique. — De l'infection secondaire. — Traitement local et général. — Il faut relever les forces de l'organisme, agir sur l'élément infectieux, modifier la muqueuse par des médicaments qui, absorbés, agissent à leur sortie..... 64

## XI<sup>e</sup> LEÇON

Des angines rhumatismale, goutteuse, scorbutique. — De l'angine érysipélateuse, symptômes particuliers. — Ce qu'on désigne sous le nom d'angine de Luddwig. — Diagnostic. — Angines des fièvres éruptives. — Angines produites par les agents toxiques..... 72



XII<sup>e</sup> LEÇON

Des angines chroniques, glanduleuse, scrofuleuse, syphilitique.  
— Quelle est la gravité de l'angine glanduleuse? Son traitement. — L'angine scrofuleuse est tantôt bénigne, tantôt maligne. — L'angine syphilitique est primitive ou secondaire. — De l'œsophagite; ses causes; symptômes et traitement ... 80

XIII<sup>e</sup> LEÇON

Rétrécissement de l'œsophage, ses causes — Rapports de l'œsophage. — Rétrécissements inflammatoires, organiques; symptômes. — Diagnostic du rétrécissement en lui-même; de son siège et de sa nature..... 88

XIV<sup>e</sup> LEÇON

Traitement des rétrécissements organiques de l'œsophage. — Spasme de l'œsophage, il est symptomatique et reflexe, il peut être essentiel. — Notions anatomiques générales sur l'estomac. — De la gastrite, ses variétés. — Causes externes et internes. — Anatomie pathologique..... 96

XV<sup>e</sup> LEÇON

La gastrite a une existence réelle. — De la gastrite suraiguë de l'empoisonnement, de la gastrite aiguë spontanée, de la gastrite subaiguë, de la gastrite chronique. — La gastrite phlegmoneuse peut quelquefois simuler une méningite. — L'embarras gastrique est tantôt apyrétique, tantôt fébrile, alors la fièvre est souvent rémittente. — Dans la gastrite chronique il peut y avoir quelquefois des vomissements sanglants qui n'indiquent pas pour cela un ulcère simple. — On peut observer dans la gastrite chronique un véritable diabète qui disparaît par un traitement approprié. — Diagnostic..... 104

XVI<sup>e</sup> LEÇON

Utilité d'un traitement rationnel des gastrites. — Traitement de la gastrite aiguë et de la gastrite chronique. — Du ramollissement de l'estomac, son histoire est à faire, symptômes incertains. — Saveur acide de la bouche ressentie par les malades et acidité de l'haleine comme signes de diagnostic ..... 114



XVII<sup>e</sup> LEÇON

Causes du cancer de l'estomac. — Anatomie pathologique; variétés. — Les symptômes du cancer de l'estomac varient beaucoup aux différentes périodes. — Importance comme signes de la tumeur et du vomissement noir. — Quand le vomissement est abondant, le sang est ordinairement peu ou pas altéré. — Si le vomissement est peu considérable, le sang est noir..... 122

XVIII<sup>e</sup> LEÇON

Symptômes de la deuxième période. — Tumeur, amaigrissement général, couleur jaune paille. — Hydropisies des membres, phlegmatia alba dolens. — Diagnostic. — Traitement ..... 130

XIX<sup>e</sup> LEÇON

Cruveilhier, en 1856, attire l'attention sur l'ulcère simple de l'estomac dont il fait une entité morbide. — Caractères anatomiques, cicatrices fibreuses consécutives. Perforations et adhérences. — Causes de l'ulcère simple de l'estomac. — Symptômes caractéristiques, douleur, vomissement de sang. — La perforation subite de l'estomac dans l'ulcère simple peut simuler un empoisonnement ..... 136

XX<sup>e</sup> LEÇON

Aspect général des malades dans l'ulcère simple de l'estomac; on ne constate jamais la teinte jaune paille. — L'ulcère simple peut se terminer par la mort. — La marche de la maladie est bien différente de celle du cancer. — Diagnostic. — Le traitement est hygiénique et médical. — De la gastrorrhagie, signes symptomatiques et étiologiques. .... 144

