16260

93
3

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE

DE

PATHOLOGIE INTERNE

TOME I.

Paris. — Impr. de Ad. Lainé et J. Havard, rue des Saints-Pères, 19.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE

DE

PATHOLOGIE INTERNE

PAR

M. ED. MONNERET,

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE INTERNE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU.

TOME PREMIER.

MALADIES LOCALES. — DU SYSTÈME NERVEUX. —
DES ORGANES DE LA CIRCULATION. — DE LA RESPIRATION. —
DE LA DIGESTION ET DU FOIE.

PARIS

P. ASSELIN, SUCCESSEUR DE BÉCHET JEUNE ET LABÉ,

Libraire de la Faculté de médecine

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

Et chez tous les Libraires des Départements et de l'étranger

1864

On. M. 4

PRÉFACE.

L'auteur d'un traité élémentaire de pathologie interne doit s'attendre à rencontrer, dans l'accomplissement de son œuvre, des difficultés de plusieurs sortes qu'il importe de signaler. Il faut d'abord que, guidé par un vif amour de son art, il se livre de bonne heure à des études longues et sérieuses sur toutes les parties de la médecine; qu'il interroge tous les mémoires, tous les traités généraux; qu'il consigne le résultat de ses recherches dans quelque grande publication. Il faut, en outre, qu'après avoir terminé ce travail analytique il reconstitue l'ensemble de la pathologie, et qu'il en écrive l'histoire générale.

A ces travaux considérables il doit ajouter encore l'observation quotidienne, faite dans les hôpitaux, de tous les types vivants des maladies, et fournir la preuve écrite qu'il les a fidèlement étudiés. Ce n'est pas tout : pour écrire un livre utile, il faut avoir enseigné, pendant longtemps, dans des cours publics et gratuits, toutes les parties de la pathologie interne. C'est seulement après ce long et pénible apprentissage que le médecin peut marcher, d'un pas ferme, sur le terrain mouvant du professorat, et se rendre digne de la haute mission qui lui est confiée, lorsqu'il est chargé d'un enseignement dit officiel.

Le cours de pathologie interne de la faculté de médecine a

été pour moi une source féconde d'instruction, en me forçant à considérer de près les difficultés que je n'avais fait qu'entrevoir. Pour arriver à les vaincre, il m'a fallu résumer dans mes cours et dans des programmes détaillés qui en sont la représentation fidèle, tout ce qui est nécessaire à l'instruction du médecin. Aujourd'hui que ce travail de contraction est terminé, il me sera plus facile de donner aux différentes parties de l'histoire des maladies internes les justes proportions qu'elles doivent avoir et de les restreindre aux notions les plus indispensables et les plus élémentaires. J'aurai soin d'y conserver la méthode, l'ordre, la clarté et la brièveté que j'ai tant cherchés dans mes cours. Le travail que je publie doit contenir les faits acceptés de tout le monde, marqués au coin de la vérité, en un mot, tous ceux dont la connaissance peut rendre les médecins égaux devant les difficultés de leur profession. On sait que le praticien modeste, comme le professeur émérite, qu'on appelle par métaphore un prince de la science, sont frappés d'impuissance et réduits à se conduire exactement de la même manière, dans le traitement des maladies incurables. Princes et sujets deviennent alors parfaitement égaux devant elles; égaux, à plus forte raison, devant les maladies heureusement plus nombreuses qui guérissent par les seuls efforts de la nature. Le livre que nous publions est précisément écrit pour conserver à tous les médecins l'égalité parfaite que donne l'instruction quand elle est rendue facile.

La pathologie actuelle, en vertu de cette loi qu'on appelle la division du travail, a été partagée en un certain nombre de groupes naturels qui comprennent l'anatomie pathologique, la clinique, la thérapeutique et l'hygiène. Chacune a des attributions spéciales limitées; chacune fait le sujet d'un ensei-

gnement à part, dans les facultés de médecine. On regrette de voir ces divisions importantes méconnues trop souvent dans les traités de pathologie interne. Au lieu de n'emprunter aux diverses parties de la science que les notions générales, on en est venu à écrire des livres qui contiennent des morceaux détachés d'anatomie pathologique, de diagnostic, de pathologie générale, d'hygiène, de médecine légale, etc. On veut aujourd'hui apprendre vite et à peu de frais, et trouver des ouvrages qui soient à la fois des abrégés et des traités généraux sur chaque matière. Et cependant personne n'ignore que la bibliothèque d'un médecin ne saurait consister dans un seul ouvrage, fût-il même un compendium ou un dictionnaire de médecine. Ce funeste travers a fait naître des livres où l'idée est supprimée et remplacée par des mots qui, à force d'être condensés les uns contre les autres, ont fini par ne plus être compréhensibles.

Un traité de pathologie interne, pour être réellement instructif et lisible, doit contenir une exposition rapide de toutes les maladies, un tableau des symptômes, des causes, des lésions, disposé dans un ordre tel, qu'il commande l'attention et soit facilement retenu ; enfin des déductions rigoureuses capables de guider le médecin dans les voies rationnelles et fructueuses de la thérapeutique.

La critique et l'expérience ne doivent s'y manifester que par le choix même et la distribution des matières et surtout par l'absence des faits douteux, des théories hasardées et des dissertations stériles que l'auteur a volontairement retranchées. Toutes les parties du livre doivent conserver de justes proportions. Il faut en bannir ces développements excessifs qui peuvent faire soupçonner les prédilections de l'auteur pour l'a-

natomie pathologique, le diagnostic, les formules et les ordonnances. Les parties les plus essentielles seront seules mises en évidence; les secondaires s'apercevront sur un plan éloigné, et les inutiles disparaîtront complétement. Enfin rien ne doit indiquer la fatigue ni les difficultés que l'auteur a été obligé de vaincre pour rendre facile et intéressante l'histoire des maladies.

Plus tard, lorsque le médecin possédera tous les éléments de la science, il pourra, s'il est entraîné par des aptitudes spéciales ou par d'autres nécessités, choisir un sujet d'étude plus restreint, explorer par exemple les maladies de la peau, la syphilis, les maladies mentales. Rien ne s'y oppose; mais à la condition qu'il sache complétement, et avant tout, ce qu'il n'est permis à aucun médecin d'ignorer, l'ensemble de la pathologie interne. Le but qu'on se propose dans l'enseignement, comme dans un livre de la nature de celui-ci, est de former des hommes instruits, et de développer le jugement sans lequel il n'y a pas de praticien habile. Je serais heureux pour ma part si je réussissais à remplir quelques-unes des conditions essentielles que je viens de retracer.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE

DE

PATHOLOGIE INTERNE.

PROLÉGOMÈNES.

La description des maladies peut être ramenée à des proportions assez restreintes, si l'on prend soin d'en effacer les détails inutiles et de disposer les faits essentiels dans un ordre méthodique. On a dit et répété que la science se compose de matériaux épars qu'on ne peut classer actuellement d'une manière satisfaisante. Sans doute, les classifications sont incomplètes et provisoires, mais elles sont nécessaires pour reposer l'esprit de la fatigue qu'il éprouve en parcourant le vaste domaine des faits particuliers. Cherchons donc celle qui doit nous guider dans cet ouvrage.

Division des maladies.

Les maladies ont été divisées en locales et en générales. Nous commencerons par les premières.

Maladies locales.

Une maladie locale est constituée par un seul ou par plusieurs actes morbides élémentaires indépendants de toute maladie générale. Ces actes morbides sont exactement les mêmes, qu'ils dépendent d'une maladie locale ou générale. Ils consistent : I. dans une lésion de la circulation : 1° l'hypérémie; 2° l'inflammation; 3° l'hémorrhagie, en sont les trois modes principaux; — II. dans une lésion de sécrétion (hypercrinie, hétérocrinie et acrinie); — III. dans un trouble des fonctions du système nerveux (névrose de l'intelligence, du mouvement, du sentiment); — IV. dans une lésion de structure, qui comprend les changements : 1° de volume (hypertrophie, atrophie); 2° de continuité (ulcération); — 3° de consistance (ramollissement, induration, gangrène); 4° de couleur; — V. dans

Leur classification : 1° d'après l'acte morbide élémentaire;

une lésion de structure marquée par l'addition d'une des matières solides, liquides ou gazeuses qui se trouvent normalement dans l'organisme (produits homologues: fibrine, graisse, phosphate de chaux, urate de soude, sucre, matière noire). Quant aux lésions de structure caractérisées par la formation d'un tissu qui ne ressemble à aucun autre, comme le tubercule, le cancer, nous les plaçons dans les maladies générales. — VII. Viennent ensuite les maladies qui consistent dans un vice congénital de structure; — VIII. les maladies parasitaires causées par un végétal ou un animal situé à l'extérieur ou à l'intérieur du corps.

2° d'après son siége. Ordre suivi dans le livre.

Telles sont les maladies locales qui sont communes à presque tous les organes du corps humain, et qui forment une grande partie de la nosologie médicale. Nous les étudierons d'après leur siége; nous décrirons ainsi successivement tous les actes morbides qui se passent : 1° dans le système nerveux; 2° le système musculaire; 3° l'appareil vasculaire; 4° respiratoire; 5° digestif; 6° dans les organes de la sécrétion biliaire; 7° urinaire; 8° dans l'appareil de la reproduction chez l'homme et la femme.

Maladies générales. Elles forment la seconde classe des maladies. Énumération.

Les maladies générales ou diathésiques sont caractérisées surtout par la multiplicité des lésions et par l'unicité de leur cause; elles constituent la seconde classe des maladies dont nous ferons l'histoire dans la dernière partie de cet ouvrage. Elles comprennent : I. les maladies qui consistent dans un trouble de la calorification (fièvres et maladies algides); — II. les altérations du sang (pléthore, anémie, scorbut, albuminurie, diabète); — III. les maladies virulentes (morve, charbon, syphilis); — IV. les maladies venimeuses; — V. les empoisonnements par des substances minérales ou végétales; — VI. les maladies diathésiques ou constitutionnelles, telles que : 1° le rhumatisme; — 2° la goutte; — 3° la scrofule; — 4° le rachitisme; — 5° la tuberculose; — 6° le cancer; — 7° les dartres; — VII. les maladies asthéniques (inanition, faiblesse congénitale, pellagre, choléra morbus).

Avantages de la classification anatomo-physiologique.

Nous ne connaissons pas de classification plus naturelle que celle que nous venons de proposer. Elle rapproche des actes de natures très-différentes, mais semblables par leur siége, la fonction de l'organe, par les symptômes et souvent par les causes. Sans préjuger la nature souvent ignorée de ces actes, elle les groupe d'une manière naturelle et conforme aux connaissances physiologiques. Elle est d'une application facile dans l'enseignement et dans les livres, parce qu'elle permet de généraliser et surtout d'abréger les descriptions

qui ont des caractères communs. Entièrement fondée sur l'anatomie et la physiologie, cette disposition méthodique des matières de la pathologie interne est bien supérieure à celle qui a pour base la nature même des actes morbides. D'après cette dernière méthode, on étudie l'inflammation, la congestion, l'hémorrhagie, etc., dans tous les organes successivement. Un pareil ordre est applicable seulement aux groupes naturels qui font le sujet de la pathologie générale; il est vicieux lorsqu'il s'agit d'en faire usage dans l'étude des maladies de chaque appareil. Que peuvent avoir de commun entre elles des maladies telles que les phlegmasies, les congestions, les hypercrinies, du poumon, de l'encéphale, du foie ou des reins? Symptômes, cause, diagnostic, pronostic, marche, traitement, tout est dissemblable. Dès lors, quel intérêt peut-on avoir à les rapprocher? L'ordre anatomo-physiologique si naturel, si fécond en données pratiques, si commode pour l'étude et les recherches, mérite donc la préférence sur tout autre. C'est celui que nous avons adopté depuis longtemps dans nos cours publics. Hâtons-nous de déclarer qu'il serait insuffisant si l'on n'y ajoutait pas l'étude des maladies générales, qui, n'ayant pas de siége distinct, ne sauraient rentrer dans les divisions précédentes. La cause et les symptômes servent alors à les classer, ainsi que nous le montrerons dans une autre partie de ce livre.

Elle est préférable à celle qui est fondée sur la nature des actes.

Les maladies locales dont nous allons nous occuper sont: 1° symptomatiques; 2° sympathiques; 3° idiopathiques. Insistons sur cette division importante qui domine, suivant nous, toute la pathologie interne.

Division des maladies en symptomatiques, sympathiques, idiopathiques.

1° Une maladie avec ou sans lésion de texture est dite symptomatique quand elle reconnaît pour cause une lésion locale ou une maladie générale dont elle est la détermination morbide plus ou moins éloignée. Une hémoptysie est symptomatique d'un tubercule pulmonaire, d'une lésion du cœur, des gros vaisseaux ou d'un état scorbutique du sang. Une névralgie, une convulsion faciale, est symptomatique d'une carie du rocher, d'une exostose, d'un névrôme, d'une encéphalite. Ainsi la maladie symptomatique consiste tantôt dans un simple trouble dynamique, tantôt dans une lésion de structure bien évidente.

De la maladie: 1° Symptomatique.

2° La maladie sympathique est celle qui est déterminée par une maladie locale comme elle. La différence qui existe entre elle et la symptomatique est capitale. La première n'est marquée par aucune lésion apparente de tissu, si ce n'est à la longue et après avoir été longtemps dynamique. Elle consiste dans un trouble fonctionnel (contrac-

2° Sympathique. Différence 1° entre elle et la symptomatique;

ture, douleur, délire), dans un flux, une hémorrhagie, une hypérémie, tandis que la maladie symptomatique s'accompagne très-souvent de lésion de structure, quoiqu'elle puisse être également dynamique. Il ne faut pas confondre avec les maladies locales disséminées provenant d'une maladie générale, les accidents sympathiques. L'adénite scrofuleuse, la contracture syphilitique, l'hypercrinie péri-articulaire goutteuse, l'arthrite rhumatismale, sont des maladies locales symptomatiques d'une affection diathésique. Il faut se garder de les prendre pour des sympathiques. La pneumonie, la pleurésie, l'encéphalite sont souvent symptomatiques d'un rhumatisme, des tubercules (voyez *Maladies secondaires*).

2° entre elle et les lésions multiples des maladies générales.

3° Maladies idiopathiques.

3° Enfin la maladie *idiopathique* ou *essentielle* est caractérisée par un acte ou un phénomène morbide qu'aucune lésion matérielle locale ou générale ne peut expliquer (voyez le *Traité de pathologie générale*, pag. 58 et suiv., t. I, 1857).

Proto et deutéropathiques

Il est commode et conforme d'ailleurs à la génération des maladies de distinguer celles qui sont protopathiques et deutéropathiques (secondaires et tertiaires, etc.). Les premières sont celles qui existent d'abord seules et n'ont été précédées d'aucune autre affection (protopathiques). Les *deutéropathiques consécutives* appartiennent tantôt à une diathèse, à une affection générale, et tantôt à une maladie locale; dans ce dernier cas elles se développent par sympathie, ou sans qu'on en connaisse la cause; on doit les appeler alors des *complications*. Celles-ci sont tout à fait accidentelles et indépendantes de la première maladie; mais souvent aussi elles sont transmises, 1° par *voie de continuité*, comme lorsqu'une pneumonie lobulaire suit une bronchite capillaire; 2° par *voie de contiguïté*, lorsque la phlegmasie d'une membrane muqueuse pénètre dans le tissu d'une glande; 3° enfin par l'extension du travail morbide à la zone voisine des tissus ambiants; tels sont la rétraction musculaire, les convulsions, la paralysie, les œdèmes, les flux qui s'opèrent autour d'une jointure enflammée; ces maladies, dites de *voisinage* par Gerdy, ne sont des complications que si elles acquièrent une durée et une intensité très-grandes.

De la complication.

Maladie 1° de continuité. 2° de contiguïté. 3° de voisinage.

Constitution de la maladie.

Constitution de la maladie locale. — Une maladie *simple* est celle qui se compose d'un seul acte morbide, ou pour mieux dire d'un élément morbide isolé (voyez *Traité de pathologie générale*, t. I, p. 94, 1857). La névralgie, la contracture, la paralysie d'un muscle, l'hypérémie, le flux lacrymal, etc., voilà des maladies simples représentées par le trouble d'un acte physiologique. Sans doute

Maladie simple;

il n'y a pas de maladie simple, mais des états organo-pathiques multiples, ainsi que l'a très-bien montré M. Piorry. Une névralgie faciale fait pleurer et grimacer; un flux salivaire gêne la mastication et la déglutition; la contracture d'un membre finit par l'amaigrir, etc. Néanmoins on s'accorde à regarder comme des maladies simples les actes primordiaux et élémentaires suivants : 1° l'hypérémie; 2° la phlegmasie; 3° l'hémorrhagie; 4° les troubles de l'intelligence; 5° du sentiment; 6° du mouvement (convulsions, paralysies); 7° les hétérocrinies; 8° les hétérotrophies (hypertrophie, atrophie, lésions de consistance, de continuité, de couleur).

composée.

Ces actes morbides, tantôt lésion de fonction, tantôt lésion de structure, forment, en se réunissant les uns aux autres, en nombre variable, des *maladies composées*. Toutes les maladies générales, les fièvres, les affections virulentes, les diathèses, les altérations du sang sont de ce nombre. On ne pourrait pas en citer un exemple plus tranché que celui offert par la fièvre typhoïde; dans cette affection se trouvent réunis tous les éléments morbides, altération du sang, névroses, congestions, hémorrhagies, ramollissement, ulcération, etc. Il en est de même dans la syphilis, la scrofule, la goutte, le rhumatisme; tous les actes morbides y figurent et y forment des combinaisons plus ou moins variées.

Les maladies générales en sont le type.

Maladies locales composées.

Quelques maladies, sans cesser pour cela d'être locales, sont aussi caractérisées par un grand nombre d'actes morbides indépendants ou liés les uns aux autres. Ce sont particulièrement les névroses de l'intelligence, du mouvement et du sentiment qui produisent ce degré extrême de composition. Les maladies du cœur, des gros vaisseaux, des organes respiratoires, finissent également par être *composées* d'une foule d'actes morbides.

Nombre plus restreint chaque jour des maladies locales.

Le nombre des maladies locales a beaucoup diminué depuis quelques années, et sous ce rapport, comme sous bien d'autres, la pathologie a entièrement changé de face. L'anatomie pathologique, exagérant l'importance des lésions, avait fini par faire croire qu'à chacune d'elles correspondait une maladie distincte. Or, une observation plus attentive et plus approfondie n'a pas tardé à montrer qu'au-dessus des lésions locales existe souvent une affection générale qui les domine toutes. Elle s'exprime seulement par des troubles fonctionnels ou de texture locaux, qui varient par leur siége et leur nature. Nous reviendrons dans la seconde partie de ce livre sur les caractères des *affections*. L'histoire des maladies locales leur est trop inti-

mement unie pour que nous ne soyons pas contraints de parler à chaque instant de ces maladies générales, en décrivant celles des organes.

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX.

CERVEAU, MOELLE, NERFS.

Divisions. — Elles comprennent : 1° Les maladies de l'encéphale avec ou sans lésion de texture ; 2° de la moelle ; 3° des nerfs du sentiment ; 4° du mouvement.

1° *Maladies de l'encéphale.* — Les maladies dans lesquelles on découvre une lésion marquée sont : 1° l'hypérémie ; 2° la phlegmasie ; 3° l'hémorrhagie ; 4° le ramollissement ; 5° le tubercule ; 6° le cancer de l'encéphale.

2° *Les maladies des méninges cérébrales* sont : 1° la méningite ; 2° la méningo-céphalite ; 3° l'hémorrhagie ; 4° le tubercule ; 5° l'hydropisie.

3° *Les névroses cérébrales* sont surtout caractérisées par le trouble des fonctions cérébrales. Dans cette classe figurent les maladies mentales, parmi lesquelles nous distinguerons : 1° la folie ; 2° l'hallucination ; 3° la nosomanie ; 4° la manie ; 5° la démence ; 6° l'idiotisme.

4° A côté de ces névroses se placent naturellement celles qui ont pour symptôme le trouble de l'intelligence, du sentiment et du mouvement, comme l'épilepsie, l'hystérie, la catalepsie.

L'ordre que nous nous proposons de suivre est purement anatomo-pathologique. Il aurait le grave inconvénient de préjuger la solution des questions actuellement pendantes, si nous ne déclarions pas, très-expressément, que nous ne prétendons nous servir de la lésion matérielle évidente que pour séparer provisoirement un certain nombre de maladies ; nous voulons seulement étudier dans chaque organe, et dans le système nerveux plus que dans tout autre, les actes morbides qui laissent après eux une altération et ceux qui ne font que troubler la fonction, c'est-à-dire les névroses.

CHAPITRE Ier.

MALADIES DE L'ENCÉPHALE.

Généralités. — L'étude expérimentale des maladies du cerveau et du système nerveux est réellement de date récente et ne remonte pas au-delà de la fin du dernier siècle. Depuis trente ans surtout, elle s'est dégagée des formes vagues et indéterminées que les vitalistes et quelques mauvais esprits de notre époque lui ont imposées. La physiologie et l'anatomie pathologique lui ont donné une direction plus sérieuse, plus utile, et l'on ne peut citer sans admiration les travaux de Tréviranus, de Cuvier, de Gall, de Spurzheim, de Broussais. C'est dans l'excellente voie tracée par ces hommes éminents que se sont engagés tous les physiologistes de notre époque. Ils sont ainsi parvenus à déterminer la fonction de la moelle et d'un grand nombre de nerfs du sentiment et du mouvement.

En pathologie, les découvertes n'ont pas été aussi importantes parce que des difficultés, de plus d'un genre, arrêtent le médecin. Voici les principales : 1° les lésions très-légères s'effacent après la mort et ne sont plus appréciables; 2° celles qu'on trouve peuvent produire des effets intenses, quoiqu'elles soient peu considérables, tandis que d'autres très-graves sont suivies de symptômes nuls ou peu manifestes; 3° elles ne restent pas toujours limitées et se confondent avec d'autres actes morbides tout à fait différents : tout dépend de la sensibilité excessive de l'organe, de la multiplicité de ses fonctions, de ses nombreuses sympathies, de ses relations incessantes avec tous les autres organes, enfin de l'obscurité même qui couvre ses actes physiologiques. Aussi peut-on dire qu'il est plus difficile, dans le système nerveux que partout ailleurs, de partir des lésions pour expliquer les symptômes, c'est-à-dire les troubles de fonctions. Quelques hommes leur refusent toute importance, tandis que d'autres les exagèrent outre mesure; la vérité n'est ni de l'un ni de l'autre côté, et encore moins du côté des anatomo-pathologistes, qui n'ont pas voulu comprendre que, pour les maladies du cerveau plus que pour celles de tout autre organe, la proposition générale suivante que nous avons établie ailleurs est de la dernière évidence : « Il n'est pas une seule

lésion de structure du cerveau dont les symptômes ne puissent être déterminés par un simple trouble fonctionnel, sans lésion appréciable de texture. » (*Pathologie générale*, t. I, pag. 59, 1857.) On peut donc prévoir que l'étude des maladies du cerveau nous offrira des difficultés très-grandes qui deviendront plus manifestes encore quand nous traiterons des névroses et de la folie, en particulier.

HYPÉRÉMIE CÉRÉBRALE.

Synonymie. — Congestion ; coup de sang.

Définition. **Définition.** — Afflux et rétention morbide presque toujours générale du sang dans les vaisseaux de l'encéphale et de la pie-mère, marqués par des troubles passagers de l'intelligence, du mouvement et du sentiment.

Causes. 1° Congestions symptomatiques d'une maladie du solide ; 1° d'une maladie du cerveau ; **Causes.** — *Hypérémie symptomatique d'une maladie du solide.* — La congestion est un acte morbide souvent lié : — 1° à une maladie du cerveau et de ses membranes, qui appelle incessamment la congestion, comme les cérébrites aiguës et chroniques, le tubercule, le cancer, les tumeurs fongueuses, les cicatrices hémorrhagiques, le ramollissement non phlegmasique, les abcès, la présence d'un caillot sanguin, etc. ; dans tous ces cas, la congestion est partielle ou générale ; — 2° à une maladie qui apporte quelque obstacle à la circulation, soit dans l'appareil vasculaire du cerveau, soit dans le cœur et le poumon. La plus fréquente est la dégénérescence graisseuse, athéromateuse, calcaire, des artères du cerveau, de la pie-mère, de celles qui partent du cœur ou des valvules cardiaques elles-mêmes. Rien de plus fréquent que de trouver chez des sujets qui se plaignent habituellement de tous les symptômes de la congestion cérébrale, les signes évidents ou encore obscurs d'une hypertrophie du cœur. Nous avons pu les constater chez des vieillards, chez des sujets réputés pléthoriques ou qui passaient pour être, suivant le langage du monde, trop forts, trop robustes. Il faut que le praticien se tienne en garde contre cette fausse pléthore. L'hypertrophie du cœur, à laquelle on a voulu faire jouer un rôle si considérable dans la production de la congestion cérébrale, n'agit pas du tout, comme on le suppose, en lançant le liquide sanguin avec force dans les vaisseaux du cerveau. On oublie que les lésions valvulaires y sont presque constantes, et que la circulation, loin d'être accrue, est, au

2° d'un obstacle à la circulation ;

d'une lésion des artères ;

d'une hypertrophie du cœur.

contraire, gênée, difficile et ralentie ; ainsi naît la congestion du cerveau, comme celle du poumon, du foie et de tous les systèmes capillaires.

Gêne de l'hématose et de la circulation pulmonaire.

A côté de ces congestions se placent naturellement celles qui dépendent d'un trouble de la circulation cardiaque-pulmonaire et qu'on rencontre dans toutes les maladies qui altèrent l'hématose, telles que : les maladies aiguës et chroniques des bronches, la coqueluche, l'emphysème pulmonaire, le croup, toutes les maladies convulsives, dont les accès plus ou moins rapprochés gênent la respiration, la circulation, comme les attaques d'épilepsie, d'éclampsie, les convulsions de l'enfance, l'asphyxie du nouveau-né dans un grand nombre de cas, enfin toutes les causes qui apportent un obstacle à la circulation fœtale et placentaire (inertie de l'utérus, travail prolongé de l'accouchement, chute du cordon, enroulement de celui-ci autour du cou du fœtus).

2° Congestion symptomatique d'une maladie du sang.

Hypérémie symptomatique d'une maladie du sang. — Une des conditions physiologiques les plus essentielles pour que la circulation s'effectue librement est la composition normale du sang. Il existe, entre ce liquide et les vaisseaux, entre le contenu et le contenant, une relation si étroite qu'elle ne peut être troublée sans que l'hypérémie ne se manifeste aussitôt. Telle est la manière d'agir de la pléthore qu'on observe si souvent chez les hommes jeunes, sanguins, chargés d'embonpoint et qui présentent cette disposition corporelle à la congestion notée par tous les auteurs. Combien il s'en trouve parmi eux chez lesquels le cœur est déjà malade !

Pléthore.

Appauvrissement du sang.

La diminution des globules et l'appauvrissement du sang ne produisent pas la congestion, et si on l'observe chez des chloro-anémiques, il faut en chercher la cause ailleurs, c'est-à-dire dans une autre maladie que celle du sang.

Congestion dans les fièvres continues et pernicieuses paludéennes.

Il n'en est pas de même de la congestion qu'on rencontre chez les scorbutiques ou dans le cours de toutes les maladies graves, hémorrhagiques, comme la fièvre typhoïde, le typhus, la peste, les exanthèmes. La fièvre pernicieuse cérébro-spinale (comateuse, délirante, convulsive) offre un exemple saisissant et à la fois terrible de la promptitude avec laquelle les vaisseaux du cerveau peuvent s'hypérémier, et cette seule congestion peut faire périr le malade dans le coma. Un très-grand nombre de maladies qui se compliquent de pétéchies, d'hémorrhagies intestinales, ou d'une altération de tout le solide, s'accompagnent des signes d'une congestion lente ; celle-ci en forme alors la dernière période.

Congestion chez les albuminuriques: urémie ?

Le sang dont l'albumine diminue produit, à un moment donné, chez quelques sujets atteints de la maladie de Bright, une forte céphalalgie, du délire, des convulsions, du coma, en un mot une forte hypérémie cérébrale qu'on a prétendu rapporter, dans ces derniers temps, à la présence de l'urée, en proportion insolite dans le sang (urémie). Rien dans l'analyse chimique n'autorise à accepter cette opinion. La perte de l'albumine et l'anémie profonde expliquent plus naturellement la production des accidents.

Poisons.

Parmi les maladies virulentes dans lesquelles les symptômes et l'autopsie révèlent l'existence d'une hypérémie cérébrale, nous citerons la morve, la pustule maligne, les poisons stupéfiants, l'opium, la belladone, le tabac, l'oxyde de carbone, les corps qui s'attaquent à la constitution du sang, comme l'arsenic, le phosphore, le mercure, l'asphyxie par les gaz non respirables, l'alcoolisme dans lequel on retrouve tous les degrés et toutes les formes imaginables de la congestion.

Alcoolisme.

En résumé il serait difficile de trouver *un acte morbide élémentaire* plus constamment lié à l'altération du sang que l'hypérémie cérébrale.

3° Hypérémie sympathique d'une maladie locale ou générale;

Hypérémie sympathique. — On voit le cerveau se congestionner sous l'influence sympathique d'un très-grand nombre de maladies; celles de l'estomac, une simple gastralgie, une tumeur mésentérique cancéreuse, une diarrhée chronique, suffisent pour provoquer de fréquentes attaques d'hypérémie cérébrale. Les fièvres continues, exanthématiques, l'érysipèle, ont souvent pour symptômes prodromiques ceux de la congestion. On peut en dire autant des diathèses rhumatismales et goutteuses, parvenues à un degré avancé. Il faut enfin en chercher la cause dans la suppression ou la diminution des mens-

d'un flux.

trues, d'une hémorrhagie anale, nasale, ou de tout autre flux morbide accidentel ou continu (diarrhée, sueurs, leucorrhée).

4° Hypérémie idiopathique.

Hypérémie idiopathique. — Un travail purement dynamique d'afflux sanguin se produit souvent sans aucune maladie appréciable dans le cerveau ou dans tout autre organe. Sa cause est : 1° *somatique*; 2° *cosmique*.

Causes somatiques.

Causes somatiques. — Une émotion morale congestionne les capillaires de la face, et si elle se répète un grand nombre de fois l'on comprend qu'elle puisse amener et entretenir une hypérémie cérébrale. Ainsi agissent les travaux soutenus de l'intelligence, les passions tristes dites concentrantes, les excès vénériens, etc.

Causes cosmiques.

Causes cosmiques. — On a vu, dans des circonstances relatées par

tous les auteurs, la température excessive de l'air ou d'un lieu fermé et contenant beaucoup de monde, déterminer la congestion. Des soldats en marche, des moissonneurs, des ouvriers travaillant en plein soleil sont pris souvent des symptômes de la maladie. Le froid excessif est suivi des mêmes effets. On les a observés, pendant la campagne de Russie, chez les voyageurs, dans les terres polaires ou dans les montagnes où ils étaient assaillis par la neige.

Chaleur ; insolation.

Froid.

L'ascension sur de hautes montagnes est, dit-on, la cause de l'hypérémie chez ceux qui les gravissent ; mais trop de causes agissent à la fois pour qu'on puisse en accuser la seule raréfaction de l'air.

La constriction exercée par une cravate, un corset trop serré, ou un vêtement quelconque, en retardant la circulation cérébrale ou générale et en gênant l'hématose, peut produire l'hypérémie.

Obstacles mécaniques à la circulation.

Des causes aussi variées que celles que nous venons de passer en revue permettent de comprendre pourquoi la congestion frappe tantôt des adultes, des vieillards, des nouveau-nés, tantôt des pléthoriques, des cachectiques, des femmes mal réglées ou parvenues à l'âge critique. On ne peut donc rien établir de général, sur des causes si diverses, qu'on trouve cependant réunies sans ordre physiologique ni pathologique.

Assemblage confus de causes diverses.

Altérations anatomiques. — Dans l'hypérémie simple toute la lésion consiste dans la réplétion et la distension du réseau capillaire. Une incision faite dans la substance grise et blanche, dont la consistance est normale, divise un grand nombre de petits vaisseaux, à l'extrémité desquels le sang s'agglomère, sous la forme d'une petite gouttelette (état sablé, piqueté du cerveau), qui tranche sur la couleur blanche de la pulpe nerveuse. La substance grise périphérique ou centrale offre aussi ce piqueté rouge. Souvent il n'est pas distinct, et alors le tissu est d'un rose foncé et uniforme.

Lésions.

État sablé.

Le meilleur caractère de l'hypérémie est sa répartition à peu près égale dans les deux hémisphères et dans toutes les parties du cerveau. Cependant, si c'est un produit morbide ou une lésion circonscrite des membranes qui la fait naître, elle est partielle et forme une zone plus ou moins étendue, qui contraste avec l'état des parties environnantes. Quand elle est ainsi partielle et non liée à une lésion présente, elle dépend souvent d'un travail phlegmasique ou hémorrhagique dont elle n'est que l'acte préliminaire.

Hypérémie générale; partielle.

La congestion simultanée de la pie-mère, des sinus cérébraux et de tout l'appareil vasculaire céphalique dont la circulation céré-

Congestion simultanée des vaisseaux de la tête.

brale fait partie, accompagne presque toujours la congestion du cerveau.

Lésions concomitantes.

Parmi les lésions étrangères à l'hypérémie figurent celles qui en sont la cause ou la complication accidentelle. Dans les premières, nous trouvons les maladies des artères du cerveau, le tubercule, les tumeurs de diverse nature, les maladies du cœur et des gros vaisseaux, d'anciens foyers hémorrhagiques, des caillots sanguins, des ramollissements inflammatoires, une apoplexie capillaire. Les secondes consistent dans des lésions très-diverses qui résident dans le cerveau ou ailleurs.

Symptômes.

Symptômes. — La congestion reconnaît pour causes des maladies et des influences si différentes, qu'il faut s'attendre à trouver des symptômes très-dissemblables. On conçoit donc pourquoi les uns admettent trois formes d'hypérémie, les autres cinq et même un plus grand nombre. En effet, qu'a de comparable l'hypérémie ascensionnelle et rapidement foudroyante d'une fièvre comateuse, d'une hémorrhagie, d'une encéphalite, avec la congestion lente et rémittente des maladies du cœur, de l'intoxication alcoolique ou produite par un refroidissement intense et prolongé? Les unes s'annoncent par des prodrômes qui durent plusieurs jours, les autres se déclarent subitement.

Causes de leurs variations.

Caractères communs.

Les symptômes ont pour caractères communs d'occuper les deux côtés du corps, d'être subordonnés, dans leurs variations d'intensité, à toutes les causes qui agissent sur la circulation générale, comme la chaleur atmosphérique, la position déclive du corps, de la tête, la marche, les efforts, la digestion, une maladie fébrile, etc.

Troubles de l'intelligence.

On remarque d'abord chez les malades peu d'aptitude pour le travail intellectuel, peu de lucidité dans les idées; la mémoire est paresseuse, incomplète, il y a de la somnolence; le sommeil est prolongé, interrompu par des rêves pénibles, non réparateur, souvent suivi de vertiges et de pesanteur plus considérables; très-rarement d'un délire qui n'est que passager, excepté dans les violentes hypérémies de la fièvre pernicieuse; rarement perte de connaissance, qui ne dure alors que quelques minutes.

Céphalalgie.

La tête est lourde, pesante; la céphalalgie générale, profonde, accompagnée de vertiges passagers ou durables, légers ou tels que la marche est vacillante comme dans l'ivresse alcoolique, portés même au point que le malade tombe, mais sans perdre la conscience de lui-même.

La congestion choroïdienne provoque des troubles de la vi-

sion (bleuettes, mouches, oscillation des objets). L'ouïe est obtuse, des bourdonnements, des tintements se font entendre.

Hallucinations.

Personne n'ignore que les hallucinations les plus étranges de la vue et de l'ouïe se produisent dans la congestion ; que les malades atteints de lésions cardiaques ont des rêves pénibles, sont assaillis par des terreurs subites, du cauchemar; que les soldats en marche par un soleil ardent voient des rivières, des ennemis qui les entourent, entendent des voix menaçantes, etc.

Troubles de la motilité.

L'innervation musculaire est troublée comme les autres fonctions du système nerveux. On observe : inquiétudes, fourmillements, douleurs dans les membres, surtout les pieds et les mains dont la sensibilité est un peu émoussée, quelques crampes, convulsions passagères, défaut de coordination des mouvements, vacillation du corps et faiblesse des membres. Il faut se tenir en garde contre les convulsions et les paralysies partielles, parce qu'elles tiennent à des hémorrhagies cérébrales, quoique très-petites. Cependant il se peut faire que, dans une hypérémie violente, les sujets perdent connaissance, et que les membres soient en résolution. Ces symptômes alors se dissipent ordinairement très-vite.

Convulsions? Paralysie?

Phénomènes sympathiques.

L'hypérémie, quoique ayant pour siége l'organe le plus essentiel du corps, excite peu de sympathies. Elle est apyrétique; la circulation céphalique plus active, la face rouge, tuméfiée, la conjonctive injectée, la membrane des lèvres un peu livide ; la nausée, le vomissement, l'anorexie et la constipation existent à différents degrés. Les autres symptômes appartiennent à la maladie locale ou générale, dont l'hypérémie est l'effet.

Marche.

Marche. — Quoique essentiellement variable pour les causes que nous venons de dire, elle doit être distinguée en aiguë et en chronique. A la première se rattachent les coups de sang légers et graves qui débutent brusquement, sous l'empire d'une température élevée, de l'insolation, d'une forte émotion morale. On peut prendre pour type l'hypérémie des fièvres pernicieuses. Tout d'un coup le visage rougit, la peau, les membranes muqueuses se gonflent; viennent ensuite les vertiges, la titubation, la perte de connaissance, le coma, ou bien du délire, des convulsions générales, etc. Tout se dissipe, il reste un peu de céphalalgie, de stupeur jusqu'à un second accès qui emporte le malade. Il est rare d'observer des hypérémies ascensionnelles de ce genre, en dehors de l'intoxication paludéenne.

Hypérémie aiguë ; ascensionnelle ; des fièvres d'accès.

Hypérémie chronique.

L'hypérémie chronique offre des symptômes successifs, graduels, qui viennent et disparaissent sans cause, ou qui vont sans cesse en

Souvent symptomatique ou sympathique.

s'accroissant après plusieurs rémissions. On reconnaît à cette allure la congestion qui est entretenue par un caillot sanguin, par une tumeur du cerveau, une maladie des artères, du cœur, par un rhumatisme, l'usage des alcools. Souvent aussi elle n'est que le premier acte qui précède l'hémorrhagie, la phlegmasie ou le ramollissement non inflammatoire. Quelquefois même l'organe qui le produit et qui envoie l'influence sympathique au cerveau, est l'estomac, l'utérus ou un autre organe malade antérieurement.

Pronostic.

Pour connaître la gravité d'une congestion, il faut savoir si elle est idiopathique, symptomatique ou sympathique, et par conséquent si la maladie est au-dessus des ressources de l'art.

Diagnostic.

Céphalée.

Une céphalée syphilitique s'exaspère la nuit, et ne s'accompagne point de vertiges ni de titubation ; elle cède à un traitement spécifique. La névralgie est limitée à un côté du crâne et suit un trajet bien distinct. — La migraine sympathique ou essentielle est indépendante de tout ce qui agit sur le système vasculaire, et se rattache à un état chloro-anémique très-prononcé. Ses retours périodiques, et, dans l'intervalle, la cessation des accidents ne laisseront aucun doute sur l'existence d'une migraine. — Le vertige épileptique, qu'on a voulu rapprocher du coup de sang, en diffère par la promptitude extrême avec laquelle il se montre et disparaît, en laissant de la stupeur et un peu de trouble intellectuel. Il a été précédé d'autres attaques du même genre. — Enfin quelques femmes à leur âge critique ou des gens nerveux perdent connaissance, leur visage est sillonné par deux ou trois petites convulsions qui cessent bientôt, et se couvre d'une sueur abondante. La syncope cardiaque est la cause de ces accidents.

Migraine.

Vertige épileptique.

Traitement

1° Indication tirée de la notion des causes.

Traitement. — Si le médecin ne possède pas des notions certaines de pathologie générale, il s'expose à de nombreuses mésaventures, car le traitement ne saurait être le même dans une hypérémie causée par la pléthore, l'alcool, et dans celle qui tient à la débilité, à une cachexie ou à une lésion cérébrale. Tandis que, dans le premier cas, le malade doit être soumis à un régime plus ou moins sévère, le second sera privé de son alcool, et le dernier tonifié et traité par les moyens qui peuvent reconstituer le sang. Une congestion causée et entretenue par une maladie du cœur, par une tumeur qui gêne le retour du sang, ou appelée sympathiquement par un organe malade, requiert une thérapeutique toute spéciale. Produisez en pareil cas, dirons-nous au praticien, une congestion sécrétoire vers la peau, l'intestin, le foie, les reins, à l'aide des révulsifs, des drastiques, des diurétiques, etc. Si quelque tumeur, un caillot sanguin, une cérébrite, appellent le sang

Traitement de la cause locale :

dans le cerveau, enlevez-le directement par la saignée ou par des déplétions sanguines autour du crâne. Est-ce une maladie diathésique qui détermine le même effet? Donnez les sulfureux, l'huile de poisson au scrofuleux; au rhumatisant et au goutteux le quinquina; attaquez la congestion paludéenne par les préparations quiniques, auxquelles il sera utile d'ajouter les ferrugineux et les toniques si le malade est en proie à une cachexie.

de la cause générale.

Le pléthorique exposé à de fréquentes hypérémies cérébrales doit être privé de tout ce qui peut exciter la circulation (aliments succulents, café, vin, alcool, travaux de l'esprit, excès vénériens). Par contre, dans les congestions qui ont porté longtemps le nom impropre de *passives*, et qui côtoient si souvent l'hémorrhagie, dans les maladies scorbutiques et les fièvres continues typhiques, exanthématiques, le traitement doit être tonique et fortifiant. On traite par le vin, le quinquina, les bons aliments, les plantes amères et aromatiques, les antiscorbutiques et les agents hygiéniques propres à réveiller l'excitabilité, les malades tombés dans l'asthénie, à la suite d'une perte incessante d'albumine, de sucre, ou d'une inanition.

Pléthore.

Congestions dites passives.

Médication corroborante.

C'est à la maladie protopathique qu'il faut s'adresser pour vaincre l'hypérémie sympathique. La gastralgie, la pneumatose intestinale, la constipation une fois dissipées, les symptômes cérébraux disparaissent. Il en est de même si l'on parvient à rappeler les règles supprimées ou à les faire paraître chez les aménorrhéiques. D'une part les ferrugineux, les toniques, l'exercice, etc., et de l'autre, si l'anémie n'existe plus, des applications de sangsues aux cuisses, à l'anus, des révulsifs, des pédiluves, etc., tel est le traitement qui réussit.

Traitement de la congestion sympathique.

Une autre indication consiste à combattre la congestion. On désemplit les vaisseaux de la grande circulation par la saignée du bras ou de la jambe, suivant les effets qu'on veut produire; on aide à cette déplétion par des saignées locales pratiquées sur le trajet de la circulation céphalique (sangsues au cou, aux oreilles, au nez, aux tempes) ou loin de la tête (malléoles, anus, partie interne des cuisses). Un écoulement de sang entretenu pendant quelques jours, surtout auprès du cerveau, est préférable, lors même qu'il est peu abondant, à une perte trop subite et trop forte. On doit surtout agir ainsi lorsque la congestion a pris droit de domicile, et qu'elle est devenue chronique, entretenue par une maladie éloignée, ou même par une affection du cerveau. Enfin, les déplétions locales ainsi dirigées conviennent particulièrement dans les congestions qui reparaissent opiniâtrement et qui ne sont souvent que le premier acte d'une phlegmasie encéphalique lente ou même

2° Indication : traitement de la congestion.

Saignées générales.

Saignées locales; petites et continues.

aiguë. Elles sont préférables à la saignée générale, dont les médecins abusent trop souvent, et qui affaiblissent tout l'organisme, sans remédier à la congestion locale.

Bibliographie. (Voyez *Hémorrhagie.*)

ENCÉPHALITE.

Définition. L'inflammation de l'encéphale est marquée par l'hypérémie, le ramollissement, la suppuration de la substance nerveuse, par des convulsions, des paralysies partielles et le trouble de l'intelligence.

Division. Elle est : 1° *partielle* (cérébrite, cérébellite, etc.); 2° *aiguë;* 3° *chronique.*

Lésions anatomiques. Conditions normales de structure. *Altérations anatomiques.* — Les vaisseaux capillaires fournis par la pie-mère pénètrent dans la substance grise, où ils sont beaucoup plus nombreux que dans la blanche, et ne conservent bientôt plus que la tunique adventice, quelques cellules à noyau et l'épithélium. Les veines n'ont plus de fibres contractiles; le tissu cellulaire est d'une ténuité extrême. Il résulte de cette structure des particularités bien dignes d'intérêt : 1° l'hypérémie facile, sous l'influence des moindres troubles de la circulation cardiaque, qui est presque le seul agent de la circulation cérébrale; — 2° l'extravasation aisée du sang à travers des vaisseaux fragiles et non soutenus par la pulpe nerveuse ramollie; — 3° enfin la génération rare et difficile du pus et des exsudats fibrineux qu'on observe, au contraire, si souvent dans les organes chargés de vaisseaux, et d'un tissu cellulaire abondant.

Lésions intrinsèques; extrinsèques. On doit étudier : 1° les lésions propres qui sont : 1° l'hypérémie; — 2° le ramollissement; — 3° la suppuration; — 4° l'exsudation plastique et les diverses formes de la cicatrice;—2° les lésions extrinsèques, étrangères à la phlogose, sont : 1° les congestions ambiantes; — 2° les hémorrhagies; — 3° les épanchements séreux; — 4° la phlegmasie consécutive des membranes (méningo-céphalite). On verra reparaître dans la symptomatologie ces deux ordres de lésions distinctes.

A. Intrinsèques; leur siège. *Siége.* — La substance grise des circonvolutions, puis des parties centrales, étant plus vasculaire que la blanche, est plus disposée à l'inflammation, qui est plus fréquente dans le cerveau que dans le cervelet.

1° *Hypérémie phlegmasique.* — L'accumulation du sang est partielle; générale, elle appartient à la congestion simple. Le tissu cérébral, plus volumineux, plus consistant, plus ferme, constitue des indurations partielles, d'un rouge variable en intensité, tantôt rosées, hortensia, tantôt d'un rouge brique ou brunâtres dans lesquelles les vaisseaux sont dilatés, flexueux, et forment des réseaux qui laissent échapper, par les vaisseaux divisés, le sang en gouttelettes ou en nappe. 1° Congestion inflammatoire.

2° *Ramollissement.* — La phlegmasie n'est bien évidente qu'au moment où le tissu se ramollit, tout en restant rouge et vasculaire. La perte de consistance varie depuis celle de la framboise jusqu'à celle d'une gelée ou d'une pulpe molle, que le scalpel peut à peine diviser et qu'un filet d'eau entraîne aisément. On ne peut donc s'étonner que le sang sorte aisément des vaisseaux capillaires ramollis, brisés, et s'épanche dans le tissu nerveux, qui n'oppose plus de résistance. Il se produit alors une lésion réellement étrangère à l'inflammation, mais qui s'y ajoute souvent et qui a excité des discussions nombreuses: nous voulons parler de l'*apoplexie capillaire.* On trouve dans la trame cellulaire de la substance cérébrale ramollie et d'un rouge clair ou foncé, une foule de petits points bruns, violets ou noirs, serrés les uns contre les autres, ou de petits caillots sanguins très-distincts. L'altération qui en résulte donne au tissu l'aspect du parenchyme de la fraise parsemée de ses grains brunâtres, ou mieux encore à un tissu criblé de pétéchies et d'ecchymoses. Cette lésion se surajoute fréquemment au ramollissement cérébral, quelle que soit sa nature. On s'est demandé si elle était l'effet ou la cause du ramollissement; mais dans le cerveau comme partout ailleurs, l'hypérémie phlegmasique seule ne saurait produire l'hémorrhagie. Le travail congestif seul la détermine encore moins. Il est donc plus conforme à l'analogie de considérer l'apoplexie capillaire, ainsi que celle à grand foyer qui se développe parfois dans les mêmes circonstances, comme un effet de la fragilité de la pulpe nerveuse déjà enflammée et ramollie : ce que confirme également l'étude attentive des symptômes. Du reste, nous verrons plus loin que cette distinction est très-difficile pendant la vie, parce que les symptômes des deux actes morbides se confondent à chaque instant. 2° Ramollissement rouge. Apoplexie capillaire. (Cruveilhier.)

Les études microscopiques montrent, dans le tissu ramolli et rougeâtre, les fibres nerveuses et les tubes rompus, les vaisseaux dilatés, brisés ; les éléments du sang extravasés ; des globules de pus et des cellules granuleuses qui sont interposées entre les éléments normaux de la pulpe cérébrale. Étude microscopique.

3° Suppuration.

3° *Suppuration.* — La matière séro-purulente et le pus fournis par les vaisseaux s'infiltrent, en proportion variable, dans la substance grise ou blanche, qui est injectée et ramollie. L'examen microscopique fait voir du pus là où l'œil a de la peine à le découvrir. La teinte verdâtre ou même blanchâtre que revêt le tissu nerveux est toujours mêlée à une coloration rouge vasculaire.

Infiltration et ramollissement rouges.

Ramollissement blanc.

Le ramollissement pulpeux, blanc, verdâtre ou incolore, qu'on observe dans des conditions morbides mal déterminées, et qu'on a considéré comme inflammatoire, n'a réellement ce caractère que lorsque l'existence du pus est bien démontrée, et que la sérosité ou le ramollissement atrophique n'en sont pas la cause.

Pus.

Le pus en se réunissant en foyer détermine une lésion facile à reconnaître. Si la substance que la cavité renferme est la pulpe plus ou moins ramollie, rougeâtre, injectée, ou du sang extravasé en petite quantité, on en constate aisément la nature, tandis que si c'est un véritable pus, on le trouve mêlé, en proportion variable, au tissu cérébral. Les parois de l'abcès sont molles, inégales, ou anfractueuses, ou indurées, tachées de sang, criblées de points rouges, ecchymotiques. A une époque plus avancée, elles se couvrent d'une fausse membrane mince, tomenteuse, vasculaire, avec un revêtement externe celluleux ou fibreux. Ces lésions appartiennent aussi à d'anciens foyers hémorrhagiques en voie de cicatrisation. Les abcès inflammatoires sont rarement multiples, tantôt periphériques, tantôt situés dans la substance blanche centrale.

4° Exsudation plastique.

4° *Sécrétion plastique.* — En raison même des conditions vasculaires et de structure que nous avons fait connaître, le tissu nerveux a peu de disposition à sécréter du plasma en quantité suffisante pour amener un travail de cicatrisation ; aussi peut-on dire que cet exsudat est aussi rare dans le cerveau qu'y sont communes la congestion et l'hémorrhagie. Sans toutefois en nier l'existence, nous ferons remarquer qu'il appartient le plus souvent à cette dernière maladie en voie de cicatrisation. (Voir *Hémorrhagie.*)

Lorsque le ramollissement occupe la substance grise et qu'il guérit, la résorption s'opère, les méninges contractent, dans ce point, des adhérences avec le tissu cérébral qui se déprime. On a désigné à tort ces dépressions sous le titre d'ulcérations du cerveau.

B. Lésions extrinsèques.

Lésions extrinsèques. — L'encéphale ne saurait être le siége d'un travail phlogistique un peu violent sans qu'il s'opère en même temps : 1° une hypérémie générale ou partielle qu'on trouve sur le cadavre (piqueté, sablé); — 2° une hémorrhagie : à ce point de vue la cérébrite est

Hypérémie.

réellement hémorrhagipare. Tantôt il se forme dans le lieu ramolli, tantôt dans une zone ambiante, plus ou moins étendue, une hémorrhagie interstitielle [apoplexie capillaire], des extravasations ecchymotiques, des pétéchies, des taches violettes (scorbutiques des auteurs), qu'on rencontre souvent, ou même des foyers sanguins plus considérables. C'est à la résorption du sang épanché qu'il faut attribuer les colorations livides, rousses ou jaunâtres, qu'on trouve plus ou moins loin du ramollissement, dans la pulpe saine, molle ou indurée. Elles sont dues souvent à l'imbibition. — 3° Il faut ajouter encore à ces lésions les épanchements séreux, ou sanglants, sous-arachnoïdiens, et ceux qui se font dans la grande cavité du cerveau et dans les ventricules; — 4° enfin il n'est pas rare de voir la cérébrite superficielle ou profonde se propager aux méninges, même dans la forme aiguë, et faire périr les sujets qui présentent alors les signes et les lésions de cette dernière phlegmasie.

Hémorrhagie.

Colorations jaunes, ecchymotiques.

Hydropisies cérébrales, concomitantes.

En résumé, plus que partout ailleurs, la phlegmasie détermine dans le cerveau d'autres actes morbides dont la lésion et les symptômes se mêlent à chaque instant; ce qui en rend difficiles l'anatomie morbide et la symptomatologie.

Symptômes. — Les *prodromes* manquent rarement si ce n'est dans la forme aiguë et foudroyante, lorsque les malades sont enlevés comme par une attaque d'apoplexie, et encore n'est-il pas sûr que les signes précurseurs aient fait défaut. Ordinairement on observe ceux de l'hypérémie cérébrale qu'il est inutile de rappeler (céphalalgie, vertiges, éblouissements, etc.). Ceux qui appartiennent à l'encéphalite consistent dans : la céphalalgie générale ou partielle, pénible, douloureuse, persistant, pendant plusieurs semaines, occupant le front ou la tempe; dans l'insomnie, l'excitation cérébrale, l'impatience, un peu de délire passager, quelquefois même un accès de manie suivi de collapsus, de mouvements convulsifs dans quelques muscles, une douleur névralgique à la face.

Symptômes : par des prodromes.

Signes de la congestion.

Prodromes de la cérébrite.

Symptômes actuels. — On doit s'attendre à les trouver très-variables tant à cause des fonctions multiples dont l'organe enflammé est le siége, que de l'état de la substance plus ou moins ramollie et détruite, et de ses nombreuses sympathies avec les autres organes. On remarque surtout dans les symptômes l'excitation et le collapsus avec des variations très-grandes suivant les malades.

Il existe toujours, quoique à différents degrés, des troubles de l'intelligence : diminution de la mémoire, du jugement, délire tranquille, continuel, ou seulement nocturne : violent comme dans la

Troubles de l'intelligence.

manie, avec agitation; mouvements désordonnés des membres; délire en actions seulement ou en paroles et en actions ; suivi de collapsus, d'anéantissement partiel des facultés ou de toutes en même temps, comme dans la démence. Quelquefois l'intelligence est conservée et le malade rend un compte exact de ce qu'il éprouve.

Troubles du mouvement.

Convulsions générales rares;

partielles.

Il est rare que les mouvements ne soient pas lésés et qu'il n'existe pas des convulsions, de la paralysie, ou un mélange de ces deux symptômes. Au début, la convulsion est fréquente, rarement générale et épileptiforme, mais limitée à un côté du corps ou du visage opposé au siége de la lésion cérébrale. Les muscles du cou (torticolis), de l'œil (strabisme), les élévateurs de la mâchoire inférieure (trismus), les muscles d'un côté du visage ou d'un membre peuvent être convulsés séparément. Il en résulte alors des changements de situation dans les parties, qui peuvent faire croire que le côté sain opposé à la contracture est paralysé. A la convulsion tonique, plus rarement à la clonique, succède la paralysie qui est aussi partielle et occupe les parties contracturées ou roidies d'abord. On est alors fort étonné de trouver un changement complet de situation dans les parties qui, convulsées la veille, sont maintenant dans la résolution. C'est même cette succession plus ou moins rapide et répétée qui constitue le meilleur signe de l'encéphalite, jusqu'à ce qu'enfin la paralysie s'établisse définitivement.

Paralysie.

Elle est partielle, se montre dans un bras, une jambe, souvent la moitié du corps, du visage, ou seulement la paupière, la joue, la langue. L'embarras de la parole, la difficulté de la phonation, la flaccidité d'une joue, sont souvent les seuls signes de l'encéphalite, qui est alors limitée. L'intelligence et la sensibilité restent intactes.

Symptômes sensoriels.

Céphalalgie fréquente.

Troubles de la sensibilité. — Dans plus de la moitié des cas les sens jouissent de leur intégrité. Il faut une lésion grave et profonde pour abolir les sensibilités. On doit noter surtout : 1° la céphalalgie partielle, frontale ou occipitale, fixe, souvent très-douloureuse, arrachant des cris au malade ; 2° l'hyperesthésie cutanée, ou l'anesthésie partielle, d'un côté du corps ; 3° la névralgie d'une branche du nerf facial, fugace ou durable ; 4° les douleurs musculaires sourdes ou fulgurantes dans les membres convulsés ou paralysés et accompagnant le retour des convulsions ; — 5° les variations de grandeur de la pupille. Du reste les sens demeurent intacts ; la vue, l'ouïe, le goût n'ont rien d'anomal, excepté à la fin de la maladie, dans la période de résolution générale, qui en est le dernier acte. Si l'expression du visage est souvent changée, c'est en raison des convulsions ou des

Troubles des sens.

paralysies. L'occlusion d'une paupière, la flaccidité d'une joue, l'écoulement de la salive par la commissure labiale plus ou moins déviée, de fréquentes rougeurs sur les pommettes, une sorte de gaieté niaise, d'hébétude, des pleurs sans motif, donnent à la physionomie du malade, lorsqu'il n'est pas plongé dans la somnolence ou le coma, un caractère qui fait reconnaître la maladie.

Diagnostic du siége de la lésion.

Siége de la lésion. — On a voulu localiser l'encéphalite d'après ses symptômes; nous reviendrons plus loin sur ces tentatives (voir *Hémorrhagie*). Disons que jusqu'à présent elles ont été vaines, plus encore pour l'encéphalite que pour l'hémorrhagie, à cause des nombreuses irradiations sympathiques de la pulpe nerveuse irritée et non encore détruite. Il est seulement permis de mettre la lésion dans le côté du cerveau opposé aux symptômes musculaires et sensoriels.

Symptômes sympathiques.

Phénomènes sympathiques. — Ils sont variables et multiples. La fièvre, signalée dès la plus haute antiquité, est un symptôme presque constant. Si le pouls est inégal, irrégulier, souvent dur, large, développé, on songera aux lésions dont les artères et le cœur sont le siége ordinaire chez les vieillards plus exposés que d'autres à l'encéphalite. On doit noter encore le ralentissement, la faiblesse du pouls, vers les derniers instants, et se rappeler que la circulation, la respiration, la température éprouvent de fréquentes et rapides variations. Les membres paralysés et découverts se refroidissent aisément; leur température s'abaisse comme s'ils étaient des corps inertes; mais, à l'aisselle, la température est normale. La peau se couvre de sueurs souvent profuses qui exposent les malades à se refroidir et à contracter des broncho-pneumonies. L'appétit est variable, ordinairement nul; la déglutition des boissons, gênée vers la fin. Les vomissements, la constipation, la rétention d'urine, phénomènes communs et du début, sont remplacés plus tard par la paralysie de la vessie et du rectum. Dans la période de collapsus qui termine l'encéphalite grave et étendue, les membres sont dans la résolution complète; la respiration est stertoreuse, râlante; l'insensibilité générale; l'intelligence éteinte. Les sujets meurent dans un coma qui peut durer plusieurs jours.

Fièvre.

Variation de la calorification.

Paralysie générale des réservoirs.

Coma et sterteur.

Marche.

Marche et enchaînement des symptômes. — Ni le siége ni le degré du ramollissement n'expliquent les variations extrêmes que présentent la marche, l'intensité et la durée des symptômes. L'ataxie en est le caractère fondamental; aussi est-il difficile d'y établir des formes. Celles qu'on peut distinguer dans la pratique sont les sui-

Ataxie des symptômes.

Quatre formes principales.

vantes : 1° forme congestive ; — 2° forme hémorrhagique ; — 3° graduelle, régulière ; — 4° irrégulière, ataxique.

1° Forme hypérémique.

1° *La forme congestive* tient aux retours plus ou moins fréquents d'une hypérémie, qui donne lieu à ses symptômes habituels jusqu'à ce que ceux de l'encéphalite s'y ajoutent : céphalalgie, vertiges, perte de connaissance, convulsions et paralysie, qui cessent ou persistent. C'est dans les cas de ce genre qu'on a supposé, à tort, qu'il n'existait qu'une simple hypérémie. Elle revient souvent dans le cours ou à la fin de l'encéphalite jusqu'à ce qu'une hémorrhagie enlève le malade.

2° Forme hémorrhagique.

2° *Forme hémorrhagique.* — L'acte qui prédomine est sans aucun doute la rupture des vaisseaux de la pulpe nerveuse, d'abord ramollie par l'inflammation. Aux phénomènes convulsifs, à la céphalalgie, à la paralysie, s'ajoutent alors, tout d'un coup, la perte de connaissance et une hémiplégie bien caractérisée qui remplacent les signes de l'encéphalite ou du moins les effacent complétement. Le rétablissement est difficile avec une complication de cette nature.

3° Forme régulière.

3° *Forme régulière.* — On retrouve souvent dans les symptômes la représentation exacte de la congestion, de l'excitation cérébrale, puis du ramollissement plus ou moins complet, et l'abolition de la fonction. C'est alors qu'on observe des phénomènes successifs, tels que la convulsion, le délire, le collapsus des facultés mentales, la paralysie. Cette forme classique est rare ; elle peut se terminer par la résolution en laissant toutefois les facultés intellectuelles altérées, à des degrés différents. Tantôt la mémoire, les sentiments affectueux, l'activité de l'esprit, etc., ont seulement diminué, tantôt ils sont entièrement abolis. Le malade devient indifférent, reconnaît à peine les personnes qui lui sont chères, et finit par tomber, après une ou plusieurs attaques du même genre, dans l'imbécillité ou la démence.

4° Forme ataxique ;

due à différents actes morbides concomitants.

4° *Forme ataxique.* — Elle est la plus fréquente de toutes et tient ordinairement à ce qu'un ou plusieurs actes morbides se développent en même temps que l'inflammation. 1° Telle est précisément la cause de l'encéphalite dans laquelle le début est subit et la terminaison mortelle ; elle se complique alors d'une apoplexie à grand foyer ; — 2° l'encéphalite est marquée par une convulsion suivie d'une paralysie limitée qui persiste ou qui va et vient (apoplexie capillaire) ; — 3° la phlegmasie fait de nouveaux progrès ; — 4° elle s'étend jusqu'aux méninges. On conçoit toutes les variétés de symptômes qui se montreront alors : nous les avons signalées précédemment et nous les re-

trouverons surtout dans l'encéphalite chronique souvent consécutive à des altérations de cette espèce.

Terminaisons.

La terminaison de l'encéphalite aiguë est presque toujours mortelle, à moins qu'elle ne soit très-limitée et indépendante de toute complication. Elle laisse, dans ce cas, les fonctions cérébrales et motrices dans un triste état. Ordinairement la mort arrive dans le cours d'un à trois septénaires, par l'effet : 1° de la persistance du foyer phlegmasique et de l'importance de la fonction du tissu malade; — 2° de son extension à la pulpe nerveuse ou aux membranes d'enveloppes; — 3° par une hémorrhagie à petit ou à grand foyer; — 4° par une hémorrhagie méningée qui tue les malades. La guérison par cicatrisation est bien rare.

Pronostic.

Le pronostic se déduit de ce que nous venons de dire sur les terminaisons.

Diagnostic.

Diagnostic. — Il est important de distinguer la phlegmasie d'avec l'hémorrhagie et la méningite. Nous en parlerons plus loin (voir *Hémorrhagie*, *Méningite*). Quant à la congestion simple du cerveau, son extension aux deux côtés du corps, ses symptômes lents et successifs, ou rapides mais passagers, l'absence de convulsions et de paralysies persistantes, suffisent pour la faire reconnaître.

Hypérémie cérébrale.

Causes.

Étiologie. — Ne parlons pas des causes banales et douteuses qu'il est inutile de rappeler, et commençons par établir que l'encéphalite est : 1° *idiopathique;* 2° *deutéropathique*, *consécutive* à une autre maladie dont il importe d'abord de bien reconnaître la nature et le siége.

1° De l'encéphalite consécutive.

Causes somatiques morbides.

Causes somatiques morbides. — Elles consistent en lésions locales qui siégent : (*a*) dans la substance cérébrale, (*b*) dans les membranes, (*c*) dans la boîte osseuse, (*d*) dans des organes éloignés.

Elles siégent 1° dans le cerveau :

Une hémorrhagie interstitielle, soit capillaire, soit à grand foyer, le tubercule, le cancer, l'hydatide, un kyste cicatriciel, un caillot hémorrhagique, déterminent souvent, dans leur voisinage, une cérébrite limitée ou diffuse. On a beaucoup parlé, depuis quelque temps, de la lésion des petites artères du cerveau et de la pie-mère, de leur dégénérescence jaunâtre, athéromateuse; nous ne croyons pas qu'elles jouent un rôle aussi important dans la production de la phlegmasie; nous voyons les oblitérations vasculaires causer des gangrènes, des hémorrhagies, mais non l'inflammation. Elles coïncident d'ailleurs avec d'autres lésions qui ont une bien autre valeur; ce sont les maladies cardiaques. Quant au caillot oblitérateur lancé par le cœur gauche, sans nier qu'il puisse amener la cérébrite, nous le

Phlébite; artérite; embolie ?

considérons comme une cause rare de phlegmasie. Il en est de même de la phlébite, de l'artérite des vaisseaux du cerveau, de la phlegmasie de ses sinus et des caillots qui peuvent les oblitérer.

2° Dans les membranes : méningo-céphalite.

Une cérébrite deutéropathique qui n'est pas rare est celle qui succède à la phlegmasie aiguë ou chronique de la pie-mère et de l'arachnoïde. Nous l'étudierons plus loin (voir *Méningite.*)

3° Dans les parties fibreuses et osseuses.

La phlogose peut se transmettre des parties dures au cerveau comme lorsqu'il existe un fongus de la dure-mère, des caries, des nécroses, des exostoses de la paroi cranienne, et enfin des maladies chroniques de l'oreille interne (otite, otorrhée), des caries scrofuleuses ou syphilitiques du rocher, des cellules mastoïdiennes, etc. Les plaies du cuir chevelu, les fractures, les coups, les chutes, produisent la cérébrite traumatique.

4° Maladies générales.

Nous devons mentionner, à titre de causes occasionnelles, les maladies diathésiques, le rhumatisme, la goutte, la syphilis, les empoisonnements par l'alcool surtout, par les narcotiques, par le miasme des marais, et enfin l'influence sympathique, fort obscure d'ailleurs, des maladies locales protopathiques, d'une pneumonie, d'une dysenterie, d'un exanthème, etc., par exemple.

Encéphalite sympathique;

idiopathique; ses causes.

Causes de l'encéphalite simple. — Il est très-difficile de lui assigner des causes bien déterminées; notons seulement, à côté d'une forte prédisposition de nature inconnue, les excès de la fonction cérébrale, les chagrins, les oscillations d'une vie agitée, les plaisirs vénériens, la stimulation accoutumée ou insolite du système nerveux par les boissons, la température élevée de l'air, etc.

Causes somatiques statiques. — Elles sont peu connues; les hommes sont plus exposés que les femmes (2 : 1). Quoique très-commune chez l'enfant et l'adulte, l'encéphalite se montre surtout chez le vieillard en raison des causes nombreuses déjà indiquées. L'hérédité a aussi une action incontestable sur elle comme sur toutes les maladies du cerveau.

Traitement.

Traitement. — La cause de l'inflammation du cerveau est, comme on l'a vu, très-souvent au-dessus des ressources de l'art (encéphalite symptomatique); cependant il faut la combattre par un traitement actif lorsque l'organisme peut s'y prêter.

Indications générales. 1° Déplétion du sang.

1° Enlever du sang par la saignée générale, dans les cas de pléthore, chez les sujets robustes ou dont la circulation centrale et cardiaco-pulmonaire est gênée, surtout lorsque les vaisseaux craniens sont congestionnés; — pratiquer dans ce cas des émissions de sang

à la base du crâne, derrière les oreilles, à la nuque, sur les tempes, dans les fosses nasales, souvent à l'anus.

2° Soustraire graduellement du calorique à l'extrémité céphalique par des compresses froides, glacées, par des irrigations, des lotions continues ou intermittentes, etc.; — renoncer à ce traitement chez les sujets faibles ou tombés dans le collapsus; — faire concourir la situation relevée de la tête, l'aération, la révulsion, etc. 2° Réfrigération.

3° Révulser, doucement sur les membres inférieurs par des frictions irritantes, des sinapismes, et non par des vésicatoires dont l'excitation tourne au profit de la phlegmasie. La révulsion doit être portée, dans des limites qui varient suivant les cas, sur l'intestin, au moyen de purgatifs et des drastiques; sur l'appareil sécréteur de la bile au moyen du calomélas et de quelques boissons alcalines (eau de Vichy). 3° Révulsion.

Les *indications particulières* sont fournies par les maladies nombreuses qui produisent l'inflammation, mais qui malheureusement sont trop souvent au-dessus des ressources de l'art (tubercule, cancer, fongus). Toutefois les diathèses goutteuses, rhumatismales, scrofuleuses, réclament un traitement qui a une grande action si l'on a le temps d'agir. Indications particulières.

ENCÉPHALITE CHRONIQUE.

Définition. — Il est difficile d'assigner à cette phlegmasie chronique ses vrais caractères anatomiques et cliniques. Est-elle autre chose que l'encéphalite aiguë qui se prolonge, avec moins d'intensité et pendant un temps plus long? Nous sommes disposés à admettre qu'il en est ainsi, dans la plupart des cas. Nous la regardons comme constituée par le ramollissement rouge ou blanc, l'induration, la suppuration infiltrée ou collectée, et par les symptômes mitigés et lents de l'encéphalite aiguë qui tend à rester stationnaire ou à guérir. On doit retrancher de son histoire celle des indurations fibreuses, cartilagineuses, des concrétions calcaires, toutes les formes diverses du tissu cicatriciel qui n'est que le reliquat de l'inflammation et souvent de l'hémorrhagie; enfin les lésions qui appartiennent évidemment à l'hémorrhagie ou à la méningo-céphalite diffuse. **Définition.**

Altérations anatomiques. — A mesure que le travail phlogistique se prolonge, le ramollissement offre des modifications toutes spéciales. La substance blanche ou grise, plus ou moins rougie, se déco- **Lésions anatomiques.** Ramollissement rouge.

lore tout en restant molle et pulpeuse. Un tissu cellulaire rougeâtre, vasculaire, abondant, baigné par de la sérosité purulente ou par du pus, s'y forme. Après plusieurs mois le tissu prend plus de consistance ; les liquides sont résorbés ; on trouve alors la pulpe nerveuse colorée en jaune chamois ou ocrée, plus dense, plus sèche, plus résistante, marquée par une dépression extérieure si la perte de substance a été grande. Si elle a été superficielle, la pie-mère contracte des adhérences en ce point. Elle est vasculaire, injectée, rougeâtre ; parfois cependant blanche, décolorée, épaisse et intimement unie à la substance grise encore ramollie ou déjà indurée, jaunâtre et déprimée. Une ou plusieurs circonvolutions cérébrales peuvent être ainsi détruites.

Induration rouge et jaunâtre.

Le siége ordinaire de ces indurations, rouges ou jaunâtres, qui peuvent acquérir la consistance du poumon hépatisé ou du foie, est la substance grise. Elles deviennent plus tard la cause d'un nouveau travail phlegmasique d'hémorrhagie, de congestions, etc.

Ramollissement blanc. Infiltration purulente.

La substance cérébrale peut perdre le sang qui l'imbibait et s'infiltrer d'une matière blanchâtre ou verdâtre qui n'est que du pus plus ou moins séreux, de la matière grasse et le détritus des substances cérébrales plus ou moins ramollies. Il en résulte un ramollissement blanc, pulpeux, qui ne doit être réputé inflammatoire qu'à la condition qu'on trouvera un système vasculaire et du pus, ou tout au moins ce dernier liquide.

Abcès chroniques.

Abcès chroniques. — C'est dans les cas du même genre que le pus finit par se rassembler en un seul, plus rarement en plusieurs foyers. Autour de ces abcès, du volume d'une noix ou d'un œuf, on remarque, suivant la période à laquelle est arrivé le travail réparateur : (*a*) les parois rouges, ramollies, inégales ; (*b*) indurées, sablées de sang ; (*c*) noirâtres ou d'un jaune d'ocre qui annonce la résorption du sang ; (*d*) une toile vasculaire tomenteuse qui en tapisse la face interne ; (*e*) une capsule plus extérieure, molle encore ou déjà fibreuse. Les kystes qui ne renferment plus que de la sérosité sont parfois le dernier terme du travail de cicatrisation ; ils appartiennent aussi à une ancienne apoplexie.

Symptômes. De la cérébrite aiguë.

Symptômes. — L'encéphalite débute presque toujours par les signes de l'état aigu : mais bientôt ils restent stationnaires. L'intelligence est affaiblie, les facultés déprimées ne se relèvent plus ; les malades tombent en démence, sont sujets à l'assoupissement, à un sommeil continuel, et finissent par vivre d'une vie purement végétative. En même temps la paralysie d'un membre ou d'un côté du corps per-

siste, après avoir offert, pendant plusieurs mois, des convulsions toniques ou cloniques intermittentes et des troubles variables de la sensibilité. On voit des vieillards affaiblis conserver leur intelligence, mais ne pas recouvrer l'usage d'un bras ou d'une jambe paralysés, jusqu'à ce qu'une nouvelle attaque d'hémorrhagie, de cérébrite ambiante ou d'une méningo-céphalite vienne déterminer la mort. Combien sont plus nombreux ceux qui terminent leur existence dans les maisons d'aliénés, après avoir offert tous les signes de la démence ou de la paralysie générale ! On ne constate chez eux que l'existence d'une encéphalite consécutive à une ancienne hémorrhagie, à un tubercule, souvent à des attaques antérieures de cérébrite bien limitée (V. *Folie*).

Étiologie. Elle est souvent consécutive ; à des maladies locales ; à la manie et à la folie.

Causes. — L'encéphalite chronique est, bien plus souvent que l'aiguë, une maladie de voisinage, consécutive par conséquent à toutes les maladies locales qui entretiennent ou développent, de temps à autre, un travail phlegmasique. Quelquefois cependant elle s'établit d'emblée, d'une manière insidieuse et mal accusée d'abord, chez les ivrognes, les fumeurs, à la suite de peines morales et d'attaques de manie ou de monomanies. Dans ce dernier cas, on croit d'abord que ce sont ces maladies qui se montrent de nouveau, mais les symptômes et les lésions qu'on observe plus tard ne laissent aucun doute sur l'existence d'une véritable encéphalite. On conçoit toute la gravité de cette maladie dans sa forme chronique et les dangers immédiats et médiats auxquels elle expose.

Historique et bibliographie.

Historique et bibliographie. — La maladie a été confondue jusque dans ces derniers temps avec la méningite, dans une même description. En 1807, Dan de la Vauterie, Lallemand surtout (1820), puis Rostan (1823), s'attachent à la décrire comme maladie distincte. — Lallemand : *Lettres sur les maladies de l'encéphale*, 1820. — Rostan, *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, 2e édit., 1823. A partir de cette époque, tous les travaux se poursuivent dans cette direction : — Abercrombie : *Des maladies de l'encéphale*, — Durand-Fardel, *Du ramollissement du cerveau*, 1843. Cependant Andral, *Clinique médicale*, t. V, tout en restant fidèle à l'étude anatomique, y ajoute une partie clinique qui a une tout autre importance pour le praticien. — Récemment M. Calmeil a rassemblé, dans un livre plein de recherches anatomiques consciencieuses, toutes les formes de l'encéphalite. On regrette seulement que l'auteur ait tout subordonné aux altérations, ce qui n'est pas fait pour éclaircir l'histoire de l'encéphalite. — Calmeil, *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, 2 vol. *Paris*, 1859.

HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.

Synonymie. *Synonymie.* — Apoplexie (ἀπὸ-πλήττειν, abattre) ; coup de sang, hémorrhagie encéphalique.

Définition. *Définition.* — L'hémorrhagie de l'encéphale est l'extravasation du sang ou de ses globules, dans la substance du cerveau, suivie de l'abolition complète ou incomplète de l'intelligence et du mouvement dans une partie du corps.

Etiologie. *Causes.* — Elle est, comme l'hypérémie, l'effet d'un très-grand nombre de causes locales ou générales qu'il faut d'abord apprendre à connaître si l'on veut se former une idée exacte de la maladie. Nous renvoyons pour les détails à l'étiologie de la congestion.

1° Hémorrhagie par altération du solide. Cérébrite et ramollissement non phlegmasique. 2° Maladie des vaisseaux.

I. *Hémorrhagie symptomatique d'une maladie du solide.* — 1° On la voit se développer tout d'un coup, ou après des signes précurseurs, dans la substance nerveuse, ramollie par une inflammation ou par une de ces causes qu'on a regardées à tort comme spécifiques (*Ramollissement hémorrhagipare*, de Rochoux). 2° Elle peut suivre une maladie aiguë ou une de ces lésions vasculaires qui tiennent aux progrès de l'âge et qu'on trouve si souvent dans les artères cérébrales du vieillard (dégénérescences graisseuses, ossification, cartilaginification, embolie, thrombose). L'hypertrophie et les lésions chroniques des valvules cardiaques agissent également par la gêne qu'elles apportent à la circulation. On a prétendu à tort attribuer au cœur hypertrophié une énergie propulsive qui ferait sortir le sang des vaisseaux. C'est à peine si l'organe peut vaincre les obstacles que lui opposent les valvules malades pour le faire circuler faiblement et mal (voyez *Hypérémie du cerveau*). Les hémorrhagies fréquentes qui dépendent de cette cause se montrent de 50 à 70 ans, au moment où s'effectuent dans la circulation générale et dans celle du cerveau les changements presque physiologiques que nous venons d'indiquer. Les caillots des sinus de la dure-mère, les tumeurs intra-craniennes, peuvent agir ainsi, en retardant la circulation, la veineuse surtout, souvent aussi en faisant appel à la congestion (rachitisme, déformation thoracique, pendaison, etc.).

Gêne hydraulique de la circulation.

Il faut aussi que le praticien n'oublie pas que la maladie se déclare fréquemment dans le cours des cérébrites chroniques, chez les aliénés de toute espèce, chez les déments, les paralytiques généraux, etc.

II. *Hémorrhagie symptomatique d'une maladie du sang.* — L'extravasation du sang dans le cerveau se fait dans deux conditions différentes : 1° lorsqu'il est plus abondant, chargé de globules, ou plus riche, en un mot, chez les hommes sanguins, athlétiques, ou chez les vieillards à circulation mauvaise (voir *Hypérémie*) ; chez les adultes (de vingt à trente): ce qui est rare ; — 2° lorsqu'il est atteint dans son élément fibrineux, appauvri de toute autre manière, ou enfin, altéré par un virus ou un poison. Ainsi se développent les apoplexies, chez les scorbutiques, les nouveau-nés cachectiques (asphyxie et apoplexie), dans le cours des exanthèmes graves, dans la diphthérie, la fièvre jaune, l'ictère hémorrhagique, la morve, la pustule maligne, les asphyxies et la fièvre intermittente pernicieuse, etc.

II. Hémorrhagie par altération du sang.

Pléthore.

Scorbut et autres causes de dissolution du sang.

III. *Hémorrhagie sympathique.* — Il faut une disposition toute spéciale de la part du cerveau pour qu'il s'y développe une hémorrhagie, sous l'influence d'une maladie locale, d'un embarras gastrique, d'une fièvre bilieuse, d'une indigestion, de la constipation, d'une pneumonie, etc. (voir *Hypérémie*). Les hémorrhagies sympathiques de la grossesse, de l'âge critique, de la suppression des règles, ne peuvent être mises en doute.

III. Sympathique.

IV. *Hémorrhagies idiopathiques* 1° *somatiques* et *statiques.* — La maladie frappe les hommes plus souvent que les femmes, les pléthoriques plus que les sujets d'une autre constitution, les vieillards plus que les adultes, pour les raisons pathologiques indiquées déjà (voyez *Hyp. sympt. d'une maladie des vaisseaux*). Ajoutons que la transmission *héréditaire* est incontestable comme celle de toutes les maladies du cerveau. L'hérédité des affections cardiaques y est aussi pour une grande part. L'embonpoint à tous les degrés traduit souvent la gêne de la circulation générale dont la cérébrale ressent facilement et très-vite l'influence.

IV. Idiopathique.

Causes somatiques statiques.

Vieillesse.

Hérédité.

2° Parmi les *causes somatiques fonctionnelles* figurent toutes les causes morales et tout ce qui est capable d'exciter ou de gêner médiatement la circulation dans le cerveau, comme le vomissement, la défécation difficile, le coït, les efforts violents, la grossesse.

Causes somatiques fonctionnelles.

3° Parmi les causes *cosmiques* qui agissent de même, citons la haute température de l'air ou d'une salle fortement échauffée, peut-être les variations subites de la pression atmosphérique, l'usage des alcools, du café, et les actes d'intempérance qui stimulent fortement la pulpe cérébrale, etc.

Causes cosmiques.

Altérations. Siége. — La lésion siége aussi bien à droite qu'à gauche ; plus souvent dans la substance grise que dans la blanche ;

Altérations.

Siége.

dans le corps strié, les couches optiques et les parties centrales qu'à la périphérie, où elle n'est pas rare dans la substance grise, souvent dans plusieurs points à la fois.

Il faut distinguer trois formes principales d'hémorrhagie : 1° à foyer unique ; 2° multiple ; 3° interstitielle ou apoplexie capillaire.

Foyer hémorrhagique.

1° Dans la substance du cerveau plus que dans tout autre organe, le sang sorti des vaisseaux sains ou malades se creuse une cavité appelée *foyer* ou *caverne hémorrhagique*. Elle contient un caillot solide, ou mou, noirâtre ; du sang liquide, épais, d'un rouge lie de vin, mêlé ou non à des fragments de la substance du cerveau. Plus tard, le caillot se décolore, devient jaunâtre et plus sec. La cavité est petite ou assez grande pour contenir un œuf ; unique ou entourée d'une ou de plusieurs cavités de dimensions variables, entre lesquelles il s'établit souvent une communication. Celle-ci a lieu, par un trajet large, direct ou sinueux, avec la cavité anomale ou les ventricules du cerveau. La substance qui forme les parois offre des altérations très-différentes, les unes antérieures, les autres consécutives à l'hémorrhagie. Quelquefois elles sont saines, mais plus souvent rougeâtres, ramollies dans une épaisseur variable, et évidemment enflammées ; chez d'autres criblées de petits grains rougeâtres, dus à la congestion ou à une apoplexie capillaire qui s'est faite en même temps que l'hémorrhagie à grand foyer.

Caillot.

Parois.

Hémorrhagie multiple.

2° Les hémorrhagies à petits foyers sont souvent agglomérées dans un petit espace, le corps strié ou la couche optique, par exemple, ou disséminées en plusieurs points. On en voit qui ont la dimension d'une tête d'épingle, d'un grain de millet, avec un petit caillot au centre. Elles occupent souvent la substance grise périphérique, et s'associent aux lésions suivantes.

Hémorrhagie interstitielle.

3° De petites taches violacées, scorbutiques, formant de véritables ecchymoses, se montrent, en nombre variable, au milieu de la pulpe nerveuse, qui conserve tantôt sa couleur naturelle, tantôt prend une teinte rougeâtre, violacée, ou s'infiltre de sang. Il est rare que sa consistance ne soit pas diminuée et qu'il n'existe pas, en un point, un foyer central plus volumineux ; c'est à une lésion de ce genre qu'il faut rapporter la maladie que M. Cruveilhier a si bien décrite sous le nom d'*apoplexie capillaire*. Sur le champ de la substance cérébrale, blanche, rose ou violacée, se dessinent de petits points noirs ou d'un rouge brun, constitués par le sang liquide ou en caillot. La pulpe est ramollie à divers degrés ou saine, et même indurée. Vouloir rapporter toujours une telle altération à une hémor-

rhagie ou à une encéphalite exclusivement, nous paraît une doctrine qui n'est pas en rapport avec les faits. Ils montrent au contraire que la sortie du sang hors de ses voies naturelles est un acte morbide distinct de tous les autres, qui peut exister seul ou être provoqué par des causes très-différentes (phlegmasie, maladie des artères, ramollissement spécial, altération du sang, etc., etc.).

Cicatrices du cerveau.

Cicatrices du foyer sanguin. — La maladie du cerveau, quoique très-grave, peut guérir au moyen d'un travail réparateur. Si très-souvent le foyer sanguin reste stationnaire, dans d'autres cas, surtout lorsqu'il est limité, unique et non provoqué par l'inflammation, il tend heureusement vers la guérison. Elle se fait au moyen d'un tissu cicatriciel assez variable par la forme et l'étendue. La paroi de l'excavation devient lisse, se couvre d'une membrane qui contient un caillot sec, en partie résorbée, ou mou, noirâtre, imprégnée encore de sang, de sérosité, parfois de pus. L'exsudat fibrineux et cicatriciel qui s'est ainsi constitué en membrane séreuse peut se réduire à mesure que le caillot diminue ; quand il disparaît il reste une petite cavité qui ne renferme plus qu'un sérum transparent, à peine rosé. Il arrive très-rarement qu'elle se rétrécisse au point de s'oblitérer et de former une ligne blanchâtre, avec dépression des parties adjacentes. Les incrustations calcaires de substance cartilagineuse, les indurations jaunâtres, ne sont souvent que des tissus de cicatrice auxquels ont donné lieu des hémorrhagies. Les plaques jaunes, les cavités anomales creusées dans le cerveau ou à sa surface et couvertes par des membranes denses et fibreuses, appartiennent à un travail du même genre. Quelquefois on trouve, dans le même cerveau, à côté du foyer actuel qui a enlevé le malade, un grand nombre de petites cavités ou de cicatrices qui correspondent à des attaques antérieures qui ont guéri. Enfin, très-souvent on observe des lésions mixtes ; elles indiquent un ramollissement phlegmasique, une méningite ou une méningo-céphalite ancienne.

Kyste séreux.

Cicatrices linéaires;

indurées, jaunâtres cartilagineuses.

Symptômes.

Symptômes. — Nous décrirons : 1° ceux de l'hémorrhagie en général ; 2° ceux qui indiquent son siége ; 3° les états morbides qui la compliquent.

De l'hémorrhagie.

I. — *Symptômes de l'hémorrhagie en général.* — Elle n'est pas un état morbide toujours identique à lui-même ; nous avons montré ailleurs qu'il se rattache à des actes pathologiques différents, excepté dans les cas où il est idiopathique (voyez *Causes* et *Hypérémie cérébrale*) ; aussi l'un refuse à la maladie des prodromes que l'autre lui accorde. Ils se montrent constamment lorsque l'extravasation est

Prodromes.

Symptômes de la congestion;

2° De l'encéphalite; 3° D'une maladie chronique du cerveau; 4° De la pléthore.

le degré le plus intense de l'hypérémie. On observe alors pendant plusieurs jours ou semaines la céphalalgie, les vertiges, les éblouissements, etc. ; les signes de l'encéphalite (fourmillements, contracture, convulsion, délire); ceux d'une maladie chronique du cerveau (folie, démence, paralysie générale); de la pléthore et les symptômes congestionnels qui l'accompagnent, enfin d'un état scorbutique antérieur à l'hémorrhagie. En résumé, les prodromes représentent la maladie du solide ou du sang qui précède et détermine l'hémorrhagie.

1° Début rapide des symptômes.

L'hémorrhagie *idiopathique* se déclare brusquement, ou après les signes d'une hypérémie graduelle. Dans le premier cas, le malade est pris d'un fort vertige, d'éblouissement; il fait quelques pas en avant,

Apoplexie foudroyante.

perd connaissance et tombe (apoplexie foudroyante). Quelquefois il revient à lui, mais en conservant de la stupeur, privé de sa mémoire, de son intelligence, en partie, et avec un côté du corps ou un membre paralysé ; chez d'autres, le sentiment, l'intelligence, le mouvement restent abolis, pendant plusieurs jours seulement ou jusqu'à la mort ; celle-ci alors quelquefois rapide arrive après cinq ou six heures. Elle n'est réellement foudroyante que quand l'hémorrhagie a divisé la protubérance ou la moelle près du nœud vital, tout un hémisphère cérébral ou cérébelleux, et s'est creusé un vaste foyer sanguin qui communique avec les cavités du cerveau. L'apoplexie la plus rapide ne tue jamais aussi vite qu'une rupture du cœur ou d'un gros vaisseau.

2° Début lent ou graduel des symptômes.

Dans le cas où l'épanchement de sang succède à des congestions répétées ou à l'une d'elles qui a pris plus d'intensité, on observe tous les signes d'un raptus sanguin, d'un molimen hæmorrhagicum marqué par des étourdissements, des vertiges violents, la perte de connaissance et du mouvement dans une partie du corps. Quelquefois ils se dissipent pour reparaître accompagnés d'une paralysie.

Symptômes propres de l'hémorrhagie.

Une fois l'hémorrhagie constituée, ses symptômes principaux consistent dans la perte complète ou incomplète de l'intelligence, du mouvement et du sentiment. On donne le nom d'attaque d'apoplexie à l'ensemble des symptômes précédents.

Perte de l'intelligence;

Troubles de l'intelligence. — Il est rare qu'elle ne s'altère pas au moment de l'attaque ; ou bien, s'il n'y a pas abolition de la pensée, il se manifeste une douleur vive à la tête, de l'hébétude, de l'assoupissement, puis le malade revient à lui et s'aperçoit qu'il est paralysé du bras ou de la langue. Il ne peut plus remuer le bras ni la jambe, ni articuler les mots; il se désole et pleure parce que son esprit

sait mesurer encore toute la gravité du mal. D'autres sont plongés dans la stupeur, la somnolence ou l'assoupissement d'où l'on peut les sortir, tandis que chez plusieurs l'intelligence est anéantie jusqu'à la mort. Plus tard, huit jours, trois semaines après l'attaque, elle revient complète ou affaiblie, à différents degrés. La mémoire, la raison, les facultés créatrices, les sentiments, subissent des atteintes légères ou profondes, suivant le cas. Il est inutile de décrire les variétés infinies que présentent les troubles intellectuels depuis l'invasion du mal jusqu'à sa terminaison. Il est rare que l'encéphale récupère complétement l'intensité de sa fonction. incomplète ou complète.

Symptômes musculaires. — La paralysie du mouvement de tout un côté du corps (hémiplégie), d'un bras, d'une jambe, etc., d'un côté de la face et du côté opposé du corps (hémiplégie croisée ou alterne) est le signe le plus constant de l'hémorrhagie. Il faut donc la rechercher avec soin et savoir qu'elle s'établit brusquement et toujours dans la partie du corps opposée au siége de l'hémorrhagie, à cause des fibres du cerveau entre-croisées dans le bulbe rachidien. Elle est persistante et ne guérit qu'après un temps variable. Elle produit à la face des symptômes particuliers; tout le côté paralysé est immobile, affaissé, sans expression; la joue se gonfle et s'affaisse, pendant l'expiration et l'inspiration (action de fumer la pipe); l'aile du nez est abaissée sur son ouverture naturelle, la commissure labiale tirée en bas est ramenée du côté sain, quand les muscles entrent en contraction. Il en est de même de tout le côté paralysé : ce qui donne à la physionomie du malade quand il veut parler, souffler, siffler ou manger, une expression singulière qui fait reconnaître à l'instant même la maladie. La pointe de la langue paralysée et tirée hors de la bouche se dirige du côté de la face paralysée à cause de l'action normale des muscles opposés; souvent elle sort dans une direction parfaitement droite. Il résulte de ces troubles musculaires un grand embarras dans la parole, qui est confuse, bredouillée, impossible même : cet état cause aux malades qui ont conservé leur intelligence une impatience extrême et souvent des pleurs. Symptômes fournis par la musculation. Paralysie; partielle; De la face, De la langue,

On trouve ordinairement, après une hémorrhagie un peu considérable, tout un côté du corps paralysé complétement. Les membres soulevés retombent comme des masses inertes. Exposés à l'air ils se refroidissent, à la chaleur du lit ils se réchauffent, à la manière des corps inorganisés; de là les variations de température qu'on y remarque. Le bras est plus souvent paralysé que la jambe et toujours à un plus haut degré, lorsque la paralysie est partielle. Des membres. Variations de température.

Des muscles de la vie organique. Déglutition.

Si la déglutition est si souvent gênée, si les boissons reviennent par le nez ou tombent dans l'œsophage avec bruit, comme dans un tube inerte, ce qu'on voit surtout dans les cas graves et dans la période ultime, ce n'est pas seulement parce que les muscles pharyngiens sont paralysés, mais à cause du trouble profond que subissent tous ceux qui servent à la déglutition. Nous en dirons autant de la miction et de la défécation. Cependant il est évident que les muscles constricteurs qui concourent surtout à la rétention des matières peuvent être paralysés comme les muscles de la vie de relation. Les sujets finissent par rendre involontairement l'urine, les matières fécales, ou les retenir dans les réservoirs jusqu'à ce qu'on leur ait donné issue. Les muscles qui concourent à la respiration participent eux-mêmes, dans les cas graves, à ces troubles de l'innervation. La voix est rarement altérée, mais la respiration est inégale, irrégulière, tantôt fréquente, tantôt lente, *presque oubliée*, diaphragmatique, souvent accompagnée de ce ronflement sonore, bruyant, qu'on appelle la sterteur, qui n'aurait rien de sérieux si elle n'était pas associée à l'assoupissement, au coma et au collapsus.

Selles et urines involontaires.

Respiration stertoreuse.

Symptômes sensoriels.

Symptômes sensoriels. — La sensibilité, plus rarement atteinte que la motilité, indique en général une lésion plus profonde du cerveau. Le trouble sensoriel occupe les membres paralysés, et consiste dans une anesthésie parfois complète. Il faut aussi faire la part de l'insensibilité dans laquelle est tombé le sensorium commune. Le malade ne sent plus les irritations de toute espèce qu'on porte sur ses membres; de là les terribles accidents de brûlure, de gangrène, produits par l'eau bouillante, les sinapismes, les vésicatoires. Peut-être est-ce à la même cause qu'il faut rapporter la perte de l'ouïe, de l'odorat et de la vue, observée dans quelques cas graves.

Symptômes sympathiques.

Nous ne ferons que signaler les symptômes accessoires. Si l'on retranche ceux qui appartiennent : 1° à la cause (maladie des artères, du cœur, du sang, etc.); 2° à la maladie proto-pathique (congestion, cérébrite); 3° secondaire (encéphalite, méningite, etc.), on n'en trouve plus qu'un nombre très-restreint. Le pouls dur, inégal, plus tard, lent et rare, s'accélère dans la paralysie compliquée de cérébrite ou de méningite chronique (Hippocrate). La saburre linguale, l'anorexie, les vomissements au début, la constipation surtout, et les désordres menstruels, s'observent souvent pendant le cours de la maladie.

Localisation; siége de l'hémorrhagie.

Symptômes suivant le siége de la lésion. — Malgré les tentatives nombreuses faites pour arriver à localiser l'hémorrhagie, on n'y est

point parvenu. L'observation vient donner à chaque instant un démenti aux assertions qui se sont produites tour à tour sur ce point. On sait seulement qu'en raison des fibres nerveuses qui s'entre-croisent dans le bulbe rachidien, les signes de paralysie se montrent du côté opposé à l'hémorrhagie. La *paralysie alterne* ne fait pas exception à cette règle. Il faut regarder comme contraires à la statistique faite par des hommes distingués (Rochoux, Cruveilhier, Andral), et aux observations que nous avons recueillies pour notre part, au nombre de plus de quarante, les propositions suivantes : 1° la paralysie de la langue et la perte de la parole sont dues à l'hémorrhagie du lobe antérieur du cerveau ; 2° la paralysie des membres supérieurs, à la lésion des couches optiques, celles des inférieurs à la lésion des corps striés ; 3° l'hémorrhagie cérébelleuse s'annonce par des mouvements involontaires du corps en avant ou en arrière, par leur ataxie, par l'hypéresthésie générale, l'érection du pénis, par des paralysies du même côté, enfin, par des vomissements très-fréquents et une mort rapide (Hillairet) ; 4° la paralysie d'un côté du visage et du bras opposé annonce l'hémorrhagie de la protubérance, avant l'entrecroisement des faisceaux antérieurs dans le bulbe et après celui des nerfs de la face.

Hémorrhagies partielles ;

du cervelet.

Marche. — L'apoplexie à marche régulière, et, en quelque sorte, classique par ses symptômes, est rare. Nous nous sommes suffisamment étendu sur le mode de développement des symptômes pour n'avoir plus qu'à tracer à grands traits leur évolution. Quand le mal est protopathique et idiopathique, il revêt une forme aiguë. L'hémorrhagie a lieu tout d'un coup ou après des signes congestionnels préalables de courte durée. Plus tard, la perte de l'intelligence et la paralysie restent stationnaires, ou bien la guérison ou l'amélioration se produisent. On voit alors survenir dans les membres paralysés de la contracture passagère ou permanente, mais légère et graduelle, des convulsions cloniques, des douleurs sourdes, lancinantes, réputées rhumatismales par les vieux paralytiques. Elles annoncent la phlegmasie ambiante du foyer hémorrhagique, et un travail de réparation salutaire, quoique souvent incomplet. Le mouvement revient en partie; les facultés reprennent leur activité première.

Marche

1° Régulière.

État stationnaire.

Guérison complète, incomplète.

Malheureusement cette terminaison n'est pas la plus fréquente. La présence du sang dans la pulpe nerveuse, outre les dangers actuels auxquels elle expose, a pour effet d'y déterminer tantôt de nouvelles apoplexies capillaires ou à grand foyer, marquées chaque fois par de nouvelles paralysies, par l'aggravation des anciennes, par des

Marche irrégulière, ataxique.

Maladies secondaires.

Cérébrite.

troubles de l'intelligence; tantôt un ramollissement inflammatoire ou d'autre nature, qui s'étend ou se limite. De là ces alternatives si communes de convulsions, de paralysie dans les mêmes parties, de perte du sentiment et de retour incomplet de l'intelligence. Ajoutons encore que la résolution générale, avec perte de connaissance et contracture des membres, sans paralysie limitée, indique l'invasion d'une hémorrhagie, méningée comme le délire léger ou intense, mais continu et suivi de collapsus et de coma, révèle une méningite ou une collection séreuse des ventricules. Ces diverses complications changent à chaque instant la physionomie de la maladie.

Hémorrhagies des méninges.

Hydropisie ventriculaire.

Pronostic.

La guérison complète est rare, à moins que le mal ne soit limité, la paralysie circonscrite, l'intelligence intacte ou à peine troublée; à moins aussi que l'attaque ne soit la première en date, et le sujet encore jeune. De plus, une première atteinte expose à d'autres hémorrhagies cérébrales parce que la même cause persiste. On doit également redouter toutes les maladies deutéropathiques graves que nous avons nommées (cérébrite, ramollissement, imbécillité, démence). Le pronostic est donc entièrement subordonné à la connaissance de la cause de l'hémorrhagie, à son étendue, à la gravité des symptômes, des complications secondaires, et au nombre des attaques antérieures.

Récidives fréquentes.

Diagnostic.

Hypérémie cérébrale rapide ou lente.

Diagnostic. — Une *congestion* forte et subite du cerveau, la seule qui puisse ressembler à l'apoplexie, en diffère par la promptitude avec laquelle se dissipent la perte de connaissance et la paralysie. La congestion graduelle et intermittente a des symptômes également intermittents, suivis d'une guérison complète : ce qu'on ne voit pas dans les hémorrhagies successives. Le ramollissement de la cérébrite s'annonce par des symptômes précurseurs, par des mouvements convulsifs suivis de paralysie et par des troubles assez longs de l'intelligence. Le diagnostic le plus difficile, sans contredit, est celui de l'apoplexie capillaire associée à la cérébrite. C'est un mélange de paralysie, de perte de connaissance incomplète ou complète, de convulsion et de contracture. La prédominance et l'intensité de ces dernières peut seule faire supposer une cérébrite apoplectiforme.

Cérébrite.

Apoplexie capillaire.

Traitement.

Hygiénique : débilitant, fortifiant.

Traitement. — Une première indication consiste à prévenir le retour du mal, en diminuant l'afflux du sang vers le cerveau, par conséquent à prescrire une hygiène fondée sur la connaissance de la maladie protopathique; hygiène qui prescrit les toniques et les fortifiants à celui-ci (hémorrhagie scorbutique, cachectique, des fièvres, des maladies paludéennes, etc.), les débilitants à celui-là. Il faut souvent proscrire les alcools, le café, les aliments excitants, etc. (pléthore, tempé-

rament sanguin, hémorrhoïdes fluentes, suppression d'une hémorrhagie).

Malheureusement un grand nombre d'apoplexies reconnaissent pour cause des lésions de l'appareil vasculaire du cerveau, du cœur, ou des maladies craniennes qui sont au-dessus des ressources de l'art. Il faut aussi chercher à combattre les accidents de complication par des moyens appropriés à la nature du mal (hémorrhagies symptomatiques d'un état gastrique et bilieux, d'une maladie de l'intestin, etc.). Traitement de la cause.

Traitement de l'attaque. — On place le sujet dans une situation telle que la circulation cérébrale ne soit pas gênée; on relève la tête; on pratique des lotions froides sur le visage et le front; on excite, par des corps chauds et par quelques applications de sinapismes, la circulation périphérique. On cherche s'il y a lieu de pratiquer une saignée générale. Il n'existe peut-être pas de traitement plus grave et plus populaire que la saignée. Un apoplectique est saigné impitoyablement, que l'hémorrhagie soit produite par la pléthore, le tempérament sanguin, une maladie du cœur ou des causes débilitantes locales et générales. L'homme dont les tissus sont chargés de graisse, dont la constitution est devenue scrofuleuse et mauvaise, n'y échappe pas plus que le sujet maigre, adonné aux alcools, atteint d'une maladie chronique du cerveau et de ses membranes ou d'une altération scorbutique du sang. Avant de s'enquérir de toutes ces conditions organiques et fonctionnelles, le malheureux trouvé sur la voie publique est soumis uniformément à la même médication. Il en résulte qu'en admettant que le diagnostic a été bien fait et qu'on n'a pas pris pour une hémorrhagie une simple congestion, on traite par la saignée des hémorrhagies de provenances très-différentes. Aussi, en voit-on beaucoup qui, loin de cesser, augmentent ou persistent sans la moindre amélioration, malgré plusieurs saignées. Celles-ci ne conviennent que dans la pléthore et les hémorrhagies produites par une irritation soit aiguë, soit chronique de la pulpe cérébrale, par conséquent dans la minorité des cas. Mieux vaut recourir à des saignées locales faiblement déplétives, mais surtout aux dérivatives, à des applications de sangsues permanentes ou intermittentes, faites au siége, sur les malléoles, aux cuisses, chez les femmes, ou à la base du cerveau; révulser en même temps sur le tube digestif par des purgatifs gras, salins, le calomelas ou les drastiques répétés; refroidir l'extrémité céphalique et appeler la chaleur aux pieds. On défendra tout ce qui peut exciter la circulation cérébrale. L'émétique, à moins qu'on ne le donne en lavage, est nuisible à cause des efforts de vomissements qu'il occasionne. Les boissons dé-

Traitement de l'attaque.

Saignée générale. Abus qu'on en fait.

Contre-indications.

Indications.

Saignées locales.

layantes et la diète, ou au contraire les toniques et les aliments, sont utiles suivant les cas.

Traitement de la paralysie.

Traitement de la paralysie symptomatique de l'hémorrhagie. — Une idée physiologique qu'on perd trop souvent de vue doit cependant présider au traitement. La motilité ne peut reparaître dans un membre qu'à condition que la substance du cerveau est réparée, du moins en partie, et que l'intelligence est revenue. Vous ne devez pas faire contracter un membre dont les nerfs ont leur racine dans une portion du cerveau détruite ou occupée par un caillot sanguin. Il y a plus : vous faites courir au malade des dangers si vous êtes assez imprudent pour exciter la contraction des muscles, quand la désorganisation du cerveau n'est pas arrêtée, à plus forte raison quand elle est en progrès. Aussi doit-on réprouver comme téméraires toutes les médications stimulantes, à moins que la paralysie ne soit tout à fait chronique et stationnaire; et encore ne faut-il en attendre qu'une action très-douteuse.

On a vanté contre les paralysies de ce genre la noix vomique, le sulfate de strychnine, la brucine, l'électricité, les bains thermaux, sulfureux ou autres, ceux de Baréges, de Luchon, d'Aix en Savoie, de Bourbonne-les-Bains, les boues de Saint-Amand, les bains de mer chauds soit naturels, soit imités, les bains sulfureux artificiels, ceux qui contiennent de la gélatine, des sels alcalins, etc.

Historique et bibliographie.

Historique et blibliographie. — L'hémorrhagie du cerveau, bien connue de l'antiquité, mais confondue avec l'hypérémie, l'encéphalite, la paralysie et bien d'autres affections (Hippocrate, Galien, Celse, etc.), ne devient distincte que dans le commencement du siècle dernier, grâce aux travaux de Schneider, de Wepfer, de Fréd. Hoffmann surtout et de Morgagni, qui ont cherché à localiser les causes de la paralysie. La lumière ne s'est réellement faite que dans ces derniers temps; parmi les auteurs à qui l'on doit une bonne description de la maladie, il faut citer: Dan de La Vauterie, 1807 ; Lallemand, *Lettres sur les maladies de l'encéphale*, 1820; — Andral, *Anatomie pathologique*, 1826, *et Clinique médicale*, t. V; — Rochoux, *Recherches sur l'apoplexie*, 1814 ; — Cruveilhier, *Anatomie pathologique* et *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

RAMOLLISSEMENT DU CERVEAU.

Définition.

Définition. — On doit, provisoirement, désigner ainsi le ramollissement aigu et spécial du cerveau qu'on ne peut rapporter à l'inflamma-

tion. Comprise de cette manière, l'entité pathologique qu'on a décrite sous ce nom, est encore formée d'éléments hétérogènes qui représentent des lésions de nature très-différente; tels sont le ramollissement inflammatoire ou hémorrhagipare, et celui qui tient à une altération de nutrition produite par la maladie des artères du cerveau. Il est facile de s'en convaincre en lisant la relation confuse donnée par les auteurs, qui ne paraissent s'entendre ni sur la cause ni sur les symptômes de ce ramollissement, et ne comprennent pas toujours qu'il s'agit d'une question d'anatomie pathologique couverte encore d'incertitude.

Entité mal définie.

Incertitude des auteurs.

Altérations. — Quoi qu'on en ait dit, on retrouve dans certains ramollissements : — 1° tous les caractères de l'inflammation, la rougeur, l'injection, la distension des vaisseaux sanguins, la mollesse du tissu nerveux, de la substance grise surtout; — 2° l'hypérémie de la pie-mère, l'extravasation du sang et les autres lésions de l'apoplexie capillaire avec ramollissement; — 3° un état tout opposé qui consiste dans la décoloration du tissu nerveux devenu mou, diffluent même; quelquefois il contracte une teinte verdâtre, manifeste, une couleur jaunâtre, pâle ou ocrée. Il siége surtout dans les parties blanches et grises, et offre cette forme de ramollissement incolore non vasculaire, pulpeux, qu'on a comparé à une sorte d'atrophie gélatiniforme. Et, en effet, telle paraît être la nature de ce ramollissement, le seul qui exige une description à part. Presque toujours les artères cérébrales ou méningées sont le siége des altérations chroniques que nous avons si souvent signalées (voyez *Hypérémie* et *Altérations anatomiques de l'hémorrhagie*). Cependant, comme on les observe chez presque tous les vieillards sans qu'ils soient atteints de ramollissement cérébral, on est fondé à se demander si elles ne sont pas autre chose qu'une coïncidence. On les a rencontrées lorsque les artères du cerveau renfermaient un embolus qui arrêtait ou gênait subitement la circulation cérébrale. Il faut attendre de nouvelles recherches et ne pas trop se hâter d'accepter tout ce qu'on a écrit, dans ces derniers temps, sur ce sujet. Quant au ramollissement total d'un lobe du cerveau ou de celui-ci en entier, nous en rejetons complétement l'existence.

Lésions anatomiques.

Ramollissement inflammatoire;

hémorrhagique.

Ramollissement spécifique.

Ses caractères anatomiques.

Lésions des artères. Embolie.

Symptômes. — On comprend, d'après ce que nous venons de dire, pourquoi il est impossible d'assigner à la maladie des symptômes distincts. On chercherait inutilement, dans les ouvrages consacrés à cette étude, des caractères propres à la faire reconnaître, on ne les y trouverait pas. C'est par hasard, et en se trompant dans la plus grande partie des cas, qu'on est parvenu à diagnostiquer ce ra-

Symptomatologie.

mollissement spécifique du cerveau. Essayons toutefois de ne donner que les symptômes qui lui appartiennent.

Perte subite de connaissance.

Après avoir éprouvé des signes de congestion ou sans aucun prodrome, le malade, presque toujours âgé, perd subitement connaissance et tombe affaissé sur lui-même; quand on le relève, l'intelligence est anéantie; un côté du corps, un membre est atteint de paralysie, et la sensibilité générale obtuse.

Trois formes principales.

Plusieurs cas peuvent alors se présenter : 1° la maladie s'améliore; 2° elle s'aggrave et se termine par la mort : ce qui arrive le plus souvent.

1re Forme. Imbécillité; démence.

Après l'*attaque de ramollissement*, l'intelligence revient en partie, rarement en totalité. La mémoire et les facultés intellectuelles sont notablement diminuées. C'est surtout dans ce ramollissement, si voisin de celui qui produit l'imbécillité et la démence, qu'on observe les troubles de l'esprit.

2e Forme. Paralysie et convulsion.

Les membres, paralysés complétement d'abord, deviennent, après un temps variable, un jour ou plusieurs semaines, le siége de contracture, de simple roideur musculaire ou de convulsions qui font mouvoir involontairement les membres paralysés. Quelquefois, en les plaçant alternativement dans la flexion et l'extension, on sent une résistance qu'on a comparée à celle qu'oppose la charnière rouillée d'une porte. La contracture, dans les muscles paralysés d'un côté du visage, le dévie et le porte du côté sain, qu'on pourrait croire alors paralysé, si l'on ne connaissait pas cette action toute naturelle. La paralysie et la contracture se montrent toujours du côté opposé à la lésion. Elles indiquent une irritation phlegmasique de la portion du cerveau qui environne le ramollissement. Après plusieurs alternatives de paralysie et de contracture, le membre ou tout un côté du corps retombe dans la paralysie la plus complète. Cependant il revient à la longue, après plusieurs mois, un certain degré de contracture lente et douloureuse dans les doigts de la main ou du pied, de l'amaigrissement, et les autres changements qu'on a notés à la suite des paralysies. (Voy. *Pathologie générale*, tom. I, pag. 494.)

Paralysie; changements ultérieurs.

Sensibilité altérée.

Il est difficile de savoir si toutes les altérations de la sensibilité tiennent à l'abaissement fonctionnel du sensorium commune, ou à la paralysie réelle de certains sens, de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, à l'anesthésie cutanée. En général, ces troubles annoncent une grave désorganisation du cerveau.

On remarque aussi que la peau se couvre souvent d'une sueur abondante; — que la chaleur augmente; — que la fièvre se déve-

loppe, tantôt légère, tantôt violente ; — que la respiration est inégale, irrégulière, saccadée ou ralentie à l'extrême ; — que l'appétit est presque toujours aboli ; — que les réservoirs sont paralysés et les matières retenues involontairement. Lorsque la maladie tend à s'améliorer, tous ces symptômes se dissipent lentement, et le malade revient à une santé, sinon parfaite, du moins satisfaisante, pour un temps qu'il est difficile de déterminer.

3e Forme. Marche rapide vers une terminaison funeste.

Dans le cas où les symptômes vont en s'aggravant, les trois phénomènes caractéristiques, la perte de l'intelligence, du mouvement et du sentiment, persistent ou s'accroissent, en s'étendant peu à peu à tout le corps. Le malade alors ne retrouve plus sa connaissance. La vie, qui peut continuer pendant cinq à huit jours, reste végétative, en quelque sorte. La face est pâle, sans expression, ou tirée par la contraction des parties saines ; les veines sont dilatées ; bientôt le collapsus est complet ; les membres sont dans la résolution ; la vessie et le rectum paralysés ; la respiration s'embarrasse, devient stertoreuse ; la peau est inondée de sueurs ; les sens abolis.

Il faut que le praticien n'oublie pas qu'au milieu des symptômes cérébraux en éclatent d'autres qui ressemblent à ceux de la *fièvre ataxique*, à laquelle on a rapporté, pendant longtemps, le ramollissement cérébral : sécheresse de la langue, fuliginosités, soif vive, vomissements, météorisme, selles involontaires, sueurs, soubresauts des tendons, odeur fétide du corps, coma, carus et mort.

Marche.

Marche.— Le ramollissement, qui débute subitement et foudroie les malades à la manière de l'hémorrhagie, est rare. Il dure ordinairement huit à douze jours ; et alors, pendant ce temps, on peut remarquer des variations très-grandes dans les symptômes. Elles sont le meilleur caractère de la maladie, et tiennent, comme il est facile de s'en convaincre par la lecture des ouvrages, et mieux encore en étudiant les lésions cadavériques, à ce que tantôt c'est l'hémorrhagie capillaire ou à foyer distinct, tantôt la congestion ou la phlegmasie qui prédomine. Comment donc, avec des lésions si diverses, les symptômes et la marche du ramollissement pourraient-ils être identiques ?

Physiologie pathologique.

4e Forme ; ataxique.

L'ataxie, c'est-à-dire le désordre, se manifeste dans la marche de la maladie, qui ressemble à une fièvre ataxique. Dans ce cas, elle est plus lente à se manifester, plus mal accusée dans ses symptômes principaux. L'intelligence, le mouvement, le sentiment, se trouvent lésés séparément ou réunis deux à deux. Chez l'un, la perte de connaissance est nulle ou passagère et suivie de contracture ; chez l'au-

Symptômes *dissonants* ou *consonnants* de quelques auteurs.

tre, le mal s'accompagne sur-le-champ de paralysie partielle, mais bientôt la convulsion s'y ajoute, va et vient plusieurs fois, jusqu'à ce que la paralysie s'y établisse définitivement. Dans le ramollissement apoplectiforme, au contraire, la perte de l'intelligence, du mouvement et du sentiment caractérisent la maladie ; plus tard, la contraction ou la paralysie prédomine, suivant que la cérébrite s'établit autour de la pulpe ramollie, ou que le ramollissement persiste sans tendre vers la cicatrisation.

Curabilité.

Il y a des ramollissements curables et d'autres incurables. Les premiers sont limités, circonscrits, suivis d'un travail réparateur et même de cicatrisation, quoique celle-ci y soit difficile et rare. Les seconds sont diffus, occupent les parties centrales, les couches optiques, les corps striés, s'étendent ou se reproduisent ailleurs.

Complication.

Les maladies du cerveau, qu'on a regardées comme des *complications* du ramollissement, ne sont ordinairement que ses causes ou ses effets. Parmi les premières figurent les maladies des artères, l'inflammation et l'hémorrhagie, qui peuvent toutes se développer aussi d'une manière consécutive, la lésion artérielle exceptée.

Diagnostic.

Diagnostic. — Il nous semble impossible de distinguer le ramollissement non inflammatoire de l'inflammatoire. On peut seulement en soupçonner la nature par une investigation minutieuse de tous les symptômes qui ont précédé l'attaque actuelle. L'absence de prodromes ne suffit pas pour la caractériser, elle en a comme la cérébrite. La céphalalgie locale, les vertiges, parfois des mouvements convulsifs, en sont les premiers symptômes.

Apoplexie.

Dans l'hémorrhagie cérébrale, les trois signes fondamentaux, perte subite de l'intelligence, paralysie du mouvement et du sentiment, se trouvent réunis en même temps. Ils se trouvent associés de diverses manières dans le ramollissement subit, le seul qu'on puisse confondre avec l'hémorrhagie. Il ne nous en coûte pas d'avouer que le diagnostic est souvent impossible, et que l'étude des lésions complexes qui se montrent alors n'est pas faite pour lever le doute.

Étiologie.

Causes. — Nous nous garderons bien d'accorder une place à une étiologie qui ne peut être qu'informe et stérile. M. Andral, qui a essayé un travail de ce genre, s'est bien vite assuré qu'il ne conduit à aucun résultat. On peut dire que la vieillesse dispose à cette maladie (55 ans à 75).

Thérapeutique. Sthénie.

Traitement. — Nous conseillons au praticien de fonder toute sa thérapeutique sur l'état des forces du sujet et de la circulation. Il traitera par des émissions générales ou locales de sang le ramollisse-

ment qui se rapproche le plus des hypérémies et des hémorrhagies sthéniques et pléthoriques ; les asthéniques, par un traitement opposé, auquel il adjoindra des révulsifs sur le tube digestif, une bonne alimentation, des soins de propreté et une aération convenable (voyez *Hypérémie* et *Hémorrhagie du cerveau*). Asthénie.

Historique et bibliographie. — L'anatomie pathologique ne pouvait pas manquer de faire fausse route en présentant le ramollissement comme une maladie à part. L'étude clinique l'a suffisamment démontré. La plupart des auteurs ne se sont pas aperçus qu'ils décrivaient des maladies très-diverses, et qu'ils ne pouvaient pas réussir à les différencier. Les travaux les plus recommandables sont ceux de MM. Rostan, *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, 2e édit., Paris, 1823 ; — Andral, *Précis d'anatomie pathologique*, t. II, p. 806 ; et *Clinique médicale*, t. V ; — Durand-Fardel, *Traité du ramollissement du cerveau*, Paris, 1843 ; — Calmeil, *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, Paris, 1859. — Voyez aussi la *Bibliographie de l'encéphalite*.

TUBERCULE DU CERVEAU.

Altérations. — Deux produits hétérologues peuvent se développer dans la substance du cerveau, le tubercule et le cancer. Curieuse seulement au point de vue de l'anatomie pathologique, leur histoire doit être restreinte dans des limites étroites. **Tubercule. Lésions.** Crudité.

On trouve le tubercule dans les deux substances, au-dessus du centre ovale plus souvent qu'ailleurs, sous forme d'une masse arrondie, muriforme, marronnée, du volume d'un pois ou d'une noix, agglomérée en granulations distinctes. On n'aperçoit pas de vaisseau dans leur tissu, qui est homogène, non grenu, d'un blanc mat ou jaunâtre, et ressemble, lorsqu'il est divisé, au fromage ou au marron. Il est de consistance variable ; mou, onctueux au toucher, graissant le scalpel, non miscible à l'eau. Autour se développe une membrane celluleuse, vasculaire, qui l'enkyste. Le tissu cérébral est sain ou ramolli, enflammé d'une manière évidente dans la zone qui environne le produit morbide. Si le tubercule se ramollit, il acquiert la consistance du fromage mou, devient même diffluent, granuleux, verdâtre ou jaunâtre comme du pus. Il est en contact avec la substance nerveuse plus molle, ou entouré d'un kyste fibro-séreux. Quelquefois Ramollissement.

même la sécrétion de phosphate, de carbonate de chaux, de graisse, a lieu dans le kyste, et concourt à la cicatrisation, qui est d'ailleurs rare. L'examen microscopique fait apercevoir aisément ces divers produits. L'absence de cellule et de tissu fibro-élastique est ce qui distingue le tubercule du cancer.

Étiologie. Toutes les causes invoquées pour en expliquer le développement sont secondaires (mauvaise alimentation, habitation insalubre, masturbation, misère, scrofule, et maladies chroniques). La seule essentielle est la diathèse tuberculeuse, marquée souvent par des lésions pulmonaires, quelquefois cependant tout-à-fait absentes, surtout dans le jeune âge, avant quinze ans.

Diathèse tuberculeuse.

Symptômes. *Symptômes.* — Ils se présentent sous une forme lente, chronique, et surtout avec des intermissions très-prolongées. On observe : 1° une céphalalgie partielle, obtuse ou violente, accompagnée pendant le sommeil de cris, de plaintes, dont le malade n'a pas toujours conscience ; — 2° une congestion céphalique marquée par la rougeur faciale, la pulsation des artères, la distension des veines, remplacée par la pâleur ; — 3° un délire léger qui ressemble à celui de la méningite tuberculeuse, se manifeste pendant la veille plus souvent que pendant le sommeil, et fait place à l'assoupissement, au coma, dans lesquels tombe le malade ; — 4° l'hypéresthésie de la peau portée jusqu'à la dermalgie, rarement limitée ; — 5° le strabisme, la dilatation des pupilles; l'obtusion de l'ouïe.

Céphalalgie.

Subdélire et délire.

Excitation des sens.

Convulsions. Les convulsions sont aussi très-fréquentes, rapides, générales ou bornées à un côté du visage, du corps, aux muscles des yeux (strabisme). Elles sont rarement suivies de paralysies, excepté vers la fin de la maladie, quand un ramollissement cérébral se forme autour du tubercule. Encore n'est-ce que passagèrement que la convulsion s'y mêle de nouveau.

Paralysie rare.

Vomissements. Un des symptômes les plus fréquents est le vomissement provoqué ou non par la céphalalgie, paraissant dès le début, se reproduisant à des époques variables et souvent éloignées, sans cause, parfois au milieu de la santé, chez des sujets cachectiques, tuberculeux, qui se plaignent souvent de la tête, et n'ont d'ailleurs aucune maladie de l'estomac. Le pouls est irrégulier, lent, la respiration inégale ; les selles rares.

Après avoir offert, pendant plusieurs mois, à des époques variables, les signes précédents, les malades, toujours tristes, abattus, somnolents, succombent aux progrès du mal ou sont enlevés par une méningite, un épanchement séreux qui se fait dans les cavités du

cerveau. Ils offrent alors du délire, du coma, la résolution des membres, et meurent ainsi.

Le tubercule cérébral est une maladie qui dure plusieurs mois, une année, pendant lesquels le délire, les convulsions et les vomissements intermittents sont suivis de résolution et d'une guérison apparente dont il faut se défier.

Traitement. — Au-dessus des ressources de l'art, quand il est reconnu, le mal excite des hypérémies, des cérébrites partielles et des méningites, qu'il faut combattre par les médications usitées dans ces maladies.

CANCER DU CERVEAU.

Cancer du cerveau.

Il prend la forme d'une tumeur isolée, blanche ou jaunâtre, dure, homogène ou ramollie, et parcourue par de nombreux vaisseaux. Souvent elle est pleine de petits caillots hémorrhagiques, ainsi que la substance cérébrale ambiante.

Nous nous garderons bien de tracer l'histoire des symptômes propres à la maladie. Ils sont tout à fait identiques à ceux du tubercule cérébral auquel nous renvoyons. Les symptômes produits par le cancer de quelque autre organe, ou la cachexie actuelle, peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

CHAPITRE II.

MALADIES DES MÉNINGES CÉRÉBRALES.

DE LA MÉNINGITE.

Synonymie. — Phrénitis, arachnitis, pie-mérite, hydrocéphale aiguë.

Définition. — Inflammation de la membrane séreuse et vasculaire de l'encéphale (arachnoïde et pie-mère). **Définition.**

On la divise, 1° en aiguë sporadique; 2° en aiguë épidémique. La méningite chronique sera décrite lorsque nous parlerons de la méningo-céphalite. **Divisions.**

Altérations.

I. De l'arachnoïde.

Altérations. — L'arachnoïde, comme toutes les séreuses, dont elle diffère cependant par la membrane entièrement vasculaire qui la double, peut être le siége exclusif de certaines altérations purement phlegmasiques. — 1° Sa surface externe perd son poli, devient aride, poisseuse, couverte d'une matière glutineuse, avec ou sans hypérémie des vaisseaux; — 2° une sérosité plus ou moins abondante, limpide ou séro-sanguinolente, s'épanche dans la grande cavité cérébrale, d'où elle s'écoule quand on fend la voûte du crâne; — 3° des fausses membranes filamenteuses, des plaques molles, verdâtres, jaunes, teintes de pus, se trouvent disséminées en quantité variable, sur la face convexe du cerveau, le long de la grande scissure, et surtout à la base, dans le polygone artériel, sur le trajet de l'artère méningée moyenne (scissure de Sylvius). Les exsudats fibrineux sont parfois appliqués comme des flocons sur la séreuse ou nagent dans un liquide verdâtre ou opalin. 4° Il est plus rare d'y trouver du pus jaune ou blanc maintenu par des fausses membranes sur l'arachnoïde enflammée.

1° Sécheresse.

2° Sérosité.

3° Fibrine.

4° Pus.

II. Lésion de la pie-mère.

1° Hypérémie.

Le travail phlegmasique est évident toutes les fois qu'il existe une des lésions précédentes; il l'est moins quand il ne donne lieu qu'à une simple hypérémie de la pie-mère. Cependant on ne saurait attribuer à une autre cause les cas dans lesquels l'injection et une rougeur vermeille locale se dessinent par places sur la pie-mère généralement hypérémiée, ou enfin qui s'accompagnent de sécheresse de l'arachnoïde. Il faut également considérer comme inflammatoires les rougeurs à teintes claires, dues à de très-petits vaisseaux injectés, qui n'occupent pas les parties postérieures et déclives du cerveau, mais les parties latérales et supérieures. Quelquefois la pie-mère, injectée et enflammée, contracte des adhérences avec le cerveau (voyez *Méningo-céphalite*).

2° Autres produits phlegmasiques.

Presque tous les produits pathologiques qui sortent des vaisseaux de la pie-mère enflammée ont leur siége dans l'espace sous-arachnoïdien. On les trouve surtout dans les lieux où ce tissu est très-abondant, sur la protubérance, la face inférieure de la moelle allongée, sur le trajet de l'artère méningée moyenne, entre le lobe antérieur etm oyen qu'il faut souvent écarter pour les mieux apercevoir, dans l'intervalle et au fond des circonvolutions cérébrales. Tantôt c'est de la sérosité opalescente ou jaunâtre qui soulève l'arachnoïde dans les lieux indiqués et suivant le trajet des vaisseaux, tantôt du plasma qui s'est organisé en fausses membranes verdâtres déposées dans l'espace sous-arachnoïdien ; quelquefois enfin ce sont des traînées jaunes ou

vertes de pus qui cheminent sous le doigt, ou restent emprisonnées par du plasme solidifié. Il est fréquent de rencontrer avec les lésions précédentes une hypérémie encore considérable; dans d'autres cas, la pie-mère est décolorée sur les points mêmes occupés par les reliquats de l'inflammation.

Hypérémie concomitante.

La séparation qu'on a voulu établir entre la phlegmasie de la pie-mère et celle de l'arachnoïde n'est fondée au point de vue, ni de l'anatomie morbide, ni des symptômes. Presque toujours la phlogose prédomine dans la première, où il lui est plus facile de jeter ses produits. Elle se répand bientôt partout, à moins qu'elle ne soit secondaire et due à quelque lésion partielle du cerveau.

Lésions communes à l'arachnoïde et à la pie-mère.

Symptômes.

Symptômes. — La division des symptômes, suivant qu'ils sont dus à l'irritation de la membrane ou à la compression par les produits morbides, quoique réelle en anatomie, ne peut être maintenue dans une description de la maladie. On peut même dire que son caractère propre est la variation extrême des symptômes. Il convient seulement de les étudier dans les diverses parties du système nerveux.

Pas de division possible.

Un des meilleurs signes de la méningite est, sans contredit, le délire, qui est presque constant, précédé d'une céphalalgie générale ou partielle intense, de vertiges, de vomissements. Tantôt il est violent, s'accompagne de cris, de vociférations, de paroles incohérentes, de chant, de violence (frénésie, phrénitis) : tantôt léger, calme, taciturne. Il n'a lieu que pendant la somnolence ou le sommeil, de telle sorte qu'on le fait cesser en parlant au malade. Il peut même ne se manifester que par des actions déraisonnables. Les vieillards, chez lesquels il est plus commun que chez d'autres, se lèvent sans motif, se couchent dans le lit d'un malade voisin, marmottent à voix basse, cherchent sur leur lit des objets qui ne doivent pas s'y trouver, etc. (*délire en action*, Prus). Quelques-uns ne présentent que de la somnolence, de l'assoupissement dès le début, des rêves pénibles, une grande agitation, que l'on remarque surtout chez les enfants.

Trouble de l'intelligence.

Symptômes prodromiques.

Délire. En parole.

En action.

Plus tard, lorsque la congestion phlegmasique a eu le temps de jeter ses produits morbides dans les cavités cérébrales, c'est-à-dire après un temps très-court, souvent dès le début, au délire succèdent la somnolence, la stupeur, dont il est difficile de tirer le malade, puis le coma à tous les degrés, depuis la somnolence jusqu'au carus et au sopor (voyez *Pathologie générale*, t. III, p. 73, 1862).

Coma et ses différentes formes.

Après le délire et ses variétés, le plus constant des phénomènes morbides est la convulsion tonique ou clonique. Elle est presque toujours générale; c'est là un de ses meilleurs caractères.

Troubles de la motilité. Convulsions;

toniques et cloniques.

Voici les plus fréquentes convulsions : le trismus, le grincement des dents, le strabisme dans tous les sens, la rigidité du sterno-mastoïdien, des muscles de la partie postérieure ou latérale de la tête (torticolis, renversement de la tête en arrière ou sur le côté), du tronc, de la paroi abdominale. Les convulsions affectent encore les extrémités supérieures, les doigts des deux mains, ou se bornent à une simple difficulté de manger, de boire, de remuer le cou. Ces mêmes parties, prises pour un temps qui est très-variable, sont parfois agitées de mouvements convulsifs ; de là les grimaces, les contorsions involontaires, les mouvements des bras, des jambes, les soubresauts de tendons, etc., qu'on observe alors. Il ne survient pas de paralysie, car on ne peut donner ce nom au collapsus, à l'insensibilité des membres, dans la période ultime du coma.

Troubles de la sensibilité.

Céphalalgie.

Parmi les troubles de la sensibilité, la céphalalgie est le signe qui, avec le délire et la convulsion, sert le mieux à faire reconnaître la méningite (deux tiers des cas, Parent et Martinet). Elle apparaît dès le principe, avant tout autre phénomène ; d'abord légère, générale, puis très-intense, parfois violente, arrachant des cris qui ressemblent aux cris *hydrencéphaliques*. La céphalalgie est rémittente, souvent nocturne ; elle cesse dans la période ultime, quand le délire est intense.

Cris hydrencéphaliques.

Sensibilités spéciales accrues, puis diminuées.

On observe de grandes variations dans les sensibilités spéciales. Les pupilles sont de grandeurs diverses, peut-être agrandies et peu mobiles, lorsqu'il s'est fait un épanchement séreux, comme dans le coma (?). La rétine est blessée par l'éclat de la lumière (?); la vision plus tard est altérée, mais non abolie ; il en est de même de l'ouïe. Cette exaltation des sens n'est vraie que dans un certain nombre de cas. L'altération des traits du visage exprime la stupeur, la tristesse. Le rire sardonique marqué par la convulsion des muscles de la face, la contraction des sourcils, des ailes du nez, indique une forme de délire qui n'est pas sans importance. L'œil animé, brillant, est à la fin terne, morne, sans expression.

Symptômes sympathiques. Fièvre.

On observe dès le principe une fièvre intense, et son appareil habituel (chaleur de la peau, sueur, accélération du pouls). Elle peut accompagner toutes les phases de la méningite sur-aiguë. L'irrégularité, l'inégalité, la lenteur du pouls ont été notées à une époque où toutes les fonctions se troublent. Il en est de même de la respiration, dont les irrégularités sont sympathiques de l'innervation cérébrale.

Vomissement.

Les nausées, les vomissements sont des symptômes très-fréquents,

quoique passagers et du début. Ils peuvent durer autant que la méningite. Enfin, la constipation figure aussi parmi ses symptômes ordinaires. Pathogénie des symptômes.

Siége de l'inflammation. — On a essayé de reconnaître, au moyen des symptômes, le siége du mal; mais il faut dire que jusqu'à ce jour on n'a point réussi. L'irritation transmise par la méninge enflammée à toutes les parties de la pulpe cérébrale est, pour sa fonction, une cause de perturbation bien autrement étendue que ne l'est une lésion restreinte comme celle de l'hémorrhagie ou du ramollissement, et cependant nous avons déjà dit que la localisation y était impossible (voyez *Hémorrhagie cérébrale*). La sympathie explique la rapide évolution des symptômes, leur extension aux deux côtés du corps, et surtout leurs variations infinies, en raison de l'état du support, bien plus que de l'altération même. On ne doit donc attacher aucune valeur aux données suivantes : le délire aigu, violent, convulsif, est signe de la méningite du sommet; il est remplacé de bonne heure par le coma, dans la méningite de la base. Il est encore plus difficile de prévoir la nature de la lésion par les symptômes; s'il est vrai que la congestion des capillaires pendant la première période de la phlogose corresponde au délire, aux convulsions, et le coma, la résolution à l'épanchement séro-purulent, il est loin d'en être ainsi dans la majorité des cas. Méningite du sommet, de la base. Signes de la lésion.

Marche. — La méningite aiguë a une marche rapide et se termine avant le septième ou huitième jour, surtout chez les enfants. Le délire, les convulsions, la céphalalgie, la fièvre, mêlés plus tard à la perte de l'intelligence et au coma, puis à l'apyrexie, ne sauraient fournir aucune division importante. Il faut savoir seulement que la *rémission* de quelques-uns ou de tous les symptômes, leur disparition momentanée, peuvent faire croire à une guérison qui est excessivement rare, et même niée par un grand nombre d'auteurs. Ce pronostic est cependant trop rigoureux. **Marche rapide.** **Rémission et intermission.** Presque toujours mortelle.

La méningite *des enfants* ne diffère pas de celle de l'adulte. Elle est plus latente, plus insidieuse, souvent consécutive à un état général diathésique; le délire y est moins accusé, remplacé par de la somnolence, les rêvasseries, les soubresauts de tendons et un état général semblable à celui qui accompagne la fièvre typhoïde. Méningite des enfants;

Chez le *vieillard*, elle est encore plus latente, plus insidieuse, plus ataxo-adynamique. Le délire tranquille et en action, l'intensité de la chaleur fébrile plus marquée pendant la nuit, la sécheresse et les fuliginosités linguales, buccales, le tremblement des membres, le ra- des vieillards.

pide affaissement des forces, sans convulsion, sans paralysie, caractérisent plus spécialement cette méningite.

Diagnostic.

Délire essentiel.

Diagnostic. — La maladie qui s'en rapproche le plus est le délire idiopathique et sympathique ; dans ce cas, la recherche de la cause est essentielle. Si le délire n'est pas alcoolique, narcotique, saturnin, s'il n'existait pas antérieurement une pneumonie, une fièvre typhoïde, une affection utérine, tout fait croire qu'il s'est développé une méningite protopathique. Et encore ce diagnostic reste-t-il toujours obscur, car le mal peut se déclarer également dans le cours d'une de ces maladies.

Manie aiguë.

Un accès de *manie aiguë* ressemble beaucoup à la méningite. L'apyrexie, l'absence de convulsions, la durée assez longue des symptômes, une attaque antérieure semblable, caractérisent la manie.

Démence sénile.

Dans la *démence sénile*, le début donne lieu à un délire parfois fébrile qui se rapproche de celui de la méningite ; cependant l'intensité de la fièvre, sa persistance, l'accroissement des symptômes pendant la nuit, indiquent plus spécialement cette phlegmasie ou une péri-encéphalite aiguë.

Fièvre typhoïde.

Quant à la fièvre typhoïde chez les enfants de sept à quinze ans, elle offre, dans le principe, des symptômes faits pour embarrasser le praticien, lors même qu'ils surviennent vers une époque avancée, au douzième ou quinzième jour, par exemple. Cependant l'épistaxis, l'éruption papuleuse, le météorisme, la diarrhée, et surtout l'hypertrophie splénique, ne laisseraient aucun doute, puisqu'ils manquent entièrement dans la méningite.

Étiologie.

Méningite deutéropathique ou secondaire.

Causes. — *Méningite symptomatique.* — Elle peut être produite, comme maladie de voisinage, par un tubercule cérébral ou des méninges, par un foyer hémorrhagique, par une encéphalite, un ramollissement. Elle est entièrement distincte de la péri-encéphalite, avec laquelle on a voulu la confondre sous le titre de méningo-céphalite. Nous avons, ainsi que bien d'autres, rencontré souvent

Lésion du cerveau ;

cette phlegmasie, sans la moindre trace d'encéphalite. Elle est parfois déterminée par un fongus de la dure-mère, une carie, une nécrose de la boîte cranienne, une otite, une maladie du rocher, de l'oreille interne, chez les scrofuleux.

On l'observe aussi comme la manifestation locale d'une diathèse ;

des enveloppes.

telle est la méningite violente, rapidement mortelle et marquée quelquefois par une congestion simple, qu'on observe chez les malades atteints de rhumatisme articulaire, sans que rien ait pu faire prévoir

Rhumatisme.

Goutte.

une pareille complication. La diathèse goutteuse expose aussi les vieil-

lards à des méningites. Quelquefois elle naît par sympathie, à l'occasion d'une pneumonie, d'un érysipèle facial, d'une fièvre éruptive, de la fièvre typhoïde, etc. Méningite sympathique.

Méningite idiopathique. Elle se produit à tous les âges, plus souvent chez les enfants, les vieillards et chez l'homme. Les excitations cérébrales, les alcools, les stimulants de la circulation, l'insolation, les coups, prédisposent à la maladie. Causes secondaires prédisposantes.

Traitement. — Les déplétions sanguines, surtout à l'aide des sangsues, dont on répète les applications à la base du crâne, de manière à produire un écoulement modéré de sang; — l'emploi de compresses froides, d'irrigations continues, de la glace, avec les précautions nécessaires; — la révulsion, sur le tube digestif, par des purgatifs et des drastiques; — l'excitation légère de la peau des jambes et des pieds, constituent la médication la plus capable de prévenir et de guérir la phlegmasie membraneuse lorsqu'elle débute. Le calomel à dose réfractée (un centigramme toutes les heures) ou à dose purgative; — les frictions sur le cou et sur le cuir chevelu rasé, avec la pommade mercurielle; — un large vésicatoire sur la tête, jouissent aussi d'une action énergique à laquelle il ne faut pas manquer de recourir de bonne heure. **Thérapeutique.** Pertes de sang. Purgatifs : Mercuriaux. Vésicatoires.

Historique et bibliographie. — Le mot φρένιτις, frénésie, était usité chez les Grecs, pour désigner les désordres de l'esprit et non le seul délire méningitique (Van-Swieten). Distinguée anatomiquement par Morgagni, la méningite a été mieux localisée, après les recherches de Lallemand, par Martinet et Parent-Duchâtelet : *Recherches sur l'inflammation de l'arachnoïde cérébrale et spinale*, Paris, 1821; puis par Andral, Cruveilhier et Calmeil (ouvrages cités aux articles *Hémorrhagie* et *Encéphalite*).

MÉNINGITE ÉPIDÉMIQUE.

Synonymie. — Méningite cérébro-spinale; typhus cérébro-spinal. **Synonymie.**

Définition. — On donne ce nom à une méningite qui ne diffère de la précédente que par son origine entièrement épidémique, sa nature inconnue, son extension à la méninge spinale. **Définition.**

Les *altérations* qu'on trouve, excepté dans quelques cas foudroyants, ont leur siége presque exclusif sur la face interne de la pie-mère, dans l'espace sous-arachnoïdien. Elles consistent dans une **Lésions.** Pus et fausses membranes.

Leur siége sur la pie-mère.

matière plastique verdâtre ou jaunâtre, dans des gouttelettes de pus, des flocons, des fausses membranes colorées par ces mêmes liquides et déposées sur le trajet des vaisseaux cérébraux, le plus ordinairement au sommet ou à la base du cerveau, sur le bulbe et en même temps sur la face antérieure et postérieure de la moelle. Les anfractuosités cérébrales, la scissure de Sylvius, la commissure des nerfs optiques, l'espace cendré, le pourtour du bulbe et du quatrième ventricule, la partie postérieure et déclive de la moelle, sont le siége le plus ordinaire des lésions. Elles se forment avec une rapidité extrême. On a trouvé du plasma, du pus en couches plus ou moins épaisses et étendues, après un jour et même quelques heures.

Simple hypérémie. Sécrétion séreuse.

Quelquefois une simple sérosité opaline, plus abondante que ne l'est le liquide céphalo-rachidien, remplit l'espace sous-arachnoïdien. Dans d'autres, l'hypérémie de la pie-mère qui est presque constante, l'hydropisie et le ramollissement des ventricules latéraux et du quatrième, forment la principale et la seule lésion. La mort est parfois si rapide, que toutes les parties du cerveau jouissent, en apparence, de toute leur intégrité.

Lésion nulle.

D'autres altérations, qui se montrent ailleurs, semblent indiquer que la maladie épidémique n'est pas toute locale, qu'elle tient, comme d'ailleurs presque toutes les maladies du même genre, à un état général. Le sang se prend en caillot, après la mort, dans le cœur et les gros vaisseaux; la couenne est mince, verdâtre, quelquefois épaisse et bien formée. Les analyses ont révélé un excès de fibrine qui s'élève jusqu'à 4 et 5 dans quelques cas. Il ne faudrait pas en conclure que la maladie générale est inflammatoire, puisqu'on ne trouve pas d'augmentation de fibrine dans la variole où il existe cependant une dermite bien évidente.

Sang. Couenne inflammatoire. Excès de fibrine.

Lésions diverses.

Signalons aussi d'autres lésions moins constantes : 1° les pétéchies sur les séreuses ; — les ecchymoses sur les membres, le tronc, le scrotum, le pénis; — 2° la rougeur gangréneuse du pharynx ; — 3° l'hypertrophie des plaques de Peyer et des follicules isolés; 4° le pus dans les jointures et le péricarde.

Symptômes prodromiques.

Symptômes. — La céphalalgie, les douleurs rachialgiques, le frisson, la fièvre, les vertiges, les nausées, les vomissements, sont les prodromes de la maladie, pendant trois à cinq jours.

Céphalalgie.

Les symptômes précédents peuvent manquer et sont alors remplacés, dès le début, par ceux qui appartiennent à la maladie ; (*a*) céphalalgie persistante, s'aggravant le soir et pendant la nuit, vive, faisant pousser des cris ; (*b*) douleurs sur différents points du rachis, à

Rachialgie.

la nuque, au dos, aux reins; et forçant le patient à renverser le tronc, la tête, à se tenir immobile ; (*c*) myosalgie spontanée dans les fesses, les cuisses, les bras, jusque dans les muscles de la face, dans l'orbite et les jointures (*arthralgie*); (*d*) délire violent, subit, loquace ou taciturne et tranquille; souvent réponses justes quand on sort le sujet de l'état somnolent où il est plongé ; stupeur, hébétude et coma ; (*e*) hyperesthésie fréquente, générale de toute la peau ou de quelques sens en particulier; (*f*) convulsions toniques qui occupent presque toutes les parties du corps, et surtout les muscles du cou, du rachis (torticolis, opisthotonos), de la mâchoire (trismus), des yeux (strabisme), des bras, des mains, quelquefois tout le système locomoteur. De là les accès épileptiformes, le tremblement et une agitation universelle, accompagnée de cris sauvages, stridents, ou d'un délire tranquille. L'insensibilité générale, le collapsus et le coma mettent fin à cette scène pénible.

Délire.

Convulsions. Leur siége.

Rien de plus variable que les autres troubles fonctionnels. Le pouls, faiblement accéléré dans la plupart des cas (80 à 100), tombe souvent à 60, 50 et même 40. Vers la fin, la température est plutôt abaissée qu'élevée, en sorte que l'état fébrile n'est point un des éléments constants de la méningite. L'algidité qui se montre dans les formes graves et dans les derniers jours confirme cette manière de voir. Les vomissements, l'état naturel de la paroi abdominale, l'apepsie, l'anorexie, la constipation, l'épistaxis, les éruptions cutanées, telles que l'herpes, les pétéchies, l'érythème, l'ecthyma, ont été notés dans les épidémies.

Symptômes sympathiques.

Marche. — Dans la forme *foudroyante*, le malade succombe en un ou deux jours, au milieu du délire, des convulsions ou du coma. Ordinairement la mort arrive dans les cinq ou huit premiers jours, et, si la guérison met fin à la maladie, ce n'est qu'après une durée de trente ou quarante jours et des péripéties de toute sorte.

Marche; rapide;

Lorsqu'elle suit sa marche accoutumée, les symptômes offrent des exacerbations et des rémissions quotidiennes, rarement tierces ou doubles tierces. Vers la fin du jour ou pendant la nuit, la céphalalgie, le délire, les cris, les convulsions, l'agitation, redoublent pour cesser le matin, à tel point qu'on peut croire à une prochaine guérison. Malheureusement les phénomènes ne tardent pas à reparaître et s'aggravent de jour en jour. L'intermission est parfois si complète qu'on a rapproché cette maladie des affections intermittentes paludiques, et qu'on l'a combattue, quoique inutilement, par le sulfate de quinine.

exacerbante.

Forme typhoïde;

intermittente.

A côté de cette forme aiguë s'en présente une marquée surtout par

l'adynamie, par des symptômes typhoïdes, au milieu desquels se dessinent faiblement le délire, les convulsions et un collapsus trop rapide pour que la fièvre de ce nom puisse en être la cause.

Chronique. Quelques auteurs ont appelé *méningite chronique* celle qui dure douze à vingt jours, pendant lesquels on remarque l'affaiblissement des facultés intellectuelles et des sens, du mouvement, le refroidissement général, l'émaciation rapide, le ralentissement du pouls, la diarrhée, la somnolence et le coma.

Nature. Maladie générale. *Nature.* — La lésion locale accuse une maladie phlegmasique des méninges, mais elle n'est certainement pas le seul élément de la maladie. Si elle ressemble à la méningite simple par ses symptômes locaux, elle en diffère par la cause épidémique, par les hémorrhagies, les ulcérations de l'intestin et les éruptions cutanées. Comme la plupart des maladies épidémiques, elle enlève une proportion énorme de sujets, 42, 75 et même 82 sur 100.

Causes. Épidémie. *Causes.* — Cette maladie ne s'est montrée heureusement qu'à des époques très-éloignées, d'une façon imprévue, à la manière des épidémies éventuelles, comme le choléra ou la suette, et sous des influences atmosphériques entièrement ignorées. Comme toutes les épidémies, sa marche a été irrégulière, capricieuse; respectant les localités voisines pour aller en surprendre d'autres, à de grandes distances; indépendante de la température, des vents, des saisons, de la pression de l'air, etc., etc., enfin déjouant, comme de coutume, toutes les prévisions humaines.

Cause occasionnelle. La cause occasionnelle n'a pu être découverte que dans un petit nombre de cas. Lorsque le mal sévissait dans une ville où se trouvait une garnison, il s'attaquait aux militaires, aux soldats et aux recrues plus qu'aux officiers; dans la population civile, aux pauvres plus qu'aux riches. L'encombrement, une alimentation insuffisante, les excès, etc., etc., favorisaient son développement.

Traitement. Saignées. *Traitement.* — La nature phlegmasique de la maladie indique les saignées, et cependant, malgré leur emploi souvent répété dans un grand nombre d'épidémies, la mortalité n'a pas diminué sensiblement. Elle n'a quelque application utile que chez les sujets jeunes, robustes, pléthoriques, dans la forme sthénique et inflammatoire. On doit la proscrire dans la période ataxo-adynamique. Malheureusement, les autres médications ne produisent pas de meilleur résultat.

Médicaments divers. On a essayé tour à tour : 1° le tartre stibié à la dose de 30 à 40 centigr.; — 2° le calomelas; — 3° les purgatifs et les drastiques;

— 4° l'opium à la dose de 30 à 40 centigr. par jour, surtout dans les formes convulsives et ataxiques ; — 5° le sulfate de quinine, avec lequel on a espéré un instant vaincre la périodicité ou plutôt l'exacerbation des symptômes ; — 6° les préparations de quinquina dont l'utilité ne saurait être contestée, pour relever les forces ; — 7° enfin les révulsifs de toute espèce et de tout degré d'énergie, promenés sur le rachis, les membres. Ils ne font qu'ajouter un mal douloureux à un autre.

Bibliographie.

Bibliographie. — Quoique l'origine de la maladie paraisse remonter à plusieurs siècles, il est incontestable qu'elle n'a été signalée, d'une manière distincte, qu'au commencement de celui-ci, dans les trente dernières années, où ses apparitions sont devenues plus fréquentes. On en trouvera une description complète dans les ouvrages suivants : Faure-Villars, *Histoire de l'épidémie de méningite cérébro-spinale, observée à Versailles en* 1839, Recueil de méd., chir. et pharm. militaires, t. XLVIII ; — Forget, *Relation de l'épidémie de méningite céphalo-rachidienne observée à la clinique de la Faculté de Strasbourg ; Gazette médicale*, ann. 1842 ; — Tourdes, *Histoire de l'épidémie de méningite qui a régné à Strasbourg en* 1840-41, 1842. — Pour les études bibliographiques, Boudin, *Recherches sur les causes et la nature du typhus cérébro-spinal, Arch. gén. de médecine*, 1849 ; — Ozanam, *Histoire médicale des maladies épidémiques*, t. II. Paris, 1835.

MÉNINGO-ENCÉPHALITE.

Il existe deux formes très-distinctes d'inflammation simultanée de la substance grise périphérique du cerveau et de ses membranes, l'une aiguë et l'autre chronique. Leur étude mérite d'autant plus l'attention du médecin qu'elles n'ont pas été toujours mentionnées avec tout le soin désirable dans les traités de pathologie interne.

MÉNINGO-ENCÉPHALITE AIGUE.

Synonymie.

Synonymie. — Très-souvent décrite sous les noms de délire aigu, de fièvre cérébrale, de fièvre ataxo-adynamique, de périencéphalite diffuse, à forme aiguë ou insidieuse, de méningite.

Idée générale.

Idée générale. — « A la durée près, les périencéphalites se comportent en tout comme celles auxquelles on rattache d'habitude le groupe des phénomènes destinés à représenter la folie compliquée d'un affaiblissement de la puissance musculaire. » Ajoutons à ces paroles de M. Calmeil que la méningo-céphalite dans sa forme aiguë donne lieu à des lésions et à des symptômes qui diffèrent surtout par leur intensité et leur durée, de ceux qui appartiennent à la forme chronique; ils se rapprochent beaucoup de ceux de la méningite et les touchent de très-près.

Lésions.

1° Colorations rouges.

2° Hypérémie de la pie-mère.

3° Adhérences et ramollissement.

Altérations. — On trouve particulièrement comme lésion propre à la méningo-céphalite aiguë : — 1° une teinte rosée, vermeille, d'intensité variable, générale, de la substance grise des circonvolutions et surtout de sa lamelle externe qui est hypérémiée très-sensiblement; — 2° une congestion vasculaire de la pie-mère notablement épaissie, infiltrée de sérosité ; — 3° l'adhérence de cette membrane dans plusieurs points, à la substance grise des circonvolutions dont elle entraîne avec elle les parties les plus superficielles, ramollies et injectées, lorsqu'on cherche à l'en détacher ; cette lésion est caractéristique, quoique souvent limitée à quelques portions de l'encéphale ; — 4° les ventricules et la grande cavité cérébrale renferment de la sérosité limpide ou sanguinolente ; — 5° l'hypérémie de la substance nerveuse est aussi très-marquée dans un grand nombre de cas ; l'exsudat plastique plus rare.

Symptômes.

Délire.

Convulsions.

État typhique.

Symptômes. — Ils ressemblent beaucoup à ceux de la méningite ; délire aigu, tantôt violent, tantôt taciturne, avec marmottement, accompagné de mouvements désordonnés bien plus que de convulsions, qu'on observe cependant dans les muscles des yeux (strabisme), du cou, de la face (torticolis, contorsions), plus rarement dans ceux des mains et des avant-bras (roideur et contracture musculaire). Si les forces sont conservées, si la maladie est primitive, le délire est plus violent et les symptômes mieux accusés ; dans le cas où elle est secondaire et le sujet affaibli, il tombe dans un subdélire dont la voix du médecin peut encore le tirer, et dans un état typhique et de somnolence parfois interrompus par le délire et les convulsions. La mort rapide s'effectue en cinq ou six jours. La maladie ressemble si bien à la méningite que plusieurs auteurs l'y ont rattachée et qu'il est presque impossible d'en reconnaître la véritable nature pendant la vie. Le délire y est peut-être moins violent que dans la méningite simple.

Cause.

Elle est consécutive ou protopathique.

Causes. — Elle peut se développer dans le cours d'une autre maladie, telle que la fièvre typhoïde, le rhumatisme, la pneumonie ; chez

les enfants dans le cours de la variole, de la scarlatine. Dans ce cas elle est deutéropathique. Quelquefois elle débute à la manière d'une maladie aiguë, sans cause appréciable, ou bien sous l'influence de l'excitation du cerveau par le chagrin, les passions diverses, l'usage des alcools.

Traitement. (Voir celui de la méningite.)

MÉNINGO-ENCÉPHALITE CHRONIQUE.

Synonymie.

Synonymie. — Paralysie générale, paralysie générale progressive avec ou sans aliénation mentale, arachnitis chronique, périencéphalite chronique, démence paralytique.

Définition.

Définition. — Maladie de l'encéphale et des méninges caractérisée par la diminution lente, progressive et rémittente du mouvement et de l'intelligence liée à une congestion inflammatoire et chronique de ces parties.

Idée générale.

Quelle que soit l'opinion qu'on professe sur la nature de la maladie, on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'elle forme, dans un grand nombre de cas, une entité morbide identique à elle-même, distincte de toutes les autres, quoique marquée par des symptômes variables comme toutes les maladies du cerveau. Mais, dans d'autres cas, elle n'est qu'une maladie produite par des lésions très-diverses des méninges et du cerveau. Elle ne serait donc tantôt qu'une forme de la démence paralytique simple, protopathique, dans laquelle les lésions peuvent manquer ou être réduites à peu de chose (Broussais); tantôt une démence paralytique qui suivrait et terminerait un très-grand nombre de maladies des méninges ou du cerveau (méningite chronique, péri-encéphalite, cérébrite, ramollissement, hémorrhagie, hydrocéphale chronique), et presque toutes les formes de l'aliénation. Il ne sera question, dans l'étude que nous allons faire, que de la paralysie protopathique; l'autre appartient aux maladies dont elle constitue la période ultime ou la complication (folie, démence, épilepsie).

Protopathique.

Deutéropathique.

Symptômes.

Symptômes. — Malgré la variété des symptômes, on en observe de communs à toutes les formes de la paralysie. Il faut d'abord les signaler.

Communs à toutes les formes.

Troubles intellectuels.

Au début on observe une susceptibilité sans motif, des impatiences, des colères inexplicables; une activité apparente de l'esprit qui se porte sur des objets insignifiants, des puérilités, des enfantillages indignes d'un homme intelligent; bientôt un changement notable dans

Imbécillité.

Délire des grandeurs.

les habitudes. Des hommes économes font des achats inutiles ou disproportionnés à leur fortune ; d'autres forment des projets fantastiques, imaginent des découvertes qui doivent les enrichir, vantent leur mémoire, leur intelligence, leur force physique, parlent de leurs ancêtres, se croient nobles, et aspirent aux grandeurs dont ils se trouvent dignes ou déjà revêtus (délire des grandeurs, monomanie ambitieuse). Chez

Perte de la mémoire.

d'autres, la mémoire est partiellement ou généralement troublée ; ils oublient les choses du passé ou ce qu'ils viennent de faire, de dire.

Lésion de la parole.

— La parole s'embarrasse ; le malade offre une hésitation souvent difficile à constater ; une sorte de bégayement ; il s'irrite sans pouvoir parler ; parfois il devient loquace ; il articule mal les mots ; la langue tirée obliquement ou droite hors de la bouche, tremble, présente des

Convulsions faciales.

convulsions rapides. — On observe aussi des mâchonnements, des grimaces, des contorsions dans le visage. De temps à autre les réservoirs se relâchent involontairement ; le malade urine ou rend des matières fécales, sans s'en apercevoir. C'est aussi au début qu'il présente parfois des mouvements continuels et une sorte d'incertitude dans les yeux, une agitation extrême, le besoin incessant de marcher. Souvent les membres conservent alors toute leur énergie musculaire. Le malade

Excès vénériens.

marche longtemps sans se fatiguer. Il se livre à des excès vénériens insolites pour lui. L'éjaculation est souvent rapide, précipitée.

Paralysies des membres inférieurs ;

Bientôt les muscles se paralysent ; les membres inférieurs ne semblent affectés les premiers que parce qu'ils portent le poids du corps et sont appelés à exercer continuellement leur fonction. Les malades se soutiennent difficilement et en tremblant sur leurs jambes. Ils ne peuvent plus se diriger d'une manière certaine et régulière ; les pieds touchent le sol, la pointe s'y accroche au moindre obstacle. Il en résulte une démarche incertaine, vacillante, qui rappelle un peu le désordre musculaire de l'ataxie locomotrice. Les sujets finissent par ne plus pouvoir se tenir debout ; ils gardent entièrement le lit et se paralysent chaque jour davantage.

des membres supérieurs.

Dans les membres supérieurs, la paralysie affecte aussi une marche très-lente ; les mains tremblent comme celles des ivrognes ; les doigts perdent leur agilité, leur précision. L'écriture est mal formée, illisible, impossible même ; et si le malade exerce une profession qui exige quelque précision, comme celle de graveur, d'horloger, de dessinateur, d'écrivain, de peintre, il s'aperçoit très-vite du trouble de la motilité. Nous avons vu plusieurs exemples de ce genre. Les convulsions, les crampes surtout, apparaissent de très-bonne heure. Cepen-

dant les membres, loin de maigrir, se chargent souvent de graisse ainsi que le corps en totalité. Quelques malades maigrissent.

Troubles de la sensibilité.

Les troubles de la sensibilité sont variables ; celle de la peau diminue ou s'éteint, dans certaines régions ; les sens spéciaux deviennent plus obtus ; on observe chez quelques-uns des hallucinations dont le cerveau malade est le véritable point de départ.

De quelques formes plus spéciales de paralysie.

On pourrait donner le nom de forme complète, régulière, à symptômes parallèles, à l'ensemble des symptômes que nous venons de retracer. Elle est la plus fréquente de toutes (51, 86, Parchappe) ; viennent ensuite les formes (*a*) cérébrale ; (*b*) et paralytique.

1. Forme cérébrale.

I. La *forme cérébrale* comprend les cas dans lesquels les symptômes prédominants et primitifs sont un trouble cérébral, et les signes de l'hypérémie.

1° Congestive. Hypérémie cérébrale revenant par accès.

(*a*) Dans la forme cérébrale congestive, l'intelligence reste très-longtemps normale ; seulement, dès le début et pendant tout le cours du mal, on voit paraître de fréquentes hypérémies céphaliques marquées par une céphalalgie diffuse, opiniâtre, une pesanteur extrême de tête qui empêche toute pensée, tout travail régulier de l'esprit, des vertiges, des étourdissements qui rendent la station verticale difficile, des rougeurs faciales et oculaires, le sommeil après le repas, un assoupissement habituel. Ces troubles, dus évidemment à une congestion, vont et viennent par accès qui se rapprochent de plus en plus et sont alors accompagnés de tristesse, de mélancolie profonde. Les nuits sont mauvaises, le sommeil est interrompu par des rêves, par du cauchemar, des hallucinations, et, après un temps variable, quelquefois plusieurs années, on voit seulement paraître le délire ambitieux, la paralysie de la langue, des membres inférieurs et supérieurs, etc.

Ses symptômes.

Délire et paralysie.

2° Forme délirante.

(*b*) Dans la seconde forme cérébrale, les troubles de l'intelligence sont si intenses, si prédominants jusqu'à la fin, qu'on a pendant longtemps quelque peine à les distinguer de la folie. En effet, les idées de suicide, la tristesse extrême, la crainte de maladies imaginaires, le délire des grandeurs et toutes les aberrations qui s'y rattachent, enfin la dépression lente, graduelle, complète ou incomplète des facultés de l'entendement, constituent, dès le principe, une physionomie toute spéciale à cette maladie. Elle ressemble alors tantôt à la lypémanie, à la nosomanie ; tantôt à la monomanie ambitieuse, à la démence graduelle ; quelquefois même le mal débute par un ou plusieurs accès de manie aiguë.

Elle imite plusieurs formes de la folie.

Lypémanie. Monomanie. Démence.

Les troubles intellectuels, ainsi constitués, forment pendant un

temps qu'on ne peut fixer, mais qui est souvent très-long, les seuls symptômes appréciables. Si le malade meurt pendant cette période et avant que la paralysie se soit manifestée, on peut conserver de grands doutes sur l'existence de la paralysie générale, d'autant mieux qu'Esquirol et bien d'autres depuis ont remarqué qu'elle peut succéder à la folie. Il faut donc absolument, pour en admettre le développement, qu'il s'établisse à la fin une paralysie générale, quelque faible qu'elle soit.

II. Forme paralytique.

II. *Forme paralytique.* — A l'inverse de la forme précédente, celle-ci a pour caractère la paralysie; les troubles de l'intelligence manquent entièrement ou sont faibles. Ceux qui en sont affectés entrent dans les hôpitaux ordinaires, les autres sont immédiatement dirigés vers les maisons d'aliénés. Cependant la maladie est la même; elle offre seulement, pour symptôme principal, l'affaiblissement des membres, de tous les muscles de la vie de relation et même de la nutrition. Arrivés à ce point, il est rare que les gâteux paralytiques ne tombent pas dans la démence la plus complète et la mieux caractérisée.

Marche.

Marche; durée; terminaison. — Éminemment chronique, cette maladie arrive à un dénouement constamment fatal, après quinze à vingt mois, et quelquefois cinq à six années. Nous rappellerons que ses symptômes, très-variables dans leur évolution, peuvent être rapportés aux trois types que nous avons décrits; que la forme cérébrale et paralytique est la plus commune, mais que souvent aussi le trouble intellectuel ou le trouble musculaire prédomine isolément. Nous ne trouvons dans cette instabilité des symptômes que la confirmation de ce fait, à savoir qu'en vertu de la structure et des fonctions du système nerveux, il est difficile que les troubles fonctionnels soient stables dans les maladies qui peuvent l'affecter.

Variations nombreuses dans les symptômes.

Rémission.

La rémission complète ou incomplète des symptômes est si constante au début et dans la première période, qu'il faut en être prévenu si l'on ne veut pas considérer comme guéris des malades qui reprennent leurs affaires pendant plusieurs mois, pour retomber ensuite; ou ne voir que des coups de sang, ou un accès léger de manie, de folie commençante, là où existe une paralysie générale. Chez d'autres, cette erreur n'est pas possible, parce que le mal poursuit sa marche lente et graduelle, sans la moindre interruption.

Continuité et chronicité.

Maladies consécutives, éloignées, du cerveau ou de ses enveloppes.

Tous ne parviennent pas à la terminaison ordinaire et ultime de la maladie, à la paralysie complète et générale qui les fait périr comme des déments et des gâteux. Ils sont exposés à des maladies consécu-

tives, à des complications accidentelles. Sans parler de la pneumonie, de la diarrhée et des maladies d'un organe éloigné, il peut se manifester tout d'un coup une hémorrhagie cérébrale ou méningée, un ramollissement qui les enlève après avoir mêlé ses symptômes à ceux de la maladie protopathique, et avant son entier développement. C'est ainsi que quelques-uns périssent avec une hémiplégie, de la contracture, des convulsions épileptiformes; d'autres, avec un accès de manie aiguë ou de délire méningitique. Cette maladie est réputée incurable.

Lésions.

Altérations anatomiques. — On trouve les altérations matérielles dans la méninge et dans la substance grise extérieure du cerveau. Elles occupent surtout la partie externe, interne, supérieure et antérieure des hémisphères. Elles consistent : 1° en une forte hypérémie de la pie-mère et de l'arachnoïde; — en une injection rouge-brun et la distension des vaisseaux; — 2° en une suffusion séreuse, opaline, plus rarement purulente ou floconneuse du liquide céphalo-rachidien; d'où un épaississement et une densité plus grande de la pie-mère, qui en est infiltrée; — 3° quelquefois en une extravasation du sang et des ecchymoses sous-arachnoïdiennes; — 4° surtout en des fausses membranes amorphes, gélatineuses, ou disposées en plaques, en fibrilles qui partent de l'arachnoïde et vont s'attacher au feuillet pariétal. En même temps, la pie-mère est épaissie, infiltrée, indurée; des adhérences réciproques unissent les diverses parties de la séreuse qui couvre les circonvolutions.

1° De la pie-mère et de l'arachnoïde.

Hypérémie.

Œdème.

Exsudat plastique.

2° Du cerveau.

La lésion la plus commune et la plus intéressante est celle de la substance grise. Fortement injectée, rosée, ou d'un rouge lie de vin, quelquefois décolorée et comme lavée, elle perd sa consistance normale, dans ses trois lamelles ou dans une seule, et contracte des adhérences avec la face interne de la pie-mère. On l'enlève, par fragments ou par plaques, sur plusieurs points du cerveau.

Adhérence et ramollissement.

Quelques autres lésions moins constantes ont été notées : — 1° épanchement séreux, flocons fibrineux dans la grande cavité cérébrale et dans les ventricules latéraux; — 2° encéphalites partielles; — 3° atrophie du cerveau, dont les circonvolutions deviennent plus grêles, les anfractuosités moins profondes (Parchappe); — perte de poids de l'organe en totalité, atrophie de la substance grise (Parchappe); — 4° congestion, rougeur de la substance spongieuse des os du crâne, qui laissent écouler beaucoup de sang. Les autres lésions, telles que l'hémorrhagie, le ramollissement, etc., sont étrangères à la maladie.

Quelques autres lésions moins constantes.

Les altérations précédentes ne se montrent pas dans tous les cas.

Nature de la maladie.

Hypérémie chronique et altération de nutrition.

Cependant elles sont trop constantes pour qu'on ne leur attribue pas la maladie. Elle semble consister bien plus dans des congestions sanguines répétées des méninges et de la superficie du cerveau, que dans une inflammation bien caractérisée. Ces congestions finissent par causer une altération de nutrition dans le tissu nerveux. Il faut néanmoins remarquer que l'examen anatomique confirmé par les études microscopiques révèle dans la pie-mère, l'arachnoïde et les sérosités épanchées quelques-uns des produits de l'inflammation (adhérence, exsudats, cellules granulées, globules de pus, Calmeil).

Étiologie.

Hérédité.

Causes. — La paralysie est évidemment transmise par hérédité, dans un certain nombre de cas. Elle peut aussi tenir à quelques maladies cérébrales dont les ascendants ont été atteints. Des épileptiques, des ivrognes, des hystériques, etc., peuvent engendrer des enfants qui plus tard se paralyseront. Dans ce cas, le développement de la paralysie n'est point alors héréditaire dans la véritable acception de ce mot (voyez *Pathologie générale, Hérédité*, t. III, p. 840). Elle est à peu près six fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et se montre plus spécialement de trente à quarante-cinq ans.

Sexe. Hommes surtout.

On ne sait pas pour quelle cause elle devient plus commune chaque jour. Les influences suivantes, citées d'une manière un peu banale, à l'occasion de chaque maladie, ne jouent qu'un rôle très-secondaire; tels sont, l'exercice de fonctions intellectuelles, les chagrins, les revers de fortune, les excès vénériens surtout, et l'alcoolisme (?). Que de malades chez lesquels aucune de ces causes n'est intervenue!

Traitement.

Incurabilité.

Traitement. — Elle est restée jusqu'à présent au-dessus des ressources de l'art. Dans aucun cas, le médecin ne doit laisser paraître d'hésitation devant le malade, et sa thérapeutique doit surtout consister à combattre chaque acte morbide à mesure qu'il se présente.

S'opposer aux congestions méningo-céphaliques.

A ce titre il doit s'opposer au retour des congestions céphaliques par des émissions de sang, à l'anus, autour du crâne, s'il y a des maux de tête pénibles; saigner même le sujet s'il est pléthorique. Les purgatifs agissent dans le même sens, et ont leur utilité.

Il faut épargner aux patients la douleur des cautères, des moxas, des sétons à la nuque et sur le rachis : ils sont inutiles. On se renfermera dans l'administration des médicaments qui servent à remplir une indication passagère et variable suivant les sujets.

Bains.

Les bains tièdes, avec applications d'eau froide sur la tête, soulagent quelques malades, leur donnent une satisfaction morale qu'il ne faut pas négliger. L'hydrothérapie, en empêchant le retour des congestions encéphaliques, et en appelant le sang vers les capillaires

périphériques, peut rendre de grands services. Toutefois l'amélioration n'est ordinairement que passagère, et la médication ne réussit plus ensuite.

Enfin il faut savoir que le malade est devenu un paralytique et un dément auquel on doit prodiguer tous les soins de propreté qu'exige sa triste situation et rien de plus.

Bibliographie.

Bibliographie. — Bayle décrit très-exactement tous les symptômes du mal, qu'il attribue à une arachnitis chronique : *Recherches sur les maladies mentales,* thès. n° 247, Paris, 1822; *Traité des maladies du cerveau;* — Calmeil ne croit pas que la lésion si profonde du cerveau et de la méninge puisse produire la démence sans la paralysie : *Nouveau dictionnaire de médecine* et *Traité des maladies inflammatoires du cerveau,* t. I, p. 244 et suiv., 1859; — Broussais montre la paralysie à toutes les périodes de la démence : *De l'irritation et de la folie,* 1828; — Parchappe fait remarquer que la paralysie se développe parallèlement avec le délire, dans la plupart des cas : *Recherches sur l'encéphale,* 2e mém., p. 152, Paris, 1838; — Baillarger professe une opinion semblable et prouve que les deux ordres de symptômes appartiennent à une seule et même entité morbide : *Annales médico-psychologiques,* t. V et VI, 1860; — Lunier en fait aussi une affection à part distincte de l'aliénation mentale, comme l'épilepsie et l'hystérie : *Recherches sur la paralysie progressive; Annales-médic.-psychol.*, p. 1 et 157, 1849.

HÉMORRHAGIE MÉNINGÉE.

Définition.

Définition. — Ce mot doit être exclusivement employé pour désigner l'hémorrhagie de la pie-mère et de l'arachnoïde, quel que soit le siége qu'occupe ensuite le sang épanché ou infiltré.

Siége.

Siége. — Cette hémorrhagie ne diffère en rien de celles qui s'effectuent par la plèvre, le péritoine ou toute autre séreuse. Le sang est fourni par les vaisseaux de la pie-mère, membrane exclusivement vasculaire, et par ceux qui, partant du cerveau, se rendent dans les sinus. Il peut donc s'épancher sur tout leur trajet.

Divisions : Hémorrhagie intra- ou extra-arachnoïdienne.

Le sang occupe 1° la pie-mère (hémor. interstitielle, ecchymose); — 2° l'espace sous-arachnoïdien où se trouve le liquide céphalo-rachidien; — 3° la grande cavité cérébrale, en sortant des vaisseaux qui la traversent ou en rompant le tissu de l'arachnoïde (apoplexie méningée). Par conséquent l'hémorrhagie peut être divisée, par rapport à l'arachnoïde,

en extra ou en intra-arachnoïdienne, suivant que le caillot est appliqué sur la face externe ou interne de la séreuse ; mais cette division n'a qu'une importance anatomique très-secondaire. Si l'on voulait en établir une plus sérieuse, il serait préférable de la fonder sur la nature des vaisseaux qui fournissent le sang. On aurait ainsi des hémorrhagies de la pie-mère, des sinus, des veines et des artères cérébrales. Du reste l'épanchement, quel que soit son point de départ, a son siége dans la grande cavité du cerveau et sur la face externe de l'arachnoïde ; c'est là le point le plus essentiel.

Lésions. Caillot.

Altérations anatomiques. — On trouve, après avoir ouvert la dure-mère qui tapisse la voute cranienne, un sang noirâtre, poisseux, liquide ou en partie coagulé. Il cache les circonvolutions cérébrales, les anfractuosités, et forme une couche plus ou moins épaisse à la face supérieure, latérale du cerveau ou du cervelet. Presque toujours il existe, en outre, une sérosité limpide ou sanguinolente qui baigne le caillot et s'échappe au moment où l'on divise la dure-mère.

Son mode de formation.

Si l'on veut se faire une juste idée de l'hémorrhagie, du caillot et des changements ultérieurs qui vont survenir, si l'on veut éviter surtout toutes les discussions stériles et contradictoires qu'on a élevées sur ce sujet, il est nécessaire de se représenter le caillot hémorrhagique comme étant tout à fait semblable à celui qui se forme dans d'autres cavités.

Lamelle fibrineuse du caillot sanguin ;

D'abord la fibrine, entraînant la matière colorante, se coagule, se dépose sur l'arachnoïde ; la sérosité s'en sépare et baigne le caillot. Il se forme rapidement, après vingt-quatre heures, par exemple, sur la face supérieure de celui-ci une pellicule transparente, opaline, mince et fragile, qui n'est autre chose que la partie fibrineuse et solidifiée du sang semblable à celle d'un sang coagulé dans une palette ou dans un organe. Le caillot mou, libre de toute adhérence, n'est que juxtaposé sur la tunique séreuse viscérale. On a pris souvent pour une fausse membrane cette couche superficielle et fibrineuse du sang ; elle environne les faces supérieures et inférieures du caillot, se brise à la moindre traction et reste étrangère à la formation de la pseudo-membrane.

prise à tort pour une fausse membrane.

Exsudat plastique de l'arachnoïde. Véritables fausses membranes.

Tous les changements qui vont avoir lieu se passent autour du caillot aux dépens de l'arachnoïde. En effet, celle-ci, après un temps variable (cinq à huit jours et plus), s'enflamme à la manière de toutes les membranes séreuses, au contact d'un corps étranger. C'est d'abord sur le feuillet pariétal que se fait le travail phlegmasique. Il est bientôt suivi de la sécrétion d'une matière fibrineuse, molle, or-

ganisée en fausses membranes d'épaisseur variable, plus ou moins continues, ou formées de flocons de granulations, de fibrilles allongées : celles-ci se mêlent à la sérosité épanchée ou vont s'attacher sur la face externe du caillot. La fausse membrane peut former autour du caillot un kyste complet, qui adhère à la séreuse pariétale et cérébrale ; ce kyste est rare. Il est représenté le plus ordinairement par des fausses membranes incomplètes, par du plasma floconneux ou des granulations déposées sur la séreuse pariétale. Comme toutes les fausses membranes, celle du kyste s'organise et contient des vaisseaux sanguins qui se développent à la manière ordinaire, c'est-à-dire par la propulsion saccadée et périphérique des vaisseaux normaux et non isolément et indépendamment de la circulation générale, ainsi qu'on l'a supposé à tort, dans ces derniers temps. Souvent on ne trouve avec les concrétions fibrineuses que de la sérosité opaline ou sanglante.

Flocons et tractus fibrineux.

Kyste hémorrhagique complet ; rare.

Le caillot subit à la longue des altérations notables. Il prend plus de consistance, se rapetisse, parce que sa sérosité et quelques-unes de ses parties fibrineuses fluidifiées sont reprises par l'absorption. Souvent aussi il se sépare en fragments, se cloisonne ; il s'y forme des loges, des kystes multiples, dans lesquels se trouve déposé du sang plus ou moins altéré. Il est rare que le caillot disparaisse entièrement par suite de l'accolement des parois d'un kyste plus ou moins complet ; ce changement ne peut avoir lieu que chez les jeunes enfants, lorsque les fontanelles existent encore et que les os du crâne peuvent suivre le mouvement de retrait du caillot ; chez d'autres, au contraire, il se fait une hydrocéphale par suite de l'exhalation de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde ; le crâne alors augmente de volume. Dans tous les cas, chez l'adulte, les circonvolutions s'aplatissent, la dure-mère s'amincit. En résumé, l'on voit que les altérations du caillot, de l'arachnoïde et de la pie-mère sont variables et qu'on ne saurait en établir une description toujours identique à elle-même.

Il subit divers changements.

Kystes multiples.

Retrait ou dilatation des parois du crâne.

L'hémorrhagie qui se fait dans la cavité sous-arachnoïdienne se reconnaît surtout à la présence d'une quantité assez minime de sang, presque toujours fluide, fortement baignée de sérosité, cheminant comme elle à la pression du doigt, sous l'arachnoïde viscérale. Plus rarement il existe un caillot, ou de simples ecchymoses dans le tissu propre de la pie-mère. Enfin, quelquefois le sang est infiltré dans cette dernière membrane sous forme d'ecchymoses étendues.

Hémorrhagie dans la pie-mère ; ecchymoses.

Les mêmes altérations peuvent se produire à la suite d'une hémorrhagie qui s'effectue dans les ventricules du cerveau. Cependant elle

Dans les ventricules.

détermine presque toujours la mort avant qu'il se fasse une exsudation plastique.

Lésions concomitantes.

Outre les lésions propres à l'hémorrhagie méningée, on observe souvent celles qui appartiennent à l'apoplexie cérébrale, au ramollissement, à l'encéphalite, ou à la maladie qui a provoqué l'hémorrhagie.

Causes,

1° Cérébrales; artérielles et veineuses;

Causes. — Les causes qui produisent la maladie sont, à l'exception des causes locales, les mêmes que celles des autres hémorrhagies du cerveau. Il faut d'abord les chercher dans les maladies du système sanguin cérébral. Les plus fréquentes sont, chez les vieillards, les altérations des artères du polygone artériel, de la méningée, de la basilaire; l'anévrisme de la communicante antérieure ou de toute autre artère, suivi de la rupture du vaisseau. La maladie de la dure-mère, la dilatation des veines cérébrales, les phlébolithes, ont été observées.

2° cardiaques.

Il en est de même des maladies du cœur qui sont très-fréquentes et agissent dans la production de cette hémorrhagie exactement de la même manière que dans celle du cerveau (voyez *Hémorrhagie cérébrale*).

Congestions encéphaliques.

Nous ne ferons que signaler les congestions encéphaliques et toutes les causes qui les produisent, telles que la pléthore, la défibrination du sang (V. *Hypérémie cérébrale*).

3° Maladies du sang.

Les hémorrhagies qui surviennent chez les scorbutiques, les cachectiques, les albuminuriques, dans le cours des pyrexies, sont dues à une altération du sang. On a parlé d'une hémorrhagie qui tiendrait à une irritation de l'arachnoïde, par cause rhumatismale, par empoisonnement ou par alcoolisme; ce fait n'est pas douteux, mais alors il faut s'en prendre, non pas à l'inflammation, qui ne peut jamais créer à elle seule l'hémorrhagie, mais à une cause générale concomitante ou à une lésion vasculaire locale. Dans ces cas, l'hémorrhagie a lieu sans rupture des vaisseaux et par simple exhalation ou diapédèse.

L'hémorrhagie, jamais produite par la phlegmasie.

Les vieillards, les enfants, les hommes, y sont particulièrement exposés. Elle est plus rare que l'hémorrhagie du cerveau.

Symptômes.

Symptômes. — On ne peut pas distinguer de périodes, encore moins des formes : elles sont aussi nombreuses que les symptômes eux-mêmes. On observe au début, tantôt les signes d'une congestion encéphalique ou d'une méningite, tantôt les symptômes, la marche et la terminaison d'une apoplexie.

Du début ou subits.

Convulsions.

Après un ou deux jours de céphalalgie, de pesanteur de tête, quelques vomissements, de la fièvre, les malades s'assoupissent ou

perdent connaissance, et sont pris de mouvements convulsifs dans les yeux, les membres, les mains, les pieds surtout. Ces convulsions, qui occupent toujours les deux côtés du corps, donnent lieu à la contracture des doigts, à des tremblements, quelquefois à du torticolis, de la roideur des muscles du cou, du tronc ou de la mâchoire inférieure. La sensibilité cutanée subit dans les mêmes points une diminution manifeste.

Paralysie très-rare.

La paralysie d'un côté du corps est très-rare, mêlée, dans tous les cas, à des mouvements convulsifs ou à la contracture. Vers la fin, ou dès le début, si l'épanchement est considérable, les malades tombent dans un état somnolent ou comateux et de résolution générale, qu'on ne doit pas regarder comme de la paralysie. L'intelligence est abolie à divers degrés : si les sujets résistent à l'attaque, ils sortent de l'assoupissement pour offrir tous les signes de la démence, comme on le voit chez les enfants. Leur intelligence se développe mal ou reste abolie. Les vieillards en offrent aussi des exemples.

Intelligence abolie.

Phénomène sympathique.

On observe d'assez grandes variations dans l'état des pupilles : strabisme, fièvre intense, irrégularités des mouvements respiratoires, état ataxo-adynamique vers la fin.

Marche.

Très-irrégulière. Rémittente.

Marche et durée. — Excepté dans les cas où l'invasion est subite et la mort prompte, la maladie est remarquable par les variations extrêmes que présentent surtout l'intelligence et le mouvement. L'irritation transmise à la pulpe cérébrale par le caillot, ou la compression qu'il exerce sur elle, prédomine. Il en résulte de très-bonne heure des convulsions générales, du délire, de l'assoupissement, du coma, de la résolution, interrompus par de nouvelles convulsions. Puis, pendant plusieurs heures, tous ces symptômes disparaissent, le malade se réveille, il reprend connaissance ; ou bien les convulsions persistent, ainsi que le strabisme ; la face est altérée, injectée, sillonnée par des mouvements rapides chez les enfants. Après plusieurs accès du même genre, les symptômes deviennent continus, et le malade finit dans le coma, en moins de huit jours.

Guérison. Démence.

S'il résiste à la méningite secondaire, à l'épanchement séreux, aux phénomènes de compression ; si le caillot est séquestré, les convulsions diminuent, l'assoupissement cesse, mais l'intelligence reste profondément lésée. La démence, la paralysie générale ou une hémiplégie sont la suite de cette triste guérison spontanée.

Diagnostic.

Hémorrhagie cérébrale.

La maladie ressemble si bien à l'hémorrhagie cérébrale, et surtout à la méningite, qu'on ne saurait les distinguer pendant la vie. La méningite simple ou tuberculeuse a une durée plus longue, des

symptômes successifs et une invasion lente; elle vient à un âge plus avancé (de 3 à 8?). La maladie pardonne bien rarement à ceux qui en sont attaqués.

Traitement. Le traitement est identique à celui de l'hémorrhagie cérébrale (voyez ce mot).

Bibliographie. *Bibliographie.* — Aperçue d'abord par M. Serres : *Annuaire des hôpitaux*, tom. I^er^, 1819, la maladie a ensuite été bien décrite dans les mémoires suivants : Boudet, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1839 ; — Baillarger, *Thèse*, 1837, et *Recherches sur les maladies du système nerveux*, 1847;—Rilliet et Barthez, *Maladies de l'enfance*, tom. II ; —Legendre, *Revue médico-chirurgicale*, 1842 et 1843 ; — Hecquet, *Essai sur l'histoire et l'anatomie pathologique des hémorrhagies; thèse.* Paris, 1849. On peut dire qu'en général on ne trouve pas, dans la plupart de ces mémoires, une connaissance suffisamment approfondie de l'histoire générale des hémorrhagies, dont la méningée n'est qu'une espèce, distincte par son siége, mais semblable par ses causes.

TUBERCULE DES MÉNINGES.

Synonymie. *Synonymie.* — Hydrocéphale aiguë, hydrocéphale des enfants, fièvre cérébrale, méningite tuberculeuse.

Idée générale. La maladie propre à l'enfance, et qui consiste dans la production d'une matière tuberculeuse dans les méninges, porte le nom de tubercule méningé. Il se fait autour du produit une irritation sécrétoire ou un travail phlegmasique, qui a mérité à cette maladie les noms d'hydrocéphale et de méningite. Dénominations mauvaises, parce qu'elles peuvent faire croire que la maladie est une hydropisie ou une inflammation, tandis que ces actes morbides sont les effets du tubercule. Nous verrons plus loin qu'ils sont loin d'être en rapport avec la gravité des symptômes, et que le trouble fonctionnel du cerveau est la vraie cause de la plupart de ceux qu'on observe.

La lésion est peu de chose; le trouble fonctionnel, tout.

Lésions. *Altérations.* — Il n'est pas de maladie qui ait été le sujet de recherches anatomiques plus nombreuses et plus stériles. Nous ne leur accorderons qu'un développement restreint. Elles consistent : 1° dans le produit morbide; 2° les lésions des méninges; 3° du cerveau; 4° des autres organes.

1° Du tubercule. Ses différents aspects. Le tubercule a pour siége presque constant la pie-mère, dans la-

quelle on l'aperçoit par transparence, sous forme d'un sable très-fin de traînées opalines, de granulations semblables à des grains de pavot blanc, de millet ou de chènevis, quelquefois de corpuscules aplatis, lenticulaires, jaunâtres; chez d'autres malades, le dépôt tuberculeux est blanchâtre, pareil à des grains de caseum, visible dans la pie-mère, infiltré d'une sérosité transparente, ou à peine distinct par sa couleur et son relief de la fibrine et des fausses membranes blanches ou verdâtres qui l'emprisonnent de toutes parts. Le nombre en est variable; quelquefois il n'en existe que quatre ou cinq, qu'on a peine à retrouver; et, pour le dire sur-le-champ, ces cas sont ceux dans lesquels les symptômes sont souvent le mieux accusés. Nombre.

Le siége ordinaire de la production morbide est la pie-mère, qui couvre l'espace cendré, le chiasma, la scissure de Sylvius, au fond de laquelle il faut aller la chercher, les parties latérales et supérieures des hémisphères, le long de la grande scissure. On la trouve aussi entre les anfractuosités cérébrales. Siége.

Le tubercule détermine dans la tunique séreuse, comme dans les autres, des lésions diverses. Parfois elles consistent dans un simple accroissement de la sérosité qui occupe la grande cavité ou les ventricules (hydrocéphale aiguë). Elle s'infiltre aussi dans la pie-mère, et vient augmenter la quantité du liquide céphalo-rachidien. Souvent les qualités physiques et chimiques de ce liquide ne diffèrent pas de celles qui caractérisent la sérosité non phlegmasique. La dénomination de méningite tuberculeuse ou granulée ne convient donc, sous aucun rapport, dans les cas de ce genre. 2° Lésion des méninges. Hydrocéphale. Hydropisie de la pie-mère.

Les lésions inflammatoires consistent dans un exsudat fibrineux blanc, jaunâtre ou verdâtre, à demi liquide, ou dans des fausses membranes, semblables à celles qu'on trouve dans les cavités séreuses. Elles sont accompagnées dans quelques cas d'une hypérémie notable de toute la pie-mère et surtout d'une inflammation de l'arachnoïde devenue sèche, visqueuse, rouge, ou recouverte d'un plasma pseudo-membraneux. Exsudat plastique; membranes. Lésion de l'arachnoïde.

Une des altérations concomitantes les plus communes est le ramollissement de la couche interne des ventricules plus ou moins pleins d'une sérosité limpide, opalescente, floconneuse. Quelquefois les circonvolutions cérébrales et le cerveau tout entier perdent leur consistance naturelle. Cette lésion cadavérique tient à l'imbibition de la substance nerveuse par le sérum épanché. Le tubercule étant lié à une diathèse ou affection générale doit se trouver ailleurs que dans 3° De la substance cérébrale.

4° de quelques autres organes ; tubercule du poumon.

le cerveau. En effet, on l'observe dans les poumons, à peu près dans la moitié des cas, dans les glandes bronchiques plus rarement, dans les autres organes (3/4).

Symptômes.

Symptômes. — Il ne faut attacher aucune importance clinique aux divisions des symptômes. Leur variabilité, leur rémission, sont précisément le caractère de la maladie.

Début.

Au début, les enfants se plaignent de maux de tête fréquents, de pesanteur générale, interrompent leurs jeux de prédilection, deviennent moroses, impatients, abattus ; s'assoupissent, rejettent par le vomissement les matières alimentaires. Puis tout rentre dans l'ordre : ils reprennent leurs jeux, et deux ou trois jours après les mêmes symptômes reparaissent. Il s'y ajoute alors un strabisme, fugace ou permanent, des convulsions faciales, des grincements de dents, pendant la nuit surtout.

Troubles de l'intelligence. Délire.

Chez les jeunes malades, presque tous âgés de cinq, huit ou neuf ans, le délire est à peu près constant, tranquille, marqué par la somnolence, la rêvasserie, le marmottement. Il cesse de lui-même ou quand on réveille le malade ; plus tard la somnolence, l'assoupissement, deviennent continus et persistent jusqu'à la mort.

Expression faciale.

Le visage exprime la stupeur et l'abattement ; les traits sont sans expression ; l'œil est terne, chassieux, à demi entrouvert, renversé en haut, caché en partie par la paupière supérieure, pendant le sommeil (strabisme supérieur). Les pommettes rougissent et pâlissent alternativement lorsqu'on les touche, lorsque le malade crie, ou indépendamment de toute influence appréciable. La peau des autres parties du corps offre le même phénomène ; elle se couvre de sueurs. Les pupilles sont ordinairement fixes, peu mobiles, de grandeurs variables, dilatées à la fin et pendant le coma, sans qu'il y ait toujours hydrocéphalie.

Coloration des pommettes.

État des pupilles.

Troubles de la motilité.

Il est bien rare qu'on n'observe pas de convulsions partielles ou générales, des grimaces involontaires, des contorsions, du strabisme, du mâchonnement ; pendant le sommeil des grincements de dents continuels, bruyants, pénibles à entendre. Le siége le plus ordinaire de la convulsion est dans les muscles moteurs de l'œil et du cou : le strabisme et le torticolis manquent rarement. Chez d'autres, ce sont des contractures dans les muscles de la main et des avant-bras, une ou plusieurs attaques épileptiformes qui cessent ordinairement pour faire place à la somnolence et au coma. Elles reviennent souvent plusieurs fois, occupent les deux côtés du corps et constituent un signe très-important de la maladie. Il est rare que les convul-

Convulsions ; leur siége.

Attaques d'épilepsie.

sions soient suivies de paralysie. On ne doit pas donner ce nom à la résolution des membres et au collapsus qui terminent la maladie.

Vomissements.

Les symptômes sympathiques ont aussi leur valeur. Sans parler des vomissements qui marquent le début et précèdent le délire, on doit signaler : — 1° la perte d'appétit, la soif vive, la rétraction du ventre, la constipation qui n'est pas moins constante que le vomissement et persiste jusqu'à la fin ; — 2° la fièvre au début ; — 3° les variations du pouls constituent un caractère excellent, sur lequel on a voulu fonder, à tort, trois périodes de la maladie (Robert Whytt) ; la première marquée par l'accélération, la seconde, le ralentissement, la troisième, l'accélération du pouls. Sa fréquence extrême, ses inégalités, ses intermittences, dépendent du trouble nerveux, bien plus que de l'inflammation méningée qui fait défaut souvent, en pareille circonstance ; — 4° la température du corps offre des variations semblables, ainsi que la respiration qui est accélérée, puis ralentie, et en désaccord avec le rhythme du pouls ; — 4° on a désigné sous le nom de *cris hydrencéphaliques* les cris aigus, perçants et sauvages que poussent les malades à leur insu et pendant leur sommeil. Ils sont acccompagnés d'une expression douloureuse qui se peint sur tout le visage. Peut-être sont-ils provoqués par la céphalalgie ou par quelques convulsions. Sans avoir la valeur que Coindet leur a assignée, puisqu'on les retrouve dans la méningite simple, dans le tubercule cérébral, ils peuvent cependant servir au diagnostic.

Constipation.

Variation du pouls.

De la température et de la respiration.

Cris hydrencéphaliques.

Marche. — A l'instar de toutes les méningites, l'irritation transmise au cerveau par le tubercule des méninges détermine des symptômes variables qu'il est impossible d'encadrer dans un ordre systématique ; leur marche aiguë, intermittente, irrégulière, puis rémittente, subit tous les changements qu'on observe dans les maladies qui troublent l'innervation cérébrale. Aussi le médecin ne doit-il pas s'en laisser imposer par les périodes assez longues de calme qu'il remarque dans les premiers jours ; bientôt la somnolence ne laisse plus d'espoir et plus de la moitié des malades succombent avant les quinze premiers jours : ils peuvent cependant vivre trois semaines. On conçoit qu'une méningite vraie, une hydropisie dans la grande cavité, une compression exercée par le liquide céphalo-rachidien abondant, peuvent suspendre plus ou moins rapidement les fonctions d'innervation et partant la vie. Le grand tort des anatomo-pathologistes exclusifs est d'avoir voulu expliquer les symptômes par la lésion ; or nous avons déjà dit qu'elle se réduit parfois à deux ou trois granulations et donne lieu à un épanchement plastique ou séreux,

Marche.

Variable et irrégulière.

Durée :

Quinze jours, trois semaines.

limité ou nul, sans qu'il soit possible de mettre les symptômes en rapport avec l'altération.

Pronostic. Si le diagnostic a été rigoureux, s'il existe des tubercules, la mort est constante ; les cas de guérison appartiennent à la méningite simple et encore sont-ils douteux (voyez *Méningite aiguë*).

Tubercule chez l'adulte. Chez l'*adulte*, les symptômes ne diffèrent, en aucune façon, de ceux qu'on trouve chez les jeunes sujets; la rémission est peut-être plus complète et plus longue, la maladie moins rapide. Elle ressemble plus à la méningite simple que chez l'enfant.

Diagnostic. Méningite simple. Nous ne connaissons pas de signes diagnostiques certains qui permettent de distinguer l'irritation simple, séreuse ou plastique causée par le tubercule, d'avec l'irritation méningitique. On peut croire à l'existence des tubercules, lorsqu'on trouve réunie la collection de tous les symptômes indiqués, un début lent, une marche irrégulière, rémittente, le pouls variable, le cri hydrencéphalique, l'âge peu avancé du sujet (??).

Fièvre typhoïde. Au début, la fièvre typhoïde à forme ataxique imite chez les enfants le mal dont il s'agit; cependant le météorisme, la diarrhée, l'épistaxis, plus tard les taches, et avant tout l'hypertrophie splénique, la feront facilement reconnaître.

Causes. Identiques à celles du tubercule en général. *Étiologie.* — Dépendance immédiate de la diathèse tuberculeuse, elle en représente la localisation dans les méninges. Elle se confond donc entièrement dans son histoire étiologique avec celle du tubercule. Ainsi elle est comme celui-ci héréditaire: nous avons vu cinq enfants du même lit succomber, à peu près vers la même époque, à la maladie. Elle affecte, à peu près également, les garçons et les filles, peut-être celles-ci un peu plus (?) ; se montre surtout de quatre à sept ans, de sept à dix, de trois à cinq, de dix à quinze, plus rarement avant trois ans, et chez le nouveau-né. L'adulte en est rarement frappé, soit dans le cours d'une phthisie pulmonaire, soit primitivement.

Hérédité.

Sexe.

Age.

Maximum de fréquence : 4 à 7.

La constitution est en général mauvaise. Le sujet lymphatique, scrofuleux avéré, ou rendu anémique par une tuberculisation latente ou manifeste du poumon, du péritoine, de l'intestin, par une diarrhée chonique, etc., y est prédisposé.

Causes douteuses. Avons-nous besoin de dire que la saison (été et printemps?) n'y est pour rien; et qu'on peut tout au plus admettre, à titre de cause occasionnelle, la dentition, la suppression d'une teigne, l'insolation, la masturbation, les coups portés sur la tête, etc. ?

Traitement. 1° Préventif. *Traitement.* — On doit s'attacher, surtout dans les familles qui

ont déjà perdu plusieurs enfants, de cette maladie, à en prévenir le développement par une bonne hygiène, c'est-à-dire en combattant la diathèse tuberbuleuse (voyez *Phthisie*); en éloignant toutes les causes d'excitation cérébrale et de débilité qui peuvent la faire paraître (travaux de l'esprit, diarrhée, mauvaise nourriture, masturbation, etc.). Il est indispensable que cette thérapeutique toute rationnelle, hygiénique, la seule efficace, soit tentée par le médecin de la famille, car il faut qu'il sache qu'une fois le mal déclaré, il est au-dessus des ressources de l'art. On ne peut garder d'illusion à ce sujet. On ne fait pas rétrocéder un tubercule ; on le guérit encore moins, lorsqu'il est en voie d'évolution.

2° Curatif.

C'est donc par acquit de conscience et surtout parce qu'il peut se tromper, prendre pour une méningite tuberculeuse, c'est-à-dire incurable, une méningite simple qui est curable, jusqu'à un certain point, que le médecin doit essayer le traitement indiqué ailleurs (voyez *Méningite simple*). Les émissions de sang locales, jamais générales ; le froid appliqué sur l'extrémité céphalique ; la révulsion intestinale directe et à l'aide de lavements purgatifs, l'action du vésicatoire céphalique, enfin le calomelas à petites doses, et les frictions mercurielles sur la base du crâne, sont utiles.

Nature. Bibliographie.

Nature. Bibliographie. — On est resté longtemps sans comprendre le mode de génération ni les causes de la maladie. On l'a considérée d'abord comme une hydropisie du cerveau, à cause des épanchements séreux qu'elle produit souvent, puis comme une apoplexie séreuse, et enfin comme une méningite. Cette opinion plus récente est loin d'avoir éclairé la nature de la maladie. Robert Whytt en donne une excellente description (1768), ainsi que Quin : *Dissertatio de hydrocephalo interno*, *Edimbourg*, 1779. — Viennent ensuite les travaux de Coindet : *Mémoire sur l'hydrencéphalie*, *Genève*, 1817 ; — de Senn, *Recherches anat.-pathol. sur la méningite aiguë des enfants*, *etc.*, 1825 ; — de Charpentier : *De la nature et du traitement de la maladie dite hydrocéphale aiguë*, *thèse*, 1829 ; — de Dance : *Mémoire sur l'hydrocéphale aiguë observée chez l'adulte*, *Archives générales de médecine*, t. XXI, XXII, 1830, c'est un des meilleurs mémoires publiés sur ce sujet ; — de Piet : *Sur la méningo-céphalite tuberculeuse des enfants*, *Thèse*, n° 279, *Paris*, 1836 ; — les articles de M. Guersant, dans le *Dictionnaire de médecine* (*Méningite*).

Résumé.

Il résulte de l'ensemble de ces travaux, que les uns ont confondu toutes les formes d'hydrocéphalie, que les autres ont dé-

crit les méningites protopathiques simples, ou consécutives aux tubercules (Dance), ou même les méningo-céphalites aiguës, tandis que, en réalité, le tubercule des méninges comme celui de la plèvre détermine des effets très-variés, (*a*) une simple hypérémie de la pie-mère; (*b*) une hypercrinie séreuse de l'arachnoïde, une arachnitis, une phlegmasie de la pie-mère, une méningo-céphalite, quelquefois aucune lésion anatomique appréciable autre que le tubercule lui-même. On comprend qu'il est difficile de créer une pathologie unitaire pour tant d'actes morbides différents; et cependant c'est ce que l'on continue à faire dans les descriptions confuses.

HYDROCÉPHALIE.

Définition.

On doit aujourd'hui réserver ce nom à toute espèce d'épanchement séreux, dans la grande cavité du cerveau, dans un ou plusieurs de ses ventricules, ou dans l'espace sous-arachnoïdien occupé par le liquide céphalo-rachidien.

Divisions.

De l'hydrocéphale en aiguë et en chronique.

Ces collections séreuses dépendent : 1° d'une maladie des enveloppes membraneuses ou osseuses du cerveau; — 2° de cet organe lui-même; — 3° elles peuvent aussi tenir à un vice de développement congénital du cerveau. Nous n'avons pas à nous occuper de celle-ci, dont l'histoire appartient aux traités de chirurgie et d'embryogénie. Nous ne ferons qu'indiquer sommairement l'hydrocéphale aiguë qui constitue une hydropisie semblable à toutes les autres : son étude rentre dans la pathologie générale.

Causes.

Causes. — L'hydrocéphale aiguë est : 1° symptomatique; 2° sympathique; 3° idiopathique.

I. Hydrocéphalie symptomatique, 1° D'une maladie du solide.

Méningite.

I. La *collection symptomatique* de sérosité se rattache à une maladie locale du cerveau ou de ses membranes. Toutes les phlegmasies de l'arachnoïde et de la pie-mère sont suivies, surtout dans les formes chroniques, d'un épanchement de sérosité lactescente, floconneuse, fibrineuse, parfois purulente ou sanguinolente, dont les quantités varient beaucoup. La facile communication de la séreuse des ventricules latéraux avec la grande cavité cérébrale permet aux épanchements symptomatiques d'occuper l'une ou l'autre indifféremment. Le flux du liquide céphalo-rachidien augmente ou diminue suivant qu'agissent plus ou moins fortement les causes qui déterminent la congestion encéphalique. C'est là ce qui explique la formation des hydropisies cérébrales chez les malades atteints de lésions du cœur ou

de ses gros vaisseaux. Dans ces cas, l'inflammation des méninges y est complétement étrangère. Hydrocéphale aiguë des enfants.

On peut établir, en règle générale, que plus elle est intense, moins l'épanchement est considérable ; aussi la méningite aiguë simple est-elle rarement suivie d'hydropisie, tandis que les tubercules lui donnent aisément naissance. Le nom d'hydrocéphale aiguë, par lequel on a désigné pendant longtemps cette dernière maladie, en fournit la preuve.

A un faible degré, toutes les phlegmasies de la pie-mère et de la pulpe cérébrale périphérique peuvent provoquer une hydropisie fibrineuse. Le liquide alors s'infiltre dans la pie-mère ou s'épanche dans l'espace sous-arachnoïdien, comme dans la paralysie générale. (Voyez *Méningo-céphalite.*) Infiltration séreuse de la pie-mère dans la paralysie générale.

Les fongus de la dure-mère, les lésions des os du crâne, la carie scrofuleuse, syphilitique, traumatique ou autre de ces os, l'otite suppurée, l'hémorrhagie méningée avec son caillot, agissent d'une autre manière. Ils excitent par leur présence une irritation sécrétoire, un flux semblable à celui qui paraît dans la plèvre ou le péritoine occupés par un tubercule ou une tumeur d'une autre nature. Lésion des os.

Il en est de même dans l'hémorrhagie cérébrale, l'encéphalite profonde ou superficielle, le ramollissement aigu ou chronique du cerveau, à moins qu'il ne se développe une phlegmasie ou une hypérémie méningée qui produise une irritation sécrétoire sympathique. Telle est aussi l'origine de l'hydrocéphalie aiguë ou chronique chez les déments et les idiots, et les malades dont le cerveau contient un tubercule, un cancer, une acéphalocyste. Maladie du cerveau.

L'infiltration des deux substances du cerveau, l'œdème cérébral, se voit dans les mêmes conditions pathologiques. Œdème du cerveau.

Nous devons signaler, au nombre des causes de la maladie, les altérations du sang, qui engendrent l'hydropisie partout, et peuvent, par conséquent, la produire dans le cerveau. La plus fréquente est celle qu'on voit paraître dans la période ultime de la maladie de Bright, et dont le délire, les convulsions, le coma sont les symptômes. On a prétendu les rapporter à la présence de l'urée dans le sang; mais la perte d'albumine suffit pour les expliquer. Il n'est pas rare non plus de trouver les altérations et les signes propres à cet épanchement séreux chez les scorbutiques, les sujets qui meurent d'inanition et après des pertes de sang rapides et considérables. 2° Hydrocéphalie symptomatique d'une lésion du sang. Albumineuse. Scorbut.

II. L'*hydrocéphalie sympathique* a une existence bien démontrée dans certains cas de disparition brusque ou prématurée d'érup- II. Hydrocéphalie sympathique.

tion scarlatineuse ou rubéolique sans albuminurie, dans le rhumatisme articulaire aigu, qui provoque des accidents cérébraux imprévus et mortels, dans la goutte chronique, peut-être à la suite de la suppression de flux sanguins, ou d'anciennes suppurations.

III. Hydrocéphalie idiopathique.

Nous disions ailleurs, et il y a longtemps, que l'existence d'une apoplexie séreuse ne saurait être révoquée en doute; qu'elle consiste alors dans une simple irritation sécrétoire qui ne laisse aucune trace; que des observations non douteuses forcent à les admettre; qu'enfin on ne comprendrait pas pourquoi la séreuse du cerveau n'en présenterait pas des exemples comme les tuniques séreuses de la plèvre, du péritoine ou du péricarde (art. *Apoplexie* du *Compendium de médecine*, t. I, p. 293, 1836). Cette opinion est encore vraie aujourd'hui; seulement plusieurs d'entre elles, réputées essentielles, sont réellement sympathiques ou symptomatiques d'une altération du sang.

Symptômes de l'hydrocéphalie.

Les *symptômes* de l'épanchement séreux sont fort obscurs. On a voulu les rapporter tous à la compression que le liquide exerce sur la substance du cerveau, ce qui est vrai dans un grand nombre de cas, et démontré par le trouble profond de l'innervation que produisent les changements de quantité du liquide céphalo-rachidien; mais l'hydropisie est souvent précédée, au début, de tous les signes d'une vive irritation ou plutôt d'une forte hypérémie méningo-céphalique qui est l'acte préliminaire de toute espèce d'hypérémie. Dans quelques cas rares, telle est la rapidité de la fluxion congestive et de la sécrétion, qu'on observe une perte complète de connaissance, de mouvement et de sentiment comme dans l'hémorrhagie cérébrale (apoplexie séreuse).

Symptômes du début.

1er Acte : hypérémie.

2e Acte : hypercrinie.

Signes de la compression cérébrale.

On a lieu de croire à l'existence d'une hydropisie quand on observe la somnolence, l'assoupissement, le coma, bientôt la résolution des quatre membres, mais sans aucune paralysie, quelques convulsions, le strabisme, l'oscillation et l'agrandissement des pupilles, le grincement des dents, la céphalalgie, le subdélire, l'insensibilité de la rétine, le ralentissement, la dureté, les intermittences du pouls, l'irrégularité et la lenteur des respirations, la paralysie des réservoirs, l'anesthésie cutanée; en un mot, la suspension ou la diminution extrême des fonctions cérébrales. Souvent il s'y mêle d'autres signes qui tiennent à la lésion principale et rendent incertain le diagnostic de l'hydropisie.

CHAPITRE III.

DES NÉVROSES CÉRÉBRALES.

MALADIES CARACTÉRISÉES PAR LE TROUBLE DES FONCTIONS ENCÉPHALIQUES.

Maladies dynamiques du cerveau.

Généralités sur les maladies mentales. — Nous avons envisagé jusqu'à présent le cerveau comme un organe complexe qui a ses lésions matérielles distinctes les unes des autres et auxquelles correspondent des entités morbides bien caractérisées. Nous allons maintenant en étudier les troubles fonctionnels. Le cerveau manifeste son action dynamique, 1° par l'intelligence ; 2° par la sensation ; 3° par le mouvement. Ces trois grands actes peuvent être lésés séparément ou simultanément : comment classer les maladies qui en résultent? par les lésions, par les symptômes ou par les causes?

Classification des maladies mentales.

1° Par la lésion.

A. **Classification des maladies.** — 1° *Par la lésion.* — Rappelons d'abord cet axiome dont nous avons bien souvent parlé, et qui est plus applicable aux maladies du cerveau qu'à celles des autres organes. « Il n'est pas un seul trouble fonctionnel, une seule maladie dynamique du cerveau, qui ne puisse simuler complétement une maladie cérébrale produite par la lésion matérielle de l'organe. » (*Pathologie générale,* t. I, p. 59, 1857.) Nous pourrions, à l'appui de ce fait fondamental, citer toutes les maladies du cerveau depuis l'apoplexie nerveuse jusqu'à la folie et l'hypocondrie. La lésion est donc un moyen excellent de classification, mais qui ne peut servir seul, puisqu'il fait défaut dans un grand nombre de cas.

Elle est insuffisante.

2° Par les symptômes.

2° *Par les symptômes.* — Ils constituent le caractère le plus apparent, le plus constant, le plus sûr de toutes les maladies, et il ne faudrait pas hésiter à fonder sur eux la division des maladies mentales, s'ils étaient toujours bien distincts les uns des autres. Malheureusement les entités morbides se mêlent et se ressemblent, à un moment donné. Cependant on est parvenu à en former quelques groupes naturels, tels que les monomanies, les manies, les démences, etc. Nous ne manquerons pas de nous en servir et de leur donner plus de valeur en les appuyant sur la considération des altérations et des causes.

Elle a une grande valeur.

3° Classification par la cause.

3° *Classification par la cause.* On ne saurait évidemment confon-

dre un accès de manie ou des hallucinations causées par l'alcool, par le haschich, avec les mêmes accidents lorsqu'ils dépendent de la grossesse ou d'une méningo-céphalite. Si les symptômes sont les mêmes, les causes sont différentes. Il faut donc leur accorder une grande valeur : toutefois, comme ces causes n'en produisent pas moins les mêmes formes de délire, comme aussi elles nous échappent dans la plupart des cas, il est impossible de les employer exclusivement pour diviser les maladies mentales.

Cette cause souvent inconnue.

Les divisions reposent sur ces trois ordres de faits.

Il résulte donc des remarques précédentes, que l'on pourrait multiplier, qu'il est impossible d'asseoir une division utile et pratique des troubles dynamiques de l'encéphale sur la lésion, le symptôme ou la cause exclusivement. Il faut faire entrer ces trois éléments essentiels dans une classification, et ne pas donner une attention restrictive à l'une d'elles seulement.

Le médecin, en présence d'un groupe de symptômes plus ou moins bien accusés, a intérêt à savoir s'ils sont dus à une lésion matérielle de l'organe lui-même ou d'un organe plus éloigné (maladie symptomatique et sympathique), si le trouble fonctionnel est tout, et s'il n'existe pas de cause manifeste de la maladie : malgré toutes les subtilités, on ne peut sortir de ce cercle étroit. Ainsi doivent se trouver classées et réunies toutes les maladies du cerveau.

Division des Maladies du cerveau en :

I. Symptômatiques. D'une lésion de l'encéphale. Du sang.

1° Elles sont *symptomatiques* : (*a*) d'une lésion des enveloppes cérébrales ou de la substance nerveuse (paralysie générale, démence, idiotie) ; — (*b*) d'une altération du sang. Nous plaçons ici les folies, l'épilepsie, les névroses dues à l'alcool, à l'empoisonnement par la belladone, le datura, le haschich, etc. La lésion du sang est évidente, tandis que celle du cerveau ne l'est pas. Il importe d'ailleurs, au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique, de réunir les maladies par leur causalité, lors même que les actes morbides qu'elles produisent sont très-différents. Ainsi l'intoxication plombique donne lieu à la colique, à l'épilepsie, à la paralysie, à l'amaurose : ira-t-on décrire ces maladies à des places différentes d'un même livre ou dans un même lieu?

II. Sympathiques.

2° Les maladies dynamiques du cerveau appelées *sympathiques* sont celles qui dépendent de la maladie évidente d'un organe éloigné, comme les diverses espèces de folie puerpérale, ou bien à une maladie de l'utérus, de l'estomac, du foie.

III. Essentielles.

3° Enfin les maladies mentales *idiopathiques* ou essentielles représentent le trouble d'un ou de plusieurs actes cérébraux dont la cause et le mode de développement nous échappent.

B. Symptômes. — Chacune de ces maladies mentales se traduit par le trouble des facultés de l'intelligence, de la sensation, du mouvement. Tantôt un seul de ces troubles prédomine, tantôt ils sont tous réunis dans la même entité pathologique.

Mode de manifestation de ces maladies. Symptômes intellectuels.

1° C'est ainsi qu'on trouve plus spécialement lésées, tantôt les facultés intellectuelles (volonté, jugement, conscience); tantôt les facultés morales (homicide, fureur, colère, etc.); les instinctives (suicide, nymphomanie, satyriasis, masturbation); 2° chez d'autres ce sont les sens qui sont plus spécialement lésés, soit primitivement, soit par l'effet de la maladie (hallucinations, illusions);

1° Troubles intellectuels, moraux et instinctifs.

2° Troubles des sens.

3° Enfin le désordre de la *motricité* se manifeste, plus fortement accusé, dans la paralysie générale, la démence, l'idiotie, l'épilepsie, l'hystéro-épilepsie.

3° Du mouvement.

Tout en reconnaissant que dans les maladies mentales plus que dans toutes les autres, les trois ordres de symptômes que nous venons de signaler se trouvent presque toujours réunis, à différents degrés; cependant un seul prédomine le plus ordinairement, et c'est précisément cette prédominance du trouble de l'intellect, de la sensibilité et de la motilité qui va nous servir à fonder la classification que nous suivrons.

Classification adoptées dans notre livre.

Le praticien n'a-t-il pas intérêt à admettre comme types distincts la monomanie, la manie, les hallucinations, la démence, l'hypocondrie, l'épilepsie, etc.? Sans vouloir aller au-delà de cette idée clinique et féconde, à tous les points de vue, nous décrirons: 1° les maladies mentales avec prédominance du trouble des facultés intellectuelles, morales et instinctives; — 2° avec prédominance des troubles sensoriels; — 3° avec prédominance des troubles de la motilité (convulsion, paralysie). Leur caractère commun consiste dans la lésion momentanée ou persistante, partielle ou générale de l'intelligence.

Maladies qu'elle doit comprendre.

1° De l'intellect.

2° Des sens.

3° Du mouvement.

Chaque entité morbide que nous étudierons, renferme des cas dans lesquels on ne trouve aucune lésion, d'autres dans lesquels la lésion occupe le cerveau ou un autre organe. De là une division constante et commune à toutes ces entités qui sont *idiopathiques*, *symptomatiques* ou *sympathiques*. Nous pourrions citer toutes les maladies mentales parce qu'elles sont toutes, sans exception, dans ce cas. Nous rappellerons seulement que la manie aiguë, l'hallucination, la démence, la paralysie, l'épilepsie, etc., etc., sont tantôt sans lésion, tantôt sous la dépendance d'une maladie d'organe ou d'une lésion des membranes du cerveau et de sa substance propre. On ne sera donc pas surpris de nous voir réunir, dans chaque entité morbide, des maladies

Chaque maladie mentale est 1° idiopathique; 2° symptomatique; 3° sympathique.

Cette subdivision naturelle et fondamentale.

sans lésion et avec lésion. Ce n'est pas la première fois que nous signalons ce fait très-général et commun à toutes les maladies, quel que soit leur siége. Il représente peut-être une lacune dans notre science, mais à coup sûr il en indique le véritable état, et tous les efforts des anatomo-pathologistes pour le renverser n'ont abouti qu'à prouver une fois de plus que la lésion ne peut pas tout expliquer.

Toute autre division s'efface devant celle que nous proposons et que nous avons adoptée dans nos cours. Elle permet au médecin de faire rentrer aisément toutes les maladies mentales dans le cadre des maladies qu'il observe et étudie chaque jour. Elle lui rend abordables et faciles des descriptions confiées trop exclusivement à des hommes qui prétendaient en faire leur propriété spéciale, et qui, loin de les mettre à la portée de tout le monde, semblaient craindre de les vulgariser. Aujourd'hui tous les aliénistes ont compris que la description des maladies mentales est une des parties essentielles de la pathologie interne.

L'étude de ces maladies trop livrée aux spécialistes.

Il faut s'attendre à trouver, dans le mode d'expression des maladies mentales, des variétés infinies. Comment pourrait-il en être autrement lorsqu'on songe que c'est par le trouble des facultés de l'intelligence qu'elles se manifestent et qu'il vient s'y ajouter, à différents degrés, des troubles des sensations et du mouvement? Or, de même que, dans l'état normal, l'intelligence et les facultés morales affectent des formes innombrables et qu'il serait presque impossible de classer; dans l'état morbide, ces variétés deviennent plus grandes encore et arrêtent le pathologiste qui veut les renfermer dans des divisions méthodiques. Cependant, à travers les modifications de toutes sortes que présentent les facultés intellectuelles altérées, on retrouve encore un certain nombre de types constants. Ils ont servi de base à la classification d'Esquirol qui est encore aujourd'hui la plus simple, la plus pratique, la meilleure de toutes; elle est une suite naturelle des efforts tentés, avec un plein succès, par l'illustre Pinel; cependant elle doit être modifiée en raison des découvertes récentes.

Du trouble mental.

Ses variétés nombreuses.

Classification.

Celle d'Esquirol n'a pas été dépassée.

Quels que soient le désordre mental et la forme du délire qui le caractérise, il est évident que le délire, — 1° peut comprendre les facultés intellectuelles, les affectives ou les instinctives plus exclusivement (monomanie); — 2° les affecter toutes, à différents degrés, d'une manière aiguë et purement accidentelle (manie); — 3° les affecter toutes d'une manière chronique, soit consécutivement à une folie aiguë, à une lésion matérielle du cerveau, soit primitivement par les progrès de l'âge ou de toute autre cause accidentelle (démence); —

4° les affecter toutes à divers degrés et dès la naissance sans avoir été précédé jamais d'un état mental meilleur (idiotie, crétinisme).

Ainsi, délire partiel, délire général, aigu, — délire avec dégradation lente et consécutive des facultés, — délire marqué par l'affaiblissement congénital et protopathique de ces mêmes facultés, voilà certainement les formes les mieux accusées de l'aliénation mentale.

Elle se traduit encore, 1° par un trouble plus spécial des sensations qu'on appelle le délire des sens ou l'*hallucination*; 2° par le trouble de la motilité (paralysie générale, épilepsie, hystérie). Hallucinations ou folie sensoriale.

Avant d'aborder l'histoire de chacun de ces groupes nosologiques, parlons d'une manière générale des altérations, des symptômes et des causes qui appartiennent à tous.

C. Altérations anatomiques communes à la folie. — Si la science était plus avancée, on ne devrait pas réunir ainsi, dans un même tableau, toutes les lésions de la folie, puisqu'elle comprend des entités morbides assez distinctes. La pleurésie a ses lésions différentes de celles de la pneumonie; elles ne sont plus les mêmes dans l'état aigu et dans l'état chronique; malheureusement il n'en est pas ainsi pour les maladies du cerveau, c'est à grand'peine qu'on est parvenu à distinguer l'arachnitis de la péri-encéphalite diffuse. Dans l'aliénation mentale, moins que dans toute autre maladie, il n'est pas possible de mettre les symptômes et la maladie en regard des lésions qui leur correspondent. **Lésions anatomiques.**

En général, dans la folie monomaniaque et la lypémanie, les altérations sont nulles. Dans les autres formes, elles font aussi défaut, mais le nombre de ces cas a diminué, à mesure qu'on a mieux étudié les altérations, sans pour cela qu'on puisse toujours expliquer par elles les symptômes observés pendant la vie. D'ailleurs, elles sont souvent les mêmes avec des groupes différents de phénomènes, et peuvent aussi exister sans les symptômes. Il faut donc, malgré les acquisitions scientifiques modernes, se tenir dans le doute, au sujet de la valeur de ces altérations, avec Morgagni, Haller, Esquirol, Georget et tant d'autres dont les noms font autorité. Absence de lésion. Lésions identiques avec des symptômes différents.

Les altérations observées ont leur siége : — 1° dans les membranes; — 2° dans l'encéphale; 3° dans la boîte osseuse. Siége.

1° *Méninges.* — *Pie-mère.* La plus fréquemment affectée est la pie-mère. On y trouve surtout la dilatation des vaisseaux sanguins, l'épaississement, l'infiltration œdémateuse, l'épanchement de liquide dans l'espace sous-arachnoïdien, des ecchymoses, des caillots dans les sinus, tous les vestiges, en un mot, d'une hypérémie chronique. Pie-mère. Hypérémie.

Ceux de la phlegmasie sont constitués par des pseudo-membranes minces ou épaisses qui doublent la membrane séreuse principalement, et par des adhérences de la pie-mère avec l'encéphale. Cette méningo-encéphalite est la lésion la plus commune suivant quelques auteurs, et, en effet, on peut dire que c'est, avec l'hypérémie, celle qui a été le plus souvent observée.

Œdème ; Adhérences.

Arachnoïde. — L'opacité et l'épaississement de la tunique séreuse sont souvent considérables; presque toujours partiels, situés le long de la grande scissure et sur la convexité des hémisphères. Ils offrent différents degrés et tiennent à l'épaississement de la pie-mère ou à des dépôts fibrineux placés sur sa face externe ou interne. En même temps, on trouve (*a*) des épanchements séreux dans la grande cavité, dans les ventricules latéraux et même dans les autres ventricules; (*b*) des adhérences de l'arachnoïde pariétal et viscéral, au moyen de liens fibrineux ou même plus serrés qui oblitèrent la cavité cérébrale. Les plaques osseuses, les caillots sanguins, existent plus rarement à sa surface.

Arachnoïde. Pseudo-membrane. Hydropisie.

La *dure-mère* est parfois si étroitement attachée à la face interne des os qu'on l'en sépare avec peine. Elle est ossifiée par places, amincie, criblée de trous chez quelques sujets.

Dure-mère.

2° *Encéphale.* — On a signalé bien souvent dans la couleur et la consistance de la substance grise des modifications essentielles : — 1° un pointillé rouge, sanguin, une coloration rosée, hortensia, lilas ou même brunâtre de la couche extérieure ou des trois lames grises ; — 2° une décoloration manifeste ; — 3° le ramollissement partiel, parfois étendu, de la substance grise des circonvolutions, ou bien la diminution de consistance de la lame moyenne et intermédiaire aux deux autres, qui appartient plus spécialement aux aliénés (Parchappe); — 4° l'induration du plan superficiel de la substance grise ; — 5° la dilatation des vaisseaux capillaires agrandis, hypérémiés ; — 6° l'amincissement, l'usure, l'atrophie de la substance grise ; — 7° la même lésion de circonvolutions dont la hauteur et l'épaisseur diminuent ; — 8° enfin l'atrophie, l'œdème, l'hypertrophie de tout l'organe ou de quelques-unes de ses parties.

Lésions de l'encéphale. Coloration rouge. Ramollissement. Induration.

3° *Crâne.* — L'enveloppe solide qui contient l'encéphale offre souvent une conformation régulière, symétrique, dans toutes ses parties. Quelquefois cependant les deux côtés de la tête sont dissemblables ; les os sont aplatis, ou bombés, saillants dans une région, déprimés dans une autre, sans qu'on puisse établir, d'après la doctrine de Gall, la moindre relation entre ces altérations et la forme du délire. Sou-

Boîte cranienne. Symétrie, asymétrie.

vent les os sont hypertrophiés, durs, épais, spongieux, hypérémiés : dans d'autres cas, minces, fragiles et réduits aux lames de tissu compacte. Nous verrons dans l'idiotisme ces altérations portées à un haut degré.

Épaisseur, amincissement.

D. Symptômes. — Nous rappellerons seulement que le délire dans ses variétés infinies est le signe certain de la folie ; qu'il est quelquefois restreint à un si petit nombre d'idées qu'on a peine à s'en apercevoir (monomanie), tandis que dans d'autres cas il est *général* et roule sur tous les sujets (manie) ; que tantôt il est accompagné d'asthénie générale, de dépression des forces (lypémanie, hypocondrie), tantôt d'une excitation générale, d'hypersthénie (manie), ou d'un délire des sens qui fait croire au malade que la création psychique a une existence extérieure réelle (délire des sens, hallucination). Il faut se rappeler sans cesse que les symptômes de la folie doivent être plus variés que ne le sont les manifestations déjà si nombreuses de la pensée humaine, puisqu'ils se composent : — 1° des troubles de ces facultés accrues ou diminuées singulièrement ; — 2° des troubles tout à fait nouveaux qui ne ressemblent plus aux actes naturels de l'intelligence (hallucination, extase, etc.).

Symptômes. Délire : Ses formes principales ; partiel ; général.

Les *facultés affectives* participent ordinairement au trouble de l'intelligence. Des hommes dévoués, doux, respectueux, etc., deviennent, dans les accès de folie, méchants, homicides, indifférents, querelleurs, arrogants, colères, etc. Ce changement dans les habitudes sert à faire reconnaître la maladie. L'amour du pays prend, dans la *nostalgie*, les proportions d'un délire.

Troubles des facultés affectives.

La folie altère aussi presque toujours, quoique à des degrés différents, les facultés morales. La colère, la frayeur, la crainte, la joie, la tristesse, se montrent sans cause et pour des motifs imaginaires ou nullement proportionnés à l'intensité du trouble du moral. La fureur désordonnée, impulsive et parfois si dangereuse, sert à caractériser les formes aiguës et sthéniques (manie).

Des facultés morales.

Des instincts.

Enfin les divers instincts ou penchants que la raison impuissante ne peut plus refréner, acquièrent souvent une intensité extrême. Les paroles et les actions, à l'aide desquelles ce délire se manifeste alors, concernent : 1° l'instinct de la conservation (suicide) ; 2° de la destruction (homicide) ; 3° de la propriété (vol, prodigalité) ; 4° de la génération (satyriasis, nymphomanie, etc.) ; 5° à cette classe appartiennent les perversions singulières de la soif (dipsomanie) ; de la faim (boulimie, pica, anthropophagie, vampirisme). Tous les appétits, que l'éducation nous apprend à contenir dans de justes li-

Délire partiel et exclusif des facultés instinctives.

mites, se réveillent plus impérieux que jamais, soit dans le cours des folies diverses, soit lorsqu'ils constituent, à eux seuls, toute la folie. Il existe un délire partiel, exclusif de tel ou tel instinct, comme un délire de certaines facultés intellectuelles (monomanies).

Troubles de la sensibilité générale et spéciale.

La sensibilité s'émousse chez les aliénés; c'est ce qui a fait croire, à tort, qu'ils peuvent supporter impunément l'action du froid et du chaud. Les sens spéciaux deviennent insensibles à leurs stimulants physiologiques, parce que le sensorium commune est fortement troublé. Il est rare de les trouver plus excitables que de coutume à la lumière, au bruit, aux odeurs. Quant au délire des sens qu'on appelle l'hallucination, c'est par erreur psychique que le sujet rapporte à ses sens une sensation qui naît dans son cerveau. Nous en parlerons plus loin.

Troubles musculaires.

Les fonctions du système musculaire sont trop étroitement unies à celle du cerveau pour qu'il ne s'y montre pas un très-grand nombre de désordres, tels que le tremblement des mains, l'agitation

Convulsions et paralysie.

spasmodique et involontaire de tout le corps, les convulsions cloniques, passagères de la face, des membres, les contractures, les accès éclamptiques, etc. Les forces musculaires sont triplées chez les maniaques, anéanties dans la démence et la paralysie générale, troublées à un degré extrême chez les épileptiques et les hystériques.

État de la nutrition; de la circulation.

Les aliénés conservent leur embonpoint ou en acquièrent. Ceux qui sont très-agités maigrissent; l'appétit est excellent, les digestions bonnes, la circulation naturelle, excepté au moment des accès de manie, où alors le pouls s'accélère, la température s'accroît, le corps se couvre de sueur.

Marche de la folie.

On ne peut rien dire de général sur la marche et l'évolution des symptômes de la folie. Elle est aiguë ou chronique, mais rémittente, caractérisée par des accès qui durent trente à quarante jours et plus; ceux-ci s'exaspèrent même le soir et pendant la nuit. Parfois les

Rémittente, à accès très-éloignés.

accès sont tellement éloignés qu'après le premier ou le second, on peut croire le malade guéri, le rendre à sa famille et à la société : malheureusement le mal reparaît tout d'un coup, et souvent expose le malade ou les personnes qui l'entourent à un danger extrême. L'intermittence régulière et à type bien déterminé est rare, en dehors de l'intoxication paludéenne.

Ce qui est très-commun, c'est de voir la folie commencer par la monomanie, passer par la manie, la démence, pour arriver à la paralysie; ce cercle est plusieurs fois interrompu, et ne s'achève pas toujours ainsi.

Les plus grandes variations s'observent dans la succession des symptômes (folie circulaire).

E. Étiologie. — *Causes.* — Nous allons suivre exactement la marche usitée dans l'étude des causes des maladies en général. Nous commencerons : 1° par les folies symptomatiques, parce que la cause matérielle évidente établit, tout au moins, une différence capitale entre cette grande classe de folie et les autres; — 2° nous rechercherons ensuite les causes des folies sympathiques; — 3° en dernier lieu, celle des folies idiopathiques. Nous avons dit et nous répétons que, malgré cette diversité de cause, le groupe des symptômes qui accusent l'existence de ces folies reste souvent le même. Il faut un ordre méthodique; on ne peut plus placer les unes à côté des autres les causes si disparates qu'on trouve indiquées dans les livres, par exemple l'amour contrarié, à côté de l'abus des boissons, ou à côté des lésions cérébrales, etc. (?).

Étiologie de la folie.
1° Symptomatique, sympathique, idiopathique.

I. *Folie symptomatique.* — Tel est le nom qu'on doit réserver à celle qui est liée à une lésion de l'encéphale et de ses enveloppes, ou à une maladie du sang. Elle est, par rapport à la folie essentielle, dans le rapport de 34 pour 100 suivant les uns, de la moitié suivant les autres. Les causes morales, au dire de quelques auteurs, suffisent pour troubler les fonctions cérébrales, sans léser la structure, dans la proportion de 63 pour 100. En effet les troubles intellectuels ont une part énorme dans la production des folies idiopathiques et peuvent à eux seuls amener des lésions.

Causes de la folie symptomatique.
1° Lésions cérébrales.

La folie symptomatique d'une altération du sang est une espèce distincte de toutes les autres, quoiqu'elle puisse être aussi influencée par bien d'autres causes. Nous trouvons pour l'expliquer, en partie du moins, une altération spontanée de ce liquide.

2° Altérations du sang.

Les pertes considérables de sang qui font l'anémie, l'altération spontanée qui produit la chlorose, l'albuminurie, peuvent créer un délire aigu, plus rarement celui de l'aliénation. Cependant elles déprimment fortement l'intelligence, les facultés affectives morales et souvent instinctives. Nous en dirons autant de l'inanition provoquée par la misère, par la disette et l'altération des aliments.

Spontanées.
Pertes du sang.

Inanition.

Viennent naturellement se ranger dans cette classe tous les troubles, non-seulement de l'intelligence, mais des sensations et des mouvements qu'on observe sous l'empire des poisons spécifiques; celui qu'on appelle l'alcool produit, à lui seul, toutes les formes de l'aliénation mentale. A côté figurent également, au même titre, toutes les folies qu'on observe après l'usage du haschich, de la belladone, du

Folie spécifique, par empoisonnement.

Alcoolisme.

Haschich.
Poisons narcotiques.

Ergotisme. Pellagre ?

datura, de l'opium, de l'ergot de seigle, et suivant quelques personnes, du maïs altéré, d'où naîtrait la pellagre (?).

Poisons minéraux.

Les poisons minéraux agissent plus rarement pour causer des folies spécifiques ; il faut cependant citer les préparations plombiques (délire, épilepsie, paralysie), celles de sulfure de carbone et le miasme

Impaludisme.

des marais qui se rapproche beaucoup de ces agents, et produit comme eux, dans des circonstances assez rares, il est vrai, outre le délire aigu, une folie intermittente. Les venins et les virus ne déterminent ordinairement qu'un délire aigu.

II. Folie sympathique.

II. *Folie sympathique.* — Cette classe est peu nombreuse, parce que l'attention des médecins aliénistes ne s'est pas portée suffisamment sur les folies qui la composent. Cependant ils ont tous remarqué l'in-

Des maladies de l'utérus et de la grossesse.

fluence extrême qu'exercent sur les sujets prédisposés l'aménorrhée, la dysménorrhée, l'âge de la puberté et surtout la grossesse à ses différentes époques, la ménopause. La lypémanie, la monomanie, les aber-

Folie puerpérale.

rations les plus grandes de la sensibilité, les hallucinations, les désordres de la motilité, en sont les formes ordinaires. Les maladies de la matrice, telles que la métrite, les changements de situation, le cancer de l'utérus, donnent rarement lieu à la folie. Cependant, ces causes agissent

Influence des maladies des organes génito-urinaires chez l'homme.

à un haut degré sur les facultés affectives, les sensations et le système musculaire (catalepsie, extase, nymphomanie, hystérie, hallucination, bizarrerie, etc.). Chez l'homme, la puberté, la spermatorrhée et toutes les maladies vésicales engendrent aussi les troubles les plus variés de l'intelligence. L'hypocondrie en est une suite fréquente.

Maladie de l'estomac, du foie, du cœur, etc.

Notons aussi qu'avec une forte prédisposition, les maladies du foie, de l'estomac, de l'intestin, dans leurs formes chroniques, peuvent déterminer la folie, l'hypocondrie, les hallucinations bizarres continuelles ou intermittentes. Les maladies chroniques du cœur et des gros vaisseaux rendent parfois les malades hypocondriaques, bizarres, comme elles peuvent aussi exciter, de la manière la plus heureuse, les fonctions cérébrales. Ordinairement les désorganisations lentes et mortelles de nos organes (phthisie, cancer, lésions organiques des reins, du foie) laissent intactes les facultés de l'intelligence.

Folie idiopathique.

III. *Folie idiopathique.* — On doit en chercher l'origine : 1° dans les causes somatiques (*a*), statiques ou (*b*) fonctionnelles ; — 2° dans les causes cosmiques.

Causes somatiques, (*a*) statiques. Hérédité.

Hérédité. — Il est malheureusement trop vrai que tous les modes de manifestation de la folie, et, disons plus, toutes les maladies du système nerveux sont soumis plus que toute autre affection à la loi

rigoureuse de l'hérédité. La proportion est plus ou moins forte, suivant les auteurs (1/8, 1/4, 1/3), mais le fait est admis par tous. L'influence héréditaire se traduit de deux manières distinctes : — 1° par le développement d'une entité morbide semblable : dans ce cas le suicide, l'homicide, la dipsomanie, l'hypocondrie, etc., des générateurs se reproduisent sur les descendants, parfois aux mêmes époques de la vie ; — 2° ou bien il se manifeste chez eux une névrose toute différente, qui sera, par exemple, l'épilepsie, la folie ébrieuse, sur le fils d'un dément, d'un maniaque ; l'idiotie, le délire des sens, sur le fils d'un épileptique ou d'un monomane, etc. : ces diverses modalités symptomatologiques expriment, d'une manière différente, la névrose cérébrale dont le générateur est affecté. Pour nous, ces maladies ne sont pas des transformations d'entités morbides, car celles-ci sont immuables, mais des troubles variés et mobiles du système nerveux qui ne peuvent pas se comparer aux autres types morbides. On sait combien on a de peine à les différencier les uns des autres : la folie, avec ses espèces si nombreuses, est là pour l'attester.

Transmission d'une maladie semblable ou dissemblable du système nerveux.

La consanguinité établie par les mariages est une cause d'influence héréditaire qui est reconnue par tous les médecins, après l'avoir été par les législateurs. Elle abâtardit les familles, et surtout engendre un très-grand nombre de lésions, de névroses, de difformités, comme l'idiotie, la démence, le crétinisme, la paralysie générale, la surdi-mutité, les vices de conformation de la tête, etc. (Menière, Rilliet, Devay, Gosse, etc.)

Consanguinité.

Les hommes y sont-ils plus exposés que les femmes? Plus l'homme avance en âge, plus il est disposé à perdre la raison, avec des chances différentes, suivant les âges (Esquirol). Le nombre des fous est plus considérable de trente à quarante, et rare de un à dix ans.

Sexes.

Age.

C'est dans l'exercice, et surtout dans la perturbation de l'intelligence, qu'il faut chercher, spécialement, les causes de la folie, celles qu'on peut appeler prédisposantes ou déterminantes à volonté, parce que ces mots n'ont aucune signification précise. Sur 385 aliénés on trouve 243 causes morales et 142 causes de nature diverse (63/100 et 37/100, Parchappe). Nous ne ferons qu'énumérer, suivant leur ordre de fréquence, les causes suivantes : causes morales, revers de fortune, mort d'une personne aimée, frayeur, chagrins domestiques, colère, dévotion exaltée, amour contrarié, ambition, spéculations, entreprises hasardeuses, etc.; viennent en second lieu les travaux immodérés de l'intelligence et les excès sensuels de tous genres (masturbation, plaisirs vénériens). Le célibat et le veuvage ont été consi-

Causes somatiques (*b*) fonctionnelles.

Causes morales.

Excès intellectuels et sensuels.

dérés comme des causes prédisposantes. La prostitution et les professions qui exposent l'homme à une ou plusieurs des influences citées agissent de la même manière. Enfin, la civilisation plus ou moins parfaite, les mœurs, les coutumes des peuples, l'imitation, la religion, le prosélytisme, etc., sont des causes fréquentes de la folie, que le médecin philosophe peut seul interpréter, suivant les lois de la saine physiologie.

Causes cosmiques.

Causes cosmiques. — On sait peu de chose sur l'influence des agents du cosmos ; les mois les plus chauds de l'année, surtout juin, juillet et août, l'insolation, la température élevée d'un lieu, favorisent l'évolution première de la folie. On a fait la même remarque chez les sujets adonnés à la bonne chère ; mais l'usage des alcools et les perturbations morales qu'entraînent les excès sensuels sont des causes bien autrement puissantes que la seule surcharge de l'intestin.

Résumé.

Résumé. — Il résulte de l'étude des causes que, si l'on en excepte l'hérédité et les influenes intellectuelles, morales, affectives et instinctives, dont l'action n'est pas douteuse, les autres ne jouent qu'un rôle très-secondaire. Les auteurs les ont classées en prédisposantes et en occasionnelles ; mais cette division, illusoire et stérile dans la plupart des maladies, l'est plus encore lorsqu'il s'agit de l'aliénation mentale. Il est à plus forte raison impossible d'admettre des causes hygiéniques et pathologiques.

Traitement.

F. Traitement. — La tâche du médecin ordinaire est accomplie quand il a reconnu la véritable nature de la maladie mentale. Il ne peut pas, il ne doit pas la traiter dans une maison qui ne renferme que des hommes incapables de comprendre toutes les exigences du traitement. Il doit se hâter de remettre le fou aux confrères habiles et dévoués qui dirigent les établissements d'aliénés. Nous n'exceptons du nombre des maladies nerveuses qui doivent y être traitées que l'épilepsie à accès éloignés, l'hystérie, la paralysie générale, et encore il arrive un moment où les troubles cérébraux acquièrent une intensité telle, qu'il faut éloigner les malades de leur famille et de la société.

Bibliographie.

G. Bibliographie. — Sans qu'elle ait été complétement négligée, l'étude de la folie n'occupe qu'une place minime dans les ouvrages des médecins qui ont précédé Pinel ; son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, Paris, 1806, et surtout les réformes radicales qu'il introduisit dans le traitement de la folie, ont excité la légitime ardeur de tous les médecins aliénistes qui l'ont suivi. Nous citerons par ordre d'importance quelques livres publiés

récemment : Esquirol, *Des maladies mentales*, 2 vol., 1838 ; — Broussais, dont on ne saurait trop louer l'ouvrage, *Traité de l'irritation et de la folie*, 1828 ; — Parchappe, *Des altérations de l'encéphale dans l'aliénation mentale ;* Paris, 1838. Il expose avec un soin extrême tous les travaux faits avant lui, en anatomie pathologique ; — *Recherches statistiques sur les causes de l'aliénation mentale ;* Rouen, 1839. — Dans le même ordre d'idées : Calmeil, *Traité des maladies inflammatoires du cerveau ;* 2 vol., 1859. — A cette direction anatomo-pathologique, on peut opposer les livres suivants : Lélut, *Induction sur la valeur des altérations de l'encéphale dans le délire aigu et dans la folie*, 1836 ; — Leuret, *Traitement moral de la folie*, 1840, et *Fragments psychologiques sur la folie*, 1834, etc.

Division : Énumération des maladies mentales.

II. Divisions générales. — Les maladies auxquelles nous réservons une description particulière, quoique succincte, sont les suivantes :

I. Maladies mentales, elles comprennent : 1° les *monomanies intellectuelles*, *morales*, *affectives*, *instinctives ;* 2° les monomanies sensoriales ou les hallucinations ; — 3° la nosomanie ; — 4° la polymanie ou manie ; — 5° la démence ; — 6° l'idiotie et le crétinisme.

II. Un second ordre se compose de maladies mentales dans lesquelles les troubles de la motilité prédominent et caractérisent la maladie beaucoup mieux que les troubles de l'intelligence suspendue ou abolie momentanément : 1° *épilepsie*, 2° *hystérie*, 3° *catalepsie*.

DES MONOMANIES.

Du délire partiel.

I. Des monomanies intellectuelles. — Les diverses formes de la folie, que nous allons passer rapidement en revue, ne sont pas des espèces morbides distinctes, mais de simples variétés du symptôme fondamental, le délire. Quelque limité qu'il soit à un ordre d'idées, ce qui est rare, il n'en est pas moins le signe de la folie. Après avoir été partiel, il peut être général, maniaque, puis reprendre sa forme première, plusieurs fois (folie circulaire), et finir par la démence, la paralysie générale, etc. Ce qui le caractérise le mieux est l'intégrité du raisonnement, quand il a pour sujet une idée qui ne touche pas à l'idée dominante, habituelle et morbide.

Nous étudierons d'abord le délire partiel des facultés 1° intellectuelles, affectives et morales; 2° des instinctives.

1° Troubles des facultés intellectuelles.

Prédominance d'un trouble des facultés intellectuelles, affectives et morales. — Dans la monomanie ambitieuse, le fou prend l'attitude, les gestes, le costume, et tient le langage d'un monarque, d'un général, d'un prophète; et, ce qui n'est pas difficile à croire, il arrive parfois à simuler très-bien son personnage. Cette forme se termine souvent par la démence et la paralysie. Aucune lésion dans le cerveau.

Monomanies: ambitieuse;

triste ou lypémanie.

Une autre forme plus fréquente est la lypémanie ou mélancolie, caractérisée par les idées les plus tristes, par la frayeur extrême que le malade éprouve pour tout : ses parents veulent l'empoisonner; la police l'espionne; il craint l'enfer; il est silencieux, toujours dans une attitude méditative. Ses forces sont déprimées; toutes les fonctions s'accomplissent mal, parce qu'elles sont toutes frappées d'asthénie (lenteur du pouls, calorification mauvaise, anorexie, constipation, insomnie, etc.) Les hallucinations causent et entretiennent souvent la lypémanie.

Monomanie suicide.

Très-souvent le mélancolique est conduit au *suicide* dans le but de se soustraire aux persécutions imaginaires, aux tentatives d'empoisonnement, aux peines éternelles dont il est menacé. Quelques-uns se tuent à cause des souffrances qu'ils endurent; d'autres uniquement parce qu'ils s'ennuient. Ce suicide pathologique ne saurait être confondu avec celui qu'une volonté, éclairée par une raison parfaitement saine, impose à l'homme, dans certaines conditions sociales (suicide volontaire et physiologique).

Monomanie religieuse.

Théomanie.

Les mélancoliques fournissent de nombreux exemples d'un autre dérangement des facultés, qui s'associe souvent à la lypémanie. Des idées religieuses, poussées à l'extrême, fausses ou imaginaires, s'emparent des malades (lypémanie religieuse, théomanie), et alors le nom de folie peut seul convenir pour désigner les pratiques bornées, excessives, d'une dévotion outrée, l'ascétisme, la vie contemplative, l'extase, quand ils sont hors de proportion avec la civilisation, et surtout les idées extravagantes de ces malheureux qui entendent la voix des anges ou des diables, qui ont un commerce charnel avec lui (incube et succube); qui se croient changés en chien (cynanthropie), en loup (lycanthropie), et finissent par se donner la mort ou la recevoir de la main du bourreau, aux époques néfastes de l'histoire de l'humanité. L'hallucination d'un ou de plusieurs sens est la cause de presque toutes les aberrations des monomanes religieux.

Ascétisme.

Sorcellerie.

Monomanie gaie.

On peut donner un nom, si l'on veut, à ces fous toujours gais, contents d'eux-mêmes, de ce qu'ils disent et de ce qu'ils font. Ils finissent par se paralyser. L'un croit avoir une beauté physique qui le fait admirer de tout le monde (monomanie Narcisse); l'autre, ou plutôt celle-ci, car les femmes sont plus exposées que les hommes à ce genre de folie, éprouve un amour violent, mais exempt de désirs charnels, pour un être chimérique ou un individu qui l'ignore entièrement. C'est un délire chaste, et, pour ainsi dire, platonique, qui n'a rien de commun avec le délire de l'instinct génésique. Les érotomanes vivent contents et gais; le plus ordinairement ils tombent dans la mélancolie et se suicident (lypémanie érotique et suicide).

Érotomanie (de ἔρως, amour)

2° Trouble des facultés affectives et morales.

Il est difficile, bien plus dans l'ordre morbide que dans le physiologique, de poser une ligne de démarcation entre les diverses facultés. Nous rattacherons cependant aux affectives et aux morales les troubles psychiques qui portent plus spécialement sur les devoirs de l'homme envers lui-même et ses semblables. Le raisonnement est souvent conservé, mais, comme on le dit généralement, le sens moral fait défaut. Ces fous sont rusés, méchants, cherchent à nuire; ils s'irritent ou s'emportent sans raison; ils perdent la notion du juste, de l'injuste; deviennent égoïstes, mauvais pères. D'autres, au contraire, poussent à l'extrême le sentiment du devoir, de l'honneur, de la patrie, de la famille. La nostalgie, à laquelle nous devons accorder une place plus spéciale, est une monomanie affective par *excès*. Tant d'autres le sont par *défaut!*

Nostalgie.

La nostalgie (de νόστος, retour, et ἄλγος, douleur), ou mieux, la *nostomanie* (manie du retour) a pour symptômes la mélancolie profonde dans laquelle tombent quelques personnes lorsqu'elles sont éloignées de leur pays natal et de ceux qu'elles aiment ou qu'elles sont habituées à voir. Véritable forme de lypémanie, ayant pour cause l'exagération d'un sentiment naturel dans le cœur humain, le *mal du pays* se développe surtout chez les hommes jeunes, forcés de quitter leur sol natal, pour un temps assez long et inconnu, comme les soldats et les marins. L'inactivité du corps et de l'esprit qu'on trouve portée à un degré extrême chez le militaire, pendant la paix, est une des causes les plus fréquentes de la maladie. Les hommes d'un esprit borné ou vulgaire y sont plus exposés que d'autres parce que leur intelligence et la nature de leurs travaux ne peuvent contre-balancer l'énergie du sentiment, fort respectable d'ailleurs, qui s'est emparé d'eux. Cet amour du pays est plus fort et mieux conservé dans certaines contrées

Sa cause morale.

libres de l'Europe (la Suisse, l'Angleterre) ou dans les campagnes dont les relations avec les centres de civilisation sont rares.

Elle est semblable à la lypémanie.

Tous les symptômes de la lypémanie sans exception s'y retrouvent. L'abattement des forces physiques et morales, l'asthénie de toutes les fonctions, finissent par jeter le malade dans un état fort grave ; il maigrit, se consume dans une mélancolie qu'il dissimule parfois avec soin et dont la cause ne se révèle par des traits certains qu'au moment où on lui parle de son pays et de sa famille. Le mal ne cesse que par le suicide, le marasme ou le retour du sujet dans son pays natal.

Traitement moral.

On n'oppose à la nostomanie d'autre traitement efficace que l'émotion morale qu'on fait éprouver au malade en lui promettant de le faire partir et en tenant scrupuleusement cette promesse le plus tôt possible.

Des monomanies instinctives.

II. Monomanie caractérisée par la prédominance maladive des instincts. — Sous le nom de monomanie impulsive ou instinctive, on doit désigner l'excès, la dépression ou la perversion des instincts naturels chez l'homme. De ce nombre sont les instincts de la conservation individuelle exagérée (amour de soi-même) ou de la destruction (monomanie homicide); de la propriété (monomanie du vol, pyromanie) ; de l'instinct génésique; de l'instinct de la faim.

Excès de l'amour de la conservation.

Quelques hommes poussent à un degré morbide l'amour si naturel de la conservation. Ils veillent avec un soin extrême, ridicule même, à leur santé tout en déclarant qu'ils n'ont pas peur de mourir. Souvent ils ont la sensation d'une maladie imaginaire : telle est la cause de l'hypocondrie que nous étudierons plus loin (hallucinations).

Suicide.

Un état opposé conduit au suicide volontaire, raisonné, différent de la monomanie-suicide dont nous avons déjà parlé.

Monomanie homicide.

On appelle monomanie homicide raisonnante celle qui arrive chez un individu qui n'a pas offert d'autres signes de folie que ceux qui traduisent actuellement son délire. Il est saisi tout d'un coup, comme par accès, du désir impérieux de tuer sa femme, son fils, son meilleur ami ou un inconnu, sans qu'il puisse maîtriser par le raisonnement l'impulsion fatale qui le pousse. Quelquefois une hallucination, une idée qui l'obsède, le pousse au crime ; une fois accompli, il est satisfait, ou bien il a horreur de lui-même et va se livrer à la justice ou se cache.

Pyromanie.

Un autre est invinciblement conduit à détruire par le feu une maison, une meule dont il ne connaît même pas le propriétaire (py-

romanie, πῦρ, πυρός, feu). Cette monomanie est plus fréquente chez les enfants et les filles que chez d'autres. Quelques fous, dans l'aisance et dans une position sociale élevée, dérobent des objets pour les conserver. La grossesse est parfois cause de ce délire (kleptomanie, ou mieux klopémanie, de κλωπεύω, je vole). Kleptomanie.

Le plus déréglé et le plus funeste des penchants morbides est l'instinct de la reproduction. Tantôt il acquiert des proportions considérables, comme on le voit chez un très-grand nombre de sujets qui ne peuvent, par aucun raisonnement, maîtriser cet instinct et se livrent avec fureur, comme on le dit, aux excès vénériens et surtout à la masturbation. Ni la dégradation morale, intellectuelle et physique dans laquelle ils tombent, ni les menaces les plus terribles, ni les atteintes de la maladie ou de la mort ne peuvent les arrêter. Perversion de l'instinct génésique. Masturbation, excès vénériens.

Il existe plusieurs sortes d'aberrations maladives de l'instinct génésique que quelques auteurs ont considérées, peut-être avec juste raison, comme des monomanies impulsives: 1° la philopédie ou pédérastie; — 2° le tribadisme, c'est-à-dire les rapports anormaux et physiques qui peuvent s'établir entre deux femmes; — 3° la bestialité; — 4° l'accomplissement de l'acte reproducteur sur un objet inanimé, une statue, par exemple; — 5° sur un cadavre humain. Les exemples de ce hideux vampirisme sont heureusement rares. Rapports contre nature.

Nous plaçons au rang des monomanies instinctives, chez l'homme, le satyriasis; chez la femme, la nymphomanie.

Satyriasis. — Il est marqué par des désirs vénériens continuels, qui portent le sujet à répéter fréquemment le coït, à l'accompagner d'actes lubriques, de paroles obscènes contraires aux habitudes, au caractère, souvent à l'âge des malades. Si les désirs charnels ne sont pas satisfaits, il se livre à des violences sur les personnes, sur de vieilles femmes ou à la masturbation. Il ne tarde pas à être assiégé par des hallucinations voluptueuses, qui provoquent parfois l'éjaculation spermatique ou excitent fortement tous ses sens et le jettent dans un véritable délire maniaque qui a été dépeint par un romancier célèbre. Le médecin légiste est souvent appelé à dire si les tentatives faites par certains accusés sont le résultat de ce satyriasis involontaire ou de la débauche. Dans le priapisme, l'érection du pénis est continuelle, douloureuse, non accompagnée d'idées érotiques, ni de désirs vénériens. Satyriasis. Ses signes.

Nymphomanie.— De νύμφη, fille nouvellement mariée. Le penchant naturel à l'acte vénérien est poussé chez la femme à un degré tel que, préoccupée sans cesse de tout ce qui a rapport à cet Nymphomanie idiopathique;

acte, elle cherche à exciter les hommes qui l'entourent, par des paroles, par des gestes et des actions les plus lubriques. L'acte une fois accompli, elle est reprise de ses mêmes ardeurs et les satisfait par de nouveaux coïts ou par la masturbation.

symptomatique et sympathique.

Il ne faut pas confondre le satyriasis et la nymphomanie, qui sont des perversions des facultés de l'intelligence et des sentiments, de véritables monomanies, en un mot, avec la masturbation commune chez les aliénés, surtout chez les maniaques, les déments, les idiots. Plus rarement associés à l'érotomanie, ils sont parfois la conséquence de maladies des organes génitaux, d'eczéma des parties sexuelles, d'ascarides vermiculaires, de constipations opiniâtres, de l'usage des cantharides à l'intérieur, ou même à l'extérieur. Le traitement ne saurait être le même dans des cas si différents : le traitement moral dans la névrose; les médicaments, les antispasmodiques, le froid, *intus et extus*, les bains, dans la maladie symptomatique ou sympathique.

MONOMANIE SENSORIALE OU HALLUCINATION.

Définition.

Le trouble de l'intelligence le plus limité, le délire le plus partiel qu'on puisse imaginer, est l'hallucination. Elle consiste essentiellement en un acte psychique ou cérébral qui fait naître chez le malade l'idée qu'un ou plusieurs de ses sens externes ou internes sont impressionnés par un modificateur. Comme nous l'avons dit ailleurs, l'hallucination est un trouble intellectuel, marqué par une perception fausse faisant croire à une sensation qui n'existe pas. (*Pathologie générale*, t. I, p. 381 et 508; Paris, 1857). C'est une fausse *impression*.

Illusion distincte de l'hallucination.

L'illusion y ressemble, en ce que l'acte psychique est troublé comme dans l'hallucination : mais elle en diffère en ce que l'impression est produite; un modificateur a réellement agi sur les sens externes ou internes, seulement la perception altérée interprète mal l'impression. L'encéphale accomplit mal sa fonction : c'est toujours un délire qui d'ailleurs accompagne ou remplace souvent l'hallucination. On a eu pleinement raison d'en faire une variété de l'hallucination (Aubanel).

Des diverses espèces d'hallucination.

L'hallucination est rarement limitée à un seul sens ; elle s'associe à d'autres hallucinations dans des proportions très-variables. Quel-

quefois cependant elle ne porte que sur un seul sens et sur les idées qui ont avec lui quelques rapports. Les malades ont parfois conscience de leur erreur et jouissent de la plénitude de leur intelligence ; les autres, au contraire, croient leur sensation très-réelle, et construisent sur une base erronée un raisonnement très-solide (manie sensoriale). Quelques-uns enfin sont déjà atteints d'une autre forme d'aliénation mentale. Sur 206 aliénés, 106 sont hallucinés (Michea) ; cette proportion est vraie dans la généralité des cas. L'hallucination marque souvent le début de la folie, ou se développe pendant sa durée.

1° des sens externes.

Tous les sens externes et internes en sont le siége. L'ouïe, la vue, sont plus souvent affectées que le goût, l'odorat, le toucher. Il est facile d'imaginer la variété infinie des troubles des sens auxquels donne lieu la manie sensoriale.

Hallucination de la vue, visions.

Sens de la vue. — Il n'est pas d'apparition qui ne puisse se manifester à l'halluciné : un fantôme, un spectre, une tête de mort, un ami, ou bien des animaux naturels, fantastiques, des choses matérielles inanimées ; des fleurs, des fruits, un paysage, un ciel en feu ; ou bien des êtres fantastiques, des anges, des diables, des sorciers, etc. Telle femme est obsédée par un démon qui se livre sur elle à des attouchements lascifs, ou au coït (incube, cauchemar, succube) ; telle autre assiste au sabbat, et décrit tous les personnages qui en font partie (démonomanie). Il est rare que l'hallucination ne porte pas en même temps sur plusieurs sens, dans les actions complexes auxquelles le fou croit se livrer.

De l'ouïe ; voix surhumaine.

Sens de l'ouïe. — Il entend la voix de Dieu, d'un ange, d'un démon familier, d'un esprit qui lui ordonne d'agir d'une manière déterminée ; de tuer son fils, sa femme, un ennemi, ou des individus qu'il entend en réalité, mais dont il interprète mal les paroles (illusion), et dont il suspecte les mauvaises intentions. Les mélancoliques sont souvent poussés à l'homicide ou au suicide par ces fausses perceptions.

Sens : du goût.

Sens du goût. — Le fou refuse de manger ; ses aliments sentent le cuivre, l'arsenic, le soufre ; ils sont empoisonnés. Un ennemi, la police, le diable, altère ses boissons, ses aliments. Les personnes qui l'entourent sont payées pour le faire mourir ainsi, et il s'en venge parfois en les tuant.

De l'odorat.

Sens de l'odorat. — Les mêmes odeurs poursuivent quelques hallucinés ; ils sentent l'odeur de la putréfaction que dégagent leurs aliments, leur propre corps, le parfum des fleurs, l'odeur du char-

bon. Dans toutes ces formes bizarres l'illusion est souvent placée à côté de l'hallucination.

1° Hallucination de la sensibilité générale.

Sensibilité générale. — Combien de fous ne sont-ils pas tourmentés par des animaux qui rampent sous la peau, par des farfadets, des insectes, des vers? Quelques-uns parviennent à les saisir, à les enfermer dans des boîtes, dans des bouteilles. Toutes ces sensations bizarres que peut enfanter la perception délirante se montrent aussi chez les mélancoliques, les maniaques et dans l'hypocondrie, dont nous parlerons plus loin.

2° Hallucination des sens internes.

Les *sensations internes* délirantes ne sont ni moins nombreuses ni moins constantes que les premières. La présence d'animaux, de diables, d'insectes, situés à l'intérieur du corps, est aussi rapportée par les malades au cœur, à l'estomac, au foie, à l'utérus et aux organes génitaux internes. Des femmes ressentent une vive volupté ou des douleurs affreuses dans leurs relations avec des êtres surnaturels (incube et succube). Quelques-unes se croient enceintes, sentent remuer leur enfant; celle-ci accuse un individu de l'avoir violée; une autre s'est livrée volontairement au diable (sorcellerie). Nous ne ferons qu'indiquer, parce que nous devons y revenir plus loin, toutes les hallucinations et illusions internes que l'hypocondriaque éprouve dans l'estomac, le cœur, les organes génitaux: soif, faim, instinct de la conservation, etc.; tout est exagéré, transformé d'une façon à peine croyable par ce malade imaginaire.

Succube; incube.

Hallucination et illusions chez l'hypocondriaque.

Divisions. — Nous ne parlons pas seulement de l'hallucination au point de vue de la folie, nous prétendons en faire la description comme de toute autre maladie; or le médecin ne doit jamais oublier que ce trouble mental peut être : 1° idiopathique, essentiel; 2° symptomatique; 3° sympathique.

Hallucination idiopathique.

1° Presque physiologique.

1° *Hallucination essentielle.* — Telle est d'abord celle qui est si bien circonscrite à une seule idée, que l'homme qui en est affecté reste supérieur cependant aux autres hommes par sa raison et ses hautes facultés. Il s'appellera Socrate, Numa, Mahomet, Luther; et, s'il réussit dans son entreprise, il sera considéré comme un génie du premier ordre; s'il échoue, comme un imposteur. Dans tous les cas, il ne saurait être appelé un fou.

2° Hallucination hypnagogique (de ὕπνος, sommeil).

Un autre halluciné, qui n'est pas non plus un fou, est celui dont les facultés cérébrales, fortement excitées par un travail intellectuel de longue durée, par une passion vive ou par une perception insolite, subite et violente, a, pendant son sommeil agité ou même pendant la veille, malgré la droiture de son raisonnement, une ou plu-

sieurs hallucinations. Elles sont ordinairement en rapport intime avec le genre d'occupation auquel se livre l'halluciné. L'idée folle tient à l'excitation continue du cerveau; elle n'a qu'une durée courte, parce que la raison en fait promptement justice. Elle peut cependant avoir sur le moment des conséquences funestes.

3° Hallucination morbide dans les diverses formes de la folie.

La troisième espèce est un des troubles ordinaires de la folie, soit qu'elle la constitue en totalité (monomanie sensoriale), soit qu'elle ne fasse qu'accompagner les autres formes de la maladie. La monomanie est celle qui y donne lieu le plus souvent (sur 300 fous, 248 hallucinés, Brierre de Boismont); viennent ensuite la manie, la démence, la paralysie générale. Dans ces trois dernières maladies mentales, les hallucinations sont fugaces, peu durables, mal accusées, et roulent sur des objets assez disparates. Elles n'ont pas la forme ni la persistance du délire sensorial. Nous avons à peine besoin de dire que les lésions anatomiques font entièrement défaut.

2° Hallucinations symptomatiques:

1° D'une altération du cerveau.

2° *Hallucinations symptomatiques.* — Nous trouvons d'abord les maladies cérébrales dans lesquelles existe une lésion évidente : ainsi l'hypérémie, l'encéphalite, l'hémorrhagie, ou plutôt son foyer sanguin, s'accompagnent souvent d'hallucinations de la vue, de l'ouïe, du toucher; les raies de feu, les anneaux colorés, les taches de sang, les bruits de cloche, sont des symptômes de ce genre. La méningo-céphalite simple ou épidémique les provoque assez souvent. Il en est de même des tumeurs cérébrales, des fongus de la dure-mère, etc. Peut-être convient-il d'attribuer à des congestions encéphaliques le mirage égyptien et toutes les visions singulières que présentent les soldats et les voyageurs, sous l'empire de l'insolation et des chaleurs très-fortes (calenture, délire, suicide, etc.).

2° D'une névrose.

A côté des lésions matérielles du cerveau se placent toutes les névroses qui déterminent si souvent l'hallucination. Elle est parfois terrible chez l'épileptique, et le porte, au sortir d'une attaque violente ou d'un simple vertige, à tuer un individu (visions, voix). L'aura est-elle autre chose qu'une hallucination ou une illusion? Qui ne sait que l'hystérique, parfaitement saine d'esprit, a des hallucinations, sent des odeurs fétides, trouve aux aliments une saveur singulière (Briquet); que des choréiques ont souvent les visions les plus pénibles (fantômes, animaux, sorciers) le soir, pendant le sommeil (Marcé); enfin que l'hypocondrie a pour caractère principal une hallucination?

Aura épileptique.

Hystérie.

Chorée.

3° D'une altération du sang.

Combien est fréquent aussi le délire des sens chez les pléthoriques, chez ceux dont la circulation cérébrale est gênée par une maladie du cœur (voy. *Hypérémie cérébrale*), et surtout chez les anémiques qui

ont perdu leur sang avec promptitude et en grande quantité ? Quelquefois le délire est général, mais souvent aussi il est partiel, roule sur des sujets agréables (J.-J. Rousseau), parfois pénibles, effrayants.

L'inanitié, c'est-à-dire celui dont la nutrition est affaiblie à un point extrême par la diète, volontaire ou involontaire, par le traitement déplorable qu'on lui a fait subir, tombe en proie aux plus singulières hallucinations. L'extatique, macéré par le jeûne et la souffrance, voit la Vierge et croit à tous les miracles; le naufragé aperçoit des terres fertiles; le convalescent, une table bien servie; il sent l'odeur des mets savoureux; enfin celui qui meurt de faim est assailli par des hallucinations de tous genres, pénibles ou agréables, qui contrastent avec sa triste position.

Intoxications diverses.

Presque tous les poisons, en pénétrant dans le sang, donnent lieu à des hallucinations prononcées. Personne n'ignore que l'alcool cause des visions étranges, que l'opium procure souvent des rêves agréables,

Alcool ; haschisch.

que le haschisch est suivi des mêmes effets, que les solanées vireuses, la belladone, la jusquiame, la mandragore, le stramonium, donnés à doses suffisantes, enfin que des poisons métalliques, comme le plomb et ses composés, l'arsenic et le protoxyde d'azote, peuvent exciter, d'une manière durable ou passagère, un délire complet des sens. On a même cité des exemples de ces troubles cérébraux dans l'intoxication paludéenne. La nature et le siége de l'hallucination ne peuvent faire reconnaître l'agent toxique qui l'a déterminée.

3° Hallucination sympathique ;

Le délire sensorial se montre, chez quelques sujets nerveux, à l'occasion des moindres mouvements fébriles; chez les enfants, au début de la plupart de leurs maladies : dans le typhus, où il prend parfois une

des fièvres; des exanthèmes, etc.

forme distincte et limitée (typhomanie); dans la fièvre typhoïde, plus rarement dans la peste, les fièvres exanthématiques; souvent il se montre dans la période terminale de la phthisie pulmonaire, des maladies du cœur.

de l'état puerpéral ;

C'est surtout dans le cours de la grossesse qu'on voit des femmes prédisposées, par l'hérédité ou par une attaque antérieure, offrir tous les signes de l'hallucination d'un ou de plusieurs sens, dont la forme d'ailleurs n'a rien de spécial (Marcé). Nous en dirons autant de celle qui se déclare après le travail de l'accouchement et durant la lactation.

des maladies de l'intestin ;

Nous signalerons aussi, comme causes de ce symptôme, les maladies organiques du tube digestif, de l'estomac et du foie en particulier, la

de l'utérus.

présence d'un ténia, d'un lombric, une affection chronique de l'utérus. Il n'en faut pas davantage pour expliquer les illusions étranges

de la sensibilité chez quelques sujets atteints de ces maladies et chez les hypocondriaques, dont le mal est sympathique d'une lésion viscérale très-réelle. Dans tous les cas de ce genre, l'hallucination est une illusion, parce que la maladie interne est une source incessante d'impressions pénibles, quoique mal appréciées par le sensorium commun. (Voy. *Hypocondrie.*)

Traitement : suivre l'indication. Combattre la maladie protopathique.

Traitement. — Subordonné entièrement à la connaissance de la cause du trouble psychique, il ne saurait être le même dans les trois ordres de faits que nous venons d'examiner. Une maladie cérébrale ou des méninges, congestive, inflammatoire, sera combattue par les saignées générales et locales, et, si l'hallucination en dépend, elle cédera. La pléthore, l'anémie, l'asthénie, la convalescence, l'inanition, requièrent des médications différentes, qui seront efficaces si l'hallucination tient réellement à ces causes. Elle pourra également diminuer, cesser même, si l'on peut avoir prise sur la maladie viscérale, dont elle est le phénomène sympathique. On a vu des femmes guérir de leur hallucination après un traitement efficace de l'affection utérine, après l'accouchement ou par la lactation.

Traitement moral.

Le traitement moral, qui n'est autre que celui de la folie, est loin de réussir dans les cas de monomanie, de manie, ou dans les autres formes de folie. Il faut cependant y insister avec persévérance chez les hallucinés, et appeler à son aide les narcotiques, la belladone, le datura spécialement.

Bibliographie.

Bibliographie. — On trouvera les documents les plus essentiels sur le délire des sens dans les ouvrages suivants : Aubanel, *Essai sur les hallucinations*, thèse, Paris, 1839; — Lélut, *du Démon de Socrate*, 1856; — Michea, *du Délire des sensations*, 1848; — Moreau, *du Haschisch, etc.*, Paris, 1845; — Baillarger, *Mémoires de l'Acad. de méd.*, t. XII, p. 273; — Brierre de Boismont, *des Hallucinations;* — Maury, *de Certains Faits observés pendant les rêves, etc.*, *Annal. méd. psychol.*, 1857.

NOSOMANIE.

Étymologie. Nosomanie, de νόσος, maladie; manie de la maladie.

Synonymie. Maladie imaginaire, et mieux, nosomanie, nosophobie (de νόσος, et φόβος, crainte); hypocondrie (de ὑπό, sous, et χόνδρος, côté), à cause du siége supposé du mal.

Définition.

Définition. L'hypocondrie est une véritable monomanie senso-

Hallucination et illusion.

riale, qui fait croire au sujet qu'il est atteint d'une maladie dont il sent et décrit les symptômes. Elle tient tantôt à une véritable hallucination d'un sens externe ou interne, tantôt à une illusion qui a sa source dans une impression morbide, réelle, mal interprétée et exagérée par le cerveau en délire. Il en résulte, dans tous les cas, un état mental compatible avec une raison saine sur les autres points, mais qui jette le malade dans une méditation continuelle sur la maladie qu'il suppose exister en lui et dont la gravité l'alarme.

Nosomanie : 1° idiopathique ; 2° sympathique.

Pour bien comprendre la nature de cette monomanie, il faut savoir qu'elle peut être : — 1° idiopathique, essentielle, constituer une névrose cérébrale, primitive, semblable aux autres monomanies; — 2° se trouver sous la dépendance sympathique d'une maladie viscérale de l'estomac, d'une névrose, de l'hystérie, de la gastro-entéralgie. Aucune lésion, d'ailleurs, n'existe dans la nosomanie. Elle appartient donc, à tous les titres, à l'étude des névroses cérébrales, et en particulier des hallucinations.

Symptômes.

Symptômes. — On doit s'attendre à trouver dans le tableau des symptômes cette variété de formes et d'accidents qui se montrent également dans toutes les névroses ; nous en dirons seulement les principaux traits. On a prétendu les subordonner à des périodes distinctes qui ne sont que des degrés plus ou moins intenses de la maladie.

Pas de périodes.

Symptômes :

Il faut partir de ce fait général, à savoir que la perception morbide ou l'hallucination (et ce mot comprend aussi pour nous l'illusion) est la cause : — 1° d'un certain nombre, quelquefois de la totalité des symptômes accusés par le malade ; — 2° d'un autre ordre de phénomènes morbides qui tiennent à la perturbation du système nerveux ; nous appellerons les premiers *hallucinatoires*, les seconds *névropathiques* secondaires ou consécutifs. Cette distinction nous paraît fondamentale ; elle n'a pas frappé les auteurs.

1° hallucinatoires ; 2° névropathiques secondaires.

I. Symptômes hallucinatoires ou cérébraux.

I. *Symptômes hallucinatoires.* — Ils peuvent avoir pour objet toutes les sensations externes et internes. On peut juger ainsi du nombre prodigieux de symptômes qui vont naître dans le cerveau du malade et passer ensuite dans le récit interminable qu'il va en faire au pauvre médecin. Toutes les minuties, toutes les subtilités, toutes les extravagances dignes de la plume de Molière, peuvent y figurer suivant l'éducation, l'instruction, les lectures, les habitudes, la profession du nosomane, ou les préjugés régnants.

Ils sont l'origine et la fin du cercle pathologique.

La maladie commencera, par exemple, par tous les signes imaginaires d'une maladie cérébrale (vertiges, bleuettes, céphalalgie, engourdissements des pieds), ou d'une syphilis. Bientôt les pensées et l'innerva-

tion cérébrale se concentreront sur cette hallucination, au détriment de la digestion et de la nutrition; alors on verra paraître tous les symptômes de la dyspepsie la mieux prononcée. Le cerveau en délire ne laissera pas perdre la fatale occasion d'ajouter à la liste des phénomènes hallucinatoires ceux malheureusement trop réels qui viennent de surgir ainsi dans les viscères. Le cercle pathologique ainsi composé d'hallucination et de maladies réelles ne se fermera plus et la collection des symptômes nosomaniaques s'accroîtra chaque jour. Idée générale de la nosomanie

Qu'on remarque bien surtout le retentissement de la souffrance cérébrale sur l'appareil digestif. La dyspepsie qui en résulte est vivement ressentie par le malade. Il ne demande pas mieux que d'en parler et de la décrire. Cette dyspepsie a donné le change à un grand nombre d'auteurs qui n'ont pas hésité à y voir la cause de la nosomanie. Ne nous arrêtons pas à une pareille erreur. Influence sympathique sur le tube digestif. La dyspepsie et l'hypocondrie sont des effets sympathiques.

Parmi les symptômes hallucinatoires, on voit figurer séparément ou associés, en proportions diverses: — 1° *Troubles de la vision.* Le malade ne peut plus lire; les lettres se mêlent, se colorent, se rapetissent; le soleil cause la cécité; il faut l'obscurité ou la lumière artificielle pour voir; tous les oculistes sont consultés. — 2° *Troubles de l'ouïe.* Excepté le tintouin, les bruits divers, les sifflements, il est rare que les malades entendent des voix, des injures, ou alors on doit craindre la folie; seulement les bruits extérieurs deviennent insupportables, le nosomane change à chaque instant d'habitation. — 3° *Troubles de l'odorat, du goût.* Quelques-uns s'imaginent que leur corps exhale une odeur putride, ils sont poursuivis par de mauvaises odeurs; d'autres trouvent aux aliments un goût affreux, qu'ils rapportent parfois à des substances vénéneuses introduites pour les faire mourir. — 4° *Troubles de la sensibilité générale.* Elle est plus souvent lésée que celle des sens. Il n'est presque pas de nosomane qui ne soit tourmenté par une céphalalgie affreuse, dont il décrit les mille variétés, par des douleurs dans diverses parties du visage, par des fourmillements dans les membres, sous la peau, des convulsions, des paralysies qui rendent le corps insensible, les membres incapables de le porter. Ils ressentent une chaleur intolérable dans tout le corps; ils se lavent à l'eau froide ou restent nus dans leur habitation. Sensations externes. Troubles de la vision, de l'ouïe, de l'odorat, du goût.

Qu'on imagine tout ce que peut fournir de symptômes la perception délirante que le malade va rapporter à tous les appareils ou même à des organes limités, mais parfaitement sains. Que sera-ce donc lorsqu'il se croira atteint d'une ou de plusieurs des maladies com- Troubles des sens internes.

prises dans le cadre nosologique, ou de celles qui surviennent épidémiquement? Après avoir créé des sensations qui n'existent pas, ou après avoir transformé, en les défigurant, celles qui existent, il dira qu'il est pris de fièvre typhoïde, de choléra, de grippe, de suette, etc. Ainsi malheureusement pourra s'étendre pour lui le champ déjà si vaste des maladies imaginaires.

Nosophobie intestinale;

C'est sur l'appareil digestif que portent le plus souvent les sensations morbides; le malade examine sa langue, ses crachats, fait un choix minutieux de ses aliments, de ses boissons. S'ils pèsent à l'estomac, il les change, il s'en abstient, il en diminue la quantité; il finit par observer la diète, parce que le viscère, brûlant, sensible à la pression, plein de gaz, etc., ne peut plus rien supporter. La constipation, le nombre, la nature des selles, l'action de toutes les drogues que lui prodiguent les charlatans, sont le sujet habituel de ses méditations.

hépathique; cardiaque; pulmonaire; génito-urinaire.

Les maladies du foie, avec tous leurs symptômes; celles des voies respiratoires, circulatoires, du cœur en particulier, la phthisie, l'asthme, les anévrismes, les palpitations sont ressentis par le nosophobe. D'autres, en plus grand nombre, se sentent atteints de maladies des organes génitaux, de blennorrhagie, de pertes séminales, de syphilis, de calculs dans les reins, dans la vessie, d'affection de l'utérus; d'autres éprouvent tous les signes de la grossesse. Ils passent ainsi en revue toutes les maladies du cerveau et de la moelle épinière, sans compter les affections rhumatismales, goutteuses, la rage, la morve et toutes les maladies dont on leur a parlé, comme les paralysies, le diabète, l'albuminurie, la fièvre typhoïde, ou les épidémies régnantes de fièvre puerpérale, d'érysipèle, de choléra, etc. Cette énumération suffit pour donner une idée générale de ce que peut être la symptomatologie de la nosomanie.

II. Symptômes secondaires, sympathiques.

II. *Symptômes consécutifs et sympathiques.* — Il est impossible que le centre nerveux soit troublé longtemps dans sa fonction, sans que bientôt les autres appareils n'en éprouvent une influence notable. Le premier de tous est l'appareil digestif, vers lequel on voit se développer, très-rapidement et d'une manière intense, tous les signes d'une gastro-névrose, qui n'appartient pas en propre à la nosomanie (Cullen), quoique le sujet y place souvent, tout d'abord, le siége de son mal. Il donne lieu à tous les symptômes de la gastralgie, depuis les sensations les plus insignifiantes jusqu'à la douleur la plus vive (chaleur, gastrodynie, pyrosis, anorexie, pica, malacie, boulimie); — à des nausées et des vomissements, à la production de gaz qui gonflent fortement l'épigastre, l'hypocondre, ou la totalité du

Névrose gastro-intestinale.

Gastro-entéralgie et dyspepsie.

Forme hypocondriaque.

ventre ; — à des éructations, à un météorisme pénible, etc. Il en résulte un trouble plus ou moins marqué de la digestion, une dyspepsie qui a reçu le nom de flatulente, lorsqu'elle est accompagnée de sécrétion de gaz; mais toutes les formes de dyspepsie peuvent s'y rencontrer.

Chloro-anémie. Émaciation.

La nutrition générale ne tarde pas à se troubler également, sous l'empire, soit de l'abstinence volontaire et de la mauvaise digestion, soit de l'innervation cérébrale. Les malades pâlissent; ils finissent par offrir tous les signes de la chloro-anémie ; ils perdent sensiblement de leur embonpoint, de leurs forces; se plaignent de palpitations, de bruits d'oreille, d'essoufflement, de lypothymie, de syncope. La respiration est gênée, suspirieuse ; les sujets éprouvent des douleurs pectorales, de l'anxiété, de l'oppression ; le pouls est variable, mais point fébrile, non plus que la chaleur du corps, qui offre des alternatives d'élévation ou d'abaissement, sensibles seulement pour le malade. Souvent il est glacé, se chauffe à un grand feu, se fait transpirer d'une manière ridicule, ou bien il ouvre les fenêtres et cherche l'air extérieur. La peau est habituellement sèche, froide ou brûlante, peu sensible au contact; l'urine, naturelle, pâle, aqueuse, comme dans l'anémie, ou exempte de toute altération. Chez la femme, les menstrues coulent régulièrement; chez l'homme, on observe peu de propension à l'acte vénérien; la plupart s'en abstiennent soigneusement, dans la crainte d'accroître leur maladie. Celle-ci d'ailleurs est souvent amenée par des excès ou par la masturbation, qui tempèrent l'ardeur vénérienne. Les pollutions nocturnes et diurnes, fréquentes dans la nosophobie, causent une frayeur extrême au malade et une faiblesse générale qui le tourmente beaucoup.

Température.

Rapports sexuels ; spermatorrhée.

Troubles cérébraux.

Les facultés intellectuelles sont toujours parfaitement conservées, surtout au début de la maladie. Les sujets se livrent à leurs travaux habituels, sans que rien fasse soupçonner leur monomanie. Bientôt leur moral s'altère; à force de concentrer leur pensée sur une maladie qu'ils croient redoutable ou mortelle, ils deviennent tristes, indifférents à tout, égoïstes, ne pensent plus qu'à leur mal, consultent les médecins, auxquels ils décrivent, dans un langage et avec une expression qui les font aisément reconnaître, les souffrances affreuses qu'ils endurent réellement par le cerveau, sinon par les sens. Après avoir accordé une confiance, un respect illimité aux médecins qui ne peuvent les guérir, ils se donnent aux charlatans les plus effrontés, se gorgent de toutes les substances vantées par les journaux, lisent

attentivement les livres de médecine, changent tous les jours de traitement, etc.

Marche et terminaison
Heureuse; malheureuse.

Si l'on parvient à donner à leur esprit une meilleure direction, à leur corps une occupation physique; si quelque passion vient à les troubler, ils peuvent guérir radicalement. Cette heureuse terminaison a lieu quand l'hallucination est limitée et les troubles sympathiques encore peu considérables. Il n'en est plus de même si ce trouble est porté à un degré extrême, ou bien encore si la monomanie se complique de mélancolie, de démence.

Rémissions.

La nosomanie est une maladie de longue durée, qui se prolonge pendant plusieurs années, pendant la vie entière, avec des rémissions et des exacerbations très-manifestes, amenées par le traitement et par toutes les péripéties de l'existence sociale.

On a dit qu'elle pouvait se terminer par une maladie du cœur, de l'estomac, du foie, du poumon, du cerveau même; nous croyons qu'en pareil cas la nosophobie était sympathique d'une de ces maladies restées latentes ou encore réduites à des symptômes légers.

Complications.
Lypémanie.

Hystérie.

La complication de la mélancolie avec la nosophobie se fait reconnaître par la tendance au suicide, qui est bien rare dans la dernière maladie. L'hystérie peut également se superposer à la nosomanie. La boule, les convulsions, la perte de connaissance, la diminution, la disparition même des craintes imaginaires qu'éprouvait la malade, caractérisent la première affection.

Diagnostic.
Dyspepsie.

Diagnostic. — Il est aisé de confondre la dyspepsie avec la nosomanie à forme hypocondriaque. Dans la dyspepsie, le trouble cérébral ne se montre que longtemps après les symptômes gastro-entéralgiques et ne constitue pas le symptôme prédominant. On rencontre des cas où il est difficile de dire quelle est la maladie protopathique. La dyspepsie peut à elle seule faire naître la nosomanie.

Hystérie.

Lypémanie.

L'hystérique, loin de se trouver malade et de grossir, par ses paroles, la gravité de son mal, ne s'en aperçoit pas; elle n'accuse que des douleurs et des symptômes réels. Un lypémaniaque ressemble beaucoup à un nosomane; cependant ses hallucinations sont persistantes, changent peu.

Etiologie.
Nosomanie : 1° sympathique;

Etiologie. 1° *Nosomanie sympathique.* — Il est rare qu'une lésion bien déterminée, soit aiguë, soit chronique, produise la nosomanie. Cependant nous avons observé assez souvent, au début des maladies du cœur, de l'estomac, de l'utérus, et même jusqu'à une époque assez avancée, des troubles de l'intelligence qui rappellent ceux de la nosophobie. Chez quelques sujets pusillanimes, la spermatorrhée, l'impuis-

sance, la syphilis, se compliquent d'accidents semblables : les névroses gastro-intestinales, l'hystérie, les congestions chroniques du foie, la lithiase biliaire, sont dans le même cas.

2° idiopathique. Hérédité.

2° *Nosomanie idiopathique.* — L'hérédité est une cause incontestable de la maladie, mais en ce sens qu'elle peut provenir d'une névrose cérébro-spinale de forme toute différente, comme les autres monomanies (épilepsie, folie, convulsions, etc.).

Age; sexes.

Très-rare avant l'âge de vingt ans, elle devient plus fréquente de trente à quarante; elle l'est plus chez l'homme que chez la femme. L'âge critique y prédispose.

Causes intellectuelles et morales.

Une cause qui a paru à tous les auteurs amener souvent la nosomanie, est le travail intellectuel excessif, portant sur la littérature, les arts, et tout ce qui exige une forte et continuelle tension de l'esprit. Mais, sur la même ligne, vous trouvez l'ambition, l'amour de l'argent, l'ignorance, l'égoïsme, le désœuvrement lorsqu'il succède à une vie laborieuse, ou lorsqu'il est le fruit d'une grande fortune héréditaire que ne vient pas embellir la culture des lettres ou des sciences. Pour prévenir une telle maladie, l'éducation est plus puissante encore que l'instruction, parce qu'elle développe les facultés morales et affectives, et force l'individu à répandre sur sa famille et sur les autres les bienfaits de cette éducation. Les célibataires, les militaires, les marins, vivent trop souvent dans une oisiveté qui engendre la maladie. Nous en dirons autant de l'excitation du système nerveux causée par des excès vénériens répétés ou longtemps prolongés ou par la masturbation. La vie crapuleuse, les orgies, le libertinage, après avoir duré un temps variable pour chacun, finissent par amener la nosomanie ou toute autre névrose mentale, telle que la lypémanie ou le suicide.

Désœuvrement; égoïsme, etc.

Excès vénériens, masturbation.

Pays froids, brumeux, despotiques.

Les pays froids, brumeux, avec leur ciel toujours sombre, comme l'Angleterre, la Hollande, la Russie, renferment beaucoup de nosophobes. Cependant ils ne sont pas moins nombreux dans les contrées que le soleil éclaire et réchauffe, mais que le despotisme religieux ou politique tient dans la servitude. Nous n'avons pas besoin de nous livrer sur toutes ces causes à des développements et à une phraséologie que le médecin philosophe sait parfaitement reléguer loin des faits positifs.

Traitement :

Traitement. — Voici encore une de ces maladies qu'on ne guérit pas avec des drogues ; *fuge medicamina, et sanaberis*, dit avec raison Montanus. Il ajoute : *fuge medicos*, ce qui est encore vrai, si le médecin ne comprend pas que la nosomanie est une de ces affections réelles, il est vrai, mais sous la dépendance d'un trouble mental, et

que c'est à la fois à une bonne hygiène et à un traitement moral qu'il doit s'adresser, s'il veut guérir le malade.

1° hygiénique; 1° Faire agir l'appareil musculaire par la marche, la promenade, les voyages; recommander les exercices de corps (jeux, gymnastique, arts manuels, etc.); 2° prescrire une alimentation substantielle, le vin, les boissons amères, sans s'arrêter aux préoccupations du malade; 3° exciter les fonctions cutanées, la sudation par les mouvements et des vêtements convenables : telle est d'abord la meilleure partie du traitement.

2° moral. 2° Le traitement moral exige du médecin une fermeté de caractère supérieure à tous les obstacles que le nosophobe va lui opposer. Il lui prescrira de se mettre à un travail intellectuel régulier (lecture, spectacle, musique) ; de quitter la solitude pour aller dans le monde ; de se créer une profession, s'il n'en a pas, ou de reprendre celle qu'il avait ; de ne jamais rester seul un instant, etc. Il le plaindra de sa maladie, à l'existence de laquelle il ne doit pas hésiter à croire ; il aura recours pour la combattre à des médicaments antispasmodiques, légèrement narcotiques ou insignifiants, qui feront penser au malade qu'il le traite énergiquement, tandis qu'il agira fortement et réellement sur son intelligence par les soins que nous avons indiqués. En même temps il remontera les forces, ou tonifiera le système nerveux, par les ferrugineux, le quinquina, les amers, les bains froids de rivière et de mer, et surtout par l'hydrothérapie, qui rend d'immenses services en faisant cesser la gastro-entéralgie.

Traitement par concession ; La névrose cérébrale est très-réelle. Le médecin ne peut pas considérer comme des sensations vraies les hallucinations ; mais comme, en définitive, elles constituent la maladie, il doit les admettre devant le malade, afin de l'astreindre à suivre exactement ses prescriptions. Il lui fait momentanément cette *concession* pour gagner sa confiance, pour lui être utile, à un jour donné, en lui annonçant que la maladie dont il était atteint est en bonne voie ou entièrement guérie. Si le nosomane ne se rend pas, il doit lui déclarer que la maladie n'existe pas, lui en fournir les preuves et lui faire comprendre que c'est le cerveau en délire qu'il faut traiter avant tout. Quant au traitement par *intimidation*, par *contrainte*, il ne peut être utile que dans le cas où la maladie, parvenue à un degré avancé, est incurable et tient déjà de la lypémanie ou de la folie.

par intimidation.

Nosomanie sympathique. La nosomanie sympathique est plus facile à guérir, à cause de la lésion parfois curable qui y donne lieu.

Troubles sympathiques; dyspepsie. Quelques-uns des troubles fonctionnels excités par la maladie prin-

cipale, la dyspepsie, la spermatorrhée, l'anémie surtout, exigent un traitement particulier utile en pareil cas. Ce qui occupe le plus le malade et le médecin est le trouble gastrique qui nécessite évidemment une médication à part, mais subordonnée à la névrose cérébrale.

Lectures. — Willis, supérieur à Sydenham, sous tous les rapports, a une idée assez exacte des troubles du système nerveux. La plupart des auteurs, préoccupés surtout de la dyspepsie, ont placé le siége de la maladie dans les hypocondres ; Broussais, plus tard, dans l'estomac. Cullen voit très-nettement qu'il consiste en un trouble de l'esprit; sa description est excellente : *Éléments de médecine pratique.*— La même idée a été soutenue par les auteurs qui ont publié les meilleurs ouvrages : Georget, *de la Physiologie du système nerveux*, etc., 1821, et *Diction. de méd.*, 1re et 2e édit.; Falret, *de l'Hypocondrie et du suicide*, Paris, 1822, et surtout Michea, *Traité pratique, dogmatique et critique de l'hypocondrie*, Paris, 1845. **Bibliographie.**

POLYMANIE.

Manies. — Nous avons décrit les troubles de l'intelligence plus spécialement caractérisés par un délire local, circonscrit, jusqu'à un certain point, dans une ou plusieurs idées. Parlons maintenant de celui qui comprend toutes les facultés intellectuelles, de la manie. **Manie.**

La manie est une folie aiguë qui donne lieu à un délire général, avec excitation de la volonté, du mouvement et de presque toutes les fonctions. Souvent, à travers le trouble mental universel, on voit prédominer certaines idées ambitieuses, religieuses, érotiques, gaies, de suicide, etc. Les mêmes formes, ou des formes variables, naissent indifféremment sous l'empire de causes identiques ; ainsi l'alcool, l'état puerpéral, l'épilepsie, l'hystérie, à part quelques symptômes qui tiennent à la maladie protopathique, donnent lieu aux symptômes propres de la manie. **Définition.**

La *manie* se montre souvent de vingt à trente années chez des sujets dont le caractère bizarre, l'esprit aventureux, l'imagination exaltée, ont frappé tout le monde, ou bien elle éclate tout à coup sous l'influence d'une émotion morale quelconque, par des paroles extravagantes, par des gestes nombreux, violents, accompagnés de vociférations, de menaces, qui obligent les assistants à s'emparer du malade afin de le maintenir et l'empêcher de déchirer ses vêtements, de frap- **Symptômes.**

Fureur maniaque ou folie furieuse.

per, de briser, de mordre ou de se tuer contre la muraille. Cette fureur maniaque ne vient ordinairement que par accès et ne persiste pas.

Incohérence et exaltation.

Ce qui caractérise surtout la manie, c'est, d'une part, l'incohérence, la mobilité excessive et l'exaltation des idées, avec une agitation correspondante, dans les discours et surtout dans les mouvements. Ils entendent des voix qui leur donnent des ordres impérieux ; ils tuent leurs proches, leurs enfants, pour y obéir. Les hallucinations de tout genre, de l'ouïe, de l'odorat, du toucher, leur font commettre des actions

Insensibilité.

criminelles. Ils restent insensibles aux impressions de l'air, aux coups, aux blessures graves qu'ils se font. Ils marchent continuellement, s'agitent le jour et la nuit. Leurs membres, leur visage, sont parcourus par des convulsions ; ils deviennent épileptiques et dan-

Convulsion. Variation du pouls.

gereux. Le pouls est variable ; loin d'être toujours fébrile, même pendant les accès, il est naturel ou accéléré mécaniquement par les efforts, etc. Il en est de même de la température et de la respiration. Les malades exhalent une odeur infecte, due à la transpiration qui est abondante, à la malpropreté surtout. Ils mangent avec appétit, voracité, salement et digèrent bien. Ils crachent continuellement sur les

Salivation et sputation.

objets et les personnes qui les entourent ; leur bouche laisse échapper des quantités souvent considérables de salive. Les fonctions génitales sont excitées chez les femmes ; des gestes obscènes, l'expression du visage, la masturbation, sont les signes de cette excitation. La malpropreté excessive, l'embonpoint ou l'amaigrissement, la débilitation extrême qui suit la période d'excitation, sont les signes de l'état aigu. Le retour du sommeil et de la tranquillité de corps et d'esprit marquent la fin des accès maniaques.

Petite manie.

Tous sont loin d'offrir une excitation générale pareille à celle que nous venons de décrire. On en trouve qui sont bavards, incompréhensibles ou nuls ; d'autres tracassiers et occupés sans cesse à faire des méchancetés hypocrites et basses ; quelques-uns sombres et tout à fait semblables à des lypémaniaques, mais sans idées suivies ; ceux-ci remarquables par leur délire ambitieux, érotique, etc.

Marche. Manie intermittente transitoire ;

La manie n'a aucune période distincte ; l'ataxie existe dans les symptômes aussi bien que dans la marche. Cependant on observe tantôt un accès aigu qui dure quelques semaines, cesse par le retour à la santé et ne revient que plusieurs mois ou années après ; tantôt, et c'est le cas le plus ordinaire, il y a rémission dans les symptômes ; l'agitation n'a lieu que la nuit ou seulement tous les deux jours (lunatiques). La mort arrive rarement pendant l'accès, mais

rémittente ;

souvent dans l'année à partir du début. Certains maniaques très-agités vivent longtemps; d'autres tombent dans la démence la plus déplorable et la plus complète, avec ou sans paralysie; chez quelques-uns l'intelligence est dégradée à un point extrême; les accès maniaques cessent. chronique.

On trouve dans la manie simple des lésions très-différentes qui la rapprochent cependant de la phlegmasie aiguë de l'encéphale: telles sont l'hypérémie de la couche corticale et de la pie-mère, quelquefois un ramollissement très-prononcé, une teinte ardoisée et grisâtre de la substance grise; l'induration de ces mêmes parties, des épanchements séreux, parfois sanguinolents. On voit, après des accès aigus qui emportent les sujets, une vive injection et un ramollissement de toute la périphérie du cerveau. Chez un très-grand nombre de maniaques, la lésion fait entièrement défaut. **Altérations anatomiques variables.**

DÉMENCE.

Maladie du cerveau qui détermine un affaiblissement lent et graduel de toutes les facultés de l'intelligence et de la sensibilité. **Définition.**

« La démence est le dernier terme de toutes les affections cérébrales un peu graves, de toutes les vésanies et de la plupart des maladies chroniques de l'encéphale qui demeurent incurables. » (Calmeil.) On ne saurait donner une idée plus juste et plus précise de la maladie que nous allons étudier, et pour laquelle il est plus indispensable encore que pour toute autre de maintenir nos divisions habituelles (démence symptomatique, sympathique et idiopathique ou démence simple). **Idée générale.**

Étiologie. 1° *Démence symptomatique.* — Elle tient à un grand nombre d'altérations du cerveau ou des méninges, les unes évidentes, les autres si légères qu'il faut apporter une grande attention pour les trouver. On doit à M. Parchappe la démonstration d'un fait presque constant, l'atrophie portant sur le cerveau en totalité. L'organe diminue de volume ou ses circonvolutions seulement, qui deviennent moins hautes, moins épaisses, en même temps que les anfractuosités s'effacent et que leur fond s'élève. L'atrophie porte aussi sur la substance grise et blanche, sur la première surtout; la blanche alors finit par constituer la surface même des circonvolutions ainsi altérées. Souvent on constate un degré marqué d'induration qui accompagne **Étiologie.** Démence symptomatique. Lésions. Atrophie générale ou partielle.

la décoloration de la substance grise, et la diminution de volume des circonvolutions. En un mot, les lésions propres à la démence indiquent un trouble profond de la nutrition cérébrale, qui, à un moment donné, perd son mouvement naturel et s'arrête complétement.

Véritable lésion de nutrition.

Démence sénile, naturelle de quelques auteurs.

Cette lésion de nutrition, quand elle est proto et idiopathique, constitue la démence simple; celle, par exemple, qu'on observe chez les vieillards (démence sénile). Elle représente, pour le cerveau, l'atrophie si commune dans les autres organes. Les artères cérébrales s'indurent, s'épaississent, etc.; les deux substances cérébrales se sèchent, durcissent, s'atrophient.

Lésions diverses et proto-pathiques de l'encéphale.

On observe encore cette lésion partielle ou générale, comme maladie deutéro-pathique: — 1° dans le cours des lésions cérébrales (hémorrhagie, cérébrite, ramollissement, anciens foyers hémorrhagiques); 2° dans la démence liée à une méningite chronique (Calmeil, Morel); 3° dans les maladies de la dure-mère, des sinus, de la boîte cranienne hypertrophiée, déformée dans certaines régions, etc., etc. Telle est la cause ordinaire de la démence sénile et de celle que produit la paralysie générale.

Démence sympathique.

2° *Démence sympathique.* — Elle se montre accidentellement dans la grossesse, dans quelques maladies aiguës qui ont porté une violente atteinte à l'organisme, comme la fièvre typhoïde, une suppuration interminable, les affections utérines, une fièvre éruptive de longue durée, la syphilis, etc.

Démence idiopathique.

3° *Démence idiopathique.* — Elle est la conséquence ordinaire des causes morales qui ont amené la lypémanie. Elle accompagne la manie, les monomanies, toutes les vésanies sans lésion. On sait combien elle est fréquente à la fin de l'épilepsie et surtout avec le simple vertige (240 déments sur 300 épileptiques, Calmeil). En un mot, l'affaiblissement graduel des facultés de l'intelligence est l'effet commun de toutes les grandes perturbations des facultés intellectuelles. Il se développe aussi après des chagrins profonds et de longue durée, des excès vénériens ou de masturbation; chez les ivrognes, les sujets débilités par une mauvaise alimentation, par des pertes de sang considérables, etc. Dans la plupart de ces démences séniles ou accidentelles, la lésion nous échappe entièrement; l'atrophie dont nous avons parlé fait défaut. D'ailleurs il faut dire qu'elle n'est pas regardée par tous les aliénistes comme la cause de la démence, mais bien comme un de ses effets.

Chez les épileptiques.

Causes diverses débilitantes.

Symptômes. *Symptômes.* — Quoiqu'ils présentent une grande variété suivant les vésanies auxquelles ils s'associent, néanmoins on peut en tracer

la symptomatologie générale dans les termes suivants : affaiblissement graduel, lent ou rapide des facultés intellectuelles, morales et affectives; — inaptitude pour un travail prolongé ou difficile; perte de la mémoire, des faits ou des mots ; — par intervalle, raisonnement et jugement affaiblis ou nuls; — indifférence pour tout; — sentiments affectifs, conservés ou éteints; — paroles et écrits remarquables par leur incohérence, bientôt inintelligibles ; — idées niaises, puériles ; — colère, accès de manie ou gaieté sans motif. Quelques déments sont méchants, loquaces, agités; d'autres immobiles, silencieux et mélancoliques. On en voit qui conservent assez d'intelligence pour jouer aux cartes, aux échecs même; qui comptent très-bien ; tandis que d'autres ne savent ni leur nom, ni leur demeure, et ne s'occupent plus que des jeux de l'enfance. Leurs discours surtout offrent une incohérence d'autant plus grande qu'ils semblent indiquer encore la génération des idées. Celles-ci ressemblent aux convulsions rapides d'un membre qui s'agite dans tous les sens avec un désordre extrême, sans pouvoir produire un seul mouvement régulier et volontaire. De même l'ataxie, l'incoordination extrême des idées produit celles des mots, et caractérise la démence.

Affaiblissement des facultés, des sentiments

Ataxie des idées et des mots.

Plus tard le système nerveux tombe dans une adynamie profonde, et le dément présente, aux yeux de ses proches et de ses amis affligés, le spectacle de la dégradation lente et complète de l'homme moral. D'agité qu'il était et toujours en mouvement, toujours loquace, il devient silencieux, muet, immobile à la place qu'il occupe, faisant des gestes automatiques, marmottant des paroles incompréhensibles ou plongé dans le sommeil. Bientôt les réservoirs ne remplissent plus leurs fonctions, le malade est gâteux ; l'urine, les matières fécales s'écoulent involontairement; quelques-uns se paralysent graduellement, mais d'autres conservent jusqu'à la fin une agitation qui prouve l'intégrité des mouvements. Au milieu de ce collapsus progressif qui peut durer un très-grand nombre d'années, au milieu de cette vie purement végétative, on voit paraître des éclaircies intellectuelles à la vue de personnes aimées ou d'un spectacle inattendu : mais elles durent peu et le malade retombe dans son état habituel. Quelquefois il est emporté par une maladie intercurrente, une escarre au siége, une pneumonie, une gangrène des membres, souvent une maladie cérébrale, une hémorrhagie méningée, une méningite, etc.

Adynamie morale et physique.

Durée ; terminaison.

La paralysie générale à marche parallèle (voyez *Méningo-céphalite*) imite tellement la démence, qu'on a quelque peine à les distinguer l'une de l'autre. Pour notre part, nous croyons que ces deux

Diagnostic.

maladies ne sont souvent que des formes d'un même type morbide. Quoi qu'il en soit, le délire ambitieux, l'embarras de la parole, la faiblesse de la mémoire, avec ou sans lésion du mouvement, chez un sujet intelligent et qui n'a donné jusque-là aucun signe de folie, annoncent la paralysie générale. Les lypémaniaques, les nosomanes, les maniaques, ressemblent imparfaitement aux déments. Toutefois il est nécessaire de les observer avec attention pendant plusieurs semaines, avant de déterminer la véritable nature de leur maladie.

Traitement. — Au-dessus des ressources de l'art, l'anéantissement des facultés exige des soins matériels de tous les instants, qu'on ne trouve que dans les maisons spéciales consacrées au traitement de l'aliénation mentale.

IDIOTIE.

Définition. *Idiotie*, *idiotisme*, de ἴδιος, solitaire.

Ce nom convient pour désigner tous les degrés d'affaiblissement des facultés intellectuelles, morales et affectives, apportés en naissant, et presque toujours causés par des lésions de structure congénitale de l'encéphale et de sa boîte osseuse.

Divisions. On doit s'attendre à trouver dans cette maladie des variétés innombrables de symptômes. Quelques sujets ont des facultés qui ne dépassent pas celles de la brute ; d'autres, une intelligence à peu près pareille à celle de certains hommes bornés, mais non idiots. L'innéité de cet état mental sert à le distinguer de la démence. Chez l'idiot, l'homme intelligent et moral ne s'est jamais révélé, tandis que, chez le dément, il peut s'être élevé à une assez grande hauteur. L'idiot le plus bas se distingue du crétin par l'absence de goître.

Esquirol rangeait les idiots en trois classes, suivant que leur langage était plus ou moins développé. Il est difficile de maintenir cette classification ; celle qui est fondée sur l'intensité de l'intelligence est meilleure, en fait, mais d'une application aussi difficile, parce que, suivant l'éducation, un idiot peut s'élever ou s'abaisser de plusieurs rangs. Nous examinerons les trois degrés suivants d'idiotie.

1er degré : imbécillité. 1er *degré* ou *imbécillité*. — On trouve dans cette classe les adultes arriérés et restreints tant au physique qu'au moral, à tête bien ou mal conformée, lents à se développer, enfants à quinze ans et plus, incapables d'attention, dépourvus de mémoire, taciturnes ou bavards, remuants sans motif, méchants et rusés, d'humeur gaie, plai-

sante, s'occupant d'objets futiles, très-soigneux de leur personne, plus souvent malpropres. Ils n'ont aucune spontanéité ; quelques-uns ont une grande aptitude pour certains arts : la musique, le dessin, la peinture, la mimique, l'imitation. Jls ont une bonne mémoire, qui s'éteint parfois complétement. Ils sont enclins aux plaisirs vénériens, à la masturbation. L'entêtement, l'orgueil, la dévotion outrée, la ruse, se montrent souvent chez ces êtres avortés, etc., etc.

2e degré : idiotie confirmée.

Dans un second degré, la structure de la boîte osseuse est mauvaise, l'expression faciale stupide, le corps agité par des mouvements continuels de balancement des bras, de la tête, des jambes, et d'autres tics ; ou bien ils restent immobiles à la même place pendant des journées entières, sous le soleil ou la pluie. Les facultés sont réduites à un minimum très-bas : plus de raisonnement, plus de mémoire ; cependant quelques-uns conservent certaines dispositions pour la musique. Ils aiment, ils regrettent leurs parents, sont sensibles aux bons procédés, doux et faciles à conduire. D'autres sont méchants, déchirent, mordent, mangent avec voracité, tuent parfois par imbécillité ou parce qu'on les fait agir. Ils sont lubriques, adonnés presque tous à la masturbation, et se rendent souvent coupables d'attentat aux mœurs ; ils parlent mal, indistinctement, vont droit devant eux, ou accomplissent la même besogne jusqu'au bout. Ils sont capables de recevoir une certaine éducation.

3e degré : automatisme. Rachitisme congénital ;

C'est dans la troisième classe d'idiots qu'on rencontre toutes les difformités possibles du crâne, de la face, de la taille et des membres. Les caractères les plus évidents d'un rachitisme général et congénital se manifestent dans toute l'étendue du système osseux. On trouve le crâne petit, déformé ou énorme ; les cheveux épais, crépus, descendant sur le front, bas, déprimé, fuyant en arrière ; les yeux louches, rapprochés ou écartés ; la bouche large, à lèvres épaisses ; les dents noires, gâtées, poussées de travers, tombées en grande partie ; la voûte palatine formant une gouttière profonde entre les arcades dentaires difformes. En un mot, les signes les plus tranchés de la *monstruosité* et de l'*asymétrie congénitales* accusent l'existence d'une cause qu'il faut chercher dans les lois de l'embryogénie et dans la première formation de l'être.

Il est cause de toutes les altérations.

Symptômes de l'automatisme.

Le tableau qui correspond à cette forme si incurable d'idiotie renferme un ensemble de symptômes tout à fait caractéristiques. Ces idiots, stupides, sans conscience du bien, du mal et de leur propre existence, sans instinct de conservation, ressemblent à peine à des bêtes sauvages. Ils poussent comme elles des cris rauques, se livrent

en public à toutes les saletés imaginables, se traînent volontiers dans l'ordure, se fâchent, s'emportent contre les obstacles matériels qu'ils rencontrent, restent des journées entières exposés au soleil, à la pluie; marchent sans cesse, sans aucune direction et droit devant eux. Leur peau est insensible : ils ne sentent pas la douleur du feu, des opérations, ni le travail de l'accouchement. On est obligé de les faire manger et boire, de les tenir propres; leur peau est épaisse, terreuse, livide ou pâle, cyanosée aux extrémités, froide comme celle des animaux à température variable; la circulation est ralentie, la congestion fréquente dans les capillaires, etc. Ils meurent d'hémorrhagie cérébrale, de ramollissement ou d'accidents divers. Ils peuvent vivre longtemps. Quelques-uns sont éducables, répètent une chanson, bèchent la terre ou tricotent. La philanthropie intéressée s'est emparée des idiots comme de toute autre chose. Elle leur a été quelquefois utile. La véritable médecine ne leur a jamais fait défaut.

Altérations.

Altérations. Toutes les recherches modernes démontrent, de la façon la plus évidente, que l'idiotie tient à une altération matérielle de la boîte osseuse du crâne et de l'encéphale lui-même. La capacité du crâne diminue dans un rapport presque constant avec l'intelligence; il perd surtout la forme régulière et les voussures naturelles qu'on rencontre chez les sujets bien conformés. Les bosses pariétales, frontales, sont déprimées ou saillantes; la tête acquiert un volume plus grand, s'arrondit dans diverses régions; chez d'autres elle est aplatie en avant, en arrière ou sur les côtés.

1° Déformations du crâne; micro et macrocéphalie.

2° Lésions du cerveau.

On a fait de nombreuses pesées de l'encéphale, et, s'il est vrai qu'en général son poids diminue, cette diminution est loin d'être constante et surtout en rapport avec la perte de l'intelligence. On a constaté des vices de conformation de toute espèce : l'effacement de la grande scissure par l'effet de l'adhérence réciproque des circonvolutions; l'atrophie de ces derniers organes; l'absence de la voûte à trois piliers, du septum, des corps frangés; la réunion des deux ventricules en un seul, etc. A ces vices de développement correspondent des variétés nombreuses de symptômes.

3° Lésions rachitiques.

Un troisième ordre de lésions, presque aussi constantes que les deux précédentes, se compose des altérations dont le rachitisme est la cause manifeste : déviation de la colonne vertébrale, de la cage thoracique, du sternum, des clavicules. Les os coxaux, le bassin, les os des membres, les jointures, sont amincis, épais, déformés, soudés anormalement, etc. Il est impossible de méconnaître à ces traits le rachitisme

congénital. Ne fait-il que compliquer l'idiotie ou en est-il la cause? La première opinion est la plus probable, puisqu'il y a des rachitiques qui sont très-intelligents. Seulement il faut remarquer que chez eux la diathèse n'a point porté sur le crâne et qu'elle ne se montre guère avant deux ans, tandis que chez l'idiot le rachitisme se développe pendant la vie intra-utérine et s'attaque au système osseux du crâne aussi bien qu'aux autres parties du squelette.

Idiotisme et rachitisme congénitaux.

L'idiotie se complique d'une autre diathèse, de la scrofule, dont les symptômes les plus tranchés s'ajoutent à ceux de la maladie protopathique. Il en est de même de l'albinisme, autre diathèse qui annonce aussi une altération de l'organisme.

Idiotie, scrofule, albinisme.

Étiologie. L'hérédité est la cause la plus manifeste de la maladie, soit qu'elle se transmette directement, ou en sautant une ou plusieurs générations (hérédité en retour). Dans ces derniers temps, on a prouvé surabondamment que les mariages consanguins, à différents degrés, pouvaient aboutir à l'idiotie. Nous en dirons autant des mariages disproportionnés par l'âge des conjoints, par leur force physique et quelquefois intellectuelle, etc.

Causes :
somatiques.
statiques.
Hérédité.

Mariages consanguins.

Certaines conditions physiologiques des générateurs doivent attirer toute l'attention du médecin; les excès vénériens, les émotions morales pendant la grossesse, les violences, les coups portant sur l'utérus, une grossesse double ou triple, en gênant le développement des fœtus, portent certainement une atteinte fâcheuse à l'organe intellectuel. Les travaux importants entrepris par M. Dareste sur les causes physiques des monstruosités ont déjà montré toute la puissance qu'elles ont sur les différentes parties de l'organisme du poulet, pendant la couvaison et l'éclosion. Les manœuvres opérées durant l'accouchement, l'emploi du forceps, plus tard, la compression exercée sur la tête des enfants, à l'aide de bonnets, de bandelettes ou de tout autre corps capable de changer la configuration du crâne, agissent de la même manière (Gosse, Foville, etc.).

Causes somatiques fonctionnelles, physiologiques et morbides.

Faisons remarquer aussi que les sujets adonnés à la boisson, les aliénés, les épileptiques, les sourds-muets, les syphilitiques, les scrofuleux, et surtout les rachitiques, sont exposés à produire des idiots. Même effet lorsqu'il se développe pendant la vie intra-utérine des maladies du cerveau ou de ses enveloppes. (Idiotie symptomatique.)

CRÉTINISME.

Etymologie. De *creta*, ou de chrétien, parce que les crétins se trouvent sur des terrains de cette nature, ou parce qu'ils inspiraient une sorte de respect (??). — Cagots, cagneux, cagouts.

Synonymie.

Définition. Le *crétinisme* n'est pas autre chose qu'une *idiotie endémique avec goître*. Si l'on sort de cette définition, on tombe dans la confusion déplorable que nous offrent les monographies dont le crétinisme a été le sujet. Le goître est très-fréquent, mais il n'est pas constant, puisque chez 105 crétins il était *petit* 85 fois, nul 11 fois, et volumineux 9 fois (Cerise). Il faut donc identifier l'idiot et le crétin; regarder celui-ci comme ne différant du premier que par la cause endémique et spécifique qui détermine son mal. S'il est goîtreux, si les difformités de sa taille, de son crâne, de son squelette, sont portées à un degré extrême, on a réuni les caractères du crétinisme, qui n'est plus qu'une variété du genre idiotisme.

Manière d'envisager le crétinisme.

De ses diverses variétés. On a ainsi : I. *Par les symptômes*, quatre degrés d'idiotie : 1° l'imbécillité, 2° l'idiotisme confirmé, 3° l'automatisme, 4° le crétinisme; — II. *Par les complications*, l'idiotie simple, l'idiotie compliquée 1° de rachitisme, 2° de scrofule, 3° d'albinisme, 4° de goître ou le crétinisme; — III. *Par l'étiologie*, l'idiotisme sporadique, l'idiotisme endémique, ou le crétinisme. — Ainsi, le crétinisme est une idiotie compliquée de goître, souvent de rachitisme et d'origine endémique. Hors de là, tout est incertitude et confusion.

Symptômes. Les *symptômes* de cette *dégénérescence intellectuelle* ne diffèrent pas de ceux qui caractérisent l'idiotie, si ce n'est que les crétins portent, en général, un goître plus ou moins volumineux, qui ajoute encore à leur horrible laideur. Le goître pend sur la poitrine, élargit le cou, le fait disparaître, et met ainsi la face de niveau avec le tronc; les vaisseaux sous-cutanés sont gonflés; la respiration est gênée, sifflante; la voix rauque. On voit des crétins qui n'ont pas de goître, ou chez lesquels il est à peine évident. On sait d'ailleurs que, dans un très-grand nombre de pays, le goître est endémique, sans être jamais accompagné de crétinisme. Il ne fait donc que constituer un élément morbide de plus dans l'idiotie, et voilà tout. Bien d'autres diathèses viennent y mêler leurs maladies et en faire, en quelque sorte, le type complexe de toutes les dégénérescences humaines; telles sont le rachitisme, la scrofule, l'état lymphatique

Goître.

C'est l'élément d'une affection ou maladie diathésique.

le plus intense, la tuberculisation. Le goître, l'idiotie, les déformations du squelette, ne sont que des maladies locales, qui expriment à la fois l'intensité et l'influence générale d'une ou de plusieurs diathèses. Est-elle distincte du rachitisme, de la scrofule, etc.? c'est ce que nous ne pourrions décider. Il est probable qu'elle dépend d'une diathèse spéciale.

Le crétinisme est l'effet de plusieurs diathèses.

Les difformités du crâne, que nous avons déjà signalées (*Idiotie*), sont encore plus marquées : la taille est petite ; la face, élargie vers les pommettes, volumineuse, rétrécie vers le menton ; — les yeux saillants ou enfoncés ; — les paupières bouffies, chassieuses ; — le nez aplati. La bouche, large, laisse sortir une langue épaisse, à travers des dents rares et déviées ; — la salive baigne toutes les parties de l'individu ; — les oreilles sont larges, écartées, violettes, déformées ; — quelques poils rares poussent sur le visage ; — les cheveux sont crépus, abondants et hérissés ; — les doigts épais, les jambes contournées, les organes génitaux développés. L'intelligence est réduite à son minimum : plus d'instinct de la conservation, souvent lubricité extrême, décrépitude dans l'enfance. Les crétins n'ont pas d'âge. Chez eux la diathèse se manifeste dès la naissance, quand le mal a toute son intensité : plus tard, vers la puberté, quand il est moins intense.

Difformités de la tête ; de la face ; des membres.

Causes. Celles qui doivent nous occuper sont spéciales à la nature endémique de la maladie (voyez *Idiotie* pour les autres). Rappelons que, tout en ignorant, de la manière la plus complète, les causes qui lui donnent naissance, en dehors de l'hérédité, on est forcé d'admettre qu'elles sont locales et cosmiques, puisque certaines localités ont le funeste privilége de la développer. On a vu des parents bien portants étrangers à ces localités y devenir goîtreux, et les enfants nés après ce changement de résidence offrir les symptômes du crétinisme. Un générateur, simplement goîtreux, peut donc transmettre la maladie ; il en est de même de parents qui ne sont ni crétins ni goîtreux. On est réduit à supposer que la cause endémique n'agit que sur le produit de la conception. Tout est mystère dans cette étiologie, encore ignorée de tous.

Étiologie.

Cause endémique.

On s'en est pris à un agent physique ou chimique du cosmos : — 1° à l'altitude des lieux ; mais le crétin, loin d'être l'idiot des montagnes (Esquirol), se trouve dans la plaine ; — 2° à l'humidité : des lieux très-élevés, secs, balayés par les vents, en sont infectés ; — 3° au défaut de la radiation solaire : certaines vallées se trouvent insolées rarement et pendant peu de temps, il est vrai, mais d'autres

Causes cosmiques diverses.

sont parfaitement échauffées et éclairées par le soleil, ainsi que nous avons pu le constater nous-même bien des fois ; — 4° aux eaux provenant de la fonte des neiges, non aérées, lourdes et très-froides ; — 5° aux eaux carbonatées ou chargées de sels magnésiens ; — 6° aux terrains privés d'iode (Grange) ; — 7° à l'air qui ne contient pas une dose suffisante d'iode (Chatin) ; — 8° à la constitution géologique du terrain.

Aucune de ces causes ne peut à elle seule produire le crétinisme. Leur influence collective est au moins nécessaire. On les trouve réunies dans un très-grand nombre de points du globe. Les vallées d'Aoste, du Valais, de la basse Maurienne, de la Savoie, des Pyrénées, les Cordillères de la Nouvelle-Grenade, le Nipal dans l'Inde, ont acquis une triste célébrité par le grand nombre de crétins qui les habitent. Ils sont toujours plus communs dans les campagnes que dans les villes. La misère, la nature mauvaise des aliments, la malpropreté chez les enfants et tant d'autres causes qu'on pourrait citer, n'agissent que très-accessoirement. On a cru saisir un rapport de causalité entre le goître et le crétinisme ; mais nous avons dit que ces deux affections ou diathèses sont entièrement distinctes l'une de l'autre.

Traitement. Le traitement de l'idiotie, avec ou sans crétinisme, consiste exclusivement dans une éducation bien dirigée. Des médecins dévoués et philanthropes en ont tiré tout le parti désirable (Voisin, Seguin). C'est aux gouvernements à leur prêter un concours indispensable, sans lequel les médecins ne pourront jamais parvenir à éteindre les foyers endémiques de la maladie. La civilisation seule a déjà accompli de notables améliorations sous ce point de vue.

Bibliographie. *Bibliographie.* — On trouvera des documents très-complets dans les ouvrages suivants : Esquirol, *des Maladies mentales*, t. II ; — Fodéré, *Traité du goître et du crétinisme*, Paris, an 8 ; — Marchant, *Observations faites dans les Pyrénées, pour servir à l'étude des causes du crétinisme*, thèse, Paris, 1842 ; — Ferrus, *Sur le goître et le crétinisme*, 1850 ; — Seguin, *Traitement moral, hygiène, éducation des idiots*, 1846 ; — Fabre, *Traité du goître et du crétinisme ; — Rapport de la commission sarde*, in-4, Turin, 1848.

CHAPITRE IV.

NÉVROSES DE L'INTELLIGENCE, DU MOUVEMENT ET DU SENTIMENT.

ÉPILEPSIE.

De ἐπὶ λαμβάνειν, être surpris. **Étymologie.**

Maladie sacrée, divine, mal d'Hercule, morbus comitialis, haut mal, mal caduc. **Synonymie.**

L'épilepsie est une névrose cérébrale, caractérisée par des accès plus ou moins éloignés et de durée variable, durant lesquels on observe la perte complète de l'intelligence, du sentiment et des convulsions tonico-cloniques générales. **Définition.**

Causes. — Nous reprenons la division fondamentale que nous avons tant de fois établie : l'épilepsie doit être distinguée en *symptomatique*, *sympathique* et *essentielle*. **Étiologie.**

1° *Épilepsie symptomatique.* — Des malades chez lesquels on avait observé les signes les mieux accusés de l'épilepsie ont offert des lésions très-diverses du cerveau, de ses enveloppes et de la boîte osseuse. On trouve tantôt une cérébrite localisée, un ramollissement chronique, une tumeur cancéreuse ou tuberculeuse logée dans la substance du cerveau, tantôt des plaques osseuses, des incrustations calcaires dans la dure-mère, une hémorrhagie méningée, et surtout des lésions chroniques qui portent sur le système osseux, l'hypérostose, l'exostose, la carie, la nécrose du pariétal ou du frontal. Un cysticerque cérébral, une plaie du crâne, un corps étranger qui reste à demeure, etc., produisent des attaques très-prononcées. Les déformations du crâne et les altérations du cerveau en sont la cause fréquente chez les idiots sujets à l'épilepsie. Ces faits et beaucoup d'autres montrent bien que le siége de l'épilepsie est le cerveau, et non telle autre partie de la protubérance ou de la moelle allongée. Causes de l'épilepsie symptomatique. Ses lésions.

Un fait également remarquable, l'altération du sang par certains poisons, nous enseigne que la fonction du cerveau et de tout le système nerveux peut être profondément troublée par le contact d'un sang qui contient de l'alcool, du plomb, du mercure même. L'épilepsie causée par les deux premiers agents ressemble si bien à l'épilepsie essentielle, qu'il est impossible de l'en distinguer par ses symptômes ; nous avons été témoin d'un si grand nombre de faits de ce Altération du sang. Alcool, plomb.

Anémie, pléthore.

genre que nous pouvons en affirmer la parfaite exactitude. (Voyez *Affection saturnine.*) Rarement les convulsions avec perte complète de connaissance que provoque l'anémie cérébrale, chez les sujets profondément débilités, imitent complétement l'épilepsie. La pléthore en favorise très-rarement le développement.

Epilepsie sympathique.

2° *Épilepsie sympathique.* — La plupart des causes que nous allons examiner n'agissent qu'en fournissant à l'épilepsie l'occasion de se manifester. Les fonctions et les maladies de l'utérus doivent occuper la première place parmi ces influences. Tous les praticiens savent

Eclampsie puerpérale.

combien elle est fréquente dans la grossesse et pendant la parturition. On la voit paraître au moment de la conception, pendant le premier mois de la grossesse, plus rarement à l'âge critique, ou par l'effet d'une menstruation difficile, retardée, etc. Le travail de la dentition, les maladies de l'estomac, la présence de lombrics, d'un tænia dans l'intestin, le rhumatisme, la goutte, la cicatrice d'un doigt ou d'un autre organe, sont des causes bien secondaires de la maladie.

Epilepsie idiopathique, héréditaire, congénitale.

3° *Épilepsie idiopathique.* — L'influence héréditaire d'une névrose cérébrale, de la folie, de la démence, de l'idiotie dont les générateurs sont affectés, est la cause la plus certaine de l'épilepsie. A plus forte raison lorsque l'un d'eux en est atteint; il la transmet presque sûrement. Nous n'avons donc pas besoin d'insister sur le crime moral que commettent ceux qui épousent volontairement un épileptique. L'ivrogne n'est pas moins coupable s'il persévère dans sa funeste passion, qui finit toujours par amener une dégénérescence dont ses descendants ressentent le funeste contre-coup. Même influence désastreuse des mariages consanguins ou disproportionnés. (Voyez *Idiotie.*)

Sexe.

Age.

La maladie frappe un nombre bien plus considérable de femmes que d'hommes après l'âge de sept ans (Esquirol); (2 à 1). Elle a, plus que toutes les névroses, une incubation très-longue; elle se manifeste surtout de dix à vingt ans, et à partir de la naissance jusqu'à dix ans. Elle paraît plus rarement, pour la première fois, de vingt à trente, et surtout de trente à cinquante.

Causes intellectuelles, morales, affectives.

Tout ce qui ébranle fortement le système nerveux, c'est-à-dire tout ce qui excite une ou plusieurs de ses fonctions, subitement, à l'excès ou pendant longtemps, provoque l'apparition de l'épilepsie. Nous avons de la peine à croire qu'en pareil cas elle ne soit pas héréditaire, ou mieux à l'état d'incubation, dont rien ne laissait soupçonner l'existence. Ainsi agissent, à peu près, par ordre de fréquence : la frayeur, les chagrins, une émotion de plaisir, la vue d'un accès convulsif, l'âge critique, la masturbation, les excès vénériens, l'imitation, etc. Ces

causes, dans un grand nombre de cas, sont suivies immédiatement de l'accès ; dans d'autres, il est éloigné, et la relation qui existe entre lui et la cause reste fort douteuse.

Les *lésions anatomiques* manquent presque complétement dans l'épilepsie idiopathique. On a constaté, 1° l'hyperthrophie de la substance cérébrale et de la boîte osseuse qui s'expliquent par les hypérémies répétées (Ferrus) ; 2° l'induration, la coloration plus marquée des parties blanches ; 3° le ramollissement périphérique. Aujourd'hui encore, comme du temps de Van Swieten, on peut dire que la lésion reste ignorée. Les traces seules d'une hypérémie méningo-céphalique se voient chez ceux qui meurent peu de temps après l'attaque.

Symptômes.

Symptômes. — L'épilepsie se compose, 1° d'une période d'incubation ; — 2° d'une période prodromique ; 3° d'une période d'accès ; 4° des symptômes qui persistent dans l'intervalle des accès.

1° Période. Incubation.

1° *Période d'incubation.* — Sous ce nom il convient de désigner cette période toujours très-longue qui s'écoule depuis l'instant où le malade a contracté la maladie jusqu'à celui où ses symptômes se produisent pour la première fois. On ne saurait mettre en doute cette période chez les épileptiques qui reçoivent le mal de leurs parents et chez lesquels cependant il ne se déclare que vers l'âge de sept ans ou plus tard. L'incubation est très-courte s'il éclate en naissant.

2° Période. Prodromes. 1° Nuls.

2° *Période prodromique.* — Plus de la moitié des épileptiques n'éprouvent absolument aucun symptôme précurseur qui puisse éveiller leur attention ou celle du médecin. Ils poussent un cri, tombent, et l'accès commence. Dans l'autre moitié des cas, des symptômes très-appréciables précèdent immédiatement l'attaque et la touchent ; d'autres médiats durent plusieurs heures ou plusieurs jours avant sa manifestation.

Symptômes précurseurs immédiats. 1° Aura épileptica ; hallucination ou illusion ; d'un ou de plusieurs sens.

Le plus remarquable de tous les symptômes immédiats est l'aura-épileptica. Nous avons montré depuis longtemps que cette aura n'est qu'une hallucination, c'est-à-dire une conception délirante qui fait croire au malade que dans un point de son corps très-variable, les membres, la poitrine, l'estomac, l'utérus, la peau, la profondeur des muscles, se développe une *impression* de froid, de chaleur, de chatouillement, de vapeur, qui se *transmet* jusqu'à la tête et détermine l'accès. D'autres ont la sensation d'une odeur, aperçoivent des points noirs, des raies de feu, des figures effrayantes. Ils éprouvent, en un mot, tous les symptômes d'une hallucination d'un sens externe ou interne. Quelques-uns assignent, pour point de départ, à

l'aura, une blessure, un tissu cicatriciel, l'utérus ou tout autre organe, souvent malade et altéré. On appellera cette hallucination une illusion, si l'on veut. (Voir *Hallucination.*) Elle n'en est pas moins véritable et plus fréquente dans l'épilepsie symptomatique et sympathique que dans l'autre. On a dit qu'on pouvait arrêter les attaques ainsi annoncées en plaçant une ligature entre le point du membre qui est le siége de l'aura et le cerveau. Les faits de ce genre sont bien rares, quoiqu'on en trouve beaucoup dans les ouvrages.

2° Convulsions involontaires.

Après l'hallucination, la convulsion musculaire partielle est un des signes précurseurs les plus communs. Elle consiste dans un tremblement léger ou intense de la paupière, des lèvres, de quelques muscles du visage, de la main, de tout un membre, dans une sorte de carphologie, ou bien dans des mouvements que le malade est contraint d'effectuer. Il est poussé en avant ou bien sur le côté, tourne sur lui-même, étend plusieurs fois les membres, et tombe.

Symptômes précurseurs ; médiats.

Le genre et le siége des symptômes précurseurs médiats ou éloignés sont très-variables. Ils ont cependant plus de relation avec le système nerveux qu'avec tout autre organe. Pendant deux à trois jours, le malade ressent des vertiges, des éblouissements, des bruits d'oreille, des rêves pénibles, des troubles de la vue, des crampes, des douleurs musculaires, des convulsions partielles, des paralysies, des palpitations, de la tristesse, des craintes, et d'autres symptômes qui annoncent au malade l'arrivée prochaine d'un accès. C'est surtout dans les épilepsies sympathiques qu'on les observe; quelques femmes sont en proie à des douleurs lombaires ou de l'utérus causées par une maladie de la matrice. Une incontinence d'urine, du météorisme, des vomissements, des douleurs d'estomac, des signes d'embarras gastrique ou bilieux, une faim vorace, un flux salivaire, la constriction épigastrique, la dyspnée, etc., sont autant de symptômes précurseurs, dont l'apparition avant l'accès se fait plus ou moins longtemps attendre.

3° Accès épileptiques.

3° *Période* ou *période d'accès.* — Tout d'un coup le malade pousse un cri éclatant ou sourd, et tombe privé entièrement de connaissance, en proie à des convulsions tonico-cloniques générales, la face défigurée par des grimaces hideuses, les lèvres couvertes d'une mousse plus ou moins abondante. Reprenons chacun de ces signes qui se montrent presque en même temps.

Cris.

Le cri a souvent une intonation rauque, et ressemble plutôt à une forte inspiration, à un soupir pénible, quelquefois à un ronflement

stertoreux. Il manque tout à fait dans certaines formes, dans le vertige, par exemple.

Convulsion. Son caractère tonico-clonique.

Les convulsions ont pour caractère d'être toniques et cloniques alternativement, mais dans un mode de succession très-prompt. Le muscle, fortement contracturé, est animé de tremblements, de secousses courtes, rapides, comme électriques, que produit le relâchement intermittent et saccadé des muscles. Il en résulte alors une série de mouvements limités ou généraux, qui se font à peu près dans le même sens et diffèrent beaucoup des mouvements cloniques désordonnés et très-étendus qui caractérisent si bien l'hystérie. Telle est leur violence parfois, que les os luxés sortent de leurs cavités articulaires, que les muscles se rompent; qu'enfin il reste, après l'attaque, un sentiment très-douloureux de brisement dans tout le corps. La division qu'on a voulu fonder sur l'état tonique ou clonique de la convulsion est illusoire et ne peut être maintenue dans tous les cas.

Description des diverses convulsions.

L'épileptique tombé sur le sol est d'abord roide, comme tétanisé; bientôt le tronc se courbe violemment en arrière (opisthotonos) pour retomber ensuite. La tête est renversée, les paupières sont entr'ouvertes ou fermées; les globes oculaires convulsés en haut; la cornée cachée derrière la paupière supérieure, la pupille immobile, insensible; la face convulsée dans tous les sens, souvent plus d'un côté que de l'autre; la bouche tordue, les lèvres portées en avant ou tendues vers les commissures; la bouche fermée; les mâchoires fortement serrées, s'agitant avec une telle violence que la langue peut être prise entre les dents, blessée ou déchirée d'une manière affreuse. La face, d'abord pâle, se gonfle, devient rouge, puis violacée, tendue comme dans l'effort et l'asphyxie. Les conjonctives s'injectent; du sang s'échappe par le nez et la bouche. Les dents, en pressant les unes sur les autres, font entendre un grincement très-marqué; parfois elles se brisent.

Asphyxie.

L'état convulsif n'est pas moindre dans les muscles du tronc. C'est à la convulsion des muscles inspirateurs, à leur prédominance sur les expirateurs, qu'on doit la production de tous les symptômes respiratoires. L'occlusion incomplète de la glotte, l'inspiration pénible et stertoreuse, l'immobilité des côtes, la convulsion du diaphragme suspendent et gênent, à un haut degré, l'hématose. En outre le sang est retenu mécaniquement dans les capillaires de la face, des muqueuses, dans les grosses veines, et dans tout l'appareil sanguin cérébro-spinal. On conçoit ce que peut produire à la longue cette hypérémie lorsqu'elle se répète souvent et depuis plusieurs an-

Hypérémie cérébro-spinale.

Ses suites.

nées. On lui attribue, outre les signes actuels dont nous venons de parler, les hémorrhagies, l'hypertrophie des tissus, le grossissement des traits du visage, un embonpoint pathologique.

Convulsions dans les membres ; les doigts de la main.

Les membres supérieurs et inférieurs, un moment contracturés et rendus immobiles, se fléchissent tout à coup, se détendent, puis ils se placent dans la rotation, la supination, avec une violence et une rapidité telles qu'on a beaucoup de peine à maintenir les malades les plus faibles, dont les forces se trouvent ainsi décuplées. Les doigts s'écartent, se fléchissent, viennent s'appliquer fortement dans la paume de la main, recouvrant le pouce, qui est placé lui-même dans la flexion. Cette situation du pouce a une certaine valeur séméiologique. Les doigts des pieds sont aussi séparés les uns des autres ou fléchis à tel point qu'ils viennent s'appliquer contre la face plantaire fortement excavée.

Convulsions partielles.

Les convulsions affectent rarement les deux côtés, au même degré ; on les trouve plus intenses dans une partie de la face, de la bouche, du cou, ou dans un bras, une jambe. Les muscles de la vessie et du rectum également convulsés expulsent une urine limpide, transparente, et des matières fécales.

Symptômes de la cessation de l'accès. Sommeil.

Après un temps variable, les convulsions cessent ; les parties relâchées reviennent à leur situation naturelle ; la peau se couvre de sueurs ; le pouls, fréquent, dur, inégal, parfois intermittent, reprend son caractère normal ; la respiration est plus libre, plus longue. Le malade est pris de sommeil, ou d'un état somnolent qui s'accompagne d'un bruit stertoreux de la respiration. Dans d'autres cas, la connaissance lui revient : il regarde d'un air stupide autour de lui, mais ne se rappelle pas ce qui lui est arrivé. Il éprouve de la céphalalgie, une courbature générale ; bientôt le désordre de ses vêtements, le spectacle de tout ce qui l'entoure, l'instruisent de ce qui vient d'avoir lieu et l'attristent.

Stupeur ; inconscience de ce qui s'est passé.

Petit mal ; vertige épileptique. Variétés nombreuses.

Tel est l'ensemble des symptômes qui caractérisent très-nettement ce qu'on appelle le *grand mal*, la grande attaque, le haut mal. Le *petit mal*, le *vertige épileptique*, est marqué par des symptômes tout différents et variables. Surpris par un vertige violent, le malade perd connaissance et tombe sans mouvement, avec quelques légères grimaces, en proférant quelques paroles sans suite, ou la même phrase, les mêmes mots. Il revient à lui quelques minutes ou une demi-heure après, retrouvant toutes ses facultés. C'est ce vertige qu'on a prétendu assimiler à une attaque d'apoplexie. (Voyez *Hémorrhagie cérébrale.*)

Quelques-uns restent immobiles sans prononcer une parole, l'œil fixe, l'air hagard; quinze à vingt secondes après, tout a disparu, parfois sans que les assistants s'en soient aperçus. D'autres fois celui-ci se lève, s'agite, se promène, tombe et se relève; celui-là répète malgré lui la même parole, les mêmes mots; celui-là remue un membre, fait le même geste automatique, et tout est dit. On en voit qui sont poussés à marcher, jusqu'à ce qu'ils trouvent un obstacle; d'autres qui insultent et frappent les personnes qui les entourent et s'aperçoivent aussitôt, avec douleur, de ce qu'ils ont fait. Les plus dangereux sont ceux qui, à la sortie d'un accès léger, sans avoir conscience de ce qu'ils font, tuent, assassinent, ou violent des individus qu'ils ne connaissent pas, mais qui se trouvent auprès d'eux, lorsqu'ils sont saisis par leur attaque. On a signalé bien d'autres formes qui nous paraissent appartenir à l'hystérie, ou à l'hystéro-épilepsie. (Voyez *Hystérie.*)

Durée de l'accès. Constitution de l'attaque. Accès simples ; composés.

Un accès dure, en moyenne, quinze à vingt minutes. Cette durée varie entre quelques secondes, comme dans le vertige, ou une demi-heure. Il se termine par le retour de l'intelligence; on l'appelle *accès simple;* c'est la forme la plus fréquente. Dans d'autres cas plus graves, les convulsions cessent à peine qu'un nouvel accès recommence, égal en intensité et en durée, si non même plus violent. On voit des malades qui en ont ainsi de cinq à trente et plus. On appel *accès composés* la réunion de ces accès simples, qui rappellent les accès subintrants des fièvres intermittentes. Ils durent alors, avec le temps d'intermission ou de simple rémission, plusieurs heures, une demi-journée, un jour entier. En général les accès sont ou simples ou composés, plus rarement simples et composés successivement.

Époques des retours ; variables.

Ils reviennent irrégulièrement, ils sont plus rapprochés vers la fin de la maladie; ils se montrent à peu près par ordre de fréquence : tous les mois, puis tous les huit jours, tous les quinze jours, tous les jours, etc. On a parlé d'intermittences régulières comme dans les fièvres paludéennes; mais ce fait est exceptionnel. Les accès sont plus communs le jour que la nuit; ces derniers ne sont pas les moins redoutables, et peuvent être méconnus pendant longtemps.

Symptômes immédiats.

Les symptômes qu'on observe immédiatement après l'accès sont, d'abord, tous les actes morbides auxquels la convulsion donne lieu : la rougeur générale, les ecchymoses de la conjonctive oculaire et des paupières, la rougeur et la lividité des membranes muqueuses, remplacées par la pâleur, les blessures de la langue, les hémorrhagies nasales ou pulmonaires, les plaies, les contusions, les brûlures

sur diverses régions, les luxations, les hernies, la fracture de plusieurs dents, etc.

Intervalle des accès.

L'état dans lequel se trouve l'épileptique, dans l'intervalle des accès, est très-différent suivant les cas. On en observe qui, après l'attaque, retournent si parfaitement à la santé, qu'on les croit délivrés à tout jamais de leur mal. Le retour de l'accès suivant dissipe cruellement cette illusion. Les uns résistent bien, et après quatre ou cinq années, l'intelligence n'a encore subi aucune atteinte. Chez d'autres, la maladie fait de lents mais sensibles progrès. Le vertige, même léger, altère plus vite encore et plus profondément les facultés intellectuelles que les attaques rapprochées du grand mal. Peu à peu, malgré l'état excellent dans lequel se trouvent les fonctions de la vie animale, malgré l'embonpoint et les forces du sujet, son intelligence baisse chaque jour, son caractère change; il devient morose, irascible, et se livre à des actes répréhensibles mais excusables à cause de son état; ou bien il éclate tout à coup en accès de manie (folie épileptique) qui le pousse au meurtre et à des violences extrêmes; parfois il prend, après la crise, dans l'intervalle d'un accès, une lypémanie dangereuse pour lui-même ou pour les autres. Il faut que le médecin, appelé à chaque instant à éclairer la justice, connaisse bien les faits de ce genre, pour innocenter les épileptiques, à vertige parfois si fugace qu'il échappe aux assistants (Delasiauve). Souvent ces malheureux tombent dans une démence graduelle et complète, ou bien périssent tout d'un coup par une forte hypérémie cérébrale, une hémorrhagie interstitielle ou méningée. D'autres présentent tous les signes de la paralysie générale des aliénés. Quelques enfants nés épileptiques restent idiots.

Intégrité de l'intelligence.

Altération de l'intelligence.

Manie.

Homicide et lypémanie.

Démence.

Hémorrhagies accidentelles.

Paralysie générale.

Terminaison de l'épilepsie.

La mort a lieu, comme on vient de le voir : 1° par accident, durant ou après l'accès ; — 2° par la violence de la congestion encéphalique ; — 3° par une lésion matérielle du cerveau ; — 4° par une des formes variées de l'aliénation mentale (monomanie, manie, hallucination, paralysie générale, démence, idiotie).

Pronostic.

La guérison est-elle possible, soit par les ressources de l'art, soit par les efforts de la nature ? Il serait pénible de répondre d'une manière absolue par la négative. Si l'épilepsie sympathique, et même symptomatique, est curable dans quelques cas, lorsqu'on peut atteindre et guérir la lésion ou le trouble fonctionnel proto-pathique, il est bien rare que l'épilepsie essentielle cède au traitement ou à quelques-uns de ces mouvements critiques qu'on a plaisir à imaginer, mais qui sont loin d'être réels. Le vertige, dans ses formes même les plus

légères, les attaques rapprochées, la dégénérescence de l'intellect, et à plus forte raison, l'apparition d'une autre névrose cérébrale, doivent ôter tout espoir.

Diagnostic. Éclampsie des enfants, des accouchées ; saturnine, alcoolique, etc.

Les convulsions de l'enfance, des femmes en couche, des empoisonnés par le plomb, par l'alcool, etc., ressemblent entièrement par leurs symptômes à l'épilepsie ; elles en diffèrent seulement par la cause spéciale et seront étudiées ailleurs. (Voyez *Névrose du mouvement*, *Maladies de l'utérus* et *Empoisonnements*.) L'hystérie offre parfois quelques-uns des traits propres à cette maladie ; nous les indiquerons avec soin (voyez *Hystérie*). L'hypérémie cérébrale et la perte de connaissance qu'elle produit en diffèrent beaucoup. (Voyez *Hypérémie cérébrale*.)

Nature : maladie cérébrale ; spinale (??).

Nature. — Personne ne peut nier que l'épilepsie ne soit une de ces névroses de l'encéphale qui frappe à la fois l'intelligence et la motilité. Dans ces derniers temps on a voulu en placer le siége dans le bulbe rachidien, qui, en vertu de son pouvoir excito-moteur incontestable, peut produire des congestions capillaires et des spasmes dans le cerveau et la moelle.

Traitement :

Traitement. — L'épilepsie fait le désespoir du véritable médecin et la joie du spéculateur, parce qu'elle résiste à toute espèce de thérapeutique, et qu'en se prolongeant beaucoup, avec des intermissions souvent longues, elle peut faire croire à la guérison.

1° des congestions.

On ne doit jamais négliger de recourir au traitement rationnel. Les congestions incessantes, chroniques, du cerveau et de l'extrémité céphalique, la gêne de l'hématose, indiquent la saignée générale et locale. On peut la pratiquer un nombre de fois suffisant pour arriver à se convaincre qu'elle est tout au moins inutile. Les cautères, les vésicatoires, les moxas sur le cou ou la tête, ne produisent pas plus d'effet.

Indications particulières.

On rencontre parfois quelques indications auxquelles on s'empresse d'obéir. L'état anémique est combattu par les ferrugineux, les toniques, les bains froids ; — les accidents gastriques par les vomitifs, les purgatifs énergiques ou souvent répétés ; — les accès qui ont une intermittence plus ou moins manifeste, par le sulfate de quinine et toutes les préparations de quinquina. Toutes les lésions protopathiques des différents viscères (maladie de l'utérus, du foie, de l'estomac, des reins et de la vessie, syphilis, vers intestinaux, etc.) et celles qui ont leur siége dans l'encéphale (tumeurs, caillot sanguin, produits morbides), exigent des moyens appropriés et variables, comme la cause même des convulsions.

Des épilepsies sympathiques.

Antispasmodiques. Belladone.

Les antispasmodiques de toutes les espèces et à toutes les doses ont été employés, préconisés, puis abandonnés. A l'exception de l'opium, qu'on proscrit parce qu'il congestionne, on a surtout administré la belladone (poudre de racine, 1 à 10 centigr. ; — extrait, de 5 cent. à 1 gr.), le datura stramonium, la jusquiame. La première rend d'incontestables services, mais ne guérit pas, lors même qu'on la donne à hautes doses et pendant longtemps. La valériane, le musc, l'assa-fœtida, le camphre, l'indigo, le gui de chêne, la pivoine, le narcisse des prés, le phosphore, la cantharide, méritent une simple mention. Accordons-en une plus longue au valérianate de zinc, aux pilules de Meglin, à l'oxyde blanc et au lactate de zinc, qui fait la base d'un traitement préconisé mais aussi inefficace que les autres ; au sulfate de cuivre ammoniacal, à l'ammoniure de cuivre ; à l'essence de térébenthine. Même insuccès avec le chloroforme, le haschisch et tant d'autres.

Substances diverses.

Bibliographie.

Lectures. — Cette triste maladie, connue des auteurs les plus anciens, a toujours vivement excité l'attention des observateurs. Il n'est pas un seul livre consacré à l'étude des névroses et des maladies mentales qui n'en ait traité longuement. On trouve dans les Dictionnaires des articles importants de Georget, de Foville. Voyez la thèse de Calmeil, *de l'Epilepsie sous le rapport de son siége*, Paris, 1824; — quelques traités complets sur cette maladie; — Delasiauve, *Traité de l'épilepsie*, 1854 ; — Herpin, *du Pronostic et du Traitement de l'épilepsie*, 1852.

HYSTÉRIE.

Synonymie.

De ὑστέρα, matrice.

Attaque de nerfs, passion hystérique, hystéricisme, névropathie générale.

Définition.

Névrose cérébrale et ganglionnaire, caractérisée par la sensation d'une boule épigastrique, suivie d'attaques convulsives cloniques, expansives, durant lesquelles l'intelligence et la sensibilité sont abolies ou diminuées ; dans l'intervalle de ces accès on retrouve, à différents degrés, d'autres troubles de la sensibilité, de la motilité, de l'intelligence, qui servent également à la faire reconnaître.

Nature et causes.

Les causes doivent nous occuper d'abord, parce que nous ne devons rapporter à l'hystérie que ce qui lui appartient en propre. Nous ferons d'abord remarquer qu'on ne connaît pas de lésion de l'appareil cé-

rébro-spinal, qui appartienne réellement à la maladie ; il n'existe pas d'*hystérie symptomatique*. Devons-nous en admettre une *sympathique ?* On ne peut pas nier l'influence considérable que les fonctions et les maladies de l'utérus exercent sur le système cérébro-spinal. Il nous suffira de rappeler tous les désordres qui naissent pendant la puerpéralité, la menstruation et sous l'influence des troubles de l'instinct génésique. (Voy. *Monomanie instinctive.*) Nous sommes donc tout disposés à admettre comme cause déterminante de la névrose cérébrale et ganglionnaire qui constitue l'hystérie, toutes les maladies de l'utérus, de l'ovaire, de leurs annexes et de la mamelle, depuis les plus légères jusqu'aux plus graves. On voit aussi toutes les excitations génitales produire le même effet : ce qui ne veut pas dire que nous songions un seul instant à replacer dans l'utérus le siége de l'hystérie, qui nous paraît être dans le système nerveux cérébro-spinal.

Hystérie sympathique.

Ses causes.

Hystérie essentielle, idiopathique. — Nous retrouvons, comme dans toutes les névroses, l'hérédité par le père et la mère, par celle-ci surtout, comme une de ses causes les plus fréquentes (1/4, Briquet). Les parents sont affectés de la maladie même, d'un simple état névro-sthénique, ou d'une autre névrose (épilepsie, folie, maladie convulsive, etc.).

Causes de l'hystérie essentielle.

Causes somatiques statiques.

Hérédité.

Elle est si fréquente chez les femmes qu'on a cru pendant longtemps qu'elles en étaient exclusivement affectées. Quelques observations prouvent que cette opinion est trop absolue et que l'homme peut en être atteint. Cependant il faut reconnaître qu'il existe chez la femme jeune des conditions toutes spéciales de structure et de fonction qui jouent un rôle essentiel dans la production de l'hystérie.

Sexe.

Elle se montre surtout de quinze à vingt, à l'époque de la puberté; de vingt à vingt-cinq; de dix à quinze; elle devient plus rare de vingt-cinq à trente ; de trente à quarante, et surtout après la ménopause.

Age.

On sait que le mal peut attaquer des constitutions frêles, nerveuses, mélancoliques, aussi bien que de jeunes filles robustes, douées d'un tempérament sanguin et athlétique.

Tempérament.

Les auteurs ont généralement regardé la continence complète ou incomplète, et le repos forcé des organes génitaux, comme la cause la plus certaine du mal; l'accomplissement de l'acte vénérien comme le moyen le plus sûr de le guérir. On a cité en faveur de cette opinion l'âge des sujets, les troubles de la menstruation, si fréquents chez eux à l'époque de la puberté, la continence forcée et réelle chez les veuves, les religieuses ; par contre, l'influence salutaire du mariage,

Exercice restreint ou nul des fonctions génitales (?).

Exercice exagéré.

de la grossesse et la satisfaction des désirs vénériens par des moyens naturels ou illicites. On a objecté les raisons suivantes, qui ne manquent pas de valeur : la fréquence de l'hystérie chez les filles publiques, chez les femmes mariées, chez de jeunes filles qui se livrent avec ardeur à la masturbation ou même au coït, etc. (Briquet). Ce qu'on peut affirmer, sans crainte d'être démenti par les faits, c'est que la maladie n'est jamais plus fréquente qu'au moment où les organes et les fonctions génitales s'éveillent, s'activent, se troublent de toutes les manières (aménorrhée, dysménorrhée, menstruation irrégulière, incomplète, flueurs blanches), et retentissent, avec le plus d'énergie, sur tous les systèmes, sur celui de la vie de relation, plus encore que sur celui de la nutrition.

Influences morales. Imitation.

On ne peut pas non plus méconnaître l'influence fâcheuse des causes morales, de l'amour contrarié, de l'imitation si puissante pour provoquer ou faire revenir les attaques, des spectacles trop libres, des peintures lascives, des bals, de la musique et de tous les écarts de l'imagination enflammée par une mauvaise éducation et par les vices d'une fausse civilisation. Il est également facile de comprendre l'action funeste que doivent avoir sur des sujets prédisposés, la frayeur, les chagrins domestiques, les pertes d'argent, la jalousie, en un mot toutes les passions ou les accidents qui peuvent agiter l'âme faible et

État mental.

peu résistante des femmes nerveuses. Nous verrons plus loin que le trouble mental que provoque la maladie les dispose à recevoir facilement l'influence des causes les plus légères, les plus futiles. Dans ce cas, elles agissent seulement pour produire les accès. Les privations de tous genres, les veilles prolongées, les chagrins, sont souvent suivis, chez les ouvrières, filles ou femmes, des premiers symptômes de

Fille de la campagne, de la ville. Hommes.

l'hystérie. Les filles de la campagne y sont moins exposées que celles de la ville. Chez l'homme, la spermatorrhée, les excès de coït, de masturbation, sont les causes ordinaires d'une véritable hystérie, qui peut se confondre aisément avec l'hypocondrie. Les nosomanes savent si bien imiter et ressentir toutes les maladies !

Symptômes.

Symptômes. — Ils doivent être étudiés : 1° avant ; 2° pendant ; 3° après l'attaque. Nous décrirons dans les variétés les hystéries qui ont des formes très-différentes (hystéricisme, convulsions).

Divisions.

1° *Symptômes précurseurs de l'attaque.* — Ils sont presque constants et toujours assez éloignés de l'attaque. Maux de tête, migraine

Prodromes.

violente, irritabilité, tristesse sans motif, impatiences, envie de pleurer, courbature, tiraillement dans les membres, pandiculation, bâillements, crampes, sommeil agité, rêves, tel est l'ensemble des symp-

tômes qu'éprouve l'hystérique dans la journée qui précède l'attaque et même plus longtemps auparavant. Les plus rapprochés consistent dans la gastralgie, le météorisme, l'anxiété épigastrique, l'étouffement, les palpitations, et enfin la sensation d'une boule ascendante qui précède et commence l'accès. Dans des cas plus rares (un tiers environ), il commence subitement, par l'effet d'une cause morale ou autre qui agit à l'improviste, et même sans cause appréciable.

Début subit.

2° *Symptômes de l'accès.* — Il débute le plus souvent par la sensation d'une boule, d'un corps étranger, ou d'un serrement qui a pour siége l'épigastre, l'ombilic, le cou, un des flancs, l'utérus, etc. Quelques femmes ne sentent absolument rien. Sans connaître le siége précis du spasme qui constitue le globe hystérique, on suppose qu'il est dû à une convulsion tonique ou clonique de quelques muscles de la paroi abdominale ou pectorale de l'œsophage, du larynx, de l'estomac, de l'intestin, etc. Cette sensation est fixe en un point, ou ascendante, antipéristaltique, plus rarement descendante; elle est très-réelle et ne ressemble en rien à l'hallucination épileptique, connue sous le nom d'aura. Elle participe de la myosalgie et de la convulsion; elle est à la fois névralgie et spasme.

Symptômes de l'accès.

Boule hystérique.

Son siége; sa cause.

La malade est prise alors de convulsion générale et perd souvent connaissance. Instinctivement elle porte la main sur le siége du spasme initial, l'épigastre, la gorge, le ventre; elle cherche à écarter l'obstacle qui la gêne, surtout lorsqu'il est au cou, se déchire parfois la peau, se frappe, pousse des cris perçants, des sanglots, appelle les personnes qui lui sont chères, présentes ou absentes; quelquefois elle est prise d'un rire convulsif involontaire, de pleurs, sent la boule monter et perd connaissance.

Le caractère de la convulsion consiste surtout dans la rapidité et le désordre de tous les mouvements que peut produire le système musculaire. La convulsion est surtout clonique et ataxique. La face est parfois immobile, pâle ou agitée seulement par de petites contractions, mais elle n'offre pas les pénibles contorsions qu'on observe dans l'épilepsie. Les paupières sont occluses, serrées même, et le siége de clignotement. Dans d'autres cas les lèvres s'allongent en forme de museau et se retirent avec une vélocité extraordinaire; la langue claque dans la bouche. On entend parfois un mouvement brusque de déglutition. Les dents frottent avec bruit les unes contre les autres; il n'existe pas d'écume sur les lèvres.

Convulsions hystériques: à la face;

Les muscles du cou et de la poitrine convulsés gênent la circulation et la respiration, produisent le gonflement des vaisseaux, mais

à la poitrine et au ventre;

pour un temps fort court. Les parois abdominales sont également contractées.

dans les membres, mouvements désordonnés et expansifs.

La convulsion manifeste plus spécialement ses effets désordonnés dans les membres supérieurs, inférieurs et dans le tronc. La tête s'agite avec violence, frappe sur les matelas ou les corps les plus durs : tant est grande l'insensibilité ; elle se remue avec une extrême rapidité. Le corps se plie et se replie dans tous les sens avec une flexibilité merveilleuse ; il s'élève, s'abaisse au-dessus du lit, rebondit, puis retombe un instant dans l'immobilité. Pendant ce temps les membres supérieurs sont agités de tremblement, de petites secousses comme volontaires et toujours dans le même sens, puis bientôt se fléchissent et s'étendent coup sur coup, se tordent dans tous les sens, comme pour exprimer une violente douleur ; les doigts se fléchissent avec force, puis s'étendent ; ils battent parfois les uns contre les autres et font entendre un claquement singulier. Ils n'affectent aucune situation particulière dans la paume de la main : celle-ci vient frapper contre l'épigastre, contre les seins, le cou, le visage, la tête, que la malheureuse hystérique parvient trop souvent à déchirer ou à meurtrir, si on ne suit pas ses mouvements, en les dirigeant et en les contenant avec adresse.

Convulsions dans les autres parties du corps.

Les membres inférieurs sont le siége de convulsions qui ne sont ni moins étendues ni moins désordonnées. La respiration, d'abord accélérée, devient plaintive, difficile, suspirieuse ; les palpitations, le choc énergique du cœur contre la paroi, la distension veineuse, la teinte rarement cyanique du visage, annoncent le trouble de l'hématose et de la circulation, mais à un plus faible degré que dans l'épilepsie. Les muscles de la vie organique participent aussi aux convulsions générales. La raucité de la voix, l'aphonie, la constriction pharyngienne prouvée par la gêne de la déglutition, le mouvement bruyant des gaz intestinaux, peut-être le spasme du diaphragme et la rétention d'urine, attestent le désordre des muscles viscéraux.

Intelligence : conservée ;

Dans les attaques faibles marquées seulement par quelques convulsions, des pleurs et la boule hystérique, l'intelligence ne souffre pas d'atteinte. Il en est de même dans quelques accès très-intenses avec convulsions générales. Les malades ne peuvent parler, mais entendent très-bien ce qui se dit autour d'elles et le répètent plus tard. Cet état

abolie.

intellectuel est rare (1/10, Briquet). Presque toujours la perte de connaissance est complète : les sujets n'ont conscience de ce qui s'est passé qu'en voyant le désordre de leurs vêtements et la tristesse

de ceux qui les entourent. Mêmes variations dans les sensations externes.

Sensations. Cessation de l'accès.

Les symptômes qui indiquent la fin de l'accès sont : 1° la diminution des convulsions qui s'éloignent, cessent, et sont remplacées par les mouvements volontaires; 2° les bâillements avec pandiculation ; 3° les soupirs, les pleurs ; 4° le retour lent, puis complet, de l'intelligence ; 5° l'expression du visage pâle, fatigué ; 6° le retour du sentiment de la pudeur ; 7° les sensations pénibles dans les masses musculaires et les articulations ; 8° l'émission d'une urine abondante et claire.

Durée de l'accès : simple, composé.

La durée d'un accès est très-variable, d'une demi-heure environ. D'autres se prolongent pendant plusieurs heures, une journée entière et même plus. La cessation entière des convulsions et de la perte de connaissance caractérise l'accès simple. Si les sujets restent assoupis sans retrouver leur intelligence et sont repris de nouvelles convulsions, l'accès n'est plus simple, il est *composé;* on l'appelle une grande attaque. Les malades parlent, mangent, puis retombent. (Voyez *Espèces et variétés.*)

Le retour des accès a lieu une ou plusieurs fois par mois, tous les huit jours, tous les jours, lorsque le mal a acquis une grande intensité. Dans les formes les plus légères les malades en ont une attaque tous les cinq à six mois, ou même deux ou trois dans leur jeunesse, à l'époque de la puberté, à l'occasion d'un trouble menstruel.

Espèces et variétés.

3° *Symptômes des divers actes morbides qui peuvent se développer dans l'intervalle des accès.* La variété des troubles fonctionnels de tous genres qui peuvent affecter un ou plusieurs tissus, un ou plusieurs appareils, est si grande dans l'hystérie, que nous ne pouvons indiquer que les principaux. Ils servent à caractériser la maladie tout aussi bien que les attaques convulsives. Le praticien doit être attentif à les rechercher chaque fois qu'il craint l'existence d'une hystérie qu'on a souvent intérêt à dissimuler. Nous ne les considérons que comme des degrés plus ou moins intenses de la névrose, à l'exception de l'hystéro-épilepsie, qui en est une complication.

Nature des actes morbides hystériques.

Comme l'hystérie elle-même, les actes morbides que nous allons énumérer consistent dans des névroses : 1° de l'intelligence ; 2° de la sensibilité ; 3° du mouvement ; 4° des viscères splanchniques (respiration, circulation, digestion, génération, etc.).

1° Névrose de l'intelligence.

1° *Maladies mentales.* Il ne faut pas avoir observé beaucoup d'hystériques pour savoir que l'intelligence est toujours troublée à un degré quelconque, et que la névrose est autant cérébrale que convul-

sive. Outre l'état névro-sthénique habituel, il existe des signes d'un trouble mental très-varié : faux jugement, exaltation, mobilité extrême de la pensée et des désirs ; amour du merveilleux, du luxe, des arts d'agrément, des plaisirs intellectuels et physiques ; toutes les excentricités : tristesse, mélancolie profonde, gaieté folle, souvent déraisonnable, amour et aversion sans motif ; idées romanesques, érotiques ; simulation et dissimulation sans le moindre motif ; tel est le tableau incomplet des principaux troubles de l'esprit causés par cette terrible névrose. Tous les moralistes, tous les romanciers ont décrit, sous des titres divers, les désordres sans nombre que l'hystérie entraîne, soit pour la malade, soit pour sa famille et la société tout entière : petites et grandes passions, jalousies, haines, inventions fabuleuses, projets chimériques, actions légères ou répréhensibles, criminelles même, peuvent avoir leur cause dans l'hystérie. Nous montrerons plus loin les étranges délires dont sont capables les femmes atteintes de cette maladie. (Voyez *Espèces et variétés.*)

Troubles intellectuels et moraux qu'elle entraîne.

Folie : hallucinations.

L'hystérie ne se borne pas à produire ces troubles cérébraux. On a signalé, soit comme effet de la maladie, qui acquiert une grande intensité, soit comme complication, des hallucinations de la vue, de l'ouïe, qui font croire aux malades qu'on veut en abuser. Elles aperçoivent des êtres fantastiques, se croient empoisonnées, tombent dans un délire érotique, dans la mélancolie, excitent les hommes par des paroles et des gestes lascifs (nymphomanie), se livrent à la masturbation, et finissent par la démence, la paralysie générale, ou par une attaque de manie, comme nous en avons vu plusieurs exemples.

Érotomanie, nymphomanie.

2° Névrose de la sensibilité.

Tous les troubles de la sensibilité se développent et persistent dans l'intervalle des accès. L'existence ignorée jusque-là d'une hystérie est révélée par un ou plusieurs de ces troubles, qu'il faut toujours rechercher. La peau perd une ou plusieurs de ses sensibilités (au contact, à la piqûre, à la brûlure) ; souvent sur un point limité (conjonctive, membrane buccale), ou une région très-restreinte du cou, des seins, de la poitrine, du ventre, la partie externe des avant-bras, de la main, du pied, des cuisses, des jambes, etc., les petites et grandes lèvres, le vagin ; parfois toute la peau d'un membre ou du corps entier, ainsi que nous en avons vu deux exemples, est le siége d'une anesthésie incomplète ou complète. Faisons remarquer à ce sujet que cette anesthésie empêche les mouvements partiels et généraux d'être coordonnés ; ils perdent de leur précision lorsque les malades veulent coudre, écrire ou marcher.

Anesthésie : partielle, générale,

des sens spéciaux.

Elles éprouvent assez souvent une diminution notable de la vue,

de l'ouïe, de l'odorat. On remarque aussi une perversion notable qui leur fait fuir les odeurs naturelles, rechercher et aimer des odeurs fortes et même fétides. La sensibilité de la vessie et du méat urinaire est souvent diminuée; ce qui explique certaines rétentions d'urine.

Hyperesthésie. Névralgie.

L'*hyperesthésie* se manifeste par des signes non moins évidents. A la tête elle provoque des céphalalgies partielles (syncipitale, occipitale, temporale); générales, intermittentes, continues; ailleurs une douleur localisée sur une branche nerveuse de la face (névralgie frontale, maxillaire, dentaire), des espaces intercostaux où elle est très-fréquente (névralgie intercostale), de la région épigastrique, d'un membre, etc.

Dermalgie.

La sensibilité s'exalte rarement sur une étendue considérable de la peau; la dermalgie est, comme l'anesthésie, limitée à des régions circonscrites de l'épigastre, des seins, de l'abdomen ou des membres. On la voit aussi s'accroître sur un grand nombre de points des systèmes musculaires et osseux. L'hystérique éprouve non-seulement, avant et après l'attaque, des élancements, des fourmillements, des douleurs vives dans les masses musculaires; mais, dans l'intervalle, ces mêmes symptômes se font sentir avec force, les empêchent de marcher, de se servir d'un membre, leur font pousser des cris quand elles les fléchissent ou les étendent. D'autres ont de véritables arthralgies, fugaces ou persistantes. Est-elle de nature musculaire ou a-t-elle son siége dans les ligaments et les os, cette singulière rachialgie, qu'on provoque en pressant sur les apophyses épineuses de la colonne vertébrale et dans ses gouttières, surtout à la région cervicale et cervico-dorsale? On excite parfois ainsi chez les malades une douleur légère ou vive, qui s'accompagne de constriction, d'irradiation pénible dans le pharynx, le larynx, la poitrine et l'épigastre. L'irritation spinale n'est, le plus ordinairement, qu'une hyperesthésie hystérique.

Myosalgie.

Arthralgie.

Irritation spinale. Rachialgie.

3e Névrose du mouvement.

La contractilité est troublée, dans les muscles de la vie de relation et de nutrition, à un degré presque égal. Souvent ce trouble consiste dans une simple diminution de la faculté contractile des membres, dont les malades ne se servent qu'avec difficulté. Chez d'autres, soit après le développement des douleurs musculaires, soit tout à coup, il se déclare une paralysie véritable. Un membre, le supérieur ou l'inférieur, surtout le supérieur gauche, ou enfin tous les deux à la fois, sont frappés de paralysie. Elle se montre longtemps après l'attaque, ou, ce qui est rare, immédiatement après. L'hémiplégie faciale ne s'est présentée que chez un petit nombre de malades.

Amyosthénie et paralysie. Siége.

Hémiplégie hystérique.

Ces paralysies ont cela de particulier qu'elles se montrent à l'improviste, durent quelques heures, un jour, plusieurs mois, plusieurs années, et cessent tout d'un coup, au moment où elles semblaient incurables. Elles reparaissent de même pour guérir enfin d'une manière complète. L'électricité excite des contractions douloureuses dans les muscles paralysés (Duchenne); ce qui fait supposer que la contractilité musculaire n'est que suspendue. Mais, dans d'autres cas, elle est réellement éteinte, et cependant, plus tard, l'innervation cérébro-spinale l'y fera reparaître. Rien n'est plus variable que l'état de la contractilité et de la sensibilité musculaires; nous avons vu des hystériques paralysées des quatre membres, ce qui est rare. Nous en avons également observé qui marchaient de la même manière que des sujets frappés d'ataxie locomotrice. Leurs muscles étaient vigoureux et bien développés. Avaient-elles perdu le sentiment d'activité musculaire? nous l'ignorons; il est certain qu'elles se servaient très-mal de leurs mains, de leurs pieds; que plus tard elles ont bien guéri, et n'ont jamais été reprises depuis cette époque.

Paralysie générale.

Paralysie des muscles de la vie organique.

La paralysie n'est point rare dans les muscles de la vie organique; elle est fugace ou opiniâtre comme dans les autres. Elle produit, dans la vessie, la difficulté d'uriner, l'incontinence, la rétention complète, qu'on ne peut vaincre qu'en sondant les malades plusieurs fois par jour. Ces accidents suivent immédiatement l'attaque ou ne se montrent que longtemps après. Ils se dissipent et se reproduisent tout à coup. La paralysie du rectum, indépendante de la paralysie des membres, est rare. Il en est de même de celle de l'œsophage, du pharynx, du diaphragme. Cependant la plupart des exemples de paralysie de ce genre, rapportés par les auteurs, sont d'origine hystérique.

Convulsions cloniques.

C'est encore à cette maladie qu'on doit attribuer les contractures, les spasmes, les convulsions cloniques, qui sont parfois hors de proportion avec de rares attaques ou avec l'hystéricie. Un grand nombre de tics non douloureux de la face, de grimaces, de contorsions involontaires, de mouvements ataxiques et choréiques des membres, de gestes bizarres, de sauts, ne peuvent s'expliquer que par l'hystérie.

Mouvements ataxiques;

tics non douloureux

N'est-ce pas aussi chez les malades affectés de cette névrose qu'on observe les phénomènes de l'extase, de la contemplation, les crampes, le torticolis, le strabisme, les spasmes violents du pharynx et de l'œsophage, qui vont jusqu'à l'hydrophobie, les contractures de l'anus, de l'urètre et du vagin, etc., etc.?

4° Névroses de la respiration.

Que de troubles variés dans la fonction respiratoire, imitant parfois les maladies les plus redoutables du larynx ou du poumon! Chez

telle malade, la voix devient rauque ; elle jappe et fait entendre des sons discordants ; une autre perd la voix complétement, pendant plusieurs mois, plusieurs années. La plupart parlent à voix basse ou avec des intonations prétentieuses, accusent de la chaleur, de la douleur au larynx. Celle-ci est tourmentée par une toux striduleuse et pseudo-croupale ; celle-là par une toux sèche, courte, convulsive, continuelle, qui ne cesse que la nuit et dure pendant plusieurs mois. Notons encore la fréquence du bâillement, du hoquet, des sanglots, des rires et des pleurs convulsifs qui peuvent se prolonger durant plusieurs jours. La persistance de la toux, de l'aphonie, la dyspnée par accès ou continue, les douleurs intercostales, inspirent parfois de grandes craintes, qui heureusement ne sont pas fondées. Peu de maladies accélèrent autant la respiration pendant et après les accès (40 à 60 respirations par minute).

Aphonie et toux hystériques.

Tous les troubles circulatoires ont été notés chez les hystériques : sans parler des palpitations fréquentes et fortes à tous les temps de la maladie, de l'inégalité, de l'irrégularité, de la faiblesse du pouls, jamais fébrile, à moins de complication, on a observé encore, après et pendant les attaques, de fréquentes lypothymies, un état syncopal imitant la mort et pouvant donner lieu, quoique difficilement, à une de ces erreurs qui ont tant effrayé les gens du monde et enfanté les récits, sinon fabuleux, du moins exagérés dont les romans abondent.

5° Névrose de la circulation. Palpitations.

Syncope hystérique ; mort apparente.

Les bruits de courant systolique qu'on entend à l'origine des vaisseaux cardiaques et dans les veines du cou, annoncent l'altération du sang qui fait la chloro-anémie ; et en effet, on en retrouve tous les signes les plus tranchés. Cette maladie du sang favorise la production de tous les accidents hystériques, et en accroît l'intensité.

Chloro-anémie.

Nous retrouvons également chez les hystériques tous les désordres nerveux des fonctions digestives : — 1° le ptyalisme avec flux abondant et sputation continuelle, etc. ; — 2° l'anorexie à un faible degré ou portée jusqu'à la répulsion la plus complète pour toute espèce d'aliments ; — 3° toutes les formes de dyspepsie ; — 4° les signes les plus variés et les plus intenses de la gastro-entéralgie (gastrodynie, épigastralgie, pyrosis, pica, boulimie, vomissements muqueux ou alimentaires), etc. ; — 5° nous citerons, d'une manière plus spéciale, les vomissements parfois incoercibles, la pneumatose intestinale à tous les degrés et dans toutes ses formes, la colique sèche de l'entéralgie et la constipation opiniâtre.

6° Névrose de la digestion.

Il n'est pas une fonction qui soit plus fortement et plus souvent in-

7° Névrose

des fonctions génito-urinaires.

fluencée, dès le début, que celle de l'appareil génital. Sans parler des troubles de la menstruation antérieurs à l'hystérie et qui en ont souvent provoqué l'apparition, il est rare que les règles reviennent à leur époque, et en quantité normale. Elles subissent tous les dérangements possibles, depuis la dysménorrhée jusqu'à l'aménorrhée. On voit celle-ci durer plusieurs mois, plusieurs années. Les règles sont parfois remplacées par des hémorrhagies supplémentaires, favorables; mais plus ordinairement par des hématémèses répétées, incurables, auxquelles nous avons vu succomber six malades. Les femmes mal réglées sont sujettes à la leucorrhée, à des douleurs utérines ou ovariques. La tympanite utérine est très-rare.

Troubles de la menstruation.

Leucorrhée. Utéralgie.

Penchant aux plaisirs vénériens.

On a cru pendant longtemps que les hystériques étaient très-portées au coït, et, par cela même, plus disposées à la conception que les autres femmes. Cette opinion n'est pas fondée (Briquet). Elles deviennent plus difficilement enceintes, à cause des troubles menstruels. Leur grossesse est pénible; elle suspend presque toujours les accès ou les éloigne ; ils reparaissent après l'accouchement, à moins que la femme n'allaite. Les accidents puerpéraux sont plus fréquents chez elles que chez les autres.

Marche de l'hystérie.

Désordre et variations des actes.

Évolution des symptômes. — L'hystérie est la maladie du désordre, par excellence. Si l'on excepte la boule, le serrement épigastrique, les attaques légères ou intenses qui ouvrent la scène et reparaissent à des époques variables, on ne saurait indiquer un mode spécial d'évolution dans les symptômes. Tantôt ce sont des névralgies, et surtout la gastro-entéralgie, avec tout son cortége de symptômes, qui débutent et tourmentent les malades, sans que les accès se rapprochent ; tantôt ceux-ci, en se répétant, finissent par être suivis de paralysie, d'anesthésie, de troubles variés des fonctions de la vie organique ou bien de désordres menstruels et de tous les signes de la chloro-anémie. Il faut une grande attention pour reconnaître l'hystérie, au milieu des troubles de toute espèce qu'elle provoque dans une ou plusieurs fonctions. Le trouble de l'esprit, les névroses du sentiment ou du mouvement, les désordres menstruels prédominent souvent sur les névroses viscérales; chez d'autres, les fonctions de la vie animale continuent à s'effectuer régulièrement, quoique les malades accusent chaque jour quelques souffrances nouvelles. Les digestions se font bien, le sommeil est bon, l'embonpoint persiste avec tous les attributs de la meilleure santé.

Souffrance extrême et embonpoint.

Durée.

L'hystérie remplit la vie entière de la femme qui en est atteinte à l'époque de la puberté. Seulement les accès, les paralysies, les dys-

pepsies, les troubles menstruels, ont une période aiguë, qui dure de quinze à vingt-cinq ans, puis s'atténue ou se dissipe entièrement. La malade conserve, jusqu'à quarante ans, ou mieux jusqu'à la ménopause, dans la forme et la nature des maladies qui se déclarent, quelque chose de spécial, qui a une racine hystérique, évidente pour le praticien. Le caractère, le genre d'esprit, le moral, ont aussi une direction toute particulière.

Terminaison :

Elle guérit spontanément par l'âge, par une bonne hygiène physique et morale. Elle s'use en laissant son empreinte sur la femme et sur ce qui l'entoure. Elle fait courir aux malades de grands risques en s'aggravant. Le désordre se met dans la menstruation ; la chloro-anémie, la gastro-hémorrhagie, la bronchorrhogie supplémentaire, se déclarent; les digestions deviennent mauvaises, impossibles, et les sujets épuisés meurent dans le marasme ou par l'effet de quelques complications pectorales accidentelles. Chez d'autres, la paralysie des membres, de la vessie et du rectum, amène une cystite violente, une néphro-pyélite, des escarrhes gangréneuses au sacrum ou ailleurs. Elle se termine aussi par une autre maladie, telle que l'épilepsie, la lypémanie, la manie aiguë, la paralysie, la démence.

1° par la guérison ;

2° par l'accroissement d'un acte morbide hystérique ;

3° par une complication ;

4° par une névrose cérébrale.

Complication :

Complication. — En raison de sa longue durée, l'hystérie se complique d'un très-grand nombre de maladies qu'il faut distinguer les unes des autres. Les unes se rattachent directement à la névrose cérébro-spinale, les autres sont purement accidentelles. Nous trouvons, parmi les premières, l'épilepsie et les diverses formes d'aliénation mentale dont nous avons déjà parlé. Quoique névroses elles-mêmes, à l'instar de l'hystérie, elles nous en paraissent distinctes, puisque ce n'est que dans des cas assez rares qu'on les trouve réunies.

1° de même nature (névroses).

Connue et décrite depuis longtemps, l'hystéro-épilepsie est caractérisée par les symptômes qui appartiennent aux deux maladies. Tantôt les accès de l'une et de l'autre sont indistinctement hystériques et épileptiques, tantôt chaque attaque contient les symptômes séparés de l'une ou de l'autre maladie. On a dû créer la première des deux formes pour les cas dans lesquels le diagnostic est impossible, à cause de leur similitude. Pour distinguer ces deux formes, il faut surtout tenir compte des actes morbides qui se montrent dans l'intervalle des accès; les épileptiques n'offrent pas ordinairement les névroses viscérales, les troubles menstruels et les symptômes variés et ataxiques de l'hystérie.

1° Hystéro-épilepsie. Deux formes distinctes.

L'hystérie rebelle, dont les attaques se rapprochent, sans produire cependant la paralysie ni les désordres précédemment décrits, se com-

2° Aliénation mentale.

plique de tous les troubles aigus et chroniques de l'aliénation mentale, de l'extase, du somnambulisme, de la nymphomanie, plus rarement de la catalepsie et de la nosomanie.

3° Névrose gastro-intestinale.

Viennent maintenant les maladies deutéropathiques dont chaque névrose fonctionnelle peut être la cause ; ainsi la gastro-entéralgie peut acquérir une telle intensité qu'il se déclare des vomissements, du météorisme, des troubles considérables de la digestion. La nutrition s'altère, aggravant alors toutes les névroses viscérales. C'est encore ainsi que se développent la chloro-anémie, et particulièrement les troubles de la menstruation qui sont si constants dans l'hystérie. Ils deviennent l'origine des hémorrhagies incoercibles, funestes, qui se font par l'estomac, l'intestin et d'autres voies. La leucorrhée, la stérilité et même des maladies de matrice peuvent en être le résultat.

Ch'oro-anémie, très-fréquente.

Maladies de l'utérus.

Stérilité.

Caractères de la pathologie hystérique.

Telle est l'influence de l'hystérie sur toutes les fonctions, que si une maladie, avec lésion, vient à se développer, celle-ci est presque toujours modifiée, défigurée d'une manière si profonde, que le médecin a de la peine à la reconnaître. Cette formule abrégée de la pathologie hystérique, pathologie curieuse et que le praticien rencontre à chaque pas, le mettra en garde contre les maladies latentes ou larvées qui surgissent pendant le long cours de la maladie nerveuse.

Complications accidentelles.

Une dernière remarque sur les complications accidentelles de l'hystérie. Elle peut, en troublant les fonctions, finir par amener dans le cœur, dans l'utérus, dans l'estomac, des lésions matérielles ; mais ce fait est rare, exceptionnel, et doit faire soupçonner une prédisposition antérieure. On ne saurait mettre sur le compte de l'hystérie la phthisie, le cancer de l'estomac ou de l'utérus, ni les inflammations du poumon ou de la plèvre qui viendront à se développer. Nous dirons plus, l'intensité et la généralisation de la névrose cérébro-spinale met les viscères presque à l'abri de tous les autres actes morbides, excepté de l'hypérémie non inflammatoire, mais hémorrhagipare.

Maladies organiques (?).

Inflammations (?).

Hypérémie hémorrhagique.

Espèces et variétés.

Espèces et variétés. — L'*hystéricie*, ou l'*hystéricisme*, est une forme affaiblie de l'affection nerveuse. Les malades ont des vapeurs, c'est-à-dire que, sans être prises d'attaques complètes, elles ont des troubles nerveux variables par le siége, l'intensité, parfois la sensation d'une boule ; elles pleurent, s'irritent par moment, ont de fréquentes migraines, des dyspepsies et des troubles menstruels, à différents degrés, etc.

Hystéricie.

Hystérie de l'homme.

L'hystérie, chez l'homme, a des symptômes presque toujours mal dessinés. La sensation d'une boule, des attaques légères, avec ou sans perte de connaissance, l'anémie, la gastro-entéralgie, la rapprochent

de l'hystérie de la femme. En même temps la plupart de ces malades sont nosomanes; et de quoi ne s'avise pas un nosomane !

Formes variées; prédominances.

Parmi les formes nombreuses et nettement accusées de la maladie, figurent toutes les prédominances imaginables de symptômes que peuvent engendrer les névroses de telle ou telle partie du système nerveux. Il nous serait impossible d'en tracer un récit même succinct. Nous nous bornerons à énumérer les principaux désordres du corps et de l'esprit qui dépendent de l'affection hystérique. Quand ils sont accompagnés d'hallucinations, d'extase, d'insensibilité générale et de convulsions, on voit paraître cet étrange spectacle qu'ont donné les convulsionnaires de Saint-Médard (1731), les possédées de Sainte-Ursule, à Aix (1611), de Loudun (1632), et tant d'autres hystériques démonomaniaques dont Michelet a tracé une si intéressante description. Dans tous ces cas, et dans bien d'autres, l'hallucination, la folie, les convulsions, font tous les frais de ces scènes qui ne seraient qu'étranges et ridicules si elles n'avaient pas fini par le bûcher et par les tortures de l'inquisition. Autre temps, autres convulsionnaires, plus mitigés, plus civilisés; après la possession et les diableries, viennent les épidémies d'hystérie chez les religieuses, les converties et les extatiques, les prophètes, les ascètes de tout genre, les faiseuses de miracles; puis, le profane se mêlant au sacré, on voit paraître et égayer la scène assez triste de ce monde, les somnambules, les magnétisées, les femmes qui tombent en convulsion, guérissent les malades, les médiums, les spiritistes qui font tourner les tables ou apparaître les esprits.

Trouble mental et convulsions.

Hallucination et démonomanie.

Si nous nous reportons à d'autres actes hystériques non moins remarquables, nous trouvons que parfois le cœur se contracte avec une telle faiblesse qu'il survient une lypothymie ou même une syncope, en apparence mortelle. La léthargie qui en résulte peut durer plusieurs jours et nécessiter une grande attention de la part du médecin. Le somnambulisme naturel est également une des formes de l'hystérie dont personne ne met en doute la réalité. L'hydrophobie, la nymphomanie, peuvent constituer l'acte morbide prédominant. Il ne faut pas confondre cette dernière avec l'excitation vénérienne que font naître chez la femme hystérique la mauvaise direction de son esprit et la dépravation de ses sens.

Syncope; léthargie.

Somnambulisme.

Nymphomanie.

Diagnostic. — L'hystérie spéciale à la femme pubère se distingue de l'épilepsie par de longs prodromes, par la sensation de la boule, par la conservation de l'intelligence, par le désordre et l'amplitude des convulsions cloniques, par les pleurs, les plaintes, la suffocation, le retour complet de l'intelligence, et, dans l'intervalle des attaques,

Diagnostic. Hystérie et épilepsie.

par les névroses viscérales les plus variées et surtout par le trouble de la menstruation. Point d'aura, point de vertiges précurseurs, point d'écume à la bouche, de respiration stertoreuse, de cyanose faciale, de distension du système veineux céphalique, de blessure à la langue, de flexion du pouce convulsé et retenu sous les doigts, d'émission d'urine ou de matière fécale, etc., comme dans l'épilepsie. Les signes positifs et négatifs venant à manquer, on est contraint de former une entité complexe avec l'hystéro-épilepsie.

Traitement: *Traitement.* — Il consiste : — 1° à prévenir le mal ; — 2° à traiter l'accès ; — 3° à le combattre par des remèdes appropriés ; — 4° à traiter les névroses diverses.

1° préventif. 1° Le traitement qui a pour but de prévenir la maladie doit être emprunté entièrement à l'hygiène et ne diffère pas de celui qui sert à la guérir. Nous n'avons pas l'intention de tracer les règles qu'il convient de suivre pour arriver à modifier l'état moral et physique de la femme. Il ne s'agit de rien moins que de l'hygiène entière de la femme. Rappelons seulement que, dans l'hystérie, le médecin a charge d'âme, et qu'avec ses drogues seulement il ne fera rien, s'il n'est pas assez puissant pour changer les habitudes morales et physiques de la femme, pour l'amener à faire des exercices corporels et à quitter la vie contemplative, efféminée, qu'elle mène. Produite par une détestable civilisation, l'hystérie ne peut cesser que par tout ce qui peut en corriger les vices.

Hygiène morale et physique.

2° Traitement de l'accès. 2° *Traitement de l'accès.* — Si la malade ne réussit pas à la faire avorter par sa seule volonté, elle doit se placer sur son lit ; on la débarrasse alors d'une partie de ses vêtements et on la laisse se débattre, en suivant ses mouvements. On abrége la durée de l'accès, on en atténue l'intensité, en lavant le visage avec de l'eau froide ou en projetant celle-ci avec force sur le cou et la face ; les vapeurs d'éther, d'acétate d'ammoniaque, de camphre, d'essences aromatiques, sont usitées et peuvent rendre quelque service. Toute autre espèce de traitement ou de manœuvre doit être repoussée.

3° Traitement de l'hystérie. Antispasmodiques ; 3° *Traitement de la maladie.* — On lui a opposé à peu près toute la matière médicale et spécialement : — 1° tous les antispasmodiques, parmi lesquels on doit ranger l'éther, le camphre, l'acétate d'ammoniaque, le musc, le castoreum, et toutes les eaux aromatiques seules ou unies à l'éther et au musc, en potion, toutes les gommes résines (assa fœtida, succin, myrrhe, galbanum, etc.), toutes les substances aromatiques et odorantes, la valériane, les infusions faites avec les

narcotiques ; plantes de la famille des labiées, des composées, etc., etc. ; — 2° tous

les narcotiques, l'opium, la belladone, etc., — 3° les toniques amers; — 4° les ferrugineux.

C'est encore à l'hygiène qu'il faut s'adresser pour avoir les meilleurs agents curatifs : les bains de rivière et de mer, les eaux sulfureuses, ferrugineuses, salines, iodées et bromurées, doivent être préférées à toute autre médication. L'hydrothérapie longtemps prolongée occupe le premier rang. Elle fait partie intégrante de la médication corroborante.

eau froide; hydrothérapie.

4° *Traitement des névroses hystériques.* — Si vous êtes un médecin attentif et expérimenté, tout en dirigeant comme on vient de le dire la médication générale, vous vous adressez à la névrose prédominante et aux troubles qui en sont l'effet. Ce qui frappe avant tout, c'est l'intensité des troubles menstruels. Que l'hystérie ne soit pas due à une maladie de l'utérus, nous l'admettons volontiers ; mais celle-ci n'en joue pas moins un rôle considérable, surtout dans l'hystérie sympathique. Il est donc important de faire couler les règles, de les rappeler, de les diriger, et, comme la chloro-anémie est souvent exaspérée par elle, on prescrit les ferrugineux, le quinquina, une bonne alimentation, l'hydrothérapie, la balnéation sulfureuse. C'est ainsi qu'on peut guérir l'hystérie en guérissant les actes morbides auxquels elle se rattache. Nous pourrions en dire autant de la stérilité, de la leucorrhée et de toutes les affections de matrice. Le traitement général doit donc marcher avec le traitement local de la névrose prédominante.

4° Traitement des divers troubles fonctionnels.

1° De la névrose génito-urinaire.

2° De la chloro-anémie.

Le traitement doit être général et dirigé aussi contre l'acte morbide local.

Après cet exemple, il sera facile de comprendre de quelle manière il est utile de combattre la dyspepsie, la gastralgie, la pneumatose, la constipation, etc. ; pourquoi l'opium, la belladone, le quinquina, les aromatiques, les purgatifs dans certains cas, réussissent à soulager et même à dissiper les accidents. Le médecin n'a rien de mieux à faire, puisqu'il ne peut guérir l'hystérie, que de s'attaquer aux névroses et aux troubles secondaires.

Règles générales.

Tel est précisément son but lorsqu'il veut guérir une paralysie, une convulsion, une anesthésie, etc. Outre la médication générale il doit traiter les diverses névroses ; opposer à la paralysie des membres la stimulation électrique, les sels de strychnine à l'intérieur; à la paralysie de la vessie, la belladone, les bains froids, les eaux sulfureuses, etc., etc.

3° Traitement des névroses du mouvement.

Lectures. — Nous recommanderons d'abord la lecture de quelques livres anciens, de ceux qu'on doit à Willis : *Pathologia cerebri*, 1667; de Stahl, qui a confondu l'hystérie et l'hypocondrie : *Theoria medica vera*, 1708; — de Fred. Hoffman : *Opera omnia*; — de

Bibliographie.

R. Whytt : *les Vapeurs,* etc. ; surtout de Cullen : *Éléments de médecine pratique*, t. III ; — de Louyer Villermay : *Traité des maladies nerveuses*, 1816, et le travail de Georget, qui met le siége de l'hystérie dans le cerveau : *Recherches sur les maladies nerveuses*, etc., 1821 ; — surtout celui de Briquet, le plus complet et le plus récent sur cette matière : *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, Paris, 1859.

CATALEPSIE.

Définition. Dérivé de καταλαμβάνειν, surprendre.

Névrose cérébro-spinale, très-rare, revenant par accès, et donnant lieu à une perte subite de connaissance et de sentiment, à la contracture universelle ou partielle des muscles qui conservent l'attitude qu'ils ont prise ou qu'on leur donne.

Symptômes. Tels sont en effet les principaux signes de cette singulière affection. Subitement, lorsque la malade a éprouvé une émotion morale, ou après quelques troubles de la sensibilité, elle reste immobile dans la situation qu'elle occupait. On croit qu'elle est endormie, mais on ne peut parvenir à la réveiller ; la paupière, le bras, la jambe d'un côté ou des deux, restent immobiles dans la position qu'ils avaient. On sent, en pliant les membres, une certaine résistance ou roideur musculaire qui donne la sensation d'une porte dont les charnières rouillées s'ouvrent et se ferment. Pendant la situation souvent fatigante que conserve la malade, la peau presque toujours pâle et anémique de la face s'empourpre sur les joues, se couvre ailleurs de sueurs. Les mêmes symptômes ont lieu quand on pince fortement les malades. Le pouls est normal, un peu faible, la température des extrémités froide ; les battements de cœur s'affaiblissent ; les excrétions sont suspendues.

Contracture, situation fixe et permanente des membres.

Durée de l'accès. L'accès dure un temps variable : une demi-heure, plusieurs jours. Et, pendant ce temps, une immobilité complète des parois thoraciques, la faiblesse extrême de la circulation, peuvent faire croire à une mort apparente. L'accès revient à des époques éloignées : tous les huit jours, tous les mois. Les malades maigrissent avec une grande promptitude, quand on ne peut plus les alimenter ; les autres conservent de l'embonpoint, tout en devenant chloro-anémiques, ainsi que nous l'avons observé deux fois.

Causes. Cette maladie est bien souvent simulée. La contracture, qui en est, en définitive, le meilleur signe, peut être imitée par la force de la

volonté. Les émotions morales, la frayeur, une tentative de viol, une vive contrariété la produisent chez des sujets prédisposés. Les filles y sont plus exposées que les hommes. Les troubles de la menstruation et les symptômes de la chloro-anémie et de l'hystérie s'y ajoutent souvent.

Hypnotisme

L'*hypnotisme* est-il autre chose qu'un état cataleptique provoqué par l'attitude que prennent les femmes ou les hommes auxquels on fait regarder attentivement un corps placé sur la ligne médiane, à la hauteur des sourcils? Le sujet perd connaissance, devient insensible; ses membres conservent l'attitude qu'on leur fait prendre.

Lisez sur ce sujet : Bourdin, *Traité de la catalepsie*, Paris, 1841; — Puel, *Mémoires de l'Académie de Médecine*, tome XX, 1856.

MALADIES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

Divisions. — Les maladies les plus essentielles sont : 1° la phlegmasie; 2° l'hémorrhagie; 3° la méningite-spinale.

INFLAMMATION.

Définition.

Synonymie : myélite, de μυελός, moelle.

Inflammation de la moelle dont la lésion caractéristique est le ramollissement avec rougeur, injection vasculaire, et le signe principal, la paralysie des deux membres supérieurs ou inférieurs.

Lésion anatomique.

Altérations. — Nous ne rappellerons pas ici les difficultés qui environnent l'étude des lésions du système nerveux. Elles sont encore plus grandes dans la moelle que dans le cerveau.

Ramollissement rouge.

Dans l'état aigu, les faisceaux antérieurs, latéraux et postérieurs de la moelle, sont en même temps le siége d'un ramollissement rouge, pulpeux, et d'une désorganisation presque complète. La mollesse du tissu médullaire est si grande, dans la plupart des cas, qu'on a peine à extraire la moelle du canal osseux. La méninge viscérale lui conserve cependant un certain degré de résistance. Il faut une grande attention pour reconnaître l'injection et le ramollissement pathologique des tissus et ne pas les confondre avec les lésions cadavériques du même genre.

Hémorrhagie capillaire.

On trouve plus souvent encore que dans le cerveau une multitude de points rouges formés par le sang épanché dans le tissu nerveux

ramolli, et constituant une hémorrhagie capillaire. A un degré extrême, la moelle est convertie en une bouillie rougeâtre, rosée ou blanche; quelquefois elle est séparée dans une étendue variable. (Ollivier, Abercrombie, etc.)

Induration et hypérémie.

Enfin, l'accroissement de consistance et de volume avec injection du tissu médullaire peut être rattaché à une des phases congestionnelles de la myélite aiguë.

Siége.

Une ou plusieurs de ces altérations peuvent occuper une partie limitée du cordon nerveux, du faisceau postérieur ou antérieur, la substance grise centrale; mais ces localisations sont rares. (Voy. *Symptômes.*) Les régions lombaire, dorso-lombaire et cervicale sont, par ordre de fréquence, les points de la moelle où l'on remarque le travail inflammatoire.

Ramollissement blanc aigu et chronique.

Il donne lieu, plus rarement, dans la période aiguë, à un ramollissement blanc constitué par l'infiltration d'un pus blanc ou verdâtre dans la substance médullaire ramollie, et à la formation d'un ou de plusieurs abcès plus ou moins étendus. Nous en avons observé trois exemples ; il existait en même temps des lésions du canal osseux.

Myélite chronique.

Dans la *myélite chronique,* les désordres les plus ordinaires sont le ramollissement partiel blanc, purulent, pulpeux ; les colorations jaunâtres avec ou sans induration, les abcès circonscrits.

Méningite concomitante.

Il est bien rare que l'arachnoïde et la pie-mère viscérales ne soient pas en même temps rouges, injectées, adhérant au feuillet pariétal, par des tractus, des fausses membranes, épaisses, molles ou déjà résistantes. La dure-mère et les os participent aussi à l'hypérémie.

La myélite générale nous paraît aussi problématique que la cérébrite générale.

Symptômes de la myélite aiguë.

Symptômes de la myélite aiguë. — Quelques malades éprouvent d'abord des fourmillements, des douleurs fulgurantes, des crampes dans les bras, les jambes, de l'engourdissement; des sensations diverses, anesthésiques ou hypéresthésiques, à la peau du tronc et des membres; parfois des vomissements, des hoquets, puis des douleurs lombo-dorsales et de l'affaiblissement notable dans les extrémités inférieures.

Variation des symptômes.

On doit s'attendre aux variations les plus grandes dans les symptômes, tant à cause des fonctions différentes que remplissent les cordons de la moelle, que de l'influence réciproque qu'ils exercent les uns sur les autres, même lorsque l'un d'eux reste intact. Il

suffira de rappeler les discussions auxquelles donne lieu, en ce moment, la lésion des faisceaux médullaires postérieurs dans l'ataxie locomotrice. Quoi qu'il en soit on observe, en général, une douleur variable par l'intensité et le siége; lombago, douleurs sourdes spontanées ou provoquées par la pression, par un corps chaud promené sur l'épine, par le mouvement de la colonne vertébrale, et rarement limitées en un point, dues peut-être à la méningite souvent concomitante. Bientôt l'engourdissement, la paralysie, se montrent dans le pied, la main, dans tout le membre d'un côté ou des deux côtés, plus souvent dans les inférieurs que dans les supérieurs. La paralysie se trouve ainsi placée au-dessous du point enflammé de la moelle, et du côté correspondant au faisceau droit ou gauche plus spécialement affecté. En même temps les muscles du rectum, de la vessie et les sphincters externe et interne participent à la paralysie des muscles volontaires; de là les fréquentes et incoërcibles rétentions et incontinences d'urine ou des fèces (Longet, Ollivier, etc.).

Douleurs spinales.

Paralysies; doubles, situées au-dessous de la lésion.

La perte du mouvement est très-rapide, plus rarement lente, graduelle et ascendante. Elle est interrompue par la convulsion ou la contracture, à cause de la congestion facile du tissu nerveux. Rien de plus variable que les troubles de la sensibilité des parties paralysées : tantôt on y observe une vive hypéresthésie de la peau, tantôt l'anesthésie, l'analgésie et toutes les variétés des sensations morbides (brûlure, picotement, chaleur ou froid, etc.). L'intelligence reste ferme, présente jusqu'à la fin. Le serrement pharyngien, la gêne de la déglutition, le vomissement, l'astriction épigastrique, la fréquence, l'irrégularité des mouvements respiratoires, la dyspnée, la fièvre plus ou moins intense, vers la fin de la maladie, l'alcalinité de l'urine, quand elle séjourne dans la vessie paralysée, tels sont les signes de la maladie.

Contracture rare.

Troubles de la sensibilité.

On a prétendu en déterminer le siége exact à l'aide de données physiologiques. S'il existe des faits qui militent en faveur des attributions spéciales de chaque partie de la moelle, il en est d'autres plus nombreux qui sont loin de se prêter à ces distinctions. Les expériences physiologiques, et quelques faits cliniques cités à l'appui, peuvent faire supposer à l'observateur : 1° que la lésion des cordons postérieurs entraîne le trouble de la sensibilité et par suite celui des mouvements; 2° que celle de la substance grise centrale produit les mêmes effets; 3° que la myélite des cordons antérieurs abolit la motilité; 4° que cependant l'intégrité d'un certain nombre de fibres, au milieu du tissu nerveux affecté, permet l'accomplissement régulier de la

Siége anatomique de la myélite.

Symptômes différents suivant le siége de chaque myélite.

fonction, dans certaines parties ; qu'ainsi le membre supérieur peut être paralysé, tandis que l'inférieur se contracte librement ; 5° que la myélite de la partie antérieure du bulbe détermine des effets croisés, et celle des corps restiformes ne les produit pas ; 6° que la myélite de la région cervicale a pour symptômes la paralysie des quatre membres, les troubles de la respiration, la dyspnée, les palpitations et l'irrégularité du pouls, la constriction du pharynx, l'érection, l'éjaculation (??) ; 7° que la myélite de la portion dorsale s'annonce par les mêmes troubles de la respiration, l'asphyxie, les palpitations, la syncope, la paralysie des bras, suivant le siége de la lésion ; 8° qu'enfin la phlegmasie de la portion lombaire est surtout marquée par la paraplégie, la paralysie de la vessie et du rectum et l'insensibilité de la peau, dans les mêmes parties.

Marche ; durée. La maladie médullaire marche quelquefois avec une rapidité telle qu'en un mois la paralysie et des accidents graves, tels que la mortification des tissus, font périr le malade. Souvent, après cette période aiguë, la lésion passe à l'état chronique.

Myélite chronique. *Myélite chronique.* — Dans cette forme, les symptômes prennent une marche lente et graduelle. Pendant plusieurs mois, plusieurs années, les membres s'engourdissent, se paralysent de plus en plus ou la paralysie s'arrête. Le malade se fatigue promptement ; il finit par ne plus marcher qu'avec l'aide d'autrui ou avec une canne, lançant les pieds à droite et à gauche, rejetant le tronc en arrière, et s'avançant en se dandinant sur l'une et l'autre jambe. Les pieds vacillent incertains et tremblants lorsqu'ils ont quitté le sol, et présentent les mouvements irréguliers, cloniques, qu'on observe dans l'ataxie locomotrice, sans même qu'il y ait de paralysie. Il paraît dans les membres des convulsions toniques qui les fléchissent malgré les malades et sans qu'ils en aient conscience. Ces convulsions intermittentes, quotidiennes ou éloignées, douloureuses ou non, correspondent à des hypérémies, à l'extension de la phlegmasie médullaire. Parfois les membres se rétractent fortement, les talons s'appliquent sur les fesses ; il devient impossible de les étendre. La méningite spinale est une cause fréquente de ces contractures. L'électricité excite dans les muscles des douleurs vives et des convulsions pénibles. Quand on pince fortement la peau dont la sensibilité est abolie, on voit les membres se fléchir sous l'influence de l'action réflexe, et sans que le malade ait conscience du mouvement. Dans d'autres cas, il est accompagné de douleurs vives, et le malade est ainsi prévenu de ce qui s'y passe.

Paralysie.

Mouvements ataxiques des membres inférieurs.

Contracture.

Mouvements réflexes.

La myélite lombaire est annoncée souvent par des douleurs sourdes, considérées comme rhumatismales; par la paraplégie, exactement limitée aux membres inférieurs, à la vessie et aux sphincters de l'anus. Les sensibilités tactiles sont souvent abolies, rarement accrues, excepté dans le commencement.

Marche et durée.

Une assez longue existence est compatible avec l'affection de la moelle lombaire. L'intelligence, la respiration, la circulation, la digestion, peuvent s'accomplir librement, pendant plusieurs mois, plusieurs années. Cependant le séjour prolongé dans le lit, la paralysie des réservoirs, finissent par amener des escarres au sacrum, des furoncles, des érysipèles, de l'œdème des membres; ou bien la myélite remonte vers les parties supérieures de la moelle et le malade meurt.

Diagnostic.

On peut croire à l'existence d'un rhumatisme des muscles ou des tissus fibreux de la région lombaire, qui gêne la marche et simule une paralysie; mais celle-ci n'est point réelle; les muscles conservent toute leur vigueur; l'émission de l'urine et des fèces est normale. — Rhumatisme.

Ostéite vertébrale.

Une maladie profonde des vertèbres, une carie, une déviation rachidienne, donnent lieu à des douleurs et à tous les symptômes de la myélite chronique, qu'elles finissent même par produire. L'état général, le rachitisme, la scrofule, éclairent, dans ce cas, le diagnostic. —

Ataxie locomotrice.

L'ataxie locomotrice se distingue aisément de la paralysie médullaire par l'intégrité de la contraction musculaire des membres inférieurs, qui est au contraire abolie ou diminue dans la myélite. — On a plus

Paralysie générale.

de peine à en séparer la paralysie générale; cependant le délire, la paralysie réelle des membres supérieurs et inférieurs, des réservoirs, l'embarras de la parole, etc., ne peuvent laisser de doute, même au début de l'affection. Dans l'affaiblissement sénile et chez les individus épuisés par les plaisirs vénériens, les membres sont affaiblis, tremblants.

Les myélites aiguës et chroniques sont mortelles. La première enlève rapidement les malades; la seconde peut durer plusieurs années.

Étiologie.

Causes. — On trouve, en première ligne, toutes les maladies du canal osseux, qui peuvent s'étendre, par voisinage, jusqu'à la méninge et à la moelle elle-même. La myélite consécutive, deutéropathique, se montre ainsi chez les rachitiques, les scrofuleux atteints de carie, de nécrose, les syphilitiques dont les os et la dure-mère sont le siége de tumeurs osseuses, etc., dans les cas plus rares de tubercules des méninges.

Myélite consécutive.

Myélite sympathique.

Elle se manifeste encore, par influence sympathique, dans les ma-

ladies chroniques des organes génito-urinaires, dans la gravelle rénale, la néphrite aiguë et chronique, la pyélite, les catarrhes anciens de la vessie, chez les calculeux, les sujets atteints de spermatorrhée, dans les maladies de l'utérus. Nous ne ferons qu'indiquer les lésions traumatiques, les coups et les chutes.

Exercice musculaire.

On a cru remarquer aussi que les excès vénériens, la masturbation, la pédérastie, les efforts musculaires énergiques, les marches forcées, étaient des causes qu'on pouvait invoquer dans quelques circonstances. On sait que les chevaux de trait et de poste sont sujets au ramollissement médullaire et à une paralysie subite. On a parlé de l'action nuisible du tabac : cette cause est problématique.

Traitement.

Traitement. — Dans la forme aiguë, on conseille les applications de sangsues, de ventouses scarifiées ou sèches sur toute la longueur du rachis; la saignée générale. Plus tard ou d'emblée, si la maladie revêt une marche chronique, on révulse d'abord, au moyen de frictions irritantes, de ventouses sèches quotidiennes, de vésicatoires, enfin des moxas et des cautères profonds. Il faut surveiller attentivement les effets de cette dernière médication et la suspendre au besoin, parce qu'elle est souvent plus nuisible qu'utile.

Émissions sanguines.

Révulsion.

Les paralysies de la myélite chronique ne doivent être traitées qu'à la condition que toute espèce de douleur, de contracture, aura disparu des membres; alors seulement on peut essayer les douches de vapeur, les bains thermaux et sulfureux de toute espèce, les médicaments qui agissent sur la contractilité (noix vomique, sels de strychnine, électricité) ; mais en se rappelant que, si la lésion médullaire est guérie, il faut prendre garde de la réveiller; que, si elle est encore aiguë, il faut s'abstenir; qu'enfin ces résultats seront bien douteux dans le cas où l'organe est détruit ou cicatrisé.

Hypérémie.

Hypérémie de la moelle. — Nous voulons seulement rappeler que la congestion spinale est prise souvent pour une myélite. Elle en diffère par les lésions, les symptômes et les causes.

Siége et forme de la lésion.

L'hypérémie se fait bien plus encore dans la pie-mère spinale et dans les veines rachidiennes que dans la moelle même. Elle a lieu dans les maladies générales, surtout dans le rhumatisme, l'albuminurie, la pléthore et toutes les altérations scorbutiques du sang, dans les fièvres palustres, au moment des accès simples ou pernicieux. La pulpe nerveuse s'injecte et présente ce sablé qu'on rencontre dans le cerveau, mais conserve sa consistance naturelle.

Symptômes.

Les malades éprouvent des vertiges, des troubles cérébraux qui annoncent que le cerveau participe souvent à la congestion; de la

gêne, de la pesanteur, des fourmillements dans les pieds, les mains, dans les membres inférieurs surtout. Ils marchent mal, avec peine, en tremblant; les réservoirs deviennent paresseux; après plusieurs jours de cet état, soit spontanément, soit après quelque médication, tout se dissipe, pour revenir à des époques variables et parfois éloignées.

En général cette maladie n'est que le reflet d'une cause générale, d'une diathèse. On la combat par les émissions du sang modérées, qu'on fait à l'aide de sangsues, et surtout par un traitement général fortifiant, par les amers, les ferrugineux et le quinquina.

HÉMORRHAGIE.

Hémorrhagie.

Hémorrhagie. — Elle débute subitement ou après quelques symptômes précurseurs (fourmillements, crampes) comme l'hémorrhagie du cerveau. Dans ce dernier cas, elle est précédée de congestions plus ou moins répétées dont les causes ont été indiquées ailleurs (voy. *Hémorrhagie cérébrale*).

Dans d'autres cas, tout d'un coup la paralysie frappe les deux membres, la vessie, le rectum; une douleur plus ou moins vive occupe le rachis; l'intelligence reste normale; la peau des membres paralysés est le siége d'une anesthésie complète ou incomplète, et, après des troubles de la respiration fort pénibles, le malade succombe en trois à quatre jours. La guérison est rare, même après les hémorrhagies faibles. La mort est instantanée quand le sang déchire le bulbe rachidien, au niveau du nœud vital.

Méningite, Définition.

Méningite rachidienne. — Phlegmasie des méninges rachidiennes et spécialement de la pie-mère et de l'arachnoïde, marquée par la contracture musculaire et la douleur spinale.

Lésions : de la pie-mère et de l'arachnoïde.

Lésions. — Sur les quatre malades que nous avons observés, les altérations étaient identiques à celles de la méningite cérébrale; sécheresse avec forte hypérémie de la séreuse; injection vermeille arborescente et fine de la pie-mère; dilatation des vaisseaux: épanchement séro-purulent; fausses membranes, grumeaux, suspendus dans le liquide ou infiltrés dans la pie-mère qui devient gélatineuse, opalescente ou verdâtre; arachnoïde viscérale, moins souvent pariétale, recouverte par du pus ou des fausses membranes vertes, ou blanchâtres, bien organisées, ou molles; liquide épanché, surtout dans la partie inférieure du canal rachidien.

Symptômes. Rachialgie.

Symptômes. — Cette maladie donne lieu presque toujours à une douleur d'intensité variable, spontanée ou provoquée par la pression, sur le trajet des vertèbres. Les mouvements de flexion et d'extension sont souvent difficiles, impossibles même, et arrachent des cris aux malades. A côté de ces cas s'en trouvent d'autres où la douleur est nulle.

Convulsions toniques.

La convulsion des muscles auxquels se distribuent les nerfs qui partent de la moelle revêtue par la méninge enflammée en est un signe plus certain encore que la douleur; cette convulsion est tonique, continue ou rémittente; le plus souvent bornée aux muscles du cou, aux membres supérieurs et inférieurs; mais plus ordinairement générale et non limitées comme la myélite, parce que la phlogose membraneuse est toujours très-étendue, sinon générale. Aussi la contracture peut-elle affecter la forme et la marche du tétanos: convulsion du tronc en arrière ou en avant, constriction du thorax enchaînant les mouvements respiratoires, douleur en ceinture, spasme pharyngien, hydrophobie, rigidité insurmontable des muscles des membres; voilà l'ensemble des symptômes tétaniques que nous avons observés chez deux hommes robustes qui n'avaient qu'une méningite sans trace de myélite. Ils viennent souvent par accès au milieu desquels le sujet meurt avec toute sa connaissance. Quelquefois leur violence est atténuée et la convulsion très-faible.

Tétanos.

Méningo-myélite.

Dans la méningo-myélite, les symptômes s'offrent avec le même aspect; vers la fin la paralysie s'y ajoute.

Les causes nous échappent entièrement. La réfrigération partielle ou totale du corps et la diathèse rhumatismale surtout, ont pris une part évidente à la production du mal chez quelques sujets.

NÉVROSE DES NERFS DE LA SENSIBILITÉ.

Nous nous proposons de suivre, dans cette étude, l'ordre que nous avons adopté pour le cerveau et la moelle. Les maladies des nerfs marquées par une lésion comme la névrite, le névrome, le cancer, sont rares et décrites dans les traités chirurgicaux. Nous ne devons donc étudier que les troubles fonctionnels des nerfs du sentiment, connus sous le nom de névrose. Ces névroses se traduisent, dans les nerfs du sentiment et dans les organes auxquels ils se rendent, par la douleur, et dans ceux du mouvement par des convulsions; mais ni la névralgie ni la convulsion ne sont les symptômes uniques de ces

névroses. Les viscérales, par exemple, qui ne diffèrent pas de celle du sentiment et du mouvement, ont tantôt pour symptôme prédominant la douleur, tantôt la convulsion, les sécrétions anomales, etc. Parlons d'abord des névroses du sentiment.

DE LA NÉVRALGIE.

Symptômes des névroses du sentiment.

Généralités. — Ces névroses ont pour symptômes une douleur limitée et un trouble fonctionnel, en rapport avec la fonction de l'organe auquel se distribue le nerf sensoriel, en sorte que les symptômes locaux peuvent être très-différents. Pour abréger l'étude de ces névralgies, nous commencerons par en indiquer les caractères communs, réservant pour l'étude de chacune d'elles ce qu'elles ont de spécial.

1° Névralgie. 2° Hypérésthésie, anesthésie. 3° Convulsion. 4° Hétérocrinie.

Symptômes. — Le signe constant de la névrose du sentiment est l'accroissement de la sensibilité du nerf, qui devient douloureux dans un ou plusieurs points de son trajet (névralgie). En même temps il apporte aux parties la double influence sympathique qu'il exerce sur le mouvement et sur la nutrition des tissus. Il peut donc provoquer des convulsions, l'amaigrissement, des variations de température, des lésions de sécrétion.

Névralgie : son siége ; son intensité ; retour des accès.

La névralgie a un siége qui suit très-exactement la distribution anatomique des nerfs. Elle est superficielle ou profonde, suivant la branche affectée ; elle occupe les points d'émergence du nerf et les régions où l'on peut les atteindre par la pression. Elle est légère, ou d'une violence telle qu'elle arrache des cris aux plus courageux ; spontanée, ou provoquée par les mouvements, la respiration, la circulation même. Elle est continue, exacerbante, mais plus souvent revient par accès intermittents, paraissant le soir, acquérant toute sa force pendant la nuit ou vers le matin, et se dissipant dans la journée.

Symptômes convulsifs.

On connaît trop bien la synergie étroite qui rattache la sensibilité à la motilité, pour ne pas prévoir : — 1° que la douleur amènera des convulsions, des tics, de la contracture dans les muscles (spasme vésical, anal) ; — qu'elle tarira la sécrétion de la peau, des glandes lacrymale, salivaire et autres, ou produira un flux plus ou moins abondant ; — qu'elle agira sympathiquement sur les nerfs vasculaires, enlèvera la graisse et conduira les parties au marasme et même à l'atrophie. De là cette réfrigération, ces variations de température, cette impotence qu'on remarque dans les membres affectés.

Flux et sécheresse des sécréteurs. Atrophie musculaire.

Si la circulation, l'intelligence et la plupart des fonctions de la vie

Influence sympathique.

de relation restent longtemps étrangères à ce qui se passe ailleurs, il n'en est pas de même de la digestion, de la menstruation et de l'état du sang. La gastralgie, la dyspepsie, la constipation, le dérangement des règles, la chloro-anémie dépendent de la longue souffrance du système nerveux.

Durée et marche. La durée des névralgies est variable. Elles peuvent se déplacer, et alors une cause générale les a produites. Elles sont ordinairement situées d'un côté du corps ; rarement doubles, sujettes à récidiver, et curables, à moins qu'elles ne se lient à une lésion du nerf.

Étiologie. *Causes.* — Signalons : 1° les névralgies qui dépendent d'une maladie des nerfs (névrite, névrome, cancer) ; — 2° des tissus que ces cordons traversent (phlegmon, phlegmasie d'une membrane voisine, maladie des os, tumeurs cancéreuses, tuberculeuses, myosites, etc.); d'une maladie d'un vaisseau auquel il est accolé (anévrisme, varices) ; — 3° d'une altération du sang, comme dans l'anémie et la chlorose. On sait combien elles sont fréquentes après la métrorrhagie, les hémoptysies, les hémorrhoïdes et toutes les affections organiques des viscères ; chez les chlorotiques elles sont presque constantes : elles peuvent servir à mesurer les divers degrés d'altération du sang ; on les voit survenir souvent chez les albuminuriques, les glucosuriques, et dans un grand nombre d'empoisonnements par le plomb, le mercure, l'alcool, l'ergot du seigle, dans le narcotisme, l'impaludisme. Cette dernière cause produit parfois comme unique lésion une névralgie intermittente, qui a reçu pendant longtemps et à tort le nom de *fièvre larvée*. Enfin, la névrose n'est, dans un grand nombre de cas, que le symptôme détaché de l'hystérie, de l'épilepsie, de la nosomanie présentes ou absentes.

1° Névralgie symptomatique; d'une maladie locale; 2° d'une lésion du sang. Chloro-anémie. Intoxications. Névralgie paludéenne. Névrose.

2° Névralgie sympathique. Une névralgie curieuse, et souvent difficile à diagnostiquer, est la *sympathique*, dont il faut rechercher attentivement la source : tantôt, et c'est le cas le plus ordinaire, dans l'utérus et ses annexes malades chroniquement et obscurément, ou dans les fonctions plus ou moins troublées de cet organe (aménorrhée, métrorrhagie) ou dans l'état puerpéral (névralgie-puerpérale) ; tantôt enfin, dans une spermatorrhée et toutes les maladies chroniques de l'estomac, du foie, du poumon, du cœur, etc., qui peuvent seules rendre compte de certaines migraines, névralgie faciale, dentaire, ou intercostale.

3° Névralgie idiopathique. La *névralgie idiopathique* essentielle reconnaît parfois pour cause des influences douteuses qu'il faut cependant indiquer. Parmi celles qui sont liées à une *cause somatique*, *statique* ou *fonctionnelle*, nous citerons la fréquence plus grande du mal chez les femmes, à

l'époque de la puberté, et dans les deux sexes, de vingt à trente, l'état névrosthénique, l'excitation des organes génitaux, peut-être une constitution forte, sanguine, portée jusqu'à la pléthore. Nous considérons comme causes pathologiques puissantes la diathèse rhumatismale, les attaques antérieures de ce mal dans les muscles et les jointures : la goutte, la syphilis, la diathèse dartreuse ; comme cause locale, l'action du vent, d'un courant d'air glacial, humide, d'un air froid, des saisons et des climats où ces qualités de l'air règnent habituellement. Les contusions, les blessures et les violences extérieures sont souvent suivies d'une névralgie intense.

Age et sexe.

Diathèse.

Des viscéralgies.

La distinction des nerfs en ceux de la sensibilité et du mouvement s'efface, en pathologie, devant l'observation quotidienne, qui nous montre les nerfs du grand sympathique acquérant parfois une sensibilité extrême, et la maladie agissant à la fois sur les filets moteurs et sur ceux qui président à la circulation, aux sécrétions. C'est qu'en effet les viscéralgies appartiennent, à tous les titres, à la névralgie, c'est-à-dire à la névrose, qui a pour effet plus spécial de développer la sensibilité. Dans les viscéralgies, comme dans les névralgies de la vie de relation, on trouve l'hypéresthésie, le désordre des sensations normales, des mouvements, des sécrétions, etc. Fréquemment elles s'associent les unes aux autres, se remplacent même, et prennent naissance dans les mêmes causes locales et générales. Enfin, de même qu'il y a des névralgies symptomatiques, sympathiques, idiopathiques, de même aussi les viscéralgies doivent être placées dans des divisions identiques. Nous en parlerons dans l'étude des maladies de chaque viscère en particulier, angine de poitrine, asthme essentiel, gastralgie, etc. (Voyez *Cœur*, *Poumon*, *Estomac*.)

Identiques aux névralgies, 1° par les symptômes ;

2° par les causes.

Mêmes divisions des viscéralgies.

Traitement : de la névralgie symptomatique et sympathique.

Traitement en général. — Il faut savoir avant tout que les névralgies symptomatiques et sympathiques réclament un traitement spécial, qui doit être subordonné à la connaissance exacte du siége et de la cause de la maladie à laquelle il faut s'attaquer.

Traitement externe.

La névralgie idiopathique réclame un traitement externe. Le plus usité de tous est l'emploi des agents capables : 1° d'irriter, d'enflammer peu ou beaucoup la peau ; 2° d'en stimuler les fonctions. Parmi les premiers, on distingue les ventouses sèches en grand nombre, scarifiées ou non, la sinapisation, les frictions rubéfiantes (térébenthine, ammoniaque, alcoolats), la vésication répétée sur le trajet du nerf endolori, la cautérisation avec le fer rouge, qui effleure rapidement la peau et ne doit pas y produire la moindre perte de substance. Arrêtons-nous pour recommander vivement ce moyen qui nous a

Irritants.

Cautère actuel.

toujours réussi, et dont un grand nombre de jeunes docteurs ont fait ressortir l'efficacité dans leurs thèses. Les suppurations longues, les cautères, le moxa, sont souvent infidèles, excepté dans la névralgie diathésique.

Bains chauds. C'est surtout en modifiant, d'une façon salutaire, les fonctions de la peau, qu'agissent les bains d'eau tiède ou chaude, salée ou sulfureuse, artificielle ou mieux naturelle, toutes les eaux minérales à haute température (Bourbonne, Aix, Barége, Uriage, etc.), enfin les bains et les douches de vapeur, dont le succès est devenu populaire. Dans ces derniers temps, l'application de l'électricité a été faite, soit en foyer concentré sur un point du nerf, soit d'une manière diffuse avec les pinceaux métalliques, sur la peau préalablement desséchée et isolée (Duchenne). Les succès de cette médication sont incontestables dans les formes chroniques et rebelles. La nutrition et les fonctions des tissus sont ranimées par les frictions, le massage, l'exercice musculaire, et l'hydrothérapie, à laquelle on doit des guérisons inespérées chez les sujets affaiblis, dont la nutrition est en souffrance depuis longtemps. Elle appartient aux médications générales et reconstituantes.

Sulfureux.

Douche de vapeurs.

Électricité.

Hydrothérapie.

Traitement sédatif. On s'est efforcé de faire parvenir sur le nerf, par des frictions, les narcotiques de toutes espèces, l'opium, la belladone, le camphre; mais en général le succès est fort douteux. On réussit davantage au moyen des vésicatoires volants, qui permettent d'appliquer des sels de morphine sur le derme, ou par des injections sous-cutanées avec la solution de sulfate d'atropine, dont on charge une lancette ou une seringue.

Traitement interne. On calme aussi la douleur en donnant par la bouche l'opium, la belladone, les pilules de Méglin, le sulfate de quinine quand la névralgie est périodique ou manifestement rémittente, le valérianate de quinine, les préparations de quinquina. L'essence de térébenthine, tant vantée à l'intérieur, et à l'extérieur échoue le plus souvent.

Indications particulières. Les états morbides consécutifs, comme l'anémie, les convulsions, les viscéralgies, etc., exigent l'administration des ferrugineux, du quinquina, des antispasmodiques, associés au traitement local de la névrose, qu'ils parviennent souvent à guérir.

Maladies deutéropathiques. Il faut aussi s'occuper des causes telles que les troubles menstruels, la puerpéralité, la goutte, le rhumatisme, etc.

Bibliographie. — Des documents essentiels sont contenus dans les travaux de MM. Piorry : *Mémoire sur les névralgies*, *Clinique médicale*. Paris, 1833; — Valleix, *Traité des névralgies*. Paris, 1841.

DES NÉVRALGIES EN PARTICULIER.

NÉVRALGIE DE LA FACE.

Névralgie trifaciale.

Le nerf trijumeau ou trifacial peut être atteint dans ses branches ophthalmique, maxillaire supérieur ou inférieur. La première est plus souvent affectée que les deux autres. La douleur occupe l'orbite, le globe oculaire (névralgie de la branche ophthalmique et lacrymale) ou part du trou sus-orbitaire pour s'irradier dans le front, le sourcil (branche frontale), l'aile du nez (branche lacrymale), ou dans toute la face.

Du maxillaire supérieur ;

Dans la névralgie du nerf maxillaire supérieur, la douleur a son siége sur le trou sous-orbitaire, sur la joue, la tempe, le front, le nez, la lèvre supérieure du côté malade.

De l'inférieur.

Si c'est le nerf maxillaire inférieur qui est altéré, la douleur se montre sur le côté de la langue (névralgie linguale), la tempe, le buccinateur (névralgie buccale), le trou mentonnier (névralgie mentonnière), et, dans ce cas, le plus fréquent de tous, les douleurs lancinantes vont dans tout le côté correspondant de la face, sur la tempe, le front.

Autres symptômes ; troubles fonctionnels.

La névralgie reste rarement limitée à une seule branche ; presque toujours, quel que soit le rameau affecté, on observe une douleur localisée, ou sans trajet distinct, d'un seul côté du visage, accompagnée de bâillements et d'une sensation si pénible que les sujets poussent des cris, n'osent faire un mouvement ni parler. Des grimaces, de véritables convulsions rapides, agitent le sourcil, les paupières, les joues. On constate de fréquentes congestions ophthalmiques : l'amaurose, la mydriase, peut-être le glaucôme (Notta). La face est rouge ; les larmes coulent ; la narine se sèche, les mouvements de la langue et du voile du palais sont parfois gênés ; douleurs dans les dents, et, par sympathie, dans le cou, la nuque et le bras.

Accès et attaques.

L'attaque est souvent d'une violence extrême ; courte d'abord, puis très-longue, à mesure qu'elle est moins douloureuse ; elle revient dix à douze fois par jour, laissant, dans l'intervalle, des douleurs sourdes ou qui se dissipent complétement. Une attaque se compose d'accès douloureux qui se suivent, diminuent et cessent pour reparaître encore périodiquement ou sans régularité. Dans l'intervalle, le malade est rendu à la santé. Toutefois, quand le mal dure depuis plusieurs années, quatre à douze ans par exemple, ce qui est rare, les traits du

Périodicité. Altérations consécutives.

visage s'altèrent, s'hypertrophient; la nutrition générale souffre, parce que le malade est dans l'impossibilité de mâcher ses aliments, sans d'atroces douleurs. Il maigrit, meurt, ou se donne la mort pour échapper à une si cruelle torture. Elle ne laisse ordinairement aucune lésion à sa suite; elle peut récidiver, sous l'influence du froid, et de la même cause diathésique.

Diagnostic. Elle peut être produite par une carie dentaire, qui imite tout à fait la névralgie. Le point de départ peut seul indiquer la nature du mal. La céphalée syphilitique, la migraine, le rhumatisme du péricrâne, n'ont pas de trajet distinct, sont continus ou nocturnes seulement (syphilis). Dans la paralysie faciale, le côté malade est immobile, sans expression ; dans la névralgie, il est mobile et souvent convulsé pendant les douleurs, de sorte que le côté sain paraît paralysé.

Paralysie faciale.

La distinction des névralgies en symptomatique, sympathique et idiopathique est plus essentielle encore pour la prosopalgie que pour toute autre. La plupart des descriptions fournies par les auteurs ne sont si disparates, si peu comparables entre elles, que parce que ces distinctions n'ont pas été faites; ainsi s'expliquent les succès et les

Traitement. insuccès inespérés de certaines médications. Les ferrugineux, le mercure, le quinquina, les toniques unis aux narcotiques, aux arsenicaux, rendent de grands services dans la chloro-anémie, la syphilis, les affections paludéennes, les diathèses herpétiques, rhumatismales, etc. Nous ne citons que pour la réprouver l'excision du nerf douloureux, parce que, en ôtant la sensibilité, elle enlève aussi très-souvent le mouvement des parties.

Bibliographie. — On doit lire : Halliday : pseudonyme *de Dezeimeris* : *Considérations pratiques sur les névralgies de la face*, 1832, Paris. — Chapponnière : *Essai sur le siége et les causes de la névralgie de la face;* thèse n° 103. Paris, 1832 ; — Cusco : *Recherches sur quelques points d'anatomie, de physiologie et de pathologie;* thèse. Paris, 1848.

Névralgie cervico-occipitale;

Névralgie cervico-occipitale. — Les points douloureux sont situés entre l'apophyse mastoïde et les premières vertèbres cervicales (névralgie occipitale) ; sur le plexus cervical superficiel, dans son point d'émergence ; sur l'apophyse mastoïde, la conque de l'oreille, la partie latérale de la tête. La douleur, en outre, se transmet facilement aux autres nerfs de la tête, et surtout au frontal.

cervico-brachiale.

Névralgie cervico-brachiale. — Souvent de provenance rhumatismale, elle a été confondue avec le rhumatisme musculaire, dont nous parlerons ailleurs. (Voyez *Maladies diathésiques, rhumatisme*

musculaire.) Elle se manifeste par des douleurs spontanées ou provoquées, sur le côté du cou, dans l'espace sus-claviculaire externe, dans l'épaule, sur la partie externe et supérieure du deltoïde, dans l'aisselle, au coude, près de l'épitrochlée, en dehors de la partie inférieure externe de l'humérus (névralgie radiale), à la partie interne ou externe du carpe et dans les doigts. Une ou plusieurs de ces régions sont le siége plus spécial ou exclusif de la douleur, qui est souvent nocturne, violente, et empêche le sommeil.

Névralgie dorso-intercostale.

Névralgie dorso-intercostale (thoracique, intercostale, irritation spinale). — Elle se fait aisément reconnaître aux trois points qu'elle occupe sur le trajet du nerf intercostal : 1° au niveau des trous de conjugaison, à la sortie du nerf; 2° sur la partie moyenne de l'espace intercostal, quand il quitte la gouttière osseuse; 3° à la partie antérieure de la poitrine ou de l'épigastre (point spinal, latéral et sternal ou épigastrique). Les fonctions respiratoires, les mouvements du thorax, du bras, sont gênées; la toux, la pression sur le nerf causent de la douleur, et peuvent faire croire à une lésion de la plèvre ou du poumon, d'autant mieux que le bruit respiratoire est affaibli, et les mouvements du thorax enchaînés.

Névralgie dorso-lombaire.

Névralgie dorso-lombaire. — Les lombes et la partie hypogastrique de la paroi abdominale en sont le siége. La douleur unilatérale part des premières vertèbres lombaires, descend vers la crête de l'os des îles, se dirige vers l'anneau inguinal, l'hypogastre, ou vers le milieu du ligament de Fallope; chez l'homme, elle se rend dans le scrotum et le testicule; chez la femme, dans une des grandes lèvres, peut-être dans l'utérus. La névralgie utéro-lombaire, avec sa douleur descendant d'une hanche ou d'un flanc vers l'utérus, ressemble beaucoup, par son siége, aux douleurs utérines de l'avortement, des règles, de la gravelle. Les signes négatifs seuls peuvent éclairer sur la nature et le siége du mal.

Simule les affections utérines et rénales.

Névralgie crurale.

Névralgie crurale. — Elle est très-rare et marquée par des points douloureux dans l'aine, sur la partie interne de la cuisse, du genou, de la jambe et du pied.

Névralgie sciatique.

Névralgie sciatique. — La plus fréquente de toutes les névralgies, elle présente les principaux caractères que nous avons signalés en commençant. Elle occupe presque tout le nerf d'un seul côté, et le gauche peut-être plus souvent que le droit. Quand elle est double, elle est souvent symptomatique ou sympathique de quelque maladie des organes contenus dans le bassin, de son système osseux, de l'utérus, de la vessie, de la prostate, du péritoine, etc.

Partielle; générale; symptomatique.

Siége des points douloureux.

Les points névralgiques, spontanés, et surtout provoqués par la pression, se remarquent sur les régions suivantes : 1° à la base du sacrum, sur le rachis, ou au niveau de l'articulation sacro-iliaque (point lombaire sacro-iliaque) ; 2° sur le bord et au milieu de la crête de l'os des îles (point iliaque) ; 3° au niveau de l'échancrure sciatique, au milieu de la fesse (point fessier) ; 4° sur le bord postérieur du grand trochanter (point trochantérien) ; 5° sur la partie supérieure, moyenne ou inférieure du nerf crural (points fémoraux) ; dans le creux du jarret (point poplité) ; sur le bord externe de la rotule (point rotulien) ; la tête du péroné (point péronéo-tibial) ; dans le lieu où le nerf passe sur le péroné (point péronier), et enfin la partie postérieure et inférieure de la malléole externe, le dos du pied et son bord externe (point malléolaire, dorsal et plantaire).

Autres symptômes.

Trouble de la nutrition.

Les douleurs variables d'ailleurs par le siége et l'intensité s'accroissent, par la marche, pendant la nuit, par la pression opérée sur les différents endroits que nous venons d'indiquer, par les variations de température et le refroidissement du corps. Elles rendent difficiles, impossibles même la marche, la station verticale ; elles font boiter le patient ; tous ses mouvements sont douloureux, même lorsqu'il est au lit. Le membre finit à la longue par s'amaigrir ; les muscles deviennent flaccides, la température s'abaisse dans le membre, et le malade y éprouve tantôt une chaleur vive, tantôt un froid glacial. Les fonctions de la vie animale sont peu influencées par la douleur ; toutefois l'immobilité, l'insomnie, l'action douloureuse ou autre des médications, finissent par léser la nutrition du membre et par amener des dérangements dans la digestion, les menstrues, etc.

Marche et durée.

Il est rare que le mal ne dure que quelques jours seulement ; il se prolonge pendant un à deux mois, plusieurs années même, et fait le désespoir du malade et du médecin. Il perd alors de son intensité ; les douleurs sourdes n'ont plus de siége distinct ; le membre dépérit, et la marche reste pénible et difficile.

Cause. Diathèse rhumatismale.

Presque toujours attribuée à l'action de l'air froid et humide et à toutes les causes, professions et habitations dans lesquelles cette fâcheuse influence se fait sentir, la névralgie est en effet la manifestation locale la plus commune de la diathèse rhumatismale, sans pour cela qu'elle ait été précédée d'une attaque de rhumatisme articulaire. Les malades ont auparavant ressenti des douleurs musculaires vagues, ou déjà subi quelque attaque de névralgie.

Diagnostic.

Rhumatisme musculaire.

Le rhumatisme musculaire affecte un ou plusieurs muscles de la fesse, des lombes, de la cuisse, mais non des points distincts et dis-

séminés sur le trajet des nerfs. La contraction et le mouvement y sont impossibles ou douloureux. Dans la paralysie d'un membre, l'abolition du mouvement n'a pas été précédée et n'est pas accompagnée actuellement de douleur. Dans la paralysie médullaire, les réservoirs sont paralysés. Enfin la coxalgie et l'arthrite aiguë non rhumatismale de l'articulation coxo-fémorale donnent lieu à une douleur bornée à la jointure, et qui se produit et s'accroît par le moindre mouvement communiqué au membre.

Paralysie.

Paraplégie.

Arthrite.

Traitement. — Si l'on ne s'est pas assuré que la névralgie est idiopathique, toute médication sera vaine. C'est au praticien à chercher si quelque lésion des organes contenus dans le grand et le petit bassin n'a pas causé et n'entretient pas la douleur. Tout ce que nous avons dit en parlant du traitement en général s'applique, avec une rigueur extrême, à celui de la névralgie sciatique. Rappelons seulement que si les ventouses sèches, scarifiées, les vésicatoires, apportent quelque soulagement, il est rare qu'il en soit ainsi de tous les liniments, pommades et épithèmes irritants, narcotiques, sédatifs, qu'on prodigue en pareille circonstance (baume nerval, opodeldoch, liniment camphré, belladoné, jusquiamé, térébenthiné, etc.) et qui sont utiles pour gagner du temps. La véritable médication consiste dans la cautérisation superficielle et rapide avec le fer rouge ; l'électrisation bornée à la peau ; les douches locales et générales de vapeurs d'eau et l'hydrothérapie. Celle-ci convient surtout dans les vieilles névralgies, lorsque tout l'organisme est affaibli et la nutrition du membre altérée. Elle doit être continuée pendant longtemps avec persévérance. Les applications de morphine, de belladone, par la méthode endermique, et les injections de la solution d'atropine, ne réussissent que dans les névralgies récentes ; le fer rouge est indispensable dans les formes chroniques.

Traitement.

Des névralgies idiopathiques.

Cautère actuel.

Injections narcotiques.

Névralgie cutanée ; dermalgie. — On appelle ainsi une hypéresthésie limitée de la peau, qui provoque une vive douleur au moindre contact du doigt ou des vêtements. Elle peut dépendre d'une névralgie d'une branche voisine, dont elle est le simple prolongement. Elle est presque toujours la manifestation locale de la diathèse rhumatismale. Dans d'autres cas, elle constitue une des nombreuses névroses propres à l'hystérie, et accompagne alors d'autres lésions des organes des sens : l'anesthésie, l'hypéresthésie, par exemple. Le clou hystérique est souvent une simple dermalgie, ou une douleur fixée dans une branche nerveuse sous-cutanée. Il existe : — 1° une dermalgie idiopathique, probablement de nature rhumatismale ; —

Dermalgie.

rhumatismale ;

hystérique ;

1° idiopathique ;

2° symptomatique ; 2° une *symptomatique* de l'hystérie, de l'épilepsie, de l'aliénation mentale, et spécialement de l'hallucination et de la nosomanie, dont elle est parfois le symptôme persistant ; d'une névrite des branches nerveuses de la peau ou du tronc principal qui les fournit ; d'une altération du sang, de la chloro-anémie, des hémorrhagies répétées ou considérables de l'albuminurie ; — 3° sympathique. 3° enfin elle est *sympathique* de la grossesse, des troubles menstruels, des affections utérines, de la spermatorrhée, etc. Les membres inférieurs, la peau du ventre, de la poitrine, de la tête, en sont le siége.

Traitement. (Voyez *Névralgie en général.*)

NÉVROSTHÉNIE.

Nous réunissons sous cette dénomination les faits assez mal déterminés de névralgie générale, d'irritation spinale, et toutes les souffrances vagues, erratiques, ressenties vivement par certains sujets.

Névralgie générale. Dans la névralgie générale, une douleur locale correspondant à une ou plusieurs branches nerveuses spéciales, ou aux nerfs de la peau, se déclare en un grand nombre de points à la fois, puis cesse, tout d'un coup, pour se reproduire ailleurs. Il est rare qu'il ne s'y ajoute pas des douleurs de tête, des vertiges, des éblouissements, des troubles de l'intelligence, de la faiblesse dans les membres, en sorte que cette maladie, ordinairement chronique et incurable, est une entité morbide fort douteuse, liée peut-être à ces faits de paralysie générale, de démence, d'ataxie locomotrice, d'hystéricie, d'épilepsie qu'on commence à mieux connaître aujourd'hui. Pour notre part, nous n'avons jamais rencontré, soit dans les hôpitaux, soit ailleurs, un seul cas de névralgie réellement générale.

Entité morbide fort douteuse.

Irritation spinale. Nous en dirons autant de l'*irritation spinale*, maladie caractérisée par des douleurs qui ont leur siége sur les apophyses épineuses, dans la gouttière vertébrale des régions cervicale, dorsale ou lombaire. Elles sont rarement spontanées, et se manifestent surtout quand on presse sur un des points indiqués. Souvent elles s'irradient vers les organes animés par les nerfs qui partent de la moelle épinière, et se dirigent vers le pharynx, le cou, la poitrine. En analysant de près les faits qui se sont passés sous nos yeux, nous demeurons convaincu que cette entité morbide fort complexe se compose de toutes les maladies dans lesquelles on observe : 1° l'hyperesthésie cutanée ; 2° la myosalgie ou névralgie musculaire ; 3° la névralgie in-

Ses symptômes.

Elle se rattache à un grand nombre de maladies.

tercostale au point d'émergence des nerfs; 4° la dermalgie : telles sont les hallucinations, l'hystérie, l'alcoolisme, le somnambulisme, un très-grand nombre de lésions de la moelle, la paralysie générale, le rhumatisme, l'excitation de tout le système nerveux par les travaux de l'intelligence, les excès vénériens, la faiblesse qui les suit, la chloro-anémie.

De l'état névropathique ou du nervosisme.

Enfin l'état *névrosthénique*, *névropathique*, a pour symptômes principaux tous les troubles possibles de la sensibilité locale et générale, les excitations et perversions du sens moral, de l'intelligence, quoiqu'à un faible degré, le trouble du mouvement. A des époques plus ou moins rapprochées, d'une manière continue ou intermittente, le malade, femme ou homme, la première surtout, est tourmentée par la crainte, la frayeur, un chagrin sans motif, l'insomnie, les hallucinations, les vertiges, l'étouffement, la dyspnée, les névralgies, les viscéralgies (estomac, intestin, cœur), les dyspepsies, par la pneumatose, l'engourdissement, les crampes, la faiblesse, la paralysie passagère d'un membre, etc., etc. Il est aussi facile d'imaginer que d'observer le tableau rapide et changeant de tous les symptômes que peut éprouver une femme dite nerveuse. On a dit que l'hystérie, la nosomanie, étaient différentes de la névrosthénie; en effet, celle-ci constitue une maladie plus générale, plus mobile que l'hystérie; mais elle est de même provenance, et souvent aussi une de ses formes les mieux accusées, sans qu'il y ait cependant d'accès convulsifs bien caractérisés. Nous conseillons au praticien, quand il est en présence de cet état morbide, de se préoccuper surtout de la cause. Il la trouvera dans l'exercice troublé, excité, mal dirigé des fonctions cérébrales, souvent des fonctions utérines, et même dans des lésions de l'utérus et de ses annexes. Il faut souvent plus de perspicacité morale que d'habitude des malades pour découvrir la véritable origine de la névrosthénie ou nervosisme.

Formes multiples et mobiles de la maladie.

Ses causes.

Son traitement.

MALADIES DES MUSCLES.

Les maladies de l'appareil musculaire renferment, absolument comme celles des autres organes : 1° des maladies avec lésion anatomique évidente; 2° sans lésion. Aux premières appartient l'atrophie musculaire progressive; aux secondes, toutes les névroses du mouvement. On trouve parmi ces dernières les convulsions toniques générale et partielle : 1° tétanos, contracture; 2° les cloniques, dans

Divisions.

lesquelles nous mettons la chorée, l'ataxie locomotrice et le tremblement; 3° les paralysies. En plaçant l'atrophie des muscles et l'ataxie dans ce chapitre, nous n'avons pas voulu préjuger la question de siége et de nature fort controversée aujourd'hui; nous avons pris les phénomènes prédominants : l'atrophie dans un cas, l'ataxie dans l'autre, et nous les avons étudiées dans leur siége, qui est le système musculaire.

ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE.

Définition.

On désigne par ce nom une maladie caractérisée par l'atrophie lente et graduelle de la plus grande partie des muscles de la vie de relation, d'où résulte la diminution incomplète ou complète de la contractilité musculaire et la paralysie. Elle a été décrite pour la première fois par M. Cruveilhier (1848), à qui revient l'honneur de cette découverte, puis par le médecin anglais, Paget. Elle constitue une des maladies les plus terribles par sa marche lente et toujours mortelle jusqu'à présent.

Altérations anatomiques.

Atrophie des racines antérieures.

Valeur de cette lésion.

On a fait de persévérantes recherches pour connaître les lésions auxquelles il convient de la rapporter. Dans quelques cas on n'en a trouvé aucune; dans d'autres, on a constaté, à l'œil nu ou au microscope, une diminution de volume très-marquée de toutes les racines antérieures, l'intégrité des cordons moteurs; souvent l'atrophie et le déplacement de la substance grise de la corne antérieure, l'atrophie des cellules (Clarke). On est en droit de se demander si de semblables altérations ne sont pas, comme l'atrophie musculaire elle-même, consécutives à la cause ignorée de la maladie : quand un muscle s'atrophie, son nerf subit un changement analogue. Dans les organes parenchymateux, l'atrophie primitive et idiopathique nous offre des faits de même ordre. Enfin il est fort singulier de rencontrer l'atrophie des racines nerveuses sans que les faisceaux antérieurs soient altérés. La lésion s'arrête donc aux racines et aux muscles. Cependant il semble probable que l'innervation centrale médullaire est altérée; seulement nous ignorons de quelle manière elle l'est.

Atrophie des muscles à différents degrés.

Les muscles de la vie de relation sont uniquement lésés, et à différents degrés. On en a distingué un très-grand nombre fondés sur la disparition plus ou moins complète de la substance musculaire. Il importe seulement de savoir que chaque fascicule diminue de volume, s'amincit, devient plus pâle; que les striations transversales d'abord, puis les longitudinales disparaissent; que toute substance musculaire

elle-même est résorbée et que le sarcolemme finit par ne plus contenir que du tissu cellulaire fin, rempli d'une grande quantité de graisse. Tous les muscles et tous les faisceaux d'un même muscle ne subissent pas, au même degré, l'atrophie. On observe, sous ce rapport, les plus grandes variations. A l'œil nu souvent il n'existe qu'une faible diminution de volume; sur d'autres, un tissu graisseux abondant remplace une grande partie du muscle, qui est enseveli dans la graisse. On doit se garder de prendre pour une dégénérescence, pour une transformation, ce qui n'est que le remplacement par la graisse d'un tissu absent. Toutes les atrophies sont dans ce cas.

Substitution de la graisse au muscle absent.

Nous avons observé, dans un seul cas, une singulière altération de la plus grande partie des muscles; les vaisseaux capillaires des faisceaux et des muscles en totalité étaient injectés si généralement et si complétement, qu'il en résultait une rougeur vermeille tout à fait semblable à celle que produit la plus belle et la plus heureuse injection anatomique.

Symptômes. — La santé générale est excellente depuis le début jusqu'à la terminaison. L'atrophie commence par les membres supérieurs et va presque toujours de la périphérie au centre, occupant d'abord les muscles de la main, de l'éminence thénar, hypothénar, les interosseux, les muscles de l'avant-bras, de l'épaule, du bras; viennent ensuite les mêmes altérations dans le membre inférieur; en dernier lieu, le cou, le tronc, les muscles de la langue, le diaphragme, sont atteints à leur tour. L'atrophie est parfois unilatérale, plus rarement bornée à un membre.

Symptômes.

Siége de l'atrophie.

Tous les symptômes résultent : 1° des changements matériels qui se produisent dans les muscles malades; 2° de l'affaiblissement graduel et proportionnel, jusqu'à un certain point, de la faculté qui leur est propre, c'est-à-dire de la contractilité.

A la diminution de volume se rattache : 1° la déformation des parties qui s'aplatissent au lieu de former leur relief naturel; 2° leur défaut de résistance sous les doigts qui les explorent et les affaissent aisément, parce que le muscle est remplacé par de la graisse.

Diminution de volume.

Les *propriétés vitales* des muscles sont lésées à un degré extrême. Les malades y éprouvent : 1° une contraction fibrillaire, intermittente, dont ils ont conscience et qu'on sent sous le doigt; 2° des crampes souvent très-douloureuses, surtout après des mouvements prolongés ou des tentatives de mouvement; 3° des soubresauts de tendons; 4° une sensibilité parfois très-vive lorsqu'on fait passer un courant électrique à travers les muscles (Duchenne de Boulogne);

Lésion de la contractilité.

contraction fibrillaire; crampes;

soubresauts de tendons.

Sensibilité électrique.

5° la contractilité y est conservée, exagérée même, tant qu'il reste des muscles.

Affaiblissement de la contractilité.

La diminution graduelle et la perte complète du mouvement volontaire est le meilleur signe de la maladie. D'abord les sujets éprouvent une grande faiblesse et ne peuvent effectuer que lentement et avec peine certains mouvements. Les muscles congénères leur viennent alors en aide et donnent aux parties des positions que le malade se félicite de pouvoir prendre encore, mais qui n'empêchent pas le médecin de reconnaître la paralysie. Enfin, la contractilité venant à diminuer chaque jour, les muscles ne peuvent plus vaincre le poids du membre, ni produire la flexion, l'extension; il en résulte une *impotence*, pourquoi ne pas dire une paralysie ? Et en effet, que ce soit le pouvoir excito-moteur du nerf ou la contractilité musculaire qui est lésé, il n'en est pas moins vrai que le muscle, malgré l'effort de la volonté, ne peut *plus exercer le mouvement ;* or c'est là le vrai caractère de la paralysie (Boerhaave). (Voy. *Pathologie générale*, t. III, p. 198.)

Est une paralysie vraie.

L'atrophie appelle la paralysie, parce que l'altération profonde qui porte sur le muscle lui enlève à la fois et sa structure et ses propriétés vitales. C'est même là un remarquable exemple du rapport qui existe entre la lésion et la propriété, fût-elle même vitale.

Marche de la paralysie et de la maladie.

La paralysie donc fait de funestes progrès chaque jour; elle s'empare des membres supérieurs et inférieurs, plus tard du tronc ; elle marche plus rapidement si elle débute par les membres inférieurs, plus lentement si elle se montre au tronc d'abord. Après six mois, deux à trois années, elle a envahi presque tous les muscles, en général, sans aucun temps d'arrêt bien distinct. La respiration, la déglutition, la circulation, s'embarrassent, et le malade meurt cyanosé et asphyxié. Une complication intercurrente légère, ou bien une pneumonie, un érysipèle enlève le malade.

Symptômes négatifs.

Il assiste avec toute l'activité de son intelligence, sans que les fonctions de la vie organique soient troublées, à la destruction lente et visible de toutes les parties du système musculaire. L'espérance ne l'abandonne qu'à la fin.

Diagnostic.

L'atrophie a des signes si bien accusés qu'il est impossible de la confondre avec l'atrophie partielle rhumatismale, ni avec l'atrophie paralytique des enfants, qui ne porte que sur un membre et se rattache toujours à quelques maladies antérieures, ni enfin avec les atrophies consécutives, à la lèpre, à des cicatrices, à la déformation des jointures par la goutte, par le rhumatisme.

Étiologie.

La paralysie par atrophie n'est pas rare; elle se montre chez les adultes et les hommes surtout. On a cru remarquer que des violences subies par l'appareil musculaire ou l'exercice exagéré de sa fonction pendant la marche, ou par l'effet de professions fatigantes, en étaient souvent la cause occasionnelle. La moins douteuse est la diathèse rhumatismale, et l'action de l'humidité et du froid, lorsqu'elle porte longtemps sur le corps entier.

Traitement.

Traitement. — L'incurabilité jusqu'ici reconnue de la maladie ne doit pas nous empêcher de conseiller l'emploi des toniques et de tous les médicaments capables de fortifier (fer, quinquina, bonne alimentation), les médications qui excitent la peau et le corps en même temps, comme les bains de Barége, les bains d'eau de mer chaude, l'hydrothérapie, à l'aide de laquelle on arrête momentanément les progrès du mal; les médications qui agissent sur la contractilité musculaire et la nutrition des parties, telles que les frictions, l'électricité, l'exercice modéré, le changement de lieu, enfin la sudation et les bains de vapeur, quand on craint la diathèse rhumatismale.

Bibliographie.

Bibliographie. — Cruveilhier l'a décrite dans son cours (1848), et dans son *Anatomie pathologique;* — Duchenne, en 1849 : voyez l'excellent article publié dans son livre : *de l'Électrisation localisée*, 2e éd., 1855; — Aran, Mémoire sur le même sujet; *Archives gén. de méd.*, t. XXIV, 4e série, 1850; — Thouvenel, *Thèse de Paris*, 1851.

MALADIES SANS LÉSION DU SYSTÈME MUSCULAIRE
OU NÉVROSE DU MOUVEMENT.

La névrose du mouvement est une maladie caractérisée par le trouble de la contractilité des muscles de la vie de relation et de ceux de la vie de nutrition. Ce trouble se traduit, 1° par l'impuissance de la volonté à produire un mouvement (paralysie); 2° par l'accroissement et la perversion de celui-ci; 3° par l'impossibilité de le diriger et de le modérer (convulsions toniques, cloniques et choréiques). De là deux divisions naturelles des névroses, en paralysie et en convulsions. Il viendra un temps où l'on pourra distinguer ces maladies suivant que la cause morbifique arrête : 1° le pouvoir excito-moteur cérébral; 2° celui de la moelle; 3° des nerfs moteurs; 4° s'attaque à la contractilité du muscle lui-même; 5° à l'excitabilité, à la sensibilité et au système nerveux.

Les convulsions sont : 1° *toniques*, comme le tétanos et les contractures partielles; 2° *cloniques*, générales ou partielles; 3° ataxiques

comme la chorée et l'ataxie locomotrice. Enfin la paralysie que nous décrirons est celle dont la cause nous échappe entièrement (paralysie idiopathique). Commençons par les convulsions toniques générales.

TÉTANOS.

Définition. Maladie convulsive dont le symptôme principal est la contracture intermittente ou rémittente de presque tous les muscles de la vie de relation, avec intégrité de l'intelligence.

Divisions. *Divisions.* — Nous devons nous borner à décrire le tétanos essentiel, dont la cause et le siége nous échappent, en rappelant toutefois : 1° que beaucoup de tétanos ne sont que des convulsions toniques liées à une maladie de la méninge rachidienne (phlegmasie, congestion, hémorrhagie), à un ramollissement de la moelle, à une altération du sang, comme dans l'alcoolisme, l'ergotisme convulsif, l'albuminurie, l'intoxication par les strychnées, etc. (convulsions toniques symptomatiques); — 2° que, dans d'autres cas, la contracture tétanique est sympathique d'une blessure faite sur le trajet d'un nerf : tel est le tétanos traumatique qui suit les plaies, les déchirures, les opérations chirurgicales.

Convulsions toniques : symptomatiques et sympathiques.

Étiologie. *Causes.*—Le tétanos essentiel se développe chez l'adulte et l'homme plus spécialement. Il est très-rare, et les médecins des hôpitaux le rencontrent à peine quatre ou cinq fois, pendant un grand nombre d'années, à moins qu'ils ne le confondent avec les convulsions éclamptiques, puerpérales ou alcooliques. Le tétanos peut être sympathique d'une phlegmasie d'un nerf ou d'un autre organe plus éloigné. Il reste donc, pour expliquer la production du tétanos essentiel, l'action du froid sur tout le corps et la diathèse rhumatismale. Deux fois nous l'avons observé sur deux malades qui avaient été mouillés et fortement refroidis ; mais il dépendait d'une phlegmasie de la pie-mère et de l'arachnoïde rachidienne (convulsions toniques symptomatiques).

Il a été confondu avec les convulsions toniques.

Froid et rhumatisme.

Symptômes précurseurs. *Symptômes.* — Précédé par la roideur du cou, la gêne de la déglutition et des mouvements de la mâchoire, par la constriction de l'épigastre, de la céphalalgie, des vertiges, le tétanos est marqué presque aussitôt par le trismus de la mâchoire, qui empêche le malade d'ouvrir la bouche et d'avaler. Bientôt se manifeste une contracture intense dans presque tous les muscles du tronc et des membres qui se trouvent alors immobilisés par les convulsions des antagonistes ; les membres sont étendus à côté du tronc, la tête ne peut plus être

Ils appartiennent souvent déjà à la maladie.

Siége de la contracture.

fléchie, non plus que la colonne vertébrale (tétanos droit); les mâchoires sont serrées fortement l'une contre l'autre. Chez la plupart des sujets, les muscles des parties postérieures, antérieures ou latérales du tronc et du cou l'emportent sur leurs antagonistes, et alors on voit le tronc et la tête se renverser en arrière (opisthotonos), en avant (emprosthotonos), sur le côté droit ou gauche (pleurosthotonos); les membres sont atteints en dernier lieu. On voit des malades qui offrent pour symptôme prédominant le trismus, la constriction hydrophobique du pharynx.

Opisthotonos, emprosthotonos etc.

On aurait une très-fausse idée de la convulsion tétanique si l'on croyait qu'elle se maintient toujours au même degré; nous l'avons vu persister, il est vrai, dans les muscles des mâchoires, sans changement notable, pendant cinq jours; dans le pharynx trois jours; dans les muscles du tronc quatre jours; mais, dans ce cas même, il y a de courtes rémissions dont il faut se hâter de profiter, pour donner les boissons et les aliments. Ordinairement les accès convulsifs sont intermittents. Ils se reproduisent plusieurs fois dans la journée, le malade les sent venir et les annonce. Une émotion morale, l'excitation de la peau, de la membrane muqueuse par l'air ou par l'eau, le contact du doigt suffit même pour les produire ou les augmenter. Ils deviennent ensuite plus rapprochés, continus, et alors apparaissent des troubles essentiels causés par la gêne mécanique que subissent la respiration, la circulation, la digestion, dont les organes locomoteurs sont fortement convulsés. La respiration est laborieuse, inégale, ralentie, accompagnée d'une dyspnée extrême, d'anxiété; la circulation s'affaiblit, la peau s'injecte, se cyanose, se couvre de sueurs, les membranes muqueuses prennent la même teinte et le malade meurt avec les symptômes d'une asphyxie tantôt lente, tantôt rapide, au milieu d'une débilité croissante qui s'explique aussi par une inanition forcée. Les selles sont rares : l'urine souvent est retenue dans son réservoir. L'intelligence reste intacte jusqu'à la fin, et le malade meurt abattu et découragé.

Accès rémittents et intermittents.

Leur cause.

Troubles fonctionnels qui en sont la suite.

Asphyxie.

La mort arrive ainsi après quatre à cinq jours d'un état convulsif général qui va toujours en augmentant. La guérison est rare; elle s'annonce par la diminution du spasme de la mâchoire, par l'éloignement et la disparition des accès.

Terminaison.

Traitement. — Tout a été essayé pour vaincre cette terrible maladie : saignées générales répétées jusqu'à la syncope; saignées locales le long du rachis; opium à doses élevées et croissantes, d'ailleurs toujours bien supporté par le malade (50 centigrammes à 1 et 2

Traitement.

Narcotiques.

grammes); belladone administrée de la même manière; chloroforme en potion ou en vapeur; tabac en lavement; curare, dont on avait lieu d'attendre beaucoup à cause de la propriété qu'il a d'anéantir la contractilité et d'amener la paralysie; bains d'eau tiède, et surtout sudation prolongée à l'aide de la vapeur d'eau ou de l'air échauffé; enfin affusions froides et hydrothérapie méthodique, tout, il faut bien le reconnaître, a échoué. Cependant on peut espérer encore quelques bons effets de l'emploi de l'opium et de la belladone, aidé par les bains chauds ou de vapeur prolongés et rapprochés les uns des autres.

Curare. Bains de vapeur.

Des contractures partielles.

Convulsions toniques partielles. — Les maladies qui consistent en une convulsion tonique partielle, sont : 1° le trismus; 2° le torticolis; 3° la contracture des extrémités; 4° la crampe des écrivains. On a aussi décrit, sous le titre de *Trismus* ou mal des mâchoires chez les nouveau-nés et les négrillons spécialement, des maladies convulsives différentes les unes des autres; tantôt l'éclampsie des enfants, l'épilepsie; tantôt des convulsions chroniques symptomatiques de maladies du cerveau, de la moelle ou des nerfs.

Leurs divisions.

Les contractures partielles sont souvent : 1° le *symptôme* des maladies du système osseux de la boîte cranienne ou rachidienne, des organes qui y sont contenus. L'empoisonnement saturnin, alcoolique, la syphilis peuvent également causer ces contractures. Parfois elles sont *sympathiques*, de la dentition, de la présence de vers intestinaux. 2° Le torticolis, le trismus, le strabisme ont souvent leur cause dans une convulsion *idiopathique* et prédominante de certains muscles. Leur traitement par la section sous-cutanée est fondée précisément sur cette action présumée des antagonistes convulsés.

CONTRACTURE DES EXTRÉMITÉS.

Synonymie.

Synonymie : Tétanie, tétanos intermittent, spasmes musculaires idiopathiques, contracture idiopathique des extrémités. Elle a été étudiée par Tonnellé, Delaberge, Murdoch, Dance, Hermel et Tessier. Son siége ordinaire est dans les membres supérieurs, dans les inférieurs où elle attaque tous les muscles; les fléchisseurs étant plus nombreux et plus forts, donnent aux parties la situation qu'on leur voit prendre. Après avoir ressenti de la courbature, de la céphalalgie, des crampes, des douleurs sourdes, quelques mouvements convulsifs dans les doigts de la main ou du pied, les malades ne peuvent plus les faire mouvoir : les doigts se fléchissent involontairement dans

Siége.

Symptômes.

la paume de la main et s'y appliquent si fortement qu'il est impossible de les en détacher. On sent les tendons et les muscles durcis, et quand on veut les étendre et vaincre cette contracture, qui s'étend d'ailleurs aux autres muscles de l'avant-bras, ou de la jambe, on excite une vive douleur. Quelquefois les doigts sont écartés, à demi fléchis seulement, et encore capables de faire quelques mouvements. La pression, opérée avec la main sur tout le membre, ramène ou augmente la contracture. Elle a de la tendance à occuper d'autres parties : la mâchoire, le cou, le tronc lui-même. Elle peut être située dans un avant-bras ou une main seulement.

Convulsion et prédominance des fléchisseurs.

Le caractère propre de ce spasme est de se montrer, par accès irrégulièrement intermittents, plus ou moins éloignés, puis de se rapprocher pour former une attaque qui dure quinze jours, un mois, et se dissipe heureusement, sans troubler autrement la santé. Pendant cette attaque, les muscles restent contracturés, à un faible degré, ou reprennent leur fonction. Il survient une ou plusieurs fois pendant le nycthéméron, de la douleur, des convulsions plus fortes qui excitent des plaintes et même des cris. La maladie se termine ordinairement par le retour complet du mouvement. Il faut se défier des contractures chroniques et invincibles qui finissent par atrophier les membres.

Marche intermittente et rémittente.

Les enfants de un à quatre ans et les adultes en sont plus spécialement affectés. L'action du froid en est certainement la cause la plus constante, mais elle est souvent liée, chez les enfants, à des fièvres graves, aux exanthèmes et à des maladies générales qui affectent la nutrition (convalescence des fièvres, cachexie, hémorrhagies, etc.).

Causes.
Age.

Les bains généraux, la sudation répétée, l'usage à l'intérieur de l'opium, de la belladone, du sulfate de quinine, même dans les cas où l'intermittence n'a rien de régulier, quelques liniments calmants, suffisent pour guérir dans un grand nombre de cas.

Traitement.

CRAMPE DES ÉCRIVAINS.

La **crampe des écrivains** a été ainsi nommée parce qu'elle se manifeste surtout dans les muscles du pouce et de l'indicateur, où elle est marquée par des convulsions qui se montrent chaque fois que les doigts tiennent pendant quelque temps une plume, un burin ou un pinceau ; ces objets s'échappent ou sont projetés au loin. La fatigue, les douleurs même que le malade est obligé de vaincre pour écrire

Crampe des doigts de la main.

quelques lignes ou pour se livrer à un travail de précision, rendent cette affection très-grave, d'autant plus qu'elle est souvent au-dessus des ressources de l'art.

Les traitements interne et externe les plus usités sont l'hydrothérapie, les bains sulfureux, les appareils de contention, les porte-plumes en boule, les plumes volumineuses, etc., qui permettent au malade d'écrire avec l'avant-bras et de diriger ainsi, sans fatigue, les doigts de la main.

CONVULSIONS DES ENFANTS.

Convulsions cloniques générales, convulsions, éclampsie des enfants.

Définition.

Définition. — Voici encore une maladie qui a été érigée en entité pathologique et a fini par comprendre les convulsions cloniques idiopathiques, symptomatiques et sympathiques.

Confusion opérée entre les diverses convulsions.

Il suffit d'ouvrir le premier ouvrage venu pour s'assurer que la congestion encéphalique, la méningite, les tumeurs cérébrales, l'influence sympathique d'une maladie éruptive, du travail de la dentition ou des vers intestinaux, sont les causes ordinaires d'un grand nombre de convulsions de la première enfance. Il importe donc de maintenir pour elle, plus que pour les autres névroses, les divisions que nous avons si souvent établies, et de ne parler que des convulsions idiopathiques essentielles.

L'éclampsie des enfants n'est pas distincte de l'épilepsie.

Nous sommes, dès l'abord, arrêté par une première question. L'éclampsie idiopathique est-elle un type morbide distinct de tous les autres et de l'épilepsie en particulier? Quelques auteurs répondent affirmativement; mais d'autres, parmi lesquels nous nous rangeons, considèrent ces deux maladies comme identiques. De même que nous avons décrit une épilepsie idiopathique, symptomatique et sympathique, nous diviserons de même les convulsions chez l'enfant : nous ne traiterons que des idiopathiques.

Symptômes.

Symptômes. — Elle offre avec l'épilepsie de l'adulte quelques différences qui vont ressortir de la description. Début subit au milieu de la santé, chez un enfant robuste et sain; mouvements convulsifs, rapides et passagers du visage. Il refuse de boire, de manger, s'assoupit ou s'irrite, pleure, vomit ses aliments.

Prodromes.

Bientôt les mouvements convulsifs se manifestent dans les muscles de l'œil, qui devient fixe, se convulse et se cache derrière la paupière supérieure. La pupille est insensible à la lumière. On ne trouve

dans le siége et la forme des convulsions absolument rien qui puisse les différencier de l'épilepsie ; mêmes convulsions toniques et fixes interrompues par des convulsions cloniques, expansives, dans les muscles de la face et des lèvres, baignées d'écumes, dans les muscles des doigts qui recouvrent le pouce porté dans la paume de la main ; même fréquence et difficulté de la respiration, saccadée, plaintive ; accélération, inégalité du pouls, émission de l'urine, perte de connaissance ; trismus, opisthotonos, etc.

Période asphyxique.

La convulsion dure ainsi quelques minutes, ou se prolonge pendant plusieurs heures, une journée entière. Les membres alors restent convulsés, étendus, ou à demi fléchis, les mâchoires serrées ; il se produit une gêne notable de la respiration. Le visage devient rouge, violacé, gonflé ; les veines se dilatent ; la peau est chaude, cyanosée partout, aux extrémités particulièrement. Il se forme une congestion cardiaco-pulmonaire et encéphalique qui aggrave beaucoup la situation du malade. Il tombe alors dans un état somnolent et comateux qui détermine la mort.

Terminaison de l'accès.

Rien de si variable que le mode de terminaison de l'accès. Il est simple ou composé comme l'accès épileptique. Quelques enfants sortent promptement de la stupeur occasionnée par la convulsion ; d'autres y restent pendant plusieurs heures. Chez ceux-ci, l'état stertoreux et comateux dans lequel les tient le cerveau fortement hypérémié se prolonge, et ils meurent avec les lésions propres à la congestion. Elle peut même aller jusqu'à l'hémorrhagie méningée ou cérébrale. La paralysie partielle, le strabisme, le torticolis chronique, certains tics de la face, certains raccourcissements des membres, qu'on observe chez des adultes qui ont eu des convulsions pendant les premiers mois de leur vie, tiennent précisément à des maladies cérébrales développées de cette manière.

Hypérémie cérébrale et méningie consécutive.

Asphyxie ; syncope

La mort arrive par une asphyxie lente et graduelle, sous l'influence stupéfiante que le sang non hématosé exerce sur les capillaires, quelquefois enfin par une véritable syncope. Les lésions qu'on observe après la mort consistent dans des congestions encéphaliques, pulmonaires, cardiaques, et sont consécutives aux convulsions. Cependant on a confondu parfois avec elles d'autres lésions, telles que des hypérémies et des hémorrhagies cérébrales dont les convulsions étaient le symptôme. Les rétractions musculaires, les difformités du squelette, les pieds-bots, les hernies, l'atrophie de certaines régions du corps, dépendent souvent de la convulsion liée ou non à une des maladies précédentes.

Maladies diverses.

Il s'ajoute, aux convulsions externes, des spasmes internes, celui de la glotte entre autres, qui, à un moment donné, s'accompagne d'un accès incomplet d'épilepsie ou de tétanos.

Résumé. En résumé, l'éclampsie des enfants, semblable à l'épilepsie de l'adulte, en diffère, parce qu'elle tue après une ou plusieurs attaques, et parce qu'elle entraîne dans le cerveau et les méninges des congestions, des hémorrhagies ou des épanchements séreux dont les conséquences sont graves. Quelquefois elle se termine heureusement pour ne plus reparaître. Cette différence est grande.

Causes. *Causes.* — L'hérédité exerce son influence incontestable sur la production de l'éclampsie. Toutes les névroses dont le père et la mère peuvent être affectés, à plus forte raison l'épilepsie, exposent les enfants aux convulsions. Il en est de même de l'éclampsie, pendant la grossesse, de la longueur et de la difficulté de la parturition, d'un allaitement incomplet ou insuffisant. On observe la maladie dans les cinq premières années, et surtout de deux à cinq ; peut-être plus souvent chez les filles.

Il est difficile de ne pas la confondre avec la convulsion symptomatique des tubercules méningés. On ne sait jamais à l'avance comment elle se terminera. Cependant, si l'attaque est longue ou reparaît plusieurs fois dans le cours de deux à trois journées, si la congestion cérébrale et les signes de l'asphyxie deviennent intenses ou ne cessent pas, on doit craindre la mort.

Traitement : 1° de la convulsion ; *Traitement.* — Il doit être dirigé contre les actes pathologiques prédominants. 1° *La convulsion* réclame l'emploi de tous les antispasmodiques, en potion, si le trismus des mâchoires le permet ; extrait de valériane, musc, eaux distillées de tilleul, de fleurs d'oranger, teinture de castoreum, belladone ; mêmes substances, asa fœtida, purgatifs en lavements, bain tiède, prolongé, application fraîche sur la tête, légère révulsion répétée sur les jambes.

2° de la congestion encéphalique ; 2° *La congestion encéphalique.* — Cause et surtout effet ; lorsqu'elle existe, il faut la combattre par des émissions de sang, à la base du crâne ou aux pieds ; les surveiller très-attentivement et n'y recourir que s'il y a une indication très-manifeste. Si on les prodigue sans raison elles peuvent faire revenir les spasmes.

3° des maladies protopathiques. 3° *Maladies cérébrales.* — Les déplétions sanguines ne sont si souvent utiles que parce qu'on prend pour une éclampsie une convulsion symptomatique d'une maladie cérébrale, ou sympathique d'une autre lésion qui provoque l'hypérémie cérébrale.

CONVULSIONS CLONIQUES PARTIELLES DE LA FACE.

Névrose de la 7e paire.

Signes de la convulsion faciale.

La face est parcourue par des convulsions *cloniques* qui occupent les muscles du front, du sourcil, de la paupière, de l'aile du nez, de la joue, de la commissure labiale et du menton, d'un seul côté du visage, sans descendre sur la partie latérale du cou. Comme ces mouvements ne sont point *douloureux*, et qu'il n'en résulte aucune gêne pour la mastication, la préhension des aliments et la phonation, on ne saurait douter que le nerf facial n'en soit le siége. A des intervalles de deux à dix minutes, la face grimace pendant quelques secondes et rentre dans l'immobilité. Dans quelques cas très-rares, les convulsions restent continues, et alors tout un côté du visage est fortement tiré vers l'autre.

Les causes, la durée variable, la guérison, le traitement, offrent les mêmes particularités que la névralgie faciale.

CONVULSIONS ATAXIQUES.

Des mouvements ataxiques en général.

La chorée n'est pas la seule convulsion ataxique qu'on connaisse, quoiqu'elle puisse en être regardée comme le type. Bien souvent on rencontre chez les jeunes enfants et aux approches de la puberté, des mouvements désordonnés, bizarres, surtout dans les muscles de la face. Involontairement et malgré les punitions les plus sévères, ils clignent de l'œil, grimacent, font claquer leur langue, la tirent hors de la bouche ; — d'autres sujets balancent la tête de droite à gauche, la secouent vivement, lèvent les épaules, puis les laissent retomber ; quelques-uns poussent un cri involontaire, un son rauque inarticulé, un aboiement, profèrent une parole injurieuse, obscène ou sans aucun sens précis ; — on en voit qui toussent, crachent, rient ; — d'autres qui sautent et dansent avec une sorte de fureur, comme dans le *tarentisme*, ou se livrent à des exercices de tout genre, imitant les mouvements des saltimbanques et des jongleurs ; quelques-uns font toutes sortes de gestes, de contorsions, avec une rapidité propre à donner le vertige au spectateur étonné.

Variétés infinies de ces désordres.

Origine et causes.

Simulation.

Au milieu de tant de désordres que le médecin doit étudier avec circonspection et en philosophe sceptique, il en est qui sont évidemment simulés, exagérés, par des motifs qu'il n'est pas toujours facile de pénétrer ; une seconde partie, non moins nombreuse, appartient à

Hystérie. l'hystérie féminine et masculine. On peut en imaginer les variétés infinies, pour peu qu'on ait vécu dans l'observation de toutes ces singulières aberrations de l'esprit et du corps humain. Vient en troisième lieu l'origine complétement choréique d'une grande partie de ces mouvements grotesques, bizarres, parfois effrayants, qu'on rencontre dans la pratique de la ville et des hôpitaux.

Chorée.

L'état névropathique, le sexe féminin, les approches de la puberté, la mauvaise direction morale et physique qu'on donne aux enfants, l'imitation, les plaisirs vénériens précoces, la masturbation, sont les causes qui entretiennent et même provoquent les diverses formes de la convulsion ataxique. Ce que nous allons dire de la chorée leur est applicable.

CHORÉE.

Étymologie. Χορεία, danse. — Danse de Saint-Gui.

Définition. Névrose du mouvement caractérisée par des mouvements convulsifs désordonnés, ataxiques, partiels ou généraux.

Symptômes. *Symptômes.* — Limiter les symptômes de la chorée aux troubles musculaires serait donner une idée fausse de cette maladie qui s'attaque également, quoique à un moindre degré, à l'intelligence, aux fonctions digestives et au sang lui-même. Sous ce rapport, comme sous tant d'autres, elle mériterait de prendre place à côté de l'hystérie.

Début. La maladie s'annonce par un changement dans le caractère, l'intelligence, les habitudes du malade. Il devient irritable, emporté, taciturne, s'agite pendant la nuit, s'effraye de rêves importuns et pénibles ; — son esprit mobile, incapable d'attention, ne peut plus s'appliquer à l'étude. On voit le sujet pleurer sans motif, s'agiter, se plaindre d'étouffements, de vertiges, de constriction pharyngienne, etc. Enfin, quelques grimaces apparaissent bientôt suivies de mouvements involontaires dans les bras et les jambes. La chorée peut paraître tout d'un coup après une frayeur ou une émotion subite.

Convulsions ataxiques. Étrange spectacle que celui offert par le désordre de la musculation ! Il peut être général, borné à un côté du corps, ou y être seulement plus marqué (hémi-chorée). Il est plus fréquent à gauche qu'à droite, comme le sont la plupart des troubles de la sensibilité et de la motilité dans l'hystérie. Les parties supérieures et le visage en sont parfois le siége exclusif.

Leur siége.

Caractère Nous avons dit que le caractère essentiel de la musculation cho-

réique est d'être involontaire et ataxique. En effet, l'impossibilité de contenir les mouvements, de les diriger dans un sens déterminé et voulu, explique tous les troubles musculaires qu'on observe dans les diverses parties du corps. Chose bien digne d'intérêt! lorsque la volonté est éteinte et que le courant excito-moteur cérébral n'existe plus, comme pendant le sommeil, les convulsions cessent entièrement. Au contraire, l'attention, la crainte, le désir de bien faire, loin de donner de la précision au mouvement, le troublent au plus haut degré; l'ataxie choréique diffère en cela de l'ataxie locomotrice; dans celle-ci la vue peut diminuer et corriger, jusqu'à un certain point, le désordre musculaire. Les mouvements conservent-ils leur énergie? la contractilité ne paraît pas diminuée; mais il est difficile de s'en assurer positivement, à cause du trouble même de la musculation.

de l'ataxie musculaire choréique.

Du défaut de coordination des mouvements résultent les symptômes suivants : grimaces, contorsions rapides, bizarres de la face; clignement des paupières; mouvement de la langue qui frappe le palais et produit un bruit de claquement, gêne extrême de la mastication, de la déglutition des aliments et des boissons qui s'écoulent, en partie, au dehors; mouvements continuels de rotation, de flexion, d'extension de la tête. Les membres ne sont pas moins agités que les autres parties du corps. Le sujet ne peut saisir un objet un peu fin, et, s'il y réussit, il ne tarde pas à le laisser tomber. Il ne peut porter son verre ni ses aliments à la bouche; il les renverse en route, ou dépasse le but. Les mains, les avant-bras, les bras, se fléchissent, s'étendent, se contournent dans tous les sens. Quand on fait lever le jeune ataxique, il marche en zigzag, ne peut aller droit au but qu'on lui désigne, s'accroche les jambes et les pieds l'un dans l'autre et finit par tomber. La suspension des mouvements volontaires diminue toujours, mais ne fait pas cesser la convulsion dont on perçoit encore les secousses avec la main. Aussi, les malades qu'on est obligé de coucher et de maintenir avec des liens, pour qu'ils ne tombent pas, finissent-ils par user les draps de leur lit, tant est grande et continuelle l'agitation choréique!

Siége et forme des convulsions.

La mémoire, l'attention, l'aptitude intellectuelle, se perdent. Les jeunes sujets, indifférents sur ce qui les touche le plus, recherchent les jeux les plus simples; s'occupent de futilités; deviennent niais. Quelques-uns ont des hallucinations de la vue, des terreurs nocturnes, des visions qui ont du rapport avec la frayeur par laquelle a débuté la chorée. Portées très-loin, ces hallucinations, ainsi que le délire

Trouble intellectuel.

maniaque, doivent être regardés comme des complications de la maladie (Georget Marie).

Lésions de la sensibilité. Combien de troubles de la sensibilité générale pour l'observateur! Céphalalgie aux tempes, au front; douleurs à la nuque, dans les masses musculaires, fourmillements; crampes, douleurs articulaires,

Arthralgie. véritables arthralgies, sans rougeur, sans tuméfaction, qu'on a prises à tort pour des manifestations rhumatismales. Elles en sont toutes différentes, et ressemblent à celles qu'on observe dans l'hystérie et même dans d'autres névroses.

Chloro-anémie. La circulation générale et le liquide sanguin s'altèrent à leur tour. Outre les palpitations, les douleurs cardiaques, on observe tous les signes vasculaires et généraux de la chloro-anémie, qui joue un très-grand rôle et prend une forte part à la production des accidents nerveux. Apyrétique, comme les névroses, la chorée n'agit point sur le rhythme du pouls ni de la respiration. Il n'en est pas de même des fonctions digestives qui ne tardent pas à se troubler, absolument de

Gastralgie et dyspepsie. la même manière que chez les névropathiques et les chloro-anémiques; de là viennent l'anorexie, la gastralgie, la pneumatose intestinale, la constipation, si fréquentes chez les choréiques. La menstruation est retardée, suspendue par la maladie, ou irrégulière dès le début.

Marche. *Marche; durée; terminaison.* — Ordinairement continue, sans rémission notable, la chorée diminue, cesse même sous l'influence des maladies intercurrentes aiguës et fébriles. Elle dure, en moyenne, deux mois. Elle est sujette à récidiver deux ou trois fois, et perd alors de son intensité. Quand elle devient chronique, elle s'aggrave et se complique.

Complication. De toutes les complications, les plus fréquentes sont les névroses, et spécialement l'hystérie, dont elle n'est souvent qu'une manifestation, et dont il n'est pas toujours facile de distinguer les chorées partielles, limitées. Les hallucinations, la démence, la manie, peuvent également se présenter dans son cours. Le rhumatisme a paru à M. Sée la cause d'un assez grand nombre de chorées; mais il n'en est qu'une complication accidentelle qu'on observe rarement.

Diagnostic. *Diagnostic.* Nous croyons qu'il suffit de signaler certaines convulsions pour les distinguer de la chorée; telles sont : 1° la pseudo-chorée impulsive qui porte à reculer ou à avancer; 2° la rotatoire, dans laquelle la tête, le bras, le corps, sont animés d'un mouvement rotatoire; 3° la chorée vibratoire, malléatoire, oscillante, marquée par un mouvement uniforme et dans le même sens, bien différent

de celui de l'ataxie choréique; 4° la chorée électrique liée à une lésion cérébrale; 5° la paralysie agitante ou motrice, dans laquelle le membre paralysé offre des mouvements convulsifs; 6° les tics douloureux, et surtout indolents, de la face; 7° les convulsions partielles hystériques, qui ressemblent plus à la chorée que les maladies précédentes; 8° le tremblement alcoolique général.

Étiologie.

Causes. — Quoique le mal puisse se montrer à tous les âges, on peut dire que son maximum de fréquence est de 11 à 15; — de 15 à 20; — qu'il est plus fréquent chez la femme que chez l'homme (2 : 3).

Age.

Sexe.

L'hérédité de la maladie n'est pas contestable. Elle est rare dans les pays chauds. On ne sait pas si elle se manifeste plus souvent en hiver qu'en été.

Hérédité.

Comme toutes les névroses, la chorée se développe *sympathiquement* dans le cours des maladies de l'utérus, aux approches de la puberté, pendant les troubles menstruels et la grossesse. On a cependant prétendu le contraire. Nous considérons comme une influence importante celle qui est exercée par l'altération chloro-anémique du sang, par l'hystérie, l'épilepsie, le rhumatisme, les affections vermineuses, par l'imitation, la stimulation des organes génitaux (masturbation), etc.

Causes pathologiques.

Traitement.

Traitement. — On a beaucoup écrit sur les diverses médications efficaces dans la chorée. Après de nombreux essais il est permis de dire que celles qui paraissent avoir le plus souvent réussi sont : la gymnastique, les bains sulfureux, les bains froids et l'hydrothérapie, soutenus par une bonne et généreuse alimentation, par le vin de quinquina, les ferrugineux, particulièrement si bien appropriés à la chloro-anémie. Une bonne éducation physique et morale, l'habitation à la campagne, en sont le complément nécessaire.

Gymnastique et bains.

Souvent le mal résiste, ou revient avec une fréquence désespérante; il faut tenter alors le tartre stibié, à haute dose, et l'arsenic, qui rendent de grands services.

Tartre stibié; arsenic.

On a essayé tour à tour, et souvent sans succès, l'opium, la belladone, le chloroforme, le haschich, le sulfate de strychnine, le sulfate de quinine; cependant ils doivent être employés dans les cas graves et rebelles aux autres médicaments.

Narcotiques.

Bibliographie. — Confondue dans le moyen âge avec une foule de maladies convulsives épidémiques, toutes différentes (danse de Saint-Whytt, Tarentisme), la chorée a été bien décrite au commencement de ce siècle par Bouteille : *Traité de la chorée*, Paris, 1810; — et

Bibliographie.

depuis par : Rufz, *Archives générales de médecine*, t. IV, 2e sér., 1834 ; — Sée, *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XV, 1850 ; — Roth : *De la musculation irrésistible*, thèse, Paris, 1850 ; — Gellé : *De la valeur de la médication arsenicale dans la chorée*, thèse, Paris, 1860.

ATAXIE LOCOMOTRICE.

Ataxie locomotrice. Définition.

On a désigné ainsi une maladie du système nerveux distincte de toutes les autres, et caractérisée par l'impossibilité où se trouve le malade de diriger et de régler les mouvements que sa volonté vient de produire, sans que ses muscles aient rien perdu de leur contractilité normale. Elle diffère donc essentiellement de la paralysie.

Symptômes. Valeur des entités morbides ;

Symptômes. — Les entités morbides les mieux établies et acceptées de tout le monde sont celles qui ont pour caractère un acte pathologique tranché, différent de tous les autres. L'hypérémie, l'hémorrhagie, la suppuration d'un organe, remplissent précisément cette condition fondamentale. Au contraire, la folie, la convulsion, la paralysie, offrent des variétés si nombreuses, des nuances si délicates, qu'il est souvent impossible de les faire servir de caractère

et de l'ataxie en particulier.

unique à une maladie. C'est ce qui a lieu précisément pour l'ataxie locomotrice. Son symptôme principal, mais non unique, consiste dans l'incoordination des mouvements ; mais la marche, la forme, l'enchaînement des phénomènes, sont en outre nécessaires pour qu'on puisse arriver, et à grand'peine, à en faire une maladie à part.

Caractère de l'ataxie locomotrice.

L'acte pathologique essentiel de l'ataxie est l'incoordination, le désordre des mouvements. Si le membre malade est au repos, il ressemble entièrement au membre sain ; son volume, sa nutrition,

Intégrité de la contractilité.

son énergie sont conservés, nulle convulsion l'agite ; si le sujet le fait agir, on peut s'assurer qu'il est capable de produire la même force que celui qui n'est pas affecté ; mais en même temps il est saisi d'une agitation extrême ; il oscille, il tremble, il ne peut se diriger dans un sens précis ; aucun mouvement régulier n'est possible. Est-ce la jambe qui est le siége de l'ataxie, le pied ne parvient à toucher le sol qu'après des mouvements saccadés, des oscillations

Mouvements ataxiques.

irrégulières, inégales, en tout semblables à celles de la chorée. Une fois appuyé sur un objet résistant, et pressé par le poids du corps, le membre continue à trembler, mais il reprend sa force et maintient le sujet dans la station verticale. La contraction volontaire fait pa-

raître l'ataxie, ou du moins ne peut l'empêcher de se manifester. La vue elle-même, qui vient si puissamment en aide pour diriger les mouvements et en atténuer le désordre, ne peut plus rien pour refréner l'ataxie locomotrice, lorsque le sens d'activité musculaire est aboli. Influence de la vision.

Elle diffère de la convulsion choréique, en ce que la contraction volontaire seule fait paraître le désordre. Tous les auteurs ont été frappés de la similitude qui existe entre ces deux ataxies; seulement elle est plus étendue, plus générale dans la chorée, et s'accompagne de convulsions involontaires pendant le repos des muscles; ce qui n'a pas lieu dans l'ataxie locomotrice. Quoi qu'on en ait dit, une fois le *membre en mouvement*, la convulsion ataxique est la même que la choréique. L'ataxie est une convulsion choréique à tous les titres, puisque la force contractile n'est point diminuée, et que la volonté ne peut l'empêcher. Analogie et différence entre l'ataxie locomotrice et choréique.

Ajoutons maintenant d'autres symptômes dont l'appareil musculaire est encore le siége. Au début de la maladie, et plus tard encore, le malade ressent dans la tête, les tempes, le tronc, les membres, les doigts, des douleurs lancinantes rapides comme l'éclair (fulgurantes ou pareilles à une décharge électrique), térébrantes, contusives, etc. Elles sont, en général, erratiques, passent d'un point dans un autre, à la manière de la névralgie, durent quelques minutes, plusieurs heures. Elles se font sentir aussi quelquefois sur les côtés de la poitrine, qu'elles traversent comme une névralgie, ou serrent comme un étau. Myosalgie; douleurs térébrantes.

Il faut encore noter la sensation de fourmillement, de picotement à l'extrémité des doigts, sur les pieds, et sur différentes régions de la peau. Celle-ci perd ses sensibilités; le tact s'émousse à la main, à la plante des pieds, et sur d'autres parties des membres et du tronc. L'anesthésie gagne en profondeur; elle s'étend au tissu cellulaire, aux muscles et aux os. Le passage de l'électricité, le mouvement passif et même actif, ne sont plus perçus par le malade. Cependant les muscles se contractent sous l'influence du courant électrique. Anesthésie, cutanée, musculaire; électrique.

A côté de ces faits s'en trouvent d'autres contradictoires qui en affaiblissent la valeur séméiotique; nous devons les relater pour faire voir combien est encore vague et incertaine l'entité morbide dont nous parlons. Les douleurs fulgurantes et l'anesthésie cutanée peuvent faire entièrement défaut dans l'ataxie (Romberg, Friedreich et d'autres). Le sens d'activité musculaire est paralysé constamment, Variations dans les symptômes.

suivant quelques-uns ; telle est la cause du désordre qu'on observe dans le mouvement (Landry). Ainsi les troubles de la sensibilité et de la motilité ne marchent pas toujours dans le même sens et varient beaucoup.

Trouble des sens spéciaux ; amaurose.

Les sens spéciaux, l'ouïe et l'odorat, sont intacts. Il n'en est pas de même de la vision, qui est altérée dès le début de la maladie. La vue s'affaiblit très-sensiblement par suite de la paralysie de la rétine et du nerf optique. Les nerfs moteurs de l'œil se paralysent aussi de bonne heure ; le moteur oculaire externe (6e paire), plus particulièrement. Il en résulte pour le malade l'impossibilité de porter l'œil en dehors (strabisme interne) et un trouble considérable de la vue marqué par la diplopie quand l'œil se dirige de ce côté. Un seul œil en est ordinairement affecté, pour un temps variable, souvent assez court. La diplopie manque parfois. On observe également la paralysie du moteur oculaire commun (3e paire), qui est annoncée par du strabisme, par la chute complète ou à peine marquée de la paupière supérieure. Tous ces symptômes existent d'un seul côté, plus rarement des deux.

Paralysie des moteurs de l'œil.

Strabisme ; diplopie.

Prolapsus de la paupière.

D'autres paralysies se montrent dans un nombre limité de cas ; telles sont les paralysies de la 5e paire, de la 7e, du gosso-pharyngien, qui donnent lieu à leurs symptômes ordinaires. L'urine est souvent retenue dans son réservoir, ou expulsée involontairement (paralysie des sphincters). Il en est de même des matières fécales. L'urine a sa composition normale.

Paralysie des réservoirs.

Intelligence.

On remarque l'intégrité parfaite des facultés de l'intelligence, des mouvements de la langue, des lèvres ; aucun embarras dans la parole ; conservation de l'appétit, de l'embonpoint ; pas de vomissement ni de fièvre. Souvent les malades se plaignent de maux de tête, de vertiges rendant la marche incertaine et vacillante, longtemps avant que les muscles soient affectés.

Fonctions génitales : excitation ; impuissance.

Les fonctions génitales se troublent à différents degrés et d'une manière opposée ; tandis que chez les uns l'excitation vénérienne est accrue, que les malades se livrent plus souvent au coït, qu'ils terminent par une rapide éjaculation, d'autres perdent tout désir, sont frappés d'impuissance et parfois d'une spermatorrhée diurne ou nocturne.

Marche et évolution des phénomènes morbides.

Marche, durée, terminaison. — Au milieu de la santé et du plein exercice de l'intelligence on voit un homme, souvent robuste et exempt de toute maladie antérieure, offrir : 1° un trouble de la vue (amblyopie, amaurose) ; — 2° un strabisme double, ou d'un seul côté ; — 3° des douleurs d'intensité et de durée variables, dans les différentes

parties du système musculaire, les autres fonctions étant à peine lésées. Quelquefois cependant on remarque de l'anaphrodisie ou de l'excitation vénérienne. Telle est la première période à laquelle on a donné le nom de céphalique, quoiqu'il n'y ait encore rien de bien marqué de ce côté. Celui de période de paralysie des nerfs moteurs de l'œil lui conviendrait mieux.

1° Période de paralysie partielle.

Dans la seconde, ou d'ataxie, le sujet éprouve des fourmillements dans les doigts, de l'anesthésie dans plusieurs points du tégument externe, souvent, quoiqu'on ait dit le contraire, de l'anesthésie musculaire, c'est-à-dire l'inconscience du mouvement donné volontairement ou communiqué aux membres (lésion du sens d'activité musculaire); enfin de la difficulté à mouvoir les membres inférieurs surtout. A ce moment paraît l'ataxie locomotrice dont nous avons tracé déjà les caractères. Les deux membres inférieurs mal assurés, tremblants, se remuant à l'aventure, sans direction intelligente, deviennent impropres à la station et à la marche. Le mal se propage ensuite aux membres supérieurs, de la même manière, et l'ataxie se généralise après un temps qui varie entre plusieurs mois et plusieurs années.

2° Période d'ataxie locomotrice.

Chorée; 1° des membres inférieurs; 2° des supérieurs;

Le caractère fatal de cette maladie est de ne point s'arrêter, d'envahir les parties non encore atteintes et de s'accroître chaque jour. La sensibilité musculaire et cutanée, la vision, s'éteignent graduellement; le sujet perd complétement la vue lorsque les muscles conservent encore une grande énergie. Cependant la vessie, le rectum, se paralysent de plus en plus. M. Duchenne affirme que les muscles des membres ne se paralysent pas et qu'ils conservent leur énergie jusqu'à la mort.

3° période de paralysie généralisée.

Il faut reconnaître que l'ataxie se termine toujours par une mort certaine, mais dans un temps qui est loin d'être le même chez tous les sujets. Quelquefois rapide, elle les enlève en six mois, un an; d'autres ne succombent qu'après douze ou quinze années. Dans ce cas, le mal reste stationnaire pendant la période d'ataxie et ne va pas jusqu'à la paralysie. Presque toujours une maladie intercurrente fait périr le malade.

Durée; pronostic

Diagnostic. — La paralysie générale lui ressemble beaucoup, au début et dans sa forme paralytique surtout. Cependant elle s'en distingue par le tremblement général, l'embarras de la parole, la diminution réelle de la force musculaire dans les membres inférieurs, dans la main ou un côté du corps, la possibilité d'exécuter encore des mouvements malgré le tremblement, la diminution de la mémoire,

Diagnostic; 1° de la paralysie générale.

de l'intelligence, le délire des grandeurs. Ces paralytiques n'ont pas de strabisme, d'amaurose, de diplopie ni de douleurs musculaires.

2° de la paralysie du sens d'activité musculaire.

Des symptômes hystériques antérieurs ou actuels, l'impossibilité pour le malade de diriger ses mouvements, de les sentir quand la vue ne vient pas au secours de sa volonté, sont les signes distinctifs de la paralysie du sens d'activité musculaire.

3° Paralysie médullaire.

Dans la paralysie médullaire, la contractilité est réellement diminuée ou éteinte dans les membres inférieurs ; si les supérieurs seuls sont envahis, la paralysie est encore partielle. On n'y observe pas non plus les troubles de la vision dont nous avons parlé.

Étiologie.

Étiologie. — La maladie est plus fréquente aujourd'hui, parce qu'elle a été distinguée des paralysies avec lesquelles on avait l'habitude de la confondre. Les causes sont à peu près ignorées; on a cependant signalé l'influence de l'hérédité, des chagrins, des émotions profondes causées par les revers de fortune, la fatigue musculaire excessive ou prolongée, les excès vénériens, la masturbation. L'alcoolisme est aussi une cause dont l'action ne saurait être méconnue. Les diathèses, la rhumatismale entre autres et l'infection syphilitique, coïncident avec la maladie. Elle est beaucoup plus commune chez l'homme que chez la femme ; elle se montre de 20 à 40 ans.

Altérations anatomiques. Leur siége.

Lésions anatomiques. — Le cerveau et le cervelet sont exempts de toute altération. Celles qu'on a constatées occupent la région dorso-lombaire, rarement la cervicale, les deux cordons postérieurs et leurs racines, souvent à une grande hauteur. On trouve ces tissus diminués de volume, atrophiés, parfois indurés ou gélatineux, transparents, ramollis, jaunâtres ou gris. Les racines postérieures participent à la même altération, qui s'arrête exactement aux nerfs.

Étude microscopique.

On s'est assuré, avec le microscope, que les tubes nerveux sont détruits en grande partie, ou pâles, variqueux, très-fins, ne contenant plus leur *cylinder axis;* qu'ils sont alors formés par une gaîne mince, pleine de granulations. Autour est une substance conjonctive fibrillaire, avec des granulations amorphes et des corpuscules amylacés. Mêmes altérations dans les cornes postérieures, plus injectées, plus rouges ou noircies par des cellules de pigment. Donner à toutes ces altérations le nom de phlegmasie et même y ajouter la qualification plus obscure de *chronique*, de *cirrhotique*, c'est abuser étrangement de l'inconnu. Peut-être aussi est-ce revenir, par une voie détournée et mauvaise, à la myélite chronique qui comprenait, il y a peu d'années encore, tous les cas d'ataxie?

Absence de lésions.

A côté de ces faits qui nous montrent une atrophie des cordons

postérieurs, s'en trouvent d'autres rigoureusement observés par M. Duchenne et des micrographes habiles, dans lesquels le tissu nerveux jouissait de toute son intégrité.

Nature.

Nous nous garderons bien, en présence des doctrines incertaines et contradictoires que les faits de ce genre ont fait surgir, de nous prononcer sur la nature et même sur l'existence indépendante d'une entité morbide encore aussi mal déterminée. Nous voulons seulement établir les propositions suivantes :— 1° la maladie est cérébrale autant que médullaire; — 2° elle ne tient pas à une lésion du sens d'activité musculaire ni à aucune autre maladie des muscles; — 3° elle se compose d'une convulsion choréique d'un certain nombre de muscles moteurs de l'œil, et d'une paralysie des autres; — 4° elle frappe les sensibilités générale et spéciale; — 5° quand elle est exempte de toute lésion, il faut bien en faire une névrose mixte du mouvement et du sentiment, convulsive et paralytique à la fois.

Son existence comme maladie distincte est encore fort douteuse.

Résumé.

Cependant, comme des lésions ont été trouvées dans la moelle, nous sommes conduits à regarder l'ataxie locomotrice : — 1° comme une maladie *idiopathique*, comme une névrose dans quelques cas; — 2° comme symptomatique d'une lésion de la moelle épinière; dans d'autres (myélite, ramollissement de la moelle, peut-être cérébrite chronique diffuse, méningo-céphalite, aliénation mentale, démence). 3° Nous croyons même qu'elle doit figurer dans le cadre nosologique, à titre de maladie sympathique de l'utérus, de la vessie, du rhumatisme, des organes génitaux chez l'homme (ataxie sympathique).

Elle est un élément de maladie : rien de plus.

Ataxie :
1° idiopathique;
2° symptomatique;
3° sympathique.

Traitement.

Traitement. — On évitera de tourmenter le système nerveux par des cautères, des moxas, des vésicatoires, à plus forte raison de l'affaiblir par des pertes de sang. Les agents de reconstitution corporelle, comme l'hydrothérapie et un régime tonique, sont utiles au début de la maladie, qu'ils parviennent quelquefois à arrêter. L'électricité, les sels de strychnine, les bains de toute espèce, n'ont pas beaucoup d'efficacité. On a proposé l'emploi du nitrate d'argent à l'intérieur; l'incurabilité du mal explique seule les tentatives de ce genre.

Bibliographie.

Lectures. — L'ataxie a été connue et décrite pendant longtemps sous le titre de paralysie. Romberg, en 1840, dans sa relation fort confuse du *tabes dorsalis*, Landry dans ses études remarquables sur la paralysie du sens d'activité musculaire : *Recherches physiologiques et pathologiques sur les sensations tactiles*, *Archives générales de médecine*, 1852, et dans d'autres publications, en ont signalé les symptômes les plus essentiels. Cependant on peut dire que la des-

cription complète de la maladie est réellement due à M. Duchenne de Boulogne : *De l'ataxie locomotrice progressive*, *Archives générales de médecine*, 1858-1859. — *De l'électrisation localisée*, in-8. Paris, 1861. Il en a minutieusement étudié les symptômes et les caractères nosologiques. Cependant, malgré de si louables efforts, l'ataxie ne nous apparaît encore que comme un élément hétérogène qui peut se retrouver dans un grand nombre de maladies du cerveau de la moelle, avec ou sans lésion. (Voyez sur ce point Tessier de Lyon, *De l'ataxie locomotrice* ; — *Gazette médicale de Lyon*, 1861-1862.) Une analyse fort détaillée et fort complète de tous les travaux se trouve dans un travail de M. Axenfeld : *Des lésions atrophiques de la moelle épinière*, *Archives générales de médecine*, 1863 ; — Friedreich : *De la dégénérescence atrophique des cordons postérieurs de la moelle ;* — traduction in *Archives générales de médecine*, page 641, décembre 1863.

DU TREMBLEMENT.

Définition.

Définition. — On appelle ainsi l'oscillation involontaire, presque uniforme et peu étendue, que présentent les muscles d'un membre ou de tout le corps.

Le tremblement est presque toujours symptomatique.

Nous avons voulu en marquer la place dans cette partie du livre afin de bien établir que le tremblement est presque toujours *symptomatique :* 1° d'une maladie du système nerveux cérébral, médullaire ou périphérique ; 2° d'une altération du sang spontanée ou par l'alcool, le plomb, le mercure, l'opium, etc. Tous ces faits seront étudiés dans l'histoire particulière de chacune de ces maladies, et ne doivent obtenir de nous qu'une courte mention. Insistons davantage sur le *tremblement idiopathique.*

Tremblement idiopathique sénile.

Il peut survenir en dehors de toute lésion appréciable chez les vieillards, par le seul effet du progrès de l'âge, et encore n'est-il pas démontré que les modifications que le tissu cérébral, médullaire, ou les nerfs eux-mêmes subissent dans leur nutrition, soient entièrement étrangères à la maladie. L'atrophie des tubes nerveux, l'ossification des vaisseaux, l'induration, la dégénérescence graisseuse, militent en faveur de cette opinion.

Débilité générale.

On doit également rapporter à un simple trouble fonctionnel le tremblement qu'on observe après les maladies aiguës ou chroniques qui ont débilité l'organisme, telles que la fièvre typhoïde, les maladies puerpérales, la diphthérie, les grandes hémorrhagies, les

affections scorbutiques, la syphilis, la spermatorrhée, l'inanition complète ou incomplète, quelle qu'en soit la cause (abstinence volontaire ou involontaire, diète exagérée ou intempestive). Toutes les fois que les fonctions du système nerveux sont trop excitées ou mises en jeu trop longtemps, la convulsion oscillatoire apparaît, comme après les accès vénériens, la masturbation, les pollutions fréquentes, les travaux excessifs de l'esprit, des chagrins violents; nul doute aussi que le tremblement ne tienne, dans quelques cas, à la musculation pénible, longue et énergique qu'exigent certaines professions. La contractilité peut être ainsi atteinte tout aussi bien que d'autres propriétés vitales. (Voyez, pour les autres causes, *Traité de pathologie générale*, t. III, page 192.)

Maladies dans lesquelles on l'observe.

Le tremblement est parfois limité aux membres supérieurs ou inférieurs seulement. Il est même borné à un bras et à la main, sans que rien annonce une lésion matérielle. On l'a vu se déclarer ainsi après des efforts considérables que le membre avait été contraint d'effectuer, ou dans des parties qui avaient longtemps souffert de névralgies. Le corps entier est parfois le siége d'une agitation musculaire répandue alors partout au même degré.

Il est partiel ou général.

L'oscillation musculaire diminue beaucoup par le repos, mais ne cesse pas, ainsi qu'il est facile de s'en assurer en explorant avec attention les masses musculaires. Il paraît surtout lorsque les membres se mettent en mouvement et lorsque, ne pouvant plus prendre leur point d'appui sur des corps solides, ils sont contraints de rester dans une position déterminée et fatigante qui exige la contraction permanente et régulière de certains muscles. La tête, le tronc, les diverses parties du visage, peuvent être le siége de ce tremblement qui est assez grand, dans quelques cas, pour gêner la préhension des aliments et d'autres actes naturels. La position horizontale le diminue; le sommeil le fait cesser.

Ses symptômes.

DE LA PARALYSIE.

Généralités. — Nous nous abstiendrons complétement de faire dans le domaine de la pathologie générale une excursion intempestive et stérile, sur un sujet qui exigerait de longs développements. Nous nous bornerons seulement, comme dans l'histoire des névralgies, à indiquer les causes qui peuvent déterminer les paralysies partielles que nous avons à décrire.

Généralités.

1° *Paralysies symptomatiques.* — Nous rappellerons seulement qu'elles sont: 1° *cérébrales;* — 2° *spinales;* — 3° *des cordons ner-*

Division des paralysies.

Paralysie symptomatique ;

veux ; — 4° *musculaires*, suivant que la lésion qui les produit réside dans le cerveau, la moelle, les nerfs ou les muscles ; — 5° elle peut aussi dépendre de ce que le sang ne parvient plus au système nerveux et musculaire, en quantité suffisante (paralysie ischémique) ; — 6° de ce qu'il lui arrive altéré par une maladie (anémie, chlorose, diphthérie, croup, etc.), ou par un poison qui s'y est introduit accidentellement (asphyxie par le charbon, le sulfure de carbone, le plomb, l'arsenic, l'ergot de seigle) ; — 7° nous regardons encore comme symptomatiques, les paralysies qui tiennent, 1° à l'hystérie, à la chorée, à l'épilepsie et à toutes les névroses ; — 2° à la diathèse rhumatismale ; — 3° à la goutteuse ; en un mot à des maladies dont elles sont les symptômes, peu communs, il est vrai, mais auxquels elles empruntent des caractères spéciaux manifestes. Considérer comme essentielles des paralysies de ce genre, par exemple, les toxiques, celles par altération du sang, par asphyxie, par névrose, et les placer sur la même ligne que les paralysies sympathiques dans une seule et même classe, nous paraît une synthèse peu naturelle.

sympathique ;

2° *Paralysies sympathiques.* — Viennent ensuite les paralysies sympathiques des maladies générales et locales. Est-ce par le sang ou par une atteinte profonde et directe portée au système nerveux qu'agissent la fièvre typhoïde, la diphthérie, la syphilis, les exanthèmes, le choléra ? les maladies de l'utérus, de la vessie, des organes génitaux, des reins, la pneumonie, l'érysipèle, la dysenterie ? Elles exercent très-certainement une action réflexe : cependant on peut se demander si l'état général n'y est pour rien. Ces paralysies ont reçu le nom de paralysie par récurrence ou par action réflexe (Graves).

idiopathique.

3° *Paralysie idiopathique.* — Dans celle-ci nous ne pouvons découvrir aucune cause appréciable de la maladie. Comme la sympathique elle ne présente aucune lésion des systèmes nerveux et musculaire. Les propriétés vitales, telles que la contractilité musculaire et l'excitabilité des nerfs, semblent plus exclusivement affectées dans ces sortes de paralysie.

Des diverses espèces de paralysie.

Celles que nous allons décrire rapidement sont : 1° la paralysie ascendante ; — 2° des enfants ; — 3° des nerfs de la face (moteur oculaire commun et externe, etc.) ; — 4° de la 7e paire.

PARALYSIE ASCENDANTE AIGUË.

Paralysie ascendante.

La paralysie ascendante débute par l'extrémité des membres inférieurs et gagne ensuite la cuisse, les doigts, la main, les bras,

les muscles du tronc, de la langue, du pharynx et les muscles respirateurs ; d'où résultent l'embarras de la parole, la gêne de la déglutition, la dyspnée et la mort dans la plupart des cas, au bout de quatre à cinq jours. Quand le mal guérit, les parties affectées en dernier lieu sont les premières qui cessent d'être paralysées; la marche est alors descendante et l'amélioration rapide. Aucune lésion n'a été trouvée après la mort des sujets. Nous avons observé, dans deux cas qui avaient offert tous les signes de cette maladie, une forte hypérémie rachidienne.

PARALYSIE DES ENFANTS.

Paralysie des enfants.

Paralysie des enfants. — Cette maladie, encore pleine d'obscurité, se montre dans les deux premières années de la vie, ou de deux à cinq ans. Elle comprend : 1° des paralysies consécutives à des maladies du cerveau, des méninges (tubercules, hypérémie, hémorrhagie méningée), à des convulsions, à la chorée (paralysies symptomatiques), à des violences et tiraillements exercés sur les plexus nerveux, ou les nerfs d'un membre ; 2° des paralysies sympathiques de la dentition, des fièvres éruptives, d'une maladie gastro-intestinale; 3° des paralysies réellement idiopathiques, dont la lésion échappe à toutes les recherches. On voit donc que, cette affection n'étant pas une entité morbide simple, sa description ne saurait être identique dans tous les cas.

Causes. Elle est symptomatique; sympathique; essentielle.

Voici comment elle se présente le plus ordinairement. Tout d'un coup, après avoir ressenti l'action d'un courant d'air froid, gardé une position fatigante, ou subi une petite violence, l'enfant ne peut plus se servir de son membre supérieur ou inférieur. Il le tient à demi fléchi, refuse de l'étendre, y éprouve des douleurs vives pendant le mouvement, mais non à la pression. La sensibilité est ordinairement conservée, il existe de la fièvre. Cette paralysie, lorsqu'elle est *temporaire,* dure trois à huit jours et se dissipe complétement. Il n'en est plus de même quand elle persiste trois semaines, un mois. Il arrive alors de funestes changements dans le membre ; l'inaction à laquelle il est condamné détermine le trouble de la nutrition, l'atrophie, la dégénérescence graisseuse, la rétraction, la déformation même des parties solides du squelette et des difformités incurables, dans un âge plus avancé.

Symptômes:

passagers et sans gravité ;

durables, compromettants pour la santé.

On comprend que de pareilles paralysies ne sauraient être traitées de la même manière. Aux premières conviennent les bains, les ap-

Traitement.

plications émollientes, narcotiques, et le repos; aux secondes les bains toniques, l'électricité et les préparations de strychnine administrées avec les plus grands ménagements.

PARALYSIE DES NERFS DE LA FACE.

Paralysie des nerfs de la face.

Quel que soit le siége des paralysies partielles, il faut se rappeler que les divisions générales précédemment établies leur sont plus applicables encore qu'à toute autre, parce qu'elles sont limitées, que les causes sont souvent locales et faciles à découvrir. Dans d'autres cas, une cause générale, comme la diathèse rhumatismale ou goutteuse, l'alcoolisme, le plomb, la syphilis, tout en agissant sur l'ensemble de l'économie, produit cependant une lésion dynamique et le trouble fonctionnel d'un seul nerf. Nous citerons comme exemple les paralysies de la troisième et de la sixième paire de nerfs, par lesquelles nous commencerons.

Paralysie du moteur oculaire commun.

Paralysie du moteur oculaire commun. — Une violence qui a porté sur l'œil, un caillot sanguin qui entoure le nerf optique, un anévrisme de l'artère communicante cérébrale postérieure, un ramollissement péri-encéphalique, peuvent causer cette paralysie (*paralysie symptomatique*). Elle est plus souvent, d'autres disent toujours, la première paralysie qui annonce l'ataxie locomotrice. L'hystérie, l'épilepsie, le rhumatisme, en ont été regardés comme la cause fréquente, etc.

Les symptômes, que nous rappellerons d'une manière abrégée, sont : le prolapsus de la paupière supérieure, la déviation du globe oculaire en dehors, l'impossibilité de le mouvoir et de le porter en dedans, la dilatation des pupilles, leur contractilité ou leur immobilité (?) (à cause des racines motrices fournies au ganglion ophthalmique), l'amblyopie, la diplopie niée par quelques auteurs.

Paralysie du moteur oculaire externe.

Paralysie du moteur oculaire externe (6e paire). — L'œil se dirige en dedans par suite de la paralysie du droit externe (strabisme interne); la vue s'affaiblit constamment; le malade voit deux images juxtaposées ou superposées qui s'effacent s'il regarde avec un seul œil. On a aussi observé la céphalalgie, la dilatation et l'immobilité de la pupille, dans les cas où la sixième paire fournissait les racines qui se jettent dans le ganglion ophthalmique. (Badin d'Hurtebise, *De la paralysie du nerf moteur oculaire externe*, thèse, Paris, 1849.)

PARALYSIE DU NERF FACIAL.

Synonymie : hémiplégie faciale.

Paralysie du nerf facial. Symptômes.

La paralysie de tous les muscles qui sont animés par le nerf facial a des symptômes tellement tranchés qu'il est peu de névroses du mouvement mieux caractérisées qu'elle. Elle est bornée à un seul côté du visage, ce qui lui a valu le nom d'hémiplégie ; on a cependant cité quelques cas dans lesquels elle affectait les deux côtés en même temps. Les parties paralysées restent immobiles, dénuées d'expression, plus larges que l'autre moitié de la face. La peau du front, le sourcil, les paupières, ne peuvent être remués, ni abaissés sur l'œil, qui vient alors se cacher derrière la paupière supérieure, laissant apercevoir une partie de son segment inférieur, lorsque le malade fait effort pour la fermer. Ce symptôme est décisif. La conjonctive découverte s'injecte et rougit ; l'œil pleure.

Occlusion des paupières.

Paralysie de l'orbiculaire.

La joue et l'aile du nez sont flasques, pendantes. Quand le malade souffle, expire, la joue se laisse soulever passivement comme un voile membraneux. Elle ne peut ramener par sa contraction les substances alimentaires sous les dents ; elles restent alors engagées entre les arcades dentaires et le buccinateur ; la mastication en est fortement gênée. La commissure labiale est déprimée, entr'ouverte, les lèvres sont impropres à tout mouvement ; aussi la sputation, la prononciation, la mastication, se font mal. La salive, retenue difficilement dans la bouche, s'écoule par les commissures. La langue n'offre en général aucune déviation. Le peaucier se meut avec peine dans sa portion supérieure.

Flaccidités de la joue ;

de la commissure labiale.

Il résulte de cette paralysie partielle une physionomie toute spéciale qui fait reconnaître la maladie. On a remarqué que le côté de la face qui paraît affecté au premier abord est le côté sain, parce que l'œil est moins ouvert, tous les traits contractés et retirés en quelque sorte derrière la portion faciale, paralysée et agrandie. Le malade vient-il à parler ou à rire, les traits s'animent du côté sain, et restent immobiles du côté opposé. De là un contraste pénible et manifeste qui indique aussitôt la nature de la maladie.

Physionomie.

D'autres symptômes plus variables s'ajoutent aux précédents, tels sont : la déviation de la luette (corde du tympan et branche linguale de la cinquième paire), le trouble de l'ouïe qui est exaltée ou abolie (Montault, 1831) ; l'intégrité du sens de l'odorat, du goût, suivant les uns, la diminution de ce dernier sens et de la sensibilité géné-

Troubles de la sensibilité (?).

rale de la langue, suivant d'autres (Duchenne de Boulogne). Ces variations s'expliquent par la coïncidence de quelque paralysie partielle, peut-être aussi par les opinions différentes qui règnent sur la physiologie de la septième paire; les uns en font un nerf exclusivement moteur, les autres un nerf mixte.

Paralysie faciale double.

La paralysie faciale double est rare; les symptômes sont alors plus difficiles à saisir, parce que le contraste que nous avons signalé entre les deux parties du visage n'existe plus. Chez l'enfant qui vient de naître et dont la tête a été serrée par le forceps, la maladie offre les symptômes ordinaires, et se dissipe avec promptitude.

Hémiplégie faciale des nouveaux-nés.

Marche : durée.

L'hémiplégie faciale débute rapidement après avoir été précédée, pendant un jour ou deux, de douleurs sourdes, de gêne dans les mouvements, de maux de tête. Elle acquiert presque aussitôt toute son intensité; mais elle ne se dissipe que très-lentement, après deux, trois et six mois de durée. Elle se termine heureusement.

Étiologie.

Causes. — On ne sait rien de précis sur l'âge, le sexe, ni sur les autres causes de la maladie. La seule qu'on puisse considérer comme importante est l'action directe, rapide ou prolongée, du froid, sur la tête ou sur tout le corps. Nous ne parlons que de la paralysie idiopathique. Quant à la *symptomatique*, nous ne ferons que mentionner toutes les lésions qui peuvent avoir leur siége sur le trajet de ce nerf, depuis son origine jusqu'à sa terminaison : 1° tumeur, hémorrhagie, ramollissement chronique de l'encéphale, en un point souvent très-circonscrit; causes traumatiques agissant sur le cerveau ou les nerfs (opération, compression par le forceps, esquilles, etc.); — 2° maladies des os du crâne, du rocher spécialement (tubercule, otite); — 3° influence non douteuse du virus syphilitique; — 4° enfin l'on ne saurait nier l'intervention puissante de la diathèse rhumatismale, de la scrofuleuse, et peut-être de la dartreuse. Il est rare que le mal soit *sympathique* d'une autre maladie (suppression des règles, d'un flux nasal, intestinal).

Paralysie symptomatique. Ses causes.

Paralysie sympathique.

Traitement.

Traitement. — Il faut compter avant tout sur les mouvements naturels, et peu sur l'art. Cependant au début on peut tenter : — 1° une application de sangsues sur le trajet du nerf, principalement à sa sortie du rocher, au-devant de l'oreille; — 2° en même temps révulser fortement et souvent sur le tube digestif; — 3° plus tard, exciter la peau avec des alcoolats ou des liniments stimulants (ammoniaque, térébenthine, etc.); — 4° diriger sur la face de la vapeur d'eau simple ou chargée de principes aromatiques, surtout lorsqu'on suppose à la maladie une origine rhumatismale; l'aider, au be-

Excitants locaux.

soin, par des bains généraux de vapeur, d'eau naturelle ou chargée de sels; 5° à une phase plus avancée, et quand la maladie résiste, recourir à des vésicatoires volants et multiples derrière l'oreille, sur la tempe, la joue ; à l'électricité plus particulièrement, avant tout autre moyen ; enfin à des cautérisations transcurrentes et superficielles avec le fer rouge; 6° les toniques, les ferrugineux, une bonne alimentation, conviennent aux sujets nerveux, d'une constitution délabrée, et aux cachectiques.

Électricité.

Cautérisation au fer rouge.

Bibliographie. — Ch. Bell est celui qui l'a évidemment reconnue et décrite le premier (1825); elle est étudiée avec soin dans les deux monographies suivantes : Montault, *Dissertation sur l'hémiplégie faciale*, thèse, Paris, 1831. — Bérard, *Dictionnaire de médecine*, article *Face* (*paralysie de la*), t. XII, 2e edit., 1835.

De quelques autres paralysies encore mal déterminées. — Nous voulons seulement marquer la place que doivent occuper les paralysies dont l'étude est à faire, et qui ont attiré avec juste raison l'attention de quelques observateurs. Telle est la paralysie singulière qui frappe lentement et partiellement les muscles de la langue et l'orbiculaire des paupières. M. Duchenne, qui en a le premier signalé l'existence, le siége et la marche, la considère comme ayant toujours une terminaison funeste. Les malades, fort bien portants du reste, et n'offrant aucun signe de maladie du cerveau, ne peuvent plus faire mouvoir les lèvres; la préhension des aliments et la mastication sont gênées ; la salive n'est plus retenue dans la bouche ; la pointe de la langue ne peut se redresser, ni toucher la voûte palatine, ou la lèvre supérieure ; les muscles du voile du palais, de l'isthme du gosier et du pharynx, frappés également de paralysie, cessent leur fonction; la parole, la mastication, la déglutition, deviennent impossibles ; l'intelligence demeure intacte, et les malades, s'affaiblissant chaque jour davantage, meurent rapidement par inanition, sans qu'il survienne de paralysie des membres. On n'a trouvé jusqu'à ce jour aucune lésion distincte chez le petit nombre de sujets qu'on a eu occasion d'examiner. Il ne faut pas confondre cette maladie avec les paralysies partielles, mais successives et extensives de la paralysie générale. Dans celle que nous décrivons, le mal peut s'améliorer, s'arrêter pour un instant très-court. Il ne tarde pas à reprendre son intensité, sans s'étendre à d'autres parties du corps.

Paralysies partielles de la langue, des lèvres, etc.

MALADIES DU SYSTÈME VASCULAIRE.

Divisions. — Les organes chargés de distribuer le sang à toutes les parties du corps et à l'en ramener sont : 1° le cœur ; — 2° les artères ; — 3° les veines, dont nous étudierons successivement les maladies. Nous y ajouterons : 4° celles des vaisseaux lymphatiques.

DES MALADIES DU CŒUR.

Généralités. Direction donnée à ce travail sur les maladies du cœur.

Généralités. — Ce livre n'étant pas destiné à suppléer ceux d'anatomie et de physiologie, et encore moins de diagnostic, on ne doit pas s'attendre à y trouver, comme dans beaucoup d'ouvrages de pathologie interne, des considérations sur la structure du cœur, ses mouvements, les bruits normaux qui s'y produisent. Ces études, toujours trop longues, parce qu'elles sont déplacées, trop courtes, parce qu'elles ne peuvent rien apprendre à celui qui ne sait pas, nous feraient perdre de vue l'objet essentiel du livre, entièrement consacré aux véritables éléments de la pathologie interne. Nous aurons soin également d'en écarter la description des maladies rares que le médecin le plus expérimenté ne rencontre peut-être pas une seule fois dans le cours d'une longue carrière.

Faits positifs acquis à la science.

Il nous semble d'ailleurs fort inutile de revenir sur toutes les théories contradictoires qui ont fait leur temps, et qu'une physiologie positive a complétement renversées. Nous supposerons connus les faits irréfragables, solidement établis par les expérimentateurs, et contre lesquels l'amour-propre, l'ignorance ou la mauvaise foi pourraient seuls s'insurger. Les travaux si positifs qu'on doit à MM. Faivre, Chauveau, Longet et Marey ne laissent plus de doute sur les points longtemps controversés de la physiologie et de la séméiotique du cœur. Ils sont entièrement conformes à tout ce que nous avons écrit ou enseigné dans nos cours publics depuis l'année 1847. (Voyez : *Études sur les bruits cardiaques et vasculaires dans l'état physiologique; Revue médico-chirurgicale*, p. 139, 1850;— *Études cliniques sur les maladies de l'orifice aortique*, même *Revue*, p. 1 et 65, 1850; — *Physiologie pathologique et traitement des maladies chroniques du cœur*, même *Revue*, 1852.)

Travaux des physiologistes modernes.

En tout conformes à ce que nous avons toujours enseigné.

Nous avons fait ces citations, parce que nous serons obligé d'y

renvoyer souvent le lecteur; et aussi, pour bien établir que tout ce qui est contenu dans ce livre nous appartient et résulte de nos méditations, de nos expériences poursuivies pendant douze années. Les élèves les ont mises à profit dans leurs thèses ou dans des mémoires qui ont servi à corroborer notre opinion personnelle. Il sera facile de s'en assurer en remontant aux sources que nous venons d'indiquer.

Révolution dans l'étude des maladies cardiaques.

La pathologie cardiaque a subi, depuis quelque temps, de nombreuses vicissitudes. Senac, Corvisart, Laennec avaient aperçu et retracé les formes principales de ces maladies. Les deux derniers surtout les ont décrites avec une grande précision, sans négliger les troubles fonctionnels et leurs rapports intimes avec les maladies générales. Leurs successeurs se sont engagés dans une voie, en apparence plus positive. Ils ont fait consister les maladies du cœur en un nombre considérable de lésions locales auxquelles ils ont assigné un ou plusieurs symptômes pathognomoniques. Chacune a eu son diagnostic, son pronostic, voire même son traitement spécial. Les travaux anglais et allemands, entrepris presque tous dans cette direction étroite et stérile, n'ont fait que rendre plus difficile la pathologie cardiaque. On n'a, pour s'en convaincre, qu'à ouvrir les ouvrages français et étrangers qui ont paru depuis quelques années. Tous, à peu d'exceptions près, sont remplis de dissertations ténébreuses sur les bruits anormaux et sur leurs rapports diagnostiques avec les lésions. On voit un auteur faire des efforts surhumains pour dire si c'est une insuffisance ou un rétrécissement qu'il a sous les yeux ; citer une foule de raisonnements ou de faits plus incertains encore pour prouver que son diagnostic est le meilleur, au moment même où un autre vient, par des allégations contraires, renverser ce qu'il a si péniblement établi.

Règne exclusif de la lésion et du diagnostic local.

Déplorable confusion qui en résulte.

Il est facile de la faire cesser par l'étude des symptômes généraux.

En présence de cette anarchie qu'il n'a pas tenu aux localisateurs raffinés de faire cesser par des mémoires, écrits souvent avec une ardeur toute juvénile, le clinicien ou le praticien, car c'est tout un, commence à s'étonner de voir qu'il faille tant de travail pour arriver souvent à ne pas reconnaître une maladie du cœur dont il était habitué à soupçonner l'existence, dès sa première apparition, souvent avec une facilité extrême. Il se servait pour cela de ces troubles fonctionnels qui ne trompent jamais personne, et qui se montrent à une époque où les signes locaux manquent ou ne sont pas très-appréciables. Les palpitations, les congestions sanguines capillaires ou viscérales, l'état du pouls, les flux, les hydropisies dans toutes leurs

formes, à tous les degrés, sont pour lui des symptômes plus certains d'une affection du cœur, que ne peuvent l'être les bruits anormaux de cet organe. Cette manière d'envisager la pathologie cardiaque, fondée sur la clinique, est la seule qui soit conforme à l'observation. En effet, nous ferons remarquer bien souvent qu'il intervient sans cesse dans les maladies du cœur, peut-être plus encore que dans celles de tout autre organe, deux éléments morbides, la lésion de structure et la lésion vitale, qui s'associent de mille manières différentes. Tantôt elles s'unissent pour agir dans le même sens, tantôt, ce qui est heureusement le cas le plus ordinaire, pour se neutraliser ou se vaincre. On comprend donc combien il est contraire à la vraie physiologie de faire tout consister dans la lésion matérielle et dans les troubles hydrauliques, tandis que le dynamisme, la contractilité, la sensibilité et les forces générales sont là qui agissent souvent avec une énergie qui est capable de surmonter bien des obstacles matériels, ou du moins de leur opposer des ressources imprévues. En un mot, la révolution qui ne tardera pas à se faire, et qui est dans tous les bons esprits, tend à placer l'étude des troubles fonctionnels, dynamiques ou physiques de la circulation capillaire bien au-dessus d'une localisation étroite dont on a évidemment exagéré l'importance et la valeur, dans ces derniers temps. La description des maladies du cœur, et de l'hypertrophie en particulier, mettra cette proposition dans toute son évidence.

1° Lésion physique, 2° Lésion vitale.

Leur intervention est toute-puissante.

L'étude des symptômes vasculaires et autres, très-importante.

Divisions. — Les maladies du tissu charnu du cœur, dont nous allons donner la description, sont : 1° l'hypertrophie; 2° la rupture; 3° la communication des deux cœurs; 4° les névroses.

Division des maladies du cœur et de ses enveloppes.

Les maladies de l'endocarde comprennent : 1° l'inflammation; 2° les altérations valvulaires; 3° les concrétions polypeuses.

Celles du péricarde sont : 1° la péricardite; 2° l'hydropéricarde.

HYPERTROPHIE CARDIAQUE.

Synonymie. — Anévrisme actif et passif du cœur (Corvisart); hypertrophie simple, concentrique, excentrique, des auteurs.

Synonymie.

Définition. — L'accroissement de quantité et de volume de la substance charnue du cœur, d'une part, l'énergie accrue et le trouble de ses mouvements, de l'autre, caractérisent l'hypertrophie de cet organe. On ne peut, dans l'étude de cette maladie, séparer ces deux éléments essentiels. Un troisième, non moins constant, est l'obstacle apporté à

Définition.

la circulation et placé sur un des points que le sang doit parcourir. Dans la presque totalité des cas, cet obstacle consiste dans une maladie des valvules et des orifices du cœur gauche, ou du système artériel.

Physiologie pathologique.

L'hypertrophie est donc produite par une lésion qui porte immédiatement le trouble dans la circulation et qui oblige le cœur à s'hypertrophier et à se contracter énergiquement pour subvenir à ce trouble circulatoire. Malgré ces efforts réparateurs, il arrive un moment où la gêne hydraulique se manifeste, s'accroît, et devient très-marquée dans les vaisseaux capillaires de toutes les parties du corps; c'est alors qu'on voit les hypérémies, les flux muqueux, les hydropisies, les lésions de sécrétion, se produire et donner lieu à des actes morbides intenses et très-variés. Ainsi, quatre espèces de troubles existent et se commandent dans l'hypertrophie : l'obstacle, la maladie valvulaire ou autre, voilà la cause; l'accroissement de la fibre musculaire, ses mouvements énergiques, et, malgré cela, la stase du sang dans les vaisseaux, voilà les effets.

Ils sont tellement liés entre eux par des rapports nécessaires, qu'on peut conclure des uns aux autres. Si l'on constate une hypertrophie, on peut admettre, à coup sûr, un obstacle à la circulation, et réciproquement. Cependant nous préférons étudier à part les maladies de l'endocarde et l'hypertrophie, tout en faisant remarquer qu'elles forment, en se réunissant, une *maladie composée* des trois éléments que nous venons de signaler.

Étiologie. Causes de l'hypertrophie.

I. Causes. — Le cœur est un muscle placé sur le trajet de la circulation, et destiné à mouvoir le sang. Sa structure et sa force sont justement calculées pour remplir cette fonction; or, que l'une ou l'autre vienne à s'altérer, il en résulte une hypertrophie cardiaque qui se développe sous l'influence de plusieurs ordres de causes.

1° Lésion de structure.

Elles peuvent se trouver : 1° dans le cœur; 2° les artères; 3° les veines; 4° les vaisseaux capillaires; 5° le sang.

Lésion de structure du cœur.

I. *Lésions matérielles locales.* — I. *Maladies du cœur.* — Nous établirons, une fois pour toutes, que la configuration du cœur, de ses valvules, de ses orifices d'écoulement, de sa boîte osseuse d'enveloppe, ne peut être altérée, d'une manière congénitale ou après la naissance, sans qu'il en résulte un ralentissement dans la circulation, et la nécessité pour le tissu musculaire de redoubler d'énergie fonctionnelle. Ainsi agissent : 1° les *vices de conformation* de toute espèce dont le cœur et les gros vaisseaux sont le siége, soit qu'ils ne fassent que gêner le cours du sang, soit qu'ils produisent le mé-

1° Vices de conformation congénitale ou accidentelle.

lange des deux sangs (maladie bleue, communication des ventricules ou des oreillettes, anévrisme partiel, etc.); — 2° *toutes les maladies des valvules*, depuis les concrétions fibrineuses jusqu'aux dépôts athéromateux et calcaires, les déformations, l'arrachement de ces valvules; celles du cœur gauche et de l'aorte en sont le siége presque constant (voyez *Maladies de l'endocarde*); — 3° toutes les fois que les mouvements du cœur viennent à être gênés par des adhérences du péricarde et par des inflammations chroniques qui les ont provoquées, la substance charnue finit également par s'hypertrophier.

2° Altérations des valvules.

II. *Maladies de l'aorte.* — Toutes les lésions précédentes, c'est-à-dire la dilatation, le rétrécissement, les vices de conformation congénitaux ou accidentels de l'aorte, en un mot, tout ce qui change le rapport normal qui existe entre les dimensions du cœur et celles des vaisseaux artériels détermine l'hypertrophie.

3° Maladies de l'aorte.

Chez les vieillards, il survient, par suite des progrès de l'âge, des troubles de la nutrition qui siégent dans le cœur et les vaisseaux artériels. Il se fait, dans les valvules du cœur gauche et le système artériel dont l'activité fonctionnelle est si grande, des sécrétions de matière grasse, athéromateuse, calcaire et cartilagineuse. De là résulte, sinon une gêne toujours marquée et morbide de la circulation, du moins, un nouveau mode de distribution du sang qui est favorisé par l'hypertrophie cardiaque. Rien n'est plus commun que ce trouble de la circulation chez les vieillards; il n'est presque jamais annoncé par des bruits anormaux.

Influence de l'âge. Hypertrophie sénile.

III. *Maladies des veines.* — Les obstacles que peuvent créer sur le trajet de la circulation veineuse les maladies dont le système veineux est affecté (phlébite aiguë, varices, phlébolithe, concrétions fibrineuses) ne deviennent jamais la cause d'une hypertrophie cardiaque.

4° Maladies des veines?

IV. *Maladies des capillaires.* — Nous en dirons autant de toutes les maladies qui empêchent la libre circulation du sang dans les capillaires des organes qui en sont abondamment pourvus, comme le poumon, le foie et la rate. La phthisie pulmonaire, la compression d'un ou des deux poumons par les épanchements chroniques des plèvres, devraient, à coup sûr, s'opposer au libre mouvement du sang à travers les poumons, et agir sur la circulation cardiaque, et cependant nous ne voyons pas le cœur s'hypertrophier dans de telles conditions. La bronchite aiguë et totale, la chronique, les pneumonies aiguës, l'emphysème généralisé, ne produisent pas davantage l'hypertrophie. On a bien prétendu que cette dernière maladie retardait la circulation et pouvait engendrer l'hydropisie, mais rien n'est venu

5° Maladies des capillaires?

Ne sont pas la cause, mais l'effet de la maladie du cœur.

confirmer cette opinion déjà ancienne. Toutes les fois que le cœur a été trouvé plus volumineux, il existait en même temps une maladie des orifices ou des artères. Les autres lésions étaient l'effet ou la complication accidentelle de l'affection cardiaque.

Influence de la grossesse; elle ne produit pas l'hypertrophie.

L'hypertrophie peut-elle se développer sous l'influence de la grossesse? On peut sans doute invoquer en faveur de cette opinion les changements physiologiques essentiels qui se passent dans la nutrition générale et la composition du sang, les hypertrophies du système osseux, etc.; mais rien ne saurait remplacer l'observation directe qui prouve que le cœur conserve son volume naturel. Nous nous en sommes assuré un grand nombre de fois et à toutes les époques de la grossesse; nous ne saurions donc accepter cette opinion. Une simple vue de l'esprit et quelques données analogiques ont pu seules la propager.

Déformation thoracique en rapport avec la lésion du cœur; (*a*) congénitale; (*b*) acquise.

V. *Maladie du squelette.* — Nous signalerons une cause bien puissante, suivant nous, et que nous nous étonnons de ne pas trouver indiquée dans les ouvrages; nous voulons parler de la déformation congénitale de la poitrine, à tous les degrés, avec ou sans déviation rachidienne, liée ou non au rachitisme, à la scrofule, à une mauvaise constitution. Tantôt elle est contemporaine de la naissance de l'être; ou, développée pendant la gestation, elle ne devient manifeste que plus tard. Tantôt elle résulte d'une diathèse qui apparaît dans les premières années de la vie (rachitisme, scrofule, maladie de Pott, etc.); ou bien d'une maladie de la plèvre ou du ventre, qui déforme la cavité thoracique. Il nous semble, d'après un assez grand nombre d'observations recueillies et que nous poursuivons encore maintenant, que, toutes les fois que la configuration du squelette et de la poitrine spécialement s'altère, les parties contenues, et le cœur en particulier, s'altèrent aussi; la circulation y devient difficile; il s'hypertrophie. Dans les cas de ce genre, nous n'avons souvent trouvé aucune lésion des orifices ni aucun obstacle à la circulation qui pût expliquer l'hypertrophie, si ce n'est la déformation du squelette.

Influence de l'hérédité.

VI. La lésion enfin qui nous paraît mériter toute l'attention des observateurs est l'hypertrophie, avec ou sans lésion des orifices, évidemment transmise par hérédité. Tous les auteurs ont cité des cas de cette transmission dans les familles, sans que ni le rhumatisme ni la goutte en fussent la cause. Dans le cas où l'on ne rencontre qu'une hypertrophie, on doit la considérer comme une homéomorphie congénitale, mais non héréditaire. Elle dépend alors d'une altération *innée* de la nutrition.

Innéité.

II. Lésions dynamiques.

II. *Lésions dynamiques.* — Jusqu'à présent nous avons presque toujours découvert la lésion matérielle qui trouble les conditions hydrauliques de la circulation et hypertrophie le cœur ; parlons maintenant des causes qui lèsent seulement les propriétés vitales du cœur, sa contractilité et sa sensibilité. A chaque instant les causes morbifiques accroissent, diminuent les mouvements du cœur, et y jettent le désordre (pyrexies, virus, poisons).

Action physiologique exagérée. Pléthore.

Telle serait la manière d'agir d'un sang trop abondant et trop riche en globules. La pléthore a été considérée comme une cause de l'hypertrophie ; physiologiquement on la conçoit, mais cliniquement elle est douteuse. Ainsi agiraient encore les substances stimulantes comme

Stimulants du sang.

l'alcool, le vin, le café, le thé et tous les condiments que peuvent contenir les aliments dont se nourrissent, de préférence, quelques hommes. Nul doute qu'à la longue, à force de mettre en jeu la contraction plus vive de l'appareil sanguin, ces agents ne finissent par hypertrophier le cœur. Un grand nombre de substances médicamenteuses, stimulantes et toniques exercent une influence passagère du même genre.

Palpitations nerveuses.

Tout porte à croire que le désordre de la contraction cardiaque, dans les grandes névroses, que les palpitations longues et purement dynamiques, si fréquentes chez les sujets nerveux, peuvent accroître le volume du cœur. Enfin, n'est-ce pas à une action dynamique du

Émotions morales ; excès.

même genre qu'on doit attribuer la maladie lorsqu'elle frappe les hommes en proie à de longues émotions morales, à des chagrins profonds (Corvisart), adonnés aux excès vénériens, à l'intempérance, etc.?

On en a dit autant des efforts longtemps soutenus et énergiques pendant la marche, la course, l'exercice de certaines professions, qui, en augmentant la propulsion cardiaque, produiraient l'hypertrophie. Les obstacles apportés à la circulation dans les capillaires par toutes les maladies qui y ralentissent le cours du sang, avaient fait croire à quelques auteurs qu'elles exercent une action incontestable (froid, calorique, obstruction, compression des vaisseaux artériels par des tumeurs, frisson prolongé des fièvres intermittentes, etc.); mais cette assertion est loin d'être prouvée.

III. Maladies diathésiques. Rhumatisme.

III. *Maladies diathésiques.* — Il faut placer dans une classe à part l'influence morbide que la diathèse rhumatismale exerce sur le cœur. Elle porte non-seulement sur sa membrane interne et sur les valvules gauches plus spécialement, mais encore sur le tissu musculaire, sur les attaches fibreuses de celui-ci et sur toutes les parties fibreuses de l'organe. Elle détermine tantôt une phlegmasie exsudative, et toutes les lésions de structure qui gênent mécaniquement les

fonctions du cœur, tantôt un trouble purement dynamique, comme dans les muscles de la vie animale où elle paralyse, convulse, trouble le mouvement et y cause, plus tard, des atrophies et des dégénérescences. Cette manière d'agir du rhumatisme sera exposée plus loin. (Voy. *Maladies de l'endocarde.*) Nous montrerons que vouloir rapporter toutes les maladies rhumatismales du cœur et de l'endocarde à la phlegmasie, c'est trop restreindre l'action pathogénique de cette grande diathèse. Nul doute, pour nous, que la goutte, la scrofule, la syphilis, ne puissent envoyer leur détermination morbide sur les tissus fibreux et musculaire des valvules, gêner leur mouvement, et amener consécutivement l'hypertrophie du cœur.

Goutte ; syphilis.

Mode d'action de toutes ces causes.

Lésions anatomiques. — Tout change dans le cœur hypertrophié : volume, forme, consistance, poids, dimension des cavités, situation dans la poitrine. Ordinairement il acquiert un volume deux à trois fois plus considérable ; ses cavités s'agrandissent, dans la même proportion ; leurs parois, et celles du ventricule gauche particulièrement, doublent, triplent d'épaisseur ; leur tissu devient résistant, plus ferme, plus cassant ; ses vaisseaux sont dilatés. Le poids, quoique variable, peut aller de 250 grammes (état sain, et très-variable d'ailleurs), à 300, 1,000 et jusqu'à 1,700 grammes. On le voit alors se déformer, devenir globuleux, arrondi, s'élargir fortement en travers, s'aplatir, prendre la forme d'un sac, d'une gibecière. Il gagne les parties déclives du péricarde et le côté gauche de la poitrine ; il descend dans l'épigastre et au-dessous de la septième côte, vers la partie latérale du thorax, ou bien il s'enfonce dans le péricarde et s'applique contre la colonne vertébrale.

Lésions anatomiques.

Changement de forme, de texture, de situation, etc.

On a accordé une grande importance aux rapports qui existent entre les cavités et l'épaisseur des parois. Corvisart avait remarqué que souvent les premières sont agrandies, les secondes hypertrophiées. Il appelait cet état l'*anévrisme actif*. Dans d'autres cas, la cavité est plus grande, mais la paroi est normale ou amincie, c'est l'*anévrisme passif*, la dilatation anévrismale, avec ou sans amincissement. Depuis on a encore prétendu établir d'autres distinctions moins fondées en pratique qu'en théorie. Il faut seulement reconnaître que l'hypertrophie peut être égale et très-marquée dans toute la paroi du cœur et surtout à gauche ; qu'il peut exister une hypertrophie d'un ventricule ou d'une oreillette seulement : ce qui est rare ; que la cavité peut être : 1° diminuée, envahie par le muscle hypertrophié ; 2° normale ; 3° agrandie (hypertrophie concentrique simple, excentrique). L'amincissement réel avec agrandissement

Rapport des cavités et de l'épaisseur des parois.

Anévrisme actif, passif.

de la cavité n'est plus une hypertrophie (dilatation anévrismale).

Lésions du sang : caillot.

L'organe renferme une grande quantité de sang noir à demi fluide et des caillots fibrineux ambrés, fortement retenus dans les tendons des valvules et dans les muscles. Ils se forment pendant la longue agonie, et peu de temps avant la mort. Les cavités droites en sont le siége ordinaire. La sérosité qui baigne le péricarde tient, comme les autres hydropisies, à la gêne de la circulation, rarement à une phlegmasie concomitante dont on trouve d'ailleurs les reliquats.

Sérosité. Maladies valvulaires.

Nous ne ferons que mentionner les lésions valvulaires, les maladies de l'aorte, de l'endocarde et du péricarde comme étant celles qu'on trouve le plus constamment. Rien, en effet, de plus naturel que de constater la cause avec ses effets. (Voyez *Maladies de l'endocarde.*)

Résumé.

Il résulte du coup d'œil rapide que nous venons de jeter sur les lésions et les causes : 1° que le sang, ralenti dans son mouvement par un obstacle toujours situé devant lui, qu'il soit dans le cœur, les artères, les veines ou le poumon, oblige toujours le cœur à faire incessamment une dépense de forces plus considérable qu'à l'état naturel ; — 2° que cette dépense dynamique peut être aussi accrue par la seule fonction cardiaque excitée dans les conditions signalées précédemment ; — 3° enfin que le muscle cardiaque, dont la force est à peu près constante dans l'état naturel, en acquiert une plus grande pour vaincre l'obstacle matériel ; de là l'excès de nutrition et des propriétés vitales du muscle. Nous voyons se produire une hypertrophie du même genre dans l'estomac et l'intestin, chaque fois que les muscles sont obligés de surmonter un obstacle au cours des matières, par conséquent de faire plus de force. Toute la pathogénie est renfermée dans cette formule.

1° Lésion matérielle ; cause du ralentissement du sang.

2° Lésion dynamique ; cause de l'hypertrophie.

Symptomatologie. Division des symptômes.

Symptômes. — Les symptômes doivent être soigneusement distingués en ceux : 1° de l'hypertrophie ; — 2° de l'obstacle à la circulation, ou symptômes hydrauliques. Ceux-ci ont leur siége : 1° dans le cœur ; — 2° les artères ; — 3° les veines ; — 4° les capillaires des différents tissus. Cette division, toute physiologique, nous sert depuis longtemps dans nos cours et dans nos livres. Nous plaignons sincèrement ceux qui errent encore dans la confusion déplorable des bruits de tout genre et dans la localisation des maladies du cœur réduites en fragments presque infinis.

I. Symptômes de l'hypertrophie.

I. *Symptômes de l'hypertrophie. — Signes physiques.* — Les symptômes de l'hypertrophie sont représentés par des *signes physiques et des signes dynamiques.* 1° Aux premiers correspondent

ceux qui indiquent l'augmentation de volume et le changement de position de l'organe. La région précardiale, sternale ou sterno-costale gauche, offre une voussure plus ou moins marquée, distincte des déformations congénitales. La pointe du cœur qui bat dans le sixième espace intercostal, s'abaisse dans le septième ou vers l'épigastre. La matité s'accroît aussi de 4 à 12 centimètres carrés au-dessus de son chiffre normal (qui est de 6 à 8 centimètres, suivant les uns, 11 à 12, suivant Piorry). En même temps la main, la tête, les vêtements placés sur la région du cœur, sont fortement soulevés, au moment de la systole ventriculaire. En général la force et l'étendue des battements représentent assez bien, sinon le degré d'hypertrophie, du moins la force de la propulsion cardiaque; aussi ne faut-il pas toujours s'en rapporter à ces symptômes, parce que les battements de l'organe peuvent diminuer lorsqu'il s'enfonce dans le médiastin, vers l'épigastre, ou se cache derrière le poumon gauche, parce que des caillots ou du sang obstruent ses cavités, et enfin parce que ses battements s'affaiblissent, sous l'influence de causes très-nombreuses.

Signes physiques.

Voussure.

Étendue de la matité.

Choc cardiaque.

Causes qui le font varier.

On doit placer parmi les symptômes physiques les variations d'intensité des bruits normaux ou anormaux du cœur. Quoique le choc du cœur contre la paroi thoracique ne soit pour rien dans la production du premier bruit, cependant, quand il existe une hypertrophie considérable, on l'entend mieux et avec plus d'intensité, parce que l'organe vient se mettre en rapport plus complétement avec cette même paroi et lui transmet mieux le premier bruit valvulaire. On conçoit que ce signe, d'ailleurs très-incertain, variera beaucoup si le poumon, l'estomac rempli de gaz, un liquide péricardique ou pleural s'interpose entre le cœur et la paroi pectorale et devient le corps conducteur du son. Des bruits sourds, éloignés, s'entendent plus souvent dans l'hypertrophie que des bruits clairs et superficiels; ils se propagent aussi plus loin, sur les parties antérieures et médianes du thorax, puis à gauche et dans le dos. Les battements nerveux du cœur donnent lieu aux mêmes signes. (Voyez *Maladies de l'endocarde et des orifices.*)

Intensité plus grande des bruits.

Différence suivant les corps conducteurs du son.

Propagation en différents points.

Signes dynamiques cardiaques. — La force de l'impulsion cardiaque est un signe dynamique qui se traduit par un phénomène physique, le choc du cœur contre la poitrine. Les palpitations constituent également un trouble dynamique de la plus grande valeur. Les sujets attentifs à leur santé éprouvent de bonne heure des palpitations fortes, faibles, rares, fréquentes. D'autres n'en ont jamais ressenti la plus légère atteinte, malgré le désordre des mouvements

Signes dynamiques cardiaques.

Palpitations.

Ataxie des mouvements cardiaques.

du cœur. Chez d'autres, la circulation continue à se faire avec une parfaite régularité, pendant longtemps. Plus tard, et toujours à la fin de la maladie, le rhythme des battements se trouble : on observe des lipothymies fréquentes, des syncopes, souvent de très-bonne heure; puis des irrégularités, des inégalités, et enfin des intermittences. Les causes morales et physiques, la digestion, le sommeil, la marche surtout, font paraître ces signes et leur donnent toujours une plus grande intensité.

Lésion de la sensibilité cardiaque. Douleurs pectorales.

Si les sujets sont attentifs à leur santé, et si l'on fait appel à leur mémoire, ils se souviennent qu'au début ils ont ressenti des douleurs sourdes ou lancinantes et névralgiques, dans la région précordiale, derrière la partie supérieure du sternum, vers la seconde et la troisième côte. Elles se montrent, à des intervalles plus ou moins éloignés, en arrière, dans le dos, ou s'irradient des points indiqués vers l'aisselle gauche et le long du membre supérieur du même côté, absolument comme les douleurs de l'angine de poitrine, qu'elles constituent, en pareille occurrence. Ces douleurs passagères reviennent sans cause et ont une durée variable. Elles ont une importance séméiotique très-grande. Nul doute que le cœur ne devienne dans ce cas le siége d'une sensibilité anormale. Rarement la péricardite ou l'endocardite est la cause de ces troubles nerveux.

Cardialgie.

Les autres symptômes sont dus à l'obstacle.

Tels sont les symptômes qui appartiennent, en propre, à l'hypertrophie; tous les autres, sans exception, qu'ils proviennent de l'exploration du pouls ou des capillaires généraux, sont l'effet de l'obstacle à la circulation ; cependant, comme celui-ci est constant, les symptômes à l'aide desquels il se manifeste peuvent aussi faire reconnaître sûrement l'hypertrophie. Il faut donc rechercher toujours avec soin les symptômes des lésions valvulaires, puisqu'elles annoncent également l'hypertrophie. (Voyez *Maladies de l'endocarde et des orifices.*)

La description isolée de l'hypertrophie est stérile.

Nous ferions une description arbitraire, confuse et sans application, si nous voulions retracer la marche, la durée et la terminaison de l'hypertrophie. Ces diverses conditions morbides auront leur place naturelle quand nous parlerons des maladies valvulaires, auxquelles leur étude est intimement liée.

De quelques indications tirées de l'hypertrophie.

Les indications *pronostiques et thérapeutiques* découlent de la connaissance exacte du siége, de la nature des obstacles circulatoires, et surtout de l'intensité et de la nature des troubles survenus dans presque tous les organes. Ce n'est donc pas à l'hypertrophie qu'il faut s'en prendre, ainsi que l'ont supposé, à tort, ceux qui lui ont fait jouer le principal rôle pathologique. Elle ne remplit, au contraire, qu'une

fonction utile et réparatrice. (Pour le traitement, voyez *Maladies de l'endocarde et des orifices.*)

RUPTURE DU CŒUR.

La description des ruptures se compose de cas particuliers.

La rupture des fibres charnues du cœur n'est point une maladie, mais le résultat de lésions très-différentes, les unes aiguës, les autres chroniques. On conçoit dès lors que la description d'une maladie de ce genre doit se composer d'éléments hétérogènes qu'il est impossible de coordonner, d'une manière générale. Que peuvent avoir de commun des ruptures opérées, les unes par un coup de pied de cheval, les autres par une hypertrophie, un amincissement, un ramollissement graisseux ou autre du cœur?

Causes très-différentes.

La cause de ces ruptures doit être cherchée dans une lésion subie par l'appareil musculaire du cœur ou par sa membrane interne. On a cité des exemples d'anévrisme mixte du ventricule gauche terminé par rupture. Le cas le plus ordinaire est celui où les fibres hypertrophiées du cœur, devenues rigides, se brisent sous un effort insolite ou sous l'influence d'un obstacle valvulaire. Le ramollissement partiel du tissu musculaire, dû le plus ordinairement à la dégénérescence graisseuse ou à l'amincissement des parois, peut aussi amener la rupture. Une lésion chronique de l'endocarde, une plaque osseuse, une ulcération qui amincit et détruit un point de la paroi musculaire, en rendent la déchirure possible.

Symptômes encore plus différents.

Les symptômes varient comme les lésions. A moins que la cohésion du tissu ne soit vaincue par quelque violence extérieure ou quelque effort suprême, instantané, on observe ordinairement des symptômes précurseurs. Ils révèlent l'existence d'une hypertrophie, d'une lésion valvulaire et d'une gêne à la circulation; les principaux sont : douleur précordiale, dyspnée, bruit de courant sanguin, cardiaque, intermittent, unique ou double, faiblesse du pouls, hydropisie, congestion pulmonaire, etc.; tout à coup le malade éprouve de l'anxiété, de la douleur précordiale, s'affaisse, perd connaissance et meurt subitement. La peau est partout décolorée ou violacée et livide vers les extrémités, suivant l'état antérieur de liberté ou de gêne de la circulation centrale.

MALADIE BLEUE.

Synonymie.

Synonymie. — Cyanose (de κύανος, bleu), maladie bleue, à cause de la couleur que prend la peau cyanosée. Communication des deux cœurs.

Définition. On doit comprendre sous le nom de cyanose la coloration bleuâtre des téguments, due à la communication congénitale ou accidentelle établie entre les deux cœurs ou à toute autre lésion de cet organe capable de gêner la circulation.

Étiologie. *Causes.* — Il ne saurait nous venir à l'esprit de décrire tous les vices de conformation qui mêlent les deux sangs et en ralentissent le cours. A quoi servirait l'indication minutieuse de toutes les anomalies circulatoires ? On sait combien elles sont nombreuses ; des volumes entiers ont été consacrés à leur étude. Rappelons seulement les principales lésions. Une des plus fréquentes est la persistance des ouvertures normales, qui existent dans le cœur du fœtus, c'est-à-dire du trou de Botal et du canal artériel. Viennent ensuite la perforation de la cloison interventriculaire, la transposition de l'artère pulmonaire et de l'aorte, leur insertion commune sur le ventricule gauche, l'oblitération de l'artère pulmonaire, enfin l'anomalie la plus complète, dans laquelle le cœur se trouve réduit à un ventricule et à une oreillette, comme chez les batraciens.

Vices de conformation.

L'effet presque constant de ces altérations diverses, rarement accidentelles, est le mélange des deux sangs, mais surtout une gêne très-grande et continuelle de la circulation, d'où résulte l'hypertrophie d'une ou de toutes les parties du cœur, suivant le siége de l'obstacle à la circulation. Les indurations fibreuses, la coarctation et l'agrandissement des orifices valvulaires et des autres parties de l'endocarde sont contemporains de la maladie du cœur ou consécutivement amenés par elle, comme l'hypertrophie. Tous les capillaires généraux et ceux des parenchymes, le système veineux et les sinus cérébraux sont gorgés de sang, après la mort, comme ils le sont pendant la vie. Le péricarde et les cavités séreuses renferment souvent de la sérosité ; le tissu pulmonaire, des noyaux apoplectiques et des congestions.

Hypertrophie consécutive, constante.

Congestion des capillaires.

Hydropisies.

Symptômes. *Symptômes.* — La cyanose étant une maladie congénitale, on en voit paraître les symptômes au moment de la naissance. Il est facile d'y reconnaître plus tard tous les signes d'une gêne considérable de la circulation et d'une hypertrophie cardiaque.

Signes cardiaques. Matité.

En effet le cœur, augmenté de volume, souvent à un degré extrême, donne lieu à une matité étendue, à une impulsion forte ou, au contraire, faible, peu marquée, suivant la position de l'organe ; — à un bruit de courant sanguin, intense, à timbre aigu, ou rapeux, grave, sourd, etc. Ce bruit hydraulique remplace entièrement le claquement valvulaire et se produit au moment où le sang passe sur l'orifice rétréci ou anormal : de là un premier bruit. Il est quelquefois né-

Bruit de courant ou hydraulique ;

cessaire, pour le faire paraître, de dire au malade de marcher, de se livrer à un effort qui active la circulation. Il peut naître un second bruit par le même mécanisme, lorsque le sang revient par ce même orifice anormal. Dans tous les cas, les bruits sont intermittents ; nous avons établi ailleurs qu'il ne peut s'en former de continus dans le cœur (voyez les mémoires cités dans les *Généralités sur les maladies du cœur*). Du reste, comme les ouvertures naturelles et leurs valvules d'occlusion participent presque toujours, en même temps, à la maladie, le double bruit de courant peut aussi tenir à leur altération simultanée. Il n'est point rare de ne trouver aucun bruit anormal ; les claquements valvulaires ont disparu : ce qui n'indique pas moins sûrement la lésion des orifices.

unique ou double ; intermittent.

Nul.

Aux bruits aigus, et causés comme eux par le passage du courant sanguin sur un orifice rétréci et *en minces parois*, correspond un frémissement vibratoire systolique, diastolique ou double et toujours intermittent, quand il est cardiaque. La main le perçoit très-distinctement sur le sternum, l'origine des gros vaisseaux, et dans toute la région précordiale. Il est dû à la vibration sonore que le rétrécissement détermine dans le liquide sanguin et à sa transmission par le cœur, les liquides et les solides, jusqu'à la main de l'observateur. Il se propage souvent très-loin, jusque dans les gros vaisseaux artériels.

Frémissement vibratoire, hydraulique (dit cataire).

Les malades accusent de fréquentes palpitations, surtout lorsqu'ils se livrent à quelque mouvement, digèrent, éprouvent une émotion ou sont soumis au froid. Les pouls cardiaque et radial sont inégaux, irréguliers, intermittents, ou le deviennent, lorsque le sujet fait quelque effort. Leur force et leur fréquence varient également sous l'influence des causes du même genre. On observe très-souvent des lipothymies, des syncopes et surtout des attaques, plus ou moins rapprochées, d'une dyspnée, d'ailleurs habituelle chez ces malades. Au moment où survient l'accès, les malades sont pris de suffocation, d'une difficulté extrême de respirer, d'une angoisse extrême ; le visage se gonfle, devient livide ; les lèvres, la langue, les narines, prennent une teinte violacée ; les veines du cou et de la face sont distendues ; le corps se couvre de sueur ; les extrémités se refroidissent et bleuissent ; le pouls irrégulier faiblit à un degré redoutable ; l'accès se termine par une syncope passagère ou mortelle. L'intelligence est conservée ; on remarque des mouvements convulsifs dans les membres, sans qu'il y ait perte de connaissance. Le paroxysme d'asphyxie que nous venons de décrire suffit pour caractériser une lésion du cœur, mais non pour affirmer qu'il existe une communication entre ses cavités naturelles.

Palpitations.

Pouls.

Attaque de dyspnée et de cyanose.

Lipothymies et syncopes.

Symptômes de congestion.

Habituellement on remarque chez les malades une congestion permanente ou passagère des réseaux capillaires de la face et des muqueuses, la distension des veines superficielles, la coloration bleuâtre et le froid habituel des extrémités, le gonflement des doigts, l'hypertrophie et la turgescence des phalanges onguéales, la faiblesse de la

Calorification affaiblie.

calorification, le défaut de résistance au froid, la lenteur des mouvements, une intelligence assez développée, un état valétudinaire très-nettement accusé. On doit encore regarder comme des actes morbides intimement liés à la maladie du cœur, et non comme une complication, l'œdème des membres inférieurs, l'anasarque, la bouffissure faciale, les hémorrhagies par le nez et par les voies respiratoires.

Marche ; terminaison.

Marche, durée, terminaison. — La cyanose même congénitale ne se montre pas toujours au moment de la naissance. Une cause accidentelle, en gênant la circulation, la fait paraître, à l'improviste, et avant qu'on en ait soupçonné l'existence. On conçoit que, suivant l'intensité de la lésion, et suivant qu'elle apporte au cours du sang un obstacle plus ou moins grand, elle entraîne plus ou moins rapidement la mort des sujets, ou leur permet de vivre jusqu'à vingt ou

Nature de la maladie.

quarante ans. On a longuement agité la question de savoir si le danger tient au mélange des deux sangs ou à la gêne de la circulation ;

Influence certaine de la stase hydraulique ;

mais, si l'on veut bien considérer que la nature des lésions cardiaques, l'existence de l'hypertrophie, de la cyanose et de l'hypérémie des capillaires ne laissent aucun doute sur le ralentissement extrême et les difficultés de la circulation, et que tous les symptômes sont ceux d'un

plus douteuse du mélange du sang noir et rouge.

obstacle à la circulation, on reconnaîtra que la part la plus grande doit être faite à la stase croissante du sang et à son inégale répartition dans les systèmes généraux ; qu'au contraire l'action nocive du sang noir mêlé, en proportion plus ou moins grande, à l'artériel, est pour peu de chose dans les accidents produits.

Cyanose accidentelle.

Il arrive parfois qu'au milieu des symptômes qui annoncent une affection chronique, soit du cœur, soit des voies respiratoires, il apparaît tout d'un coup de la cyanose, des bruits anormaux et la plupart des signes qui indiquent une communication ouverte accidentellement entre le cœur droit et le gauche. Faut-il, en pareil cas, supposer que l'état fœtal s'est rétabli, ou qu'il s'est formé une perforation

Diagnostic.

morbide ? Le diagnostic, disons-le sur-le-champ, est impossible. En effet, les maladies des orifices du cœur et l'hypertrophie qui les accompagne toujours donnent lieu exactement aux mêmes symptômes. Nous n'avons pour les différencier que leur apparition dès la naissance du sujet ou peu de jours après, que les attaques plus ou

moins répétées de la cyanose et de la dyspnée, l'absence de toute maladie du poumon, un état cachectique général ou des difformités thoraciques et rachidiennes.

On ignore entièrement la cause des vices de conformation du cœur. On peut seulement dire que la mauvaise constitution des parents, la différence extrême d'âge, la consanguinité, la scrofule, le rachitisme, favorisent le développement de la cyanose. Causes.

Le *traitement* ne diffère en rien de celui qui est propre à toutes les lésions des valvules et des orifices capables de gêner la circulation et de provoquer les hypérémies hydrauliques qu'on observe dans presque toutes les maladies du cœur. (Voyez *Traitement des maladies de l'endocarde.*) Traitement.

Bibliographie. — Gintrac : *Observations et recherches sur la cyanose ou maladie bleue*, in-8°. Paris, 1824; — Louis, même sujet : *Mémoires et recherches anatomico-pathologiques*, 1820; — Meyer Hermann (de Zurich) : *Archives de physiologie et d'anatomie de Virchow.* Bibliographie.

NÉVROSES DU CŒUR.

Névroses du cœur.

Entièrement soustraits à la volonté, les muscles du cœur, rouges et striés en travers, ont la propriété spéciale de se contracter rapidement, comme les muscles volontaires, et d'une manière spontanée et rhythmique. Lors même que le cœur est privé de sang et séparé du corps depuis plusieurs heures, il jouit pendant longtemps de l'irritabilité. Quant à sa sensibilité, elle est nulle à l'état normal. Dans l'état morbide, les diverses propriétés vitales dont nous venons de parler se trouvent séparément ou simultanément lésées. Parfois le rhythme des battements du cœur est troublé comme on le voit dans les pulsations inégales, irrégulières, intermittentes du pouls. L'énergie de leur contraction est diminuée dans la *lipothymie;* affaiblie au point que les battements du cœur s'éteignent, et deviennent insensibles dans la *syncope*. Leur contraction irrégulière est perçue péniblement dans la *palpitation*, très-douloureusement dans la *névralgie cardiaque*. Il résulte de ces désordres des maladies distinctes connues sous les noms de palpitations, de lipothymie, de syncope, de névralgie du cœur.

Étiologie. — Il est impossible de rien comprendre aux troubles dynamiques du cœur si l'on en étudie isolément les causes, et surtout si on ne les subordonne pas entièrement à des notions physiologiques Étiologie commune à toutes les névroses.

Physiologie pathologique.

certaines. Quelle que soit l'opinion qu'on se forme sur les origines de l'innervation cardiaque, on est conduit, par les faits pathologiques, à admettre qu'elles sont multiples et que la nature, pour assurer le jeu d'un organe aussi indispensable à la vie, a fait intervenir plusieurs causes d'action excito-motrice. C'est donc à la fois dans le système cérébro-spinal [cerveau, cervelet, moelle allongée et épinière, Legallois], dans le grand sympathique, les ganglions cardiaques, et même dans le pneumo-gastrique, suivant les auteurs qui n'admettent pas l'influence antagoniste et négative de ce nerf sur le cœur, que l'organe circulatoire va puiser son principe d'action. Ce n'est pas tout : sans admettre l'ancienne théorie Hallérienne de la mise en jeu de l'irritabilité cardiaque par le seul contact du sang, on doit cependant reconnaître que ce stimulus naturel est aussi, pour une certaine part, dans le mouvement rhythmique du cœur.

Quatre origines pour les troubles dynamiques du cœur.

Les faits d'ordre pathologique confirment la réalité de cette intervention multiple. En effet, l'on peut se convaincre que les troubles dynamiques cardiaques procèdent de quatre sources différentes : 1° *du cœur;* 2° *du sang;* 3° *du système nerveux central ou du grand sympathique;* 4° *de l'appareil respiratoire;* de telle sorte, qu'étant donnée une palpitation, une convulsion, une douleur cardiaque, on est sûr que la cause réside dans un des siéges indiqués. De plus, une perturbation dynamique différente accuse souvent une cause morbide identique, et réciproquement; ce que nous dirons d'une maladie s'appliquera donc rigoureusement à l'autre.

1° Cause cardiaque et vasculaire.

Étiologie générale. — 1° *Cause cardiaque et vasculaire.* — Les lésions matérielles, dont les orifices du cœur et les artères sont le siége, constituent la cause la plus ordinaire des douleurs, des convulsions ou palpitations cardiaques. On verra, plus loin, que certaines diathèses, comme le rhumatisme, la goutte, la syphilis, peuvent ne produire aucune lésion, mais troubler seulement la contraction du cœur ou des muscles valvulaires ; ce trouble est semblable à celui qui se manifeste si souvent dans les autres muscles du corps. En pareil cas, les maladies de l'endocarde et du péricarde, et les épanchements qui se font dans cette cavité séreuse, en gênant la fonction du cœur, produisent les mêmes effets que les causes précédentes. La sensibilité est aussi bien troublée que la contraction rhythmique.

Simple trouble dynamique. Maladies matérielles.

2° Altérations du sang :

2° *Altérations du sang.*—Que le liquide circulatoire soit en quantité trop considérable, que ses globules soient trop abondants ou diminués, son sérum et ses autres parties constituantes altérées dans leurs proportions, aussitôt un trouble dynamique accuse le déve-

loppement de la maladie du sang (pléthore, anémie, scorbut, albuminurie, cachexie). Toutes ces maladies générales ont pour symptômes les convulsions, les syncopes, les lipothymies, les douleurs cardiaques. On peut même dire qu'il n'en est pas une seule, à l'état aigu et chronique, qui n'y donne lieu, à des degrés variables. Il en est de même toutes les fois qu'un principe hétérologue se trouve contenu dans le sang. Le pus, le cancer, les principes septiques, les venins, les poisons métalliques, le miasme des marais, décèlent leur présence par des angoisses, des lipothymies, des palpitations, des syncopes graves et même mortelles. Il y a plus, lorsque l'endocarde n'est pas habitué à recevoir des agents stimulants, tels que l'alcool, le thé, le café, le vin et les matériaux fortement azotés et irritants d'une alimentation trop riche, son irritabilité s'en accroît à un degré extrême; les muscles cardiaques se convulsent; de là des palpitations, et même, à la longue, l'hypertrophie de l'organe. Enfin les caillots du cœur, quelles que soient leur cause et l'époque de leur formation, s'annoncent aussi par un grand désordre de la contraction rhythmique.

1° spontanée;

2° par des principes morbifiques divers;

3° par des agents de stimulation;

4° Polypes du cœur.

3° *Maladies du système nerveux.* — Les symptômes les moins tranchés des maladies aiguës et chroniques du cerveau et des névroses de l'intelligence sont certainement les troubles dynamiques du cœur. Cependant, s'ils ne frappent pas l'attention du malade, ils n'en sont pas moins fréquents pour l'observateur attentif. Sans parler de l'hémorrhagie, de la cérébrite, de la méningite, qui produisent des troubles si marqués des contractions cardiaques (inégalité, grandeur, petitesse, intermittence), personne n'ignore que, vers la fin de toutes ces maladies, et dans les névroses du mouvement et du sentiment dans l'hystérie, la chorée, les convulsions, on les rencontre souvent.

3° Maladies du système nerveux;

1° cérébro-spinal;

Il faut s'en prendre aussi à une simple névrose des ganglions cardiaques et du grand sympathique pour expliquer les palpitations, les troubles de la contraction cardiaque, parfois les douleurs de l'angine de poitrine et de la névralgie du cœur, qu'aucune cause appréciable n'a provoqués. Une violente émotion morale, les chagrins dissimulés et continuels, les passions de tout genre, viennent aisément retentir sur l'innervation cardiaque, et causer tous les symptômes que nous venons d'énumérer.

2° cardiaque et du grand sympathique;

On les observe enfin très-souvent dans le cours des maladies aiguës et surtout chroniques de la poitrine et du ventre, dans le cancer de l'estomac, du mésentère, de l'utérus, etc. Il est vrai qu'en pareil cas, outre l'action réflexe de la moelle, à laquelle donne lieu l'affection viscérale, on a encore celle qui est due à l'état anémique du sang.

Maladies qui agissent par sympathie;

4° Maladies de l'appareil respiratoire.

4° *Maladies des voies respiratoires.* — A elles seules, et indépendamment de toute complication du côté du cœur, les maladies du poumon et des bronches, telles que la pneumonie, la tuberculisation, le catarrhe et surtout l'emphysème pulmonaire, peuvent exercer sur la petite circulation une perturbation assez forte pour que les actes physiques et dynamiques du cœur en soient troublés. Des palpitations fréquentes, des convulsions, des douleurs cardiaques, s'observent toutes les fois que la circulation pulmonaire est gênée par un épanchement pleural un peu considérable, une tumeur, une bronchite étendue ou un emphysème. La pulsation cardiaque devient petite, faible, inégale, intermittente, irrégulière, manque ou s'affaiblit pendant quelques secondes, etc. (palpitations, lipothymie, syncope). Même effet quand le diaphragme est refoulé par l'ascite, la tympanite, par des tumeurs considérables de l'abdomen, ou abaissé trop vite par une paracentèse qui fait le vide, etc., etc.

Résumé.

Il suit de cette énumération que les maladies dynamiques du cœur sont : 1° *symptomatiques* 1° d'une lésion du cœur et des vaisseaux ; 2° d'une maladie du sang ; 3° de l'encéphale et de la moelle ; —2° *qu'elles sont sympathiques,* c'est-à-dire développées par l'action réflexe que viennent produire sur la moelle et le grand sympathique toutes les maladies aiguës ou chroniques des viscères ; — 3° qu'elles sont *idiopathiques,* essentielles, liées, en un mot, à un simple trouble de l'innervation du cœur, qui réside dans le cerveau, la moelle, le pneumo-gastrique et le grand sympathique.

Divisions. — Les névroses idiopathiques auxquelles nous allons consacrer une courte description sont : 1° les convulsions cardiaques ; 2° la névralgie ; 3° l'angine de poitrine.

CONVULSIONS CARDIAQUES OU PALPITATIONS.

Palpitations ;

Synonymie. — Palpitations.

Nous comprenons sous le titre de convulsions cardiaques les troubles des mouvements rhythmiques du cœur. Elles consistent dans une simple perturbation des contractions qui, au lieu de s'effectuer à des temps égaux et réguliers, et avec une force égale, s'accélèrent, s'éloignent, se précipitent, s'affaiblissent, sans conserver aucune espèce de rhythme ; l'ataxie du cœur a été comparée, en pareille occurrence, à l'ataxie des membres, à la chorée. Lorsque le malade a conscience

de ce désordre et que les battements sont perçus nettement, accompagnés de gêne précordiale ou sternale, de douleur, de dyspnée, d'un sentiment de tristesse et d'angoisse, on les appelle des palpitations. Ces mêmes mouvements choréiques sont quelquefois portés à un degré extrême, sans que le malade en ait conscience. Un certain état d'éréthysme nerveux paraît nécessaire pour que la sensation de ces mouvements ait lieu. On aura soin de s'enquérir de l'état de la contraction cardiaque, en explorant directement le cœur avec la main, l'oreille, et le pouls lui-même, afin de savoir si les pulsations artérielles correspondent exactement à la systole cardiaque.

Elles sont perçues par le malade.

Convulsions non perçues.

En procédant ainsi, on constate les altérations suivantes pendant les palpitations : — 1° les intervalles qui séparent les battements du cœur sont inégaux, éloignés ou rapprochés ; une ou plusieurs pulsations manquant, on constate alors une ou plusieurs intermittences, tantôt régulières, tantôt irrégulières ; — 2° les systoles ne sont pas égales en forces, et, sous ce rapport, on ne saurait imaginer toutes leurs variations ; — 3° les deux troubles dynamiques précédents se trouvent presque toujours associés. Quelquefois la faiblesse de la contraction du cœur est telle, que le sang n'est plus lancé avec assez de force pour stimuler la substance cérébrale : il en résulte une demi-perte de connaissance qu'on appelle la *lipothymie*. Cependant la distribution du sang s'effectue encore dans les vaisseaux, les battements sont perceptibles. Il n'en est plus de même dans la syncope, c'est-à-dire pendant la perte de l'intelligence, du sentiment et du mouvement, causée par la non-arrivée du sang en quantité suffisante dans l'appareil vasculaire et cérébral. Il circule encore, mais faiblement, et, quoi qu'on en ait dit, le cœur ne se contracte plus assez fort pour faire vibrer les valvules et rendre un son. Une ondulation insonore a seulement lieu.

Lésion du rhythme des mouvements ;

de leur force.

Lipothymie.

Syncope.

NÉVRALGIE.

La *sensibilité*, nulle dans le cœur à l'état normal, peut s'exalter au point que ses contractions deviennent douloureuses et par accès plus ou moins rapprochés. Presque toujours il existe en même temps des lésions du rhythme et de la contraction cardiaque. Ces douleurs ont leur résidence dans le tissu charnu, dans l'endocarde ou le péricarde qui s'enflamment. Souvent elles sont dues au rhumatisme qui se porte sur le cœur comme sur les autres muscles, et y détermine une

Névralgie.

douleur de même nature et d'autant plus marquée et plus grave que ce muscle viscéral ne peut rester un seul instant au repos.

Traitement. Les *causes* de ces trois maladies (lipothymie, syncope, névralgie) ont été étudiées, dans tous leurs détails, au commencement de ce chapitre; nous ne pouvons qu'y renvoyer le médecin, qui y cherchera un traitement rationnel et physiologique : il y trouvera aisément les principales indications qu'il doit remplir dans le traitement.

ANGINE DE POITRINE.

Angine de poitrine. Synonymie : sternalgie, sternocardie.

On désigne sous ce nom une entité morbide fort mal connue, mal définie, qui a pour symptôme une douleur sous-sternale et précordiale. Elle se propage à la partie interne du bras et de l'avant-bras gauche, jusque dans les derniers doigts de la main.

Symptômes. L'angine de poitrine a pour symptômes principaux : — 1° un début subit, au milieu de la santé; — 2° l'apparition d'une douleur qui occupe la partie moyenne du sternum, ou plutôt la partie supérieure du péricarde. Elle est située dans le médiastin antérieur; déchirante, ou térébrante, continue, profonde, comme si elle avoisinait l'œsophage : elle provoque indirectement quelques mouvements de déglutition.

Cardialgie.

Névralgie brachiale. 3° Elle peut rester limitée dans le siége précédent; mais il est plus commun de la voir suivre la partie antérieure gauche du thorax, le bord antérieur de l'aisselle, descendre le long de la partie interne du bras, de l'avant-bras et de la main, sous forme d'une véritable névralgie. Cette dernière partie est le siége de fourmillements, de picotements et d'une anesthésie des derniers doigts. Les quatre malades qui nous ont offert ces symptômes et qui étaient d'ailleurs atteints de maladie de l'aorte ou du cœur, n'ont jamais pu réussir, quoique très-intelligents, à nous donner une idée précise du siége et de la nature intime de la douleur. Elle a le caractère des névralgies de la vie de nutrition, et ressemble aux crampes de l'estomac ou de l'intestin.

De quelques autres symptômes concomitants. 4° La cardialgie (ce nom nous paraît lui convenir) est accompagnée d'une angoisse inexprimable. Le malade reste immobile, la poitrine courbée en avant, retenant sa respiration; la figure inquiète, effrayée, pâle, non injectée. L'intelligence est conservée, la parole facile; le malade peut rendre compte de son état. Le pouls est plutôt

ralenti qu'accéléré, un peu faible. Toutes les autres fonctions libres, à moins qu'elles ne soient lésées par d'autres causes que nous allons indiquer,

Causes.

Étiologie. — Nous avons publié sur cette maladie, dans le *Compendium de médecine*, un article complet qui a été souvent mis à contribution (*Angine de poitrine*, tome I, 1836). Depuis vingt-huit ans qu'il a paru, on n'a recueilli aucun document nouveau sur la cause ni sur le siége du mal. Les auteurs se sont recopiés, sans parvenir à savoir au juste ce que représente l'angine de poitrine. Quatre observations, recueillies avec les plus grands détails depuis dix ans, nous permettent d'établir : 1° que l'angine de poitrine est une névralgie des nerfs cardiaques et aortiques, se propageant par les plexus nerveux des vaisseaux jusque dans la main ; 2° qu'elle est symptomatique d'une maladie du cœur, et plus ordinairement d'une dilatation anévrismale de l'aorte ; 3° qu'elle s'ajoute toujours aux signes caractéristiques de l'une ou de l'autre de ces maladies; 4° que cependant, dans quelques cas rares, elle les précède et peut alors passer pour une angine idiopathique, dont, pour notre part, nous n'avons pas encore rencontré un seul exemple. Toutefois, nous ne voulons pas en nier complétement l'existence.

Elle est symptomatique d'une maladie du cœur.

Marche et durée

L'angine se montre par accès plus ou moins rapprochés et sans aucune régularité ; souvent ils ne sont que rémittents ; dans l'intervalle, la respiration et la circulation restent gênées. Nous n'ajouterons rien de plus, afin de ne pas accumuler les faits les plus contradictoires ou les plus insignifiants sur la cause, la marche et le traitement d'une maladie qui n'existe pas ou qui rentre dans l'étude des autres maladies vasculaires. Nous rappellerons seulement que le rhumatisme, en portant son action sur le cœur et les vaisseaux, peut provoquer de ces douleurs profondes sous-sternales dont la nature nous échappe, et qui appartiennent alors à une angine véritablement idiopathique, c'est-à-dire à une névralgie cardiaque.

MALADIES DE L'ENDOCARDE ET DES VALVULES DU CŒUR.

Idée générale sur la structure et la pathologie de l'endocarde et des valvules du cœur.

Sans vouloir pénétrer dans le domaine de l'anatomie normale, il nous est nécessaire de rappeler : 1° que la séreuse de revêtement des cavités internes du cœur est doublée d'une forte lame de tissu fibreux ; 2° qu'elle en contient encore dans les replis qu'elle forme autour des tissus musculaires et des valvules sygmoïdes ; 3° qu'on retrouve

dans celles-ci et dans les tendons des muscles auriculo-ventriculaires les tissus fibreux élastiques qui existent partout ailleurs. Il en résulte qu'outre les altérations qui leur sont propres, telles que les indurations, les incrustations calcaires, pseudo-cartilageuses, les valvules sigmoïdes offrent encore l'atrophie, l'hypertrophie et les dégénérescences graisseuses, dont on constate de si nombreux exemples dans les maladies homologues des artères, du larynx, de la trachée, de l'intestin. Nous ferons remarquer, par la suite, qu'en plaçant sous l'empire de l'inflammation tous ces actes morbides, on a fait preuve d'un dogmatisme qui n'est plus de saison aujourd'hui, parce qu'il est contraire en tous points à la stricte observation des phénomènes et des actes morbides dont le cœur peut devenir le siége.

Divisions. Maladies valvulaires.

Divisions. — Les maladies de l'endocarde, auxquelles nous accorderons une attention spéciale, sont : 1° la phlegmasie aiguë ou endocardite ; — 2° l'hyperémie et l'hémorrhagie ; — 3° l'hypertrophie et l'atrophie ; — 4° la dégénérescence jaunâtre ou graisseuse, et les dépôts de matière calcaire et cartilagineuse. Nous tracerons ensuite l'histoire des symptômes, et nous terminerons par l'étude des concrétions fibrineuses.

Maladies sans lésion.

Des troubles dynamiques non moins graves peuvent avoir leur siége dans les valvules du cœur, dont les mouvements sont enchaînés ou rendus presque impossibles par la convulsion de leur tissu musculaire, ou par une sensibilité anormale.

Maladies de l'endocarde.

Maladies de l'endocarde. — Elles proviennent de causes très-différentes que nous allons d'abord passer en revue. Le cœur avec ses valvules et son endocarde, devient, par le progrès de l'âge, comme tous les tissus fibreux, comme les vaisseaux artériels, le siége d'un trouble de nutrition très-commun, à la suite duquel des portions de tissus fibreux s'hypertrophient, s'indurent ; les muscles s'atrophient ; des dépôts de matières grasses, calcaires et pseudo-cartilagineuses s'effectuent, en différents points, et spécialement dans les valvules sygmoïdes et l'aorte. Il se fait alors un obstacle au cours du sang : de là ces inégalités, ces intermittences dans le pouls qui sont si communes chez les vieillards qui ont dépassé soixante ans. Cependant il faut reconnaître que la circulation générale continue assez régulièrement et souvent sans grand dommage pour la santé générale. Quant à la circulation cardiaco-pulmonaire, elle est à chaque instant troublée ; la fréquence des hypérémies bronchiques et pulmonaires, des catarrhes, de l'emphysème, chez les vieillards, tient à cette cause, et prouve l'influence considérable des troubles circulatoi-

Lésions séniles.

Troubles de la petite circulation.

Son influence sur le développement des maladies respiratoires.

res sur le développement des maladies pulmonaires, dans cette période de l'existence.

Endocardite.

1° *Phlegmasie de l'endocarde.* — On a étrangement abusé de ce mot depuis quelques années; toutes les lésions valvulaires, sans exception, lui ont été rapportées, et cependant, à moins de faire, comme Broussais, le mot *inflammation* synonyme de *maladie*, on ne peut, pas plus dans le cœur que dans tout autre organe, considérer l'hypertrophie des muscles valvulaires, l'induration, l'atrophie avec dégénérescence graisseuse, les matières athéromateuse et stéatomateuse, les incrustations calcaires, cartilagineuses, comme des effets, des reliquats de l'inflammation. Les études anatomo-pathologiques les plus récentes, qui n'ont fait d'ailleurs qu'en confirmer d'autres plus anciennes, ont prouvé que l'exsudat fibrineux et la formation de pus étaient les deux seuls produits de la phlogose. Ils sont entraînés, dit-on, par le sang qui circule, et ne peuvent se déposer sur les tissus. Mais rien, dans les symptômes des maladies qui s'accompagnent de cette prétendue endocardite, ne milite en faveur de cette opinion. L'affection à laquelle on la rapporte le plus ordinairement, avec M. Bouillaud, est le rhumatisme articulaire. Voici quelle est la véritable manière d'envisager ce sujet, qui a été fort obscurci. Le rhumatisme doit être considéré comme une maladie générale, une *affection* qui détermine des actes morbides de nature diverse représentant toute la pathologie, sans exception : congestion, phlegmasie, flux, névralgie, névroses du mouvement, et par conséquent convulsion, contracture, paralysie, hypertrophie, atrophie des tissus musculaires, sécrétions calcaires, altération du sang, telles sont les maladies que le rhumatisme peut produire sur le même individu, à des époques différentes de son évolution, ou sur des sujets différents. Celui-ci est pris par une arthrite, une hypérémie de la conjonctive ou du cerveau; celui-là, par une névralgie faciale, une violente myosalgie, par une paralysie, une contracture, une atrophie musculaire; plus tard, et souvent avec une rapidité extrême, les muscles s'altèrent, subissent la dégénérescence graisseuse, s'infiltrent de matière calcaire, etc.

Lésions qu'on lui attribue à tort.

Du rhumatisme comme cause des lésions de l'endocarde.

Elles résultent d'actes morbides très-différents.

Ce que nous voyons se passer dans l'organisme entier se montre sur un théâtre plus restreint, quand le rhumatisme s'attaque au cœur. Les recherches de M. Bouillaud ont prouvé que la maladie se porte très-souvent sur cet organe, on peut même dire sur tout le système vasculaire.

Elle y produit alors des maladies différentes qu'on a rapportées, on ne sait trop pourquoi, à la phlegmasie exclusivement. Les valvules sygmoïdes et auriculo-ventriculaires sont des appareils très-complexes,

La phlegmasie de l'endocarde est l'acte le plus rare.

fournis de muscles, de tissu cellulaire et fibreux, de tendons, qui s'hypertrophient, s'indurent, s'atrophient, subissent la dégénérescence graisseuse; leur nutrition s'altère; elles s'incrustent de sels de chaux, deviennent impropres au mouvement, à la circulation, et créent enfin des rétrécissements et des obstacles au passage du sang. Il est probable que, dès le début du rhumatisme articulaire, quand les bruits du cœur s'assourdissent ou deviennent nuls, les valvules sygmoïdes affectés par le spasme et convulsés comme tous les muscles atteints de rhumatismes, perdent leur flaccidité et par conséquent cessent de produire le claquement normal. Le même effet se produit bien sous nos yeux dans les muscles de la vie de relation qui se paralysent, se contracturent tout d'un coup, s'atrophient souvent avec une promptitude extrême, et ne peuvent plus remplir leurs fonctions. On est donc en droit de se demander pourquoi le rhumatisme ne déterminerait pas les mêmes effets dans les muscles valvulaires, dans leur tissu fibreux, dans l'aorte et les grosses artères. Le rhumatisme crée tout une pathologie dans le cœur comme dans les autres tissus.

L'hypertrophie, l'atrophie, la dégénérescence graisseuse y sont étrangères.

Le rhumatisme musculaire peut les produire.

Il en est de même de la vieillesse.

Ce qui prouve encore mieux que toutes les raisons analogiques la vérité de ce que nous avançons, c'est que les malades qui n'ont jamais eu de rhumatisme articulaire sont pris, après une ou plusieurs attaques de rhumatisme musculaire, ou même sans en avoir subi aucune atteinte, d'accidents cardiaques qu'on a prétendu mettre sur le compte de l'endocardite, mais bien à tort. Il faut, en effet, reconnaître que ce cas n'est pas le plus fréquent. Ne voyons-nous pas les mêmes altérations amenées par les progrès de l'âge, ou par des causes inconnues, se présenter exactement de la même manière que celles qu'on attribue à l'inflammation rhumatismale? Cessons donc de faire provenir du travail phlegmasique toutes les lésions qu'on rencontre dans un organe aussi occupé et d'une structure aussi complexe que l'est le cœur.

Lésions phlegmasiques.

Les seules qu'on soit en droit de rapporter à la phlogose sont les rougeurs vasculaires, les exsudats fibrineux en lamelle, en granulation, en globules verruqueux, qui se déposent sur les faces ou sur le bord libre des valvules et des sygmoïdes gauches particulièrement. On peut encore assigner cette origine aux adhérences des valvules entre elles ou avec la paroi vasculaire ; — à un caillot sanguin de petite dimension, contenant ou non du pus fixé sur l'endocarde, à plus forte raison lorsqu'il existe du pus sous la membrane séreuse et qu'il n'y a pas été déposé par l'effet de la pyémie.

Hypérémie et hémorrhagie.

2° *Hypérémie et hémorrhagie.* — Elles sont marquées par des

rougeurs vasculaires uniformes et par des ecchymoses de grandeur variable, vermeilles, livides ou noirâtres. Elles existent en même temps dans le muscle cardiaque et ailleurs, et dépendent des maladies générales qui altèrent profondément le sang, comme les fièvres exanthématiques, la puerpérale, les typhus, la diphthérie, les maladies virulentes et toxiques.

Hypertrophie et atrophie valvulaires.

3° *Hypertrophie et atrophie.* — Le tissu fibreux, si abondant dans les valvules, s'hypertrophie, s'indure, s'atrophie, s'amincit en même temps que le tissu musculaire. De là, les déformations légères ou intenses qui consistent, tantôt dans l'épaississement, la rigidité, la dureté des valvules, le raccourcissement de certaines parties et l'allongement des autres; tantôt, au contraire, dans l'amincissement, la perforation, l'état criblé des tissus membraneux atrophiés, ou déchirés quelquefois, dans un effort, comme nous en avons recueilli deux exemples remarquables. Il faut noter que ces déformations tiennent souvent aussi à la sécrétion dans le tissu cellulaire et fibreux, de sels calcaires, de pseudo-cartilages ou de matières grasses. Quelles que soient la nature et la forme variée de ces altérations, elles aboutissent à un rétrécissement et à un obstacle au cours du sang. (Voyez *Symptômes.*)

Produits homologues : infiltration graisseuse et calcaire des valvules

4° *Productions homologues.* — L'endocarde et les valvules du cœur, en dehors de toute espèce de travail phlegmasique, soit par les progrès de l'âge ou du long service auquel ils sont astreints pendant la vie entière, soit sous l'influence du rhumatisme, de la goutte, ou de toute autre diathèse (scrofule, tuberculisation, cancer), subissent des altérations communes d'ailleurs au système artériel et aux tissus fibreux et musculaire. Ils s'infiltrent de divers produits homologues, que le microscope a bien fait connaître, de graisse en forte proportion, de cholestérine, de phosphate et de carbonate de chaux, de cellules propres au tissu fibreux et cartilagineux, jamais de véritables corpuscules osseux ni d'ostéoïdes. On connaissait anciennement ces altérations sous le titre d'*athérôme*, de *stéatôme*, d'*ossification des valvules :* elles sont très-communes après soixante ans. Les plaques calcaires, les dépôts jaunâtres, et les diverses matières dont nous venons de parler, commencent par l'endocarde, puis gagnent de proche en proche le tissu fibreux et les autres tissus sous-jacents. Elles hypertrophient ou atrophient les muscles valvulaires, et alors les tendons sont moins résistants et plus fragiles. On conçoit dès lors les nombreux changements de forme, d'épaisseur, les saillies, les incrustations qui surviennent dans les valvules sygmoïdes et auriculo-ventri-

Leur forme ; leur nature.

Leur siége.

Leur manière d'agir sur le cours du sang.

culaires ainsi affectées. Elles ne peuvent plus remplir leur office de soupape et constituent des rétrécissements placés, soit en avant, soit en arrière, du cours du sang, qu'elles font entrer en vibration sonore. Il en résulte des bruits hydrauliques nouveaux que nous désignons sous le nom de *bruit de courant.*

Maladies congénitales.

Maladies congénitales. — Nul doute que certaines atrophies, certains états cribleux des valvules, leur adhérence réciproque, ne soient l'effet d'une organisation congénitale ou du moins de quelque maladie développée dans le sein de la mère.

Nous avons déjà vu la persistance du trou de Botal et du canal artériel, et d'autres vices de conformation créer des obstacles à la circulation, au niveau des orifices de communication du cœur ou même ailleurs. (Voy. *Cyanose.*)

Névrose des muscles valvulaires.

Névrose. — Les valvules aortiques ne sont pas, comme on le suppose, des membranes inertes qui se lèvent et s'abaissent, poussées mécaniquement par le flot sanguin. Elles ont dans leur épaisseur des muscles transversaux et perpendiculaires très-prononcés, déjà parfaitement connus du temps de Senac, et dont on paraît avoir presque fini par méconnaître l'existence de nos jours, parce qu'on les a crus inutiles à la circulation cardiaque. Cependant, lorsqu'ils se contractent par la douleur, par l'effet du rhumatisme ou de l'inflammation, ils produisent des rétrécissements, des bruits systoliques et diastoliques, suivant qu'ils forment obstacle ou bouchent mal l'orifice artériel. On aurait tort de croire que l'état pathologique ne peut pas les atteindre, en altérer le jeu et le mouvement, en dehors de toute maladie de l'endocarde. Seulement, quand celui-ci est affecté d'une lésion quelconque, ce trouble fonctionnel arrive plus sûrement.

Causes des maladies de l'endocarde. — Nous les avons étudiées avec les plus grands détails, en parlant de l'hypertrophie du cœur. Elles sont exactement les mêmes pour les maladies de l'endocarde. (Voy. *Hypertrophie du cœur*, pages 201 à 205.)

Symptômes des lésions valvulaires.

Symptômes des maladies des orifices cardiaques. — Deux effets constants résultent des obstacles au cours du sang : 1° une circulation plus lente et plus difficile de ce liquide ; 2° une action dynamique plus forte du cœur ; 3° un accroissement de sa nutrition pour y subvenir. Le rapport qui existe entre ces trois lésions est si constant qu'on peut conclure de l'obstacle hydraulique à l'hypertrophie, et réciproquement. Nous nous sommes occupé des signes de l'hypertrophie cardiaque (voyez ce mot); parlons maintenant de ceux qui tiennent plus spécialement à l'obstacle et au ralentissement du sang.

Il faut chercher les signes de l'obstacle à la circulation cardiaque : 1° dans le cœur ; 2° dans les artères ; 3° dans les veines ; 4° dans les capillaires. Divisions.

1° Symptômes cardiaques physiques. — Les symptômes sont de deux ordres différents : physiques et dynamiques. Les premiers consistent dans les altérations de ton et de timbre des bruits naturels solidiens du cœur, et dans la formation d'un nouveau bruit de remplacement, qui est le bruit de courant sanguin (bruit hydraulique). **Symptômes cardiaques.**

Voici ce qui se passe d'abord : une valvule, qui faisait librement son office et rendait le son solidien de claquement qui lui est propre, est troublée dans sa fonction par une de ces maladies que nous avons précédemment indiquées. Elle se contracte mal, se convulse, et dès lors ne peut plus passer de l'état de flaccidité à celui de tension. Au lieu de rendre un son solidien bien timbré, de claquement valvulaire, le son s'assourdit, ou même n'a plus lieu. Bientôt la valvule se tuméfie, s'indure, se couvre de produits plastiques, s'infiltre de graisse, de matière calcaire ; dorénavant elle ne pourra plus rendre le bruit solidien de claquement qui lui est propre (1° et 2° bruit du cœur). On ne peut mieux comparer ce qui se passe alors qu'à l'expérience dans laquelle Savart éteint graduellement, puis complétement, le bruit membraneux avec de petites lames de plomb ou curseurs qu'il promène sur les valvules sonores. La convulsion des valvules, leur rigidité toute vitale, et, en dernier lieu, leur altération de texture, sont des causes dynamiques et physiques irréfragables de la modification de timbre et de ton que subissent les deux bruits du cœur. On n'entend plus alors qu'un bruit sourd ou nul pendant la systole ou la diastole ; les valvules cessent de parler. Bruit valvulaire assourdi. Vibrations éteintes ; aphonie valvulaire.

Plus tard, lorsque les valvules ne vibrent plus à cause des altérations de texture dont elles sont le siége, des bruits anormaux, c'est-à-dire de *nouvelle formation*, et hydrauliques par leur cause, *remplacent* le bruit normal de claquement valvulaire ou bruit solidien. En voici le mode de production. Jusque-là les orifices étaient libres, obturés par leurs soupapes naturelles ; ils deviennent malades ; il en résulte une ouverture à surface rigide, inégale et plus étroite ; et en somme, pour le physicien, un rétrécissement, un orifice *en mince paroi*. L'effet constant de celui-ci est d'accélérer la vitesse du sang à son passage sur le point rétréci, et de lui faire rendre un son hydraulique que nous appelons depuis longtemps, dans nos leçons publiques, *un bruit de courant sanguin intermittent*. Partout où il existera un rétrécissement et un liquide pour le traverser, avec une cer- Symptômes valvulaires hydrauliques. Ce sont des bruits de remplacement. Bruit de courant sanguin.

taine vitesse, il y aura production d'un bruit de courant sanguin.

Sa cause. Loi de Savart.

L'intensité du son rendu par le bruit hydraulique est, suivant Savart, *proportionnelle à la vitesse du liquide et inversement proportionnelle au diamètre de l'orifice.*

Dénominations antiphysiques dont on s'est servi pour désigner le bruit hydraulique.

D'où il suit que les bruits de courant, appelés, contrairement à toutes les lois de la physique, bruit de souffle, de râpe, de lime, de scie, sans doute parce qu'ils ne sont produits ni par la vibration de l'air, ni par celle d'un solide, et ne rappellent pas davantage, par leur ton et leur timbre, les sons auxquels on les compare, ces bruits, disons-nous, seront aigus, intenses, à ton élevé, quand le sang passera vite à travers un orifice étroit, tandis qu'ils seront graves, bas, sourds, quand le sang sera poussé faiblement ou à travers une ouverture large. Il faut, dans tous les cas, que l'excursion du sang soit assez longue, assez rapide, pour lui faire rendre un son hydraulique. (Voyez les Mémoires que j'ai publiés sur ce point : *Maladies du cœur*, *Généralités.*) Il n'existe qu'un seul bruit hydraulique, comme il n'existe qu'un bruit normal solidien ; seulement il varie de ton et de timbre autant que les bruits aériens et solidiens. Il possède une gamme de ton aussi riche que ces derniers.

Qu'est-ce qu'un bruit de lime, de scie, de rape, de soufflet, etc ?

Il est maintenant facile de se former une idée juste des bruits anormaux causés par les lésions d'orifice ou de valvules. Les bruits de courant sont systoliques ou diastoliques, ou tous deux à la fois.

Bruit de courant ; (*a*) systolique ;

1° *Bruits systoliques ou du premier temps.* — Ils ne peuvent dépendre que d'un rétrécissement de l'orifice aortique ou de ce que l'orifice auriculo-ventriculaire, converti accidentellement en orifice, laisse passer le sang pendant la systole ventriculaire, ce qui détermine alors un rétrécissement insolite situé derrière le courant sanguin que celui-ci se met alors à traverser (insuffisance auriculo-ventriculaire gauche des auteurs). — 2° *Bruits diastoliques ou du second temps.* — Ce bruit de courant indique l'existence d'un rétrécissement auriculo-ventriculaire, ou une lésion des valvules aortiques qui ne ferment plus complétement l'orifice et y laissent passer le sang, ce qui constitue alors, dans le premier cas, un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire, dans le second une insuffisance des valvules aortiques. — 3° *Bruit de courant systolique et diastolique.* — Il tient : 1° à ce qu'un double rétrécissement, envisagé suivant les idées précédentes, existe sur l'un et l'autre orifice (aortique et auriculo-ventriculaire), ou à ce que le même orifice fait parler le sang aux deux temps et successivement, ce qui est très-ordinaire et arrive chaque fois que l'orifice est rugueux, déformé, et que les valvules ne bouchent

(*b*) diastolique ;

(*c*) systolique et diastolique ;

plus. Dans tous les cas, redisons-le bien, *la lésion qui produit le bruit de courant est toujours un rétrécissement*. Il est loin de faire *parler* toujours et de la même manière le sang. En effet, un rétrécissement extrême ou une contraction languissante du cœur pourra très-bien ne donner lieu à aucun bruit de courant ou à un bruit faible. Au contraire, des indurations de la valvule aortique feront naître un bruit hydraulique très-fort, parce que l'orifice est très-étroit, que le sang est lancé vite et loin, dans l'aorte, par le cœur hypertrophié : ce qui donne une longue excursion au liquide.

(*d*) Bruit nul. Pourquoi ?

Ainsi nous rencontrons toujours à côté de la lésion matérielle, qui fait vibrer et parler le sang, la force tantôt grande, tantôt faible, et toujours inconstante du cœur, qui met ce liquide en mouvement. Allez donc ensuite avec deux éléments, dont l'un est aussi variable que la vie elle-même, subordonner le diagnostic à une loi d'hydraulique ! Que penser de ceux qui persistent encore à obscurcir le diagnostic avec toutes les distinctions subtiles qu'ils cherchent à introduire en imaginant des rétrécissements et des insuffisances ? Et cependant beaucoup de médecins se croient encore obligés de mettre dans leur tête toutes les rêveries qu'on a décorées du nom de signes diagnostiques des maladies du cœur.

Variations. Dynamisme.

Inutilité des distinctions proposées par les auteurs.

On peut dire, sans attacher à ce fait une grande valeur : 1° que le maximum du bruit est au niveau de l'orifice malade ; qu'il s'accroît dans le sens du courant sanguin et diminue à mesure qu'on s'en éloigne (sternum, gros vaisseaux et aorte pour les maladies de l'orifice aortique ; — pointe du cœur et parties latérales gauches du thorax pour les maladies de l'ouverture auriculo-ventriculaire) ; 2° que les bruits de courant à tons aigus indiquent un rétrécissement intense, une grande vitesse du sang et à longue excursion, un cœur énergique ; 3° que les bruits à timbre bas se rencontrent dans les cas inverses (insuffisances). Du reste, il n'est pas difficile, quand on a porté un diagnostic compromettant, d'en démontrer ensuite la complète exactitude sur le cadavre, avec les lésions des valvules et des orifices qui se prêtent complaisamment à l'insuffisance et au rétrécissement. Nous considérons ces distinctions comme n'ayant aucune espèce de valeur seméiotique ni thérapeutique.

Diagnostic du siége de la lésion.

2° Symptômes cardiaques dynamiques. — Les maladies chroniques de l'endocarde sont annoncées de bonne heure et avant toute manifestation des signes physiques, par des symptômes dynamiques d'une grande importance : — 1° par des douleurs sourdes profondes, précordiales, sternales, pectorales, rachidiennes, etc., s'ir-

Troubles dynamiques du cœur.

radiant vers l'épigastre, le dos et les bras ; — 2° par des palpitations, rares ou fréquentes, qui se montrent parfois huit à dix ans avant toute espèce de signe local de la maladie du cœur ; — 3° par des contractions inégales, irrégulières, intermittentes et non perçues de l'organe ; — 4° par des lipothymies et des syncopes. Nous engageons beaucoup le praticien à rechercher avec un soin extrême ces troubles dynamiques et à en tenir grand compte dans le diagnostic, avant même que son attention ait été attirée par le malade vers la circulation cardiaque. Rappelons que, dans les dix-neuf vingtièmes des cas, toutes les lésions et les signes physiques que nous avons indiqués siégent dans le cœur gauche. Les signes dont nous allons parler n'ont pas une moindre valeur.

Leur valeur diagnostique très-grande.

Symptômes artériels.

3° Symptômes artériels. — En explorant les grosses artères du cou près de leur origine, on trouve une diastole faible dans les cas où les orifices aortique et auriculo-ventriculaire sont rétrécis, ou lorsque le sang repasse, en partie, dans l'oreillette gauche par l'orifice auriculo-ventriculaire mal fermé (insuffisance). La vibration du sang sur l'orifice aortique ne se sent avec le doigt (frémissement vibratoire ou cataire), ne s'entend avec l'oreille (bruit de courant), que dans les maladies de l'aorte. Dans quelques cas rares, une lésion très-intense des valvules aortiques donne lieu à ces mêmes symptômes. Ils coïncident alors avec la systole cardiaque.

Signes essentiels tirés de l'état du pouls.

Du pouls. — La valeur séméiotique du pouls radial, pour faire reconnaître l'existence d'un obstacle à la circulation situé dans le cœur, est si grande à nos yeux, que nous n'hésitons pas à placer les variations du pouls bien au-dessus des bruits anormaux du cœur. En effet, il suffit de constater, d'une manière constante ou temporaire, la faiblesse ou l'ampleur du pouls, ses inégalités, ses intermittences, sa vitesse, sa fréquence extrême, ou des qualités opposées et surtout variables, pour qu'on doive admettre la lésion d'un orifice cardiaque. On se rappellera que tous les actes physiologiques ou pathologiques (digestion, mouvement, émotions, chaleur, fièvre), qui agissent sur la circulation, font paraître et augmentent les troubles de la circulation radiale, nous allions dire cardiaque, car c'est tout un. Anciennement, dans l'école de Corvisart, le pouls faible, insensible, inégal, intermittent, *différent* à droite et à gauche, passait pour être le signe des maladies de l'orifice aortique. Plus tard, dans l'école anglaise, on a rattaché ces troubles artériels aux maladies de l'orifice auriculo-ventriculaire et à l'insuffisance particulièrement. On a prétendu que, dans l'insuffisance aortique, la diastole artérielle est plus

Pouls faible, inégal, intermittent, variable surtout.

Signes qu'il présente dans les maladies de l'orifice aortique.

De l'orifice auriculo-ventriculaire ?

forte et la systole plus marquée, plus étendue, quand on élève le bras au-dessus de la tête du malade assis ou couché. Le sang alors repasse en partie dans le ventricule, pendant la diastole. Rien de plus variable que tous ces signes, qui dépendent non-seulement de l'intensité, de la forme de la lésion valvulaire, mais de l'hypertrophie du cœur, de son état dynamique, de la gêne de la circulation capillaire, des quantités de sang contenu dans le système vasculaire, et des conditions morbides ou physiologiques, qui changent, à chaque instant, comme la circulation elle-même. Il est seulement permis de dire que toutes les fois que le pouls offre les signes que nous avons relatés, il existe à coup sûr un obstacle à la circulation dans le cœur; et, en définitive, c'est là le point essentiel pour le diagnostic; il ne faut pas aller au delà.

4° Symptômes veineux. — Les maladies valvulaires, à leur début, quand la circulation n'est pas gênée, n'occasionnent aucun changement notable dans le système veineux. Il n'en est plus de même à une époque avancée. Le sang y stagne à cause du ralentissement que lui fait éprouver, d'une part, l'obstacle situé devant lui, et de l'autre, la diminution de la *vis à tergo* qui le pousse en avant. Toutes les veines sous-cutanées deviennent plus grosses, plus visibles, et spécialement celles du cou, la jugulaire externe, dans laquelle on observe tantôt une distension énorme, tantôt un reflux distinct, une véritable pulsation qu'on a appelée le *pouls veineux*. L'obstacle à la circulation, quel que soit son siége, et par suite le ralentissement qu'éprouve le sang soit dans la grande, soit dans la petite circulution, détermine la formation du pouls veineux. Il est très-rare qu'il soit dû à une lésion de l'orifice auriculo-ventriculaire droit. Il est comme le reflux, comme la distension de toutes les veines, le résultat du ralentissement du cours du sang, souvent aussi des efforts expirateurs auxquels donnent lieu la gêne de l'hématose et les lésions pulmonaires concomitantes. Aucun bruit veineux anormal n'appartient en propre à l'affection valvulaire. Les bruits de courant continu qu'on entend dans les veines du côté droit du cou tiennent à l'anémie, qui est presque constante.

Symptômes veineux.

Réplétion du système veineux. Ses causes.

Distension de toutes les veines.

Pouls veineux; sa cause.

N'est pas le signe des lésions du cœur droit. Elles y sont très-rares.

5° Symptômes tirés de la circulation capillaire. — Nous retrouvons, parmi les troubles hydrauliques que la gêne de la circulation ne manque pas de causer dans les capillaires, deux ordres d'actes pathologiques sur lesquels nous ne saurions trop insister. Les uns, souvent inaperçus, consistent dans un trouble de la nutrition bien antérieur, en date, aux symptômes hydrauliques; les autres, dans les hydropisies.

Signes tirés de la circulation capillaire.

1° Ordre de troubles hydrauliques. Troubles de la nutrition générale. (*a*) Sthénie des fonctions circulatoires.

Les troubles de la nutrition qui nous ont annoncé souvent, et longtemps à l'avance, une maladie du cœur, sont : — 1° l'activité plus grande de la circulation, se traduisant par l'énergie du système musculaire général et de ses fonctions; par le développement du système artériel, la force du pouls, la coloration vive des réseaux vasculaires de la peau, la température du corps plus élevée et plus intense, surtout sous l'influence de la chaleur artificielle; la richesse du sang en globules, tous les attributs, en un mot, du tempérament sanguin et athlétique et les symptômes fréquents de la pléthore, *ad quantitatem et ad vires* (congestions, hémorrhagies, flux abondants, etc.). Combien d'hypérémies, d'hémorrhagies et d'accidents attribués à la pléthore, dont la cause nous échappe, jusqu'au moment où la lésion cardiaque commence à se révéler par des symptômes non douteux! Combien d'hommes réputés d'une forte constitution, qui succombent ainsi plus tard à une maladie du cœur! — 2° Dans une autre classe de malades, on observe, au contraire, la débilité des capillaires. Le tissu cellulaire de ces sujets se charge de graisse; ils prennent un embonpoint inusité, tantôt modéré, tantôt excessif, dont ils se louent, parce qu'ils le considèrent comme un signe de santé. Et cependant, si, à cette époque, vous examinez attentivement la circulation, vous ne tardez pas à y trouver les signes non douteux d'un obstacle au cours du sang. Ce fait nous a frappé dans un grand nombre de cas, et nous appelons sur lui l'attention de nos confrères. Les variations du rhythme et de la force du pouls nous ont suffi pour asseoir le diagnostic. Dans d'autres cas, les *bruits solidiens valvulaires* étaient déjà assourdis ou remplacés par des *bruits de courant*. — 3° Chez d'autres sujets nous avons vu paraître, sans rhumatisme, sans cause appréciable, une tuméfaction partielle des membres inférieurs ou de quelque autre partie. Ce n'était pas un œdème, avec ses caractères habituels, mais plutôt une hypérémie cellulaire et cutanée, avec rougeur, renitence, douleurs, etc., quelquefois des plaques d'érythème simple, ou noueux ou d'urticaire. — 4° Enfin, nous n'avons pu nous expliquer autrement que par une gêne de la circulation, certains flux des membranes muqueuses, certaines congestions fugaces, qui se dissipent probablement avec la gêne vasculaire.

Accidents de la pléthore.

(*b*) Asthénie de la nutrition. Formation de tissus adipeux.

(*c*) Tuméfaction œdémateuse.

(*d*) Hypérémie et flux.

Quatre ordres de troubles hydrauliques de la circulation capillaire.

Le ralentissement du cours du sang par une maladie cardiaque donne lieu, lorsque celle-ci a pris une intensité notable, à quatre actes morbides dont les capillaires deviennent le siége, 1° l'hypérémie, 2° l'hémorrhagie, 3° l'hydropisie, 4° l'hypercrinie. On peut les appeler physiques ou hydrauliques, à cause de leur mode de production.

I. Hypérémie. — De l'hypérémie dépendent l'accroissement de volume, souvent considérable, des organes (foie, poumon, capillaires sous-cutanés), leur coloration noirâtre; la quantité énorme de sang qui s'écoule de tous les tissus, à la nécropsie. Telle est encore l'origine de la cyanose du visage, des mains, des pieds et de toute la surface cutanée, si caractéristique dans les maladies du cœur. Telle est la cause de la réfrigération des extrémités et de tout le corps, dans les périodes ultimes de la maladie. On voit vivre ainsi pendant plusieurs semaines, glacés et avec une température presque aussi variable que le milieu ambiant, des malheureux parvenus au dernier terme d'une affection du cœur.

I. Symptômes de l'hypérémie.

Cyanose : son siége.

Algidité.

1° *Hypérémie cérébrale.* — Faisons remarquer, sans nous y arrêter, parce que ce sujet nous entraînerait trop loin, les fortes hypérémies *du cerveau*, de ses membranes, de ses sinus, marquées par une légère excitation des facultés cérébrales, et bientôt par la somnolence, le coma, le collapsus final, et l'on peut dire heureux de la conscience humaine aux approches de la mort.

1° Hypérémie cérébrale.

2° *Hypérémie cardiaque.* — On la reconnaît à la distension du cœur, à sa locomotion difficile, embarrassée, à l'assourdissement, à l'anéantissement des bruits, à l'irrégularité, à la faiblesse, à l'intermittence de ses contractions, aux lipothymies et à une syncope mortelle.

2° Hypérémie du cœur.

3° *Hypérémie du poumon.* — Elle est la plus prompte de toutes à s'établir, à cause de la corrélation intime du poumon avec le cœur. Elle suit, en quelque sorte, toutes les péripéties des troubles dynamiques et hydrauliques de celui-ci, s'accroissant ou disparaissant quand l'hypertrophie et l'énergie musculaires sont vaincues par l'obstacle ou quand elles finissent par le surmonter momentanément. De là proviennent ces hypérémies du poumon, qui montent de la base au sommet comme une sorte de marée, vont et viennent, gênent la respiration au plus haut degré : puis la laissent graduellement ou promptement libre. Le médecin la trouvera aisément par la percussion et l'auscultation. Il doit savoir aussi que toutes les formes de dyspnée, depuis la plus faible jusqu'à l'asthme intermittent ou rémittent le plus violent, sont sous la dépendance de ces congestions hydrauliques; qu'il en est souvent de même du point de côté, des crachats sanglants et de tous les signes attribués à tort à la pneumonite. Nous ferons aussi remarquer que très-souvent il existe, en même temps, à la fois hypérémie bronchique dont toutes les formes de l'expectoration constituent un excellent signe.

3° Hypérémie pulmonaire.

Signes physiques ; crachats sanglants, etc.

Dyspnée ; asthme, etc.

4° Hypérémie hépatique.

4° *Hypérémie hépatique.* — Peu de malades parcourent les différentes phases de leur affection cardiaque, sans que le foie se congestionne à plusieurs reprises. A cette lésion tiennent tous les signes de l'accroissement de volume de l'organe, la gêne épigastrique, la tuméfaction de cette partie du ventre, la douleur hépatique, spontanée ou provoquée, les lésions de sécrétion, sur lesquelles nous reviendrons plus loin et dont l'ascite et l'ictère sont les meilleurs signes. Le tissu hépatique acquiert alors une rougeur foncée, tantôt uniforme, égale, tantôt plus marquée dans la substance jaune. On a désigné, on ne sait trop pourquoi, cette dernière lésion, qui donne au foie un aspect granuleux et une coloration jaune et rouge, sous le nom de *cirrhose.*

Cyrrhose.

5° Hypérémie rénale.

5° *Hypérémie rénale.* — Les reins se congestionnent plus rarement que le foie, mais de la même manière. La substance corticale s'hypertrophie, se colore en rouge-brun; l'appareil vasculaire s'injecte; l'urine est alors plus rare, moins aqueuse, se charge de sels, de phosphate et d'urate principalement. Plus tard le rein laisse passer le serum et l'albumine du sang, qu'on retrouve dans l'urine, au moyen de leurs réactifs ordinaires.

II. Hémorrhagies.

II. Hémorrhagie. — Malgré l'intensité extrême qu'acquiert l'hypérémie dans les tissus que nous venons de signaler, elle y provoque difficilement l'hémorrhagie. Cependant il n'est pas rare, dans la dernière période de la maladie, d'observer sur la peau distendue des pétéchies, des ecchymoses mêlées à des plaques gangréneuses, superficielles d'abord, puis profondes; des épistaxis, des hémorrhagies par les gencives, par les selles, surtout des hémoptysies, longues, chroniques, intermittentes; enfin des apoplexies pulmonaires, situées vers les parties déclives de l'organe; des taches ecchymotiques sur la plèvre, dans le cœur, sous les membranes séreuses qui le tapissent, dans le cerveau, dans les méninges, etc.

Hémorrhagies cutanées;

pulmonaires et autres.

III. Hydropisies.

Flux de nature diverse.

III. Hydropisies. — La congestion hydraulique des vaisseaux capillaires, causée et entretenue pendant quelque temps par un obstacle à la circulation, a pour effet presque constant de faire sortir des vaisseaux le serum du sang, qui s'épanche alors, soit dans le tissu cellulaire interstitiel pour y produire l'œdème et l'anasarque, soit dans les cavités séreuses (ascite, hydrothorax, hydropéricarde, etc.).

Anasarque; hydropisie.

Leur caractère; leur siége.

Les hydropisies ont des caractères qu'il importe de connaître. Elles commencent par les membres inférieurs, les pieds, les jambes et les cuisses, où la pesanteur exagère encore le ralentissement hydraulique du sang. Presque en même temps, le visage et les membres

supérieurs sont affectés, de telle sorte que l'anasarque est bientôt établie ; la sérosité envahit ensuite la cavité pectorale et abdominale, où l'hydropisie se montre en dernier lieu. La congestion hépatique cause l'ascite, par le trouble qu'elle apporte à la circulation de la veine-porte abdominale. Ce n'est que dans des cas très-rares qu'on peut l'attribuer à la gêne de la grande circulation, quoiqu'on ait généralement pensé le contraire jusqu'à ce jour.

Ascite ; sa vraie cause.

Les hydropisies sont toujours précédées de fortes congestions ; elles se montrent de bonne heure, paraissent et disparaissent plusieurs fois, à des intervalles éloignés, et souvent se dissipent d'une façon inespérée. Puis elles finissent par se rapprocher, par persister avec des rémissions ou par s'accroître jusqu'à la mort, sans que rien puisse les guérir. La peau et le tissu cellulaire, distendus alors d'une manière considérable, se mortifient, au scrotum, à la verge et surtout à la partie extérieure et interne des jambes et des cuisses. Le sang sort de ses vaisseaux, infiltre les tissus gangrénés, et se mêle à la sérosité sous-épidermique des phlyctènes et des bulles.

Caractères communs aux hydropisies cardiaques.

Gangrène ; hémorrhagie du scrotum, des membres, etc.

L'hypérémie hydraulique aboutit encore à un autre acte morbide, auquel concourent également la contractilité et les propriétés dynamiques des tissus hypérémiés. A la peau, les lésions de sécrétion se traduisent parfois par des sueurs profuses; sur l'intestin, par des diarrhées plus ou moins copieuses, qui soulagent et peuvent même guérir momentanément. Plus souvent la transpiration est faible ou nulle.

Sueurs variables en quantité.

IV. Des hétérocrinies ou lésions de sécrétion. — Il faut d'abord étudier les troubles des sécrétions sur la membrane muqueuse des voies respiratoires, parce qu'ils s'y présentent sous des formes bien dignes d'intérêt; leur vrai mode de production n'a pas toujours été bien compris. Les vaisseaux bronchiques, en se congestionnant, déterminent la tuméfaction de la membrane muqueuse, et cette congestion donne lieu à la dyspnée, au catarrhe sec et à tous les râles sonores qu'on rencontre si souvent dans le cours des affections du cœur. Un flux salutaire ne tarde pas à s'établir; c'est alors qu'une mucosité séreuse, très-fluide, abondante, est chassée au dehors, sous la forme de crachats aérés, muqueux, ou d'une mousse légère, spumeuse, quelquefois d'une matière opaque, plus épaisse. Telle est l'origine des râles de tout genre, depuis les crépitants jusqu'aux ronflants et aux muqueux, etc.; telle est aussi la cause des râles fins, inspiratoires et respiratoires, qui annoncent la présence de la sérosité épanchée dans les bronches les plus petites et les plus déclives des deux poumons. La maladie qu'on a désignée sous le nom impropre d'*œdème pulmo-*

IV. Hétérocrinies :

Flux de la membrane muqueuse des bronches.

Toutes les formes du catarrhe sec et muqueux.

Œdème pulmonaire.

naire est caractérisée précisément par ces symptômes physiques. Elle n'est qu'une hypercrinie des petites bronches ; les râles dépendent de la présence de la sérosité incessamment traversée par l'air pendant l'inspiration et l'expiration. En résumé, congestion et épaississement de la membrane muqueuse bronchique, sécrétion, expulsion facile ou pénible, de mucus, de sérosité peu abondante ou copieuse, voilà les causes des troubles qu'on observe fréquemment dans les maladies du cœur. A cette hypérémie sécrétoire se trouvent liés la dyspnée légère ou intense, continue ou intermittente, à paroxysmes rapprochés ou éloignés, l'asthme, les catarrhes aigus et chroniques, dont l'origine cardiaque est trop souvent méconnue, parce qu'on ne la recherche pas avec tout le soin désirable, ou parce qu'elle est masquée par une maladie des organes respiratoires. Un grand nombre de prétendues bronchites, de dyspnée, d'asthme et de catarrhe sec, supposés protopathiques et simples, ne reconnaissent pas d'autre cause. L'emphysème n'est souvent lui-même que l'effet d'une lésion de la membrane muqueuse hypérémiée et épaissie par une affection cardiaque et de la gêne, qui en résulte, pour la libre circulation de l'air dans les bronches.

Les flux bronchiques sont la cause des catarrhes, de l'asthme, de la dyspnée ;

de l'emphysème pulmonaire.

L'hypérémie sécrétoire du foie se traduit, outre les signes déjà indiqués de la congestion, par un ictère léger, borné aux sclérotiques, plus intense au visage, et manifeste sur tout le corps, par la coloration jaune ou verte de l'urine, souvent par un état bilieux ou gastrique, par l'anorexie, les vomissements, la constipation et les hémorrhagies nasales, qu'on ne saurait attribuer qu'à la lésion du foie. L'hypérémie hépatique annonce une gêne très-grande de la circulation cardiaque. Elle peut se montrer à toutes les époques du mal et surtout vers la fin. Elle ajoute beaucoup à sa gravité, parce qu'elle augmente ou produit l'ascite, l'anorexie et des troubles de la digestion qui empêchent le malade de se nourrir, et le font rapidement tomber dans l'asthénie. Nous sommes portés à croire, par les analogies physiologiques les plus puissantes, que de très-bonne heure les fonctions du foie sont troublées par le ralentissement et la gêne de la circulation cardiaque ; que le principal effet qui en résulte est le ralentissement de la nutrition et la formation d'une plus grande quantité de graisse. C'est là ce qui explique, suivant nous, l'embonpoint qu'on observe si souvent chez les sujets atteints d'affection cardiaque, embonpoint qui persiste, ou augmente même jusqu'à la fin, et établit entre elle et les maladies qui altèrent si profondément la nutrition et causent le marasme, une différence essentielle dont nous avons été toujours frappé.

Signes de l'hétérocrinie hépatique.

Ictère ; hémorrhagie nasale.

Embonpoint.

Tandis que les malades dont le cœur est altéré meurent avec les tissus encore chargés de graisse, les seconds succombent amaigris.

Hypérémie sécrétoire du rein.

A l'hypérémie rénale, et à la lésion secrétoire, qui en est l'effet, se rattachent la formation, en quantité plus grande, des phosphates de chaux et ammoniaco-magnésiens, des urates de soude et de chaux, la densité plus grande de l'urine, et enfin le passage dans ce liquide de l'albumine, quelquefois même du sang en nature (urines sanglantes). L'albuminurie aggrave beaucoup la situation des malades; augmente l'intensité de l'hydropisie, amène le délire, les convulsions, le coma et la mort. *La rate*, ce qui est bien remarquable, échappe à l'hypérémie.

Qualités de l'urine.

Albuminurie.

Intégrité de la rate.

Les flux de la membrane muqueuse gastro-intestinale sont plus rares que ceux des autres membranes. Quand la diarrhée ou un flux bilieux s'établit, quand les selles restent régulières, la circulation trouve une sorte de débouché naturel qui décharge utilement le système vasculaire hypérémié.

Flux diarrhéique.

Résumé.

Résumé. — Tous les actes morbides que nous venons de passer en revue, l'hypérémie, l'hémorrhagie, l'hydropisie, les flux, les hétérocrinies, sont sous l'influence d'une seule et unique cause, l'obstacle mécanique au libre cours du sang. Quelque variés et différents, en apparence, que soient les symptômes nombreux d'une maladie du cœur, ils se bornent, en dernière analyse, aux quatre grands actes morbides indiqués. Seulement il faut savoir qu'ils sont contre-balancés ou vaincus par l'action dynamique du cœur hypertrophié, par l'action également dynamique qui réside dans les capillaires et que tout le monde admet aujourd'hui. Il en résulte un fait considérable, dont il faut tenir grand compte dans la marche des symptômes et dans le pronostic. Tous les jours nous trouvons, pour une lésion minime, des accidents formidables de gêne circulatoire et une mort rapide, tandis que, pour un désordre grave des orifices cardiaques, nous observons des symptômes légers. Dans ce dernier cas, la vie se soutient, grâce précisément à l'action dynamique et conservatrice des propriétés vitales. Ces deux éléments doivent être consultés sans cesse par le médecin qui cherche un pronostic exact. Il se souviendra surtout qu'il ne doit l'asseoir que sur les troubles fonctionnels, dont nous avons parlé, et nullement sur la considération des bruits anormaux du cœur. Le degré de la congestion et de ses symptômes, voilà la véritable source du pronostic. Hors de là, tout est incertitude et théorie.

Loi d'équilibre entre la lésion hydraulique et le dynamisme.

Souvent rompu au profit de l'un ou de l'autre.

Marche, durée de la maladie.

Marche, durée. — Les maladies de l'endocarde valvulaire sont éminemment chroniques. Développées parfois avant la naissance, elles se

manifestent dès la première enfance (maladie bleue, hypertrophie congénitale), ou à une époque plus avancée de la vie ; souvent elles apparaissent sans qu'on puisse assigner à leur premier développement une date certaine. On peut dire qu'en général elles existent et se produisent d'une manière sourde, latente, un grand nombre d'années avant que les malades ne s'en aperçoivent. Une cause accidentelle la fait paraître, ou mieux encore une maladie qu'on croit fortuite en est déjà la première manifestation et indique la lésion cardiaque restée ignorée jusqu'alors.

Début : 1° par les troubles cardiaques ;

Une fois déclarée, le mal ne se montre plus qu'à de longs intervalles, par des troubles qui ont leur siége dans la circulation cardiaque, ou dans les autres viscères. Dans le premier cas, qui est le plus commun de tous, les palpitations, les altérations du pouls, les bruits anormaux, sont les premiers signes qu'on observe ; dans le second, les malades sont pris d'abord de dyspnée, d'asthmes, de catarrhes répétés, de rhumes interminables, dont on ne soupçonne pas encore la véritable cause. Quelques-uns offrent des phénomènes de congestion cérébrale ; d'autres, des œdèmes partiels, l'hydropisie d'une cavité, la congestion du foie, des reins, ou l'albuminurie, etc. A un âge avancé, la gêne du cours du sang se manifeste surtout par des troubles fréquents de la circulation pulmonaire, par du catarrhe, de l'emphysème, des hypérémies qu'on a désignées à tort sous le nom de broncho-pneumonie (voyez *Congestion pulmonaire*). Rappelons enfin que, chez les vieillards, plus souvent que chez les autres, il existe une opposition très-prononcée entre l'intensité extrême des troubles circulatoires généraux et le petit nombre de symptômes cardiaques auxquels la lésion valvulaire donne lieu.

2° par le trouble des vaisseaux capillaires ;

3° par les hydropisies ;

4° chez les vieillards, par le trouble des fonctions respiratoires.

Terminaison. Mort :

La mort arrive après un ou plusieurs paroxysmes très-distants parfois les uns des autres, de huit, dix ans, et plus ; ou bien elle vient lentement, graduellement, par la gêne croissante de la circulation dans les capillaires et surtout par les progrès de l'œdème sous-cutané, de la gangrène de la peau, par les hydropisies des cavités et la congestion simultanée du cerveau, du foie, des reins. Le sang distend tous les capillaires et finit par s'y arrêter, parce que le cœur ne peut plus le mouvoir. Cette stase prédomine souvent dans un ou plusieurs viscères ; la mort a lieu alors, d'une manière plus spéciale, par le cerveau, le poumon, le foie ou les capillaires sous-cutanés.

1° par l'hypérémie des capillaires d'un organe ;

2° par la stase croissante et générale du sang.

Mort par le cœur. 1° Syncope ;

La mort subite est déterminée par la cessation des contractions cardiaques ; il se fait alors une syncope mortelle. Lorsque le tissu hy-

pertrophié et ferme du cœur se rompt, ou lorsque, ramolli, dégénéré et graisseux, il se laisse distendre et déchirer par le sang; dans tous ces cas, la mort a lieu subitement. Enfin les jours du malade sont tranchés, dans la période ultime, ou avant le temps ordinaire, par une maladie intercurrente, telle qu'une pneumonie, une congestion pulmonaire, une apoplexie du poumon, une hypérémie cérébrale, par les progrès d'une ascite liée à une véritable cirrhose hépatique, ou enfin par une albuminurie.

2° rupture.

Mort par une maladie intercurrente.

Hypérémie, hémorrhagie cérébrales; cirrhose, etc.

Pronostic. *Hæret lateri lethalis arundo*, dit Corvisart, en parlant des maladies du cœur. En effet, quand elles frappent, c'est pour conduire à la mort, tantôt lentement, et après de longues années de répit ou de souffrances, tantôt avec la promptitude de la foudre, ce qui est le cas le plus rare. Il faut donc que le médecin ait sans cesse présentes à l'esprit ces vicissitudes, s'il veut se faire une juste idée des dangers qui menacent le malade. Il ne saurait oublier que tout est incertain dans cette affection ; qu'avec des signes cardiaques, souvent très-intenses, la santé du malade est passable, tandis que chez d'autres les hypérémies, les hydropisies, s'établissent promptement, pour diminuer, céder même complétement, puis pour reparaître encore et faire périr les sujets. Le médecin doit manifester longtemps à l'avance, et, bien entendu à d'autres qu'au malade, les craintes que lui inspire la fatale découverte qu'il vient de faire, lorsqu'il trouve pour la première fois une maladie du cœur. En général il faut asseoir le pronostic sur le siége, l'intensité, la marche des congestions mécaniques et des hydropisies. On ne saurait trop redouter l'hypérémie du foie, des bronches et du poumon. L'élément pronostique le plus essentiel est le degré d'énergie et de réaction qu'opposent les propriétés dynamiques des capillaires et du cœur hypertrophié, à la stase toute mécanique du sang et aux obstacles à la circulation. Pour donder au pronostic quelque rigueur, il ne faut pas perdre de vue ces deux éléments nécessaires.

Pronostic.

Le mal est mortel.

La gravité ne dépend pas tout entière de la lésion.

Elle tient au siége et à l'intensité des congestions.

Traitement. — Arrêté par des lésions cardiaques qui sont au-dessus des ressources de l'art, le médecin ne peut qu'instituer un traitement palliatif, imiter le dynamisme que la nature lui enseigne et remédier aux congestions qui constituent le danger principal.

Traitement. Source des indications.

1° *Indication. — Imiter le dynamisme qui se développe naturellement.* — Il se traduit par l'accroissement du tissu musculaire cardiaque, de son énergie contractile et de celle des vaisseaux capillaires. Faut-il donc s'y opposer en soumettant le sujet à une diète sévère, à des saignées plus ou moins rapprochées, au repos (traitement

1° Imiter le dynamisme fonctionnel.

d'Albertini ou de Valsalva) ; lui enlever tous les stimulants, et au cœur sa contractilité, avec la digitale et ses préparations? Cette médication déplorable, qui a fait tant de victimes, en affaiblissant la circulation outre mesure, est en opposition flagrante avec ce que nous apprend l'observation. Elle nous montre le cœur cherchant par l'hypertrophie et par l'accroissement de sa contractilité, à vaincre l'obstacle à la circulation du sang. Or, excepté dans quelques cas rares et passagers où il faut éviter les stimulants et conseiller une grande modération en toutes choses, le ralentissement du sang doit être combattu : 1° par une alimentation substantielle, l'usage du vin, du café même, et un exercice modéré, etc. — 2° En même temps on restituera au sang profondément altéré ses globules et ses propriétés vivifiantes au moyen des amers, du quinquina, des ferrugineux et d'un régime alimentaire fortifiant, car la meilleure manière de régulariser et d'exciter convenablement la circulation, c'est de chercher à donner au sang ses propriétés physiologiques. — 3° A une époque peu avancée de la maladie, quand il n'existe encore que des signes de congestion cérébrale, pulmonaire ou hépatique, un bon régime, l'air vif de la campagne, l'hydrothérapie bien dirigée, appliquée à propos, et aidée des corroborants et des ferrugineux, peuvent dissiper les stases momentanées du sang et guérir passagèrement les malades.

Repousser la médication débilitante; et la digitale.

Conseiller les toniques et les corroborants. Reconstitution du sang.

2° *Remédier aux hypérémies, aux hydropisies et aux flux qui en sont la suite.* — Cette médication fondamentale nous est encore dictée par la nature même. Elle nous montre, en effet, la congestion suivie du départ, soit de la sérosité du sang qui s'infiltre ou s'épanche, soit d'un flux muqueux, séreux, albumineux, biliaire ou autre. Pourquoi donc ne pas chercher à produire un acte morbide du même genre? On désemplit les capillaires, 1° par des évacuations alvines copieuses et plus ou moins répétées (purgatifs salins et drastiques). Il ne faut pas craindre d'agir avec énergie, en pareil cas. Que de guérisons inespérées obtenues par des charlatans, à l'aide de ces moyens ! On y aura recours chez les malades dont les voies digestives sont en bon état, lorsque des flux spontanés ont amené du soulagement, ou lorsque le foie est hypérémié. — 2° Les reins se prêtent plus difficilement à la déplétion des vaisseaux ; cependant on peut essayer les diurétiques, les boissons aqueuses, le vin blanc. — 3° Quant à la transpiration cutanée, presque toujours réduite à son minimum, elle ne peut être provoquée qu'à l'aide des boissons chaudes et de quelques douches de vapeur, dont l'inconvénient est d'exciter aussi la circulation générale et souvent la dyspnée.

2° Remédier aux hypérémies, 1° par des purgatifs ; 2° des diurétiques ; 3° des sudorifiques.

Quelques indications particulières réclament une médication spéciale. 1° A l'œdème, au catarrhe bronchique, on oppose les vomitifs, le tartre stibié, l'ipéca, le kermès, les révulsifs cutanés; dans quelques cas, la vésication de la paroi thoracique ; — 2° aux épanchements séreux de la poitrine, les vésicatoires ; — 3° à l'anasarque, à l'œdème des membres inférieurs, quelques piqûres avec une grosse épingle; elles désemplissent doucement les tissus cellulaires et soulagent beaucoup les malades. Elles exposent cependant à des mortifications, à des phlyctènes, qui surviennent d'ailleurs indépendamment de cette cause occasionnelle. — 4° Les douleurs pénibles et exacerbantes de l'angine de poitrine nécessitent l'emploi des vésicatoires sur la région précordiale et des narcotiques à l'intérieur. Disons en terminant que les émissions de sang, par la veine, pratiquées dans le but d'enlever aux vaisseaux et au cœur leur trop-plein, érigées d'abord en méthode générale de traitement, ont été abandonnées. Après y avoir eu recours pendant longtemps, nous y avons renoncé. Elles ne soulagent que pour un temps fort court et laissent après elles une faiblesse qui accroît l'intensité de l'hypérémie et ramène tous les accidents qui en dépendent. Nous en dirons autant de la digitale et de l'opium : en apaisant le système nerveux, elles favorisent les congestions cardiaques, pulmonaires et cérébrales. La dilatation du cœur et l'amincissement de ses parois contre-indiquent aussi la médication débilitante. (Voyez notre Mémoire : *Physiologie pathologique et traitement des maladies chroniques du cœur*, *Revue médico-chirurgicale*, 1852.)

Indications particulières. Œdème pulmonaire, hydrothorax, anasarque.

Angine de poitrine.

Inconvénients de la saignée ; de la digitale ; de l'opium.

Bibliographie. Aujourd'hui encore il n'existe pas une seule monographie qui retrace, d'une manière complète et méthodique, tous les phénomènes et les actes morbides qui se développent sous l'empire de la maladie du cœur. On trouve de minutieuses descriptions des lésions valvulaires, mais aucun travail d'ensemble sur les nombreux effets de la stase hydraulique, et sur la corrélation qui unit entre elles toutes les maladies qui en sont l'effet.

Bibliographie.

Le *Traité de la structure du cœur*, par Senac, 2 vol. in-4, 1749, renferme des idées générales utiles à consulter. Corvisart se complaît dans l'étude restreinte mais utile des altérations; en clinique, il fonde son importante division des anévrismes actifs et passifs, qui, bien comprise, peut jeter une vive clarté sur les phénomènes dynamiques de la maladie : *Essai sur les maladies organiques du cœur ;* — Le *Traité des maladies du cœur et des gros vaisseaux*, de Bertin, n'ajoute absolument rien à ce premier ouvrage; — Laennec, *Traité de l'auscultation médiate ;* — Andral, *Clinique médicale de la Cha-*

rité, fournissent une description exacte de toutes les lésions qui siégent dans le cœur ; — M. Bouillaud, dans son *Traité clinique des maladies du cœur*, 2 vol. in-8°, 1841, a publié le résultat de ses nombreuses études sur l'endocardite rhumatismale et son influence sur le développement des maladies du cœur.

Les vingt dernières années qui viennent de s'écouler ont été consacrées par les médecins anglais, allemands et français, à des discussions sans nombre, et, suivant nous, stériles, sur la localisation, la forme, le nombre, la cause des lésions. Il serait impossible de dénombrer les mémoires et les ouvrages dans lesquels l'étude des bruits normaux et anormaux du cœur, la cause de leur mode de production, les distinctions interminables entre le rétrécissement et l'insuffisance, les divers modes de traitements des maladies du cœur, occupent la plus grande partie des descriptions. Qu'est-il résulté de cette apparente richesse? Une confusion telle que les meilleurs esprits, guidés par les derniers travaux des physiologistes que nous avons cités en commençant cet article, ont renoncé à la direction funeste dans laquelle on prétendait les engager, afin de revenir purement et simplement à ces symptômes fonctionnels, à ces troubles généraux qui éclairent si bien le praticien et sont les véritables sources de la médication. C'est dans ce but entièrement clinique qu'a été rédigé le travail que nous publions. Puisse-t-il faire renoncer aux théories subtiles et revenir à la simple observation de la nature !

CONCRÉTIONS DU CŒUR.

Définition. On appelle ainsi les productions fibrineuses contenues dans le cœur, quelles que soient leur nature et l'époque de leur formation. Nous ne consacrerons que peu de lignes à l'étude presque entièrement anatomo-pathologique de ces concrétions.

Diverses espèces de concrétions. 1° Formées par tous les éléments du sang.

Elles sont formées tantôt par les éléments du sang, et se présentent alors avec l'aspect d'un caillot noir, volumineux, mollasse, imbibé de sérosité, et intriqué dans les piliers charnus du cœur; tantôt par la fibrine qui en constitue la plus grande partie. Le caillot est solide, rond ou aplati, moulé sur la face interne du cœur, jaunâtre, ambrée d'un côté, rouge ou noirâtre de l'autre. Il représente la couenne d'un sang qui serait coagulé dans une palette.

2° Par la fibrine exclusivement.

Une autre espèce de caillot, différent des deux premiers, est celui qui se compose d'un morceau de fibrine, blanche ou jaunâtre, à

peine rougie à sa surface, sèche, résistante et élastique, étendue en lame plus ou moins épaisse, et unie aux tendons valvulaires, à la façon de la fibrine qui adhère à la vergette de bouleau avec laquelle on a battu le sang, à sa sortie de la veine. On a prétendu que ces caillots se forment quelque temps avant la mort ; mais rien ne prouve qu'il en soit ainsi.

Fibrine granuleuse.

La fibrine affecte une autre disposition. Elle se dépose sur les valvules auriculo-ventriculaire ou sigmoïdes, en granulations plus ou moins volumineuses, arrondies, aplaties, semblables à des crêtes de coq, à des végétations vénériennes, etc. Leur adhérence intime avec l'endocarde, leur forme, leur contexture, indiquent suffisamment qu'elles se sont développées longtemps avant la mort. Elles diffèrent complétement des concrétions polypeuses, et tiennent évidemment à l'inflammation. D'autres fois l'endocarde est blanchâtre, pâle, exempt de toute trace d'inflammation, comme nous avons pu nous en assurer chez six malades atteints de chloro-anémie, réduits à un état de débilité extrême, et morts avec tous les symptômes d'une syncope cardiaque. Nous n'avons trouvé nulle part de trace d'inflammation. On ne peut donc que faire des suppositions sur le mode suivant lequel ces végétations se développent. Ainsi concrétion spontanée de la fibrine du sang, exsudat de ce produit par l'endocarde enflammé, transport d'un embolus par les veines pulmonaires, voilà les seules causes possibles de ces mystérieuses végétations.

Végétations globuleuses et verruqueuses.

Leur cause.

3° Concrétions formées par le sang et un produit hétérologue.

On a trouvé, dans des cas rares, des caillots sanguins dont le centre ou diverses parties renfermaient du pus, en quantité notable et visible à l'œil nu ou au microscope seulement. Dans ce dernier cas, l'existence du pus reste incertaine, parce que les globules blancs du sang, qui se montrent précisément en pareil cas, ressemblent entièrement aux globules de pus. La matière cancéreuse a été également observée au centre des caillots polypiformes.

Causes des concrétions.

Toutes les fois que la mort est lente à venir, l'agonie longue, et la faiblesse du malade grande, on est sûr de trouver dans le cœur des caillots volumineux, noirâtres, peu consistants. Ils sont, au contraire, fermes, d'un volume en général petit, quand le malade est mort rapidement par le cœur, avec toute sa force, et sans que le liquide sanguin ait subi d'altération notable. Il en est de même, à plus forte raison, lorsqu'il existe quelque part une inflammation interne un peu étendue, parce qu'alors le sang est plus fibrineux, plus coagulable. La pénétration de l'alcool dans le sang paraît aussi favoriser la formation des caillots. Tout ce qui entrave la circulation, comme

les maladies des valvules et des orifices cardiaques et de l'aorte, est une cause fréquente des concrétions.

Symptômes; *Symptômes.* — On a dit que les battements du cœur deviennent sourds, mal timbrés, tumultueux, incomplets, difficiles; que le pouls est faible, petit, insensible, inégal, intermittent, la respiration gênée, anxieuse, orthopnéique, les veines et les capillaires distendus, la cyanose très-grande : ce qui est vrai dans la plus grande partie des cas. Mais, comme de tels symptômes ne font qu'indiquer un obstacle au cours du sang, et que c'est précisément dans les maladies chroniques du cœur qu'on rencontre les caillots, on ne saurait dire, le plus souvent, à laquelle de ces deux causes il convient de rapporter les symptômes observés. Ils sont donc très-obscurs, nuls même, et, dans tous les cas, sans la moindre importance pour le diagnostic, le pronostic, et encore moins pour la thérapeutique. (Voyez *Maladies du sang; embolus.*)

se confondent avec ceux de l'obstacle à la circulation.

MALADIES DU PÉRICARDE.

PÉRICARDITE.

Définition. L'inflammation de la membrane séreuse qui couvre le cœur et son sac fibreux est caractérisée par une exsudation séro-fibrineuse ou purulente, qui gêne la locomotion cardiaque, éloigne les bruits valvulaires ou détermine un bruit de frottement. Nous décrirons : 1° une péricardite aiguë; 2° les altérations consécutives à cette phlegmasie ou la péricardite chronique.

Lésions anatomiques. *Lésions.* — L'inflammation du péricarde donne lieu à tous les produits morbides qu'on retrouve dans la plèvre ou dans les autres séreuses enflammées. Voici en quoi ils consistent : 1° nouveaux vaisseaux, hypérémie des anciens; — exsudation d'une sérosité plus ou moins abondante, verte, jaune ou purulente, dans laquelle nagent des flocons caséiformes, des caillots, des filaments de fibrine; parfois d'une sérosité opaline, dont la partie fibrineuse est minime, nuageuse et en suspension; — 2° exsudation de plasma, qui se dépose, en quantité et sous des formes très-différentes : tantôt quelques plaques molles couvrent le cœur et préparent les taches blanches laiteuses qu'on trouve plus tard; tantôt une pseudo-membrane épaisse, partout continue, environne le cœur, l'ensevelit dans une sorte de magma parsemé de saillie et de dépression, et comparé à une couche de graisse, de beurre, à la langue d'un chat, à des stalactites, etc.; — 3° un pus

1° Hypérémie capillaire; nouveaux vaisseaux.

2° Exsudation plastique.

blanc ou jaunâtre, peu abondant, mêlé ou non à de la fibrine, s'attache au cœur et s'épanche dans le péricarde; cette sécrétion purulente est plus rare que les autres produits; — 4° l'adhérence qui s'établit parfois entre les feuillets viscéral et pariétal oblitère la cavité séreuse complétement ou incomplétement; — 5° quant à l'épanchement d'un sang fluide ou en caillot, seul ou mêlé à de la sérosité, il n'appartient pas à l'inflammation, mais à une cause générale et le plus souvent à une altération du sang.

3° Épanchement purulent.

4° Adhérences complètes.

Hémorrhagie du péricarde.

Symptômes. — Le début de la péricardite est ordinairement insidieux, obscur, annoncé par du frisson, de la fièvre, de l'anxiété, de la jactitation, de la dyspnée, la fréquence des respirations, ou par des douleurs vives, déchirantes, à la région précordiale : ce qui est rare.

Symptômes; du début;

Les meilleurs signes sont ceux qui dépendent de l'exsudation plastique et de l'épanchement de liquide. Dans le premier cas, il se manifeste pendant la systole un bruit anormal dû au frottement réciproque des deux feuillets séreux, couverts de fausses membranes ou visqueux et comme desséchés à leur surface. Ces bruits ont un timbre superficiel, tantôt doux, isochrone à la systole et à la diastole, tantôt rude, de grattement, de craquement ou de cuir neuf. On suppose, dans ce dernier cas, que les fausses membranes sont sèches, inégales et rugueuses.

de l'exsudat plastique (frottement péricardique);

S'il vient à se faire un épanchement, les bruits du cœur s'éloignent, s'assourdissent ou cessent entièrement de se faire entendre. Le pouls cardiaque ne se sent plus; la matité de la région précordiale occupe un assez grand espace. En même temps les mouvements du cœur sont irréguliers, inégaux, accompagnés de sensation pénible (palpitation). Le pouls s'accélère et présente aussi les mêmes irrégularités et intermittences que le cœur. La respiration se précipite, devient irrégulière; le malade éprouve de la dyspnée et, vers la fin, une orthopnée extrême, des défaillances, des syncopes. A ce moment le pouls est petit, filiforme, presque insensible. Il survient de fréquentes attaques de dyspnée, pendant lesquelles l'asphyxie, la cyanose, la jactitation, s'établissent; vers la fin, le malade tombe dans le subdélire, dans un état somnolent ou comateux; il perd la connaissance qu'il avait gardée jusque-là et meurt asphyxié.

de l'épanchement. Pulsation cardiaque.

Pouls.

Respiration.

Accès d'orthopnée.

Asphyxie et mort.

Tous les autres symptômes, tels que les bruits de courant sanguin cardiaque, l'œdème, l'anasarque, la toux, etc., appartiennent aux causes ou aux complications de la péricardite (lésions valvulaires, endocardite, hypertrophie cardiaque, maladies du poumon et de la plèvre, etc.). Nous devons faire remarquer que les complications les

Complication.

plus ordinaires sont l'endocardite, la pleurésie, la pneumonie, les hémorrhagies scorbutiques (péricarditis exsudatoria sanguinolenta) ; ce sont elles qui, par la prédominance de leurs symptômes, masquent plus ou moins complétement la péricardite et en rendent le diagnostic difficile et obscur.

Marche ; durée ; terminaison.

L'inflammation du péricarde ne laisse vivre que quatre à cinq jours ceux qu'elle frappe avec violence. Sa durée la plus ordinaire, quand elle est subaiguë, est de douze à quinze jours. Elle produit tous les symptômes d'une fièvre intense : chaleur cutanée, sueurs abondantes, fréquence du pouls, subdélire, etc. Elle s'établit, de prime abord, dans une nuance chronique ; le malade alors résiste et présente tous les signes de l'hydropéricarde.

Pronostic.

Cette maladie, toujours grave et presque constamment mortelle, peut se terminer : 1° par la formation de plaques blanchâtres, très-circonscrites, appelées taches blanches laiteuses du cœur ; — 2° très-rarement par des adhérences étendues, incomplètes ou complètes des deux feuillets séreux, avec hypertrophie du cœur, comme nous en avons observé deux exemples ; — 3° par l'accroissement des lésions phlegmasiques, telles que le pus, l'exsudat fibrineux ou l'épanchement ; — 4° par la persistance de ces mêmes produits qu'on a attribués à la péricardite chronique.

Diagnostic.

Si la phlegmasie du péricarde était simple et protopathique, il serait facile de la reconnaître, à la matité, à la disparition des bruits normaux et à l'impulsion cardiaque, ou à la production d'un bruit de frottement ; mais, aiguë, elle accompagne souvent l'endocardite, et alors on éprouve quelque embarras pour les distinguer l'une de l'autre. Le bruit de courant sanguin a cependant un autre timbre que le bruit de frottement péricardique. Ce dernier est un bruit solidien ; l'autre, un bruit hydraulique. La gravité moindre et la longue persistance de celui-ci, sans troubles graves, militent en faveur d'une lésion valvulaire.

Étiologie.

(*a*) Péricardite deutéropathique dans les maladies générales.

Causes. — La péricardite est moins que toute autre inflammation une maladie locale. Elle est souvent la détermination locale de la diathèse rhumatismale qui occupe à la fois les séreuses articulaires, l'endocarde et le péricarde (Bouillaud), ou seulement cette dernière membrane. Les exanthèmes dans leurs formes graves, la fièvre puerpérale, quelques maladies virulentes, se compliquent de péricardite. L'altération du sang par du pus (pyémie), par des liqueurs septiques (charbon, abcès multiples), la chloro-anémie, l'état scorbutique, favorisent aussi le travail phlegmasique. Il n'est, chez un petit nombre

(*b*) dans quelques phlegmasies.

de malades, que l'extension d'une pleurésie, d'une pneumonie, d'une endocardite, d'une phlébite, qui dépendent souvent elles-mêmes d'une cause générale. Enfin, dans des cas rares, l'action du froid et les influences morales ont quelque part au développement de la maladie. Elle atteint les hommes trois fois plus souvent que les femmes, et depuis vingt jusqu'à trente ans.

Péricardite chronique.

Péricardite chronique. — Il nous serait impossible d'en donner une meilleure idée qu'en rappelant qu'elle est la forme aiguë, atténuée, légère, de la péricardite, ou le reliquat d'un épanchement séro-fibrineux ou purulent. On a désigné aussi, sous le même nom, l'état cartilagineux, les concrétions calcaires, et tous les épaississements du feuillet fibreux. C'est évidemment abuser d'une expression dont, il est vrai, nous ne connaissons pas la valeur, mais qu'il est inutile de rendre encore plus obscure et plus incertaine.

Traitement.

Traitement des deux péricardites. — Il est urgent d'agir avec énergie sur la région précordiale, au moyen de ventouses scarifiées, de sangsues plusieurs fois renouvelées, de recourir à des topiques émollients, qu'on abandonne bientôt pour des vésicatoires fréquemment renouvelés ou d'une grande étendue. La saignée générale, moins efficace, est indiquée cependant par la pléthore et les phénomènes sthéniques qu'on observe. On donne à l'intérieur des boissons émollientes, des laxatifs ; on prescrit une diète sévère. La digitale est utile pour mettre le cœur au repos ; l'opium, l'éther et les eaux antispasmodiques, pour agir sur le système nerveux, et quelques toniques, comme le vin, le quinquina, lorsque les forces sont diminuées ou frappées d'asthénie.

Hydropéricarde. Ses causes.

Hydropéricarde. — Cette hydropisie est constituée par l'épanchement d'un liquide séreux, transparent, dans la cavité du péricarde. Nous voulons seulement dire en peu de mots l'idée générale qu'il convient d'attacher à cette maladie. Il faut rarement chercher dans une simple hypérémie la cause de l'épanchement séreux. Si l'on suppose que le produit liquide est exempt de tout mélange avec la fibrine ou le pus, on est sûr qu'il tire son origine, 1° d'une maladie du cœur ou de l'aorte, qui gêne la circulation ; — 2° d'une altération du rein, ou d'une albuminurie par cause générale (hydropéricarde symptomatique d'une lésion locale ou générale) ; — 3° d'un exanthème, de la fièvre typhoïde, ou de l'un de ces états généraux adynamiques et scorbutiques dont la cause reste encore inconnue. Vouloir aujourd'hui donner la description générale de l'hydrothorax, serait créer une entité pathologique étrange, monstrueuse, avec des lambeaux empruntés à des maladies très-diver-

1° Maladies locales.

2° Maladies générales.

Symptômes.

ses; nous rappellerons seulement que, dans les épanchements considérables, la région précordiale devient bombée, plus saillante, mate, le long du sternum, sur le bord droit de cet os, et jusque dans l'épigastre. L'absence de pulsations cardiaques, ou leur disparition, annonce qu'un liquide plus ou moins abondant environne le cœur de toutes parts. Il est bien rare que la résorption soit assez complète pour qu'on observe les signes qu'on a prétendu rapporter aux adhérences du péricarde, telles que la dépression épigastrique, le retrait de la paroi et les ondulations épigastriques ; ils pourraient bien avoir été imaginés. Toute la symptomatologie attribuée par Corvisart et d'autres à l'hydropéricarde (cyanose, dyspnée, battements tumultueux, inégaux, intermittents, etc.) appartient à des maladies du cœur, de l'aorte, ou à d'autres affections dont il est inutile de parler.

Traitement.

Que pourrions-nous dire du traitement, si ce n'est qu'il est commandé d'abord par la maladie dont l'hydropisie est le résultat; en second lieu, par les indications communes à toutes les hydropisies?

Thoracentèse?

Nous n'avons prétendu mentionner le traitement que pour repousser, d'une manière presque absolue, la thoracentèse, non pas que cette opération soit par elle-même grave ou difficile, mais parce que, le liquide se reproduisant sans cesse sous l'influence de la cause qui l'a fait naître, on ne peut espérer une guérison durable. Les injections iodées doivent être sévèrement interdites.

Injections iodées??

MALADIES DE L'AORTE.

Divisions.

L'étude des maladies des artères est une dépendance si étroite de la chirurgie qu'on trouve, dans tous les ouvrages qui lui sont consacrés, une relation fort complète de l'artérite, des maladies des artères, et de la gangrène qui en dépend. Nous nous bornerons donc à présenter seulement l'histoire médicale de l'aortite, de la dégénérescence jaune et de l'anévrisme de l'aorte.

INFLAMMATION DE L'AORTE.

Aortite.

Elle est très-rare dans ce vaisseau. Les productions de matière graisseuse, calcaire et cartilagineuse, qui y sont si communes, n'ont aucune corrélation avec le travail phlegmasique. Nous en dirons autant des rougeurs vermeilles ou brunâtres par imbibition. Les seules

Rougeurs.

lésions qu'on puisse attribuer à l'aortite sont : 1° les fines injections vasculaires de la membrane interne et externe; — 2° le gonflement, le ramollissement partiel d'une ou des trois membranes, liés ou non à des incrustations ostéo-calcaires; — 3° la formation de fausses membranes minces et adhérant à la face interne du vaisseau, qu'il ne faut pas confondre avec les caillots fibrineux que le sang fournit et dépose sur les portions ulcérées et calcaires de l'aorte profondément altérée; le degré de vascularisation et d'adhérence sert à faire reconnaître la nature de ces concrétions fibrineuses et leur âge; — 4° les abcès par aortite sont rares; cependant les auteurs en ont rapporté des exemples; nous les avons rencontrés deux fois dans l'aorte pectorale et ventrale. La tunique interne, ramollie et rouge, est décollée çà et là par le pus qui se trouve interposé entre elle et la tunique moyenne ou externe, altérée aussi. — 5° Les ulcérations réellement inflammatoires s'accompagnent d'injection, d'épaississement de la tunique moyenne et surtout externe; ce qui les distingue de l'ulcération produite par des plaques calcaires ou par la dégénérescence graisseuse.

Tuméfaction, ramollissement.

Pseudo-membranes.

Pus.

Dégénérescence jaunâtre de l'aorte. — Elle est la plus fréquente de toutes les lésions, et consiste dans le développement de petites plaques jaunâtres, arrondies, qui parsèment la face interne du vaisseau. Elles finissent par se réunir, par occuper toute la membrane moyenne, et soulever la tunique interne, plus friable et ramollie. En même temps les tuniques perdent leur élasticité, leur résistance naturelle; elles se dilatent. (Voyez *Maladies de l'endocarde.*)

Dégénérescence graisseuse (stéatôme de Scarpa).

DILATATION ET ANÉVRISME DE L'AORTE.

Dilatation et anévrisme de l'aorte.

On admet généralement que les tuniques de l'aorte, altérées d'une manière quelconque (matière grasse, calcaire, cartilagineuse, induration, amincissement), perdent leur élasticité naturelle et ce qu'on a appelé, dans ces derniers temps, la force de tension des artères qui donne au sang une impulsion continue et en fait une circulation rémittente. La portion ascendante de la crosse de l'aorte est le siége ordinaire de la lésion, qui consiste en une ou plusieurs cavités successives, disposées les unes à côté des autres, formant à l'intérieur des loges qu'on a comparées à celles du gros intestin. Les trois tuniques concourent à la dilatation de l'aorte, qui acquiert une ou deux fois ses dimensions naturelles. Parfois l'artère est régulièrement agrandie dans tous

Siége;

forme;

composée des trois tuniques.

les sens, ou seulement sur un côté, particulièrement dans le grand sinus.

Anévrisme.

1° Vrai ; Il n'est pas douteux que la dilatation latérale des trois tuniques de l'aorte ne puisse former un *anévrisme vrai*, c'est-à-dire une poche avec un rétrécissement ou collet; ce cas est rare. Il est plus commun

2° mixte; de rencontrer un *anévrisme mixte* ou *faux*, parce que, suivant la doctrine de Scarpa, particulièrement vraie pour l'aorte, les tuniques internes et moyennes de ce vaisseau commencent par s'altérer, par perdre leur élasticité propre, par se dilater et se rompre en un point (*anévrisme faux consécutif*). La tunique externe se dilate, constitue une poche plus ou moins pleine de sang coagulé ou de couches fibrineuses. Il en résulte aussi un rétrécissement ou collet, dont les tuniques

3° mixte externe; rompues et altérées forment le bord (*anévrisme mixte externe*). L'anévrisme mixte peut s'ouvrir dans l'artère pulmonaire, le cœur droit

4° artérioso-veineux (variqueux des auteurs). ou les veines caves; il en résulte un anévrisme *artérioso-veineux*.

Ces distinctions, importantes sans doute, puisqu'elles sont fondées sur l'anatomie pathologique, n'ont pas la même valeur en séméiologie; cependant nous ferons nos efforts pour les retrouver dans l'étude des symptômes.

Lésion concomitante des valvules cardiaques ; Un fait, intéressant à tous les points de vue, est la coexistence fréquente, avec la lésion aortique, d'une maladie des valvules du cœur,

de l'hypertrophie. principalement des sygmoïdes de l'aorte et de l'hypertrophie cardiaque. Telle est même l'importance de ces lésions que nous allons les voir figurer toutes les deux comme causes de la plus grande partie des symptômes de l'anévrisme. On conçoit très-bien que le ralentissement de la circulation, effet constant de la perte d'élasticité du vaisseau, doit finir par causer le développement d'une hyperthropie cardiaque.

Symptômes de la dilatation.

Symptômes de la dilatation aortique. — Que n'a-t-on pas écrit pour obscurcir l'histoire de cette maladie? Tantôt on lui a rapporté les signes de l'hypertrophie; tantôt, ceux des lésions concomitantes, des valvules du cœur, par exemple. Pourquoi ne pas reconnaître qu'il n'existe aucun symptôme distinct de la dilatation, et qu'on peut tout au plus en soupçonner l'existence? Pourquoi surtout faire intervenir dans sa description tant de lésions diverses qu'on ne saurait en dégager les symptômes propres à la dilatation? Nous en avons recueilli un grand nombre d'observations, mais toutes étaient accompagnées de maladies des valvules et d'hypertrophie du cœur.

Ils sont peu nombreux. Voici les symptômes qu'on peut attribuer plus spécialement à la dilatation aortique. La diastole de l'aorte et du tronc brachio-cépha-

lique, perçue avec l'indicateur qu'on glisse derrière la partie supérieure du sternum aussi loin qu'on le peut, est souvent énergique ; les artères du cou et des membres battent avec force ; le pouls est ample et fort. Comme la dilatation de l'aorte, portée à un certain degré, ne peut avoir lieu sans que les valvules sigmoïdes ne deviennent trop petites, insuffisantes, pour boucher la lumière du vaisseau, il en résulte que le pouls radial est large, développé, fort, et que cette qualité du pouls est accrue par l'élévation du bras au-dessus de la tête, parce que alors le sang reflue plus aisément dans le cœur au moment de sa diastole. Si les valvules sont rugueuses et forment un rétrécissement, ce symptôme n'a plus lieu dans ce cas, qui se présente souvent, et le pouls est petit, inégal, intermittent ; l'artère dure, ossifiée, comme l'est souvent l'aorte.

Ampleur de la diastole.

Pouls développé (insuffisance aortique);

au contraire petit et intermittent (rétrécissement)

On serait tenté de croire, *à priori*, que les inégalités de la paroi artérielle devraient produire un frémissement et un bruit de courant systolique dans l'aorte ; il n'en est rien, si ce n'est dans les cas où les valvules sigmoïdes et l'orifice aortique sont incrustés et rétrécis par des produits morbides.

On a également observé des douleurs derrière le sternum, le long du rachis, vers la région précordiale, s'irradiant dans le bras gauche ou dans la poitrine, en un mot tous les signes de l'*angine de poitrine;* en outre, la dyspnée, l'asthme et tous les symptômes d'une congestion pulmonaire. Ces accidents ne sont pas continus et reviennent par accès plus ou moins rapprochés.

Symptômes de l'anévrisme vrai et mixte. — Les symptômes en sont aussi manifestes que ceux de la dilatation étaient obscurs. Comme eux, il est vrai, ils marchent escortés des signes de l'hypertrophie du cœur et du rétrécissement des orifices, mais il en est de très-distincts, qui sont produits par la tumeur anévrismale et varient suivant le siége qu'elle occupe. Quand elle est renfermée dans le péricarde et ne vient faire aucune saillie sur la poitrine, on sent : 1° une pulsation diastolique très-forte dans l'aorte, et au cœur, à cause de l'hypertrophie cardiaque ; mais il faut, pour cela, que l'orifice aortique soit libre, car s'il est rétréci la pulsation est faible et inégale. — 2° Un frémissement vibratoire, hydraulique, est transmis par l'aorte et le sternum jusqu'à la main de l'observateur. On le désigne sous le nom de frémissement cataire. Il n'est autre chose que la vibration des molécules sanguines, produite sur l'orifice cardiaque malade, sur l'aorte altérée au niveau du sac anévrismal ou sur la paroi interne, inégale et rugueuse du vaisseau. — 3° La même cause physique, c'est-à-

Symptômes de l'anévrisme vrai et mixte.

1° Anévrisme sans tumeur appréciable.

(*a*) Frémissement cataire.

(*b*) Bruit de courant aigu ou grave.

dire un rétrécissement valvulaire ou aortique (plaques calcaires, cartilagineuses, athérôme et stéatôme), engendre un bruit de courant sanguin, dont la tonalité est très-variable, aigu, sibilant, ronflant ou soufflant, sans qu'on puisse rien en déduire sur la nature ni sur le siége de l'altération. On a décrit ces bruits anormaux sous le nom de bruit de scie, de lime, de râpe, de soufflet. On les a attribués à l'entrée du sang dans la cavité anévrismale; mais d'abord cette cause n'existe pas dans la dilatation anévrismale ni dans le cas où le sac artériel est rempli de caillots; et cependant on les retrouve chez la plupart des sujets, nous dirions volontiers chez tous. Ils sont dus soit aux lésions des valvules sigmoïdes, soit aux graves désordres qui existent autour du collet du sac, saillant, inégal, capable à lui seul de causer un rétrécissement dans la lumière du vaisseau, soit enfin à l'aorte elle-même. Tantôt le bruit de courant sanguin est systolique, tantôt systolique et diastolique, et c'est le cas le plus ordinaire, parce qu'il s'établit un courant dans les deux sens, au niveau de l'orifice aortique et de ses valvules toujours malades en pareille circonstance. — Par une habile percussion, on peut s'assurer que les dimensions transversales de l'aorte sont accrues, parfois doublées. Seulement il faut prendre attention à en distinguer la matité plus étendue du cœur, presque toujours hypertrophié en même temps.

Systolique et diastolique; pourquoi?

(*c*) Matité.

Signes de la tumeur anévrismale;

Signes de la tumeur anévrismale.—Aux signes locaux précédents, il faut ajouter: 1° les signes de la tumeur artérielle; 2° ceux qu'elle détermine dans les tissus et organes environnants avec lesquels elle contracte des rapports nouveaux.

quand elle est sous-cutanée.

La tumeur peut être contenue dans la poitrine, et alors on a pour se guider les symptômes précédents, toujours douteux, puisque les lésions de l'aorte et des valvules peuvent les produire à elles seules. Si, après avoir usé le sternum et son cartilage, la tumeur arrive jusque sous la peau, on observe une saillie plus ou moins marquée, quelquefois proéminente, très-distincte, formée par le sac artériel. Il faut savoir que ce sac est presque constamment constitué, comme celui de tous les anévrismes faux ou mixtes, par la tunique extérieure qui lui fournit sa paroi; à l'intérieur se trouvent des caillots fibrineux et sanguins stratifiés et très-rarement du sang encore liquide. Quand on examine attentivement la tumeur, on voit qu'elle est soulevée comme l'artère par les pulsations diastoliques que détermine le courant sanguin. On y trouve, en outre, mais très-rarement, un mouvement d'expansion, de dilatation, puis de retrait, qu'on a attribué à l'entrée et à la sortie du sang sous l'empire de la diastole et de la

La tumeur est alors pulsante et expansive.

systole active du sac anévrismal. Sans en nier l'existence, on peut affirmer qu'il est bien rare, à moins que la poche sanguine ne communique avec une veine, comme dans l'anévrisme artérioso-veineux.

Bruit de courant systolique et diastolique.

Les bruits de courant systolique ou diastolique, et le frémissement vibratoire cataire qu'on perçoit sur la tumeur, sont intermittents, à moins qu'une communication ne se soit établie entre l'artère et une veine. Ces signes occupent la partie supérieure du sternum jusqu'à l'extrémité interne de la clavicule. La tumeur est le point sur lequel on les entend avec le plus d'intensité, c'est-à-dire au niveau de la seconde et de la troisième côte. Ils sont encore très-perceptibles dans le dos, sur la colonne vertébrale.

Symptômes de l'anévrisme suivant ses connexions : 1° avec la trachée, et le nerf récurrent ;

On observe quelques symptômes particuliers, suivant le lieu vers lequel se dirige l'anévrisme. Quand il siége sur la partie convexe de la crosse de l'aorte, et se rapproche de la trachée, il atteint et comprime le nerf laryngé inférieur; il détermine une raucité semblable à celle qu'on trouve dans l'œdème de la glotte, ou l'aphonie, des attaques plus ou moins rapprochées de dyspnée, d'asthme, une inspiration difficile, tandis que l'expiration est facile, des hémoptysies, de la toux, et, dans le cas de rupture ou de communication avec la trachée ou les bronches, une hémoptysie foudroyante et mortelle.

2° l'œsophage ;

La compression de l'œsophage par l'anévrisme amène la dysphagie, la dyspnée, l'hémorrhagie, quand il vient à faire irruption dans le canal alimentaire.

3° les vaisseaux artériels et veineux des membres supérieurs ;

On a également vu la tumeur presser sur les veines sous-clavières et produire l'œdème du membre supérieur, y diminuer ou y arrêter les pulsations de l'artère radiale, si le sac anévrismal porte aussi sur les artères qui émergent de l'aorte.

4° de la veine cave ;

La compression de la veine cave supérieure est suivie de l'œdème de la face et des deux bras. Rappelons enfin que la circulation de l'artère pulmonaire peut être fortement gênée par la tumeur artérielle; qu'il en résulte de la dyspnée, des palpitations, des lipothymies, des hémoptysies.

5° les plexus nerveux ;

Il peut arriver enfin que le plexus brachial soit comprimé et le membre supérieur paralysé, que les vertèbres soient usées, et qu'alors le malade éprouve une vive douleur dans le dos au niveau de la colonne vertébrale, des douleurs névralgiques dans les nerfs du bras, de la paralysie ou tout au moins un grand affaiblissement dans les membres inférieurs.

6° la moelle épinière.

La moelle épinière et les nerfs qui en partent éprouvent un certain degré d'irritation quand ils ne sont pas comprimés ou détruits.

Anévrisme variqueux.

L'anévrisme peut s'ouvrir sur un vaisseau à sang noir; on a alors l'anévrisme artérioso-veineux ou variqueux, dont nous devons indiquer les espèces principales. Il se forme sur l'aorte, préalablement altérée, un anévrisme mixte, consécutif, et une communication anormale, soit avec l'oreillette droite et l'artère pulmonaire, soit avec la veine cave supérieure ou inférieure. Dans tous ces cas dont le diagnostic local est fort obscur, on observe tous les signes de l'anévrisme; mais on ne peut que soupçonner la communication en voyant paraître la dyspnée, la gêne extrême de la circulation veineuse, la distension des vaisseaux à la face et au cou, enfin, l'anasarque. La mort survient, en général, promptement.

Le seul symptôme qui, suivant nous, puisse indiquer sûrement que l'anévrisme communique avec la veine cave supérieure ou inférieure, en un mot, avec un vaisseau dans lequel l'écoulement sanguin est continu et uniforme, est la coexistence d'un bruit de courant continu, aigu ou sourd, ayant son maximum en un point limité, avec un second bruit intermittent dont la tonalité plus élevée diffère de l'autre. Le premier a lieu dans la veine, sur le point du vaisseau altéré et sur lequel passe le sang; l'autre, dans l'aorte, sur le sac anévrismal lui-même. Ce double bruit ne se montre jamais que dans les cas de communication d'une artère et d'une veine. (Voyez mon Mémoire intitulé : *Observations d'anévrisme artérioso-veineux, lues à la Société de chirurgie des hôpitaux de Paris, collection des Mémoires*, t. I.)

Symptômes généraux de la dilatation et de l'anévrisme;

Symptômes généraux de la dilatation et de l'anévrisme vrai et mixte. — Une telle maladie ne peut exister sans que la circulation ne soit gênée et ralentie; par conséquent on est sûr de voir paraître, à un moment donné de l'anévrisme, tous les symptômes que nous avons décrits en parlant des obstacles à la circulation, tels que : pouls variable, inégal, souvent intermittent, palpitations, syncope, douleurs profondes, différentes par leur siége et leur intensité, imitant celles qu'on trouve dans l'angine de poitrine et qui sont d'ailleurs identiques avec elles, dans un grand nombre de cas, dyspnée, crachats de toute espèce, dus à la sécrétion catarrhale des bronches, œdème pulmonaire, toux, expectoration tantôt aqueuse, tantôt muqueuse, hypérémie, se formant et disparaissant sans autre cause que l'intensité de la gêne circulatoire dans le poumon, les bronches, le foie et à la peau, sous forme de cyanose, etc. (*Maladies de l'endocarde*, page 227.) En mot, on prendra une juste idée du siége, de la forme et de la marche des symptômes généraux, si l'on veut bien se rappeler que la lésion de l'aorte s'accompagne presque toujours d'une

dus au ralentissement du sang.

Hypérémie, cyanose anasarque;

maladie des orifices du cœur gauche, et que cette double cause apporte à la circulation du sang, dans la petite et la grande circulation, un tel obstacle que le cœur s'hypertrophie pour y obvier; on est donc sûr de trouver réunis les symptômes de ces trois lésions dans l'anévrisme de l'aorte. Le seul qui annonce, à coup sûr, cette dernière maladie est la tumeur anévrismale.

Triple lésion source de tous les symptômes.

Causes. — Nous noterons seulement que la maladie est infiniment plus fréquente chez l'homme que chez la femme; que l'usage des alcools et d'une nourriture stimulante ne sont pas sans influence; que l'hypertrophie, loin d'être une cause de la maladie, en est au contraire l'un des premiers et des plus notables effets; qu'il faut s'en prendre surtout aux altérations graisseuses et calcaires des artères, qui préparent et amènent la dilatation et enfin l'anévrisme.

Étiologie.

Traitement. — Comment croire qu'on rendra quelque service au malade en le soumettant à des purgatifs, à des saignées générales modérées ou portées jusqu'à la syncope, ou jusqu'à l'anémie la plus profonde (méthode d'Albertini et de Valsalva); par la digitale qui produit des effets diamétralement opposés à ceux que la nature provoque en faisant une hypertrophie cardiaque? N'a-t-on pas aussi conseillé l'acétate de plomb, les ferrugineux, le quinquina? Ces deux derniers sont utiles à titre de corroborants, les seuls qu'on doive donner au malade, en même temps qu'on choisit dans l'hygiène tout ce qui peut mettre au repos les organes de la circulation et soutenir les forces générales. Quand la stase du sang est arrivée au point d'exciter des congestions viscérales et des infiltrations œdémateuses partout, il faut recourir à des agents capables d'opérer, par la sécrétion, les déplétions séro-muqueuses dont nous avons indiqué ailleurs le véritable mécanisme. (Voyez *Traitement des maladies de l'endocarde*, page 237.)

Traitement.

Les déplétions de sang dangereuses.

Combattre les hypérémies viscérales.

Bibliographie. — On peut dire que Corvisart dans son *Essai sur les maladies du cœur*, et Laennec dans son *Traité de l'auscultation*, ont donné une juste idée de l'anévrisme aortique. Hope, dans l'encyclopédie anglaise : *Cyclopedia of practical medicine*, tome I, *Lond.*, 1833, plus tard dans son *Traité des maladies du cœur*, a dépassé de beaucoup les connaissances acquises jusqu'à lui. Parmi les mémoires qui contiennent des documents précieux, nous citerons: Dusol et Legroux, *Essai sur les effets de l'acétate de plomb dans le traitement des anévrismes de l'aorte; — in Arch. gén. de médec.*, tome V, page 443, 1839; — Rob. Lyons, *Recherches sur les mouvements et les bruits des anévrismes; Extr. in Arch. génér. de médec.*, page 445,

Bibliographie.

tome XXIII, 1850; — Thurnam, *Mémoires sur les anévrismes variqueux spontanés de l'aorte péricardique, in Transact med. chirurg.*, tome XXI et XXII, 1840, et *in Arch. génér. de médec.*, tome XI, page 210, 1841.

MALADIES DES VEINES.

Nous étudierons seulement l'inflammation des veines et la phlegmasia alba dolens. La formation spontanée et primitive des caillots, et leur pénétration dans le torrent circulatoire (embolisme) trouveront plus naturellement leur place ailleurs. (Voyez *Altérations du sang; Maladies générales.*)

PHLÉBITE.

Dérive de φλέψ, φλεβός, veine (Breschet).

Définition. *Définition.* — On donne ce nom à l'inflammation d'une ou des trois tuniques de la veine.

Lésions anatomiques. *Altérations anatomiques.* — Les trois actes principaux de toute inflammation se retrouvent dans les veines comme dans les autres tissus ; l'hypérémie, l'exsudation plastique, la suppuration. Nous les suivrons tous les trois dans les lésions anatomiques qu'ils déterminent.

Hypérémie des vaisseaux capillaires. 1° *Hypérémie phlegmasique.* — L'injection des vaisseaux sous-séreux et des tuniques moyenne et interne est, comme l'ont très-bien vu plusieurs micrographes, le premier et le plus important de tous les actes phlegmasiques, à ce point que, s'il manque entièrement, on doit mettre en doute l'existence de l'inflammation, lors même qu'il existe un ou plusieurs caillots intra-veineux. Ces vaisseaux deviennent très-nombreux et visibles dans les deux tuniques extérieures et même dans l'interne, qui en est naturellement privée. Ce sont eux qui fournissent l'exsudat plastique et la matière purulente. On les voit très-nettement injectés sur les membranes et sur l'interne, qui, en perdant son poli, devient grenue, inégale, tomenteuse, s'épaissit, se couvre de taches ecchymotiques fines. Les mêmes altérations se rencontrent dans les tissus subjacents. Il faut distinguer d'avec ces rougeurs par hypérémie les colorations vermeilles, rosées, uniformes, indépendantes de l'inflammation.

Son siége.

Colorations rouges par imbibition.

2° Exsudation pseuso-membraneuse. 2° *Exsudation plastique.* — Un des effets les plus constants de l'hypérémie phlegmasique des membranes est l'extravasation du

plasma. On a nié, dans ces derniers temps, l'existence de cet acte morbide pour la tunique séreuse (Virchow) ; les expériences qu'on a citées ne nous semblent pas probantes ; si, de l'absence des vaisseaux dans la séreuse on prétend arguer que cette inflammation ne peut pas y prendre naissance, on commet la même erreur que si l'on voulait soutenir que la cornée, la plèvre, le péritoine et d'autres tissus encore ne peuvent s'enflammer parce qu'ils n'ont pas de vaisseau.

niée pour la tunique séreuse.

Un des premiers effets de l'exsudat plastique fourni par la tunique interne ou moyenne est le dépôt de lymphe, sous forme de grumeaux, de lamelle, de fausses membranes qui adhèrent dans une étendue variable à la face interne de la veine, et y provoquent la coagulation du sang. Il se développe alors un caillot constitué par tous les éléments du sang et disposé de la manière la plus différente. Il est tantôt d'un rouge brun, peu consistant dans toute son épaisseur ; tantôt décoloré, blanchâtre, sec et résistant à l'extérieur, ramolli et rougeâtre au centre, ou bien lamelleux, en forme de couches superposées, faciles à détacher du vaisseau ou adhérent à la couche de plasma exsudé. Ce dernier cas est rare. On distingue difficilement ce plasma d'avec les couches les plus extérieures et les plus consistantes du caillot.

Siége et forme de la concrétion fibrineuse.

Coagulation du sang. Forme du caillot.

On appelle *phlébite adhésive*, *oblitératrice* ou *pseudo-membraneuse* celle qui donne lieu aux altérations que nous venons de décrire. Au bout d'un certain temps le caillot se ramollit, du centre à la circonférence, ou au contraire devient plus sec, plus lamelleux, et incolore ; le liquide se résorbe, la paroi veineuse se resserre, à mesure que le caillot obturateur diminue, et les parois de la veine, venues au contact, couvertes de pseudo-membrane phlegmasique, s'unissent fortement et la cavité du vaisseau s'oblitère. Cette heureuse terminaison a lieu surtout dans les veines d'un petit calibre. Les grosses conservent à leur intérieur un bouchon fibrineux qui persiste longtemps.

Phlébite adhésive enkystée, coagulante.

Dans des cas beaucoup plus rares, le caillot ramolli par le serum exhalé se dissocie ; ses éléments sont résorbés, entraînés par le sang dans le torrent circulatoire, dont le cours se rétablit entièrement. L'action physique et chimique qu'exerce sur le caillot le sang versé dans son voisinage par les veines collatérales, est pour beaucoup dans le ramollissement du caillot. Des fragments de fibrine, entraînés de cette manière par le sang, peuvent produire des embolies veineuses. (Voyez *Altération du sang*, *maladies générales*.)

Phlébite libre.

3° *Phlébite suppurative.* — En opposition avec la doctrine qui ne

3° Suppuration de la veine.

reconnaît pour premier effet de l'inflammation d'une veine que l'exsudation plastique et la formation d'un caillot obturateur, s'en présente une autre non moins exclusive ni plus vraie, par conséquent, suivant laquelle la suppuration de la veine est le premier acte morbide, et la coagulation du sang, le second. Dans la phlébite libre, le pus exhalé par le vaisseau tombe molécule à molécule dans le sang, et est ainsi entraîné dans tout le système vasculaire. On le retrouve parfois déposé sur la face interne de la veine, dont la séreuse est rouge, tuméfiée, ramollie, ulcérée, ou couverte de fausses membranes. La présence du pus dans le sang est prouvée par l'inspection microscopique des caillots de la veine ou du cœur, qui en contiennent des quantités notables; ou bien encore par les abcès métastatiques et les accidents de la résorption purulente, pendant la vie. Du reste il ne faut invoquer, qu'avec une grande restriction, la valeur de l'examen microscopique, puisqu'on sait que les globules blancs du sang et certains globules granuleux ressemblent tout à fait aux globules de pus.

Phlébite libre.

Pus déposé sur la veine; mêlé au sang.

Un autre effet produit par le pus est la coagulation du sang dans le lieu où la veine est enflammée. Il s'établit alors des adhérences qui servent à limiter, à enkyster le pus. Ces adhérences sont de deux sortes : les unes, mécaniques, imparfaites et incapables de bien séquestrer le pus, tiennent à des caillots fibrineux concrétés et déposés dans le voisinage ; les autres sont de véritables fausses membranes exsudées par la veine enflammée; il peut se déposer aussi du pus entre le caillot et la séreuse rouge, tuméfiée, injectée. Enfin il n'est pas rare de voir le pus s'infiltrer dans le caillot obturateur primitivement ou consécutivement formé. On le trouve alors au centre ou disséminé dans les différentes couches de sang noirâtre, décoloré, ou dans les fausses membranes d'enkystement.

Séquestration du pus.

4° *Phlébite mixte ou à la fois exsudative et suppurative.* — On rencontre à chaque instant, dans les veines enflammées des femmes en couches ou des blessés, des lésions anatomiques qui prouvent, contrairement à l'opinion exclusive de quelques auteurs, que la phlegmasie y affecte toutes les formes qu'elle revêt dans les séreuses et dans d'autres tissus. On peut même dire que ce cas est le plus ordinaire. On n'a pas tenu assez compte de diverses conditions morbides locales ou générales qui servent à expliquer pourquoi c'est tantôt la phébite suppurative, tantôt l'adhésive qui l'emporte. Un sang riche et plastique doit se coaguler plus facilement et plus vite qu'un sang fluide altéré par quelque maladie virulente, contagieuse, sep-

4° Phlébite mixte.

Diverses conditions morbides font varier l'acte pathologique.

tique ou scorbutique. Une petite veine s'oblitère plus aisément qu'une grande. On voit dans celle-ci le caillot se former de bonne heure et boucher le vaisseau tapissé par une fausse membrane, etc. Les parois vasculaires offrent des changements essentiels; leurs tuniques s'injectent, s'épaississent, s'indurent et souvent ressemblent à celles d'une artère. Ailleurs la membrane interne est soulevée par de petits abcès ou par une infiltration purulente d'où le liquide s'échappe à travers les ulcérations qui finissent par s'y établir. On y rencontre l'œdème, l'induration plastique, les ecchymoses, et même des points gangréneux.

Lésions des parois veineuses.

Symptômes de la phlébite. — Ils diffèrent beaucoup suivant la cause, le siége et la nature de l'acte morbide. Une phlébite traumatique, superficielle et adhésive ne se comporte pas comme une phlébite spontanée, suppurative et profonde. Nous devons examiner séparément chacune de ces conditions morbides, mettant de côté la phlébite traumatique, qui concerne la chirurgie et qu'on a eu tort, pendant longtemps, de prendre pour type de la phlébite interne, dont elle diffère beaucoup.

Symptomatologie.

Les symptômes sont locaux ou généraux. Si la veine est superficielle, la phlébite se manifeste sur-le-champ par une douleur située sur le trajet du vaisseau, souvent au niveau de la jointure correspondante pendant les mouvements, ou à l'aide de la pression opérée avec la main. La couleur rose ou rouge plus foncée de la peau, disposée en une seule traînée linéaire, toutefois un peu diffuse, gagne, de proche en proche, les parties saines, de la périphérie au centre et suivant le cours du sang; la phlébite s'étend plus rarement vers l'extrémité des vaisseaux. Elle se comporte de l'une et l'autre manière, dans les veines du second et du troisième ordre. Dans les principales, elle parcourt ses différentes périodes, sur le lieu même qui a été primitivement envahi.

(*a*) Symptômes de la phlébite adhésive; sous-cutanée.

Rougeur.

Se forme-t-il une phlébite adhésive? le premier effet est la coagulation du sang; celui-ci s'arrête au-dessous de l'obstacle; la veine distendue par le sang se dessine, sous la peau, en un cordon cylindrique douloureux qu'on sent sous le doigt. En même temps les tissus situés au-dessous du caillot se gonflent, s'œdématient, à différents degrés, dans toute l'étendue des divers affluents de la veine oblitérée. Les branches vasculaires se dilatent, et il s'établit bientôt une circulation collatérale, d'abord profonde, puis sous-cutanée, cutanée même, qui constitue, avec l'œdème partiel, le meilleur signe de la phlébite adhésive. Lorsque le caillot est résorbé et la circulation redevenue libre, ces symptômes disparaissent.

Tumeur cylindrique.

Œdème.

Circulation supplémentaire. Varices.

(*b*) Phlébite adhésive profonde. Ses signes.

On voit ces symptômes se produire aussi dans les veines profondes, dans les veines ophthalmiques, caves supérieure et inférieure; et toujours les mêmes effets suivent la même cause. Aussi peut-on dire que les signes les plus capables de faire soupçonner une phlébite adhésive d'un viscère ou des veines profondes, telle que celles du foie, la veine porte ou les sinus cérébraux, sont l'hydropisie des tissus ou de la cavité séreuse correspondante, et la dilatation des branches veineuses voisines. On connaît encore mal le mode suivant lequel se rétablit le cours du sang dans ces phlébites; mais le fait général, c'est-à-dire la circulation supplémentaire, est aujourd'hui démontré.

Hémorrhagies par phlébite adhésive, très-rares.

La sortie du sang hors des vaisseaux n'est pas déterminée par l'arrêt du cours du sang, à moins qu'il ne s'ajoute à la phlébite une altération de ce liquide. Les hémorrhagies par cause hydraulique n'ont pas encore été bien étudiées. Le trouble profond des fonctions de l'organe ne tarde pas à modifier également la crase du sang, surtout dans le foie. Quelques hémorrhagies paraissent avoir pour cause l'oblitération des sinus cérébraux; cependant l'œdème cérébral et l'épanchement ventriculaire en sont des effets bien plus ordinaires.

Œdème et hydropisie.

Symptômes généraux;

Quant aux symptômes généraux de la phlébite adhésive, on comprend qu'ils sont et doivent être nuls. Elle constitue, sous ce rapport seulement, une maladie purement locale.

de la phlébite suppurative libre.

Symptômes de la phlébite suppurative libre. Quand la phlébite a déterminé la formation salutaire d'un caillot obturateur, et d'une fausse membrane d'enkystement autour du pus, les symptômes se passent exactement de la même manière que dans la phlébite primitivement adhésive. Il n'en est plus de même lorsque le pus est jeté dans le sang; alors paraissent les symptômes graves et presque toujours mortels de la pyémie : un frisson faible ou intense, intermittent d'abord, puis rémittent, suivi de chaleurs et de sueurs, une fièvre continue, qui s'accompagne de délire et de tous les symptômes formidables de l'ataxo-adynamie annoncent la présence du pus dans le sang et dans les tissus. Pendant ce temps, les symptômes locaux, comme la douleur, la rougeur, diminuent ou disparaissent. Il reste évident que la maladie locale a provoqué une maladie générale. (Voyez *Pyémie, et altérations du sang.*)

Pyémie et ses signes.

Marche, durée, terminaison.

On ne peut rien établir de général sur la marche et la durée d'une maladie qui est tantôt locale, sans aucune gravité, dure seulement quelques jours, quand elle est traumatique et située dans les veines superficielles, tantôt au contraire constitue une maladie générale qui

pardonne rarement et tue en sept à huit jours (phlébite suppurative libre).

Diagnostic. (Voyez *Lymphangite.*)

Causes. — Il existe une première espèce de phlébite qui intéresse le chirurgien ; elle survient à la suite d'une lésion traumatique de la peau (plaie de tête, saignée), d'une opération chirurgicale (cautérisation, extirpation, amputation), ou d'une maladie qui occasionne l'ulcération, le ramollissement, la gangrène des tissus extérieurs. Dans d'autres cas la cause est interne ; la dysenterie aiguë des pays chauds, l'entéro-colite chronique, la fièvre typhoïde, les phlébites capillaires du foie, des reins, en sont l'origine fréquente. Mais son point de départ le plus ordinaire est dans les veines de l'utérus, chez les femmes grosses ; l'avortement, l'accouchement prématuré, difficile, l'application du forceps, l'adhérence du placenta, la font naître, surtout aux époques d'épidémie et dans les Maternités. La fièvre puerpérale la détermine plus souvent que toute autre ; les liqueurs septiques ou purulentes fournies par la plaie utérine et qui pénètrent par voie d'absorption dans les vaisseaux concourent à sa production. La puerpéralité seule suffit dans un grand nombre de cas. En résumé, lésion directe des veines ou des tissus d'où elles viennent, voilà la première source des phlébites.

Étiologie. Phlébite deutéropathique.

Lésion cutanée, intestinale ou viscérale.

Maladies de l'utérus ; puerpéralité.

Une seconde, non moins fréquente, est la pénétration dans le sang des globules de pus engendrés loin du lieu où se montre la phlébite, et peut-être de certains produits qui se développent dans l'organisme comme le tubercule et le cancer, ou des matières toxiques, venues du dehors comme l'alcool, les effluves marécageux ; ce dernier fait est plus douteux. On sait que les corps étrangers, comme le mercure et les poussières métalliques impalpables, peuvent, en s'arrêtant dans les capillaires, y engendrer la phlébite.

Altération du sang par des produits divers.

Nous citerons, en dernier lieu, la compression lente ou rapide exercée par les tumeurs homologues ou hétérologues, et par les anévrismes, qui appliquent l'une contre l'autre les parois des vaisseaux, et y occasionnent une phlegmasie adhésive dont il existe un grand nombre d'exemples, même pour les grosses veines, telles que les veines caves supérieure, inférieure, fémorale et brachiale.

Compression des veines.

On a vu enfin les veines s'enflammer dans le cours des exanthèmes de la variole spécialement, de la fièvre typhoïde, des suppurations viscérales et de tous les états cachectiques un peu graves dans lesquels on peut supposer qu'il existe une altération générale des fluides. La phlébite est le plus ordinairement l'effet d'un état diathésique ;

Maladies diathésiques.

par conséquent il ne faut souvent y voir qu'une détermination locale sous la dépendance d'une maladie générale.

Traitement.

Traitement. — La médication antiphlogistique locale est la seule qui soit usitée dans la phlébite superficielle. Elle consiste dans l'emploi des sangsues, des émollients de toute espèce (bains locaux et généraux), d'une diète sévère et de la saignée générale, si la constitution le permet. On a aussi proposé la compression des parties situées au-dessus de la veine enflammée ; mais ce moyen, applicable seulement aux vaisseaux des membres, n'a pas été adopté par tous les chirurgiens. Le traitement général est celui de la pyémie ; il est indiqué lorsque le pus a pénétré dans le sang. (Voyez *Pyémie, altérations du sang.*)

Bibliographie.

Bibliographie. — A Hunter revient l'honneur d'avoir décrit la phlébite (1773); *Observations ou the Inflammation of the internal coats of the veins ; — Œuvres complètes,* tome I et III, page 643. Paris, 1841. Les chirurgiens ont eu plus d'occasions que tous les autres d'éclairer l'histoire de la phlébite. Breschet a ajouté quelques notes importantes, sur cette inflammation, à sa traduction du *Traité des maladies des artères et des veines,* de Hodgson, tome II. Paris, 1819. On doit une excellente étude de cette maladie à Ribes : *Exposé succinct des recherches faites sur la phlébite ; Revue médicale*, tome III, 1825 ; et surtout à M. Cruveilhier, qui place le siége de l'inflammation dans les veines capillaires, *Anatomie pathologique du corps humain;—et Phlébite, Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique.* — Dance, *de la phlébite en général, etc., Archives générales de médecine*, tome XVIII et XIX, 1828 et 1829. — Tessier, *Exposition et examen critique des doctrines sur la phlébite*, in journal *l'Expérience*, 1838. Voyez aussi *Pyémie et concrétions fibrineuses du sang*, dans *Maladies générales.*

PHLEGMASIA ALBA DOLENS

Synonymie.

Synonymie. —Phlébite, œdème, enflure des jambes des femmes en couche, phlegmasie lymphatique, leucophlegmasie dolente, phlébite pelvi-crurale, Lobstein.

Définition.

Définition. — On désigne ainsi l'oblitération qui survient dans les veines du bassin et de la cuisse, sans produire d'autres symptômes que la douleur et l'œdème des parties auxquelles se distribuent les veines altérées.

Nature. — Cette dénomination est donc entièrement synonyme d'oblitération des veines par un caillot. En effet, si l'on étudie de près les observations citées par les auteurs, on s'aperçoit immédiatement qu'ils ont réuni sous le titre de phlegmasia dolens quatre ordres de faits très-différents en apparence et au fond : 1° la phlébite adhésive et oblitérante, pelvi-crurale et primitive; — 2° la phlébite mixte, suppurative et adhésive; — 3° la coagulation du sang dans les veines saines, déterminée par le pus ou par quelque autre produit morbide, septique et hétérologue; — 4° quelquefois même des oblitérations dues à la compression exercée par quelques tumeurs sur les vaisseaux à sang noir. Si cette oblitération est plus commune chez les femmes en couche, ce qui a fait donner à la maladie le nom barbare de *phlegmasia alba dolens*, c'est parce que le travail puerpéral les expose plus que tout autre à la phlébite adhésive, suppurative et à la pénétration de corps capables d'opérer la coagulation du sang. On l'observe néanmoins dans d'autres conditions morbides, chez les phthisiques, les cancéreux parvenus à la dernière période de leur mal, dans les maladies chroniques de matrice non puerpérale et des organes contenus dans le petit bassin (vessie, prostate, urètre, rectum), dans toutes les cachexies, dans celle qui tient à l'impaludisme, enfin dans les affections organiques qui amènent la compression de la veine et l'inflammation lente de sa tunique interne et moyenne.

Causes.
Le mal consiste dans une altération veineuse.

Quatre causes différentes.

Puerpéralité.

Maladies diathésiques.

Il est maintenant facile de comprendre pourquoi les auteurs soutiennent des opinions si différentes sur la nature du mal. Les uns en font une phlébite, les autres une coagulation du sang étrangère à la phlegmasie ou une maladie du sang. Tous ont raison lorsqu'ils envisagent un fait particulier, tort lorsqu'ils prétendent les faire rentrer tous dans l'histoire exclusive d'une de ces maladies. C'est encore là ce qui explique pourquoi la maladie est tantôt de peu de durée ou longue et sans gravité, tantôt mortelle et accompagnée de tous les symptômes de la phlébite suppurée ou mixte. On peut donc affirmer qu'il n'existe pas d'entité morbide distincte qui mérite de porter le nom de phlegmasia alba dolens : lésions, causes, symptômes, terminaisons, tout est dissemblable suivant les cas particuliers.

Opinion des auteurs.

La phlegmasia n'est point une entité morbide distincte.

La phlegmasia est plus fréquente chez les nouvelles accouchées, parce que tout y favorise la phlébite adhésive ou mixte des veines du petit bassin, suivie fort heureusement de la coagulation du sang et de la séquestration du pus, par un caillot obturateur. Elle occupe le côté gauche ordinairement; passe souvent du côté opposé, en laissant libre le membre affecté d'abord. (Voyez *Étiologie de la phlébite.*)

Fréquente chez la nouvelle accouchée.

Altérations pathologiques.

Altérations pathologiques. — Nous nous garderons bien de reproduire la description que nous avons déjà donnée des désordres trouvés dans les veines. Leurs parois offrent une intégrité parfaite. Le caillot sanguin qui les oblitère est la seule lésion qu'on y observe. Il n'en est plus de même lorsque la phlébite est le point de départ de l'oblitération. Le vaisseau est rouge, injecté, épaissi, adhérent par sa membrane externe, indurée ou œdémateuse, aux tissus environnants. Les veines utérines, ovariennes, iliaque-interne, sont le siége fréquent de cette phlébite. Le caillot qui y est contenu se propage dans l'iliaque primitive, la fémorale, la crurale et la saphène.

Paroi du vaisseau.

Caillot obturateur.

La consistance et la couleur du caillot sont variables. Formé par tous les éléments du sang, il constitue un cylindre qui remplit et distend la veine, dans toute l'étendue d'un membre. Des lamelles de fibrine souvent décolorées, blanchâtres, sèches, sont superposées et accolées à la membrane interne de la veine, sans y adhérer. Au centre se trouve la matière colorante du sang, retenue par la fibrine consistante ou ramollie. Ailleurs, le caillot, en totalité, brunâtre, rouge, brun, noir, représente le coagulum du sang immobilisé dans la veine et livré à lui-même, comme dans une palette où le médecin l'aurait reçu. Souvent aussi le caillot est d'une teinte couleur de chair, rosé, uniforme, infiltré de sérosité, ramolli, en plusieurs points. On ne peut y trouver, même avec le microscope, que les formes granuleuses et fibrillaires de la fibrine et les autres éléments du sang ; nulle part de matière purulente. Il n'en est plus ainsi dans d'autres cas où le pus est contenu, soit entre la paroi veineuse et le caillot, soit au centre ou entre les diverses couches du bouchon fibrineux. Le retrait ultérieur du caillot, sa dissolution, sa disparition même ou sa persistance, sont tout à fait identiques à ce qu'on observe dans la phlébite. (Voyez la *description anatomo-pathologique de la phlébite.*)

Symptomatologie.

Symptômes. — La phlegmasia commence ordinairement, du quatrième au dixième jour, chez les femmes en couches; quelquefois cinq à six semaines, après la parturition. Chez les autres malades, à des époques très-différentes de la lésion protopathique. On a parlé de frisson initial, de fièvre, de courbature et des symptômes du début; mais ce qui marque surtout l'invasion du mal, c'est une douleur variable, dans son siége primitif, occupant d'abord le creux du jarret, l'aine, la partie interne de la cuisse, ou le mollet, souvent aussi le bas-ventre, l'hypogastre, la fosse iliaque d'un côté, montant du creux du jarret vers le petit bassin ou au contraire descendant vers le bas de la cuisse et la jambe, suivant le point de départ et la cause de la

Douleur initiale.

Son siége.

coagulation veineuse. Cette douleur est sourde, profonde, spontanée, augmentant toujours à la pression des doigts, sur le trajet de la veine, et par les moindres mouvements communiqués au membre malade ou opérée volontairement par lui.

Tumefaction des membres. Véritable œdème; quelques différences.

Le gonflement est un autre signe contemporain du premier et non moins important. Il diffère peu de l'œdème commun, si ce n'est qu'il gagne presque en même temps les parties supérieures et inférieures du membre; il est aussi plus rapide, s'étend plus promptement; les parties tuméfiées, douloureuses, chaudes, reçoivent moins facilement l'impression qu'on cherche à y déterminer avec les doigts de la main. Cet œdème se montre sur les grandes lèvres, sur les membres supérieurs, et plus souvent, en raison de son origine puerpérale, sur la jambe et la cuisse. Nous l'avons observé limité d'abord à la partie antérieure et postérieure gauche de l'abdomen, puis dans le flanc, les fesses et le membre inférieur du même côté. Il n'est souvent que la continuation de l'œdème du membre inférieur. Il passe aussi d'un membre à l'autre, y persiste longtemps, deux à trois mois, et plus encore, mais en diminuant et en ne se montrant que si le malade reste longtemps debout et se fatigue.

Symptômes généraux.

La phlegmasia débute, à la manière des maladies aiguës, par des frissons, de la fièvre, une excitation générale, de l'insomnie, de la céphalalgie, des vomissements. En même temps apparaissent les signes locaux d'une phlébite ou d'une coagulation du sang dans un point limité. Si la phlébite n'est pas entièrement oblitérante, ou si le caillot détermine secondairement la formation du pus, celui-ci, en passant dans le sang, donne lieu à tous les symptômes ataxo-adynamiques, si souvent notés par les observateurs, et qui se rattachent à la pyémie.

Marche; terminaison

Marche. — La résolution ou plutôt la dissolution du bouchon fibrineux par le sang qui revient par la veine collatérale ou continue à y passer, amène ordinairement la guérison. Quand l'oblitération persiste, une circulation supplémentaire s'établit : ce qu'indiquent les varices nombreuses qu'on voit paraître dans la peau et dans le tissu cellulaire sous-jacent. Quelquefois le gonflement œdémateux persiste pendant la vie entière.

Traitement.

Variable suivant la cause.

Traitement. — A chaque cause de concrétion fibrineuse il convient d'opposer un traitement différent. La phlébite exige l'emploi des émollients de tout genre, sur le membre œdémateux; une concrétion produite par une lésion du sang, une maladie tuberculeuse, cancéreuse du poumon, du foie, une lésion cutanée, réclame une médi-

Traitement local.

cation spéciale. Le gonflement œdémateux, quelle qu'en soit la cause, après avoir été combattu par l'appareil antiphlogistique qui convient à la phlébite, cède particulièrement au repos complet et surtout à l'élévation, à la suspension du membre. Ce traitement nous a réussi dans un très-grand nombre de cas et a été mis également en usage, avec succès, par beaucoup de médecins et de chirurgiens. Les onctions mercurielles belladonées, les fomentations aqueuses émollientes, chaudes, aident à la résolution.

Traitement général.

On peut la favoriser par des boissons chaudes, sudorifiques, qui excitent les fonctions des capillaires cutanés, ou par des purgatifs fréquemment répétés. La chloro-anémie, l'état puerpéral, l'asthénie, dans lesquels sont la plupart des sujets, réclament l'usage d'une bonne alimentation, des toniques, des ferrugineux. Les prétendus résolutifs, tels que le calomélas, la digitale, la poudre de Dower, l'ipécacuanha, n'ont qu'une efficacité fort douteuse.

Bibliographie.

Bibliographie. — Mauriceau est le premier qui en fasse mention (1688). Depuis cette époque il n'est pas d'auteur de Traités d'accouchements qui n'en ait parlé. La première monographie un peu importante est celle de David-Davis : *Essai sur la cause prochaine de l'affection appelée phlegmasia dolens* : — *Journal des progrès des sciences*, tome I, page 19, 1830. Nous citerons aussi celle de Robert Lee : *A contribution to the pathology of phlegmasia dolens* : — *Medic. chir. transaction*, tome XV, 1829; — Dronsart : *Monographie de la phlegmasia alba dolens*, Paris, 1843; — Ghérard : *Essai sur la maladie connue sous le nom de phlegmasie blanche et douloureuse*, Thès., Strasb., mars 1835.

CHAPITRE V.

MALADIES DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES.

La pathologie des vaisseaux lymphatiques se compose d'un nombre trop restreint de faits particuliers et rares pour que nous lui consacrions une description spéciale. Ils ont été rassemblés dans des Mémoires où l'anatomie pathologique occupe la plus grande place. Le temps n'est pas encore venu d'indiquer les corrélations qui existent entre les maladies locales et générales, d'une part, et les affections

des vaisseaux lymphatiques, de l'autre. Cependant ce rapport existe, et l'on commence à l'apercevoir dans les exanthèmes, les fièvres, les maladies virulentes, toxiques et paludéennes. La phlegmasie des lymphatiques et l'altération de la lymphe apparaissent aussi, comme des éléments essentiels, dans certaines maladies générales, telles que la fièvre puerpérale, la pyémie, et dans des maladies locales, comme les altérations de l'utérus et l'érysipèle qui a reçu le nom de lymphatique. Nous nous bornerons à étudier la lymphangite aiguë et chronique et son rôle en pathologie.

LYMPHANGITE.

Synonymie. — Angéioleucite, de ἀγγεῖον, vaisseau, et de λευκός, blanc, inflammation des vaisseaux blancs, lymphatite. **Synonymie.**

Définition. — Phlegmasie des vaisseaux lymphatiques reconnaissable à des traînées multiples, rouges et superficielles de la peau, qui gagnent de la périphérie vers le centre. **Définition.**

Les parois des vaisseaux sont épaissies, rouges et tuméfiées au point de former des conduits cylindriques très-visibles, renflés et rétrécis de distance en distance, d'une manière irrégulière. Le tissu cellulaire qui constitue l'enveloppe extérieure est injecté rouge et plus humide. On trouve, à l'intérieur de quelques-uns de ces vaisseaux dilatés, un liquide rougeâtre ou du véritable pus. Nous l'y avons constaté, pour notre part, dans toute l'étendue des lymphatiques d'un membre. On a aussi noté la dilatation et l'oblitération des conduits comme un effet ordinaire de leur inflammation aiguë et chronique. Altérations anatomiques.

Étiologie. — Le point le plus intéressant de l'histoire de la lymphatique, pour le médecin, est la recherche des causes qui peuvent lui donner naissance. Et d'abord, peut-elle se développer spontanément, sans aucune lésion du tégument externe? Commençons par répondre négativement à cette première question. Quand les mains, les pieds ou toute autre portion de peau sont exempts d'altération, ils ne peuvent pas absorber de matière capable d'enflammer les lymphatiques. Il n'en est plus de même s'ils sont divisés, coupés, irrités : ils fournissent eux-mêmes le produit morbide ou l'absorbent. D'ailleurs l'inflammation se transmet surtout, par continuité, dans toute la longueur du système lymphatique. Ainsi agissent les plaies, les écorchures, les piqûres, les érosions de tout genre, soit traumatiques, soit consécutives à une maladie de la peau, du tissu cellulaire sous- **Étiologie.** Intégrité du tégument externe. Absorption? Lésions traumatiques ou spontanées.

Le pus virulent n'a pas d'action locale spéciale ;

cutané, des os, ou de tout autre organe. Un panaris, une engelure, un abcès, un érysipèle, une pustule de variole ou de morve agit de la même manière, en dehors de toute spécificité, uniquement à titre d'irritant. Le produit virulent est-il plus privilégié, au point de vue de l'action locale, nous ne disons pas générale, que tout autre agent d'irritation? Ce point nous paraît douteux. Une plaie simple de la verge est une cause de lymphangite et d'adénite aussi sûre qu'un chancre syphilitique. Nous reviendrons longuement sur ce point dans une autre partie de ce livre. (Voyez *Bubon syphilitique.*) Quelques auteurs pensent que les principes morbifiques formés au sein des tissus ont une action irritante très-prompte et très-vive sur les vaisseaux lymphatiques dans lesquels ils pénètrent. Sans le nier dans tous les cas, nous ferons remarquer qu'elle doit être très-rare, si l'on compare le petit nombre de lymphangites internes développées ainsi, et d'ailleurs fort contestables, avec le nombre très-grand d'ulcérations, de ramollissements, de gangrènes, de suppurations, qui frappent l'intestin et tous les viscères splanchniques. Combien sont rares aussi les cancers et les tubercules ramollis qui déterminent dans leur voisinage des adénites et des lymphangites!

de l'inoculation des matières putrides et septiques.

L'inoculation d'une matière nocive, irritante, telle que le produit de la putréfaction d'un cadavre, une liqueur septique, ou formée par le travail de la parturition, etc., etc., est suivie fréquemment de lymphangite et d'adénite. Les piqûres anatomiques, les inoculations virulentes, sont, comme on le sait, très-dangereuses. Mais il faut distinguer, dans les faits de cet ordre, quatre choses qu'on a confondues : 1° le mauvais état du support, c'est-à-dire de l'individu qui reçoit; — 2° la blessure qui suffirait à elle seule pour produire la lymphangite, surtout dans les conditions mauvaises que nous venons de dire; — 3° l'action locale de la matière septique et putride qui ajoute une irritation locale de plus à celle qu'a excitée déjà la lésion traumatique; — 4° l'empoisonnement général, soit septique, soit virulent, soit pyémique, dont les symptômes ont été souvent réunis à ceux de la lymphangite ou de l'érysipèle de mauvaise nature qui se déclarent souvent en pareille circonstance. La maladie locale se complique alors d'une maladie générale bien autrement grave. Les érysipèles, les abcès multiples, les phlegmons diffus, les ecchymoses, les pétéchies, les gangrènes, en sont les signes les plus certains.

Causes prédisposantes.

Parmi les causes prédisposantes et incontestables de la lymphangite, il faut signaler l'asthénie, la fatigue, les chagrins, l'alimentation insuffisante, tout ce qui déprime, en un mot, les forces physiques et

les propriétés vitales, toutes les maladies générales ou locales, comme la fièvre typhoïde, les exanthèmes, les fièvres palustres, les convalescences longues et pénibles, les traitements débilitants, l'encombrement, le séjour dans les hôpitaux, etc., etc. Une cause légère, incapable de faire naître la lymphangite dans toute autre occasion, la détermine alors avec une promptitude extrême.

Symptomatologie. Fièvre initiale.

Symptômes. — La maladie locale est presque toujours précédée d'un frisson violent et durable, de céphalalgie, de courbature et d'un appareil fébrile intense : chaleur de la peau, sommeil agité, subdélire ou délire cessant le matin, faiblesse générale, accablement, état adynamique qui fait souvent de rapides progrès. Le premier ou le second jour, les signes locaux de la lymphangite se dessinent réellement. A une distance plus ou moins grande de la lésion externe qui cause le mal, le tégument devient douloureux, tendu, rouge. Il s'y forme des traînées, ou lignes rosées, rougeâtres, qui s'entre-croisent, affectant ainsi une disposition réticulaire dont les mailles, de grandeur variable, sont constituées par la peau saine. La rougeur devient ensuite uniforme ; il se fait ainsi un certain nombre de plaques rouges, d'abord isolées; elles se confondent ensuite en des espaces plus étendus, marchant de la périphérie vers le centre, suivant le trajet des vaisseaux lymphatiques. Une rougeur érysipélateuse, marquée par des teintes roses claires et d'autres plus foncées, finit par comprendre la partie interne des membres et celui-ci en totalité. La tuméfaction y est notable; elle ne comprend pas seulement la peau, mais aussi le tissu cellulaire. Elle se fait en profondeur, et donne lieu à des espèces d'indurations ou noyaux, distincts des petites nodosités superficielles évidemment dues aux vaisseaux lymphatiques et à leurs intersections valvulaires. L'infiltration œdémateuse, ou légèrement plastique, marque une période plus avancée. Souvent l'inflammation transmise au tissu cellulaire y produit des abcès ou un phlegmon.

Signes locaux ; rougeur linéaire.

Disposition et marche de la rougeur.

Gonflement.

Le sentiment de chaleur, de douleur sourde, spontanée et surtout provoquée par la pression ou par le mouvement des parties, de sécheresse comparée à celle que fait éprouver l'érysipèle; la température élevée de la peau, la mollesse des tissus, bien différente de la résistance du phlegmon, sont des symptômes qu'il faut rechercher avec soin, parce qu'ils caractérisent la maladie.

De quelques autres symptômes locaux.

La tuméfaction des ganglions lymphatiques est presque toujours le premier signe de la lymphangite. Le malade, bien avant qu'il aperçoive de la rougeur sur le trajet de ces vaisseaux, ressent de la gêne, de la douleur même, dans le pli de la jointure à laquelle correspon-

Adénite.

dent les lymphatiques qui sont déjà enflammés. L'adénite indique exactement les régions et les organes qui sont le siége de la lymphangite. On l'a attribuée à la transmission du travail phlegmasique et à l'action des liqueurs altérées qui se sont introduites dans les vaisseaux blancs.

Symptômes généraux consécutifs.

Souvent la lymphangite reste une maladie locale de peu d'importance, qui se termine en quatre à huit jours, après avoir excité seulement de la douleur et de la fièvre. Dans d'autres cas, il se manifeste des accidents graves. Les uns tiennent au travail phlegmasique local dont la lymphangite a été le point de départ; les autres à un

Érysipèle; phlegmon; état ataxo-adynamique.

érysipèle ambulant, à des abcès phlegmoneux, à des infiltrations purulentes; dans ce cas, la fièvre et un état ataxo-adynamique suivent ces maladies deutéropathiques. De toutes les complications, la plus grave, et heureusement la plus rare, est un empoisonnement général qu'on observe à la fin de lymphangite grave, et dont, pour notre part, nous avons recueilli deux faits remarquables. Après les signes ordinaires de cette maladie, on voit le malade tomber rapidement dans l'état ataxo-adynamique; délire, soubresauts des tendons, prostration, teinte ictérique, altération des traits du visage, sueurs vis-

Pyémie ?

queuses, état typhoïde intense; mort au milieu de cet appareil de symptômes. A l'autopsie on trouve du pus dans les lymphatiques; rien dans les veines ni dans les autres viscères, excepté dans le péritoine, où l'on constate la présence du pus. Peut-on admettre, dans ce cas, l'existence de l'infection purulente? Ce fait nous paraît, sinon démontré, du moins fort probable. De nouvelles observations sont nécessaires pour corroborer ou infirmer celles que nous avons citées et rapportées ailleurs. (Art. *Lymphangite du Compendium de médecine*, page 580.)

Diagnostic.

La lymphangite naît dans les mêmes conditions pathogéniques que la phlébite; mais elle en diffère par une rougeur striée, réticulée, superficielle, luisante et formant des îlots; par la sensibilité et le gonflement des glandes lymphatiques; par la marche plus lente et le peu d'intensité des symptômes généraux, comparés à la gravité de ceux qui caractérisent la phlébite. L'érysipèle ambulant offre d'autant plus de ressemblance avec la lymphangite qu'il se comporte absolument comme elle, et a été considéré, par plusieurs auteurs, comme une véritable lymphatite cutanée, ou une phlébite de la peau. Quoi qu'il en soit, l'étendue, la marche progressive et l'absence de ganglions suffiraient pour faire reconnaître l'érysipèle.

Pronostic.

La *gravité* du mal est subordonnée à la cause qui lui a donné

naissance, et aux maladies deutéropathiques qui viennent le compliquer. Une lésion traumatique simple n'offre aucune gravité; mais, si quelque matière septique, purulente ou virulente a pénétré dans la circulation, l'empoisonnement du sang, qui survient alors, expose les sujets à une affection ataxo-adynamique mortelle. Le danger est également imminent dans les cas où il se fait une phlébite, un phlegmon, des abcès profonds, et des symptômes généraux qui annoncent la pyémie ou l'infection septique.

De quelques espèces de lymphangite.

La *lymphangite interne*, c'est-à-dire développée dans les vaisseaux d'un viscère, du poumon, du foie, des reins, est tellement obscure, que nous ne ferons que la mentionner. Celle de l'utérus ou plutôt des lymphatiques du bassin a été étudiée, surtout dans ses rapports avec la fièvre puerpérale. En effet, elle semble avoir été la lésion prédominante dans certaines épidémies, dont nous nous occuperons ailleurs. (Voyez *Maladies puerpérales*). Seulement nous devons dire, sur-le-champ, que les uns l'ont considérée comme la cause de la fièvre puerpérale, tandis que d'autres n'y ont vu qu'une phlegmasie causée par elle dans les lymphatiques comme elle en produit souvent dans l'utérus, le péritoine ou les veines. L'histoire des lymphangites viscérales se confond avec celle des lésions propres aux organes. C'est à grand'peine qu'on est parvenu à séparer la phlébite des veines du foie des autres maladies de cette glande. Un pareil travail n'est pas encore fait pour les lymphatiques des autres organes.

Lymphangite chronique.

La *lymphangite chronique* est inconnue. On lui a rapporté l'induration, la dilatation, la suppuration qu'on a rencontrées avec d'autres altérations, telles que l'œdème, le cancer, l'hypertrophie.

Traitement.

Traitement. — Le traitement *local* et le général sont identiques à ceux que nous avons indiqués en parlant de la phlébite. (Voyez ce mot.)

Bibliographie.

Bibliographie. — Les meilleures monographies à consulter sont celles de : Andral, *Recherches pour servir à l'histoire des maladies du système lymphatique*, *Archiv. génér. de méd.*, t. VI, p. 502, 1824. — *Anatomie pathologique*, t. II, 1829.—Velpeau, *Arch. génér. de méd.*, t. VIII et X, 1836. — Turrel, *Essai sur l'angioleucite*, thèse, Paris, n° 71, 1844.

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE.

Divisions. — L'ordre naturel qu'il convient de suivre et qui est d'ailleurs adopté dans tous les livres est le suivant : I. *Maladies des*

fosses nasales; — II. *du larynx;* — III. *des bronches;* — IV. *du tissu pulmonaire;* — V. *de la plèvre.*

MALADIES DES FOSSES NASALES.

Elles comprennent : 1° l'*hypérémie de la membrane muqueuse;* — 2° le *coryza;* — 3° l'*ozène;* — 4° l'*épistaxis.*

HYPÉRÉMIE DES FOSSES NASALES ET RHINORRHÉE.

Définition.

Hypérémie et rhinorrhée.— On ne devrait désigner sous le nom de coryza que la phlegmasie aiguë et chronique de la membrane interne des fosses nasales. Mais ce mot a fini par comprendre les hypérémies et les flux catarrhals de tout genre, par cause locale et générale. Nous nous efforcerons d'indiquer séparément, quoique rapidement, ces maladies différentes, dont l'histoire, pleine d'intérêt et d'applications de tout genre, n'a pas encore été envisagée comme nous comptons le faire dans cet article. Parlons d'abord de l'hypérémie.

Étiologie.
Hypérémie idiopathique.

Causes. — Placées à la partie supérieure des voies respiratoires, auxquelles elles servent de vestibule, les fosses nasales se congestionnent avec une promptitude extrême sous l'empire d'un air froid et surtout humide, et de toutes les causes qui tendent à abaisser la température extérieure, par conséquent à agir sur celle du corps de l'homme, surtout des pieds, des mains et de l'extrémité céphalique. Il en résulte très-souvent une hypérémie sécrétoire qui supplée à la diminution d'activité des fonctions cutanées, et qui peut aller jusqu'à l'inflammation ; mais celle-ci est plus rare qu'on ne le croit généralement. Notons encore la fréquence de ces hypérémies chez les hommes dont l'esprit est incessamment occupé, qui font un usage fréquent et prolongé de leur voix, dont le crâne est dépourvu de cheveux, etc.

Hypérémie sympathique ;

L'*hypérémie sympathique* se lie intimement, sous le rapport étiologique, au précédent. Elle n'est le plus ordinairement qu'une hypérémie fluxionnaire, sécrétoire, succédant à un autre flux ; c'est ainsi, par exemple, qu'agissent la suspension et la suppression de la sueur des pieds normale ou pathologique, d'un flux intestinal, d'une transpiration abondante provoquée par la marche ou tout autre exercice musculaire.

hypérémie symptomatique;

La plus importante de toutes les hypérémies avec rhinorrhée est

celle qui n'est qu'une détermination morbide locale d'une diathèse. On l'observe bien souvent : 1° au début et dans le cours des fièvres exanthématiques, de la rougeole, de la variole, et spécialement dans la fièvre typhoïde; — 2° dans les fièvres catarrhales (grippes et bronchites épidémiques), dont elle constitue l'élément essentiel et prédominant avec l'hypérémie laryngo-bronchique; — 3° dans la coqueluche et toutes les formes catarrhales aiguës et chroniques des maladies des bronches; — 4° dans les diathèses scrofuleuse, tuberculeuse et dartreuse, dont elle est une des congestions locales les plus constantes; — 5° dans le rhumatisme, qui à chaque instant se traduit par des mouvements fluxionnaires vers les membranes muqueuses, la peau et les muscles; — 6° dans la pléthore; — 7° dans la syphilis, indépendamment de toute lésion ulcéreuse de la membrane ou des os du nez; — 8° dans l'impaludisme.

des maladies générales.

A côté de ces hypérémies viennent se placer celles qui sont déterminées par la gêne passagère ou constante de la circulation cardiaque et par toutes les causes locales qui retardent la circulation céphalique, etc.

Dans quelques maladies locales.

Symptômes. — La maladie est accompagnée de symptômes généraux de céphalalgie, de migraine, de fièvre, de brisement des membres, d'anorexie, de soif. Quand elle se lie à une maladie générale, catarrhale ou autre, il faut attribuer à celle-ci, plutôt qu'à la lésion locale, les troubles généraux qu'on observe alors. Les signes locaux de l'hypérémie sont d'abord un chatouillement incommode qui excite un éternuement plus ou moins répété. Il tient, comme l'enchifrènement, au gonflement de la membrane muqueuse qui s'oppose complétement ou incomplétement au passage de l'air. Sans importance chez l'adulte, cet obstacle est plus sérieux chez le nouveau-né, parce que celui-ci ne peut plus saisir ni garder, dans sa bouche, le sein de sa nourrice.

Symptômes généraux.

Locaux.

Dans la période congestionnelle, la tunique muqueuse est sèche; mais souvent en quelques heures, en un jour et plus, elle sécrète une quantité variable de matière liquide : tantôt une sérosité acide, limpide comme de l'eau de roche, s'écoule en abondance, de manière à mouiller plusieurs mouchoirs, en quelques heures; tantôt il se forme une matière muqueuse, transparente, rare et tenace, ou copieuse, remplacée plus tard par un mucus opaque, verdâtre, blanc, jaunâtre, consistant et abondant. La sympathie qu'éprouvent la membrane muqueuse oculaire et l'appareil lacrymal donne naissance à la congestion de ces mêmes tissus. Les yeux sont alors rouges, tuméfiés, et

Signes de l'hypercrinie nasale.

laissent échapper une grande quantité de larmes, surtout pendant et après l'éternuement. L'odorat est aboli.

Marche aiguë, intermittente.

L'hypérémie affecte une marche aiguë : elle se dissipe en plusieurs jours, à moins qu'elle ne soit symptomatique. Souvent elle récidive avec une fréquence et une opiniâtreté qui la rendent très-incommode, et en font une véritable maladie pour laquelle le médecin est sérieusement consulté.

Traitement.

Traitement. — Il repose entièrement sur les trois divisions fondamentales que nous avons établies. L'*hypérémie idiopathique* exige le rétablissement de la transpiration, à l'aide de boissons chaudes aromatiques, diaphorétiques, de la sudation seule ou, ce qui vaut encore mieux, suivie de douches froides (hydrothérapie). On s'attache, dans la forme sympathique, à rappeler l'hypérémie sécrétoire, le flux dans son siége primitif, à révulser, à produire un flux analogue sur la peau, par les moyens précédents; sur les membres inférieurs, par la sinapisation; sur l'intestin, par les purgatifs et même les drastiques.

De l'hypérémie idiopathique ;

2° sympathique.

Utilité du sous-nitrate de bismuth.

Quand l'hypérémie ne paraît se rattacher à aucune lésion et n'être que le résultat d'une hypercrinie; quand elle affecte une forme chronique et récidive sans cesse, nous nous sommes heureusement servi du sous-nitrate de bismuth mêlé à la poudre de mélilot. On fait priser habituellement, et un grand nombre de fois chaque jour, cette poudre qui a guéri, sous nos yeux, des congestions nasales qui avaient résisté à toutes les médications locales et générales.

Traitement de l'hypérémie symptomatique.

Nous n'avons pas besoin de dire que la congestion symptomatique ne peut guérir que quand on en connaît bien la cause. A celles qui dépendent d'un rhumatisme, de la scrofule, de la syphilis, de l'intoxication paludéenne, etc., vous opposerez le traitement spécial de chacune de ces maladies. Les antistrumeux, l'huile de foie de morue, les toniques, réussissent chez le scrofuleux, l'iodure de potassium chez le syphilitique et le tuberculeux, le quinquina dans l'hypérémie paludéenne, etc.

CORYZA.

Synonymie.

Synonymie. — Dérivé de κόρυζα, inflammation de la membrane nasale, rhume de cerveau, catarrhe nasal, enchifrènement, rhinite.

Après ce que nous venons de dire de la congestion des fosses nasales, il nous reste peu de chose à dire du coryza, qu'on a toujours confondu, dans une même description, avec l'hypérémie des fosses

nasales. On sait du reste combien il est difficile de distinguer l'hypercrinie des membranes muqueuses d'avec leur inflammation.

Étiologie.

Causes.—Une véritable phlegmasie peut se développer sur elles par voie de continuité, à la suite d'un erysipèle facial, d'une angine pharyngée ou d'une laryngo-bronchite qui remontent vers les parties supérieures. Elle peut se montrer aussi autour des pustules varioliques, comme nous avons pu nous en assurer, par l'autopsie de huit malades atteints de variole; ou être l'effet d'un agent irritant, tel qu'un gaz, des poudres introduites accidentellement ou volontairement dans le nez. Il est plus difficile d'indiquer les causes indirectes du coryza, sans faire reparaître celles qui président au développement de l'hypérémie et de l'hypercrinie, auxquelles nous renvoyons.

Causes du coryza idiopathique.

Symptômes et marche.

Les *symptômes* sont exactement les mêmes dans les deux maladies : le coryza a une durée très-courte, mais il est sujet à récidiver un grand nombre de fois, à devenir chronique pendant plusieurs mois, plusieurs années. C'est alors qu'il détermine des éternuements fréquents, un enchifrènement presque continuel, l'altération du timbre de la voix, l'impossibilité de respirer par le nez; ce qui force le malade à dormir la bouche ouverte, dessèche fortement le larynx et toute la membrane muqueuse de la bouche. Le coryza chronique détermine un autre symptôme dont ne s'aperçoivent pas toujours les malades, nous voulons parler de l'odeur fade, marécageuse ou même fétide que porte avec lui l'air qui sort des fosses nasales et qu'on sent parfaitement à distance. Le flux nasal, parfois nul dans ces conditions morbides, est souvent abondant, muqueux, épais, verdâtre ou jaunâtre et imprégné d'une odeur fétide.

Coryza chronique. Ses signes.

L'appareil de symptômes dont nous venons de parler se retrouve spécialement dans le *coryza chronique*, symptomatique de toutes les grandes diathèses. Quand on le voit persister sur un malade, malgré le traitement mis en usage, on peut être sûr qu'il est sous la dépendance d'une affection scrofuleuse, herpétique, dartreuse, syphilitique, ou du rachitisme.

Traitement. — (Voyez *Hypérémie.*)

OZÈNE.

De ὄζειν, sentir mauvais; — punaisie, coryza chronique.

On appelle ainsi l'ulcération chronique des fosses nasales caractérisée par l'abolition de l'odorat, la fétidité de l'air expiré, et un flux nasal mucoso-purulent parfois peu abondant.

Symptômes.

Les mêmes causes produisent le coryza chronique et l'ozène; cependant celles qui le déterminent le plus ordinairement sont la scrofule, la syphilis, les altérations des os du nez, qui en dépendent, les éruptions dartreuses, impétigineuses, le rhumatisme. L'affaissement des os, l'élargissement du nez, son peu de hauteur, l'étroitesse et l'élévation de la voûte palatine, qui rétrécit les fosses nasales, joints aux signes habituels de la scrofule et de la syphilis, font reconnaître les *punaisies spécifiques*. Elles enlèvent aux malades, complétement ou incomplétement, la propriété de sentir les odeurs. Leurs signes les plus certains sont l'enchifrènement chronique rebelle, le saignement de nez, la coloration du mucus nasal par des stries de sang, la rougeur livide de la membrane muqueuse, et surtout l'ulcération qu'on aperçoit, par l'ouverture nasale, soit sur la cloison, soit sur la paroi externe.

Traitement : interne;

Traitement. — Le traitement général de la diathèse doit précéder et accompagner avant tout l'emploi des topiques. Celui de la scrofule, des dartres et des diathèses opère souvent la guérison à lui seul.

externe.

Dans ces cas et dans d'autres, les ulcérations peuvent persister; on doit alors les combattre à l'aide d'injections bien faites avec l'eau chlorurée, la solution de deuto-chlorure de mercure ou de nitrate d'argent. On porte ce dernier médicament avec une petite éponge ou un pinceau de charpie. Le traitement le plus facile et le plus efficace, suivant nous, consiste à faire priser tous les jours, trente ou quarante fois, une poudre impalpable de sous-nitrate de bismuth, rendue odorante au moyen de la poudre de mélisse ou de la fève de Tonka. Si le malade a soin de faire pénétrer cette substance jusque dans l'arrière-gorge, l'odeur fétide disparaît à l'instant même, et la guérison ne tarde pas à s'effectuer dans l'espace de quinze jours à deux mois. Nous avons vu disparaître, à l'aide de cette médication que nous avons proposée le premier, des punaisies scrofuleuses, lymphatiques, syphilitiques même, qui avaient été combattues longtemps et sans succès, par la solution de deuto-chlorure et par le calomélas en poudre. Des filles, que cette horrible infirmité condamnait au célibat, en ont été délivrées pour toujours et d'une façon inattendue. Elles ont même pu se marier. Nous pouvons donc recommander sûrement ce topique précieux, auquel nous ne saurions assimiler aucun autre médicament.

Injection chlorurée, mercurielle.

Sous-nitrate de bismuth.

ÉPISTAXIS.

Épistaxis, subst. fém., dérivé de ἐπὶ, sur, στάζειν, tomber goutte à goutte. **Étymologie.**

L'hémorrhagie par la membrane muqueuse des fosses nasales constitue la maladie qu'on appelle épistaxis. **Définition.**

On ne peut attribuer cette hémorrhagie, si intéressante au point de vue étiologique, diagnostique et pronostique, qu'à trois ordres de causes : 1. à une lésion de la membrane qui fournit le sang ; 2. à une maladie de ce liquide ; 3. à un simple trouble dynamique des capillaires, peut-être des nerfs vaso-moteurs. Les premières sont les épistaxis symptomatiques d'une maladie du solide ou du sang ; les autres sont idiopathiques et sympathiques. On ne peut plus présenter aujourd'hui l'histoire de l'épistaxis comme on l'écrivait il y a quelques années encore, et comme si elle était une seule et même maladie. **Division des épistaxis.**

I. Épistaxis symptomatique d'une lésion du solide. — Il suffit que la membrane interne si friable et si vasculaire des fosses nasales soit lésée pour qu'il s'en écoule des quantités variables de sang. Ainsi agissent le ramollissement chronique, l'ulcération, les polypes, les tumeurs épithéliales, cancéreuses, l'eczéma, l'impétigo, puis, à titre de lésion locale, les ulcérations de la morve, du charbon et de la syphilis. L'érysipèle, en se propageant dans le nez, y excite fréquemment l'épistaxis. Ces maladies agissent aussi en vertu de l'altération du sang qui est un de leurs éléments essentiels. **I. Épistaxis symptomatique :** d'une lésion matérielle du solide ;

Il est rare que l'épistaxis soit le seul effet du ralentissement du sang causé par une lésion des orifices du cœur. Le sang, après avoir stagné quelque temps dans les capillaires, y subit très-probablement une altération qui concourt à le faire sortir de ses vaisseaux propres. Cependant la congestion mécanique paraît avoir la plus grande part dans la production des épistaxis qu'on observe dans la maladie bleue, après les cris violents et prolongés, les efforts d'un accouchement laborieux, après les accès de toux de la coqueluche, de la grippe, ou d'une bronchite intense, dans la dyspnée, l'asthme, les épanchements de la plèvre, et surtout dans le cours et à la fin de la phthisie pulmonaire. La gêne de la petite circulation suivie de celle de la grande est-elle l'unique cause de ce symptôme ? Il est permis d'en douter. Nous le retrouvons dans la diphthérite pharyngée et nasale, dans les angines d'une gêne cardiaque et capillaire de la circulation. Maladies du cœur, dyspnée, etc. Diphthérie.

couenneuse et gangréneuse. Il y a là autre chose qu'un ramollissement de la membrane muqueuse et une déchirure de ses vaisseaux.

Symptômes purement locaux.

Toutes les épistaxis de cette classe sont marquées par un écoulement sanguin peu abondant de quelques gouttes qui tachent le mouchoir, et se montrent à des époques plus ou moins rapprochées. Le sang se mêle aux produits morbides dont la maladie du nez provoque sans cesse l'expulsion (mucus, pus, sérosité). Aucun symptôme général ne vient s'y ajouter, à moins qu'il n'existe en même temps une de ces grandes diathèses dont la lésion de la membrane muqueuse est l'effet éloigné.

II. Épistaxis par lésion du sang.

II. Épistaxis symptomatique d'une altération du sang. — On trouve à chaque instant cette hémorrhagie : 1° dans la pléthore, chez les hommes robustes et les jeunes sujets ; — 2° dans l'état scorbutique en même temps que des ecchymoses, du purpura et d'autres hémorrhagies par différentes voies. Tout nous porte aussi à croire que la lésion du sang est la cause des épistaxis dont nous avons, le premier, signalé la fréquence extrême dans les maladies du foie, l'hépatite, la cirrhose, le cancer, l'ictère grave hémorrhagique (*des Hémorrhagies produites par les maladies du foie, in Archives générales de médecine,* page 641, juin 1854). Telle est encore l'origine probable de l'épistaxis qu'on observe dans toutes les formes graves et malignes des exanthèmes, de la variole, de la rougeole, de la scarlatine, dans les typhus, la fièvre typhoïde, la fièvre intermittente pernicieuse, etc. Sans même que le sang paraisse sensiblement altéré, on voit l'épistaxis constituer le symptôme ordinaire et prodromique de la rougeole. Elle est aussi le meilleur signe du scorbut, de la leucocythémie, de la cachexie paludéenne, de celle qui tient à une lésion du foie, de la rate, ou due à l'altération du sang, si commune dans la diphthérie croupale.

Épistaxis de la pléthore;

Dans le cas où le sang est riche, abondant comme dans la pléthore, il se fait une hypérémie céphalique ; la rougeur faciale, le battement des artères, l'activité de la circulation cérébrale, la pesanteur de tête, la céphalalgie, les vertiges, etc., sont les signes de ce molimen hemorrhagium. Le sang s'écoule avec force et abondance ; il est vermeil, se prend facilement en caillots ; parfois il est difficile de l'arrêter. Les hémorrhagies nasales supplémentaires ou critiques s'accompagnent des mêmes symptômes d'hypérémie sthénique et d'une fièvre en quelque sorte physiologique. Au contraire, lorsque le sang est altéré, fluidifié, retenu avec peine dans ses vaisseaux, il s'échappe lentement, en petite quantité à la fois, mais souvent. A la

dans les états scorbutiques.

longue ce suintement d'un sang noirâtre, visqueux, non coagulable, très-fluide, séreux, vermeil, finit par affaiblir profondément le malade. Il tombe dans un état de chloro-anémie et de débilité qui accroît encore l'intensité de la maladie générale. Il est facile au praticien d'imaginer toutes les variations de quantité et de qualité de ce sang nasal : tantôt il s'écoule par l'ouverture postérieure du nez et tombe dans le pharynx, comme chez les typhiques, les scorbutiques qui restent couchés ; tantôt il se fait goutte à goutte (σταλαγμός) ou en nappe et ne peut se coaguler à l'entrée des fosses nasales. Dans tous les cas, la vie du sujet est sérieusement menacée ; souvent il s'affaiblit à un tel degré, qu'il ne revient que difficilement à la santé. La disposition diathésique héréditaire qui donne lieu à des hémorrhagies par différentes voies (hémorrhaphylie) provoque surtout l'épistaxis. Jamais la chloro-anémie, ni la cachexie, à moins que l'albumine ou la fibrine ne soient elles-mêmes atteintes, n'engendrent l'épistaxis.

Quantité, qualité et mode d'écoulement du sang.

Il est facile de retrouver, dans cette classe d'hémorrhagies nasales, celles qui ont reçu le non d'*actives* et de *passives*. Cette division surannée ne saurait convenir aujourd'hui. En effet, nous voyons les altérations du sang produire l'une et l'autre : l'activité et la passivité appartiennent à la maladie du sang aussi bien qu'à celle du solide. Seuls les symptômes de force ou de faiblesse pourraient légitimer une telle division, mais ils n'indiquent que l'état général de l'organisme, ce qui n'est pas suffisant pour l'étiologie des hémorragies. Sans doute les épistaxis s'accompagnent des signes, soit de sthénie, soit d'asthénie, dont il faut tenir grand compte pour le traitement ; mais, avant tout, il faut remonter jusqu'à la cause, à la maladie du solide, du sang, ou au trouble dynamique qui les provoque. (Voyez *Pathologie générale*, tome II, page 355, 1857.) Il résulte de ce que nous venons de dire que les symptômes de l'épistaxis sont trop variables pour être indiqués d'une manière générale.

De l'activité et de la passivité.

Critique de cette division.

Symptômes des épistaxis de cette classe.

III. Épistaxis dynamique ou idiopathique, essentielle. — On donne ce nom à l'hémorrhagie qu'aucune lésion locale du solide ou du sang ne peut expliquer. On est porté à croire qu'un dérangement des fonctions des nerfs vaso-moteurs a lieu, en pareilles circonstances. Le trouble de la circulation est idiopathique, *solitaire* et *protopathique;* dans le *sympathique*, il est deutéropathique et succède à l'action réflexe de la moelle excitée par la lésion d'un organe plus ou moins distant.

III. Épistaxis dynamique essentielle, (*a*) idiopathique, (*b*) sympathique.

L'épistaxis se rattache à un simple trouble dynamique chez les

Causes.

Épistaxis idiopathique.

jeunes sujets parvenus à l'époque de la puberté, chez les filles non encore ou mal réglées, sous l'empire d'une forte contention d'esprit, d'une émotion morale subite, de l'insolation, d'une température élevée, naturelle ou artificielle. On sait que l'épistaxis idiopathique est très-fréquente chez les sujets de douze à quinze ans, rare, au contraire, chez les vieillards.

2° Épistaxis sympathique, supplémentaire; critique.

La *sympathique* apparaît quelquefois sous l'influence d'un travail physiologique qui s'établit dans les organes génitaux, chez l'homme, et surtout chez la femme, à l'époque de la menstruation : travail analogue à celui dont l'organe vocal est le siége. Quelquefois elle est supplémentaire des règles supprimées ou qui coulent mal, irrégulièrement, ou d'un flux sanguin par l'anus, par l'intestin, etc. Si les hystériques et les sujets nerveux y sont plus exposés que d'autres, il faut s'en prendre à la perturbation que subissent, chez eux, le système nerveux et les nerfs vaso-moteurs des vaisseaux de la membrane de Schneider. Modérateurs et excitateurs de la circulation capillaire, ils laissent exsuder le sang quand il existe une altération de ce liquide ou seulement de l'innervation. Du reste, ce n'est pas dans ces conditions morbides seules qu'un tel effet se produit; il est probable qu'il concourt également aux hémorrhagies des fièvres typhiques, du scorbut, des fièvres pétéchiales et des marais, etc., etc.

Rôle des nerfs vaso-moteurs.

Épistaxis mixtes.

L'épistaxis intermittente, signalée par quelques observateurs, peut être rattachée à une altération du sang ou à un état purement dynamique. Il serait impossible de classer toutes les épistaxis : leur nature est souvent inconnue. D'ailleurs la lésion du solide, du sang et des nerfs intervient dans des proportions diverses. Sous le rapport étiologique, l'épistaxis, comme tant d'autres hémorrhagies, laisse beaucoup à désirer.

Symptomatologie.

Symptômes. — Les uns sont locaux, les autres généraux. L'écoulement de sang par l'ouverture antérieure ou postérieure des fosses nasales, voilà le seul signe local commun à toutes les épistaxis de cette classe. Nous y retrouvons, comme dans l'hémorrhagie pléthorique : 1° les signes de l'hypérémie nasale et céphalique; — 2° l'excitation vasculaire générale qui accompagne les congestions idiopathiques, supplémentaires ou critiques; — 3° la nature et la qualité du sang fourni par les fosses nasales. Ce qui les caractérise mieux encore, c'est l'absence des symptômes généraux, graves, ataxiques et adynamiques qu'on observe dans les maladies générales, dont les épistaxis de la deuxième classe sont le caractère fréquent.

Traitement.

Traitement. —S'il est nécessaire d'avoir une notion exacte de la

cause des maladies pour les traiter avec quelque succès, c'est surtout dans les hémorrhagies. En effet, le traitement ne peut être dirigé avec intelligence, si l'on ignore la cause et la nature de l'épistaxis; l'une s'arrête par un traitement local, l'autre exige une médication générale, une troisième doit être respectée.

Indications dans l'épistaxis symptomatique.

1° Dans l'épistaxis symptomatique d'une lésion locale, le traitement se confond avec celui de la maladie, à moins que l'hémorrhagie ne soit considérable, auquel cas on a recours : — 1° à des lotions et injections avec l'eau froide; — 2° avec des liqueurs astringentes (vinaigre, jus de citron, d'orange, ratanhia, perchlorure de fer, sels de plomb) : elles ont une grande efficacité lorqu'elles sont bien faites; — 3° un moyen qui nous a presque toujours réussi consiste dans l'emploi de la poudre de sous-nitrate de bismuth qu'on fait priser, un grand nombre de fois dans la journée, ou qu'on insuffle quand le malade est trop affaibli pour faire des inspirations profondes. Il est inutile d'ajouter que la cautérisation de l'ulcère, l'extraction d'un polype ou de toute autre tumeur, sont le seul traitement efficace des hémorrhagies qui tiennent à des causes de ce genre.

Injection avec des liqueurs astringentes.

Sous-nitrate de bismuth.

Indications dans l'épistaxis symptomatique d'une lésion du sang; dans la pléthore;

2° L'épistaxis symptomatique d'une altération du sang réclame un tout autre traitement, suivant qu'elle est liée à la pléthore, ou à un état scorbutique, de dissolution du sang. Dans le premier cas, tout ce que peut faire le médecin, c'est de modérer l'hypérémie, de la diriger, mais non de l'arrêter, si elle est supplémentaire ou critique, et d'en prévenir le retour en éloignant les causes de la pléthore (voyez *Maladies du sang*). On trouve dans la seconde espèce d'épistaxis des écoulements abondants ou très-faibles, mais alors sujets à récidiver, incoercibles, qui amènent une débilité profonde, dont il importe de se rendre maître, dès le début, tantôt à l'aide des lotions et injections indiquées plus haut, de la poudre de bismuth, et surtout du tamponnement méthodique pratiqué de bonne heure. Qu'on songe bien que la maladie générale, dont l'épistaxis est le symptôme, s'aggrave singulièrement si on laisse perdre au malade quelques gouttes de son sang. En général, on tamponne trop tard et lorsque le sujet est déjà privé d'une grande quantité de cette précieuse liqueur.

dans les maladies hémorrhagiques

Tamponnement.

Traitement général.

Il est évident qu'au-dessus de ce traitement local doit être placé celui qui a pour but de tonifier l'organisme et de rendre au sang une constitution meilleure. Les antiscorbutiques, les amers, le quinquina, le vin, les aliments, parfois les ferrugineux, sont utiles dans les cas de ce genre. Le traitement d'ailleurs ne saurait différer, en aucune manière, de celui qui convient à la maladie principale. L'épistaxis

d'une fièvre typhoïde, d'un typhus, d'un scorbut, d'une diphthérie, etc., ne peut être heureusement modifiée qu'à l'aide de la médication dirigée contre la maladie principale.

CHAPITRE VI.

MALADIES DU LARYNX.

Divisions. Les maladies du larynx, auxquelles nous réservons une description spéciale, sont : — 1° l'*hypérémie;* — 2° la *phlegmasie aiguë et chronique;* — 3° les *ulcérations;*—4° l'*œdème de la glotte;* — 5° les *névroses*, et en particulier le *spasme laryngien*. L'histoire du croup ne saurait trouver place parmi les maladies locales du larynx ; bien qu'il ne soit qu'une phlegmasie pseudo-membraneuse de l'organe, il est tellement lié à la maladie générale qu'on appelle la diphthérie, qu'il est impossible de l'en séparer. (Voyez *Maladies générales, diphthérie.*)

HYPÉRÉMIE DU LARYNX.

Définition.— On s'étonne de ne pas trouver dans les ouvrages la description de cette maladie qui est très-commune, et qu'on a confondue avec la laryngite. Il n'est pas facile d'en présenter séparément l'histoire; nous allons cependant le tenter.

Divisions. Nous examinerons successivement : 1° l'hypérémie symptomatique d'une lésion du solide ou du sang; — 2° l'hypérémie idiopathique, qui comprend l'angine striduleuse.

1° Hypérémie symptomatique d'une maladie du solide ou du sang. Hypérémie mécanique,

I. Hypérémie laryngienne symptomatique d'une maladie du solide ou du sang. — La congestion dont la cause est la plus limitée est celle qui tient à une maladie des orifices du cœur ou des gros vaisseaux et à la gêne qu'éprouve le sang dans tout l'appareil respiratoire. L'emphysème, la pneumonie, la phthisie, exercent une action du même genre. Cette congestion n'est pas toujours purement mécanique, comme on serait tenté de le croire; elle tient aussi à l'altération du sang et à l'hématose qui se fait mal. On peut attribuer à une cause de cette espèce les hypérémies laryngées, qui ne

sont pas rares chez les individus adonnés aux alcools, atteints de morve, de farcin, de syphilis même, sans qu'il existe d'autre lésion que l'hypérémie. par altération du sang.

On la voit former un élément morbide très-commun : — 1° dans les exanthèmes, la rougeole, la scarlatine et la variole : souvent la perte de la voix, sa raucité, ne tiennent pas à d'autre cause ; — 2° on l'observe aussi dans les fièvres continues, la fièvre typhoïde, le typhus, les maladies bilieuses, la fièvre catarrhale, la grippe, les bronchites endémiques ; — 3° dans les maladies diathésiques : rien de si fréquent que de rencontrer cette hypérémie chez les rhumatisants. Sans cause, sans refroidissement appréciable, parfois même après avoir été exposé à une température élevée, la membrane interne du larynx se congestionne fortement, le malade perd la voix, tousse incessamment, rend des crachats muqueux, etc. La diathèse tuberculeuse détermine, plus que toute autre, le même effet dans tout le cours de la phthisie pulmonaire, sans qu'on puisse considérer la congestion comme de nature inflammatoire. Congestions exanthématiques ; dans les fièvres continues ; dans le rhumatisme.

Voici le caractère des hypérémies de cette première classe. La membrane interne du larynx, des cordes vocales et des ventricules est tuméfiée uniformément, d'un rouge clair ou livide, mais de bonne consistance et sans autre lésion appréciable qu'une coloration rouge donnée par l'injection des vaisseaux. On trouve un modèle de cette hypérémie chez les sujets qui ont succombé à une rougeole, à une fièvre typhoïde ou à quelque maladie toxique. Rougeur cadavérique.

Les symptômes ne sont pas moins caractéristiques. Le mal débute, tout d'un coup, par un picotement laryngien très-incommode que le passage de l'air renouvelle incessamment et qui est suivi de toux sèche et fatigante. Il en résulte aussi une aphonie, un enrouement éphémère ou de peu de durée, de la chaleur à la région du larynx ou le long de la trachée, si l'hypérémie s'étend à cette partie du conduit aérien ; — un peu de douleur en avalant : douleur qui correspond aux parties congestionnées, sur lesquelles les liquides œsophagiens opèrent une certaine pression ; une toux d'abord sèche, rare et déchirante, rapidement suivie d'expectoration de matière muqueuse, puis opaque et puriforme. En trois à quatre jours, l'hypérémie aiguë a parcouru ses deux périodes d'acrinie et d'hypercrinie. Dans la forme chronique, la congestion persiste plusieurs semaines dans le même état, ou en subissant les nombreuses vicissitudes d'accroissement, de diminution qu'on observe dans les différentes phases des fièvres et des diathèses auxquelles se lie la congestion. **Symptômes ;** locaux. **Marche et durée.**

II. Hypérémie idiopathique.

II. Hypérémie idiopathique. — Ce nom convient pour désigner l'hypérémie qui survient subitement chez un sujet en bonne santé, exposé au froid, à un courant d'air rapide, quand le corps est en transpiration, après des cris violents, ou enfin sans cause appréciable. L'hypérémie, qui a reçu le nom d'*angine striduleuse*, est une congestion de cette espèce.

Angine striduleuse.

Angine striduleuse. — *Synonymie.* — Faux croup, laryngite striduleuse, laryngite spasmodique, asthme de Millar, de Wichmann, hypérémie spasmodique.

Définition.

Définition. — Hypérémie catarrhale et convulsive du larynx, fréquente chez les jeunes sujets, marquée par la toux, la raucité de la voix et des accès pendant lesquels l'inspiration devient sifflante, difficile et s'accompagne de suffocation.

Nature.

Deux éléments jouent un rôle essentiel dans cette maladie, la congestion de la membrane muqueuse suivie d'une prompte sécrétion de mucus, et la convulsion sympathique des muscles constricteurs de la glotte. La congestion est prouvée par l'absence des lésions inflammatoires. Nous avons trouvé chez une petite fille âgée de sept ans, atteinte de rougeole bénigne et morte après deux accès de faux croup, une simple rougeur uniforme et sans gonflement notable de la tunique interne du larynx; rien absolument ailleurs. On peut donc affirmer que la convulsion des muscles constricteurs peut à elle seule déterminer la mort : ce qui est cependant le cas le plus rare.

Symptômes.

Symptômes. —La maladie débute subitement par une affection catarrhale, chez des sujets âgés de cinq à huit ans, ou plus jeunes encore, chez les garçons plus souvent que chez les filles. On observe, pendant un jour ou quelques heures, tous les signes d'une hypérémie sécrétoire, le coryza, l'enchifrènement, le larmoiement, la raucité de la voix, la toux, un peu de fièvre, de la moiteur à la peau. Au milieu de la nuit ou dans la soirée, à l'heure habituelle des exacerbations de fièvre catarrhale, le jeune sujet se réveille avec de la toux, de la dyspnée; il se plaint d'étouffer, se place sur son séant et commence à tousser d'une toux rauque, bruyante, clangoureuse, semblable au chant du coq, au cri d'un jeune chien, etc. Cette toux s'entend à de grandes distances et se distingue aisément de la toux basse, rentrée et insonore du vrai croup. La voix a le même caractère ; en même temps, l'accès est interrompu par des inspirations pénibles, retentissantes, sibilantes et tout à fait caractéristiques, qu'on entend aussi de très-loin. Les efforts auxquels se livre le malade pour faire arriver l'air dans le poumon provoquent la rougeur, la tuméfaction du visage

Début par une fièvre catarrhale légère.

Accès de dyspnée spasmodique.

et de tout l'appareil veineux. Les yeux sont brillants, larmoyants, injectés; la peau chaude, le pouls fort et troublé comme dans toutes les suffocations. Quinze à vingt minutes après ou même plus tôt, l'accès cesse, et le malade s'endort paisiblement ou profondément, comme après une grande fatigue. D'autres ont une seconde et une troisième attaque. Il faut s'attendre à voir l'accès reparaître, une ou deux fois, les nuits suivantes, à peu près à la même heure.

Intervalle des accès.

Dans l'intervalle des accès les symptômes sont ceux d'une toux catarrhale légère; la voix est un peu enrouée, l'expectoration muqueuse, catarrhale, peu abondante, parfois nulle; la fièvre manque; l'appétit est souvent nul; on observe les symptômes de la gastricité. Il est rare que la maladie se termine autrement que par résolution et en quelques jours. On peut affirmer que, s'il en a été autrement dans quelques cas rapportés par les auteurs, c'est qu'il existait quelque autre maladie, dont la congestion catarrhale était le symptôme, la détermination morbide la plus légère.

Terminaison.

Diagnostic.

Si la maladie suivait toujours la marche que nous venons d'indiquer, rien ne serait plus facile que de la distinguer du vrai croup. Cependant, lors même que celui-ci débute avec cette instantanéité, il a été précédé de fièvre continue, de catarrhe, de toux, d'altération de la voix, et le plus ordinairement d'angine gutturale simple ou pseudo-membraneuse. Il fait souvent partie d'une affection exanthématique; ce qui est plus rare dans l'hypérémie spasmodique.

Traitement.

Traitement. — Le médecin doit rassurer le petit malade et ceux qui l'entourent; — provoquer la révulsion sur les membres inférieurs à l'aide de sinapismes et de corps chauds; administrer des boissons chaudes, émollientes et aromatiques, une potion avec les eaux distillées antispasmodiques, l'éther, le musc, ou un lavement de valériane. Les parents aiment qu'on agisse dans une maladie qui les a fort effrayés.

Hypérémie essentielle, chez l'adulte.

La membrane interne du larynx se congestionne aussi brusquement chez l'adulte, sous l'influence des causes qui refroidissent la surface cutanée. Il en résulte une hypérémie qui est connue sous le nom d'enrouement, d'enchifrènement des cordes vocales. Le malade est pris tout à coup d'extinction de voix, de chatouillement, de chaleur au larynx, d'une toux fatigante, sèche d'abord, puis catarrhale. Les crachats sont arrondis, opaques, blancs et épais vers la fin; ce qui annonce la solution de la maladie. Elle est sans gravité, peut se répéter souvent et finir par constituer un état chronique assez pénible pour empêcher l'exercice des professions qui exigent un fréquent usage

Ses symptômes.

Sa véritable cause.

de la parole. Une fatigue légère, une conversation animée, l'acte vénérien, suffisent pour ramener l'hypérémie. En pareil cas il existe toujours ou une diathèse tuberculeuse, scrofuleuse, rhumatismale, goutteuse, ou une cachexie dont le médecin doit chercher les principaux traits, s'il veut être éclairé sur le diagnostic et le pronostic d'une hypérémie insignifiante en apparence. Nous l'avons rencontrée plusieurs fois dans les affections chroniques du cœur.

Traitement. Indications.

Traitement. — Il consiste à combattre l'hypérémie locale par une médication composée : 1° d'agents qui excitent les fonctions cutanées solidaires, comme chacun le sait, de celles de la membrane muqueuse des voies respiratoires (boissons chaudes, calorique, sinapisation, etc.); — 2° d'agents médicamenteux dirigés contre la maladie du sang (pléthore, état de dissolution), contre la diathèse et les maladies générales, fébriles ou non, aiguës ou chroniques, sur lesquelles nous avons tant insisté.

LARYNGITE.

Définition.

Définition. — Phlegmasie de la membrane interne du larynx marquée par l'altération de la voix, la rougeur, la sécrétion de mucopus, et rarement par l'exsudat fibrineux.

Divisions.

Divisions. — Cette phlegmasie peut exister : 1° à l'état aigu, à l'état chronique — à titre de maladie protopathique, primaire, simple ; — 2° à titre de maladie deutéropathique, secondaire, comme élément d'une maladie exanthématique, d'une fièvre catarrhale, du rhumatisme, de la phthisie, d'un érysipèle, d'une maladie du sang, de la diphthérie, de la syphilis. Nous décrirons ces deux formes si distinctes de la laryngite aiguë dans deux chapitres. Le troisième sera consacré à la laryngite chronique.

I. Laryngite aiguë protopathique. Lésions anatomiques. Rougeur.

I. Laryngite protopathique simple, aiguë. Altérations anatomiques. — Dans la laryngite érythémateuse, la rougeur occupe isolément ou simultanément l'épiglotte, les ventricules du larynx, les cordes vocales, et surtout ces deux dernières parties. La rougeur s'y présente avec des teintes rosées, vermeilles, uniformes, dues à la fine injection des vaisseaux les plus ténus, qu'on aperçoit en plaçant les membranes sous l'eau. On y découvre ainsi des villosités et un épaississement notable. La tuméfaction est surtout marquée dans les ventricules et à la base de l'épiglotte, où le tissu cellulaire est plus abondant et plus lâche.

Le ramollissement, beaucoup plus rare que la rougeur, est tout à fait superficiel, et semblable à une exfoliation épidermique. Quelquefois de simples ulcérations, petites, allongées, elliptiques, superficielles, se montrent sur les cordes vocales inférieures, et dans les ventricules. Ramollissement; exulcération.

L'exsudation d'une pseudo-membrane, c'est-à-dire de plasma fibrineux, en grains ou en plaques plus ou moins continues, est le résultat ordinaire d'une phlegmasie spécifique, qui sera étudiée ailleurs (voyez *Maladies générales, diphthérie*). Cependant, quoique rarement l'effet d'une phlegmasie commune, l'exsudation plastique peut naître primitivement ou après l'action directe d'un irritant qui a pénétré dans le larynx, et doit être placée parmi les altérations de la laryngite simple. Le produit le plus ordinaire de celle-ci est la sécrétion de mucosités qui tapissent l'intérieur du larynx. Exsudation plastique.

Dans quelques cas où la phlegmasie a été vive, les lésions ne se bornent pas à la membrane muqueuse. On trouve de petits abcès sous-muqueux, à la base de l'épiglotte ou près des ventricules. Parfois le tissu cellulaire s'infiltre de sérosité, dans les mêmes lieux; cette lésion est connue sous le nom d'œdème des lèvres de la glotte. Il tient au travail d'irritation sécrétoire qui se passe dans les capillaires et se produit comme l'œdème qui suit l'érysipèle, l'érythème, ou une brûlure de la peau. Abcès sous-muqueux. OEdème sous-muqueux.

Symptômes. — A moins qu'elle ne soit légère, la laryngite est toujours précédée de tous les symptômes de la fièvre, courbature, frisson, céphalalgie, anorexie, etc. La voix s'altère sur-le-champ; elle est sourde, voilée ou éteinte, accompagnée d'une toux d'abord sèche, fréquente, pénible, ramenée sans cesse par un sentiment de chaleur, de fourmillement ou de picotement laryngien; rauque, étouffée, ou métallique, bruyante; le malade sent au niveau du larynx de la chaleur, de la douleur même, et un déchirement, quand les crachats se détachent de la membrane muqueuse enflammée. Tout exercice du larynx est pénible et douloureux. L'inspiration est quelquefois gênée, accélérée, sibilante. On observe même chez les enfants et les sujets nerveux de la dyspnée et des accès de suffocation, dans la soirée ou la nuit. L'expectoration, nulle pendant la première période, donne issue plus tard à des crachats muqueux, arrondis, marqués d'un point noir, ou jaunâtres, opaques et puriformes. Symptomatologie. Voix, toux. Respiration. Expectoration.

Rien de si variable que la durée et l'intensité de la laryngite. Souvent elle n'est qu'une maladie éphémère, qui retient à peine le malade chez lui. Dans d'autres cas elle occasionne une fièvre intense, **Marche et durée.**

de la dyspnée et de la cyanose. Cette forme se voit surtout chez les enfants, lorsque l'élément nerveux vient compliquer la maladie du larynx.

En général, si les symptômes prennent une grande intensité, surtout pendant la nuit, si la fièvre redouble, on doit craindre quelque complication fâcheuse. Il en est de même si les récidives sont nombreuses. La diathèse tuberculeuse est alors la cause la plus ordinaire qui entretient et ramène ces laryngites.

Étiologie. *Causes.* — Tous les âges et particulièrement les jeunes sujets y sont exposés. Les variations de température, l'humidité, le passage subit du chaud au froid, la pénétration, dans le larynx, de poussières, de vapeurs irritantes, de chlore, d'acide acétique, d'ammoniaque, suffisent pour déterminer une phlegmasie.

Traitement. *Traitement.* — Il doit être antiphlogistique, local et général. Le premier consiste dans l'emploi de révulsifs tels que la sinapisation sur le devant du cou et l'application de cataplasmes simples ou rendus narcotiques avec le laudanum. L'ipécacuanha, à dose vomitive, ou le tartre stibié sont utiles quand le larynx a de la peine à se délivrer de ses mucosités, et surtout quand un état gastrique ou une angine tonsillaire coexistent. Les boissons chaudes, aromatiques ou émollientes, le séjour au lit ou à la chambre, dans une température égale, aident beaucoup à la solution de la maladie.

II. Laryngite deutéropathique,

II. Laryngite deutéropathique, ou secondaire. — Plus nombreuses et plus intéressantes que les laryngites protopathiques, les secondaires ou deutéropathiques sont celles qui caractérisent la rougeole, la grippe, la fièvre catarrhale, dont elles sont l'énanthème. Cette laryngite acquiert souvent une intensité telle qu'elle devient une complication pénible, comme chez les varioleux dans le larynx desquels les pustules ont pénétré. Telle est encore la cause de la toux, de la raucité de la voix, de l'aphonie qu'on observe chez les sujets atteints d'érysipèle de la face, de rhumatisme. La laryngite rhumatismale, non signalée par les auteurs, est cependant une forme remarquable de phlegmasie superficielle et mobile, que nous avons observée plusieurs fois. De toutes les maladies des voies respiratoires, la phthisie est celle qui agit le plus sur la production de la laryngite ; nous avons dit que parfois elle ne faisait qu'hypérémier la membrane muqueuse. La syphilis, la scrofule, entre autres déterminations morbides, produisent de véritables laryngites aiguës, opiniâtres, qui résistent jusqu'à ce que le traitement ait fait justice de la diathèse, ou l'ait améliorée. Dans quelques cas la phlegmasie résulte de la propagation,

dans la rougeole, la variole ;

l'érysipèle, le rhumatisme.

Phthisie.

Laryngite par continuité.

par continuité, d'une angine pharyngée, d'une rhinite, d'une stomatite aiguë, causée par une liqueur bouillante, etc.

Les symptômes de toutes ces laryngites secondaires ne diffèrent pas de ceux que nous avons signalés en traitant de la forme protopathique : seulement il faut y apporter plus d'attention, parce qu'ils sont masqués par les signes plus saillants et plus graves de la maladie primaire. Symptômes.

Laryngite chronique. — *Définition.* — Il est impossible de maintenir, dans la description de la laryngite chronique, les hypérémies dont nous avons déjà présenté l'histoire, les ulcérations, les plaques muqueuses syphilitiques, les végétations de tout genre, les caries et les nécroses scrofuleuses. Les seules altérations qui doivent servir à la caractériser sont la rougeur, les abcès sous-muqueux, les ulcérations, le ramollissement, l'induration de la membrane interne et les désordres qu'on observe dans les tissus sous-jacents. Ces lésions, ordinairement secondaires, dépendent presque toujours d'une maladie générale, d'une diathèse tuberculeuse ou scrofuleuse. Elles ont été réunies sous le titre fort incertain de laryngite chronique. Rappelons encore une fois de plus qu'on a désigné ainsi des lésions d'origines très-différentes, et que l'époque est peu éloignée où on les rattachera à chaque diathèse. **Définition.** Véritable sens qu'on doit donner à ce mot.

Altérations anatomiques. — Une rougeur uniforme, foncée, livide, occupe les deux faces de l'épiglotte, le larynx en totalité, ou seulement les cordes vocales et les ventricules. Elle est plus marquée en quelques points que dans d'autres, accompagnée d'épaississement, de ramollissement, parfois de granulations blanches ou rouges, plus ou moins saillantes, qui correspondent à des follicules muqueux enflammés. Des taches rouges ou livides, véritables ecchymoses dues à la transsudation du sang, se montrent çà et là sur la membrane muqueuse hypérémiée. Le ramollissement, l'induration et la teinte grise ardoisée ou noire, sous forme de plaques, de stries, constituent des altérations communes à l'état chronique. **Lésions anatomiques.** Rougeur. Tuméfaction. Ecchymoses.

La plus fréquente est l'ulcération : tantôt rouge, injectée, elle n'atteint que la superficie du derme et les follicules muqueux, en particulier; tantôt elle pénètre assez loin dans la membrane muqueuse. Le siége des ulcérations est, suivant leur ordre de fréquence, l'angle formé par la réunion des cordes vocales, ces cordons eux-mêmes, leur partie postérieure, le cartilage aryténoïde, le bord supérieur du larynx, l'épiglotte. On les rencontre au nombre de dix à douze et plus; elles sont petites, arrondies ou linéaires. Dans d'autres cas, Ulcération. Siége. Forme.

Nombre. au contraire, il n'en existe qu'une seule, oblongue, ovalaire, irrégulière, à bords saillants, hypertrophiés, rouges ou ardoisés, saignants, décollés, arrondis ou taillés à pic. Quelquefois l'ulcère comprend toute une corde vocale qui est détruite, en partie, et s'étend jusque dans le ventricule. Le fond est constitué par la membrane rouge, boursouflée, saignante, par des végétations, par les tissus sous-muqueux, ou par le tissu cellulaire induré ou ramolli, infiltré de sang, de sérosités, détruit à son tour. L'ulcère est alors limité par les muscles ramollis, macérés dans un liquide purulent, ou par les cartilages cariés, nécrosés, ossifiés. En un mot, rien de si variable que toutes ces altérations, dont la nature évidente est la propagation d'un travail nullement phlegmasique et non interrompu, à différentes profondeurs. Une maladie diathésique, comme la tuberculisation, la scrofule, la syphilis, peut seule lui donner ces propriétés spécifiques.

État des tissus autour de l'ulcère.

Abcès sous-muqueux. OEdème. La formation du pus sous la tunique interne rouge, ramollie et décollée, l'œdème du tissu cellulaire sous-muqueux et de celui qui entre dans la constitution du larynx et des parties environnantes, le développement des fistules qui font communiquer l'intérieur de l'organe avec la peau du cou, sont des lésions qui appartiennent encore à la laryngite. Elles sont plus rares que celles qui ont été décrites en premier lieu.

Fistules.

Symptomatologie. 1° Symptômes locaux ou laryngiens. **Symptômes.** — L'affection débute d'abord à la manière d'une laryngite aiguë, mais lorsqu'elle résiste au traitement et se prolonge pendant un temps assez long, le médecin doit songer à une ou plusieurs altérations profondes de l'organe. Il les cherchera d'abord au moyen du laryngoscope, instrument précieux dont l'art du diagnostic s'est enrichi dans ces derniers temps. Cette exploration, qu'il ne faut jamais négliger de faire, a été élevée par quelques charlatans, au rang d'une espèce de méthode divinatoire, dont eux seuls possèdent le secret et avec laquelle ils trompent la crédulité publique. Le laryngoscope fait apercevoir aisément la rougeur, les ulcérations, les plaques muqueuses qui siégent sur l'épiglotte, la partie supérieure du larynx et les cordes vocales.

Laryngoscope.

Douleur. La pression sur le larynx est indolente ou provoque une douleur marquée, surtout quand on imprime des mouvements aux cartilages cricoïde et thyroïde. Les ulcérations, les caries, les nécroses, les fistules, deviennent douloureuses, à cause de la lésion des tissus qui environnent le larynx.

Altération de la voix. L'*altération de la voix* est sans contredit le premier, le meilleur, et pendant longtemps le seul signe de la maladie. On voit des sujets

qui, pendant de longues années, et sans se préoccuper de leur mal, présentent des modifications notables dans la tonalité et le timbre de leur voix. Elle s'affaiblit, se fatigue aisément, pour la moindre cause; elle perd ses notes élevées, devient basse, rude, désagréable, discordante. Après avoir offert des tons aigus ou graves, elle manque tout à coup au milieu de la conversation. Le malade devient aphone pour quelques heures ou pour toujours. Il parle alors à voix basse comme un ventriloque. Sa voix n'est plus articulée; elle sort avec un petit sifflement métallique, argentin, des parties profondes, et ne semble formée que par la bouche. Le malade ne parle pas, en quelque sorte, il prononce. Mille causes différentes, telles que la digestion, l'exercice musculaire, le travail intellectuel, les émotions, la fatigue, le coït, rendent ou enlèvent la voix. Elle est rauque, pénible, impossible au moment du réveil, et reparaît dans la journée ou après le premier repas. Ces symptômes annoncent-ils sûrement une lésion déjà grave de la membrane muqueuse, des ulcérations par exemple? On peut répondre affirmativement lorsque le mal dure depuis plusieurs mois et plusieurs années, mais il ne faut pas oublier aussi qu'une simple hypérémie chronique peut les produire. La toux est souvent ramenée par l'ingestion des boissons ou des aliments, et surtout par les premiers, lorsque l'épiglotte est enflammée, ulcérée, cariée, et ferme mal l'orifice supérieur du larynx. Ce signe important doit faire songer à une altération de cet organe.

Aphonie.

Variations singulières.

La *toux* est presque constante : on y remarque toutes les variations de timbre et de ton que nous avons notées dans la voix. En général, elle est fréquente au début, courte, sèche, impérieuse, fatigante; plus tard, les accès de toux s'éloignent, et elle passe par toutes les phases diverses que subit la voix morbide. Tantôt elle est éteinte, profonde et facile; tantôt pénible, convulsive, accompagnée de suffocation et d'une dyspnée extrême; stridente, sibilante, aiguë, très-courte ou au contraire prolongée, rauque et analogue au ronflement, au grognement que font entendre certains animaux, à une éructation étouffée, etc. (toux éructante).

Toux.

Expectoration. — La toux est sèche dans le principe, à moins que la laryngite ne soit consécutive à une forme catarrhale et hypersécrétoire. Dans tous les cas, elle est suivie d'une expectoration rare et fatigante, de crachats tenaces, épais, arrondis, grisâtres, marqués d'un point noir, fournis par les cryptes muqueux ou blancs, jaunâtres, puriformes, striés de sang ; d'autres fois, ténus, séreux, sanieux, fétides, et provenant des ulcérations ou de la lésion des cartilages.

Expectoration. Exlaryngitation.

Crachats laryngiens.

La présence de concrétions blanchâtres, épaisses, de fragments de cartilages et d'os, atteste une lésion avancée du larynx et de son squelette.

Auscultation. L'auscultation ne fournit aucun symptôme essentiel; les bruits d'inspiration et d'expiration sont seulement plus rudes, plus sonores, plus sibilants, et accompagnés de râles sonores ou muqueux, suivant l'intensité du gonflement et la nature des liquides laryngiens.

2° Symptômes généraux. A l'exception des symptômes que nous venons de passer en revue, tous les autres sont variables. Il ne saurait en être autrement, si l'on veut bien se rappeler que la maladie locale est le résultat de plusieurs autres affections, dont les symptômes se mêlent nécessairement aux phénomènes laryngiens. Nous ne ferons que rappeler les principaux.

Dyspnée convulsive. La respiration est presque toujours naturelle; cependant on observe de la dyspnée et même de violentes attaques d'asthme chez les sujets nerveux, irritables, dont les muscles laryngiens se convulsent sympathiquement. Cette dyspnée est ordinairement rémittente, ou même intermittente, nocturne, très-variable du reste. Elle tient souvent aux désordres dont les poumons sont le siége. Nous en dirons autant de la fièvre à paroxysmes quotidiens, réguliers ou irréguliers, de la fièvre hectique avec ses symptômes les mieux accusés. La phthisie pulmonaire, commençante ou confirmée, exerce, sur la circulation comme sur tout l'organisme, sa funeste influence. Cependant la lésion du larynx peut, à elle seule, produire la fièvre.

Fièvre.

Symptômes généraux. L'état général de l'organisme se ressent à peine de la maladie du larynx, lorsqu'elle est limitée à cet organe. L'amaigrissement, les sueurs, la fièvre continue, tiennent à la maladie diathésique tuberculeuse ou autre. A la fin, la déglutition est parfois gênée, difficile, impossible même; les boissons reviennent par le nez, ne passent que goutte à goutte, et souvent même ne peuvent plus franchir l'œsophage. Alors le malheureux, atteint d'une lésion profonde de l'épiglotte ou du larynx, qui s'étend jusqu'au conduit alimentaire et aux tissus adjacents, présente le triste spectacle d'un homme mourant de faim, de soif, avec la plénitude de son intelligence. Les boissons glacées, les lavements froids, leur apportent un soulagement passager.

Dysphagie.

Mort par la soif.

Marche. *Marche.* — On aurait une idée imparfaite des symptômes de la laryngite si nous ne montrions pas les variétés infinies qu'elle présente dans sa marche, sa durée et son intensité. Elle reste bien souvent une maladie toute locale, qui n'agit pas sur la santé générale. La voix est seulement altérée à des degrés variables. Quelquefois,

après avoir offert des symptômes locaux qui indiquent de graves désordres, le malade recouvre la voix et guérit. Chez d'autres, les alternatives d'amélioration et de récidives sont nombreuses et finissent par l'aggravation de la maladie. Ordinairement elle devance de peu de temps les signes de la phthisie pulmonaire ou marche avec elle. Dans d'autres cas, elle se montre dans une de ses périodes les plus avancées pendant le ramollissement tuberculeux, ou lorsque la diathèse se généralise et s'attaque, par un travail de phlegmasie ou d'ulcération, à d'autres tissus qu'à l'organe pulmonaire. Un troisième cas, plus rare, est celui où, en dehors de toute manifestation actuelle et même future du tubercule pulmonaire, cette diathèse, qui existe cependant, a pour détermination morbide unique la maladie du larynx. On trouve, à l'autopsie de ces sujets, la lésion pulmonaire peu avancée et rudimentaire. Ils meurent souvent d'une autre maladie que de celle du larynx, qui a guéri ou est peu avancée. Quand celle du larynx acquiert une grande intensité, ou quand elle est la lésion prédominante, on est convenu de l'appeler *phthisie laryngée*, dénomination vicieuse sous tous les rapports.

Chronique. Guérison.

Fréquentes récidives. Elles sont les phases de la phthisie.

Elle constitue la seule maladie diathésique.

Le *diagnostic*, le *pronostic*, les *complications*, se déduisent si facilement de la cause même de la laryngite, qu'il nous semble inutile d'y insister. Rechercher les signes de la diathèse tuberculeuse, en constater l'intensité, le degré et les effets sur l'organisme; faire la même étude pour arriver à trouver la scrofule, la syphilis, tels sont les points principaux sur lesquels doit porter avant tout l'attention du médecin.

Étiologie. — Les diathèses tuberculeuse, scrofuleuse, cancéreuse, rhumatismale, peut-être dartreuse, la syphilis enfin, voilà d'abord les causes principales de la laryngite chronique. Cependant il faut dire qu'elle peut en être indépendante, dans quelques cas, comme chez ceux qui s'adonnent aux alcools, qui usent et abusent de l'organe vocal, surtout en plein air et par toutes les températures, les crieurs publics, les chanteurs, les avocats, les acteurs, etc. On a aussi parlé de l'influence funeste des excès vénériens; mais cette cause, comme l'alcoolisme, marche souvent avec la syphilis, et il n'est pas toujours possible de faire la part de l'une et de l'autre. Si l'on a parlé des températures variables, ou des alternatives de chaud et de froid, c'est parce qu'en général elles agissent sur des sujets déjà phthisiques ou prédisposés. Il est rare qu'elles puissent à elles seules produire la laryngite chronique. L'inspiration continuelle de poussière et de gaz irritants, la lésion traumatique du larynx, l'opération de la tra-

Etiologie.

chéotomie, les effets du tissu cicatriciel qui en sont la suite, sont des causes de laryngite chronique.

Traitement : (*a*) hygiénique. *Traitement.* — Quelle que soit l'origine de la phlegmasie chronique, il importe avant tout de placer le malade dans une atmosphère dont la température soit égale et un peu chaude, de prévenir le refroidissement du corps, la diminution extrême de la transpiration cutanée; on trouve ces conditions réunies dans certaines stations (Alger, Menton, Canne, Palerme, Madère). Le malade doit y habiter pendant longtemps, garder un silence presque absolu, stimuler la surface cutanée, boire quelques eaux sulfureuses chaudes, faire de l'exercice et se bien nourrir.

Médication interne. Trois sortes de médications peuvent être mises en usage : 1° une interne générale; 2° une topique interne; 3° une topique externe. Sans parler du traitement de la diathèse, qui doit dominer les autres,

1° Spécifique; et qui varie suivant chacune d'elles (phthisie, scrofule, rhumatisme, syphilis, dartre, etc.), il existe en outre quelques médications internes communes à toutes les laryngites chroniques : telles sont les infusions

2° émolliente; chaudes préparées avec les fleurs émollientes, aromatiques ou excitantes, suivant les cas; — les sirops de toutes sortes, et particulière-

3° stimulante. ment ceux de têtes de pavots, d'opium, de chlorhydrate de morphine, qui calment la toux, les eaux distillées de laurier-cerise, le sirop d'orgeat; — à une période plus avancée, les préparations sulfureuses de toutes sortes, les eaux thermales de même nature ou salines, prises sur les lieux pendant plusieurs années, le goudron, le benjoin, le tolu, etc., etc. On peut dire que tous ces médicaments sont successivement employés et usés, après un temps variable, dans cette longue et opiniâtre maladie, qui n'est que l'ombre d'une affection souvent au-

De quelques spécifiques. dessus des ressources de l'art et qui est entretenue par elle. L'arsenic, le calomelas, le deutochlorure, l'iodure de potassium, comptent, dit-on, des succès dans des laryngites autres que les syphilitiques. Nous ne trouvons aucun inconvénient à les essayer dans une maladie aussi rebelle, et surtout à recourir aux antisyphilitiques, lors même que les malades persistent à nier l'existence antérieure de la maladie spécifique. La belladone, la jusquiame, l'aconit et les narcotiques remplis-

Narcotiques. sent une indication qui se présente assez souvent. Elle consiste à calmer la toux fréquente, douloureuse, convulsive, qui paraît dans la période aiguë principalement et s'accompagne de suffocation.

Topiques externes. *Topiques externes.* — La région du larynx doit être couverte d'abord de substances émollientes, de cataplasmes, de corps gras et

de vapeur d'eau chaude, rarement de ventouses scarifiées ou de sangsues. A une époque où cette médication a donné tout ce qu'on est en droit d'en attendre, on a recours aux révulsifs cutanés, aux irritants, aux vésicatoires répétés, qui produisent un grand soulagement chez les sujets non irritables, aux moxa, aux cautères ou à de petits sétons, en un mot à une suppuration durable. On s'empressera de la faire cesser si elle cause quelque irritation fâcheuse.

Topiques bucco-pharyngiens.

On peut également considérer comme des topiques utiles, en ce qu'ils agissent à courte distance, les gargarismes émollients, les fumigations avec de la vapeur d'eau chargée de substances émollientes, aromatiques, astringentes, sulfureuses, narcotiques, les cautérisations pharyngées avec le nitrate d'argent. Tous ces agents conviennent dans les cas où la membrane de l'isthme du gosier est le siége de granulations et d'une hypérémie chronique.

Topiques laryngiens.

Topiques laryngiens. — La plupart de ceux qu'on a employés ne parviennent pas dans le larynx, fort heureusement peut-être : tels sont les poudres d'alun, de calomelas, de nitrate d'argent, de précipité rouge, mitigées par des proportions variables d'une poudre inerte, de sucre, d'amidon, de réglisse (collyre sec), etc., etc.; — la vapeur d'eau chargée de substances émollientes ou des principes volatils du goudron et des plantes riches en huile essentielle de la famille des labiées et des composées; — toutes les eaux thermales ou froides, sulfureuses, iodurées, bromurées, arseniquées, qu'on introduit à l'aide d'appareils aussi ingénieux que l'est le besoin de recommander ces eaux au public et de lui faire croire qu'elles sont actives. Toutes ces eaux ont aujourd'hui leur salle d'inspiration, et avant peu l'on saura à quoi s'en tenir sur leur efficacité. Leur danger est démontré dans les cas où les voies respiratoires se congestionnent facilement.

Émollients.

Aromatiques.

Pulvérisation des eaux.

La trachéotomie est une ressource extrême qui ne saurait être repoussée entièrement, à moins que la phthisie pulmonaire ne soit avancée. On sait que cette opération est presque constamment mortelle chez l'adulte, qui est précisément plus exposé que tout autre à la maladie.

Bibliographie.

Bibliographie. — Signalée avec un soin extrême par Morgagni, l'ulcération du larynx fut négligée par ses successeurs, qui mentionnent à peine la laryngite, jusque dans les premières années de ce siècle. En 1833, Jos. Frank la fait connaître; — Andral, dans son *Précis d'anatomie pathologique* et dans sa *Clinique médicale*, la décrit complétement. Elle se trouve implicitement étudiée dans les ouvrages consacrés à la phthisie pulmonaire, à la syphilis, au cancer, etc. —

Trousseau et Belloc en ont présenté une histoire générale dans une monographie intitulée : *Traité pratique de la phthisie laryngée*, Paris, 1837.

ULCÉRATIONS.

Nous avons voulu marquer la place des ulcérations de cet organe, afin de bien établir qu'il appartient seulement à l'anatomie pathologique et à la pathologie générale d'en retracer l'histoire. En effet, si elles sont *symptomatiques* de la phthisie pulmonaire, du cancer, d'un exanthème, de la fièvre typhoïde, de la morve chronique, des maladies charbonneuses, de la syphilis, d'une phlegmasie aiguë ou chronique du larynx, elles trouvent naturellement leur place dans l'histoire détaillée de chacune de ces maladies. En général, il faut éviter ces descriptions confuses et stériles, dans lesquelles on rassemble, par une seule lésion, l'ulcération, par exemple, des maladies très-diverses qui n'ont de commun que l'altération même. On perd ainsi de vue ce qu'il y a de plus essentiel dans les maladies, leur cause, leur nature et les indications thérapeutiques qui en découlent.

ŒDÈME DU LARYNX.

Synonymie. **Synonymie.** — Angine séreuse, angine laryngée, œdémateuse, œdème de la glotte, laryngite sous-muqueuse.

Définition. *Définition.* — On doit appeler ainsi l'infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-muqueux du larynx plus marqué, à la base de l'épiglotte et dans les cordes vocales inférieures, que partout ailleurs. Il ne saurait être question dans la description que nous allons présenter ni des abcès sous-muqueux, ni des lésions différentes de l'œdème, tel que nous venons de le définir. Il est souvent impossible, il est vrai, de les distinguer pendant la vie ; mais une difficulté du diagnostic n'est jamais une raison pour confondre deux maladies.

Étiologie. *Causes.* — L'œdème laryngien est lié à une lésion locale ou à une maladie générale dont nous parlerons d'abord. Dans la grande majorité des cas l'œdème se développe dans le voisinage d'une lésion qui a son siége dans le larynx ou dans les tissus environnants. Les causes les plus ordinaires sont : 1° la laryngite aiguë causée par des vapeurs

(*a*) Lésion locale.

irritantes, ou une boisson brûlante qui a touché l'épiglotte ; 2° les ulcérations aiguës et chroniques ; 3° la carie, la nécrose, l'ossification des cartilages ; 4° les polypes, les tumeurs cancéreuses, le rétrécissement du larynx. L'inflammation se transmet au tissu cellulaire comme dans un érysipèle qui occupe des régions abondamment pourvues d'un tissu cellulaire lâche et abondant (érysipèle œdémateux). Il peut se faire aussi que la gêne exercée sur la circulation des vaisseaux par les tumeurs situées dans le voisinage y prenne quelque part. Ainsi agiraient les tumeurs cancéreuses de la langue, les pharyngiens, les tumeurs de la colonne vertébrale, la dilatation anévrysmale et surtout l'anévrysme mixte de la crosse de l'aorte ou du tronc brachio-céphalique. Les maladies du cœur, en produisant l'hydropisie générale, peuvent provoquer cette lésion ; cependant elle y est très-rare. Nous ferons la même remarque pour l'angine gutturale, le croup et la pneumonie.

Laryngite dite sous-muqueuse (?)

Compression par diverses espèces de tumeur.

Hydropisies et maladies du cœur.

Il résulte de ce qui précède que l'œdème est, dans le larynx comme partout ailleurs, symptomatique d'une maladie locale ; parlons des causes générales. Des sujets atteints d'albuminurie, profondément débilités par une phthisie pulmonaire, par une fièvre typhoïde ou quelque autre maladie grave, sont pris d'angine laryngée. On la voit paraître, à l'improviste, dans la scarlatine suivie d'anasarque, dans la rougeole, la variole confluente, la diphthérie. Ce n'est pas tout ; la syphilis, avec ses ulcérations spécifiques, ses caries, ses nécroses, ses plaques muqueuses du larynx, se complique également d'œdème. Dans ces différents cas, la lésion locale agit bien plus pour produire l'œdème que la lésion du sang qui y prend cependant une certaine part.

Maladie générale.

1° Altération du sang.

Syphilis.

Altérations anatomiques. — L'épiglotte, les deux replis aryténo-épiglottiques et les cordes vocales sont le siége habituel de l'hydropisie. Chacune de ces parties en est affectée isolément ; d'ordinaire elles le sont toutes à la fois. Quand l'infiltration occupe les cordes vocales, elles se touchent, ferment l'ouverture du larynx ; les ventricules sont parfois comblés. Les cordes vocales constituent alors deux bourrelets dont Bichat a signalé la disposition. Ils sont refoulés, à la manière d'une soupape, par l'air inspiré, et viennent boucher l'ouverture du larynx, tandis qu'au contraire l'air expiré les relève aisément. Le gonflement œdémateux a son siége dans le tissu cellulaire. Les parties qu'il occupe sont pâles, transparentes, quelquefois volumineuses. Le liquide est séro-purulent. Il peut se former de petits abcès sous-muqueux, en même temps qu'un œdème.

Lésions anatomiques. Siége.

Forme et disposition de l'œdème.

Lésions concomitantes protopathiques.

Nous n'avons plus qu'à signaler la coexistence des lésions diverses qui ont leur siége dans le pharynx et l'organe vocal, et sont la cause purement locale de l'hydropisie; telles sont les ulcérations simples ou spécifiques de la phthisie, de la morve, de la syphilis, les caries, les nécroses, les tumeurs cancéreuses, etc.

Symptomatologie.

Symptômes. — L'œdème apparaît dans le cours d'un très-grand nombre de maladies locales et générales; il faut donc s'attendre à le voir précédé par les symptômes très-divers dont nous n'avons pas à nous occuper; nous dirons seulement qu'il ne faut jamais manquer de

Symptômes laryngiens;

les rechercher, parce qu'ils mettent sur la voie du diagnostic. Le malade éprouve de la gêne, de la douleur, dans le larynx; il tousse; il fait des efforts de déglutition comme pour expulser un corps étranger; la respiration est accélérée, par intervalle surtout. Bientôt la voix devient rauque, sifflante et métallique, précédée par un petit sifflement;

semblables d'abord à ceux de la laryngite chronique.

parfois elle s'éteint complétement. La toux présente les mêmes caractères de raucité, de sifflement, ou ressemble au bruit métallique de pièces de monnaie qui frappent les unes contre les autres. Rien jusque-là qui différencie ces signes de ceux de la laryngite chronique et n'en paraisse la continuation. Les symptômes les plus importants

Signes caractéristiques,

sont fournis : — 1° par l'inspection directe avec le laryngoscope,

fournis par le laryngoscope,

qui permet de constater la lésion caractéristique; — 2° par l'examen du pharynx et de l'isthme du gosier, dont la phlegmasie, les fausses membranes, les ulcérations fournissent des données utiles au

le toucher,

diagnostic; — 3° par le toucher, au moyen duquel on peut sentir, dit-on, les deux bourrelets aryténo-épiglottiques œdémateux, et auquel il faut toujours préférer l'emploi du laryngoscope; quelquefois l'abaissement de la base de la langue est assez facile chez certains sujets pour qu'on puisse apercevoir rapidement l'épiglotte et ses deux

les accès de suffocation et l'inspiration.

replis; — 4° la respiration est laborieuse et présente un caractère particulier; en général, l'inspiration est rauque, sifflante, s'entend de loin, et exige pour se faire des efforts considérables, tandis que l'expiration est plus facile et silencieuse. A de certains moments, sous l'influence de toutes les causes qui troublent la circulation ou sans motif appréciable, les symptômes précédents s'exagèrent, et les malades présentent tous les signes d'un accès d'asthme asphyxique épouvantable. Ils se jettent violemment à leur séant, demandent impérieu-

Accès d'asthme et mort.

sement de l'air, frappent et déchirent leur cou comme pour éloigner l'obstacle qui les fait mourir. Leur visage se gonfle, pâlit ou devient bleu; le pouls faiblit, les extrémités se refroidissent, et souvent le malade meurt ainsi, par asphyxie et par syncope cardiaque. L'auscul-

tation est d'un faible secours; les bruits rudes de frôlement, de soupape dont on a parlé, n'ont rien de spécial et s'entendent dans toutes les laryngites. Quant à la respiration vésiculaire, elle est nulle ou exagérée, suivant que l'ouverture laryngienne est plus ou moins oblitérée par le spasme ou par la lésion de la membrane muqueuse du larynx. Bruits respiratoires.

Chez quelques malades, la déglutition est gênée, impossible même, très-douloureuse. Le bol alimentaire et les boissons s'engagent dans le larynx et provoquent de la toux. Nous avons fait remarquer ailleurs (voyez *Laryngite chronique*) que la lésion de l'épiglotte, des cordes vocales, ou même le spasme seul, suffisait pour produire ces symptômes. Troubles de déglutition.

La mort est ordinairement rapide; les accès de suffocation se rapprochent, et, deux ou trois jours après le début de l'œdème, le malade a cessé d'exister. L'altération du sang, qui est l'effet de la gêne croissante de l'hématose, peut expliquer la mort; quelquefois cependant elle paraît tenir à une syncope cardiaque. **Marche et terminaison.**

L'œdème de la glotte ressemble très-imparfaitement à la laryngite striduleuse et au croup, maladies aiguës propres d'ailleurs à l'enfance. L'anévrysme de l'aorte pourrait être confondu avec la maladie du larynx. Il ne faut que songer à ces erreurs pour s'en préserver à l'aide de l'auscultation et des commémoratifs. **Diagnostic.**

Traitement. — On cherche avant tout à connaître la cause de l'hydropisie, afin de lui subordonner le traitement général, si on a le temps d'agir. Les ulcérations syphilitiques seules peuvent être modifiées rapidement. Dans tous les cas, on s'occupe sur-le-champ de la lésion locale qui menace la vie du sujet. Le vomissement soulage pour un instant très-court; on doit y revenir plusieurs fois, si les effets en sont heureux. Les révulsifs sur la région du cou et aux extrémités (sinapisation, vésication, friction avec l'essence de térébenthine, irritants de toute sorte) sont des palliatifs. Il en est de même des gargarismes astringents, et surtout des insufflations de poudre d'alun, de calomelas, etc., qu'il faut prohiber. On a beaucoup vanté la scarification de l'épiglotte et de la glotte (Gurdon Buck), la cautérisation avec l'éponge trempée dans une solution de nitrate d'argent et introduite dans le larynx. Ces procédés sont d'une exécution difficile, mais peuvent cependant rendre de grands services. On a proposé d'introduire une sonde dans le conduit aérien, comme opération provisoire, qui ne fait que parer à la suffocation imminente, et doit précéder la trachéotomie. Celle-ci ne doit être pratiquée que dans les **Traitement.** Vomitifs. Gargarisme. Scarification; cautérisation. Trachéotomie (?)

cas où l'affection du larynx est curable et où l'on se propose d'abord de livrer un passage à l'air, en attendant les effets du traitement. Il faut ne pas oublier que cette opération est presque constamment mortelle chez l'adulte.

Bibliographie.

Bibliographie. — Déjà signalé par Morgagni et par Bichat, l'œdème a été surtout étudié par Bayle : *Mémoire lu à la Société de médecine de l'École de Paris*, 1808; — Tuilier : *Essai sur l'angine laryngée œdémateuse*, thèse in-8°, 1815;—Trousseau et Belloc (voyez *Laryngite chronique*); — Legroux, *in Journal des connaissances médico-chirurgicales*, sept. 1839; — Sestier : *Traité de l'angine laryngée œdémateuse*, in-8°, 1852; travail très-complet et riche en citations.

NÉVROSES DU LARYNX.

Divisions.

Le larynx a, plus que tout autre organe, ses névroses. Il est sous l'empire de la volonté, et remplit en même temps des fonctions involontaires. Il n'est donc pas étonnant d'y observer des troubles dynamiques variés de la voix humaine et de la respiration. Il faut les distinguer comme tous les autres en idiopathiques ou essentiels, sympathiques et symptomatiques des lésions de l'appareil vocal ou du système nerveux. Nous ne nous occuperons que des deux premiers.

L'étude des névroses du larynx est entièrement à faire ; les théories, les explications diverses, opposées même, que chacun est venu proposer sur ces maladies, prouvent combien cette partie de la nosologie est restée obscure. Il faut en accuser les discussions qui se sont élevées parmi les physiologistes, au sujet des fonctions que remplissent les muscles laryngiens et les nerfs qui s'y distribuent. Cependant les expériences décisives auxquelles Longet s'est livré dans ces derniers temps, ont dissipé les doutes qui subsistaient encore sur un grand nombre de points.

Paralysie; aphonie; symptomatiques ;

La *paralysie* des muscles du larynx peut être provoquée, quoique rarement, par une maladie du cerveau (hémorrhagie, ramollissement), par une lésion du nerf pneumo-gastrique, dans un point quelconque de son trajet, par une tumeur intra-thoracique, un anévrysme de l'aorte, par exemple, qui comprime le nerf laryngé inférieur, à son passage sur cette artère. La raucité et l'aphonie peuvent aussi dépendre de la lésion de la branche externe du nerf laryngé

supérieur qui anime le crico-thyroïdien, c'est-à-dire un des constricteurs de la glotte. Il n'est pas douteux qu'une simple névrose peut produire ces effets, chez les hystériques, sous l'empire d'une émotion morale vive; chez les sujets névropathiques, ou après une fatigue extrême et prolongée de l'organe vocal. idiopathiques.

La *convulsion* des muscles phonateurs détermine des troubles non moins violents, sous l'influence soit d'un simple trouble fonctionnel (Conv. essentielles), soit d'une maladie du nerf pneumogastrique et spinal. Le spasme de la glotte que nous allons décrire est une maladie de ce genre.

SPASME DES MUSCLES LARYNGIENS.

Synonymie. — Asthme de Millar, de Kopp, asthme thymique, spasme de la glotte, tétanos apnéen périodique, apnée spasmodique, laryngisme infantile. **Synonymie.**

Définition. — On nomme ainsi une maladie propre à la première enfance, caractérisée par un accès convulsif des voies respiratoires, qui provoque une ou plusieurs inspirations sibilantes et sonores, après lesquelles la respiration reste entièrement suspendue, pendant quelques secondes, et le malade en proie à une violente suffocation suivie d'asphyxie. **Définition.**

Divisions. — Cette convulsion est : 1° idiopathique, essentielle; 2° sympathique; 3° symptomatique. Nous indiquerons rapidement ces trois formes en parlant des causes; la première seule doit nous occuper. On a beaucoup exagéré l'importance de cette maladie, qui est très-rare en France. On peut même dire qu'il existe plus de monographies et de dissertations de tout genre que d'exemples de cette maladie. **Divisions.**

Symptômes. — Ils sont en très-petit nombre. On ne comprend pas les raisons qui ont conduit les auteurs à en donner une si longue et interminable relation. Au milieu de la nuit ou dans le jour, le jeune enfant se réveille, pousse un cri long et perçant, comme dans l'inspiration de la coqueluche, renverse la tête en arrière, fait de grands efforts pour respirer, y parvient à l'aide de trois ou quatre inspirations; puis l'expiration n'a pas lieu; la poitrine reste immobile, la respiration suspendue. Tous les autres signes, comme la teinte livide, le gonflement du visage, annoncent l'asphyxie. Les convulsions s'emparent en même temps de quelques autres parties du corps. Le thorax, la **Symptomatologie.** Inspiration sibilante. Expiration nulle; asphyxie.

poitrine, restent immobiles ; le pouce est fortement serré dans la main par les autres doigts ; les globes oculaires convulsés, la langue sort de la bouche, les membres supérieurs et inférieurs se convulsent, les réservoirs se vident.

Convulsions éclamptiques.

Accès.

L'accès dure une à deux minutes au plus : quand il est plus long, il se compose alors de plusieurs accès, la respiration se rétablit, et l'enfant est rendu à la santé. La convulsion éclamptique et le strabisme persistent quelquefois malgré la cessation des autres accidents. Le spasme peut se montrer une seule fois ; dans d'autres cas, il reparaît huit, dix et vingt fois dans les vingt-quatre heures. La mort peut alors survenir par asphyxie ou par syncope cardiaque. Le plus ordinairement le malade revient à la santé, et il n'est plus jamais question de l'attaque qui menaçait la vie.

Nature.

Nature. — L'absence de toute lésion des voies respiratoires, l'apnée, c'est-à-dire l'absence de respiration, suivie de une ou plusieurs inspirations sibilantes, la convulsion des muscles inspirateurs, de ceux des extrémités et de plusieurs autres parties, suivie d'asphyxie, tels sont les traits principaux de la névrose que nous étudions. La ranger parmi les névroses convulsives de la respiration nous paraît un fait incontestable. Mais quel est son siége ? Est-il dans les muscles laryngiens ou dans ceux qui servent à l'inspiration ? Si les premiers sont affectés, faut-il s'en prendre à la convulsion des muscles constricteurs de la glotte, c'est-à-dire de l'aryténoïdien, du crico-aryténoïdien latéral et du thyro-aryténoïdien, ou bien faut-il admettre que les mêmes muscles paralysés et affaissés ne peuvent plus livrer passage à l'air (opinion de Bérard) ? Cette dernière supposition est inadmissible. Les symptômes, la marche, la coexistence des autres convulsions ne permettent pas de douter que la névrose convulsive des muscles laryngiens et même des muscles chargés de l'inspiration thoracique, ne soit bien réellement le caractère de la maladie. Elle fait le plus ordinairement partie d'une maladie éclamptique générale, et en constitue un élément convulsif. Voici des faits qui militent en faveur de cette opinion.

Convulsions des dilatations de la glotte.

Spasme symptomatique.

Le spasme de la glotte est dû parfois à une lésion matérielle du pneumo-gastrique, du nerf laryngé inférieur ou récurrent, et même du nerf spinal et de l'accessoire de Willis. On a également trouvé des maladies du cerveau et de la portion cervicale de la moelle. On a parlé aussi de l'hypertrophie du thymus, des ganglions lymphatiques du cou et des bronches, du rachitisme avec déformation des os du crâne et de la colonne vertébrale.

Tous les symptômes de cette maladie ont été observés chez les choréiques et les hystériques, avec ou sans autre trouble de la voix. Nous les avons constatés dans trois cas de ce genre; ils avaient été précédés d'aphonie et de dyspnée nerveuse. Spasme sympathique.

Traitement. — L'accès est si rapide et si court, qu'on a à peine le temps de lui opposer une médication. La plus efficace est de relever le tronc de l'enfant, de lui projeter de l'eau froide sur le visage, sur le cou et la poitrine, d'exciter les narines avec la teinture alcoolique et aromatique qui se trouve sous la main, de donner de l'éther ou quelque antispasmodique; enfin, si la vie était en danger et l'asphyxie imminente, de pratiquer quelques cautérisations avec un fer rouge sur les deux côtés du cou, suivant le trajet des nerfs, et sur le larynx. **Traitement.**

Bibliographie. — La confusion la plus complète règne parmi les auteurs; laryngite striduleuse, croup, laryngite catarrhale, apoplexie, maladie des nerfs, du poumon, du cœur, asthme bronchique, etc., etc., tout a été compris sous le nom de spasme de la glotte ou sous des noms très-différents les uns des autres. On peut lire, sur ce sujet, Kyll : *Mémoire sur le spasme de la glotte*, Arch. génér. de médec., 2e sér., t. XV, p. 88; — Hérard : *De l'asthme*, thèse n. 3, 1847; — Bacquias, *Du spasme de la glotte*. Paris, 1853; — Garcia Wich : *Étude sur le spasme de la glotte*, thèse n° 157, 1863.

MALADIES DES BRONCHES.

Divisions. — Les bronches sont des surfaces de rapport spécialement destinées à l'air atmosphérique; elles ont des connexions morbides intimes, non-seulement avec le poumon et le cœur, mais encore avec les autres membranes muqueuses, la peau et les maladies générales. Aussi peut-on affirmer qu'elles sont plus rarement qu'on l'a prétendu des maladies locales. A ce point de vue, la pathologie des bronches est tout entière à instituer. Nous y étudierons : 1° l'*hypérémie;* — 2° la *phlegmasie aiguë et chronique;* — 3° la *bronchorrhagie*. La coqueluche et la grippe seront décrites dans les maladies générales, lorsque nous traiterons des fièvres catarrhales (*grippe, coqueluche*).

HYPÉRÉMIE DES BRONCHES.

Définition. — L'hypérémie de la membrane muqueuse des bronches est marquée par la dilatation des vaisseaux, la stase du sang, le **Définition.**

gonflement de la membrane muqueuse, la desquamation épithéliale et l'hypercrinie séro-muqueuse, dans un grand nombre de cas. Ainsi l'acte morbide consiste tantôt dans l'accumulation seule du sang, tantôt dans une hypercrinie, un flux catarrhal précédé du premier acte. Nous donnerons des exemples de ces deux modalités de l'hypérémie.

Idée générale.

On sera, sans doute, bien surpris de voir décrites, sous ce titre, des maladies des bronches, qui ont jusqu'ici figuré, presque toutes, dans l'histoire de la bronchite aiguë, chronique, et de la bronchorrée. On ne sera pas moins étonné du nombre considérable de ces hypérémies et de leurs connexions étroites avec beaucoup de maladies locales et générales. Nous montrerons que les bronches sont aussi faciles à congestionner que la peau, sous les influences les plus diverses. Depuis bien des années, notre attention est fixée sur ce sujet nouveau, et nous commençons à comprendre la véritable nature d'un grand nombre de phénomènes morbides qui nous avaient échappé jusqu'à ce jour. Cette voie une fois ouverte, il sera facile aux autres d'y pénétrer avec plus de succès encore.

Caractères communs des hypérémies bronchiques : (*a*) anatomiques.

Actes locaux communs à toutes les hypérémies. — Nous ne pouvons pas revenir sur les caractères de l'hypérémie en général; nous les avons retracés ailleurs (*Pathologie générale*, t. II, p. 214). Nous rappellerons seulement qu'elle se reconnaît, sur les tissus affectés, à la rougeur vasculaire, à la dilatation des vaisseaux, à leur sinuosité, à la tuméfaction des tissus et à leur consistance tout à fait normale. Là s'arrête la lésion, dans quelques cas; dans d'autres, la congestion ne peut exister, pendant un certain temps, sans que les vaisseaux et les tissus glandulaires ne laissent échapper des produits homologues qui débarrassent la circulation languissante et entravée. De là proviennent les flux liés à l'accroissement de la sécrétion de la sérosité, du mucus ou à une desquamation épithéliale, parfois abondante, pendant plusieurs mois et même plusieurs années. Quelquefois l'hypérémie passe, mais la sécrétion pathologique continue. Les membranes qui en sont le siége redeviennent pâles, et ne conservent de l'hypérémie que ce qu'il en faut pour subvenir à l'hétérocrinie pathologique.

(*b*) Caractères cliniques. 1° Symptômes locaux. Bruits bronchiques. (*a*) *solidiens*, dits sibilants et ronflants ;

Les caractères cliniques dérivent des actes morbides que nous venons d'indiquer. Tantôt c'est une simple tuméfaction de la membrane bronchique qui produit alors les bruits solidiens et sonores, connus sous le nom de râles secs, sibilants et ronflants ; tantôt les matières sécrétées, telles que la sérosité, le mucus, s'épanchent dans les bron-

ches de toutes dimensions, y déterminent, lorsque l'air atmosphérique vient à les agiter, les bruits hydrauliques qu'on désigne sous le nom de râles humides, sous-crépitants, crépitants et muqueux, ou des râles à petites et à grosses bulles. Nous ne pouvons nous occuper des causes ni du mode de formation de ces deux espèces si différentes de bruit. Nous devons seulement insister sur ce fait général, à savoir que les bruits bronchiques ne peuvent avoir lieu que par l'un ou l'autre des deux mécanismes suivants : 1° par la vibration sonore de la membrane muqueuse tuméfiée qui emprisonne l'air devant ou derrière elle; — 2° par la vibration sonore du liquide contenu dans les bronches et traversé par l'air : dans le premier cas, le corps vibrant est un solide; dans le second, un liquide; — 3° la caisse de résonnance, qui amplifie le bruit, est, dans les deux cas, la bronche, la trachée, le larynx, quelquefois une cavité anormale tuberculeuse.

(*b*) *hydrauliques* : dits crépitants et gargouillement.

De ces trois conditions acoustiques dépendent toutes les variations de ton, de timbre, d'intensité et de siége des bruits solidiens et hydrauliques. Ajoutons enfin que la quatrième condition physique, qui modifie également les qualités de son, est le degré de conductibilité des tissus solides, des liquides et des gaz, situés sur le trajet du son et destinés à le conduire, au dehors, depuis la bronche, où il se produit, jusqu'à l'oreille de l'observateur.

De quelques conditions acoustiques capables de les faire varier.

D'autres symptômes respiratoires, communs à toutes les hypérémies, méritent d'être notés. La congestion de la membrane et le produit des sécrétions en prenant la place de l'air dans une étendue variable des bronches, gênent la pénétration et la libre circulation de ce fluide; dès lors se manifestent (*a*) une expectoration variable en quantité, suivant que l'hypérémie est acrinique ou hypercrinique; — (*b*) une dyspnée, à tous les degrés et à formes diverses; — (*c*) une cyanose plus ou moins marquée, aiguë ou latente; — (*d*) des accès de suffocation quotidiens plus ou moins éloignés, nocturnes ou matinales. Enfin, comme conséquence mécanique de l'obstacle à la circulation de l'air et des lésions que les parois peuvent aussi subir à la longue, on voit se manifester la toux et l'emphysème pulmonaire; la première est un signe presque constant.

Symptômes de la congestion et de l'hypercrinie.

L'expectoration livre passage à des liquides très-différents par leur quantité et leur qualité. Nuls dans la première période des hypérémies, les liquides sont ensuite sécrétés et excrétés, en grande abondance, facilement ou avec peine; dans ce dernier cas, ils sont alors mousseux, parce que l'air est agité et battu avec le mucus. Leur na-

Expectoration.

ture n'est pas moins variable. La matière expectorée est tantôt fluide, séreuse ; tantôt constituée par un mucus visqueux, plus ou moins épais, par des cellules épithéliales en grand nombre, mais jamais par des globules du pus, qui est la seule sécrétion morbide de nature inflammatoire. Nous reviendrons sur les caractères propres à chaque espèce de crachats, en parlant des formes d'hypérémie.

Crachats.

Quant au produit morbide fourni par la membrane muqueuse des bronches, il peut consister dans de la sérosité, du mucus unis à des quantités considérables d'épithelium sans cesse renouvelé et simulant des globules de pus, au point qu'on éprouve une difficulté extrême à les en distinguer. L'aspect physique des crachats est encore le caractère clinique le meilleur. A première vue, on reconnaît les crachats séro-muqueux, muqueux, purulents; mais cette notion ne suffit pas pour qu'on puisse établir si un flux est phlegmasique ou non.

Un autre caractère qui est commun aux hypérémies est la rapidité avec laquelle elles vont, viennent, se transportent d'un point dans un autre de la membrane, surtout quand elles dépendent d'une cause générale ; ou bien, leur longue durée, leur persistance au même degré, sans passer, pour cela, à un autre état morbide, à l'inflammation par exemple.

2° Symptômes généraux,

Les éléments morbides qui viennent s'ajouter à l'hypérémie ne dépendent pas d'elle, mais des maladies locales ou générales qui en sont la cause. Voici les plus importants : 1° la pléthore y apparaît avec son cortége sthénique, et finit, quoique rarement, par causer des hémorrhagies; — 2° l'asthénie; — 3° les altérations scorbutiques du sang; — 4° les fièvres adynamiques; — 5° parfois les inflammations locales, changent la physionomie de la maladie, qui revêt alors la forme pyrétique ou asthénique. On ne peut donc pas se servir de la force, ni de la faiblesse, de la fièvre, ni de l'apyrexie, pour diviser les hypérémies en actives et en passives. Les seules divisions utiles reposent sur leur cause même ; ce sont celles que nous avons déjà tant de fois établies, : 1° *hypérémie symptomatique;* — 2° *idiopathique ;* — 3° *sympathique.* Chacune d'elles réclame une étude séparée. Une description générale réunirait des faits d'ordre pathologique différent et amènerait une confusion fâcheuse.

dits à tort actifs ou passifs.

Divisions des broncho-hypérémies.

1re Hypérémie bronchique symptomatique

I. *Hypérémie bronchique symptomatique d'une maladie du solide.* — Nous commencerons par la plus manifeste et la plus facile à expli-

quer, par la congestion mécanique liée à un obstacle à la circulation qui réside dans le cœur, les gros vaisseaux et le poumon. Cette hypérémie peut être considérée comme le type de toutes les autres. Elle offre d'autant plus d'intérêt au praticien qu'elle se montre de bonne heure, à une époque où il ne soupçonne pas encore l'existence d'une maladie du cœur, du moins par ses signes physiques. Le malade déclare qu'il s'enrhume aisément, et quand on examine de près l'état morbide qu'il désigne ainsi, on ne tarde pas à s'assurer qu'il consiste en une hypérémie bronchique, et que celle-ci traduit très-exactement la gêne de la circulation cardiaque et pulmonaire. Nous y avons trop insisté ailleurs pour avoir besoin d'y revenir encore (voyez : *Lésions valvulaires*, p. 230 et suiv.). Rappelons seulement que les symptômes pectoraux, tels que les râles solidiens et hydrauliques, qu'on entend dans toute l'étendue des bronches, avec une intensité variable, indiquent, de la manière la plus certaine, l'hypérémie mécanique des vaisseaux bronchiques. Les râles sonores, sibilants et ronflants, les râles humides, le crépitant, le sous-crépitant, le muqueux, en sont aussi les meilleurs signes. La maladie connue sous la dénomination mauvaise d'œdème du poumon n'est ordinairement que l'accumulation, dans les bronches les plus déclives, des liquides séro-muqueux, sécrétés par la membrane congestionnée des bronches. Toutes les prétendues bronchites chroniques, tous les catarrhes des sujets atteints de maladie du cœur, ne sont pas autre chose que des formes d'hypérémie hydraulique, persistante ou mobile, accrue, diminuée, partielle, générale, selon l'intensité de la gêne cardiaque. Chez celui-ci, la tuméfaction des bronches est la seule lésion qui existe; chez celui-là, l'hypérémie s'accompagne d'une sécrétion copieuse de sérosité, de mucus, d'une desquamation épithéliale abondante. De là proviennent les variations extrêmes qu'on observe dans la qualité et la quantité des matières expulsées. Expectoration nulle ou difficile, fréquente; crachats faciles, copieux, séreux, mousseux, muqueux, verts, blanchâtres, opaques; ici diffluents, là tenaces, rendus après des efforts d'une toux pénible, ou, au contraire, rare et facile, etc., etc. : telles sont les différences nombreuses offertes par les sujets atteints d'asthme et de catarrhe, liés manifestement à des hypérémies deutéropathiques produites par une maladie du cœur. Il est important pour le praticien de prendre une juste idée de ces hypérémies simples, acriniques ou hypercriniques, s'il veut faire profiter le malade des enseignements que donne la nature lorsqu'elle montre les flux muqueux, les crachats, l'expecto-

d'une maladie du solide. 1° D'une gêne de la circulation.

Symptômes de la congestion des bronches.

Râles : (*a*) solidiens, sonores ; (*b*) hydrauliques, humides.

Œdème pulmonaire.

Variations des hypérémies mécaniques, appelées à tort bronchites, aiguës et chroniques.

ration, la toux, comme une terminaison heureuse des hypérémies broncho-pulmonaires. Nous ne saurions trop appeler l'attention sur ce point essentiel et anciennement connu des hypérémies hydrauliques.

Hypérémie par gêne de la circulation cardiaco-pulmonaire;

Toutes les maladies aiguës et surtout chroniques capables de gêner la petite circulation déterminent les mêmes effets. Telle est certainement l'origine des fréquentes hypérémies bronchiques chez le vieillard dont le cœur et les gros vaisseaux sont malades, le poumon raréfié, emphysémateux, la circulation gênée.

L'*engouement bronchique des agonisants* est-il autre chose qu'une hypérémie causée par la chute des forces et l'asthénie ultime d'un organisme dont les propriétés vitales sont sur le point de s'éteindre ?

par lésion locale,

A côté des hypérémies déterminées par un obstacle au libre cours du sang, dans le poumon ou dans la grande circulation, se placent celles qui sont causées et entretenues par une maladie locale, comme le tubercule, le cancer, les épanchements des plèvres. Cette forme est beaucoup plus rare que la précédente. —

par maladie générale.

L'hypérémie bronchique apparaît, comme un élément morbide fondamental, dans les formes catarrhales des maladies, dans la grippe, dans la coqueluche, la laryngo-bronchite épidémique. D'ordinaire elle s'associe, dans ce cas, à un autre élément, au spasme, à la névrose, à l'inflammation, etc.

Hypérémies diathésiques.

Hypérémies diathésiques. — Toutes les maladies diathésiques, le rhumatisme, la scrofule, la goutte, les dartres, ne jettent pas seulement leur détermination morbide sur la peau ou tel autre tissu, mais encore sur les voies respiratoires. Nous citerons plus particulièrement la diathèse rhumatismale, parce que nous l'avons vue plusieurs fois congestionner la membrane muqueuse et l'abandonner, avec une promptitude extrême, après y avoir provoqué, à plusieurs reprises, des hypérémies avec ou sans flux catarrhal. Une forte dyspnée, de la toux, suivie ou non d'expectoration, etc., disparaissant rapidement, tels sont les signes de cette hypérémie passagère. Quelquefois elle persiste plusieurs mois, jusqu'à ce que les fonctions cutanées se rétablissent ou qu'un climat plus chaud diminue la diathèse.

Hypérémies exanthématiques.

Hypérémies exanthématiques. — La rougeole, la variole, la scarlatine, produisent, outre la lésion cutanée, qui est si caractéristique, une congestion fréquente de la membrane muqueuse des voies respiratoires; dans la rougeole, elle est constante, acci-

dentelle dans les deux autres éruptions, mais très-commune lorsqu'elles règnent à l'état épidémique et d'une manière intense. On peut, en observant attentivement les symptômes de la première, s'assurer que le catarrhe rubéolique a tous les caractères d'une simple hypérémie, qui devient rapidement hypercrinique. La variole grave se trouve à peu près dans les mêmes conditions pathologiques.

II. *Hypérémie par altération du sang.* — Il est très-rare d'observer chez les hommes pléthoriques une congestion simple liée à la richesse ou à la quantité plus grande de fluide sanguin. On doit craindre, qu'en pareil cas, l'appel fait au sang par des tubercules n'en soit déjà la véritable cause. Est-ce dans des hypérémies de ce genre qu'on a vu paraître des hémoptysies restées, en apparence, entièrement étrangères, jusqu'à la fin, à la tuberculisation du poumon ?

II. Hypérémies symptomatiques des altérations du sang.

1° De la pléthore.

La diminution des quantités de fibrine, la dissolution du sang, produit la congestion des bronches, dans le scorbut et dans toutes les grandes pyrexies, en tête desquelles il faut placer le typhus, la fièvre typhoïde, la fièvre jaune et les formes les plus graves des fièvres paludéennes intermittentes ou continues, la leucocythémie.

2° De l'état scorbutique.

Que n'a-t-on pas dit et écrit sur la congestion des bronches dans la fièvre typhoïde, congestion qualifiée de bronchite et décrite ainsi dans presque tous les ouvrages? Et cependant on peut dire qu'elle est le type des hypérémies les plus étrangères à l'inflammation. En effet, on trouve à l'autopsie une rougeur générale ou par places, occupant surtout les petites bronches, accompagnée d'un gonflement parfois considérable de leur tunique interne, d'une faible sécrétion au début, plus abondante à la fin. La rougeur a une teinte uniforme, foncée, brunâtre. Très-souvent elle est côtoyée par des pétéchies, des ecchymoses intra-muqueuses, et, ce qui ne peut laisser aucun doute anatomique sur la nature de la congestion, elle s'accompagne très-souvent d'apoplexies pulmonaires ou d'une forte hypérémie de l'organe respiratoire. L'existence des râles sonores, si constante au début et pendant le cours de la dothinentérie, plus tard la fréquence de la toux, l'expectoration difficile de crachats rares, visqueux, colorés par le sang qui s'y mêle au moment de leur passage dans les bronches, la solution heureuse de la maladie par une expectoration des crachats muqueux ou par la simple résolution, sa coexistence fréquente avec la congestion asthénique du poumon, voilà l'ensemble des symptô-

De l'hypérémie typhoïde des bronches.

Ses lésions.

Ses symptômes.

mes locaux qui démontrent clairement la véritable nature de l'hypérémie bronchique.

De quelques autres altérations du sang.

Il suffit que le sang soit altéré par son mélange avec du pus circulant dans les vaisseaux, ou des matières virulentes comme celles du charbon, de la morve, du farcin, ou à des venins, ou à quelques poisons, tels que l'arsenic, le mercure, pour que la muqueuse du larynx, de la trachée, des bronches, se congestionne fortement. Toutes les fois que nous l'avons cherché sur le cadavre des sujets qui avaient succombé à une maladie de ce genre, nous avons rencontré cette hypérémie générale ou partielle, ce qui est le cas le plus fréquent. La syphilis, dans ses formes invétérées et anciennes, quelquefois même rapidement, semble affecter de préférence la membrane interne du larynx, de la trachée et des grosses bronches. Enfin le sang, privé de son albumine par une lésion rénale ou sans cause appréciable, produit dans l'organisme un état de débilité qui s'accompagne souvent, vers la fin, de congestions multiples et de celle des bronches en particulier. On peut en dire autant de l'inanition, de l'asphyxie et de quelques autres maladies du sang.

III. Hypérémie idiopathique, dynamique.

III. *Hypérémie idiopathique, essentielle, dynamique.* — Il n'est pas impossible que la seule action d'un air froid ou d'une grande chaleur, l'exercice immodéré de la voix, la réfrigération périphérique, ne puissent congestionner les bronches; presque toujours alors le poumon participe à la congestion. Un grand nombre de prétendues pneumonies ne sont que des congestions du tissu pulmonaire et des bronches. Les troubles du système nerveux, dans l'hystérie, la chorée, les névroses gastro-intestinales, peuvent déranger le cours du sang dans les capillaires bronchiques. Le même effet se produit sous l'empire de la suspension d'un flux sanguin naturel, tel que celui des règles ou d'une hémorrhagie accidentelle, diminuée ou supprimée. Elle succède également à la suspension d'une hypercrinie normale ou accidentelle, à une brusque disparition de la transpiration cutanée ou d'une sueur des pieds, d'une diarrhée, d'une leucorrhée, d'un flux urinaire.

Hypérémie sympathique.

L'hypérémie tient alors à l'action réflexe et a reçu le nom de *sympathique*. On connaît peu les hypérémies de ce genre; on les croit rares, et cependant l'hypérémie est un acte morbide si voisin de l'hypercrinie qu'elle lui donne fréquemment naissance. On conçoit donc que beaucoup d'hypérémies tiennent à la suspension d'un flux et réciproquement.

Résumé. — Après ce que nous venons de dire sur chaque espèce

d'hypérémies, il serait impossible de présenter une histoire générale qui n'aurait ni sens déterminé ni exactitude. Nous terminerons par quelques indications thérapeutiques générales.

Indications thérapeutiques.

Traitement. — Une recherche que le médecin néglige presque toujours, consiste cependant à savoir si l'hypérémie est une maladie locale, ou si elle n'est qu'un élément d'une autre affection. Il commettrait une erreur grave, celui qui s'opiniâtrerait à traiter comme une bronchite une hypérémie causée par une maladie du cœur, par la cyanose cardiaque, un anévrysme de l'aorte. Il n'est pas permis d'ignorer que la cause de la congestion peut résider dans une maladie du sang, dans une fièvre, une diathèse rhumatismale ou autre. Ce serait bien pire encore s'il arrivait à un médecin de combattre par la saignée et les débilitants de tout genre, une de ces hypérémies qui ont longtemps porté le nom de passives, et dont nous avons fait connaître les véritables causes. C'est donc autant pour éclairer la thérapeutique que pour montrer la nature différente des hypérémies, que nous les avons partagées, ainsi que tant d'autres maladies, en trois classes distinctes. On opposera à la première les remèdes qui conviennent à la maladie locale du solide. On diminuera, par exemple, la congestion symptomatique d'une maladie valvulaire du cœur, en rendant à cet organe l'énergie qui lui manque. On est sûr, au contraire, de l'augmenter par la digitale, la saignée et la diète, etc., etc.

Base des indications particulières.

Une seule indication générale appartient à presque toutes les hypérémies chroniques. Lorsque le système vasculaire local s'est fait une habitude de la congestion, et que le sang a pris, en quelque sorte, droit de domicile dans les vaisseaux, il importe de chercher à provoquer, dans le tissu qui leur sert de support, l'acte le plus voisin de l'hypérémie. Nous voulons parler d'un flux supplémentaire qui sert de solution souvent aux congestions. Nous ne pourrions pas indiquer un médicament qui remplisse mieux cette indication que le tartre stibié ou l'ipécacuanha, chez les jeunes sujets. Il faut préférer l'émétique, le donner à dose vomitive, y revenir à des intervalles plus ou moins rapprochés, sans craindre de fatiguer le malade et encore moins l'organisme. Que de succès inespérés et rapides nous avons obtenus à l'aide de cette médication, dans les congestions chroniques des bronches même symptomatiques d'une maladie du cœur! Le tartre stibié à haute dose (25 à 30 centigr.), continué plusieurs jours de suite, ne nous a pas réussi moins souvent contre les anciennes hypérémies. Laennec a rendu un véritable service en préconisant cette médication qui est loin d'avoir la renommée qu'elle mérite.

Indication générale.

Provoquer le vomissement,

dans les maladies du cœur.

Exciter une hypercrinie sur l'intestin ou sur la peau.

La seconde indication générale consiste à provoquer sur l'intestin ou sur la peau une hypercrinie continue, un peu forte, tantôt à l'aide de purgatifs et de drastiques, tantôt au moyen de sudorifiques, de sulfureux, et de tout ce qui peut exciter les capillaires périphériques. L'hydrothérapie mérite d'y occuper la première place. Nous reviendrons sur quelques-unes de ces indications en parlant de la bronchite. (Voyez *ce mot*.)

BRONCHITE.

Définition.

Définition. — L'inflammation aiguë de la membrane muqueuse des bronches est marquée par la rougeur vive de cette membrane, par la sécrétion de muco-pus, par la toux et la fièvre.

Divisions.

Divisions. — Il convient d'étudier à part : 1° *la bronchite aiguë des grosses bronches ;* 2° *la bronchite capillaire ;* 3° *la bronchite chronique*. Les idées plus justes qu'on possède aujourd'hui sur la pathologie générale conduisent à repousser les divisions proposées par Laennec, ou du moins à les interpréter autrement. Il distinguait un *catarrhe muqueux aigu, un chronique, un catarrhe sec, un pituiteux*. La bronchite aiguë, la bronchorrhée et la bronchite chronique rappellent très-exactement chacune de ces formes. Il faut cependant y ajouter l'hypérémie qui comprend un très-grand nombre de bronchites et de bronchorrhées. Qu'on n'oublie pas non plus que la bronchite est une maladie protopathique, simple dans un grand nombre de cas, et plus souvent encore deutéropathique ; qu'elle constitue alors un acte morbide placé sous la dépendance d'une maladie locale cardiaco-pulmonaire, ou d'une diathèse, d'une altération du sang. Ce qui caractérise le mieux la médecine actuelle est précisément la tendance à bien limiter les états morbides locaux, pour les grouper et les rapporter ensuite à des maladies générales. Nous ne cesserons de faire prévaloir cette méthode qui nous montre la pathologie sous un jour tout à fait nouveau, et en agrandit les espaces.

Divisions de Laënnec.

Bronchite protopathique et deutéropathique.

Bronchite des grosses bronches. Altérations anatomiques.

Bronchite aiguë des grosses bronches. — *Lésions anatomiques.* — Rien de plus difficile à distinguer de l'hypérémie simple que la rougeur inflammatoire des bronches. Cependant on est autorisé à regarder comme telle l'injection fine pointillée, vermeille ou d'un rouge brun de la muqueuse, surtout quand elle est distribuée par places, par bandes, par îlots distincts, entre lesquels la membrane est saine ou altérée d'une manière moins prononcée; enfin quand il s'y

Rougeur.

ajoute un épaississement de la tunique, un ramollissement considérable, pulpeux, rougeâtre, et dans les petites bronches seulement des dilatations cylindriques ou ampullaires. (Voyez plus loin.) Nous devons seulement indiquer les lésions protopathiques, et non celles dont la bronchite n'est souvent qu'une dépendance, telles que la pneumonie, les tubercules crus ou ramollis, les concrétions calcaires. On tiendra compte aussi de l'état du cœur et des gros vaisseaux, de l'emphysème et de toutes les causes qui peuvent hypérémier les bronches et faire croire à une bronchite protopathique. La quantité de liquide qui baigne les membranes n'est pas non plus indifférente, quand il s'agit de décider si le ramollissement des bronches est bien l'effet d'un travail phlegmasique ou de l'imbibition cadavérique. Toutes ces considérations peuvent seules éclairer la véritable nature des lésions.

Ramollissement.

Lésions concomitantes protopathiques.

La *trachéite* laisse après elle les mêmes altérations. La rougeur, l'épaississement et le ramollissement sont toujours plus marqués à la partie postérieure et dans l'intervalle des anneaux cartilagineux que sur les autres points du conduit trachéal.

Trachéite.

Symptômes. — On observe presque toujours des symptômes généraux précurseurs, de la courbature, de la céphalalgie, des douleurs musculaires et articulaires, du frisson, une fièvre intense, de l'agitation, de la chaleur nocturne et, chez les enfants, du délire, de la prostration et un état général grave, en apparence. Deux à trois jours, au plus, après cet état, si la bronchite est primitive, et ne fait pas partie d'une autre maladie locale ou générale antérieure (grippe, catarrhe nasal, pneumonie, laryngite, etc.), le malade commence à tousser. Il ressent un chatouillement, de la chaleur, de la douleur même au niveau du larynx, de la trachée, derrière le sternum, surtout pendant les premiers jours, lorsque la toux est encore sèche, fortement irritante. Tous ces symptômes s'apaisent ou cessent dans la période de sécrétion, quand les crachats deviennent faciles et abondants.

Symptomatologie. Symptômes précurseurs.

Symptômes pectoraux.

Partout le son pectoral est conservé; on entend, disséminés dans un côté du poumon ou dans les deux à la fois, vers la base plus souvent que vers le sommet, des râles sonores, ronflants et sibilants, dus à la tuméfaction des petites bronches ou au mucus rare, épais et tenace; plus tard, les râles deviennent sous-crépitants, et surtout à grosses bulles, quand ils se forment dans les grosses bronches, la trachée. Ils indiquent très-bien l'état de la membrane muqueuse. Les sibilants et les ronflants sont dus à la vibration de la tu-

Râles bronchiques.

nique interne tuméfiée ou au mucus épais, rare, qui bouche le conduit. Ces parties vibrent au moment où l'air pénètre, c'est-à-dire pendant l'inspiration et l'expiration, mais surtout pendant la seconde, beaucoup plus énergique que la première, du moins dans les respirations forcées (voyez *Asthme*). Les râles humides dépendent de la vibration des liquides par l'air qui les traverse. S'ils sont abondants et contenus dans des cylindres un peu grands, la résonnance est plus forte ; on a les râles muqueux : dans des tubes fins, capillaires ou moyens, on a les crépitants et sous-crépitants. Rien de si variable et, au fond, de moins important que le timbre et le ton du bruit anormal, au point de vue du diagnostic. Et cependant que n'a-t-on pas écrit sur ce sujet, que de distinctions subtiles qui s'effacent complétement dans la pratique !

Cause et mode de production de ces bruits.

Ce sont des bruits solidiens et hydrauliques.

Toux :

La toux est un des signes les plus constants et les plus intenses de la bronchite. Elle varie cependant à l'extrême : rare et facile chez quelques sujets, pénible, fatigante, chez d'autres, elle se montre tantôt par accès appelés quinte de toux, le matin, le soir, pendant la nuit, après les repas, une conversation, par l'effet de la chaleur ou l'impression du froid; en un mot, sous l'empire de causes variables; tantôt elle ne survient qu'à de longs intervalles, dans la journée, ce qui annonce la prochaine résolution de la phlegmasie. Quelquefois les quintes de toux, rapprochées, déterminent de la dyspnée, de la douleur dans la poitrine, vers les attaches du diaphragme, dans le dos, au creux épigastrique, dans le ventre. Elles peuvent même provoquer l'évacuation des matières contenues dans les réservoirs, la formation d'une hernie, l'épistaxis, à la manière de l'effort. La toux est un acte pathologique qui représente, en général, assez bien le degré de sensibilité morbide développée dans les bronches enflammées ou le larynx, et le besoin instinctif d'expulser les matières liquides formées dans ces conduits. Aussi est-elle fréquente pendant la première période, lorsque les membranes sont sèches et irritées, plus rare lorsque la sécrétion de muco-pus se fait aisément, quoiqu'il y ait nécessité pour les bronches de se délivrer des crachats.

quinteuse, ou par accès.

Ce que représente la toux.

Expectoration.

L'*expectoration*, nulle dans la première période ou acrinique, donne issue, dans la seconde, à une quantité variable, mais toujours assez grande, de matières liquides connues sous le nom de crachats. Ils résultent de la sécrétion phlegmasique de la membrane qui forme alors du mucus, du pus, et une grande quantité d'épithélium sans cesse renouvelé. Les crachats sont variables suivant l'intensité, l'étendue et la période de la bronchite. D'abord peu abondants, visqueux, tenaces,

Des différentes espèces de crachats.

formés d'un mucus transparent, ils sont souvent dilués dans une grande quantité de salive dont les efforts de la toux provoquent l'afflux sympathique; plus tard expectoration copieuse de crachats gommeux, roulants ou filants, surmontés d'une mousse plus ou moins considérable, remplissant le crachoir. Ils indiquent la résolution de la bronchite. Dans la période aiguë, le mucus et les épithéliums sont mêlés à une grande quantité de pus; telle est la nature des crachats arrondis, nummulaires, déchiquetés sur les bords, constitués par une matière verdâtre, blanche ou jaunâtre, de nuance d'ailleurs très-diverse, pelotonnée, de consistance souvent très-grande, etc.

Crachats visqueux; mêlés à de la salive; mucoso-purulents.

Il ne faut attacher qu'une médiocre importance à toutes les variétés de couleur, de forme, de consistance et même de quantité des crachats; n'y voir que le résultat de deux actes morbides : le premier, où la congestion inflammatoire donne lieu à une petite quantité de produit de sécrétion; le second est marqué par une sécrétion mucoso-purulente. Tantôt l'un, tantôt l'autre de ces actes prédomine. On voit, chez quelques malades, la toux rester fatigante et sèche pendant longtemps; chez d'autres, elle est suivie bientôt d'une expectoration abondante qui passe à l'état chronique.

Espèces et variétés.

Forme sèche ou catarrhale.

Les symptômes bronchiques sont parfois limités à la trachée, aux bronches principales, ou gagnent les petites bronches. Dans la trachéite, la douleur, la chaleur profonde, le chatouillement, la sensation de sécheresse, occupent exactement le bas du cou et le haut du sternum. La pression y est douloureuse; la déglutition, la toux et l'expectoration sont également suivies d'une sensation de déchirement, de chaleur profonde. Le siége des râles secs et humides fait reconnaître le siége plus spécial de la phlegmasie, quoiqu'ils résonnent et s'entendent dans un espace plus grand que celui où ils se produisent. Le caractère général de la bronchite est d'occuper un assez grand nombre de bronches à la fois. On doit donc se tenir en garde contre celle qui reste limitée, avec ses ronchus, au sommet d'un poumon ou même en un point de la base : elle fait craindre le développement des tubercules, surtout si elle reparaît un grand nombre de fois, et toujours dans le même lieu. L'auscultation est la seule manière de déterminer le siége de l'inflammation. Elle occupe toutes les bronches indistinctement, et n'est pas plus fréquente à droite qu'à gauche. Rien ne prouve non plus que les conduits qui se distribuent dans les parties inférieures du poumon soient plus souvent affectés que les autres parties, bien que cette opinion soit répandue. Il est impossible de rien dire de précis, à cet égard,

Bronchite générale, partielle.

Trachéite.

Valeur de la bronchite partielle.

Siége ordinaire.

Aucune notion précise sur ce point.

parce qu'on a confondu sous la dénomination de bronchite les hypérémies, les hypercrinies, et, de plus, qu'on n'a établi aucune distinction entre les bronchites protopathiques et symptomatiques. On doit craindre l'invasion des petites bronches par la phlegmasie, quand les râles secs ou humides occupent surtout la base du poumon, quand on observe du râle sous-crépitant, de la dyspnée, des crachats plus visqueux, etc. (Voyez *Bronchite capillaire.*)

Symptômes généraux.

Les *symptômes généraux* sont variables. La maladie est apyrétique quand elle est limitée ; plus ordinairement fébrile et marquée, au début surtout, par tous les symptômes d'une fièvre catarrhale : frisson, chaleur et moiteur pendant la nuit ; insomnie, courbature, un peu d'excitation, redoublement de la toux, anorexie, gastricité ou état bilieux, constipation.

Marche.

Elle ne dure, dans l'état de simplicité où nous l'étudions d'abord, que huit à dix jours. Sa forme rémittente est des plus manifestes ; les soirées et les nuits sont ordinairement mauvaises, pendant la période congestionnelle ; tout s'améliore quand l'hypercrinie se manifeste. Peu de maladies sont plus sujettes à rechuter. L'aggravation tient à l'action du froid ou à la migration du travail phlegmasique d'un point dans un autre, où il recommence à parcourir ses deux phases. La récidive, également commune chez les sujets qui en ont été atteints une première fois, est due aux mêmes causes cosmiques qui se sont déjà produites, ou, ce qui est plus ordinaire, à une cause locale, pulmonaire ou cardiaque, toujours présente. (Voyez *Causes.*)

Périodes d'hypérémie et de sécrétion.

Nous avons insisté trop souvent sur les deux actes principaux de la bronchite pour avoir besoin d'y revenir. Nous rappellerons seulement qu'ils sont très-distincts par leurs symptômes. L'un est l'hypérémie phlegmasique caractérisée par l'aridité de la membrane, le second par la sécrétion des produits propres à cette même membrane, ou par des produits morbides nouveaux, tels que le mucus et le pus. Les périodes de crudité et de coction représentaient pour les anciens ces deux temps de l'hypérémie inflammatoire.

Bronchite simple ou compliquée.

Le véritable diagnostic consiste à reconnaître la cause de la bronchite, surtout à décider si elle est protopathique et simple ou deutéropathique, consécutive à une maladie locale, telle que la phthisie, une maladie du cœur, ou à une maladie générale. La localisation, le retour fréquent et l'opiniâtreté du mal doivent inspirer quelques craintes sur la nature de la bronchite. Quand elle est simple, accidentelle, protopathique, elle guérit vite, pourvu que les causes extérieures qui l'ont produite aient été éloignées.

Étiologie. — Ce que nous venons de dire nous conduit à établir deux ordres de causes qui diffèrent essentiellement l'un de l'autre. Les bronchites ont leur source dans une maladie locale, générale, ou dans un agent du cosmos. **Étiologie.**

Les bronchites qui doivent prendre le nom de deutéropathiques sont les plus communes de toutes. Elles se rattachent à une lésion du tissu pulmonaire, qui fait l'office d'un agent continuel ou intermittent d'irritation : tel est le mode d'action du tubercule, de la pneumonie, du cancer, des concrétions calcaires. Le tubercule à l'état de crudité ou de ramollissement est certainement la lésion qui provoque le plus souvent les bronchites et qui les rend le plus rebelles et le plus sujettes à récidiver. Cause de la bronchite deutéropathique. Tubercule pulmonaire.

On peut se demander si les maladies du cœur et la gêne de la circulation ne peuvent pas contribuer à enflammer les bronches en les congestionnant. Nous ne croyons pas aux transformations des actes pathologiques les uns dans les autres. Une hypérémie mécanique suraiguë ou chronique nous semble peu faite pour préparer ou pour causer la phlogose des bronches. On a pris souvent pour telle une hypérémie simple ; nous nous sommes longuement expliqués sur ce point. (Voyez *Hypérémie symptomatique d'une maladie du solide, Pathol. gén.*, t. II, pag. 223.)

La bronchite aiguë peut être causée par une maladie générale, par un exanthème, par un érysipèle, auquel on a attribué le pouvoir de devenir ainsi un exanthème bronchique, par une brûlure, une phlegmasie intestinale, par les maladies du foie, du rein, de la vessie. Est-elle toujours une phlegmasie, ou ne tiendrait-elle pas à une simple hypérémie? Ce point, qui est obscur pour beaucoup d'auteurs, ne fait pas doute pour nous; nous croyons le rhumatisme, la goutte, la dartre, la scrofule, aussi capables de produire la bronchite que le froid extérieur ou la réduction au minimum de la transpiration cutanée. Beaucoup de rétrocessions d'exanthèmes et de prétendues métastases ne sont que des hypérémies sympathiques ou des phlegmasies. (Voyez *Bronchite sympathique.*) De quelques maladies comme causes de la bronchite. Causes cosmiques.

L'action de l'air froid, ou plutôt l'abaissement de la température extérieure, amène dans les fonctions respiratoires un trouble qui aboutit à la production d'une phlegmasie des bronches ou du tissu pulmonaire. Les mois de l'année les plus variables sont ceux durant lesquels la bronchite sévit avec le plus de fréquence. La constitution médicale saisonnière qui la favorise le plus se montre en automne et au printemps. Il n'est pas rare non plus de l'observer à l'état épidé- Action du froid.

mique, sans que les variations de la température puissent rendre compte de son développement.

Irritants directs des bronches.

A part quelques agents d'une vive irritation, tels que les vapeurs de chlore, d'acide chlorhydrique, acétique, il est rare qu'une atmosphère chargée de molécules pulvérulentes de nature diverse produise autre chose qu'une bronchite chronique dont nous étudierons plus loin la nature. (Voyez *Bronchite chronique.*) L'âge et le sexe ont sur le développement de cette phlegmasie une influence facile à comprendre. A peine avons-nous besoin de dire que les hommes, en raison des professions qu'ils exercent, y sont plus sujets que les femmes; que les vieillards, en raison de leur faible résistance au froid, la contractent facilement; et que la lenteur et les difficultés de l'hématose pulmonaire, de la circulation cardiaque artérielle, et de la calorification surtout, ont une très-grande part à sa production.

Imperfection et faiblesse de l'hématose et de la circulation.

Traitement.

Traitement. — Les saignées générales ne réussissent pas dans cette maladie. Dans la forme bénigne, il suffit pour guérir d'exciter pendant quelques jours, la nuit surtout, la transpiration cutanée, par des boissons chaudes et aromatiques et la sudation, mais à la condition que le malade n'ira pas exposer de nouveau son corps à une réfrigération subite. On peut, si le rhume est accompagné de ces états gastriques et bilieux si communs dans certaines épidémies et au printemps, l'attaquer par l'émétique ou l'ipécacuanha administrés à dose vomitive, et se rappeler que cette méthode abortive l'emporte sur toute autre. Elle réussit généralement très-bien, en raison de l'action élective du médicament sur l'appareil respiratoire. La bronchite des vieillards en est singulièrement diminuée et dure moins longtemps. Dans les formes aiguës et fébriles, lorsque la dyspnée est intense, et l'hypérémie inflammatoire générale ou du moins très-étendue, une émission de sang par les sangsues placées sur l'échancrure sternale peut rendre service. Les boissons émollientes, chaudes, aromatiques, les cataplasmes et les autres parties de la médication antiphlogistique, seront indiqués plus loin. (Voyez *Bronchite capillaire.*)

Sudorifiques;

vomitifs;

émollients.

BRONCHITE CAPILLAIRE.

Définition.

Définition. — L'inflammation qui a son siége dans les bronches de troisième ordre a reçu le nom de bronchite capillaire.

Altérations.

Altérations anatomiques. — Elle porte sur les bronches et le

tissu pulmonaire lui-même. On trouve dans les ramuscules bronchiques la membrane interne d'un rouge vif, violacée ou lie de vin, tuméfiée, laissant sortir le sang par la pression, et couverte par un mucus blanc, visqueux, épais, coloré ou non en rouge. On y observe aussi un ramollissement de la membrane, qui est inégale, granuleuse et comme chagrinée; des dilatations fusiformes sur le trajet et à l'extrémité des petites bronches. Rien n'est si commun, quand la maladie a duré quelque temps, que de rencontrer de petites cavités arrondies, de la grosseur d'un grain de millet ou de chènevis, à parois minces, lisses et souvent incolores, emprisonnant un muco-pus qui s'en échappe dès qu'on les a divisées. On a regardé ces excavations comme formées par la dilatation des bronches ultimes et des vésicules pulmonaires, ou par les cellules rompues du poumon devenu emphysémateux dans ce point. Ces trois lésions peuvent se trouver réunies; elles diffèrent essentiellement l'une de l'autre : la plus commune est la dilatation ampullaire des dernières bronches. En divisant l'organe altéré comme nous venons de le dire, on aperçoit dans les bronches et les cavités anormales un muco-pus blanc, épais, semblable à celui qu'on trouve dans les petits abcès métastiques du poumon. De petites concrétions fibrineuses cylindriques dues à du sang épanché et coagulé se rencontrent aussi dans les petites bronches. Elles sont distinctes des pseudo-membranes tubuleuses que la phlegmasie peut également faire naître dans les mêmes rameaux.

Rougeur.

Ramollissement.

Dilatation ampullaire des bronches.

Le poumon participe presque toujours, quoique à différents degrés, à la bronchite capillaire, qui est loin d'être une maladie protopathique, simple et aussi isolée que l'ont supposé quelques auteurs. Ils se sont fondés sur l'indépendance complète des vaisseaux qui se distribuent aux bronches et de l'artère pulmonaire qui fournit aux vésicules, pour soutenir que la bronchite capillaire doit exister sans la pneumonie. La cessation de la membrane muqueuse et la différence des épithéliums dans les bronches et les vésicules prouvent, il est vrai, que ces différences de structure sont incontestables, mais ne suffisent pas pour démontrer que l'inflammation ne peut se transmettre par continuité d'un tissu dans un autre même organisé autrement que lui. Des exemples nombreux puisés dans l'histoire des inflammations et des autres actes morbides prouveraient qu'il est loin d'en être toujours ainsi.

Lésions pulmonaires.

Si l'on consulte les faits et les travaux publiés sur cette maladie, on peut se convaincre que le tissu pulmonaire est presque toujours le siége de trois altérations distinctes. On constate l'existence d'un emphysème intra-vésiculaire, situé dans le lieu qu'il occupe ordinaire-

Emphysème intra et extra-vésiculaire.

ment, et dont il faut distinguer l'emphysème extra-vésiculaire avec ses anfructuosités inégales, creusées dans plusieurs points du poumon et pleines de muco-pus.

Hypérémie pulmonaire partielle.

La seconde altération consiste dans la congestion lobaire ou lobulaire (état fœtal, carnification de quelques auteurs). Elle comprend une étendue variable du poumon, surtout des parties déclives. Là le tissu est induré, charnu, d'un rouge variable, non crépitant, à coupe lisse, humide, et laissant échapper beaucoup ou peu de sang.

Pneumonie : (*a*) lobulaire ;

(*b*) granuleuse ;

(*c*) lobaire.

La troisième lésion est la phlegmasie du tissu pulmonaire, qui revêt plusieurs formes. Tantôt, et ce cas est le plus fréquent, elle est lobulaire, marginale, par plaques, par noyaux saillants, indurés, environnés d'emphysèmes ; tantôt elle se limite à des groupes de vésicules, qui se dessinent sous forme de grains arrondis, jaunes, gris ou rougeâtres, saillants, pleins de pus (pneumonie et bronchite vésiculaire, grains jaunes, granulations purulentes des auteurs). La pneumonie est lobaire dans quelques cas, ou bien il existe un simple engouement.

Quelques autres lésions.

Les poumons volumineux, légers, remplissent la cavité pectorale et ne s'affaissent pas quand on l'a ouverte, parce que l'air est emprisonné dans les bronches momentanément oblitérées et probablement aussi privées, en partie, de leur élasticité propre. Les ganglions bronchiques sont hypertrophiés, rougeâtres, ramollis. Le larynx offre une rougeur érythémateuse ; le cerveau, ses enveloppes, le foie, le cœur, la rate, les reins, sont congestionnés, comme après la mort par asphyxie. La présence de fausses membranes dans les bronches, la trachée ou le larynx, se lie à une diphthérite dont la bronchite capillaire n'est qu'un élément deutéropathique.

Étiologie. Bronchite symptomatique. Elle est l'élément d'une maladie générale. Exanthème.

Causes. — Avant d'aller plus loin, montrons que la bronchite capillaire n'est qu'un élément morbide le plus ordinairement lié à une maladie générale. La première place revient de droit aux épidémies de fièvres exanthématiques, à la rougeole, à la scarlatine et à la variole, dans le cours desquelles on l'a si souvent observée. Viennent ensuite les affections catarrhales qu'elle complique, telles que la coqueluche, la grippe épidémique, les oreillons. Nous regardons encore comme des bronchites capillaires deutéropathiques celles qui suivent les pneumonies catarrhales, lobulaires ou lobaires, certaines pleurésies ; celles qui se rattachent, de la manière la plus évidente, à la diphthérie, à des fièvres de mauvaise nature, à la fièvre typhoïde, à l'érysipèle, ou ne sont que des manifestations du rhumatisme, de la goutte, d'une affection cutanée (eczéma, impétigo, lichen, etc.). Sou-

Fièvres catarrhales.

vent la bronchite consécutive est l'effet d'une propagation, par continuité, d'un catarrhe nasal, d'une pharyngite, d'une angine diphthéritique ou d'une bronchite des gros rameaux, etc. Il faut bien admettre que la bronchite est souvent une maladie générale quand nous la voyons se développer sous forme d'épidémie éventuelle dans les localités qui en sont habituellement exemptes. Enfin la phlegmasie des ramuscules bronchiques est souvent secondaire à une lésion locale, à une pneumonie, à des tubercules.

Bronchite protopathique.

La bronchite protopathique simple peut se développer, chez les enfants, dans le jeune âge, et constituer une maladie au moins aussi grave que la pneumonie. Il en est de même chez le vieillard ; elle côtoie alors la pneumonie ou tout au moins la congestion de l'organe. On la voit sévir sous l'influence des brusques variations de température, du renouvellement des saisons, très-rarement produite par des poussières, des gaz et d'autres agents d'irritation locale. Elle est alors simple protopathique ; telle est la nature de celle qui se montre pendant le règne d'une constitution médicale saisonnière ou d'une épidémie éventuelle dont les qualités appréciables de l'air ne peuvent rendre compte.

Symptomatologie.

Symptômes. — Rappelons que l'acte principal de la maladie est la phlegmasie des bronches, qui ne tarde pas à entraîner avec elle la gêne extrême de l'hématose, la congestion pulmonaire, la pneumonite et l'emphysème. Les symptômes de ces actes morbides vont figurer dans la maladie *composée* qui a pris le nom de bronchite capillaire, et lui donner une physionomie différente suivant la prédominance de l'un ou l'autre de ces actes. On ne comprendrait rien à la symptomatologie si l'on n'était pas prévenu de ce fait important.

Variable suivant les actes morbides assez nombreux.

Le mal commence comme une bronchite ordinaire ; cependant, dès le début, l'intensité de la fièvre, de la dyspnée, l'agitation, sont plus marquées. Le son pectoral est naturel, diminué, mat ou exagéré dans les parties qui correspondent à la bronchite, à la congestion ou à l'emphysème.

Bruit respiratoire.

A l'auscultation on entend les râles sonores et humides de la bronchite des gros conduits, et çà et là une diminution faible ou l'exagération marquée du bruit respiratoire, due à l'imperméabilité de quelques bronches de petit calibre. Les râles à bulles fines, tels que le crépitant et le sous-crépitant, constituent le signe principal de la maladie. Ils s'entendent dans l'inspiration surtout, dan les parties déclives d'un ou des deux poumons, dans d'autres régions encore, partout enfin où l'air pénètre à travers un liquide épanché. Il est souvent

Râles crépitants et sous-crépitants.

mêlé à de gros râles, couvert par ceux qui se passent dans le voisinage de la bronchite capillaire, par conséquent difficile à entendre.

Bruits de souffle à différents degrés.

Le bruit d'expiration et d'inspiration, le souffle lointain ou superficiel, parfois incomplet, mal déterminé, ou au contraire intense, rude et semblable à celui de la pneumonie lobulaire, indiquent la congestion ou la phlegmasie concomitante de l'organe. La bronchophonie, la vibration thoracique qui leur correspondent, représentent les divers degrés de l'induration pulmonaire. Tous ces signes, marqués ou fugaces, varient souvent du matin au soir, à cause de la congestion morbide qui les produit, ou de quelques autres symptômes qui viennent les masquer ou les faire disparaître.

Voix : toux;

La voix, courte, brève, a son timbre naturel, à moins qu'il n'y ait laryngo-bronchite. La *toux,* constante, assez rapprochée, revient par accès plus ou moins fréquents, le soir et pendant la nuit. Le malade,

par quintes.

à ce moment, voit s'accroître la dyspnée. Il est obligé de se mettre à son séant, de respirer avec force ; son visage anxieux devient rouge, violacé; il se manifeste un commencement d'asphyxie qui a valu à cette bronchite le nom de *catarrhe suffocant* ou *asphyxique.* La toux, sèche d'abord, amène ensuite des crachats muqueux, épais, filants, tenaces, souvent striés de sang ou bien opaques et puriformes. Ils ne sont rendus qu'avec peine et par la contraction lente des derniers rameaux bronchiques. La viscosité de ces crachats formés dans les petites bronches, jointe à la tuméfaction de la tunique muqueuse, explique la dyspnée, la difficulté de l'expectoration et le développement de l'emphysème. Les crachats deviennent plus fluides, gommeux et spumeux, sont rendus plus facilement, quand la bronchite entre en voie de résolution. La viscosité, la teinte rouillée des crachats, annoncent l'existence d'une pneumonie, d'une congestion ou simplement d'une bronchite capillaire intense.

Expectoration facile, difficile.

Dyspnée, orthopnée.

La respiration est toujours gênée, à différents degrés, dès le début. Les mouvements respiratoires s'accélèrent : bientôt on observe une dyspnée continuelle, qui s'accroît pendant la nuit et après les quintes de toux ; elle donne lieu à l'asphyxie.

Symptômes généraux. Fièvre rémittente.

La bronchite capillaire, maladie aiguë et à marche rapide, donne lieu, dès le principe, à une fièvre intense, à des frissons suivis de chaleur, d'exacerbations quotidiennes, pendant lesquelles tous les symptômes pectoraux s'exaspèrent. La toux, la dyspnée, l'agitation, quelquefois le délire, se manifestent, chez les jeunes sujets principalement. La peau, sèche d'abord, se couvre d'une sueur abondante, pendant l'asphyxie; le pouls acquiert une fréquence extrême (120

à 140). Le sujet tombe dans la prostration ; l'intelligence, après avoir été longtemps normale, s'affaisse, et le malade s'éteint, après quelques accès de suffocation, ou dans un état d'asphyxie lente.

Marche.

La marche de la bronchite est variable, suivant les actes morbides deutéropathiques qui viennent la compliquer. Lorsqu'elle est simple, uniquement constituée par la phlegmasie des petites bronches, elle revêt la marche des affections catarrhales. Après une période hypérémique de huit à dix jours, pendant laquelle la respiration est gênée, la toux fréquente, l'expectoration nulle, il se manifeste une période catarrhale ou de sécrétion muqueuse qui débarrasse le sujet et met fin à tous les symptômes aigus précédents. Mais, dans d'autres cas, la bronchite prend plus d'extension, l'élément convulsif prédomine, l'hématose se fait mal, la dyspnée augmente, et, après une asphyxie lente ou rapide, la mort met fin à cet état grave. Dans d'autres cas, une pneumonie lobulaire ou lobaire se déclare ; ses symptômes restent latents ou couverts par ceux de la bronchite. On en soupçonne l'existence en voyant la dyspnée s'accroître, les crachats prendre une viscosité et une coloration rouge plus marquées ; parfois aussi les bruits de souffle deviennent évidents. L'emphysème est plus difficile à reconnaître ; la sonorité du thorax et la faiblesse extrême de la respiration, en un point, en font soupçonner le développement.

Période d'hypérémie et de sécrétion.

Prédominance de l'élément convulsif.

Complication de pneumonie ;

d'emphysème.

Pronostic.

La bronchite des petites bronches est toujours fort grave, soit par elle-même, soit par les actes morbides qui la compliquent. La suffocation et les troubles de l'hématose doivent servir à en mesurer le danger.

Le pronostic repose sur la distinction que nous avons établie précédemment, de la bronchite en protopathique simple et en deutéropathique liée à une maladie générale (exanthème, fièvre grave, érysipèle, diphthérie, etc.; celle-ci est souvent mortelle). Il faut aussi tenir compte des maladies locales du poumon et de la forme épidémique, qui ajoutent à la gravité.

Diagnostic.

Il est difficile de la distinguer de la pneumonie lobulaire, lorsque celle-ci est circonscrite et entourée d'un tissu pulmonaire sain. La pneumonie lobaire a des signes plus certains, excepté chez les enfants et les vieillards, où la percussion et l'auscultation ne donnent souvent aucun signe appréciable.

Traitement. 1° De la bronchite capillaire simple.

Traitement. — Dans la bronchite simple, protopathique, la plus rare de toutes, les indications consistent : —1° à donner, sous le nom de boissons émollientes, une grande quantité d'eau chaude et de ca-

lorique capables d'élever la température du corps et d'exciter la sueur; — 2° à prescrire des médicaments légèrement narcotiques, afin de combattre le spasme des bronches; les sirops de pavot, d'opium à petite dose, l'eau distillée de laurier-cerise, les émulsions, remplissent ce but; — 3° à révulser sur les membres inférieurs au moyen des sinapismes, des frictions irritantes et du calorique; — 4° sur le tube digestif, par des purgatifs gras, salins, etc.

Émollients; révulsifs; vomitifs.

Si le mal ne s'arrête pas ou s'il est intense, on doit prescrire l'émétique ou l'ipécacuanha, dès le premier jour; y revenir encore le jour suivant ou après une interruption; préférer au second le tartre stibié, à haute dose, même chez les enfants de huit à douze ans et plus jeunes encore (3, 4 et 15 centigr.). Cet agent curatif, que nous regardons comme le plus puissant et le plus sûr de tous ceux qu'on peut administrer, nous a été d'un précieux secours dans les cas désespérés.

Tartre stibié à haute dose.

Nous n'avons rien dit des émissions de sang, soit locales, soit générales, parce qu'elles ne réussissent pas et qu'elles peuvent devenir dangereuses, en ajoutant encore à l'adynamie que ne manque pas de provoquer le trouble de l'hématose.

Saignées dangereuses.

La bronchite deutéropathique exige le même traitement; il faut en outre obéir à quelques indications particulières. La débilité, l'appauvrissement du sang qu'amènent les maladies générales, dans le cours desquelles se montre le mal, exigent qu'on ajoute au traitement précédent les toniques associés aux vomitifs et aux évacuants; qu'on nourrisse les malades, quand ils sont pris dans la convalescence d'une maladie grave; qu'on applique des vésicatoires volants sur la poitrine, à moins que le sujet ne soit jeune, affaibli par une affection antérieure ou par toute autre cause, etc.

2° Traitement de la bronchite deutéropathique.

Bibliographie. — Trop de maladies différentes ont été réunies, par les auteurs des deux derniers siècles, sous les noms de catarrhe suffocant, de fausse péripneumonie ou de pneumonie, pour qu'on puisse dire au juste quel est celui qui a fourni l'idée la plus vraie de la bronchite capillaire. Laennec, dans son *Traité de l'auscultation*, est le premier de tous qui en donne une description exacte sous le titre de catarrhe suffocant. Les monographies les plus utiles à consulter sont celles de : — Delaberge, *in Journal hebdomadaire*, tom. II, p. 414, 1834; — *Compendium de médecine* (art. *Bronchite*), t. I, p. 659; — Andral, *Clinique médicale*, t. III, p. 216, 251; — Mahot, Bonamy, Marcé et Malherbe, *Relation d'une épidémie de bronchite capillaire observée à l'hôpital de Nantes en* 1840-41, in-8°. Nantes,

Bibliographie.

1842, et *Arch. génér. de médec.*,1863; un très-bon article du *Traité élémentaire de pathologie interne*, par Hardy et Behier, pag. 518, t. II. Paris, 1850.

BRONCHITE CHRONIQUE.

Définition. — Nous serions fort embarrassé pour dire en quoi consiste la bronchite chronique, si les auteurs ne venaient à notre aide, en nous montrant qu'ils ont désigné ainsi : 1° des hypérémies chroniques ou aiguës à répétition; — 2° des bronchorrhées ;— 3° des dilatations et des amincissements des conduits aériens ; — 4° et même des concrétions calcaires et polypiformes. Acceptons provisoirement cette singulière entité morbide, tout en protestant contre la confusion déplorable qu'elle a introduite dans la science. Elle vaut peut-être mieux que l'excès contraire, qui consiste à décrire toutes les lésions connues comme des maladies séparées. **Définition.**

Lésions anatomiques. — On rencontre le plus ordinairement, à la suite des bronchites anciennes, les bronches dilatées, épaissies, d'un rouge à peu près uniforme, livides et violacées. La membrane interne est quelquefois pâle et renferme une grande quantité de mucus. En pareil cas, on confond la bronchorrhée avec l'inflammation, sous le prétexte que celle-ci a dû précéder celle-là. Nous ne saurions accepter un pareil raisonnement, qui tendrait à faire attribuer à l'inflammation tout ce qu'on trouve après elle, sur les tissus qu'elle a envahis, et complétement abandonnés, mais dont la nutrition est restée influencée d'une manière fâcheuse. D'ailleurs l'hypérémie simple, mécanique, par affection cardiaque, l'hypercrinie enfin, se comportent aussi de la même manière. **Altérations.** Rougeur. Valeur contestable.

La dilatation des rameaux bronchiques est, avec la teinte ardoisée, grisâtre ou rouge de la tunique interne, la lésion la plus fréquente. Elle résulte de la perte d'élasticité des tissus contractiles, du ramollissement et de la distension opérée, sans cesse, sur la muqueuse par les produits morbides sécrétés et accumulés à leur surface. Cette dilatation est tantôt cylindrique, uniforme, sur tout le trajet du tube bronchique qui acquiert deux à trois fois son diamètre naturel; tantôt les renflements sont fusiformes, avec des étranglements de distance en distance, en nombre variable. On rencontre sur le trajet des ramuscules, ou à leur extrémité, près de la surface extérieure du poumon, de petites ampoules de la grosseur d'un pois, d'une noi- Dilatation des bronches; cylindroïde; fusiforme; ampullaire.

sette, ou plus considérables encore, formées d'une paroi lisse et mince, imitant les cavernes tuberculeuses, et communiquant avec une ou plusieurs bronches. La dilatation peut affecter une seule ou plusieurs de ces dispositions sur le même sujet, occuper des siéges différents, le sommet plus souvent que la base. Le tissu de la bronche est épaissi ou aminci, environné de tissu pulmonaire, sain, induré, crétacé ou atteint de mélanose.

Rétrécissement.

Le *rétrécissement* des bronches est beaucoup plus rare. Nous en dirons autant des *ulcérations*. Il n'est pas démontré qu'elles dépendent d'une phlegmasie simple : on les a rencontrées chez des sujets qui avaient des ulcérations non inflammatoires sur la trachée, le larynx et même ailleurs.

Étiologie.

Causes. — Nous ne dirons pas, avec la plupart des auteurs, que la bronchite chronique est la suite de l'aiguë, parce que rien n'est moins vrai. Des causes locales ou générales la produisent, l'entretiennent et la font reparaître, à l'occasion des influences les plus légères. Qu'on étudie, d'un peu près, ces prétendues bronchites chroniques et l'on pourra s'assurer qu'elles ne sont, le plus ordinairement, que des hypérémies symptomatiques d'une maladie du cœur (voyez *Hypérémie*, page 303), d'une gêne de la circulation cardiaco-pulmonaire, d'un emphysème, comme on le voit si fréquemment chez les vieillards qui sont en proie, plus que les autres, à des catarrhes interminables. C'est même souvent, sous cette forme, que se manifestent d'abord chez eux les maladies du cœur.

Causes cardiaques et pulmonaires.

Tubercules.

Nous devons accorder la première place parmi les causes de la bronchite chronique au tubercule pulmonaire, à toutes ses périodes, lorsqu'il est à l'état de crudité ou en pleine fonte. Par sa présence il provoque incessamment tous les symptômes d'une irritation chronique des bronches, et celle-ci, par son opiniâtreté, doit toujours faire craindre au médecin une phthisie commençante ou confirmée.

Lésion du sang.

Quelquefois la phlegmasie se prolonge sous l'influence d'un de ces états du sang qu'on ne trouve que chez des sujets scorbutiques ou affaiblis par l'inanition, par quelque pyrexie longue ou grave (fièvres typhiques paludéennes) et par une convalescence pénible et incomplète. Les maladies diathésiques, le rhumatisme, la goutte, la scrofule, ne sont-elles pas aussi des causes fréquentes de catarrhe chronique? Il en est de même des dartres, de l'eczéma, des lichens invétérés, des maladies syphilitiques, des flux supprimés.

Exanthèmes et pyrexies.

Diathèses.

Hypérémie et hypercrinie supplémentaire des bronches.

A une époque avancée de la vie, les fonctions de la peau sont singulièrement amoindries ; la circulation est difficile, ralentie et des

changements essentiels surviennent dans l'intensité de la nutrition et de l'hématose. Le sang alors est appelé vers la surface bronchique; il en résulte une suractivité fonctionnelle qu'il faut savoir reconnaître et qui se traduit par une irritation sécrétoire des bronches, par des flux plus ou moins continuels et une congestion sanguine qu'on a eu le tort de confondre sous le titre commun de bronchite chronique.

Action de diverses poussières.

Les corps étrangers en suspension dans l'atmosphère et dégagés par les diverses manœuvres auxquelles se livrent les ouvriers peuvent, en pénétrant dans les voies respiratoires, y déterminer une irritation chronique. Les poussières qui agissent ainsi sont de nature végétale, animale ou minérale. Les plus dures, les plus fines, les plus pénétrantes, comme celles de charbon, ou fournies par les meules dont on se sert pour aiguiser les outils, les aiguilles, les couteaux, toutes celles en un mot qui sont formées par des particules dures de silice, de charbon ou de métal, deviennent, par leur action continuelle sur les bronches, une cause d'irritation chronique. Le fait en lui-même est incontestable, quoique sa fréquence ait été singulièrement exagérée, surtout à l'époque où l'on prétendait rapporter aux bronchites la phthisie qu'on observe chez les tailleurs de silex, les rémouleurs, les mineurs, les fondeurs en cuivre et tant d'autres. Elles n'ont aucune part au développement de cette maladie diathésique; ce n'est que dans des cas rares, et fort contestables d'ailleurs, qu'on peut admettre l'intervention de cette cause alors purement occasionnelle. Nous dirons, dans un autre endroit de ce livre, que les concrétions calcaires, charbonneuses et cartilagineuses, qu'il faut se garder de confondre avec le tubercule, sont indépendantes, dans le plus grand nombre des cas, de toute irritation transmise par les corps étrangers. Répétons enfin, en terminant, que les bronchorrhées, les congestions sanguines, les flux divers, qu'on observe dans la bronchite, sont presque toujours des hypérémies ou des bronchorrhées deutéropathiques, provoquées par des maladies du poumon, du cœur, des grosses artères, ou amenées par le progrès de l'âge.

Elles font la bronchite et non le tubercule.

Symptomatologie.

Symptômes. — Ils sont aussi nombreux que les actes morbides désignés sous le nom de bronchite chronique auxquels ils correspondent. Le plus important de tous est la bronchorrhée qui a valu à la maladie le nom de catarrhe pulmonaire. En effet il s'établit, sur la membrane muqueuse, une sécrétion continuelle dont les caractères varient. Quand les bronches tuméfiées livrent passage à l'air avec une certaine difficulté, il en résulte des ronchus sibilants et ronflants, sonores, qui retentissent dans toute la poitrine, qu'on entend au

Signes de la bronchorrhée.

Râles sonores, sibilants, ronflants.

loin, et que le malade lui-même sent vibrer avec force (catarrhe sec). Le même ronchus peut dépendre de la vibration d'un mucus visqueux, peu abondant. En général il annonce le retour à l'état aigu de l'hypérémie ancienne ou l'extension du travail morbide à une autre portion de l'arbre aérien. Plus tard les râles deviennent humides, à grosses ou à petites bulles. Ce qui caractérise le catarrhe est la présence, dans un ou dans les deux côtés de la poitrine, de râles à grosses ou à petites bulles, muqueux et sonores, qui se mêlent dans des proportions diverses, changent d'un instant à l'autre, du matin au soir, après les repas, la fatigue, en un mot, suivant les causes qui font varier l'hypérémie et la sécrétion de la membrane. Toutes les variétés de râle imitant le gargouillement, le râle crépitant, sec ou humide, tiennent au siége du bruit hydro-aérique, à la quantité et à la qualité du liquide traversé par l'air : elles n'ont pas de valeur diagnostique spéciale.

Râles hydroaériques.

Variations nombreuses.

Signes de la dilatation bronchique.

L'auscultation, qui fait reconnaître ces bruits, indique également la dilatation des bronches, mais seulement quand elle est ampullaire, située à la surface de l'organe et loin des grosses bronches. On perçoit alors, dans un espace circonscrit, une sonorité anormale, du gargouillement, du souffle tubaire, de la bronchophonie, de la pectoriloquie même, signes d'une cavité qui peut aussi appartenir à une caverne tuberculeuse.

Expectoration.

Un autre signe constant du catarrhe est une toux fréquente, ordinairement quinteuse, surtout le matin, époque de la journée où le malade, après un sommeil bon ou mauvais, se débarrasse des crachats accumulés dans les bronches. L'expectoration en est facile ou difficile, suivant que les crachats sont fluides, visqueux et tenaces, rares ou abondants. Quelquefois la bronchorrhée donne lieu à une quantité si grande de liquide qu'il afflue dans les gros rameaux, et en est rejeté avec peine et suffocation (catarrhe suffocant). Un ou plusieurs crachoirs sont remplis avec promptitude, au point de faire croire à la rupture d'une vomique. D'autres fois les crachats sont rendus avec une difficulté extrême; ils sont transparents, visqueux, adhérents aux parois du vase comme ils le sont à celles des bronches. Les plus communs au début de la maladie sont transparents comme du blanc d'œuf cru, gommeux, fluides, battus ou non avec l'air (catarrhe pituiteux de Laennec); constitués par un mucus plus ou moins abondant, fourni de sérum à une époque plus avancée; dans la forme chronique ils sont épais, pelotonnés, mamelonnés, d'un gris verdâtre, jaunâtres, séparés les uns des autres, nageant dans un liquide salivaire, et en

Quantité considérable de crachats.

Crachats muqueux;

mucoso-purulents;

quantité souvent très-grande. Enfin il est commun de les trouver d'un blanc verdâtre, ou d'un jaune soufré, aplatis et nummulaires, à bords ronds ou déchiquetés, dilués ou non dans un liquide salivaire, séreux, spumeux ou non. Il est facile de concevoir les états intermédiaires à ceux que nous venons de retracer et qui changent beaucoup, non-seulement chez les différents sujets, mais aussi aux diverses époques de l'affection catarrhale. purulents.

La saveur des crachats est sucrée, saline ou acide ; leur odeur nulle ou fade, spermatique, marécageuse. Ils acquièrent une fétidité extrême, stercorale dans les vieilles bronchorrhées, ou dans le cas de dilatation ampullaire des bronches, etc.

Il est rare que la respiration ne soit pas fréquente, difficile au moment où la poitrine est *pleine*, et où les crachats gênent les fonctions d'hématose. Un certain nombre de dyspnées intermittentes, d'accès d'asthme, survenant la nuit ou le matin, sous l'influence de causes diverses, dépendent d'une bronchite chronique. Il en est de même de la cyanose qui survient quand la maladie est étendue et la sécrétion mucoso-purulente copieuse, quand une dilatation des bronches vient à se vider. Dyspnée ; continue, intermittente.

La fièvre se manifeste dans un grand nombre de vieux catarrhes pendant la saison rigoureuse, quand il survient une nouvelle hypérémie, ou quelque gêne de la circulation cardiaque et pulmonaire. Elle est alors continue ou rémittente, s'accompagne d'une dyspnée extrême, et peut faire croire à une pneumonie, surtout chez les vieillards et les sujets atteints de tubercules crus ou ramollis. Fièvre.

Marche. — La bronchite chronique ne suit jamais une marche continue. Elle diminue pour cesser entièrement pendant la chaleur de l'été, puis reparaît dans les conditions atmosphériques contraires. La membrane interne des bronches devient alors un organe qui se congestionne et sécrète, à l'occasion des moindres changements que subissent la circulation cardiaque ou les fonctions de la peau. La résolution complète de la maladie est difficile, parce que la membrane des bronches reste constamment influencée par les causes locales ou générales que nous avons fait connaître. On a dit qu'elle se terminait par la pneumonie chez les vieillards. Ces deux maladies, loin de se commander l'une l'autre, se compliquent rarement, et, si l'on a avancé le contraire, c'est qu'on a pris pour une phlegmasie la broncho-hypérémie qui est, en effet, très-commune chez les vieillards. Marche ; terminaison. Résolution.

L'emphysème est une maladie deutéropathique fréquente dans le Terminaison par emphysème ;

cours de la bronchite; la gêne de la circulation de l'air finit par la dilatation des bronches et par l'emphysème.

par asphyxie lente;

Les autres terminaisons sont l'extension de la bronchite à presque tout l'arbre aérien, la dyspnée croissante, le trouble de l'hématose et l'asphyxie lente qui fait tomber le sujet dans un état adynamique dont on a peine à le tirer. Il n'est pas rare aussi de le voir succomber aux progrès des lésions protopathiques, telles que la maladie du cœur, la phthisie pulmonaire, les cachexies, etc., dont le catarrhe n'est que la lésion consécutive.

par l'intensité croissante de la maladie protopathique.

Diagnostic.

La bronchite chronique ne peut être confondue avec aucune autre maladie. Il s'agit seulement de découvrir derrière elle l'autre affection qui lui a donné naissance et l'entretient. Il faut songer avant tout au tubercule et aux maladies du cœur. L'emphysème, après avoir été effet, devient cause à son tour, par la gêne qu'il apporte aux fonctions de l'hématose.

Traitement.

Traitement. — Nous ne répéterons pas les lieux communs qu'on trouve nécessairement reproduits dans tous les livres; cherchons à poser les indications thérapeutiques. La première consiste à appeler vers la peau toute l'activité fonctionnelle dont elle est privée, chez le vieillard et un grand nombre de sujets. L'hygiène, habilement dirigée, nous offre les agents principaux de cette médication (vêtements de flanelle, frictions, massage, exercice, habitation des pays chauds, sudation naturelle ou provoquée, bains thermaux, sulfureux principalement, salins et sulfureux, d'eau de mer). Cette activité fonctionnelle qu'on cherche à faire renaître sur la peau réclame, avant tout, l'emploi de tous les toniques généraux capables de faire cesser l'anémie, l'adynamie et la faiblesse qui sont si communes. L'air vif des montagnes ou des bords de la mer, une bonne alimentation, doivent être placés en première ligne.

1° Indications. Stimulants cutanés.

2° Indication. Modifier la surface respiratoire.

La seconde indication, plus difficile à remplir, a pour but de modifier la surface respiratoire, à l'aide de fumigations résineuses, balsamiques, soufrées, iodées, et de tous les appareils inspiratoires qu'on trouve dans les établissements thermaux. Ils peuvent rendre quelques services, à condition qu'ils seront employés avec prudence et non indistinctement, chez tous les malades.

3° Indication. Traiter la maladie protopathique.

Une troisième indication, qui doit primer toutes les autres, ou du moins marcher avec le traitement commun à toutes les bronchites chroniques, à cause de son importance, est fondée sur la notion de la cause même de la maladie. On ne ferait qu'une médication peu efficace si l'on ne commençait pas par combattre le tubercule, la ma-

ladie du cœur, le rhumatisme et la diathèse dartreuse, par des moyens appropriés. On conçoit que des traitements très-différents, et souvent opposés, sont nécessaires pour amener une amélioration réelle et la guérison.

4° S'opposer à la débilité due à la bronchite ou à la maladie principale.

Enfin il ne faut pas oublier que la fièvre hectique, l'adynamie causée et entretenue par l'altération profonde de l'hématose, et surtout par les maladies protopathiques, exigent un traitement tonique et fortifiant. On combattra ensuite la maladie par les moyens indiqués précédemment.

De quelques médications internes.

Les médicaments internes qu'on a conseillés et employés avec le plus de succès sont les balsamiques, les résineux (baume de Tolu et de copahu, goudron, térébenthine, créosote), tous les amers et aromatiques (sauge, germandrée, bourgeons de sapin, camomille, etc.). Un remède d'une efficacité bien grande, lorsqu'il est manié avec énergie, est le tartre stibié à haute dose, administré à plusieurs reprises. Nous le regardons comme le plus fidèle de tous les modificateurs des surfaces respiratoires. Nous plaçons bien loin de lui le kermès, l'ipécacuanha, à moins qu'on ne donne ce dernier, à doses vomitives et pendant plusieurs jours, en le suspendant par intervalle. On a prétendu arrêter la bronchorrhée à l'aide de substances astringentes, du ratanhia, de l'acétate de plomb, du quinquina; s'ils ont rendu quelque service, c'est en fortifiant l'organisme. Les préparations ferrugineuses et iodées remplissent la même indication. On a également conseillé l'opium, la belladone, les sels de morphine, l'éther, le musc; dans le cas où un élément spasmodique est venu se surajouter aux autres accès, ils peuvent concourir, jusqu'à un certain point, à la guérison. Nous recommandons aux praticiens d'être circonspects dans l'emploi des révulsifs extérieurs, des frictions irritantes, des vésicatoires et des cautères.

Résineux, balsamiques.

Émétique.

Narcotiques.

Bibliographie. — A quelle source meilleure pourrait-on puiser les documents nécessaires pour une histoire de la bronchite, si ce n'est dans les écrits de Laennec, qui en a saisi toutes les formes, en les multipliant peut-être à l'excès (catarrhe sec, pituiteux, chronique), et dans ceux d'Andral (*Clinique médicale*). Cependant nous devons faire remarquer qu'aujourd'hui une nouvelle description de la bronchite est devenue nécessaire, parce qu'il n'est plus permis de confondre, sous ce titre, toutes les maladies des bronches, les hypérémies, les hétérocrinies, en particulier.

Bibliographie.

BRONCHORRHAGIE.

Définition. — Cet état morbide est caractérisé par la sortie du sang hors des vaisseaux bronchiques ou pulmonaires, et par l'épanchement de ce liquide dans les bronches. Comme il est presque constamment rejeté au dehors par l'expectoration, on s'est servi du mot *hémoptysie* pour désigner cette hémorrhagie (de αιμα, sang, et de πτύω, je crache); mais ces deux expressions ne sont pas synonymes; la première désigne une hémorrhagie qui a son siége dans les voies respiratoires; la seconde, toute expectoration de sang, quelle qu'en soit la source première (abcès du foie, plaie de poitrine, anévrisme). Décrire un symptôme commun à des maladies différentes les unes des autres serait empiéter sur les attributions de la pathologie générale; nous ne parlerons donc que de la bronchorrhagie.

Étiologie. — I. *Bronchorrhagie symptomatique d'une maladie du solide.* Nous dirons quelques mots seulement de cette hémorrhagie qui est le symptôme presque constant de toutes les maladies de l'appareil respiratoire. Toutes les fois que la membrane muqueuse des bronches et le tissu propre du poumon sont lésés, le premier effet qui en résulte est un écoulement de sang par les vaisseaux; cependant les phlegmasies franches y donnent rarement lieu. Les maladies qui en sont la cause la plus ordinaire sont : — 1° Les ulcérations qui siégent dans les voies respiratoires, la pneumonie, la congestion, l'apoplexie pulmonaire, etc. Les crachats rouillés qu'on observe alors dans ces deux maladies tiennent à une véritable bronchorrhagie et doivent trouver place dans notre description. — 2° On sait que le tubercule pulmonaire, à son début, dans sa période de crudité surtout, est la cause fréquente de la bronchorrhagie, dans plus des deux tiers des cas. Il semble que ce produit morbide ne puisse naître ni se développer sans amener la rupture d'un très-grand nombre de vaisseaux sanguins et l'extravasation de ce liquide dans les voies aériennes. Plus tard l'oblitération préalable et salutaire des vaisseaux ulcérés compris dans la caverne tuberculeuse prévient la formation des hémorrhagies très-rares, à cette époque. On ne voit qu'exceptionnellement un vaisseau un peu considérable de la cavité tuberculeuse fournir une grande quantité de sang et la mort s'ensuivre. D'autres produits morbides, comme le cancer pulmonaire, plus rarement les concrétions calcaires, cartila-

gineuses, les acéphalocystes, sont annoncés par des bronchorrhagies. — 3° Toutes les lésions de l'endocarde ou du cœur, qui gênent la petite circulation, finissent par entraîner la stase du sang dans les vaisseaux du poumon, des bronches, et par en amener l'extravasation, dans les dernières périodes de la maladie. La quantité de sang expectoré n'est pas aussi considérable que dans la phthisie.

Maladies du cœur.

II. *Bronchorrhagie symptomatique d'une altération du sang.* — Il est très-rare que la pléthore occasionne à elle seule un flux sanguin par les bronches. On peut momentanément, à l'aspect de quelques sujets robustes et sanguins, conserver l'espoir que la surabondance du sang est bien la seule cause qui amène l'hémorrhagie; mais l'expérience apprend que derrière se trouvent des tubercules du poumon. L'appauvrissement du sang, la diminution de sa fibrine et non celle des globules, est une cause très-ordinaire des hémoptysies faibles ou fortes, qu'on observe dans le scorbut aigu et chronique, dans le cours de la fièvre typhoïde, dans la fièvre jaune endémique, dans l'ictère hémorrhagique essentiel où je les ai signalées. Ajoutons qu'il n'existe pas une seule maladie un peu grave du sang, qui ne la provoque, comme la morve, la pustule maligne, les maladies venimeuses, la cachexie paludéenne, la leucocythémie, l'altération du sang par le pus dans la fièvre puerpérale, et les phlébites spontanées ou traumatiques. Presque toutes ces hémorrhagies se font dans la période grave et avancée des maladies générales, en petite quantité à la fois et d'une manière continue, le plus ordinairement. Il ne faut jamais négliger de les rechercher, parce qu'elles fournissent d'utiles renseignements sur la gravité de la maladie.

II. Bronchorrhagie par altération du sang. Pléthore.

Scorbut.

Maladies générales.

Le flux sanguin bronchique se montre encore dans un grand nombre d'autres maladies générales, dans les exanthèmes, à forme grave, la rougeole, la variole et même la scarlatine, dans la cachexie rhumatismale et goutteuse, dans les maladies chroniques des organes digestifs, qui gênent ou empêchent la nutrition, enfin dans toutes les inanitions.

III. *Bronchorrhagie idiopathique ou dynamique.* — Le nombre en est restreint et le devient chaque jour davantage, à mesure que le diagnostic local acquiert plus de précision. Dirons-nous que l'hémoptysie paraît à la suite d'efforts de déclamation, de chant, de cris, en un mot, d'un exercice exagéré de l'organe vocal; que les variations de température, la chaleur ou le froid extrêmes, l'action de gravir les hautes montagnes, peuvent la déterminer. Nous pouvons affirmer que ces influences sont secondaires et insuffi-

III. Bronchorrhagie sans lésion appréciable.

Causes douteuses.

santes pour produire un pareil effet. L'effort, l'exercice immodéré et tout ce qui entrave momentanément la circulation pulmonaire, favorisent l'apparition de l'hémorrhagie et exigent l'intervention d'une cause bien autrement influente.

Flux sanguin supplémentaire.

La bronchorrhagie supplémentaire des règles supprimées par une grossesse ou par une maladie quelconque a une existence bien démontrée. Nous l'avons vue se manifester chez quatre hystériques, chez lesquelles les troubles de l'innervation étaient portés à un degré extrême. L'hémoptysie, après avoir été périodique et régulière, est devenue irrégulière, presque continuelle, quoique peu abondante, jusqu'à la mort; l'autopsie n'a révélé aucune lésion. Peut-être la suppression d'autres flux sanguins, par les fosses nasales, par le rectum, ou par des tumeurs hémorrhoïdales, doit-elle être rangée parmi les causes possibles de la bronchorrhagie? Quant à celle qui est critique, elle nous paraît douteuse.

Hémorrhagie critique.

Causes banales !

Nous nous garderons de placer au nombre des causes, l'âge, le sexe, la constitution, l'hérédité, le coït, etc., et toutes les influences que les auteurs signalent, en se copiant les uns les autres.

Symptomatologie.

Symptômes. — Il ne peut être question, dans ce chapitre, que des symptômes qui dépendent uniquement de l'écoulement sanguin par les voies respiratoires. La sonorité normale est conservée dans toute la poitrine, et l'expectoration souvent si rapide et si complète, qu'on ne saurait dire de quel côté vient le sang rendu. Cependant il est plus ordinaire d'entendre, à la base d'un poumon ou à son sommet, des râles muqueux à grosses bulles, sous-crépitants, nombreux ou rares, pendant l'inspiration principalement. Dans certains cas, l'afflux du sang dans les bronches se fait avec une si grande promptitude, que ce liquide les remplit promptement et qu'on perçoit un bruit de gargouillement dans une grande étendue. Ailleurs le bruit respiratoire est nul.

Râles humides. Leur siége.

Toux. Hémoptysie.

Une *toux* sèche, répétée, fatigante, laryngée, se manifeste d'abord, et ne tarde pas à être suivie de l'expectoration de crachats formés par du sang rosé, rutilant, léger, spumeux; il est rejeté en petite quantité et battu avec l'air, parfois noirâtre, à demi fluide ou en caillot solide et brunâtre. Les caractères fournis par les crachats varient suivant la quantité de sang rendu et les difficultés de l'expectoration : on le voit disposé, par stries ou même par points disséminés, sur les crachats muqueux ou la salive; dans d'autres cas, rendu par verre, et même par cuvette, par litre, en un petit nombre de fois, comme s'il était vomi. Il détermine alors dans l'arrière-gorge la même sensation

Vomissements de sang?

qu'un liquide rejeté par l'estomac, et le malade n'hésite pas à dire au médecin qu'il a vomi le sang. D'ailleurs la toux, qui ne peut plus avoir lieu, est remplacée par de violents et rapides efforts d'expiration qui expulsent le sang contenu dans les bronches. La titillation de la luette par ce liquide peut être la cause des nausées et d'un vomissement sympathique; mais ce cas est beaucoup plus rare que ne l'a supposé Laennec. Le malade éprouve, dans la poitrine, un sentiment de bouillonnement, de sécheresse, et une dyspnée pénible, qui cessent lorsque le sang a été expectoré. Quelquefois ce liquide se mêle en si petite proportion au mucus des crachats, que ceux-ci acquièrent une teinte rougeâtre, rouillée, comme dans la pneumonie; ou bien il est rejeté sous forme de petits caillots noirs, épais, très-consistants, comme on l'observe, plusieurs jours de suite, chez les sujets qui ont eu une hémoptysie, durant quelques maladies graves comme la fièvre typhoïde, le scorbut, le purpura, les affections du cœur, etc. Dans celles-ci on voit, à plusieurs reprises, les malades cracher du sang noir ou un mucus sanieux semblable à du jus de pruneaux. Quelques malades, trop affaiblis, succombent sans pouvoir expulser hors de la bouche et du poumon le sang qui y fait irruption.

Crachats sanguinolents.

Le sang détermine, à son passage dans la bouche, une saveur douceâtre, sucrée, etc. Son écoulement est précédé de malaise, de frisson, de sueurs, d'un sentiment de plénitude dans toute la poitrine, ou derrière le sternum, de sécheresse au larynx. Dès que le sang commence à couler, deux ordres de phénomènes, communs à toutes les hémorrhagies, ne tardent pas à se montrer. Les uns, actuels, dépendent des troubles du système nerveux qui ne manquent pas de survenir chez le malade à la vue du sang qui s'écoule, lorsque la quantité en est considérable, et l'émotion morale forte (pâleur faciale, refroidissement des extrémités, fréquence et faiblesse du pouls, lipothymie, syncope, dyspnée nerveuse, excitation morale, jactitation). Quelquefois, chez les sujets forts, pléthoriques, le pouls est dur, large, développé, ondulant, redoublé (pouls hémorrhagique); mais chez d'autres, affaiblis par une maladie antérieure, il présente des caractères opposés.

1° Symptômes précurseurs.

2° Symptômes généraux.

(*a*) Les uns dus au trouble du système nerveux;

L'autre ordre de symptômes est sous la dépendance de la perte de sang elle-même. Est-elle un peu forte, ou répétée à des intervalles plus ou moins rapprochés, on voit paraître tous les signes de la chloro-anémie? Celle-ci est par elle-même incapable de favoriser le retour de la bronchorrhagie, à plus forte raison de la produire à elle seule, quoiqu'on ait dit le contraire. Nous ne ferons que mentionner pour

(*b*) les autres à la perte du sang.

(c) Symptômes propres à la maladie qui cause la bronchorrhagie.

mémoire une troisième classe de symptômes propres à la maladie locale ou générale, du solide ou du sang qui provoque l'hémorrhagie ; elle vient mêler ses symptômes à ceux de l'hémoptysie.

On ne saurait indiquer, d'une manière générale, la marche, la durée, la gravité d'une hémorrhagie si différente par son origine. Dire qu'elle est grave, qu'elle est sujette à récidiver, qu'elle attaque des hommes robustes, ce serait faire l'histoire de l'hémopthisie tuberculeuse ou de celle qui supplée une autre hémorrhagie. Nous ne nous arrêtons pas non plus à mettre en parallèle les signes différentiels de l'hémoptysie et de l'hématémèse ; elles ne peuvent être, en aucun cas, confondues ensemble, lorsqu'on est témoin de l'acte morbide : au contraire, elles ne sauraient être distinguées l'une de l'autre, quand on n'a pour se guider que le récit des malades.

Diagnostic.

Traitement.

Traitement. — Sans la connaissance des causes qui ont amené l'hémoptysie, il n'y a pas de traitement efficace. Et d'abord comment remédier à la perte de sang, si elle est forte et menaçante pour la vie du sujet? Quand on a rassuré le malade par de bonnes paroles, quand on l'a exposé à un air frais, quand on lui a recommandé le silence et l'immobilité, on lui administre des boissons acidules, froides, ou mieux encore de la glace; on porte sur ses pieds des corps chauds et des sinapismes; on opère une dérivation, à l'aide de ventouses sèches ou de la ventouse monstre placée sur un des deux membres inférieurs. Ce dernier moyen, vanté outre mesure, n'a qu'une action médiocre sur l'hémorrhagie et offre quelques dangers.

Froid à l'intérieur.

Saignées.

La saignée générale répétée une ou plusieurs fois et à fortes doses est certainement de toutes les médications la plus usitée. Hommes forts ou faibles, pléthoriques ou anémiques, entachés de tubercules, de maladies du cœur ou d'un autre organe, tous les hémoptoïques passent par la saignée; cependant elle est loin d'être utile dans la plupart des cas. Elle ne doit être essayée que dans des hémorrhagies fortes et sur des hommes robustes. On obtient parfois de bons effets de la saignée locale faite par l'anus ou par les malléoles, quand on veut dériver le cours du sang vers ces parties, ou quand il a subi lui-même quelque altération, comme chez les femmes dont les règles sont arrêtées.

Tartre stibié à haute dose.

Nous recommandons, avec Laennec, et après une observation de vingt années, l'emploi de la potion stibiée à haute dose. On cherchera, en l'administrant avec soin, à empêcher le vomissement, non parce qu'il est dangereux, mais parce que les malades ne manqueraient pas d'attribuer au remède la persistance du vomissement de sang, et surtout son accroissement. Celui qui sait manier habilement

l'émétique peut arrêter ainsi des hémoptysies rebelles à toute autre médication. Elle possède la merveilleuse propriété d'agir sur l'hypérémie pulmonaire dont le tubercule ou d'autres maladies sont la cause, et surtout sur cette funeste diathèse elle-même, que rien ne saurait atteindre.

Des antihémorrhagiques

Que dire de toutes les eaux antihémorrhagiques dont la composition est connue ou inconnue et qui ont été célébrées, tour à tour, à l'égal de véritables panacées (eau de Brocchieri, de Tisserant)? Que dire du ratanhia, du perchlorure de fer, du tannin et des tannates, de l'alun, de l'acétate de plomb? Rien, sinon que tous ces médicaments réussissent et échouent lorsque l'hémorrhagie doit s'arrêter ou continuer, et suivant la nature de la maladie protopathique qui détermine la sortie du sang. Cette marche, si différente et si variable de l'hémoptysie, est commune d'ailleurs à toutes les hémorrhagies, en général; elle explique le succès et l'insuccès de tous les médicaments préconisés jusqu'à ce jour, et les difficultés de l'expérimentation, en pareil cas. Nous préférons aux astringents, aux acides végétaux et minéraux le froid et les révulsifs modérés, dans les cas légers; nous ne trouvons aucun inconvénient à les administrer, ainsi que tous les antihémorrhagiques, lorsqu'on est sûr qu'il n'y a aucun danger et que l'écoulement du sang va s'arrêter de lui-même; mais dans les cas graves, lorsque le malade a perdu beaucoup de sang et qu'il en perd encore, il faut préférer l'usage du tartre stibié à haute dose.

MALADIES DU POUMON.

Divisions. — Les maladies du poumon qui méritent une description spéciale sont : 1° l'hypérémie; — 2° l'inflammation; — 3° l'hémorrhagie; — 4° l'œdème; — 5° la névrose (asthme essentiel); — 6° l'emphysème; — 7° la mélanose; — 8° les concrétions calcaires. Quant au tubercule et à la maladie consomptive qui en dépend (phthisie), ils ont leur place ailleurs. (Voyez *Maladies générales; Maladies diathésiques.*)

HYPÉRÉMIE DU POUMON.

Synonymie.

Synonymie. — Congestion, péripneumonie fausse, bâtarde, péripneumonia spuria ou notha, exanthématique, hypostatique, carnification, splénisation, état fœtal.

Définition.

Définition. — On doit désigner ainsi l'hypérémie du poumon, caractérisée par la rougeur, l'augmentation de volume, de densité, de poids, de consistance, soit partielle, soit générale, du poumon, et par tous les signes d'une gêne de la circulation pulmonaire.

Son existence mise en doute.

Quoique cette maladie ait attiré depuis longtemps l'attention des bons observateurs, son existence cependant a été niée par un grand nombre d'autres; les ouvrages les plus récents n'en contiennent qu'une mention succincte. Il nous sera même assez difficile d'en offrir une description complète; nous ferons servir, pour cette étude, un grand nombre de faits que nous avons recueillis depuis vingt ans, et qui, nous l'espérons, ne laisseront aucun doute dans l'esprit du lecteur. La congestion a été confondue, à chaque instant, avec la pneumonite vraie, parce qu'elle en offre la plupart des symptômes physiques, parce qu'elle guérit spontanément, et que l'observateur, intéressé au succès d'une médication, peut se prévaloir de cette prompte guérison pour vanter le traitement mis en usage, parce qu'enfin la véritable limite entre la congestion, l'hémorrhagie et l'inflammation sont plus difficiles à saisir dans le poumon que dans tout autre viscère. Il nous paraît important de faire connaître au praticien cette hypérémie, dont la fréquence extrême dépasse de beaucoup celle de la pneumonite vraie, et qui se rattache à un grand nombre de maladies que nous allons d'abord indiquer.

Étiologie.

Causes. — Les *hypérémies deutéropathiques secondaires, consécutives*, se rencontrent: (a) dans les maladies locales du solide; (b) dans les maladies du sang; (c) dans les maladies générales.

1° Hypérémies deutéropathiques liées à une maladie du sang. Hypérémie hydraulique.

1° *Hypérémies deutéropathiques par maladie du solide.* — La circulation du cœur ne peut être gênée, sans que le sang ne stagne dans toutes les branches de l'artère pulmonaire; aussi voit-on fréquemment la congestion paraître, à plusieurs reprises, dans le cours des maladies du cœur, et surtout dans leur dernière période. (Voyez *Maladies de l'endocarde*, page 231.) Le tissu est d'un rouge foncé, noirâtre, encore crépitant, à coupe lisse, unie, laissant écouler une grande quantité de sang spumeux ou lie de vin, à peine aéré; quelquefois il est induré, violet, dense et non crépitant. Les affections valvulaires du cœur, l'hypertrophie, les communications entre les cavités à sang noir et celles à sang rouge, s'accompagnent souvent de cette hypérémie à laquelle succombent les sujets dans la dernière période de ce mal, ou de tout autre, ou lorsqu'ils ont été affaiblis par la saignée, la diète, ou un traitement débilitant et intempestif.

Après et même avant les maladies du cœur, vient se placer le tu-

bercule pulmonaire, parmi les causes les plus fréquentes de l'hypérémie; à toutes les époques de l'évolution de ce produit, et surtout dans sa seconde période, lorsqu'il se ramollit, le poumon se congestionne sous l'influence du froid, d'un excès ou d'une cause occasionnelle. On désigne souvent cet état morbide sous le nom de pneumonie secondaire; mais peut-on appeler ainsi une maladie qui se montre quatre, cinq fois et plus, chez le même individu, qui guérit presque toujours bien, avec ou sans traitement, qui se dissipe parfois en trois à cinq jours, après plusieurs semaines, ou reste stationnaire et sans provoquer aucun symptôme général grave, etc. Remarquons que, pendant la période de crudité du tubercule, la congestion pulmonaire est surtout hémorrhagipare, simple au contraire dans les autres périodes.

Dans la tuberculisation pulmonaire. Caractères de cette congestion.

Nous sommes porté à croire que les hypérémies et phlegmasies des bronches, l'emphysème, la gangrène, les concrétions calcaires et la mélanose, s'accompagnent souvent d'hypérémie, sans que celle-ci aille au delà et jusqu'à l'inflammation, ou l'hémorrhagie. Chez les nouveau-nés et même chez les enfants de deux à cinq ans, un très-grand nombre de maladies de poitrine appellent la congestion du poumon.

Influence de quelques autres produits morbides.

Les épanchements de la plèvre, les maladies du ventre, qui gênent les mouvements du diaphragme et par conséquent de la respiration, comme l'augmentation de volume du foie, les tumeurs abdominales, l'ascite, quelle qu'en soit la cause, l'hypertrophie splénique, la grossesse, produisent ces hypérémies pulmonaires : aussi les observe-t-on souvent à la fin des maladies organiques du ventre. L'altération du sang et de tout l'organisme en est une cause non moins certaine que le ralentissement de la circulation cardiaco-pulmonaire.

Gêne mécanique de la respiration.

Dans ces dernières années on s'est mis à décrire une congestion du poumon dans les affections aiguës, comme une maladie nouvellement découverte. Nous avons dit et nous montrerons plus loin que ces congestions ont été observées et signalées par les auteurs, dans un très-grand nombre de maladies. Les unes sont l'effet de la gêne que subit la circulation dans le système de l'artère pulmonaire; les autres sont l'effet sympathique, le retentissement d'une maladie locale sur la petite circulation, sans qu'on puisse en saisir nettement le mode de production.

2° *Les hypérémies deutéropathiques liées à une altération du sang* se manifestent dans un grand nombre de maladies : — 1° dans la pléthore, certaines dyspnées, certaines ampliations de tout le thorax,

2° Hypérémie deutéropathique dans les maladies du sang.

avec râle sibilant et quelques symptômes de catarrhe sec, nous ont paru tenir à cette maladie seule ; — 2° mêmes accidents chez les scorbutiques, les sujets atteints de purpura, d'hémorrhagie par le nez et les gencives, d'ictère hémorrhagique essentiel. On trouve après la mort les poumons fortement hypérémiés, sans aucune autre lésion de texture.

3° Hypérémie dans les maladies générales. (*a*) exanthématique ;

3° *Hypérémies deutéropathiques d'une maladie générale.* — Nous retrouvons d'abord ces fausses péripneumonies exanthématiques, dont Sauvages, Boerhaave et tant d'autres ont parlé, et qui sont si communes dans la rougeole, la scarlatine et la variole, à formes ataxo-adynamiques et hémorrhagiques. Elles ne sont autres que ces hypérémies qu'on a nommées plus tard pneumonies hypostatiques, et qu'on

(*b*) des fièvres,

trouve dans la fièvre typhoïde, le typhus, la fièvre jaune, la peste, la diphthérie, la fièvre puerpérale, la pyémie, le choléra, etc. Nous devons

(*c*) intermittentes, paludéennes.

encore en rapprocher les congestions pulmonaires, qui dépendent de l'impaludisme. Ces curieuses congestions, sur lesquelles nous reviendrons plus loin, sont intermittentes, remittentes ou continues, comme tous les états morbides liés à l'intoxication paludéenne. Elles n'ont aucun caractère phlegmasique, et, si on les a considérées comme telles, c'est en raison de quelques symptômes analogiques qui ont trompé les observateurs. Quelquefois la congestion marche avec une promptitude extrême dans le poumon comme dans le cerveau et la rate, et tue en quelques heures les malades.

Nous sommes surpris de ne pas voir les auteurs modernes ranger parmi les hypérémies les prétendues pneumonies qui se manifestent et souvent se dissipent rapidement chez les rhumatisants, les goutteux, les scrofuleux et les sujets atteints d'herpes, d'ecthyma ou d'impétigo. Les auteurs du dernier siècle n'ont pas manqué d'en citer des exemples irrécusables. Nous avons recueilli dernièrement un exemple de congestion pulmonaire rhumatismale, qui a été rapporté par M. Tartivel et observé par lui, dans notre clinique. (*Union médicale*, décembre 1863.)

Hypérémies rhumatismales, goutteuses, dartreuses,

4° *Hypérémie idiopathique et protopathique.* — Il faut se tenir en garde contre les congestions du poumon, qu'on ne sait d'abord à quelle cause rapporter, et qui plus tard apparaissent comme la détermination manifeste d'une maladie locale ou générale. Combien de fois n'avons-nous pas été trompé sur la nature de ces congestions simples, chez les enfants et les vieillards. Quoi qu'il en soit, il en existe quelques-unes dont le trouble du système nerveux semble être l'unique point de départ. Nous les avons rencontrées chez des femmes hystéri-

ques, sous l'influence d'un froid très-intense, d'une chaleur artificielle considérable, d'un air confiné et impropre à l'hématose, etc. Elles sont plus rarement deutéropathiques et supplémentaires de la suppression des règles, d'un flux sanguin hémorrhoïdal, nasal ou autre. sympathiques.

Lésions anatomiques. — Au milieu de tant de maladies locales et générales qui leur ont donné naissance, il faut s'attendre à voir les lésions propres aux hypérémies offrir d'assez grandes variations; cependant il existe un certain nombre de caractères communs qu'il convient d'indiquer d'abord. Nous rappellerons que l'hypérémie a pour effet d'accumuler le sang dans les vaisseaux et d'en ralentir le cours jusqu'à le faire stagner, l'immobiliser en quelque sorte, mais non de l'en faire sortir, et encore moins d'engendrer des produits morbides nouveaux, tels que la fibrine et le pus. Théoriquement il est facile de séparer cet état morbide de tous les autres; il n'en est plus de même cliniquement et sur le cadavre. L'étude microscopique pourrait seule nous faire connaître la nature et le siége de la lésion; elle n'a pas cependant décidé cette question. Les dernières recherches tendent à faire admettre que, s'il existe un élément nouveau ou du sang épanché dans le tissu pulmonaire, il s'agit, dans ce cas, d'une hémorrhagie ou d'une phlegmasie, et non d'une simple congestion. **Altérations cadavériques.** Différences entre la congestion et d'autres actes morbides.

Elle est caractérisée anatomiquement par l'induration du tissu pulmonaire qui est d'un rouge brun, violacé, d'une teinte vermeille ou rouge clair. Il est dense, résistant, plus ou moins privé d'air, et semblable à de la chair musculaire (carnification) ou à la rate saine. Le sang est venu prendre la place de l'air, et effacer les vésicules du poumon. On n'y perçoit plus la crépitation, excepté dans le cas où les portions congestionnées sont entourées d'un tissu encore sain, ou faiblement altéré. Ordinairement le tissu carnifié, plus dense que l'eau, se précipite au fond du vase, où il reste immergé. Il offre une ténacité assez grande, se laisse déchirer difficilement, et quand on est parvenu à en faire écouler une grande quantité de sang noir spumeux, séreux, ou présentant des qualités différentes, on trouve les divers éléments constitutifs du poumon avec leur consistance normale. Cependant il peut arriver que l'imbibition cadavérique des tissus par une grande quantité de sang et de sérosité qui s'y trouvent presque toujours arrêtés par la congestion, finisse par diminuer la consistance des tissus, sans qu'il y ait pour cela inflammation. Quand on déchire le poumon congestionné, il résiste et ne laisse apercevoir aucune granulation vésiculaire, ni Caractères anatomiques. Coloration. Non-crépitation. Conservation de la texture et de la consistance.

Absence de granulation.

la forme grenue qui caractérise si bien la phlegmasie au second degré (Laennec). Une coupe, pratiquée sur ces mêmes points, montre encore plus distinctement une surface lisse et unie, dans laquelle on retrouve, quand on l'a lavée ou quand on en a exprimé le sang, le tissu pulmonaire exempt de toute altération. Cette lésion a reçu le nom impropre de *pneumonie planiforme*, car elle n'a rien de commun avec la phlegmasie. On peut rendre au poumon simplement hypérémié l'air qui ne pénétrait plus dans les vésicules, en l'insufflant avec précaution; tandis que la même opération ne saurait réussir sur un poumon enflammé. Le siége habituel de la maladie est la partie inférieure des deux poumons, tout le lobe inférieur, plus rarement les deux côtés.

Actes morbides qui s'ajoutent à la congestion.

Si la congestion se présentait toujours avec des caractères aussi tranchés, il serait facile de la distinguer des états morbides qui en sont voisins. Malheureusement elle s'accompagne souvent d'autres actes pathologiques qui en altèrent la forme. Celui qui le côtoie de

Hémorrhagie bronchique.

plus près et y est souvent conjoint est l'hémorrhagie pulmonaire, dans laquelle le sang infiltre le poumon ou remplit les bronches capillaires. Cependant le sang ou ses divers éléments s'y retrouvent, soit à l'œil nu, soit au microscope, avec leurs caractères spécifiques. L'infarctus apoplectique, pour peu qu'il soit considérable, donne aux

Œdème pulmonaire.

tissus une teinte noire et une consistance qui en font reconnaître la nature. Quant à l'infiltration sero-sanguinolente que ne manque jamais de produire la congestion, elle se fait dans le lieu même que

Bronchite capillaire.

celle-ci occupe, ou à son pourtour. L'hypérémie des bronches capillaires est aussi un élément très-ordinaire de la congestion du poumon. Toutes les deux sont le résultat fréquent de toutes les maladies du cœur et du poumon, qui, après avoir retenu le sang dans l'artère pulmonaire, l'accumulent aussi, d'une manière plus directe, mais non moins sûre, dans la grande circulation, et par conséquent dans les artères bronchiques indépendantes de la petite

Broncho-hypérémie du vieillard.

circulation. C'est ce qu'on observe, à chaque instant, chez les vieillards, dans la congestion pulmonaire et bronchique, qui a reçu le nom impropre de broncho-pneumonie. Les phthisiques nous en offrent aussi de fréquents exemples. La carnification des nouveau-nés

État fœtal.

qu'on a désignée sous la dénomination d'*état fœtal*, n'est pas autre chose qu'une hypérémie liée à une gêne de la circulation, ou à toute autre cause qui entrave la fonction hématosique, et accumule le sang dans les voies respiratoires (faiblesse congénitale). Du reste, pour ne plus revenir sur cet état fœtal, dont on a tant parlé, nous

dirons qu'il s'applique à des états morbides très-divers, à la bronchite capillaire et à la congestion pulmonaire particulièrement.

Symptômes. — Les uns sont locaux et les autres généraux. Les premiers caractérisent la maladie locale, les autres les maladies générales dont celle-ci n'est qu'un élément partiel. Commençons par les premiers. Symptomatologie.

La congestion occupe ordinairement le lobe inférieur, d'un ou des deux poumons à la fois, quand la cause est générale et consiste dans une maladie du cœur. On trouve aussi des congestions partielles dans les lobes supérieurs, ou dans une partie seulement du lobe inférieur. On ne connaît pas encore bien la cause de ces localisations morbides. Siége de la congestion

Le mal débute à la façon d'une pneumonite, par du frisson, par une fièvre modérée, souvent nulle, de la dyspnée, de la toux avec ou sans expectoration, selon qu'il existe ou non de la bronchorrhée, et rarement par de la douleur de côté.

Les signes physiques les plus importants sont : — 1° Un accroissement notable de volume égal à celui qu'on observe dans la pneumonie; — 2° La vibration thoracique; — 3° La résistance au doigt et la matité du thorax, dans les points correspondant à la congestion; — 4° Le bruit rude d'expiration, d'inspiration et le souffle tubaire, souvent indistinct et éloigné; nul quand l'hypérémie est entourée d'un tissu encore sain; — 5° La broncophonie avec une intensité variable; — 6° Le râle sous-crépitant, ou le crépitant est pour nous un signe presque constant de la congestion : en voici la cause. Le sang ne peut remplir ni distendre les vaisseaux qui se distribuent aux bronches et aux vésicules pulmonaires, sans que la sérosité, plus rarement le sang, ne s'épanche au dehors, sans qu'une hypérémie séro-muqueuse ou épithéliale ne se produise. Il en résulte trois symptômes : le râle crépitant, la toux, l'expectoration de crachats sanglants ou sanguinolents, le plus souvent séro-muqueux. L'air, en pénétrant dans les vésicules pulmonaires, y agite les liquides contenus dans ces vésicules et dans les petites bronches. Nous considérons donc le râle crépitant et à grosses bulles, l'hémoptysie, le crachat rouillé, ou noirâtre et sanglant, comme des symptômes qui caractérisent aussi bien l'hypérémie que la pneumonite; nous les avons observés, pendant plusieurs semaines, chez des sujets qui n'avaient ni fièvre ni aucun signe de phlegmasie du poumon. Les râles crépitants qu'on perçoit à la base d'un seul ou des deux lobes et qu'on attribue à l'œdème pulmonaire sont souvent aussi des signes certains

Signes locaux.

Vibration thoracique. Matité. Souffle.

Broncophonie.

Râles humides à petites bulles; crépitants et muqueux.

Hémoptysie. Crachats sanglants.

Signes d'une bronchite concomitante.

d'hypérémie. Ajoutons encore que les râles sonores et les râles humides peuvent tenir à une hypérémie simple ou à une phlegmasie vraie et concomitante des bronches de petit calibre. Enfin un grand nombre de bronchorrhées accompagnées de dyspnée et d'une expectoration qui soulage ordinairement les malades, ne sont que des hypérémies qui précèdent et déterminent des sécrétions inusitées dans toute l'étendue de l'arbre bronchique.

En résumé nous retrouvons dans la congestion simple les signes stéthoscopiques qui tiennent comme ceux de la pneumonie : 1° à la densité accrue du poumon ; 2° à l'extravasation de sérosité, de mucus et parfois de sang, dans les vésicules et les petites bronches. Comment s'étonner ensuite qu'on éprouve tant de difficulté à distinguer ces deux maladies l'une de l'autre ?

Symptômes généraux. Fièvre modérée; rémittente.

Il faut surtout en chercher les différences dans les symptômes généraux, la marche de la congestion, et les causes qui l'ont produite. Il est rare que la fièvre présente une grande intensité ; elle est modérée, rémittente à un degré manifeste, et marquée surtout la nuit. Vers le matin, la dyspnée et la toux augmentent jusqu'à ce que celle-ci ait amené une abondante expectoration de mucus. Quelquefois une petite quantité de crachats est rendue avec peine ; certaines formes du catarrhe sec nous paraissent tenir à la congestion. L'expression du visage, la température de la peau, les forces, le sommeil, l'appétit et le travail de la digestion s'écartent peu de l'état naturel.

Conservation des forces.

Marche de la maladie. Variations singulières et rapides dans les symptômes locaux.

Ce qu'il y a surtout de remarquable dans l'hypérémie, c'est la fluctuation continuelle et rapide qu'on observe dans l'intensité des signes pulmonaires. Le matin, par exemble, on ne trouve plus de matité, de souffle, de râle crépitant ou à grosses bulles, de crachats sanglants, etc. ; le soir, ou quelques heures après, tous ces symptômes ont reparu. De jour à autre, ou dans un espace de temps fort court, les mêmes variations se reproduisent, sans amener aucune amélioration définitive ; si on ne les connaissait pas, on se tromperait gravement dans le pronostic, en regardant comme terminée une maladie qui va reparaître ainsi plusieurs fois.

Broncho-pneumonie des vieillards ?

Telle est la marche qu'elle affecte chez les vieillards et les enfants atteints de broncho-pneumonie, ou de pneumonie lobulaire, qui ne représentent qu'une simple congestion, dans la majorité des cas. Chez d'autres, l'hypérémie protopathique, rhumatismale goutteuse ou autre, suit une marche opposée. Elle est si rapide, que le souffle, la matité, la crépitation pulmonaire disparaissent en douze heures, en un à deux jours au plus. Ces variations s'expliquent aisément quand

on sait que le mal est souvent l'effet d'un obstacle cardiaque à la circulation pulmonaire, d'une production tuberculeuse, d'une diathèse rhumatismale, d'une scarlatine, etc. Chez le vieillard, la gêne de la circulation cardiaque et les infarctus chroniques du poumon, qui sont les causes fréquentes de la congestion, en font aussi varier l'intensité et les divers modes de manifestation. Cependant lorsque la maladie est générale, la faiblesse très-grande, le sang fortement altéré, comme dans la fièvre typhoïde, la pyémie, l'ictère hémorrhagique, le choléra, etc., la congestion persiste au même degré, ou va, en augmentant, avec une intensité variable. On observe cette marche graduelle et ascendante dans la période ultime des affections du cœur et dans la fièvre typhoïde. Notons aussi les fréquentes récidives du mal, souvent sans cause appréciable, mais souvent aussi sous l'empire d'une lésion permanente du cœur, du poumon, ou d'une diathèse.

Prompte résolution.

L'hypérémie peut faire périr les sujets, soit en s'étendant à un ou plusieurs lobes du poumon, soit en produisant une apoplexie ou une bronchorrhagie très-forte, soit enfin en suspendant l'hématose, et en amenant une asphyxie lente ou rapide, qui enlève parfois les malades en quelques minutes. Elle reste étrangère au travail phlegmasique, et ne nous paraît pas capable de subir cette transformation. Si on a cru l'avoir observée, c'est qu'on a confondu avec elle les deux actes morbides. Ils restent distincts; la congestion ne devient pas plus phlegmasie dans le poumon que dans les autres organes.

De quelques actes morbides de complication. Hémorrhagie.

Phlegmasie.

La bronchite aiguë des ramuscules ou des gros conduits, la bronchorrhagie, et même la phlegmasie, sont des complications qui peuvent d'ailleurs se rencontrer dans le cours de l'hypérémie, et dépendre de la cause locale, pulmonaire, cardiaque ou générale, à laquelle est due cette même hypérémie.

Pronostic.

L'hypérémie est dangereuse lorsqu'elle occupe tout un lobe du poumon ou celui-ci en entier; — lorsqu'elle est liée — 1° à une cause locale au-dessus des ressources de l'art; — 2° à une maladie générale, telle que l'altération scorbutique, pyémique ou autre du sang, la diphthérie, le typhus, etc.; 3° elle l'est moins quand elle est protopathique, causée par le froid, par un trouble d'innervation, ou par la suppression de quelque hémorrhagie.

Traitement.

Traitement. — Il ne faut jamais instituer le traitement d'une congestion sans connaître la cause locale, la diathèse, et les états morbides qui ont occasionné son développement. Il est impossible de traiter de la même manière des hypérémies consécutives à une

altération du sang, à un exanthème, à une maladie du cœur ou à la phthisie. Les saignées et les débilitants, utiles dans les unes, seraient très-nuisibles dans les autres. Voici la règle qu'il convient de suivre dans ces conditions morbides si différentes.

de la congestion même. Émétique. Pour désemplir les vaisseaux pulmonaires, rien de plus efficace que de provoquer le vomissement avec l'ipéca chez les jeunes sujets, l'émétique chez les autres ; que de prescrire ce médicament de bonne heure et d'y revenir hardiment deux et trois fois, jusqu'à ce qu'il ait produit tout l'effet qu'on en attend. Dans l'intervalle, les purgatifs plus ou moins énergiques aident à son action. Il est utile, en même temps, d'agir sur la poitrine avec des vésicatoires volants qui ne tardent pas à appeler sur la peau une hypérémie et un flux salutaires. L'émétique à haute dose par la méthode rasorienne nous a également réussi dans un grand nombre de cas. Il constitue avec le vésicatoire l'agent le plus énergique que l'on puisse employer. Ils réussissent tous les deux, principalement chez les vieillards, les enfants, les sujets affaiblis par une diathèse, une fièvre continue, grave, ou une lésion chronique du cœur et des voies respiratoires.

Vésicatoires.

Émission du sang ; dangereuses dans les congestions asthéniques. Il semble que les déplétions de sang devraient rendre de grands services dans l'hypérémie d'un organe aussi éminemment vasculaire que le poumon, et cependant, après une longue étude clinique de cette médication, elle nous a paru dangereuse. En effet, les causes les plus ordinaires des congestions du poumon sont les maladies de nature asthénique, générales ou locales ; on ne fait donc qu'ajouter encore à leur funeste influence en retirant des vaisseaux une certaine quantité de sang. Pour ne citer qu'un exemple de congestions dans lesquelles elles ne réussissent pas, nous dirons que les vieillards et les enfants atteints de broncho-pneumo-hypérémie s'en trouvent généralement mal. Il faut également se garder de mettre à la diète, aux boissons aqueuses et débilitantes, les sujets tombés dans l'asthénie. Le quinquina, le vin, une alimentation bien dirigée, sont utiles dans les congestions de cette nature, et doivent être aidés par la vésication thoracique.

Emploi des toniques.

Bibliographie. — Il nous est impossible d'indiquer un seul livre qui comprenne une histoire méthodique et complète de la congestion. Elle se trouve disséminée dans les mémoires qui traitent de la bronchite capillaire et de la pneumonie. Personne, jusqu'à présent, n'a tenté de réunir dans une relation générale les hypérémies si communes dans tant de maladies locales et générales. Les auteurs les ont indiquées lorsqu'ils traitent de la bronchite capillaire et

Bibliographie.

surtout de la pneumonie. Les meilleurs documents qu'on puisse consulter sont contenus dans les livres suivants : Legendre et Bailly, *Recherches anatomiques, pathologiques et chirurgicales, sur quelques maladies de l'enfance.* Paris, 1846 ; et *Archiv. génér. de médecine*, janvier 1841. — Rilliet et Barthez, *Traité des maladies des enfants*, t. I, p. 441, 2e édit. Il ne faut lire ces mémoires qu'avec de grandes précautions. Voyez aussi un excellent travail de MM. Hardy et Behier, *Traité élémentaire de pathologie interne*, t. III, p. 504, 1855, et t. II, p. 518 : *Bronchite capillaire.* — Isambert et Robin, *Mémoire sur l'induration pulmonaire nommée carnification congestive, Société de biologie*, avril 1855.

PNEUMONITE.

Définition. On nomme ainsi l'inflammation du tissu pulmonaire caractérisée par la congestion, l'exsudation plastique, la suppuration de l'organe, et par l'expectoration de crachats visqueux, sanglants. **Définition.**

Divisions. Nous décrirons : 1° la pneumonie aiguë ; 2° celle des enfants ; 3° des vieillards ; nous ferons connaître ensuite la forme chronique de la maladie. L'histoire de la pneumonie renferme encore des lacunes nombreuses, sur lesquelles l'attention des observateurs doit se diriger. L'étude du siége anatomique des lésions, leur nature, leur corrélation avec l'hypérémie et la bronchite capillaire, exigent de nouvelles recherches microscopiques ; celles qu'on a faites, quoique nombreuses et importantes, laissent beaucoup à désirer. **Divisions.**

Altérations anatomiques. Le siége le plus fréquent de la pneumonie est le poumon droit (3 : 2), surtout chez l'enfant, peut-être chez le vieillard ; la base de l'organe est plus souvent atteinte que le sommet (3 : 2, ou 1 1/2 : 1). La pneumonie est rarement double, excepté chez les enfants et les vieillards ; ce qui tient, suivant nous, à ce qu'on l'a confondue avec la congestion. Les pneumonies lobulaires et vésiculaires sont rares. **Lésions anatomiques.** Siége.

Trois actes morbides, auxquels correspondent trois lésions distinctes, caractérisent anatomiquement la pneumonie : ce sont l'hypérémie phlegmasipare, l'exsudation plastique et la suppuration, ou la splénisation, l'hépatisation rouge et l'hépatisation grise. Disons d'abord ce que l'anatomie nous apprend. Trois actes morbides dans la phlegmasie pulmonaire.

1er acte. Hypérémie, ou splénisation.

1er Acte. **Hypérémie**, ou *splénisation*. Dans l'hypérémie simple on ne trouve aucun produit nouveau ; le sang injecte et remplit tous les rameaux de l'artère pulmonaire; il en sort souvent une certaine quantité, qui forme de petits caillots décolorés ou rouges, consistants ou ramollis, déposés dans les vésicules et les bronches capillaires; on y voit des granulations d'hématoïdine, et une forte proportion de sérosité spumeuse, qui se mêle au sang et s'échappe avec lui, quand on divise l'organe. On conçoit dès lors la lésion physique que doit offrir le poumon hypérémié. Il est d'un rouge livide, violacé et noirâtre, compacte, spongieux, encore crépitant, quoiqu'à un moindre degré, friable, facile ou non à déchirer avec les doigts, plus volumineux qu'à l'état normal, rappelant assez bien le tissu de la rate, d'où lui est venu le nom excellent de *splénisation*. Quand on le divise avec le scalpel, on met à nu la surface lisse et rougeâtre du poumon; par la pression, on fait écouler un sang noirâtre, spumeux et fluide; le tissu jeté dans l'eau ne se soutient pas toujours à sa surface.

2e acte. Hépatisation rouge.

2e Acte. **Ramollissement rouge granuleux**, ou *hépatisation rouge*. Le volume du poumon enflammé au second degré est accru très-sensiblement; il conserve parfois l'empreinte des côtes.

Ramollissement.

Il est privé d'air, pesant, lourd et tombe au fond de l'eau. Il est dur, cassant, à la manière du foie ou de la rate hypertrophiée, se laisse briser et réduire en une pulpe rougeâtre quand on le presse avec les doigts.

La surface divisée de l'organe offre une rougeur inégale, marbrée, qui rappelle celle du foie. Cette rougeur varie, en intensité, suivant les degrés de la phlegmasie, le mélange de l'engouement et des hépatisations rouges et grises. On y aperçoit facilement les éléments normaux du tissu infiltré de sang, de sérosité, et plus friable, plus ramolli, etc.

État granuleux.

Le meilleur de tous les caractères est celui indiqué par Laennec, l'existence de granulations nombreuses, rouges, obrondes ou aplaties, faciles à briser, très-distinctes les unes des autres et visibles quand on

Causes de cette altération.

coupe et surtout quand on déchire le parenchyme pulmonaire. Ces grains à peu près égaux en volume, très-rapprochés les uns des autres, sont formés par les vésicules pulmonaires hypérémiées, hypertrophiées et dans lesquelles, dit-on, du sang épanché forme de petits caillots fibrineux. Nous avons peine à croire que ce soit la seule et la principale lésion. Souvent des exsudats plastiques, de la sérosité, des globules pyoïdes, sont déjà sécrétés par les vaisseaux pulmonaires

(nous ne disons pas bronchiques) et jetés dans les vésicules et même dans le tissu cellulaire ambiant.

3e acte. Hépatisation grise.

3e Acte. **Pneumonite exsudative et suppurée.** — *Ramollissement gris, hépatisation grise, induration grise, infiltration purulente, suppuration, exsudation plastique et purulente.* Des produits morbides nouveaux se sont formés et épanchés non-seulement dans les vésicules, mais dans les divers tissus constituants du poumon; ce ne sont pas uniquement des infarctus déterminés par les cellules pavimenteuses propres aux vésicules, mais du plasma, des globules d'exsudation phlegmasique et des globules de pus que le miscroscope fait aisément apercevoir. On trouve alors, outre les lésions anatomiques du second degré, telles que l'augmentation de volume, de poids et de densité, un changement de couleur fort remarquable. Le poumon offre à l'extérieur, ou lorsqu'il a été divisé, une couleur uniforme, ou à peu près, d'un gris cendré, blanchâtre ou jaune, tacheté de noir. Le tissu décoloré du poumon n'est plus reconnaissable : on y découvre çà et là des portions encore hépatisées en rouge ou simplement hyperémiées; à une période avancée de la phlogose, tout un lobe, et même le poumon entier, présente la dureté du foie, la couleur chamois ou jaunâtre de certains foies cirrhosés. Le tissu pulmonaire reste longtemps granuleux, en totalité ou en partie.

Colorations diverses.

Il est complétement imperméable à l'air, non crépitant, si friable que le seul effort qu'on fait pour l'extraire de la poitrine le réduit souvent en une pulpe jaunâtre, molle, en un liquide sanieux et tout à fait puriforme qui fait croire à l'existence d'un abcès. Quand, après l'avoir divisé, on presse sa surface avec le scalpel, il s'en écoule une matière onctueuse, grasse, un véritable pus blanc, crémeux. On aperçoit difficilement les éléments constitutifs du poumon; les petites bronches et les vaisseaux comprimés, aplatis, ont disparu. C'est alors que la surface du poumon est semblable à celle de certains granits gris, verts ou jaunâtres, dont la coupe est tout à fait lisse et uniforme.

Consistance; granulations.

Liquide purulent.

Ces altérations existent seules ou combinées à celles du premier et du second degré, en proportion variable. Ce dernier cas est le plus commun de tous; on trouve, au milieu des lobules hépatisés en rouge, la suppuration, très-rarement la splénisation.

Plusieurs actes de l'inflammation réunis.

Suppuration pulmonaire en foyer. — Il est dans la nature spéciale de l'inflammation du poumon de jeter l'exsudat plastique et le pus qu'elle engendre dans les cavités vésiculaires, dans les petites bronches, plus rarement dans le tissu cellulaire ambiant. Aussi est-il rare d'observer, en dehors de la pyémie et de quelques causes spéciales, la

Suppuration collectée.

Abcès pulmonaire; leur siége.

formation d'abcès inflammatoires. Ils sont peu nombreux, disséminés à la base, aussi bien qu'au sommet du poumon, de la grandeur d'une noisette ou d'une noix, creusés dans un tissu presque constamment hépatisé en gris, ramolli ou noirâtre et gangréneux. Il existe encore dans la caverne purulente des fragments de tissu altéré, infiltré de pus, ou des escarres, un liquide purulent, des caillots sanguins. Elle est inégale, anfractueuse, et si elle est vide, formée par du tissu pulmonaire revêtu, de bonne heure, par une fausse membrane, à différents degrés d'organisation. Elle communique avec une ou plusieurs bronches environnantes et se distingue des cavernes tuberculeuses, en ce qu'elle est simple, rarement double et entourée d'un tissu sain ou hépatisé et dans tous les cas non tuberculeux et non caverneux.

Gangrène. N'est pas inflammatoire.

La *gangrène* n'est point une terminaison de la pneumonite : Laennec en avait fait la remarque. Son opinion est fondée sur les faits nombreux et très-réels qu'il avait observés. Ils prouvent, d'une manière péremptoire, que des conditions morbides générales, des altérations du sang, des lésions cardiaques ou d'autre nature qui affectent la petite et la grande circulation, sont les véritables causes de la mortification. On trouve, il est vrai, celle-ci entourée de tissu pulmonaire rouge, ramolli ou suppuré, mais il s'agit de savoir si une telle altération n'est pas l'effet plutôt que la cause de la gangrène. Nous sommes porté à croire qu'il en est ainsi dans le plus grand nombre des cas.

Lésions concomitantes. Bronchite.

On rencontre si souvent toutes les lésions de la bronchite aiguë, qu'on a prétendu que la pneumonie n'est qu'une phlegmasie des petites bronches étendue, continuée jusqu'aux vésicules. Cette opinion n'est pas exacte dans le plus grand nombre des cas, ni en rapport avec la structure et les fonctions connues de ces organes. Les vaisseaux bronchiques sont fournis par la grande circulation et alimentés par le sang artériel; les bronches ont un épithélium vibratile. Les vésicules pulmonaires reçoivent leur sang de l'artère pulmonaire; leur épithélium est pavimenteux. Malgré cette différence de structure et de vaisseaux sanguins, il faut reconnaître que la phlegmasie s'empare aisément et simultanément du poumon et des bronches. Ainsi la pneumonite jouit d'une indépendance parfaite dans son développement, comme elle peut aussi tenir à la propagation de la bronchite capillaire.

Est-elle distincte de la pneumonite? Raisons anatomo-physiologiques.

Pleurésie.

Nous en dirons autant de la pleurésie, qui est beaucoup plus fréquente que la bronchite, au point qu'on la regarde presque comme

constante, et qu'on a proposé d'appeler la maladie une pleuro-pneumonie. On ne peut donc invoquer l'action des deux ordres de vaisseaux et de deux sangs, puisqu'elle n'empêche pas le développement simultané de deux inflammations si différentes par leur siége.

Lésions du sang.

Altération du sang. — Un des faits les plus remarquables de l'histoire de la pneumonite est l'altération constante du sang. On savait déjà, et très-anciennement, que le sang tiré de la veine se prend, dans la palette, en un caillot petit, ferme, résistant; que sa surface est couverte par une couche épaisse de fibrine grise, verdâtre ou blanche qui n'est autre chose que la couenne inflammatoire. Le caillot est petit, rétracté, revenu sur lui-même, à bords retroussés, nageant dans une sérosité verdâtre, dicroïque, ou citrine, transparente, qui se sépare de la fibrine, des globules et de la matière colorante rouge, au moment où la coagulation a lieu. Ces derniers éléments se trouvent contenus dans le caillot ou cruor. Les médecins des temps les plus reculés connaissaient ces propriétés physiques du caillot de la saignée. Il était réservé aux modernes de montrer, par une analyse chimique rigoureuse, que la fibrine du sang acquiert des proportions considérables et tout à fait insolites, dans la pneumonite. Andral et Gavarret, à qui l'on doit cette grande découverte, ont vu son chiffre s'élever de $\frac{3}{1000}$, qui est l'état normal, à 7, 8, 9 et 10 pour mille parties de sang. Disons que ce chiffre monte, reste stationnaire ou s'abaisse suivant que la phlegmasie est plus ou moins intense. Il représente très-exactement l'état morbide local, la pneumonite. On peut se demander, en voyant le rapport intime qui existe entre la composition du sang et la phlegmasie, si la première est antérieure ou consécutive à la seconde, et par conséquent si la pneumonie est une maladie aussi locale qu'on l'avait pensé, avant les analyses modernes. Quelle que soit la réponse à cette question, on ne peut s'empêcher de reconnaître que, dans tous les cas, la maladie ne reste pas locale, et que le sang est immédiatement influencé. Il n'en est plus de même dans la congestion pulmonaire, et cette différence capitale peut servir, avec d'autres signes, à séparer l'un de l'autre ces deux actes morbides distincts.

Propriétés physiques du caillot. Couenne inflammatoire.

Chiffre de la fibrine.

En rapport avec l'intensité de la pneumonie.

Est-elle maladie locale ou générale?

Symptômes. La maladie débute presque toujours par un frisson initial intense, de la courbature, de la céphalalgie, l'excitation et la chaleur de la peau, tous les signes d'une forte fièvre dont la cause est, à ce moment, très-difficile à découvrir. Elle peut même continuer avec ou sans exacerbation, pendant un à deux jours, sans qu'on puisse encore constater les signes propres de la maladie. Le point de

Symptomatologie.

côté, la toux, la dyspnée et les crachats sanguinolents sont ceux qui la caractérisent le mieux et en constituent les *signes physiques*.

Symptômes fournis par l'appareil respiratoire :

La portion du thorax qui correspond à la pneumonie, lorsqu'elle siége dans les régions déclives, latérales et postérieures, offre une *voussure* plus ou moins marquée. Si l'on vient à faire parler le malade, et si sa voix n'est pas trop grêle, comme chez quelques femmes et quelques enfants, la poitrine vibre avec une force double ou triple. Ce signe, sur lequel nous avons appelé, le premier, l'attention des observateurs (1845) est un des plus décisifs (voyez *Pleurésie*). Il est, comme tous ceux dont nous avons maintenant à parler, un effet physique de l'accroissement de densité du tissu pulmonaire. Celui-ci devient un corps solide excellent conducteur des sons qui se passent dans l'arbre aérien et même dans le larynx. Telle est la cause de toutes les variations de sons que rend le thorax percuté, depuis la demi-matité et la plus grande résistance au doigt jusqu'à la matité absolue assez rare, si ce n'est dans la pneumonie totale d'un lobe induré en rouge ou en gris. Ordinairement le tissu, resté encore perméable, atténue l'intensité du son mat.

1° Vibration thoracique exagérée;

2° matité;

Le bruit respiratoire normal, doux, vésiculaire, est *remplacé* par le bruit qui se passe dans le larynx, sur les lèvres de la glotte; au lieu d'être atténué, adouci, de résonner faiblement dans le tissu léger et spacieux du poumon normal, il est transmis avec plus de force et d'intensité par le poumon induré et meilleur conducteur, jusqu'à l'oreille de l'observateur. Ce bruit de remplacement a reçu le nom de souffle tubaire, bronchique, ou mieux encore de souffle laryngien. D'abord la respiration se décompose nettement en ses deux temps naturels, l'expiration et l'inspiration : la première, plus rude, s'allonge, devient un souffle très-distinct, toujours plus marqué que l'inspiration, profonde, superficielle ou variable suivant les degrés de la congestion et l'intensité du bruit respiratoire. Le souffle tubaire ou larygien, soit inspiratoire, soit expiratoire, est un excellent signe de la pneumonie; il échappe rarement quand on sait le chercher; nous avons indiqué ailleurs ses causes et son mode de production (voyez *Pathologie générale; Séméiotique*, pages 468 et suiv., 1861).

3° Souffle bronchique;

Quand le malade parle distinctement, ou même à voix basse, quand il tousse, on entend, avec l'oreille appliquée sur le point correspondant à la pneumonie, le retentissement de sa voix, avec une intensité et un timbre différents. C'est une laryngophonie tantôt lointaine, basse, une véritable pectoriloquie, tantôt superficielle, et sem-

4° bronchophonie.

Les variétés d'intensité et de timbre.

blable à l'égophonie. Nous ne ferons que mentionner l'*autophonie*, qui n'a aucune espèce de valeur.

5° Bruits hydroaériques dits râles crépitants.

Au moment où la congestion inflammatoire se fait avec intensité, il se forme, à la surface des petites bronches et jusque dans les vésicules non encore oblitérées, une exhalation de sang et de mucus. Ces liquides, traversés par l'air qui pénètre encore bien dans les vésicules, produisent, en s'agitant, un râle bullaire, fin et égal, pendant l'inspiration surtout. Ce signe annonce la perméabilité des voies respiratoires ou l'engouement; bientôt il s'y mêle, en proportion variable, des signes de l'induration pulmonaire, c'est-à-dire le souffle tubaire et la bronchophonie. Le râle crépitant finit par disparaître, et lorsque la résolution de l'hypérémie de retour s'effectue, le râle crépitant vient s'ajouter de nouveau aux symptômes de l'induration et les remplacer ensuite.

Sa cause.

6° Toux.

La toux est presque constante; sa fréquence ne saurait donner une juste idée de l'intensité de la maladie. Pénible à cause du point de côté initial, elle est d'abord rare, fatigante, sèche, suivie de quelques crachats rouillés. Plus tard, dans la période catarrhale, lorsque le mal entre en voie de résolution, la toux est facile, accompagnée d'une expectoration abondante. Rien de plus variable que la fréquence et l'intensité de la toux qui est indépendante du degré et du siége de la lésion.

7° Expectoration et crachats; (*a*) sanglants;

Les crachats sont rouillés et visqueux, c'est-à-dire formés par un mucus tenace auquel le sang se mêle intimement, en proportion variable, de telle sorte que le crachat est tantôt sanguinolent, couleur de rouille, de gelée d'abricots, safrané, tantôt sanguinolent, d'un rouge noirâtre ou brunâtre. Ces colorations indiquent, à coup sûr, la sortie du sang hors de ses vaisseaux, et le moment où l'hypérémie s'accompagne de l'hypercrinie des bronches et des vésicules. Elles sont donc le signe le plus certain du premier acte pathologique de la pneumonite. Dans le second et le troisième acte, l'exsudation plastique et la suppuration, toute sécrétion est tarie. Il se forme quelques crachats visqueux, sanieux, jus de pruneaux, ou verdâtres; la suspension de toute expectoration est le meilleur signe de cette période de la maladie. La toux devient alors sèche, fatigante, douloureuse. Au contraire, dans la période de résolution, la matière expectorée abondante, formée par un liquide semblable à la solution de gomme arabique, roulant dans le vase comme une masse visqueuse, est plus filante, aérée, et d'une odeur fade, spermatique.

(*b*) nuls,

(*c*) gommeux et visqueux.

Point de côté.

La douleur pectorale est un des signes les plus constants et les

meilleurs. Elle occupe presque toujours la partie latérale, droite ou gauche, du thorax, se montre dès le début, et tient non pas toujours à la pleurésie costale ou pleurale, comme on l'a dit, ou à la névralgie intercostale, mais bien au tissu pulmonaire enflammé. Elle est vive, poignante, enchaîne les mouvements de la respiration, de la toux, plus rarement ceux de la parole, excepté dans le cas où la plèvre costale et surtout la diaphragmatique est enflammée.

Mouvements respiratoires.

La respiration s'accélère toujours sensiblement. On compte vingt, trente ou quarante inspirations par minute, souvent un nombre plus petit, sans qu'on puisse établir de rapport exact entre la fréquence des respirations et celle du pouls. La gêne de la respiration existe à tous les degrés; quelquefois la dyspnée est légère, dans d'autres cas elle va jusqu'à l'orthopnée, lorsque le mal passe au second, au troisième degré, ou envahit la totalité du poumon. On a dit également que la dyspnée était très-grande dans la pneumonite du lobe supérieur. La position que le malade affecte de préférence est le décubitus dorsal.

Dyspnée.

Décubitus.

Symptômes sympathiques. Fièvre.

Parmi les symptômes sympathiques qui ont une grande importance, il faut citer la fièvre marquée par la fréquence, l'ampleur, la dureté du pouls qui s'élève de 90 à 120 et plus; par la chaleur, la sécheresse de la peau, dont la température monte à + 39 et 40. La faiblesse, l'inégalité et la fréquence extrême du pouls se montrent surtout dans la suppuration du poumon. La peau moite et chaude devient colorée, sèche, visqueuse; elle se refroidit, vers les extrémités, aux approches de la mort.

Température.

Symptômes fournis par divers organes.

On remarque : la coloration du visage et des pommettes, souvent plus marquée du côté correspondant au poumon malade; — une expression de fatigue et d'abattement; — la sécrétion de la mucosité oculaire; — la sécheresse des ouvertures du nez; — la rougeur de la pointe de la langue sèche ou humide, couverte d'un mucus blanc parfois visqueux, brunâtre, sanguinolent, fuligineux, dans les cas graves; — l'anorexie; — une soif toujours assez vive; — des selles naturelles; — l'urine rare, jaune foncé, dense, laissant déposer des sédiments d'urates et de phosphates. Les forces sont toujours diminuées et le malade contraint de prendre le lit, dès le principe. Il retrouve facilement et vite son énergie dès que la pneumonite passe du second au premier degré, à la condition qu'on ne l'aura pas affaibli par la saignée et tout l'appareil antiphlogistique. Les mouvements convulsifs des membres, les soubresauts des tendons, le délire tranquille, les fuliginosités, dénotent un état fort grave, ordinairement la suppuration ou l'extension de l'hépatisation rouge.

Adynamie.

Ataxie.

Marche. — La pneumonie s'arrête souvent à la période d'hypérémie; elle est alors annoncée par la crépitation, les crachats rouillés et tous les signes de l'induration ou second degré; dans ce cas seulement la résolution est très-rapide et s'effectue en trois ou quatre jours. Cette forme, heureusement la plus fréquente, guérit avec une extrême facilité et sans traitement.

Marche. Durée. 1er acte. Hypérémie phlegmasique. Ses signes.

Dans le second acte, qui s'établit plus lentement, après avoir passé par l'hypérémie, ou très-vite et comme d'emblée, sous l'influence d'une cause générale, d'une diathèse rhumatismale, goutteuse, etc., les symptômes observés sont la crépitation, bientôt suivie de souffle tubaire, de bronchophonie, de vibration thoracique, de matité, qui acquièrent rapidement une intensité et une étendue fort grandes. Les crachats cessent d'être rouillés; ils sont sanglants, noirâtres, peu abondants, d'une extrême viscosité, ou fluides, verdâtres, sanieux; puis se suppriment. Alors aussi la fièvre prend plus d'intensité; la respiration est accélérée (30 à 40); l'air expiré est chaud et sec; les forces sont diminuées, et il survient du délire.

2e acte. Hépatisation rouge. Ses signes.

Si la phlegmasie repasse au premier degré, tous les symptômes locaux diminuent, la crépitation dite de retour annonce que le poumon est redevenu perméable à l'air et aux liquides sécrétés dans les vésicules et les petites bronches. C'est le meilleur signe de l'hypérémie. Quoique très-commun, il peut cependant manquer sans qu'on sache exactement pourquoi. En effet, l'hépatisation ne peut manquer de repasser par la congestion et l'hypercrinie qui débarrasse alors le poumon; dès lors comment peut-il se faire qu'on ne rencontre pas toujours les signes de ce dernier acte? La diminution des symptômes généraux, de la fièvre, de la dyspnée, de l'agitation nocturne, et le retour de l'appétit, etc., sont les signes de la résolution. L'apparition des symptômes de l'hépatisation grise indique l'aggravation de la maladie.

Crépitation de retour.

Ils consistent dans la persistance et l'extension de tous les phénomènes physiques propres à l'induration pulmonaire, qui, au lieu de cesser, continuent au-delà du huitième et dixième jour. Les crachats se suppriment ou sont formés d'un liquide séreux-grisâtre, ou verdâtres, jus de pruneaux, et peu abondants. La dyspnée, la fréquence des inspirations, augmentent; la douleur de côté reparaît. Mais ce qui frappe surtout l'observateur, c'est le changement considérable qui survient dans les symptômes généraux : frisson unique ou plusieurs fois répété, fièvre intense, chaleur, sécheresse ou viscosité de la peau, élévation de la température, soubresauts de tendons, prostration, subdélire, et tous les signes qu'on a longtemps

3e acte. Suppuration diffuse; ses signes.

Fièvre ataxo-adynamique.

attribués à la fièvre ataxo-adynamique chez les vieillards, les enfants et même les adultes.

Signes des abcès du poumon.

La suppuration collectée ou les abcès du poumon se développent après que les signes de l'hépatisation rouge ou grise se sont atténués, puis dissipés ; on voit seulement persister, dans un point de la base ou du sommet, les signes d'une induration qui se circonscrit de jour en jour, puis il s'y forme une excavation dont les signes sont le gargouillement, le souffle, la bronchophonie et la pectoriloquie. Cependant la respiration reste gênée, la toux reparaît, ou persiste, et à un moment donné, l'abcès ou vomique venant à s'ouvrir dans une bronche, il se fait une expectoration subite d'une grande quantité d'un pus blanc, ou verdâtre et sanieux ; un soulagement immédiat et tous les signes d'une excavation vide se manifestent alors, et vont en diminuant chaque jour. L'état général s'améliore sensiblement. On ne peut avoir la certitude qu'il existe une collection purulente, qu'à la condition que les signes propres à une excavation tuberculeuse manquent complétement.

Durée.

Durée. Éminemment aiguë, la pneumonie dure en tout huit à douze jours. Il est impossible d'établir, comme l'ont fait quelques auteurs, la durée moyenne d'une inflammation telle que la pneumonie, qui se compose tantôt d'un seul acte, court, peu grave, l'hypérémie, tantôt de trois actes successifs et redoutables, l'hypérémie, l'exsudation et la suppuration ; d'une inflammation qui est tantôt simple, protopathique, tantôt consécutive à une lésion locale du poumon, du cœur, ou à une maladie générale ; d'une inflammation enfin confondue avec la simple hypérémie, la bronchite capillaire, la broncho-pneumonie, etc. Comment calculer la durée moyenne d'une maladie arrivée au septième ou huitième jour sans traitement, et la comparer à celle qui a été combattue par les saignées modérées, ou excessives, par le tartre stibié, ou toute autre médication ? Les nombreux travaux publiés, en Allemagne, sur la durée de la pneumonie livrée à elle-même, prouvent qu'elle n'est pas sensiblement abrégée par le traitement, par les saignées surtout ; qu'elle est, en moyenne, de six à sept jours. Peut-être la saignée modérée et la stibiation rendent-elles la durée du mal plus courte que les autres médications. Cette dernière opinion est en rapport avec ce que nous observons, depuis quatorze années, dans les hôpitaux de Paris. Jamais nous ne pratiquons la saignée locale ni générale ; la vésication du thorax et le tartre stibié, à haute dose, pendant quatre à six jours au plus, tels sont les deux seuls agents que nous

Difficile à établir.

Opinion des auteurs allemands.

Influence du traitement sur la durée.

Résultat de nos observations personnelles.

mettons en usage dans le traitement de la pneumonie. Elle cède en sept à huit jours au plus ; et quand elle n'est qu'à la période d'engouement, deux à quatre jours de traitement suffisent pour en dissiper les signes physiques et les sympathiques. Que le praticien éclairé se rappelle sans cesse cet axiome incontestable de pathologie générale : on ne fait pas avorter une phlegmasie, ni toute autre affection aiguë. Il est fort douteux qu'on l'abrége, on peut seulement en rendre les manifestations moins visibles, moins aiguës ; mais voilà tout. La prétention d'arrêter la maladie par la saignée est une création funeste, déplorable de l'esprit de système, qu'il faut laisser à ceux qui ont cru faire une découverte. Elle est en opposition avec les données physiologiques et pathologiques les plus vulgaires.

La *terminaison* par résolution, c'est-à-dire par le retour de l'hépatisation rouge à l'engouement, et par la cessation de celui-ci, est presque constante dans la pneumonite simple de l'adulte. Souvent la maladie ne dépasse pas la période de congestion, qui guérit alors promptement. Il est difficile de dire si l'exsudation plastique du second degré se résout fort aisément. On peut admettre la prompte terminaison de l'induration rouge quand les liquides exsudés dans les vésicules et les bronches (sérum, sang et plasma) sont rapidement dilués, résorbés ou expulsés avec les crachats. En est-il de même de l'induration grise ou suppuration diffuse ? Comme il n'existe aucun signe certain, de l'avis même de Laennec, pour faire reconnaître cet état morbide, et que le râle muqueux ou sous-crépitant qui précède la crépitation de retour est tout-à-fait insuffisant, il en résulte que, dans le cas de guérison, on ne peut pas affirmer que le tissu pulmonaire était déjà suppuré. Tout porte à croire que l'infiltration de pus dans les vésicules du poumon et leur tissu ambiant est presque toujours mortelle. Telle est la lésion que nous offrent le plus ordinairement les sujets qui meurent de pneumonite.

Terminaison par résolution des deux premiers actes ; du troisième.

La suppuration pulmonaire est-elle curable?

La phlegmasie en voie de résolution est suivie d'une convalescence franche, rapide, de quelques jours seulement, à moins que le mal ne soit lié au tubercule, à une affection du cœur ou à une diathèse ; à moins aussi qu'on n'ait jeté le malade dans l'anémie, en le soumettant à des pertes répétées de sang et à l'inanition terrible qui en est le résultat. La convalescence alors est interminable, entravée par des accidents de gastro-entéralgie, de dyspepsie et surtout par les troubles nerveux et l'anémie. Combien avons-nous vu de malades qui, saignés à outrance, rentraient dans nos hôpitaux guéris de leur pneumonie, mais tombés dans un état de faiblesse tel qu'il fal-

Convalescence franche ; ou pénible et plus grave que la maladie.

lait plusieurs mois pour les rétablir et les mettre en état de travailler !

Rechutes.

Les *rechutes* sont très-rares. On a confondu avec elles les cas dans lesquels la pneumonie n'était pas résolue entièrement ou reparaissait, en un point, après avoir guéri dans un autre. Il ne nous est pas démontré non plus que la pneumonie vraie *récidive* trois, quatre et cinq fois chez le même malade, comme on l'a dit. Nous sommes convaincu que cette opinion a été émise parce qu'on a confondu avec la pneumonie simple et protopathique les hypérémies pulmonaires consécutives à des tubercules, à une maladie du cœur, à de fréquentes phlegmasies des petites ou des grosses bronches, à l'emphysème, à l'intoxication alcoolique, à la fièvre bilieuse, etc.; peut-être aussi de véritables pneumonies consécutives aux maladies locales que nous venons d'énumérer.

Récidive.

Pronostic;

La *mortalité* a été estimée d'une façon encore plus arbitraire, si c'est possible, que la durée de la pneumonite. On conçoit combien doit être différent le chiffre qui la représente, suivant qu'on fait figurer dans les relevés des hypérémies non inflammatoires, les pneumonites au premier ou au second degré, les lobulaires et les lobaires, les protopathiques et les consécutives, les simples et les compliquées, celles des enfants, des adultes et des vieillards, des hommes épuisés par le travail, la misère ou la débauche, etc. Qu'on essaye donc, avec des éléments si divers, d'établir la moyenne de la mortalité : pour notre part, nous nous garderons bien de la donner. La pneumonie est toujours une maladie sérieuse, même chez l'adulte où la guérison est cependant la règle. Elle est grave aux extrêmes de la vie, chez les jeunes sujets avant cinq ans, puis à mesure qu'on se rapproche de cinquante ans et qu'on dépasse, de plus en plus, cet âge. C'est la maladie à laquelle succombent le plus souvent les vieillards.

variable suivant un grand nombre de conditions morbides.

Gravité; sur quoi elle repose.

Les éléments du pronostic sont les mêmes que pour toutes les maladies en général. La pneumonie est sérieuse quand elle est double; — quand elle occupe le sommet, sans que nous sachions pourquoi; — quand elle est disséminée, mal localisée, lobulaire; — quand elle est arrivée rapidement au second et au troisième degré; quand elle ne revient pas vers la congestion; — quand on voit paraître les symptômes ataxo-adynamiques, le redoublement fébrile, la douleur pectorale, tardive, et surtout le délire, qui annoncent un grand danger.

Gravité des pneumonies consécutives;

Il faut surtout chercher si le mal est protopathique ou deutéropathique : dans ce dernier cas, si la lésion est pulmonaire, comme le tuber-

cule, ou consiste en une maladie du cœur, elle guérit facilement, à moins que la lésion ne soit arrivée à son dernier terme. Le pronostic est sérieux, lorsque la pneumonie est née sous l'empire d'une maladie générale ; une fièvre typhoïde, bilieuse, puerpérale, paludéenne, exanthématique, l'intoxication alcoolique, le rhumatisme, la goutte, la diphthérie, l'état scorbutique ou diffluent du sang, ajoutent une gravité extrême à la pneumonite, etc. La marche irrégulière, ataxique de la maladie, l'absence de couenne ou la mollesse du caillot sanguin, l'ataxo-adynamie, les hémorrhagies, la persistance des signes physiques, sont des signes pronostiques d'un funeste présage.

à une maladie générale.

Altération du sang.

Diagnostic. — On rencontre quelques difficultés à séparer la pneumonie d'avec la congestion simple, non inflammatoire ; cependant l'apyrexie, les variations rapides d'intensité de la congestion, l'absence de crachats visqueux, rouillés, font reconnaître cette dernière. Dans la bronchite capillaire, le râle crépitant pourrait seul simuler la splénisation phlegmasique, mais les signes d'induration (matité, souffle, vibration, bronchophonie) manquent entièrement. Avant que nous eussions indiqué le signe diagnostique précieux que fournit la vibration thoracique, il était presque impossible de distinguer certaines pneumonites de la pleurésie ; la matité, le souffle, la bronchophonie, sont souvent identiques dans l'une et l'autre ; le râle crépitant peut faire défaut; mais la vibration thoracique est normale ou exagérée dans la pneumonie ; elle est nulle, entièrement éteinte, dans l'épanchement pleural. Nous avons trop insisté sur les caractères de la congestion pulmonaire (voyez ce mot) pour y revenir maintenant. Toutefois nous ne pouvons pas passer sous silence les difficultés que présente ce sujet ; elles sont telles que jusqu'à ce jour on a réuni, sous le titre commun de pneumonite, un très-grand nombre de congestions simples dues à des causes très-différentes.

Diagnostic. Hypérémie.

Bronchite capillaire.

Pleurésie.

Étiologie. — Il faut d'abord établir que la pneumonite éclate comme une maladie simple dont la cause nous échappe le plus ordinairement. Le froid et les saisons où les variations de température sont très-grandes et les vents froids, comme la fin de l'hiver et le printemps (février, mars, avril, mai), produisent le plus grand nombre de pneumonites. Les épidémies et les constitutions médicales y concourent également. Les professions qui exposent le corps de l'homme aux causes de réfrigération sont celles qui fournissent le plus de malades. Les hommes y sont deux fois plus sujets que les femmes depuis vingt ans jusqu'à trente. Les vieillards contractent la maladie plus fréquemment que les adultes, parce qu'ils développent moins ai-

Étiologie.

Froid.

Saisons.

Professions.

Age.

sément du calorique et résistent moins aux causes de refroidissement. Si on a prétendu le contraire, c'est parce qu'on n'a point pris un nombre égal de vieillards et d'adultes, ni fait le départ des véritables pneumonites.

Pneumonite deutéropathique. 1° Consécutive à une maladie locale. (a) Bronchite; (b) tubercule; (c) apoplexie pulmonaire; (d) gangrène;

Pneumonite deutéropathique. — Il est bien établi qu'elle peut se développer à la suite d'une bronchite des petits rameaux et même d'une bronchite générale; mais ce cas est rare, et il s'agit de déterminer si on a eu affaire à une phlegmasie ou à une hypérémie, ce qui est plus probable. Le tubercule en est la cause la plus fréquente, soit pendant sa période de crudité, soit à l'époque où il se ramollit. L'apoplexie pulmonaire liée au tubercule ou à une maladie générale, comme le typhus, la fièvre typhoïde, l'ictère hémorrhagique, etc., la gangrène enfin, peuvent se compliquer d'une phlegmasie pulmonaire. Nous y ajouterons les lésions des orifices cardiaques qui sont plus souvent la cause d'une hypérémie que d'une phlegmasie.

Symptômes.

Les symptômes de cette phlogose secondaire sont obscurs, latents, masqués d'abord, pendant plusieurs jours, par ceux de la maladie principale; les signes locaux, tels que la matité, le souffle, les crachats rouillés, n'apparaissent pas; la douleur pectorale est nulle; seulement la dyspnée, la fièvre intense, l'exacerbation nocturne, et l'ataxo-adynamie, font soupçonner une lésion intercurrente du poumon. Ces accidents se montrent souvent chez les phthisiques et peuvent causer des craintes à ceux qui ne les ont pas encore observés. En général ils se terminent heureusement.

2° Pneumonite consécutive à une maladie générale. Pneumonite (a) bilieuse.

La phlegmasie du poumon se montre souvent comme l'élément morbide d'une maladie générale dont elle fait partie; telle est la pneumonie bilieuse si bien décrite par Stoll, et qu'on a considérée, à tort, comme une complication. Ses symptômes sont l'ictère, la coloration sub-ictérique du pourtour de la bouche, des ailes du nez, les enduits gastriques et jaunâtres de la langue, le vomissement bilieux, la congestion hépatique, le délire, la forme exacerbante quotidienne ou double quotidienne de la fièvre, les symptômes ataxiques et les signes locaux ordinaires de la maladie. Ceux-ci occupent parfois le sommet ou le centre du poumon et peuvent rester dissimulés pendant quelque temps.

(b) catarrhale; (c) rhumatismale;

Cette même inflammation fait partie de la grippe et de la fièvre catarrhale, de la coqueluche et souvent des bronchites épidémiques où elle revêt la forme lobaire ou lobulaire disséminée et se cache souvent aux yeux de l'observateur. Stoll l'a vue se développer sous l'empire de la diathèse rhumatismale; nous avons pu répéter plu-

sieurs fois la même observation, chez des sujets actuellement pris d'une arthrite rhumatismale ou de quelque autre acte morbide de même nature. Il en est de même chez les goutteux. Faisons remarquer que ces pneumonites diathésiques ne sont souvent que des hypérémies et non des phlegmasies légitimes.

(d) goutteuse ;

La pneumonite exanthématique n'est le plus ordinairement qu'une hypérémie ; cependant il s'en développe aussi une véritable dans la rougeole, la variole, l'érysipèle, où elle affecte souvent la forme lobulaire. Nous ne ferons enfin que mentionner, en les recommandant à l'attention du praticien, celle qui se rencontre dans la chloro-anémie, les maladies scorbutiques, la diphthérie croupale, ou celle qui est accompagnée de bronchite générale et capillaire, sans fausse membrane. On a signalé la pneumonite des alcooliques, qui n'a de spécial que sa coïncidence avec l'empoisonnement du sang ; cependant la fréquence du délire, des symptômes ataxo-dynamiques, l'intensité de la fièvre, l'absence des signes locaux, du point de côté et du souffle dans nombre de cas, le passage rapide de la phlegmasie au second et au troisième degré, lui impriment une forme latente, insidieuse et grave qui doit éveiller l'attention de l'observateur.

(e) exanthématique ;

(f) avec altération du sang.

A son tour la pneumonie peut se compliquer de plusieurs maladies locales : 1° de délire, par exemple, chez les alcooliques dont le système est prédisposé par l'ingesta habituel ; 2° de méningite ; 3° de pleurésie caractérisée par un épanchement notable qui masque les signes de la pneumonie, donne lieu à une matité extrême, à la bronchophonie, en même temps qu'elle éteint toute vibration thoracique ; ordinairement l'épanchement s'accroît à mesure que l'induration pulmonaire diminue ; — 3° souvent aussi la maladie se complique de bronchite chronique et de catarrhe. Enfin la péricardite et l'endocardite peuvent s'ajouter à la pneumonie ; nous sommes porté à croire qu'il s'agit alors d'une diathèse.

Complication de la pneumonie. (a) Délire.

(b) Pleurésie.

(c) Péricardite.

Espèces et variétés de la pneumonie. — Lorsque la phlegmasie occupe le sommet, elle cause plus d'agitation, de fièvre, de délire et des symptômes ataxo-adynamiques. Celle de la base est plus facile à reconnaître que la centrale, qui finit cependant par gagner la périphérie et se rapprocher de l'oreille de l'observateur. Quelquefois le son est moins clair, la résistance au doigt plus grande, la respiration plus forte et supplémentaire, au pourtour. Quant aux pneumonies lobulaires, nous les étudierons plus loin (voyez *Pneumonie des enfants, des vieillards, chronique*). La traumatique causée par une violence extérieure, un coup, s'annonce par tous les signes locaux ordinaires

Espèces et variétés. Pneumonite du sommet ; de la base.

de la maladie. En général elle guérit très-vite, et ne dépasse pas le second et même le premier degré. Les espèces les plus importantes sont celles qui reposent sur les divisions que nous avons longuement développées ailleurs. La pneumonie simple, légitime, protopathique est indépendante de toute autre maladie; il n'en est plus de même de la deutéropathique. Il faut s'attacher à reconnaître la diathèse, la maladie générale dont elle est l'élément, ou bien la maladie locale qui l'a provoquée et l'entretient. Sans cette distinction capitale le pronostic et le traitement sont impossibles. Nous terminerons en affirmant que ce point de l'histoire de la pneumonite est le plus important et qu'il domine tout.

Pneumonie proto et deutéropathique

Traitement. — La pratique la plus ancienne et la plus généralement suivie, jusque dans ces dernières années, consiste dans l'emploi de la saignée générale modérée, et de la saignée locale, par les sangsues ou mieux encore par les ventouses. Une autre médication qu'on peut qualifier, sans crainte, de néfaste, d'antiphysiologique, et qui doit exciter la réprobation universelle, est celle qu'on a surtout préconisée, dans ces derniers temps. Elle a pour but de répandre le sang coup sur coup, sans miséricorde ni merci, dans le plus court délai. En l'appliquant ainsi on se propose de tirer le plus de sang possible dans le moins de temps possible. Le malade, en outre, est soumis à une diète sévère, et il lui faut, pour résister à un traitement aussi pénible, une énergie organico-dynamique peu commune, une pneumonie légère, ou une simple hypérémie, qui auraient cédé spontanément. Rappelons à ce sujet ce que nous avons dit ailleurs : il est loin d'être prouvé qu'une phlegmasie, fût-elle légitime, comme la pneumonie vraie, puisse être arrêtée, au moyen de la saignée. C'est même une grave question que celle de savoir si elle est le meilleur et le plus sûr moyen de la traiter. Parfois elle en affaiblit les manifestations, les rend moins évidentes, ce qui en impose au médecin; mais, lorsqu'elle ne réussit pas, elle précipite le dénouement fatal de la phlegmasie. Celui qui le premier a osé porter la lancette sur les veines de son semblable, pour lui tirer une grande quantité de sang, a été réellement bien audacieux. Il est venu jeter, sans le savoir, une grave et profonde perturbation dans l'organisme entier, et, au lieu de créer un agent réel de la médication antiphlogistique, capable de modérer, de régler, sinon d'arrêter les actes de l'inflammation, il n'a fait que troubler tous les actes physiologiques et dynamiques de l'économie. N'insistons pas sur ce sujet fondamental de la thérapeutique; ce n'est ni le lieu ni le moment.

Traitement. 1° Traitement de la pneumonie simple protopathique. Saignées coup sur coup.

Ses graves inconvénients.

De la méthode abortive de l'inflammation.

Depuis Laennec, la médication qui compte le plus de partisans a

Médication mixte.

pour agents spéciaux, la saignée modérée et le tartre stibié à la dose de 20 à 50 et 60 centigrammes, associé à l'opium, au sirop diacode et aux eaux distillées aromatiques de tilleul, de feuilles d'oranger ou de camomille. On y ajoute le vésicatoire sur le côté malade. Émétique et saignée.

Une autre méthode, qui est presque aussi répandue que la précédente, a été conseillée par Rasori, Tommasini, et la plupart des médecins italiens. Elle consiste dans l'emploi exclusif du tartre stibié à la dose de 20 à 50 centigrammes, rarement plus. C'est celle que nous employons exclusivement depuis quatorze années dans les hôpitaux de Paris et dans notre pratique particulière. Nous prescrivons, concurremment avec l'émétique, le vésicatoire volant plusieurs fois répété. Nous ne voulons pas donner le chiffre de nos guérisons. Il serait suspect à beaucoup de personnes parce qu'il paraîtrait trop favorable au traitement que nous préconisons. Jamais nous n'avons eu à noter les effets fâcheux de l'émétique dont parlent quelques auteurs. Il est parfaitement et rapidement supporté *par tous*, mais à la condition d'être bien administré, et, ce qui paraîtra exorbitant à quelques-uns, d'être associé chaque jour à trois ou quatre bouillons de bœuf et à 100, 200 et 300 grammes de vin de Bordeaux, coupé avec la limonade ou l'orangeade. L'émétique, qui déprime toujours les forces et ralentit la circulation, est ainsi contre-balancé par le vin, le bouillon et quelques toniques. Il réussit surtout chez les artisans, les sujets affaiblis, les vieillards et dans le traitement des pneumonies consécutives à un état morbide local ou général. Nous sommes disposés à passer sous silence le kermès, le soufre doré et l'oxyde blanc d'antimoine, parce que ces médicaments infidèles ont une action fort douteuse. Il faut y renoncer chez les enfants et les vieillards. Il est rare aussi que l'ipécacuanha seul suffise, chez les premiers, pour combattre une véritable pneumonie. Nous avons une telle confiance dans ce traitement mixte que nous n'avons jamais essayé l'expectation. Elle paraît avoir réussi aux médecins étrangers qui l'emploient à l'exclusion de tout autre ; nous sommes loin de la blâmer, mais nous n'osons pas la conseiller. Stibiation. Méthode de Rasori. Succès nombreux avec cette médication. Expectation.

Le traitement de la pneumonite deutéropathique offre des difficultés bien autrement grandes que celui de la pneumonite simple. Il est presque inutile de dire qu'il est subordonné à la maladie primitive. Dans le cas où une lésion locale du poumon comme la phthisie a provoqué et entretient la pneumonite, il est surtout utile de recourir à la stibiation, dont les effets salutaires se font sentir à la fois sur les deux maladies. Dans les affections du cœur, même en admettant que la lé- 2° Traitement de la pneumonite deutéropathique. 1° dans la phthisie, les maladies du cœur ;

sion intercurrente du poumon soit une phlegmasie et non une congestion, l'émétique réussit parfaitement.

2° Dans les fièvres gastriques et bilieuses;

L'antimoine à titre de vomitif, mais, plus sûrement encore, à dose Rasorienne, triomphe dans la pneumonie, entée sur l'état et la fièvre gastriques ou sur la fièvre bilieuse rémittente, liée ou non à une hypérémie hépatique. Stoll nous a merveilleusement appris toutes les ressources de cette médication trop négligée par les localisateurs modernes. Elle réussit encore dans les pneumonies catarrhale, grippeuse, dans la broncho-pneumonie des vieillards et des jeunes enfants, dans la rhumatismale (Stoll) et la goutteuse, etc.; dans celles qui s'accompagnent d'altérations scorbutiques du sang, de pyrexies ou de maladies générales adynamiques, comme la fièvre typhoïde, le typhus, la diphthérie, l'état sénile, etc. Il est utile, en même temps, de prescrire les toniques, le quinquina, l'infusion de café, les alcoolats aromatiques, l'usage du vin, le bouillon et même quelques aliments. On se sert, avantageusement aussi, du sulfate de quinine, de la teinture de castoréum, du musc, de l'acétate d'ammoniaque, de l'éther, dans les pneumonies ataxiques qui se déclarent dans le cours des pyrexies graves, continues, rémittentes ou intermittentes. Dans l'empoisonnement chronique par l'alcool, qui ajoute une si grande gravité à la pneumonie, on donne, outre le tartre stibié et les antispasmodiques, du vin en suffisante quantité.

3° dans les maladies scorbutiques, les fièvres adynamiques.

En même temps on remplit les indications spéciales nécessitées par la douleur (vésicatoires, narcotiques, etc.); par les hémorrhagies, nasale, intestinale (quinquina, ratanhia, eau de Rabel, etc.); la diarrhée, le délire (musc, camphre, opium); par la gangrène, etc. L'expectation, les vésicatoires, les toniques et l'alimentation, sont ordinairement les seuls agents qu'on puisse employer, en pareille circonstance

Bibliographie.

Bibliographie. — Nous ne pouvons encore aujourd'hui conseiller un ouvrage plus complet et écrit d'une manière et plus scientifique et plus littéraire que celui de Laennec annoté par Andral : *Traité de l'auscultation médiate*, etc., 3 vol. in-8, 1837; sans vouloir amoindrir les travaux modernes, on peut dire qu'ils n'ont rien ajouté à l'anatomie pathologique ni aux signes locaux fournis par Laennec. Les distinctions subtiles qu'on a prétendu introduire dans l'histoire des râles, loin d'éclairer, ont obscurci la description si lucide et si simple que Laennec nous a laissée. Citons deux ouvrages qui renferment un travail complet sur les pneumonies : Sestier, *Leçons de clinique médicale faites par M. Chomel*, *à*

l'Hôtel-Dieu de Paris, in-8, Paris, 1840; — Grisolle, *Traité pratique de la pneumonie*, 2e édition, in-8, Paris, 1864.

De quelques espèces de pneumonite aiguë.—Un des meilleurs résultats de l'observation moderne est l'analyse sévère et la séparation des phénomènes morbides qu'on a introduites dans l'étude des sciences médicales. Il faut prendre garde cependant de porter trop loin les distinctions et de les multiplier sans motif sérieux; or, c'est précisément ce qui est arrivé, quand on a décrit à part, et presque à l'égal de maladies différentes, la pneumonie des enfants et des vieillards. Des personnes intéressées à faire croire que des médecins spéciaux ont seuls le privilége de découvrir et de traiter ces pneumonies et d'autres maladies encore, ont grossi, hors de toute mesure, les différences minimes qu'elles offrent en réalité et qu'il est facile à tout le monde de reconnaître. Laissons aux gens du monde ces vaines croyances qui leur font admettre qu'il y a des médecins appropriés aux maladies de l'enfance, de la peau, des yeux, de la poitrine, etc.; occupons-nous de la partie scientifique et non mercantile de notre art. Il règne les plus étranges contradictions, l'obscurité la plus complète dans l'histoire de la pneumonite des enfants; et il est fort curieux de voir que la maladie, réputée la mieux connue, la mieux étudiée, est précisément celle qui offre le plus de lacunes et d'incertitude.

Des diverses espèces de pneumonite.

I. Pneumonite des nouveau-nés. — Depuis la naissance jusqu'à quinze mois, deux ans, la pneumonite qui frappe le nouveau-né se confond, à chaque instant, avec l'hypérémie; ainsi s'expliquent les dissidences nombreuses qui existent parmi les auteurs sur le siége, la forme et l'étendue du mal. Les uns veulent que la pneumonie soit presque toujours lobaire comme chez l'adulte, les autres la disent lobulaire, comme chez l'enfant de deux à cinq années. La congestion est toujours à peu près lobaire, double, située vers les parties déclives des deux poumons; cependant on la trouve aussi partielle, lobulaire, occupant les bords du lobe inférieur, ou supérieur. Elle n'est point de nature phlegmasique: nous n'en parlerions même pas, si les auteurs ne l'avaient pas rangée parmi les pneumonites. Nous en dirons autant de la carnification ou l'état fœtal dont nous avons déjà fourni la description ailleurs. (*Voyez Hypérémie du poumon*, page 335, t. I.) Il faut se défier de ces indurations rouges dans lesquelles le tissu pulmonaire coupé ou déchiré, dense, résistant, plane et lisse, n'offre pas de granulations distinctes qui sont encore le meilleur et le vrai caractère de la phlegmasie.

Pneumonite des nouveau-nés. Lésions anatomiques.

Hypérémie lobaire.

Pneumonite lobulaire ou mamelonnée. Hépatisation rouge ou grise.

Dans la forme lobulaire on trouve plus souvent à la base et sur le bord du poumon (pneumonie marginale) ou dans son épaisseur, des noyaux indurés et enflammés, déprimés au-dessous des parties ambiantes, faciles à sentir sous le doigt, colorés en un rouge plus ou moins foncé, friables : telle est l'hépatisation rouge et grise. Quel que soit le degré de la pneumonie, elle se dessine, au milieu du poumon sain ou seulement engoué, sous la forme de plaques rouges ou grises extérieurement qui correspondent à des noyaux profonds dont le volume varie entre celui d'un pois (pneumonie vésiculaire, Andral), et celui d'une noix ou d'un œuf de pigeon. Autour d'eux existe parfois une zone très-mince, de un à deux millimètres, formée par le tissu du poumon infiltré de sérosité seule ou de sérosité et de plasma. Dans la plupart des cas, la limite entre le tissu malade et le tissu sain est très-tranchée. Comme dans la pneumonie commune l'organe induré ou déjà ramolli, friable, se réduit, par la pression, en une pulpe rougeâtre, sanieuse ou en une bouillie grise homogène. La plèvre porte souvent des traces de pseudo-membrane récente, d'injections vasculaires; elle est aussi tapissée par un plasma fluide glutineux peu consistant.

Symptomatologie. 1° Pneumonie lobaire. Signes.

Symptômes. — La pneumonie lobaire qui a une certaine étendue se reconnaît, chez le nouveau-né, à la vibration thoracique qui s'exagère quand il crie ; à la résistance au doigt, sinon à une véritable matité ; à la respiration bronchique, plus souvent remplacée par une respiration rude et supplémentaire, à des râles sous-crépitants ou muqueux, à grosses bulles et non caractéristiques, enfin à la toux et à l'accélération extrême de la respiration qui peut aller à 70 et 80 par minute. Ces deux derniers signes sont d'une grande ressource pour le diagnostic. La respiration est fortement gênée, les ailes du nez se dilatent; l'expiration se fait avec énergie, par le resserrement du thorax qui s'affaisse fortement sous les clavicules, sur le sternum et les parties latérales, tandis que le ventre devient proéminent (respiration expiratrice). Le pouls s'élève à 140 et 160.

Difficultés du diagnostic.

Si les symptômes que nous venons de signaler étaient toujours aussi manifestes, le diagnostic n'offrirait pas de grandes difficultés. Malheureusement il n'en est pas ainsi ; tout le monde sait que la sonorité extrême de la poitrine, la minceur des parois thoraciques, c'est-à-dire des corps conducteurs du son, que la quantité toujours grande des râles de toute espèce, dus à la bronchite générale, capillaire ou catarrhale, rendent l'auscultation incertaine, dans le plus grand nombre des cas. La fréquence des respirations et du pouls, la dyspnée, la

Changements dans les conditions acoustiques de la poitrine.

préexistence d'une bronchite, doivent faire redouter le développement de la pneumonite.

Signes de la pneumonite lobulaire.

Le diagnostic est plus difficile encore, on peut même dire impossible, lorsque les indurations pulmonaires partielles, cachées au milieu du tissu encore sain, sont de petite dimension et ne peuvent pas produire de matité, de souffle, de bronchophonie, etc. Les troubles fonctionnels dont nous venons de parler, la dyspnée, la fréquence de la respiration, peuvent mettre sur la voie du diagnostic. Nous ajouterons que ce qui le rend plus difficile encore, est le développement simultané d'une maladie générale dont la pneumonite n'est qu'une lésion secondaire. En effet, si le froid et les variations de température exercent sur les nouveau-nés, des maternités surtout, une influence très-grande et souvent épidémique, il faut reconnaître que la pneumonie résulte aussi très-souvent du mauvais état de la constitution, de la faiblesse congénitale, d'un sclérème, d'un muguet, de la tuberculisation, etc.

Ses causes.

Pronostic. Marche.

Presque constamment mortelle, cette maladie des nouveau-nés se termine en quelques jours. Sans parler des hypérémies qui offrent surtout cette marche rapide, on voit la pneumonite vraie se développer et s'accroître avec une promptitude extrême, du soir au matin, d'une heure à autre, et passer ainsi du premier au second degré. Plus ordinairement le mal s'étend à un ou deux lobes et le sujet périt asphyxié. Quand il présente, en un temps fort court, des variations singulières, quand le souffle et la bronchophonie disparaissent d'une visite à une autre, ou réciproquement, quand tous les symptômes s'aggravent en quelques heures ou se dissipent, on est fondé à croire qu'il s'agit d'une hypérémie deutéropathique ou d'une broncho-pneumonie et non d'une phlegmasie légitime.

Traitement.

Traitement. — On fera sagement de repousser la saignée générale, et d'user de l'ipécacuanha (50 centigrammes à 1 gram.), à doses plus ou moins rapprochées, suivant les effets. Les vésicatoires volants, de petite dimension, et répétés plusieurs fois, les révulsifs sur les membres pendant qu'on administre quelques boissons chaudes, émollientes ou aromatiques, l'alimentation avec le lait de la mère, et même le bouillon, constituent l'ensemble de la médication la plus usitée dans les cas graves.

Pneumonite des enfants. Lésions anatomiques.

II. Pneumonite des enfants. — Chez les enfants de deux à six ans, la pneumonie est plus souvent lobulaire que lobaire. Nous l'avons décrite précédemment, il est donc inutile d'y revenir. (*Voyez Pneumonie des nouveau-nés.*) Rappelons seulement que les indura-

1° Pneumonie lobulaire ou mamelonnée;

tions partielles doivent offrir tous les caractères de l'hépatisation rouge et grise de la pneumonie lobaire, franche, sans quoi elles appartiennent aux simples hypérémies avec lesquelles nous croyons qu'on les a, le plus ordinairement, confondues. L'*état fœtal*, sur la nature duquel on a souvent discuté et erré, n'est pas autre chose qu'une hypérémie pulmonaire.

2° lobaire.

La pneumonie lobaire, dont le degré de fréquence ne saurait être déterminé, parce qu'on a réuni des actes morbides très-différents, sous le titre d'inflammation, ressemble entièrement à celle de l'adulte. Elle est unilatérale, située plus souvent à la base, et présente les trois actes de la phlegmasie.

Bronchite ; pleurésie ; emphysème.

La pneumonie partielle s'accompagne ordinairement de bronchite aiguë, simple ou catarrhale, surtout de celle qui a son siége dans les ramuscules. Aussi est-elle souvent deutéropathique à la bronchite capillaire elle-même. Elle se rencontre dans les maladies exanthématiques, les diathèses de l'enfance, telles que la scrofule, les tubercules, etc. La pleurésie circonscrite, exsudative, plus rarement avec sécrétion séreuse, se voit aussi et constitue une lésion propre à la pneumonie vraie de l'enfance. Il en est de même de l'emphysème intra-vésiculaire.

Symptomatologie.

Symptômes. — On a exagéré, dans un but facile à comprendre, les difficultés du diagnostic dont la médecine spécialiste s'est réservé, en quelque sorte, la possession exclusive. Quand la pneumonie est lobulaire; dissimulée au milieu du parenchyme sain, aucun signe physique ne peut la faire reconnaître. Les variations si grandes qu'on a notées dans les symptômes, de jour à autre, n'appartiennent pas à la pneumonie, mais à la simple congestion. Très-rapidement, en quelques heures, on voit disparaître ou se montrer le râle sous-crépitant, muqueux, la matité, la bronchophonie, la dyspnée, la toux, en un mot tous les signes de l'induration du tissu; cependant ces signes peuvent persister, au même degré ou aller en augmentant, menacer la vie du sujet, sans pour cela appartenir à une inflammation.

Signes de l'hypérémie.

Quelques différences dans les signes physiques.

Des différences essentielles qu'il est utile de connaître dépendent de la structure même des organes respiratoires de l'enfant. La vibration thoracique est diminuée ou nulle à cause de la faiblesse de sa voix; la sonorité de la poitrine exagérée; les râles humides, sous-crépitants, muqueux, sont rarement crépitants et secs comme chez l'adulte; la voix est grêle, égophone, la toux fréquente ou presque nulle. On éprouve souvent une grande difficulté pour reconnaître les signes propres de la pneumonie, tandis que dans d'autres cas le diagnostic est

aussi facile que chez l'adulte. La fréquence du pouls, la chaleur cutanée, la dyspnée extrême, la forme adynamique, les troubles de la digestion, la diarrhée, sont les mêmes dans tous les cas.

Marche. — La pneumonie lobaire affecte la même marche que chez l'adulte; la lobulaire présente des variations singulières qui semblent plutôt tenir à la congestion qu'à un véritable travail phlegmasique. La bronchite catarrhale et la capillaire augmentent beaucoup sa gravité et en font changer les symptômes. La pneumonie lobulaire est souvent secondaire, plus grave par conséquent que la lobaire, et d'une durée plus longue. La plus grande incertitude règne au sujet de la terminaison de la pneumonie lobulaire; les uns disent que la suppuration est commune, les autres qu'elle est rare. Il est indispensable d'attendre de nouvelles recherches avant de se prononcer. La suppuration se présente sous forme de petites collections toujours nombreuses, disséminées dans un grand nombre de points du même poumon. Les vacuoles qui en résultent sont environnées de tissu induré, rougeâtre, puis gris et jaunâtre au centre. Sont-elles les bronches capillaires enflammées et entourées d'une hépatisation rouge ou grise consécutive ou de véritables pneumonies suppurées? Nous sommes portés à ne voir dans ces lésions que des bronchites capillaires.

Marche.

Durée des deux pneumonies, lobaire et lobulaire.

Suppuration?

Causes. — La pneumonie lobulaire est surtout fréquente avant cinq ans, quand elle est deutéropathique. Les garçons y sont plus exposés que les filles. Le froid, l'hiver, la misère, une alimentation mauvaise, les fatigues d'un travail prématuré et au-dessus des forces de l'enfant, le rendent plus sujet à la pneumonie, comme d'ailleurs toutes les causes de débilitation.

Causes : 1° des pneumonies protopathiques;

En admettant qu'on ait distingué les phlegmasies vraies, les hypérémies, les bronchites capillaires, les exanthèmes bronchiques, travail qui n'a pas encore été entrepris, on trouve cependant que la pneumonie deutéropathique est plus commune chez les enfants que chez l'adulte. Elle est consécutive à une maladie locale ou à une générale. La cause la plus fréquente des pneumonies du premier ordre est la bronchite capillaire, la bronchite simple, la catarrhale, la grippe et la coqueluche, puis tous les exanthèmes qui agissent à titre de lésion locale et directe pour produire la pneumonie lobulaire spécialement. Les tubercules agissent plus rarement ainsi, car ils ne sont pas communs avant dix ans.

2° des pneumonies deutéropathiques;

(*a*) par causes locales;

Ce qu'on a considéré comme les complications de la maladie n'en sont souvent que la cause manifeste ou dissimulée. Plaçons, en tête, les exanthèmes, la diphthérie avec laryngite ou angine pseudo-membra-

(*b*) par maladie générale.

neuse, le rachitisme, la scrofule, les éruptions eczémateuses, la fièvre typhoïde, la diarrhée et les suppurations. Celles-ci jettent les jeunes sujets dans un état cachectique qu'on a signalé, avec raison, comme une cause de pneumonie, mais plus souvent encore de congestion simple du poumon. Nous n'avons pas besoin d'indiquer le degré de fréquence de chacune de ces maladies, il est connu de tout le monde. La gravité de la pneumonie est également basée sur la connaissance de la cause qui a provoqué et qui entretient la lésion pulmonaire. Disons seulement qu'elle n'est pas une maladie aussi exactement localisée au poumon qu'on le croit généralement.

Traitement.

Traitement. — Pour celui qui a cherché et qui sait les causes de la pneumonie, le traitement doit être très-différent. Tous les bons observateurs avouent ne pas avoir retiré de bons effets de l'emploi de la saignée. Les quelques rares partisans de cette médication prétendent qu'elle réussit aussi bien que chez l'adulte; or, comme nous en avons montré les funestes résultats, à cette époque de la vie, à plus forte raison doit-elle être condamnée dans l'enfance. Chez les sujets robustes le vomitif, et le tartre stibié, de préférence à l'ipéca, doit être prescrit d'emblée; puis à haute dose, comme chez l'adulte; seulement il faut en surveiller plus attentivement l'emploi. Il en est de même de la vésication pectorale; elle est souvent utile, excepté chez les cachectiques, les enfants amaigris et en proie à une diathèse. Elle concourt avec l'émétique à la guérison. Tel doit être, à peu près, le traitement de la pneumonie secondaire, surtout dans les maladies des bronches, du tissu pulmonaire et dans les exanthèmes. Les toniques et l'alimentation conviennent dans presque toutes les pneumonies secondaires et principalement chez les cachectiques.

Proscrire la saignée.

Stibiation utile.

État organo-pathique du poumon chez le vieillard.

III. Pneumonite des vieillards. — On connaît les différences de structure et de fonction qui caractérisent le poumon du vieillard; on pourrait donc établir, à priori, qu'il doit s'en trouver de correspondantes dans la pathologie de l'organe. Ossification des cartilages costaux, rigidité de la paroi pectorale qui se meut tout d'une pièce, se resserre et s'amplifie mal; raréfaction du poumon, atrophie de ses vésicules et de ses divers tissus constituants, induration du tissu fibreux et élastique des bronches, ossification et cartilaginification fausses, sécrétion interstitielle plus abondante de matière noire normale, de sels calcaires, de phosphate, de carbonate de chaux, de matières grasses, tels sont les changements physiologiques principaux qu'on observe dans le poumon des vieillards. En même temps, la circulation cardiaco-pulmonaire est gênée, difficile, ainsi que la cir-

culation de l'air dans l'arbre bronchique; par contre, les sécrétions de la muqueuse sont fortement exagérées, toujours prêtes à augmenter ou à diminuer sous l'empire des fonctions cutanées, ralenties et variables, et surtout de la gêne de la circulation; la voix est faible et naturellement chevrotante, égophone, la respiration rude et soufflante, dans le voisinage des grosses bronches; il est facile dès lors de comprendre les modifications essentielles qu'un pareil ordre de choses doit nécessairement introduire dans les symptômes physiques et les actes morbides des voies respiratoires.

Altérations pathologiques. Leurs caractères propres.

Lésions anatomiques. — L'hypérémie phlegmasique a été souvent confondue avec les congestions de différente nature qu'on trouve chez le vieillard, dont le cœur et les grosses artères sont fréquemment ossifiés ou dégénérés. On ne saurait dire si elle est plus fréquente chez lui que chez l'adulte, quoique cette assertion soit généralement acceptée et semble exacte, à priori. Dans la forme la plus ordinaire, le tissu est dense, semblable à celui de la rate, carnifié, très-rarement granuleux, à surface rougeâtre, lisse, homogène, et allant au fond de l'eau. Il ne faut attacher, soit pour le premier, soit pour les autres degrés de la maladie, aucune importance à la distinction qu'on a prétendu faire de la pneumonie en planiforme ou extra-vésiculaire, et en granuleuse ou intra-vésiculaire. Comme chez l'adulte, l'hépatisation rouge et grise offre les mêmes altérations caractéristiques. Seulement on y trouve de plus quelques lésions propres à la vieillesse, telles que : la dilatation des bronches et du muco-pus à l'intérieur, l'épanchement de mucosités ou de pus dans les vacuoles des parties emphysémateuses, des indurations œdémateuses ambiantes, des colorations noires et granitiques, quelquefois les altérations évidentes d'une pneumonie chronique. Presque toujours lobaires, les pneumonies occupent ordinairement la base et le côté droit, toutefois un peu moins souvent que chez l'adulte.

Symptomatologie.

Symptômes. — La maladie est accusée, d'une manière moins nette, par le frisson et le point de côté; cependant une fièvre intense, la chaleur cutanée, la soif, le malaise et la courbature en marquent nettement le début. Tous les signes physiques que nous avons signalés dans la pneumonie de l'adulte se retrouvent parfois dans celle du vieillard; dans la plupart des cas ils font défaut, en raison des changements de structure du poumon et de la paroi pectorale. La vibration thoracique est faible, normale ou nulle, au lieu d'être exagérée; le son clair et tympanique. La résistance au doigt peut être donnée par les indurations centrales ou partielles, lors même

Signes physiques.

Vibration thoracique.

Sonorité exagérée.

Bruit respiratoire nul, affaibli, rude, etc.

qu'elles sont encore recouvertes par du tissu sain ou emphysémateux; la respiration est affaiblie ou nulle, plus rarement tubaire, lointaine, profonde, ou rude et sèche, presque toujours masquée par les râles de diverses espèces et de diverses provenances; les uns à bulles grosses et humides, les autres à bulles plus petites. Ils dépendent tous les deux d'une bronchorrhée ou d'une bronchite chronique, plus souvent d'une hypérémie chronique de la membrane muqueuse, revenant par

Pas de crépitation.

accès ou permanente. On rencontre aussi un véritable gargouillement, et presque jamais une crépitation fine et caractéristique. La raréfaction du tissu pulmonaire le rend moins bon conducteur du son, et explique la faiblesse et l'absence de la vibration thoracique,

Pas de souffle, ni de broncho-phonie.

du souffle tubaire, de la bronchophonie; quand celle-ci existe, elle est souvent chevrotante et peut être confondue avec les mêmes phénomènes appartenant à l'état normal.

Les vieillards font entendre, de loin en loin, une petite toux faible, rare, sèche, dont ils ne s'aperçoivent pas, et qui peut échapper à une

Crachats.

observation superficielle. Les crachats sont rarement sanguinolents, rouillés, visqueux, et seulement pour un temps fort court. Ils se suppriment très-vite ou ne se forment pas; ce qui rend le diagnostic obscur, quand on n'est pas prévenu de ce fait. Les crachats offrent toutes sortes de couleurs et d'aspects différents, comme dans toutes les variétés de la bronchite catarrhale avec ou sans bronchorrhée. Dans la période réellement phlegmasique de la pneumonie, toute sécrétion tarit; c'est même là un signe diagnostique précieux, dans le cours des emphysèmes et des catarrhes qui viennent à se compliquer de pneumonie. La disparition des crachats, la sécheresse de la langue, la

Respiration.

fièvre, en annoncent le début. Il s'y ajoute, pendant toute la durée du mal, une fréquence extrême de la respiration (50 à 60), non perçue et non accusée par le malade; elle est peut-être plus grande dans la pneumonie du sommet. La respiration est diaphragmatique plutôt que costale.

Circulation.

Le pouls offre des variations nombreuses occasionnées par l'état antérieur de la circulation sénile; il s'élève de 80 à 120 et plus : il est dur, tendu, inégal, intermittent à cause des ossifications de l'artère et des

Symptômes adynamiques;

troubles de la circulation cardiaque. L'appareil le plus intense de la fièvre s'y développe, à tous les degrés : sécheresse de la peau, soif, troubles nerveux sympathiques, prostration des forces, délire, et tous les phénomènes ataxo-adynamiques qu'on a rapportés si longtemps à la fièvre de ce nom et plus tard à la fièvre typhoïde.

intestinaux.

On observe si fréquemment des troubles sympathiques de l'appareil digestif qu'ils deviennent des signes précieux de la pneumonie; enduit

saburral et bilieux, en couches épaisses, blanches ou limoneuses sur la langue, sécheresse extrême, soif vive, fuliginosités buccales et labiales; quand l'état s'aggrave, vomissements et diarrhée plus communs que chez l'adulte.

Marche. — Quelquefois elle ressemble tout à fait à celle de la pneumonite de l'adulte, et se reconnaît aux symptômes qui lui sont habituels, seulement un peu modifiés. Dans d'autres cas, elle en diffère essentiellement par sa marche et ses symptômes locaux et généraux. On observe, au début, une fièvre intense, des symptômes gastro-intestinaux et ataxo-adynamiques, qui peuvent en imposer pour une maladie de l'intestin. Pendant deux ou trois jours, malgré le soin qu'on met à ausculter le malade, on ne trouve aucun signe local, il n'existe que la dyspnée ou plutôt un peu d'accélération de la respiration. Quand les symptômes locaux se manifestent, ils ont un caractère particulier. Ils consistent dans du souffle, de la bronchophonie, la diminution du son, des râles humides, sous-crépitants ou muqueux; le lendemain matin, si c'est le soir qu'on a constaté ces symptômes, tout a disparu; les râles sont devenus plus humides, il y a moins d'oppression, de toux. Les mêmes phénomènes reparaissent plusieurs fois, à des intervalles de six à douze heures, et l'on voit ainsi paraître tantôt les signes du catarrhe des grosses et des moyennes bronches, tantôt ceux d'une induration de l'organe pulmonaire. Nous avons de la peine à voir dans celle-ci, avec ses intermittences et ses variations quotidiennes, régulières ou irrégulières, autre chose qu'une hypérémie symptomatique ou sympathique du poumon. Ce qui nous confirme dans notre opinion, c'est la persistance et les rémissions de la maladie. Le nom de *broncho-pneumonie des vieillards* qu'on lui a donné convient pour faire comprendre qu'une double congestion existe, en pareille circonstance, l'une dans le poumon, l'autre dans les bronches; qu'elles se terminent par la résolution et par une abondante hypersécrétion de la membrane muqueuse. Il n'en est plus de même si l'on trouve la splénisation mêlée à l'induration phlegmasique rouge ou grise, c'est alors une vraie pneumonie.

Marche: latente et ataxique.

Rémission et intermittence des signes respiratoires.

Constitue une véritable broncho-pneumonie.

On dit que la terminaison de la pneumonie par abcès est plus commune que chez l'adulte. Il en est de même de la gangrène avec laquelle on a parfois confondu les pneumonies suppurées dans lesquelles le tissu est fortement ramolli, et que la moindre pression réduit en putrilage. Souvent la congestion est si rapide et si étendue, que le champ respiratoire, déjà limité par les progrès de l'âge, se res-

Abcès et gangrène.

treint encore davantage et que la mort arrive à l'instant même où l'on s'en doute le moins. La syncope, les maladies du cœur, la gêne de la circulation, expliquent la fréquence de la mort subite, dans la pneumonie des vieillards.

Pronostic. **Pronostic.** — On ne connaît pas bien la gravité de la maladie, parce qu'on a rapproché, sous ce titre, des cas de nature très diverse. En portant à la moitié le nombre des décès, on est bien loin de la vérité; il faut aller aux deux tiers, au moins. On peut dire, d'une manière absolue, que la pneumonie est une maladie presque toujours mortelle, à mesure qu'on s'éloigne de l'âge de soixante ans. La plupart des vieillards succombent à cette affection qui n'a pas de cause plus fréquente et plus certaine que le froid accidentel et celui qui est provoqué par l'hiver et les saisons froides et humides de l'année.

Cause.

Traitement. **Traitement.** — On a vanté les heureux effets de la saignée dans le traitement de la pneumonie. On les a prescrites larges et répétées comme chez l'adulte; mais les meilleurs praticiens y ont à peu près renoncé, et lui préfèrent la méthode mixte qui consiste dans l'emploi des vésicatoires et des vomitifs, et dans la stibiation à haute dose. Maniée avec hardiesse et soutenue par le vin, les bouillons et les aliments, elle est suivie des meilleurs effets.

Matériaux qui peuvent servir à l'étude de cette maladie. **IV. Pneumonie chronique.** — On a dit et répété, dans presque tous les livres, que la pneumonie chronique est tellement rare qu'on peut à peine en trouver çà et là les éléments d'une description. Cette assertion est vraie pour la pneumonie chronique protopathique, générale, mais non pour celle qui est partielle, consécutive au tubercule, aux productions calcaires, cartilagineuses, cancéreuses, aux dépôts de matière charbonneuse. Celui qui veut faire l'histoire de la pneumonie chronique doit donc aller en chercher les matériaux dans les faits de ce genre ; ils sont nombreux. Quant à la pneumonie chronique simple et protopathique, elle est rare, parce qu'elle est ordinairement étendue à tout un poumon, et consécutive à une phlegmasie aiguë presque toujours mortelle.

Altérations anatomiques. *Lésions anatomiques.* — Les lésions propres à la phlegmasie pulmonaire chronique ne diffèrent pas essentiellement de celles qui appartiennent à l'aiguë. En effet, elles sont constituées par les mêmes produits morbides, la sérosité, la fibrine, le pus, infiltrés, en diverses proportions; elles donnent aux tissus une consistance plus ou moins grande, et y produisent le ramollissement et l'élimination des parties enflammées.

Étude microscopique.

L'étude microscopique nous a servi plusieurs fois à étudier la pneumonie chronique dont nous possédons maintenant dix observations; elle prouve que les éléments morbides, ajoutés au tissu pulmonaire, sont surtout des granulations plastiques, fines, des globules d'exsudation, des fibrilles formés par la fibrine épanchée entre les éléments normaux, dans les vésicules et les très-petites bronches; d'où résultent des indurations de forme et de couleur diverses.

Induration rouge.

Dans l'induration rouge, le tissu sec, résistant, tenace, renferme peu de liquide; il est encore granuleux. La lymphe plastique contient du plasma et des corps fusiformes, qui donnent au poumon la résistance et l'élasticité qu'on retrouve surtout après deux ou trois mois. A mesure que la proportion du sang et du système vasculaire diminue dans les parties indurées, celles-ci se décolorent; une fibrine transparente venant à s'épancher en quantité notable, le tissu acquiert une teinte grise ou jaunâtre, assez uniforme, qui s'étend à tout un poumon ou à un lobe seulement. La matière amorphe emprisonne, étouffe les tissus vasculaires; on dirait qu'une gelée jaunâtre, ou une matière grasse et blanche, s'est répandue partout. On y retrouve la fibrine avec sa forme striée ou granuleuse, des leucocythes, des cellules épithéliales pavimenteuses, vibratiles, fusiformes, enfin des globules pyoïdes et du pus. La proportion de ce dernier élément est moindre que celle des premiers. En effet, la nature du travail pathologique qui provoque les indurations chroniques, rouges, grises ou jaunâtres, est de tendre à oblitérer les vaisseaux et atrophier les cavités respiratoires. Dans un cas nous n'avons pu retrouver un seul vaisseau au milieu du tissu noir et marbré du poumon.

Induration grise par une lymphe plastique.

La nature de cette lésion est d'oblitérer les vaisseaux.

Indurations noires, mélanitiques.

A côté de ces modifications de structure s'en trouvent d'autres qui changent les propriétés physiques de l'induration. Des sécrétions nouvelles s'établissent; tantôt une sérosité semblable à celle des hydropisies infiltre, par place, le poumon; nous en avons observé trois exemples; tantôt à l'induration blanche se mêlent, en proportion petite ou grande, des sécrétions de la matière noire mélanitique propre au poumon. On remarque alors des indurations presque noires, d'autres granitiques seules ou combinées avec des phosphates de chaux, de la cholestérine et des détritus de matière grasse, souvent fournis par la fonte du tubercule, en partie expulsé. La matière noire infiltrée dans les masses indurées peut tenir à la substance colorante du sang déposé après une hémorrhagie; mais ce n'est là qu'un acte accidentel étranger à l'inflammation et très-rare.

Nature.

Hypertrophie des tissus.

Un effet assez fréquent de la pneumonie chronique est d'hypertrophier et d'indurer les tissus. Les intersections fibreuses, blanchâtres, qui cloisonnent le poumon, s'hypertrophient, deviennent blanchâtres, épaisses, et forment des loges semblables à celles qu'on trouve dans certains fruits. Quelquefois leur épaisseur et leur résistance sont très-grandes ; nous avons observé, dans quatre cas, des faisceaux épais et fibroïdes de tissu blanchâtre, laiteux, entrecroisés dans tous les sens, et formant des faisceaux résistants sur lesquels venaient s'insérer les tubes cartilagineux des petites bronches.

Suppuration chronique.

La *suppuration* du poumon enflammé est une lésion plus rare que l'induration. En pareille circonstance, à l'infiltration grise succède, en plusieurs points, un travail sourd et lent d'élimination semblable, jusqu'à un certain point, à la fonte tuberculeuse. Nous en avons rencontré, pour notre part, trois cas bien marqués, sans qu'il y eût le moindre vestige de ce produit hétérologue. Le poumon gauche, dans un cas, était sillonné par des excavations multiples, au nombre de vingt à trente. Elles avaient le volume d'un pois, d'une noisette; elles étaient inégales, anfractueuses, irrégulières, à parois constituées par le tissu propre du poumon induré, noir ou grisâtre par places, recouvertes, en quelques points, par des fausses membranes bien organisées. Ailleurs nous avons trouvé des vacuoles irrégulières communiquant les unes avec les autres et presque entièrement vides ; à l'extérieur, le poumon affaissé, revenu sur lui-même, était sans adhérence avec la plèvre pariétale. Cette forme de suppuration ne diffère pas sensiblement des abcès pulmonaires qu'on observe dans la pneumonite aiguë ; seulement les abcès chroniques sont plus nombreux, plus petits, et le tissu ambiant profondément altéré. Nous avons également rencontré, dans un cas, une infiltration purulente qui, limitée en plusieurs points, et formée par la combinaison intime et molécule par molécule du pus avec le poumon, lui donnait, par place, l'aspect d'un tissu subéreux, blanc, résistant, duquel on ne faisait sortir, qu'à grand'peine, une sérosité purulente.

Abcès multiples.

Suppuration infiltrée. Induration blanche.

Gangrène.

La terminaison de la pneumonite par ramollissement, gangréneuse, est un accident final très-rare et encore très-obscur. On rencontre, comme lésion concomitante, des indurations rouge, grise, de l'emphysème pulmonaire mêlé à toutes les formes de la pneumonie chronique et aux suppurations collectées, multiples ou infiltrées dont nous venons de citer des exemples. La pleurésie adhésive totale est beaucoup plus rare que dans la phthisie : c'est là un caractère distinctif qui ne manque pas de valeur. Il faut encore noter l'hypertrophie

considérable des ganglions bronchiques, et la rougeur vive et parfois rutilante des bronches de moyen et de petit calibre.

Outre ces lésions propres à la pneumonie chronique, on en rencontre d'autres qui appartiennent aux tubercules, à la mélanose, aux concrétions calcaires et autres qui sont la cause de la phlegmasie chronique. Quelquefois celle-ci existe autour de noyaux d'apoplexie pulmonaire, de gangrène, etc. Lésions protopathiques et concomitantes.

En résumé, la pneumonie se manifeste à nous avec toutes les modalités de l'inflammation lente et chronique, telles que : 1° l'exsudation séro-plastique dont le produit indure les tissus, oblitère et atrophie le système vasculaire ; — 2° la suppuration dont l'effet est de ramollir, de raréfier, en grande partie, le tissu pulmonaire, plus rarement de l'indurer, de le colorer en blanc, lorsque le pus se combine avec lui. Véritable nature de la pneumonie chronique.

D'autres actes morbides non phlegmasiques s'ajoutent à ceux que nous venons de désigner. On doit noter surtout : 1° les lésions de sécrétion, l'infiltration séreuse, mélanique, calcaire et graisseuse ; 2° l'hypérémie avec induration rouge et accroissement de consistance des tissus ; 3° l'hypertrophie ou l'atrophie des tissus fibreux et cartilagineux. On voit donc que la pneumonie est une entité complexe dans laquelle figurent ainsi plusieurs actes morbides non inflammatoires. Actes étrangers à l'inflammation.

Symptomatologie. — Le début de la maladie est marqué ordinairement par tous les symptômes de la pneumonie aiguë avec laquelle elle se confond d'abord. Cependant les signes physiques sont moins bien accusés et se dissipent plus lentement ; la crépitation, les crachats rouillés, visqueux, persistent peu de temps ; parfois même le souffle est nul, remplacé par le silence du bruit respiratoire. **Symptômes.** Invasion.

Ordinairement on voit paraître tous les signes d'une induration pulmonaire. Nous avons vu qu'en effet telle est la lésion la plus commune. La toux, les douleurs de côté souvent durables, l'expectoration de crachats rouillés, visqueux, se montrent d'abord ; bientôt l'on trouve une vibration thoracique intense, qui contraste avec la faiblesse du bruit respiratoire, souvent aussi du souffle tubaire, une bronchophonie fort intense, une matité extrême et plus tard un râle muqueux abondant, un véritable gargouillement, si la phlegmasie a provoqué la formation d'abcès multiples, et cette raréfaction aréolaire qui rend le tissu du poumon semblable à celui des cavernes tuberculeuses. Signes physiques de l'induration ; du ramollissement pulmonaire.

Un des caractères les plus tranchés de la pneumonie chronique est Variations

d'intensité des symptômes. de s'accompagner de symptômes qui varient, en quelque sorte, d'un jour à l'autre, et tiennent aux congestions sanguines intercurrentes.

Ils sont accrus par l'induration. L'induration du poumon est, en général, assez étendue et complète pour transmettre, avec une intensité extrême et amplifier singulièrement, les sons normaux et anormaux qui se passent dans le poumon. Le souffle, le retentissement vocal, les râles bronchiques ne tardent pas à devenir du souffle amphorique, de la pectoriloquie, du gargouillement, et à faire croire à la formation de plusieurs cavernes tuberculeuses lors même qu'il n'existe encore que de l'induration.

Signes de l'induration. Les symptômes propres à cette dernière lésion sont la vibration thoracique, le souffle, la bronchophonie et la matité, sans mélange de râles, avec expectoration nulle ou peu marquée. Il existe une toux fréquente, opiniâtre, fatigante, suivie parfois de crachats rares, arrondis, opaques, puriformes, tout à fait semblables à ceux des phthisiques. Dans certains cas, sans qu'il soit possible d'en trouver la raison, ces symptômes font défaut; on ne constate qu'une grande faiblesse du bruit respiratoire.

Dyspnée. Toux; expectoration. La respiration est toujours gênée, pénible, accélérée au moindre mouvement du malade, et accompagnée de suffocation; le sujet affecte ordinairement la position assise. La toux revient fréquemment par quintes; elle est sèche, et, lors même qu'il se fait une expectoration, les crachats sont très-variables, séreux, muqueux ou puriformes; dans tous les cas peu abondants, excepté dans la fonte lente du tissu pulmonaire.

Fièvre exacerbante. Le mouvement fébrile est toujours très-marqué, dès le début, absolument comme dans la pneumonie aiguë. Bientôt il perd de son intensité; il devient alors rémittent, comme dans la phthisie; tous les soirs on observe un redoublement, une chaleur cutanée intense, ardente, pénible et souvent une sueur petite et partielle.

Marche. *Marche; durée; terminaison.* — La maladie se distingue de la pneumonie aiguë par sa longue durée; après les quinze premiers jours, les symptômes locaux persistent sans changement, et l'on est tenté de croire à l'existence d'un abcès pulmonaire ou d'une phthisie. Cependant on observe quelquefois de l'amélioration, pendant plusieurs semaines, puis la maladie reprend sa marche lente, chronique, exacerbante. Nous avons observé, sur quatre malades, un rétablissement apparent et incomplet; chez trois autres un contraste marqué entre la gravité du mal et la conservation d'un certain embonpoint. Trois ou quatre mois au plus après le début, la nutrition générale s'altère, chaque jour, davantage; le sujet tombe dans un marasme considérable; en

Durée;

même temps le champ de l'hématose se limite de plus en plus, quoique lentement, et, vers la fin, la dyspnée devient extrême, le visage se cyanose, les pupilles se dilatent, et la mort arrive au milieu de tous les signes d'une asphyxie lente et graduelle. La mort est la terminaison constante de la pneumonie chronique. Nous ne connaissons pas bien l'histoire des pneumonies chroniques partielles : peut-être ne sont-elles pas toujours mortelles.

Cyanose, asphyxie.

La phthisie est la seule maladie qu'on puisse confondre avec elle; et il faut dire que si l'on manque des signes rationnels fournis par l'hémoptysie, la toux habituelle, le marasme et les signes physiques locaux, soit actuels, soit antérieurs, on court grand risque de ne pas distinguer ces deux maladies, au début. Plus tard la longue durée des accidents, leur apaisement, leur recrudescence et l'ensemble des symptômes généraux lèveront tous les doutes. Un épanchement plus ou moins considérable et chronique de la plèvre pourrait aussi en imposer pour une pneumonie chronique; mais l'accroissement de la vibration thoracique et l'absence d'égophonie suffisent pour faire reconnaître cette dernière.

Diagnostic.

Traitement. — C'est surtout dans les cas de pneumonie chronique qu'on a lieu de s'applaudir d'employer, dès le début, le tartre stibié, à haute dose, et les vésicatoires volants sur la poitrine; d'y revenir à plusieurs reprises, lors même que les premiers effets de cette médication ont été obtenus. Rien ne peut remplacer le tartre stibié; mais il faut savoir lui associer bientôt les toniques, le vin et surtout une alimentation sagement dirigée.

Traitement.

Bibliographie. — Les faits dont se compose aujourd'hui l'histoire de la pneumonie chronique sont nombreux, mais disséminés dans des mémoires particuliers. Nous nous sommes servi, pour écrire cet article, de dix observations que nous avons recueillies nous-même dans les hôpitaux, et qui sont inédites. On trouvera une relation très-fidèle de la maladie dans les ouvrages suivants : Hardy et Béhier, *Traité élémentaire de pathologie interne*, page 640, t. II, Paris, 1850; — Charcot, *De la pneumonie chronique*, *Dissertation de concours pour l'agrégation*, Paris, 1860. Elle contient une bibliographie complète.

HÉMORRHAGIE DU POUMON.

Synonymie. — Pneumo-hémorrhagie, apoplexie pulmonaire.

Définition. — Tel est le nom qui sert à désigner les infiltrations du sang dans un ou plusieurs éléments du tissu pulmonaire.

Lésions anatomiques.

Altérations anatomiques. — Comme dans les autres tissus, la sortie du sang donne lieu à de petites ecchymoses sous-pleurales, bronchiques, en nombre et en étendue variables, ou bien à des tumeurs dures, noires, de volume différent, constituées par l'infiltration du sang dans le tissu propre de l'organe. On les appelle des indurations ou noyaux hémoptoïques. Plus rarement le sang déchire le poumon et s'y creuse des *foyers apoplectiques.*

Indurations apoplectiques.

Les indurations occupent ordinairement les parties centrales et la base d'un ou des deux poumons, sous forme de masses rouges, brunâtres, ou d'un noir de geai, de 1 à 7 et 8 centimètres et plus d'étendue. Le tissu lésé est dur, résistant, tombe au fond de l'eau, et ne donne, quand on le racle avec le scalpel, qu'une faible quantité de liquide sanguin. On découvre à sa surface des granulations qui correspondent aux vésicules pulmonaires pleines de sang coagulé, les intersections fibreuses des lobes et lobules, les vaisseaux et les petites bronches oblitérés par les caillots ; autour des noyaux apoplectiques se rencontrent, parfois, des zones concentriques formées par les tissus ecchymosés dans lesquels le sang délayé par le serum a pénétré par voie de résorption. Le nombre de ces noyaux hémorrhagiques est variable, parfois limité à un ou deux, et alors leurs dimensions sont considérables. Un lobule ou un lobe entier peut être ainsi infiltré de sang.

Lésions des tissus.

Foyer hémorrhagique.

Le *foyer hémorrhagique* dû à la rupture opérée par le sang suppose ou une violente et rapide suffusion de ce liquide et l'écartement des tissus sains, ou une altération préalable de ceux-ci, comme dans la pneumonite, ce qui est rare, et, dans la gangrène, ce qui est plus commun. Dans ce dernier cas, outre les caillots de sang, à différents degrés de consistance et mêlés au tissu pulmonaire, en fragments ou en bouillie, on trouve la paroi caverneuse elle-même indurée, noire, brisée en plusieurs points et toutes les lésions protopathiques dont l'hémorrhagie n'est que le résultat.

Cicatrisation.

A une période plus avancée, le foyer apoplectique s'enflamme, exsude du plasma qui s'organise en fausse membrane, molle d'abord, puis vasculaire et adhérente aux tissus. Elle sécrète à son tour un kyste séreux dans lequel le sang lavé, ramolli et cerné de toutes parts, finit par ne plus être qu'un caillot fibrineux, en partie décoloré et consistant, comme nous en avons vu deux exemples.

De la gangrène.

La gangrène est une cause d'hémorrhagie plus fréquente dans le poumon que dans tout autre tissu. On ne doit donc pas être surpris d'en trouver les altérations si intimement associées à celles de l'apo-

plexie qu'il est presque impossible de dire quelle est celle qui a précédé l'autre. La cause générale ou locale et l'enchaînement des symptômes peuvent seuls éclairer sur la véritable origine de la lésion. Dans un grand nombre de cas, on trouve ailleurs que dans les voies respiratoires d'autres hémorrhagies qui ne laissent alors aucun doute sur l'existence d'une disposition hémorrhagique générale.

Étiologie. — 1° La pneumorrhagie est un acte morbide rarement lié à une maladie du solide; on pourrait croire que le tubercule à l'état de crudité ou en se ramollissant doit produire souvent cette hémorrhagie : cependant elle y est très-rare : les vaisseaux s'oblitèrent avant que le travail pathologique vienne ulcérer et ramollir les tissus. La pneumonite en est une cause tout aussi rare pour les mêmes raisons. Quand l'apoplexie survient dans les cas de ce genre, on trouve alors une ulcération générale ou des causes qui en expliquent mieux le développement que la phlegmasie. Le ramollissement des vaisseaux compris dans un cancer du poumon peut être suivi d'apoplexie. On sait que le cancer ne produit pas l'oblitération préalable aussi sûrement que le tubercule. La seule maladie locale qui ait une influence manifeste sur la pneumorrhagie est la gêne apportée à la petite circulation par une maladie du cœur, de l'aorte ou des gros vaisseaux. Le nombre des cas dans lesquels, à la période ultime du mal, il se fait des hypérémies et des hémorrhagies pulmonaires est très-considérable. Nous avons vu, pour notre part, un grand nombre de cas de ce genre.

Causes.
1° Des maladies du solide comme cause des apoplexies. Maladies locales.

Affection du cœur.

L'*action sympathique* d'une maladie éloignée sur les voies respiratoires peut produire l'hémorrhagie; il faut admettre une forte prédisposition. La rétention des règles, un état commençant de grossesse, une maladie de l'utérus, une lésion de l'estomac, peuvent exciter une pneumorrhagie dont nous avons observé quelques exemples chez des hystériques; mais on sait que, chez de pareils malades, l'innervation est tellement perturbée qu'on peut admettre tous les actes morbides sympathiques.

Maladie éloignée. Apoplexie sympathique.

2° *Des altérations du sang comme cause des pneumorrhagies.* — Elles en forment la classe la plus nombreuse. On les rencontre dans le cours de toutes les maladies du sang, marquées par la diminution de la fibrine, dans les affections scorbutiques, et dans toutes celles qui ont pour élément une lésion du sang, comme les fièvres exanthématiques graves, la fièvre typhoïde, le typhus. Chez les malades atteints de fièvre typhoïde, l'hypérémie pulmonaire se complique souvent d'apoplexie. La forme hémorrhagique de la congestion du pou-

2° Des altérations du sang. Apoplexie du poumon.

Maladies scorbutiques;

2° typhiques.

mon est même une de celles qui ont été le plus souvent étudiées par les anatomo-pathologistes. Ajoutons, sans vouloir en compléter la liste, que la diphthérie, la peste, la fièvre jaune, l'ictère grave, la fièvre puerpérale, les exanthèmes, etc., produisent souvent des suffusions sanguines pulmonaires, petites ou considérables, toujours dangereuses. Le même effet est produit par les virus morveux, farcineux, par la pustule maligne, par les venins de quelques animaux qui s'attaquent rapidement à la constitution moléculaire du sang, par le pus lui-même quand il vient à se mêler accidentellement à ce liquide.

Virus et venins.

De la pléthore.

Nous ne ferons que mentionner, d'après les auteurs, la pléthore, parce qu'elle nous paraît être une cause fort rare, douteuse même de pneumorrhagie. Il faut se rappeler qu'on a donné souvent ce nom à l'hémoptysie liée au développement manifeste ou latent de tubercules pulmonaires, chez des sujets vigoureux. Nous n'avons pas besoin de rappeler que ce n'est pas là une pneumorrhagie pléthorique. Les hommes atteints de maladies du cœur se trouvent dans des conditions hémorrhagipares très-réelles. Nous en dirons autant des sujets en proie à un flux sanguin hémorrhoïdal ou autre qui s'est arrêté subitement ou a diminué. L'hémoptysie et plus rarement l'hémorrhagie pulmonaire s'y rattachent.

Cause très-rare de pneumorrhagie.

Symptomatologie.

Symptômes. — Les phénomènes de la maladie sont entièrement subordonnés à la lésion anatomique et à l'écoulement du sang par les voies respiratoires. Après avoir infiltré les tissus, rempli les vésicules et les petites bronches, le sang est rejeté, par expectoration, en quantité variable. De là une hémoptysie qui ouvre souvent la scène, et marque le début de la maladie. Cependant, si elle en constitue le meilleur signe, il faut se garder de croire qu'elle ne manque jamais. Dans les maladies générales fébriles, pétéchiales, scorbutiques ou virulentes, le sang infiltre sourdement les tissus; c'est à peine si les malades rendent quelques crachats teints de sang, quoique l'apoplexie pulmonaire soit souvent considérable. Les râles humides, à grosses et à petites bulles, attestent l'existence de la bronchorrhagie et accompagnent presque toujours l'hémoptysie. Il peut se faire cependant que celle-ci n'ait pas lieu en raison de la quantité minime et limitée du sang exhalé, et de la faiblesse des muscles chargés d'accomplir l'expectoration. Si les portions indurées par l'apoplexie sont petites, centrales, entourées de tissu pulmonaire sain, le mal peut échapper complétement. Un peu de faiblesse du bruit respiratoire, de résistance au doigt lorsqu'on percute, et les symptômes généraux des hé-

Hémoptysie.

Bronchorrhagie.

Signes des noyaux apoplectiques.

morrhagies, en font soupçonner l'existence. Elle est plus nettement accusée quand les indurations ont une grande étendue, quand elles sont lobaires, superficielles, situées à la partie déclive. Dans ce cas, on observe, dans les parties correspondantes de la poitrine, la matité, l'accroissement de la vibration thoracique, le souffle tubaire et la bronchophonie. Ces signes, transmis par l'induration, proviennent des parties non perméables à l'air. Le râle muqueux ou le sous-crépitant sont les signes de l'épanchement du sang dans les bronches.

Signes de la caverne apoplectique.

Si le ramollissement d'une de ces masses sanguines venait à s'opérer, ou si le poumon avait été déchiré dans quelques points par le sang épanché, on trouverait alors tous les phénomènes propres à une caverne; une hémoptysie considérable, le souffle, la pectoriloquie, le gargouillement, la matité, et le son clair et tympanique, suivant l'état de plénitude ou de vacuité de l'excavation. La communication d'une cavité semblable avec les bronches se fait dans la gangrène pulmonaire surtout, quelle que soit la cause qui l'ait provoquée.

Symptômes généraux de l'hémorrhagie;

Les autres symptômes de la pneumorrhagie sont ceux de toutes les hémorrhagies. Le frisson, le refroidissement, la faiblesse, l'inégalité et l'intermittence du pouls, suivies plus tard de la force, de l'énergie de ses battements, de palpitations, de chaleur, etc., annoncent l'épanchement sanguin. Du reste, rien n'est plus variable que ces symptômes qui changent suivant la cause générale ou locale de la pneumorrhagie et l'état dynamique du malade. Que de différences essentielles dans les symptômes suivant que l'hémorrhagie est causée par une fièvre typhique, une maladie virulente, une lésion du cœur, une gangrène!

variables suivant la cause.

Il serait impossible de présenter une étude méthodique et utile de la durée, de la marche et de la gravité des symptômes de l'apoplexie. Ils varient suivant les maladies générales et locales qui en sont la cause.

Traitement.

Traitement. — La cause doit être connue ou à peu près soupçonnée, si l'on veut combattre avec succès la maladie. Il est cependant un médicament qu'on peut mettre en usage dans tous les cas: nous voulons parler du tartre stibié, à haute dose, administré en potion, d'heure en heure, par cuillerée à bouche, pendant plusieurs jours (25 centig. par jour). En même temps on prescrit les boissons acides froides, les astringents, les toniques, etc.

ŒDÈME DU POUMON.

OEdème du poumon.

Son double siége; sa nature.

On désigne, sous ce nom, deux lésions assez distinctes par leur siége; l'une est l'infiltration séreuse du tissu cellulaire qui relie entre eux les divers éléments du poumon, l'autre est l'épanchement d'un liquide séreux, battu d'air, dans les vésicules pulmonaires. A cette dernière lésion, beaucoup plus fréquente que la première, se rapporte plus particulièrement la description fournie par Laennec. Voici comment ces œdèmes se produisent. La gêne mécanique que subit le sang dans la petite circulation, sous l'empire des lésions cardiaques, vasculaires, ou d'une autre nature, provoque la congestion, puis une véritable hypérémie de la membrane interne des vésicules et des bronches les plus fines. La sérosité fournie par le système vasculaire s'épanche dans les cavités, tandis qu'une autre s'infiltre plus particulièrement dans le tissu propre du poumon.

Caractères de la lésion.

La pneumorrhée, produite ainsi que nous venons de le dire, donne à l'organe un poids et une densité plus considérables, une teinte pâle, grise ou jaunâtre, un certain degré de transparence ou d'opacité blanche et laiteuse. Le tissu est mou, crépitant, et, quand on l'incise, il s'écoule des vésicules une sérosité limpide fortement aérée ou louche, sanguinolente, mêlée, dans d'autres cas, à du mucus bronchique. La lésion occupe la base du poumon ou l'organe en entier.

Causes.

La maladie est toujours symptomatique, consécutive à une des causes nombreuses qui gênent la petite ou la grande circulation. Elle est, en quelque sorte, un moyen qu'emploie l'organisme pour délivrer les capillaires du poumon de leur trop plein; elle joue, par rapport à eux, le rôle de l'hydropisie du tissu cellulaire ou des cavités séreuses, dans les maladies du cœur, l'albuminurie, etc. L'œdème ainsi considéré est un moyen précieux de décharge pour la circulation. Il est aussi une lésion consécutive, dans un grand nombre de maladies. Il peut se développer dans la période résolutive d'une pneumonie aiguë, constituer une des lésions de la pneumonie chronique, peut-être, dépendre de la gêne de la circulation que produisent les masses tuberculeuses, mélaniques ou calcaires, formées dans le poumon; — de maladies du cœur dont il marque toujours la période ultime, lorsqu'il ne reste plus à la sérosité qu'à envahir cette dernière portion du tissu cellulaire. Enfin elle est commune dans l'albuminurie, produite par les maladies du rein, du sang, la scarlatine ou toute autre cause.

(*a*) pulmonaires,

(*b*) cardiaques.

(*c*) Albuminurie.

Pour peu que le système nerveux cérébro-rachidien soit fortement lésé par une hémorrhagie, un ramollissement ou toute autre altération, pour peu que l'innervation soit troublée, on voit la pneumorrhée survenir. Elle est fréquente dans la période ultime des maladies du vieillard, chez les sujets en proie à des peines morales et chez les nouveau-nés. Qu'est-ce que le râle des agonisants si commun dans toutes les maladies et surtout dans celles qui troublent fortement l'innervation, si ce n'est le double résultat de la suspension de l'innervation et de la circulation? Les œdèmes pulmonaires qu'on observe dans la plus grande partie des maladies chroniques des bronches, et dans le catarrhe des vieillards, etc., ne reconnaissent ordinairement d'autre cause que des maladies du cœur ou le trouble de l'innervation, de celle du pneumo-gastrique spécialement. L'adynamie seule et l'action physique de la pesanteur sur les liquides qui s'accumulent dans les parties déclives, chez les sujets dont l'irritabilité s'épuise et s'éteint, est la grande cause des œdèmes développés au moment de l'agonie.

Défaut d'innervation.

Son rôle dans la production de l'œdème.

Symptômes. — L'œdème donne lieu, suivant qu'il arrive graduellement ou vite, à une dyspnée croissante, à des accès de suffocation, qui viennent le soir, la nuit ou le matin, et imitent les accès d'un asthme nerveux dont on ne peut pas encore dire la nature, lorsqu'il n'existe pas de signes évidents de la maladie. En même temps la toux se manifeste ou augmente. Les crachats, rendus souvent en grande quantité, forment dans le vase un liquide séreux et albumineux, filant, presque transparent ou grisâtre, fortement battu avec l'air, surmonté d'une mousse, d'une écume légère, à grosses ou à petites bulles, mêlée parfois à une autre portion de liquide qui occupe la partie inférieure du vase où elle constitue une couche plus ou moins épaisse, plus consistante, jaunâtre, opaque, filant comme du blanc d'œuf.

Symptomatologie. Dyspnée.

Toux; crachats mousseux.

Dans les régions postérieure et inférieure de la poitrine, au niveau des deux lobes inférieurs, ou dans toute l'étendue des deux poumons, on entend un râle humide, vésiculaire, à bulles fines, se succédant d'une façon régulière et distincte, égales entre elles, et s'entendant pendant l'inspiration. Ce râle sous-crépitant existe à droite et à gauche, monte au même niveau que le liquide qui s'épanche dans les vésicules et indique très-nettement son siége et son étendue. En même temps le tissu infiltré se densifie; la matité et la vibration thoracique augmentent; la respiration s'affaiblit, mais dans d'autres cas qui nous ont paru plus nombreux, elle devient rude et prolongée pendant l'expiration, puis l'inspiration.

Râles humides sous-crépitants.

Autres signes physiques.

Les signes physiques dont nous venons de parler sont les seuls qui appartiennent à l'œdème ; tous les autres dépendent de la maladie dont il n'est que le dernier terme.

Son siége sur les parties déclives et postérieures des deux côtés du thorax, sa marche lente, chronique, apyrétique, la nature des crachats, la forme paroxystique des accès, etc., le distinguent facilement de la pneumonie, de la bronchite capillaire et de l'emphysème. On peut trouver un type classique et tous les caractères de l'œdème dans celui qui accompagne les phases diverses des maladies du cœur.

Traitement.

Traitement. — L'indication principale à remplir pour combattre l'œdème consiste à rechercher sa cause et à y opposer le meilleur traitement. Il faut ensuite délivrer les voies respiratoires du liquide qui empêche la libre pénétration de l'air, faire cesser la lente et pénible asphyxie qui augmente d'heure en heure, et finit par enlever le malade.

Vomitifs.

Il n'est pas de médication plus sûre pour arriver à ce but que de faire vomir une ou plusieurs fois, avec le tartre stibié, et d'en continuer les effets, à l'aide des purgatifs énergiques et répétés. Quand on a épuisé les ressources de cette thérapeutique, on prescrit le tartre stibié, l'ipécacuanha, le soufre doré, le kermès, à doses plus petites et nauséeuses ; la poudre de Dower, hardiment maniée, peut rendre de grands services. Tout ce qui peut exciter les contractions diaphragmatiques et vider les voies respiratoires, en faisant contracter les bronches, mécaniquement ou d'une autre manière, est utile dans le traitement de l'hypercrinie vésiculaire. Les vésicatoires volants prêtent aussi un utile concours au traitement.

Purgatifs.

Nauséeux.

Vésicatoires.

ASTHME ESSENTIEL.

Synonymie.

Synonymie. — Asthme idiopathique, bronchique, dyspnée nerveuse, essentielle.

Définition.

Définition. — Nous désignons ainsi une névrose du poumon marquée par une dyspnée d'intensité variable, sans lésion appréciable, revenant par accès plus ou moins éloignés, durant lesquels l'inspiration est pénible, convulsive et sifflante, et qui cessent par le retour complet à la santé.

Coup-d'œil sur la physiologie des mouvements respiratoires.

L'appareil musculaire chargé d'introduire et d'expulser l'air est réparti sur toute la longueur du conduit respiratoire. Le larynx, les bronches et la paroi thoracique possèdent des muscles nombreux et variés qui assurent, par leur synergie, la fonction importante confiée

au poumon. Des nerfs provenant de sources très-différentes viennent également animer ces parties musculaires. On sait combien il a fallu de recherches physiologiques de tout genre et d'expérimentations habiles pour parvenir à jeter quelques lumières sur les fonctions des différents muscles respirateurs. La pathologie a-t-elle profité de ces études? Sait-elle distinctement quelle est la cause, quel est le siége des différentes espèces de dyspnée? Ne craignons pas de répondre par la négative, et de dire que c'est moins la faute de la physiologie que d'une notion imparfaite des nombreux travaux qu'on doit aujourd'hui à cette dernière science. En général, les moyens d'innervation propres à entretenir une fonction se multiplient en raison de son importance physiologique; sous ce rapport, la fonction respiratoire ne le cède en rien aux autres. Le foyer central d'innervation paraît être la bandelette intermédiaire entre les pyramides antérieures et les corps restiformes; mais combien de nerfs fournis par le cordon cérébro-spinal et le grand sympathique ne vont-ils pas se distribuer aux muscles respirateurs et ne peuvent-ils pas concourir à la production de l'asthme! Où est son siége? Est-ce dans les muscles bronchiques, dans ceux du larynx ou de la poitrine? Est-il une névrose convulsive des muscles inspirateurs ou des expirateurs? On ne saurait répondre à toutes ces questions sur lesquelles nous engageons les observateurs à porter dorénavant une sérieuse attention.

Divisions. — L'asthme dont nous traitons est celui qui doit retenir le nom d'idiopathique ou d'essentiel parce qu'il ne se rattache à aucune lésion appréciable des voies respiratoire et circulatoire, ni du système nerveux.

Divisions et causes.
Asthme :
(*a*) idiopathique

Une autre espèce d'asthme distinct du précédent est produit par l'action réflexe d'un organe malade sur le bulbe rachidien, ou sur le cerveau : ainsi agissent les maladies de l'utérus et la grossesse.

(*b*) sympathique;

Quant aux *asthmes symptomatiques,* plus nombreux que tous les autres, ils ont leur origine dans une maladie du cerveau ou de la partie supérieure de la moelle. On les observe aussi dans quelques maladies convulsives, chez les albuminuriques, dans la paralysie générale, l'ataxie locomotrice, l'atrophie musculaire. Les hystériques offrent de fréquents exemples d'asthme intermittent des mieux accusés, sans qu'il soit possible de les rapporter à une autre maladie qu'à l'affection convulsive. Les accès qui se rapprochent le plus de l'asthme essentiel, et que l'on confond tous les jours avec lui, appartiennent surtout à trois maladies des voies respiratoires : 1° au catarrhe; 2° à l'emphy-

(*c*) symptomatique.

sème ; 3° au tubercule pulmonaire, et aux affections du cœur et des gros vaisseaux.

Causes fréquentes de l'asthme symptomatique.

La forme la plus ordinaire du catarrhe qui ramène la dyspnée est celle qui s'accompagne de congestions rapidement suivies d'un flux de matières mucoso-séreuses plus ou moins épaisses et abondantes. Il en résulte une suspension rapide ou la cessation de l'accès. Le catarrhe sec de Laennec, qui n'est le plus souvent qu'une forte hypérémie passagère et nocturne des bronches, donne lieu aux mêmes symptômes. En général, lorsqu'il n'existe aucune lésion de tissus, pour expliquer l'asthme, il faut s'en prendre à une hypérémie intermittente de la membrane bronchique, et chercher si elle n'est pas placée elle-même sous la dépendance d'un gêne de la circulation cardiaque ou d'un trouble de l'innervation céphalo-rachidienne. On a voulu attribuer l'asthme au mucus visqueux et parfois très-épais que renferment les bronches ; mais cette cause est loin d'être réelle dans tous les cas : lorsqu'elle existe, elle n'est point l'origine des accidents, ainsi que l'affirment les auteurs de la théorie de l'obstruction.

Catarrhe et hypérémie des bronches.

Emphysème.

L'emphysème est, comme nous le verrons plus loin, la cause ordinaire de l'asthme qu'on a regardé pendant longtemps comme idiopathique, jusqu'au moment où l'étude approfondie des symptômes et des lésions démontra qu'il est dû à la déchirure des vésicules.

Phthisie.

Il en est de même du tubercule pulmonaire. Nous n'hésitons pas à dire que l'absence de toute lésion physique capable de faire admettre une phthisie à un praticien versé dans la séméiotique ne doit pas l'empêcher d'y songer sérieusement parce qu'elle est la cause la plus ordinaire des accès d'asthme qu'on est fondé à considérer comme essentiel. Nous avons observé et suivi jusqu'à la mort un malade qui avait, toutes les nuits, un accès d'asthme qui l'a empêché, pendant dix ans, de se coucher dans son lit. Les médecins les plus habiles l'ont regardé comme un asthmatique, et il est mort dans le plus haut degré de la phthisie pulmonaire. Un grand nombre d'histoires plus ou moins semblables ont été rapportées par les auteurs. Elles ont pour sujets tantôt des hommes bien connus et dont l'autopsie n'a jamais été faite, tantôt des médecins qui racontent eux-mêmes leur propre histoire et par conséquent ne sauraient être contrôlés pour mille raisons qu'il est facile d'imaginer. Il s'ensuit donc que ces faits doivent être considérés comme non avenus sous le rapport de l'étiologie.

Maladies du cœur.

Les maladies du cœur et des gros vaisseaux, de l'endocarde et du péricarde, peuvent s'accompagner d'accès de suffocation, à une époque où les signes physiques sont encore à peine accusés. Il est

rare qu'ils soient entièrement intermittents; dans l'intervalle, un peu de dyspnée et de toux en décèle l'existence : c'est encore au moment où la membrane des bronches s'hypérémie, sécrète ou non du mucus, qu'on voit paraître la suffocation intermittente. Ainsi, sans nier que la convulsion spasmodique et essentielle des muscles respirateurs ne soit très-réelle, on doit dire qu'elle n'est pas tout. Le type de l'asthme idiopathique se présente tous les jours lorsqu'on éprouve une émotion morale brusque et profonde. On y trouve tous les traits d'une maladie convulsive et spasmodique des muscles respirateurs dans laquelle le malade est obligé de faire de violents efforts inspirateurs pour vaincre l'expiration forcée et convulsive, due au spasme des bronches, mais qui peut aussi dépendre du défaut de coordination des puissances expiratrices et inspiratrices ou de la prédominance convulsive des premières sur les secondes.

Existence incontestable de l'asthme.

Symptômes. — L'invasion est subite, occasionnée par une cause accidentelle : une émotion morale, un vent fort ou soufflant dans une direction déterminée, des alternatives de chaud et de froid, une atmosphère très-lourde, non renouvelée, pleine de poussière, de fumée ou de vapeurs irritantes, dans d'autres cas l'obscurité, et, par-dessus tout, l'heure avancée de la nuit, suffisent pour provoquer l'accès. Le malade est réveillé en sursaut, après quelques heures de sommeil, ou bien il a déjà en se couchant, de la dyspnée, de la toux. Il fait des efforts pour expectorer; et s'il y parvient quelquefois il réussit à empêcher l'accès. D'ordinaire il se réveille tout à coup, vers le milieu de la nuit, avec un sentiment pénible de constriction qui occupe le sternum et toute la poitrine. Il se met sur son séant, reste au lit ou bien court ouvrir une fenêtre pour respirer un air plus frais. Il commence à l'introduire péniblement dans la poitrine, en faisant entendre un sifflement aigu, métallique ou un ronflement bruyant, une sorte de chant sourd et monotone qu'on perçoit à une assez grande distance. On peut imaginer tous les degrés de la dyspnée, depuis la plus légère jusqu'à l'orthopnée, et jusqu'à l'asthme le plus pénible qui menace le malade d'une asphyxie immédiate, si le spasme des muscles inspirateurs ne cesse pas bientôt. La face exprime la frayeur et l'anxiété : les yeux, brillants, proéminents, pleurent; les conjonctives s'injectent et rougissent; le visage se tuméfie, devient rouge livide, ainsi que les lèvres et les oreilles : toutes ces parties se cyanosent, se refroidissent. Il est rare qu'on observe la pâleur du visage.

Symptômes. Début subit ou après des symptômes précurseurs.

Attaque d'asthme.

Tous les degrés.

Cet état peut durer, en s'atténuant, quatre à six heures, jusqu'au matin. Pendant ce temps, le malade fait entendre un petite toux

Fin de l'accès.

sèche, répétée, fatigante, suivie plus tard d'expectoration, de crachats variables, tantôt aqueux et aérés, tantôt visqueux ou consistants, gommeux, pelotonnés, quelquefois, dit-on, gélatineux cylindriques, et comme passés à la filière des bronches (?). Ces diverses matières proviennent de la muqueuse, d'abord hypérémiée, puis devenue le siége d'une hypercrinie, qui sert de moyen de solution à l'hypérémie. Tels sont les deux éléments qui, subordonnés au trouble du système nerveux, expliquent les symptômes et la marche de la maladie. A partir de l'instant où l'expectoration commence, le serrement thoracique, le spasme des bronches et la toux diminuent. S'il reste un peu de malaise, de courbature, de dyspnée, ces symptômes ne tardent pas à se dissiper dans la journée.

Expectoration abondante; sa nature.

Quelquefois l'accès revient la nuit suivante, ou plusieurs jours de suite, en perdant de son intensité; ou à des époques fort éloignées, après plusieurs mois ou plusieurs années. Ordinairement le paroxysme va en s'accroissant et en diminuant, jusqu'à ce que tous les symptômes se soient dissipés. Il n'en est pas toujours ainsi; il reste parfois de la dyspnée qui persiste pendant plusieurs jours, s'exaspérant et diminuant tour à tour, jusqu'à ce que le paroxysme cesse complétement.

Retour des accès.

Lorsqu'on examine de près les symptômes respiratoires, on les trouve assez variables suivant les cas. L'air ne pénètre plus dans les voies respiratoires; on n'entend plus le bruit vésiculaire, pendant la période spasmodique; sa réapparition plus tard indique la libre pénétration de ce fluide. On perçoit d'abord l'existence de nombreux ronchus sibilants et ronflants, puis de râles muqueux qui annoncent la production d'un flux broncho-vésiculaire plus ou moins copieux. Les malades expectorent alors, avec peine ou aisément, des crachats visqueux, rares ou abondants, spumeux, en partie séreux. La toux est pénible, ou facile et fréquente; elle annonce la cessation de l'accès. Elle procure l'expectoration de crachats qui appartiennent soit à la bronchite aiguë, soit à la bronchorrhée chronique, avec ou sans emphysème pulmonaire, avec ou sans affection du cœur. Du reste, il est difficile de fournir une description générale des signes physiques de l'asthme, parce qu'ils varient comme les causes nombreuses de la maladie.

Symptômes respiratoires.

Suspension du fruit vésiculaire.

Diagnostic. — Le point difficile du diagnostic est de ne pas confondre avec la convulsion simple des voies respiratoires celle que déterminent les maladies des bronches, du poumon et du cœur. Il faut une grande attention pour arriver au diagnostic. Cependant, à l'aide de nos moyens actuels d'investigation, on y parvient et l'on acquiert

Diagnostic.

la certitude que le nombre des cas d'asthme essentiel, quoique très-restreint, n'en est pas moins réel; qu'il ne faut pas cependant, pour en démontrer l'existence, se contenter de ces histoires curieuses, seulement par le nom et la position des personnages qui en sont le sujet, mais faire intervenir des considérations plus scientifiques.

Causes du retour des accès.

Causes. — Celles qui occasionnent le retour des accès sont presque variables suivant chaque cas particulier. On voit se déclarer l'accès dès que le malade éteint sa lumière et se met au lit, lorsqu'il mange trop tard et en trop grande quantité, quand il reçoit l'impression d'un air froid ou animé d'une grande vitesse, le plus ordinairement quand la circulation se ralentit sous l'empire du sommeil et du décubitus horizontal prolongé, ou quand le malade prend cette nouvelle position. L'odeur d'une lampe, de la graisse, d'une substance fortement aromatique, la poussière, le duvet qui voltige dans l'air, le changement de lieu, etc., suffisent pour ramener une attaque de spasme bronchique.

Traitement : de la maladie principale ;

Traitement. — On doit envisager séparément le traitement de la cause du mal et celui de l'accès. Le premier consiste dans une thérapeutique différente, suivant qu'on suppose les bronches, le poumon, le cœur, le système nerveux spécialement affectés.

de l'accès.

Une fois l'accès déclaré, on agit comme dans les affections spasmodiques, au moyen de divers médicaments dont l'action est fort différente. Les plus usités sont d'abord le datura-stramonium et la belladone; on les emploie en pilule, à la dose de 2 à 4 et 5 centigr. On les fait aussi fumer en cigarette ou dans une pipe, jusqu'à ce qu'ils aient produit un effet narcotique prononcé. Il est plus sûr de donner ces médicaments en pilules, à moins que les malades ne sachent faire pénétrer la fumée de la plante jusque dans les voies respiratoires. Les injections intra-dermiques, si usitées aujourd'hui, sont d'une application immédiate et peuvent rendre d'incontestables services, pour prévenir ou atténuer un accès commençant. L'opium et la morphine ne peuvent pas agir aussi sûrement ni aussi vite que ces injections. On a vanté le camphre, les vapeurs de papier nitré en combustion, l'ammoniaque et un grand nombre de préparations qui renferment du nitre, du chlorate de potasse, des substances résineuses, le goudron, l'essence de térébenthine, le laurier cerise.

Jusquiame et belladone.

Injections intra-dermiques.

Camphre, nitre, et substances diverses.

Lobelia, etc.

On a cru remarquer d'excellents effets de l'emploi de la teinture de *lobelia inflata*, à la dose de 20 à 30 gouttes, des cautérisations du pharynx faites avec un pinceau trempé dans l'ammoniaque. Cette dernière pratique n'est pas sans quelque danger, et, dans tous les

cas, elle n'est pas assez sûrement curative pour qu'on y expose les malades. On ne doit y recourir qu'en désespoir de cause et avec de grandes précautions pour ne pas amener la suffocation.

Vomitifs. Un vomitif administré dès le début de l'accès, lorsqu'il n'y a pas de contre-indication formelle, peut l'arrêter complétement, surtout s'il existe un embarras des premières voies. Le purgatif le plus énergique est bien loin d'avoir la même action. Les fumigations narcotiques, l'inspiration d'un mélange de plusieurs gaz, de l'hydrogène, du protoxyde d'azote, de l'oxygène ont été utiles dans quelques cas. Mais ces études, toutes récentes, ont besoin d'être poursuivies. Citons encore, comme pouvant être utiles, administrés à haute dose, le musc, le camphre, le castoreum, l'ammoniaque et tous les antispasmodiques.

Bibliographie. **Bibliographie.** — L'histoire de l'asthme contient celle de toutes les dyspnées, soit essentielles, soit sympathiques. Il était impossible qu'il en fût autrement, avant la découverte de l'auscultation et la détermination rigoureuse des maladies qui siégent dans les voies respiratoires et circulatoires. Aussi, sans parler de tous les auteurs anciens, de Celse, de Galien, de Cœlius, d'Avicenne et de Sennert, nous rappellerons qu'à partir du dix-septième siècle, on commence à placer, dans le système nerveux, la cause de ce spasme. Willis se fait remarquer en ce qu'il l'attribue au poumon, à une affection convulsive des nerfs, à une contraction spasmodique des bronches : *Pathologia cerebri*, 1770. Plus tard le *Traité de l'asthme*, par Floyer (1761), et surtout l'ouvrage de Laennec ont jeté une grande lumière sur cette maladie. Le traité complet de M. Lefèvre, *de l'Asthme, Recherches médicales sur la nature, les causes et le traitement de cette maladie*, in-8°, 1846, en donne une idée très-exacte.

EMPHYSÈME.

Dérivé de φυσάω, φυσέω, j'enfle.

Synonymes. — Emphysème par dilatation et par infiltration, ou mieux encore dilatation vésiculaire du poumon, emphysème intra et extra-vésiculaire.

Définition. **Définition.** — L'emphysème est une maladie chronique du poumon, caractérisée anatomiquement par la dilatation et la déchirure des vésicules pulmonaires, par un épanchement d'air dans le tissu ambiant et par une dyspnée rémittente ou intermittente.

Nous n'accordons aucune place distincte aux diverses espèces d'emphysème qu'on a prétendu décrire à part. L'anatomie pathologique nous permettra d'en faire connaître les formes.

Altérations cadavériques.

Lésions anatomiques. — Le siége de l'emphysème est indifféremment à droite et à gauche, sur la partie antérieure des lobes et sur leur bord tranchant. On le trouve sur les deux organes à la fois; il est peut-être plus fréquent à gauche, quand il n'existe que d'un seul côté; les parties supérieures et antérieures y sont plus exposées que les autres.

Aspect des parties emphysémateuses.

La lésion se présente sous la forme de vésicules proéminentes blanchâtres, rosées, moins rouges que les parties ambiantes, constituées par le poumon dilaté et offrant aux doigts qui le pressent la sensation de mollesse que donne le duvet d'un oreiller de plume. Il en résulte une sensation bien différente de celle que fournissent les vésicules pleines de liquides, lorsque le poumon est crépitant. Le poumon emphysémateux, en raison de l'accroissement de volume qu'il a subi, vient faire saillie au dehors, au moment où l'on ouvre la poitrine. Il ressemble à un poumon qui aurait été insufflé après la mort ou à celui de la grenouille. Les vésicules pulmonaires ont des dimensions qui varient entre celles d'un grain de millet ou de chènevis, jusqu'à celle d'un pois, d'un haricot, et plus encore. Ces vacuoles sont pédiculées ou non, distinctes ou confondues les unes avec les autres, à la manière de petites cavernes anfractueuses; elles font partie d'une même tumeur.

Tumeurs aériennes.

Emphysème extra-vésiculaire;

D'autres fois, l'air est répandu dans le tissu cellulaire ambiant, disposé en série linéaire, sous forme de petites bulles transparentes, pellucides, semblables à ces bulles d'air fines et nombreuses qu'on aperçoit sur la paroi d'un verre plein d'une eau fortement aérée. Telle est la disposition qu'affecte l'emphysème extra-vésiculaire dans les cloisons intra-lobulaires du poumon. Il se présente souvent ainsi chez les nouveau-nés et généralement chez tous ceux qui sont atteints d'un emphysème extra-vésiculaire bien caractérisé.

Sous-pleural laryngien, généralisé.

Dans une autre forme d'emphysème extra-vésiculaire plus étendu, plus grave, et encore interlobulaire, le gaz sorti de ses cavités naturelles s'épanche sous la plèvre, à la surface du poumon où il constitue des cavités de la grosseur d'une noisette, d'une noix, ou plus volumineuses encore, et dues à l'air infiltré qui se déplace quand on le pousse avec les doigts. Cet air pénètre dans le médiastin, autour de la trachée, du larynx, et gagne souvent le cou, la face, les yeux et le tronc. Cet emphysème est produit par l'extension inces-

sante de celui qui, d'abord intra-vésiculaire, a envahi différentes portions du tissu cellulaire général. Les kystes, de forme et de dimensions variables, que nous venons de décrire, renferment tantôt des gaz seulement et de l'acide carbonique, tantôt du pus, du muco-pus, du sang fluide ou en caillots.

Étude microscopique.

L'examen microscopique des tissus emphysémateux, insufflés et desséchés, ne laisse aucun doute sur l'ampliation des vésicules, sur leur rupture, sur leur libre communication entre elles, et sur le passage de l'air dans les tissus ambiants. Quant à l'hypertrophie des vésicules dont on avait parlé, rien n'en prouve l'existence. On voit des vaisseaux rompus, brisés, et des liquides de natures diverses, épanchés dans les vacuoles. On ne saurait attribuer la production de ces liquides qu'à un travail morbide survenu dans les tissus mêmes qui ont été lacérés, puis enflammés par la lésion traumatique ou par des corps étrangers déposés accidentellement dans les tissus.

Emphysème infantile.

L'*emphysème infantile* se présente souvent sous forme intra-vésiculaire et interlobulaire chez l'enfant nouveau-né ou parvenu à un âge plus avancé. Les travaux récents ont appris que, sous l'influence de violents efforts de toux, la dilatation des vésicules finit par être suivie de leur rupture et par amener un emphysème extra-vésiculaire lointain sous la plèvre, le médiastin, le cou et le visage (Ozanam, Natalis Guillot, Hervieux).

Emphysème des vieillards.

Chez le vieillard la dilatation des vésicules se montre sous un aspect un peu différent. L'emphysème est une véritable atrophie dans laquelle non-seulement les vésicules sont rompues en très-grand nombre, sous l'empire du catarrhe chronique et offrent l'aspect qu'on leur voit chez l'adulte, mais il existe, en outre, une raréfaction extrême du poumon devenu pâle, blanchâtre, parsemé de nombreuses taches mélaniques, sec, parcheminé et presque exsangue. On y observe, en outre, des dépôts de matière crétacée et mélanique, en assez forte proportion, des adhérences, des dépressions et des déformations de l'organe, qui font de l'emphysème développé, sous l'influence de l'âge, une lésion à part, plus rapprochée de l'atrophie et des lésions de nutrition que du véritable emphysème accidentel.

Lésions protopathiques et deutéropathiques.

Faisons remarquer, en terminant, que le poumon renferme, outre les lésions propres à l'emphysème, celles qui en ont précédé et peut-être amené le développement, et celles qui en sont actuellement le résultat; 1° citons parmi les premières, le catarrhe aigu et chronique, les tubercules, l'apoplexie pulmonaire, la pneumonie; 2° parmi les secondes, les noyaux d'induration grise et mélanique, véritable pneu-

monie chronique formée autour de l'air épanché ; 3° les abcès dans lesquels le pus a envahi la cavité aérienne accidentelle et soulevé la plèvre viscérale ou disséqué le tissu du poumon ; 4° les collections sanguines qui se font de la même manière et dans les mêmes conditions.

Causes. — On a prétendu expliquer la production de l'emphysème par la seule théorie de l'inspiration forcée. Laennec attribue au catarrhe sec et humide, à la présence des mucosités, ou au gonflement de la membrane interne des bronches, la rétention de l'air qui, conduit par de violentes inspirations dans les vésicules, ne peut ensuite en être expulsé qu'à l'aide d'expirations forcées ; d'où la dilatation derrière l'obstacle par l'air emprisonné et dilaté. Ce mécanisme qui explique, suivant Laennec, la formation si fréquente de l'emphysème, à la suite des bronchites aiguës et chroniques catarrhales, ne saurait être mis en doute, et concourt à la formation de la lésion traumatique pulmonaire ; mais il n'est pas douteux que l'altération de texture que subissent les petites bronches et les vésicules dans ces différentes maladies, n'y contribue pour une grande part. La meilleure preuve qu'on puisse en donner, c'est que la dilatation n'existe pas toujours dans les points occupés par les mucosités et par la tuméfaction de la membrane interne ; qu'elle a lieu d'ailleurs dans bien d'autres maladies, où un pareil obstacle n'existe pas ; enfin qu'il n'est pas exact de dire que l'inspiration soit plus forte que l'expiration. Il faut faire, à ce sujet, une distinction physiologique importante. L'expiration ordinaire, normale, est plus faible que l'inspiration normale ; mais il n'en est plus de même dans l'expiration forcée, pathologique ; elle devient alors bien autrement puissante que l'inspiration : le nombre et l'énergie des muscles expirateurs le prouvent d'ailleurs amplement.

Étiologie.

Théorie de Laennec.

Vraie dans un certain nombre de cas ; fausse dans d'autres.

De l'inspiration comparée à l'expiration.

Gairdner, et quelques auteurs anglais et allemands, ont cherché à faire prévaloir une théorie encore moins admissible que la première. Ils supposent que l'air, ne pouvant arriver dans un certain nombre de lobes pulmonaires affaissés, imperméables et en collapsus, l'autre portion est poussée par l'inspiration avec une force plus grande contre les parties encore saines qui subissent alors l'emphysème. Nous n'avons pas besoin de relever ce que cette théorie a de faux et de contraire à toutes les lois de la physique.

Théorie de l'inspiration et de la dilatation compensatrices par l'air inspiré.

La théorie de l'expiration forcée est celle qui s'adapte le mieux à toutes les maladies capables de faire naître l'emphysème, accidentel et traumatique. Tel est, par exemple, celui qui se montre chez les

De l'expiration forcée.

Emphysème par effort.

chevaux de trait et de poste, ou pendant les violents efforts d'un accouchement pénible et long, pendant les accès d'une toux convulsive, de la coqueluche, de la grippe, pendant les inspirations désespérées auxquelles se livrent parfois les malheureux atteints de croup, d'œdème de la glotte, d'ulcérations chroniques du larynx, d'asthme nerveux et de maladies du cœur; il arrive, en pareil cas, que l'air, non-seulement distend les vésicules et les petites bronches, mais qu'à un moment donné, il brise les tissus, et se répand dans toute la poitrine, jusque dans le tissu cellulaire extérieur du tronc, du cou et de la face. On sait que la lésion la plus ordinaire dans les maladies que nous venons d'indiquer, en dernier lieu, est l'emphysème intra et extra-vésiculaire. Quoi qu'il en soit de la théorie à l'aide de laquelle on explique le développement de la lésion, cherchons dans quelles conditions morbides elle prend naissance. Faisons remarquer d'abord qu'aucune cause capable de provoquer mécaniquement l'emphysème ne peut être aperçue chez un grand nombre de malades.

Emphysème infantile.

De ce nombre est celui des nouveau-nés; il est souvent héréditaire et se voit sur plusieurs membres de la même famille; quelquefois il tient, mais plus rarement qu'on ne l'a dit, à des bronchites, à des catarrhes et à la coqueluche, développés dans l'enfance. Il complique souvent la pneumonie, la tuberculisation, l'apoplexie, la gangrène pulmonaires, comme chez l'adulte, ou bien les exanthèmes, l'érysipèle, le muguet, la gastro-entérite ulcéreuse, le ramollissement de l'intestin, le sclérème, les algidités, etc.

Des maladies pulmonaires comme cause d'emphysème. 1° Maladies des bronches. 2° Du tissu pulmonaire; (*a*) aiguës;

Parmi les causes qui exercent une action certaine, mais difficile à comprendre, sur la production de l'emphysème, nous citerons: 1° toutes les maladies aiguës et chroniques des bronches, dont nous avons déjà parlé; 2° la toux nerveuse assez rare; 3° la pneumonie, la pneumorrhagie, l'œdème, la gangrène; 4° les tubercules. Nous devons nous arrêter sur cette dernière cause, parce qu'elle est certainement une de celles qui s'accompagnent le plus souvent, et à toutes les époques de son

(*b*) chroniques. Phthisie.

évolution, d'emphysème pulmonaire. On comprendrait difficilement, à priori, qu'une lésion telle que le tubercule, en altérant la texture de l'organe à un degré si profond, n'exerçât pas, sur les parties restées encore saines dans son voisinage, une modification assez grande pour changer les dimensions des parties normales. Presque toujours le poumon devient emphysémateux dans une étendue assez grande et souvent assez éloignée du lieu occupé par les tubercules. M. Andral a signalé ce fait depuis longtemps. Est-ce en limitant le champ respiratoire, en produisant des bronchites, un obstacle à la libre circulation

de l'air dans les bronches, ou en troublant cette partie du système nerveux qui conserve aux petites bronches et aux vésicules leurs dimensions naturelles? Nul ne saurait le dire; mais à coup sûr l'innervation et la nutrition par suite sont fortement lésées. Telle est même, à notre avis, l'intime connexion qui existe entre l'emphysème et les tubercules, que si nous ne pouvons découvrir, pendant la vie, les signes physiques qui appartiennent à ceux-ci, nous savons qu'il faut en supposer l'existence quand on trouve un emphysème chronique que rien ne peut expliquer. Rappelons que la contractilité, dont sont pourvues les bronches et les vésicules, et à laquelle préside le pneumo-gastrique, peut être abolie dans diverses affections de poitrine et du système nerveux, et qu'il peut en résulter un emphysème. Citons encore comme cause de la maladie les diverses espèces d'asphyxie, le gaz des fosses d'aisance, le chloroforme; puis les maladies de la plèvre et du thorax, capables de limiter les mouvements du thorax et du poumon.

Corrélation étroite entre l'emphysème et la phthisie.

Les affections du cœur, des gros vaisseaux et du péricarde qui gênent la circulation cardiaco-pulmonaire, déterminent souvent, mais non d'une manière constante, l'emphysème pulmonaire. Les altérations du sang agissent de la même manière. Nous venons d'ouvrir un sujet mort dans un état d'anémie extrême, sans aucune lésion paludéenne, mais épuisé par une dégénérescence graisseuse du rein; son sang était réduit à une proportion minime dont on ne peut se faire une idée. Les deux poumons étaient, dans la plus grande partie de leur étendue, atteints d'emphysème vésiculaire et extra-lobaire. Pas de tubercule. Jamais la respiration n'avait été gênée un seul instant. On a observé la même lésion chez les anémiques, les scorbutiques, dans les altérations septiques du sang, la pyémie et après la pénétration accidentelle de l'air dans les gros vaisseaux.

Maladies du cœur.

Altérations du sang. Anémie profonde.

Enfin nous n'hésitons pas à mettre parmi les emphysèmes dus à un simple *trouble dynamique de canalisation,* ceux qu'on voit survenir, d'une manière congénitale, héréditaire ou non; ceux qui dépendent des névroses hystérique, cataleptique, épileptique. Il est vrai que, dans tous ces cas, la gêne de l'hématose explique bien mieux la formation de la maladie qu'un trouble purement dynamique. On a parlé aussi de violentes et subites émotions morales et de chagrins prolongés.

Troubles dynamiques de canalisation.

Symptomatologie. — La maladie du poumon essentiellement chronique par sa nature et son mode de développement se reconnaît à des signes certains fournis par les organes respiratoires. Ils consistent 1° dans la configuration; 2° la vibration; 3° la sonorité du

Symptômes.

Signes respiratoires.

thorax ; 4° les modifications du bruit respiratoire ; 5° et de la respiration.

Voussure thoracique :

1° partielle,

1° *Configuration thoracique.* — Au bout d'un temps qu'on ne saurait fixer, la paroi thoracique s'altère, se déforme et s'agrandit, dans les régions qui correspondent à l'emphysème pulmonaire. Il en résulte des voussures qui sont partielles ou générales. Les plus fréquentes, parmi les premières, sont : la voussure de toute la paroi antérieure d'un côté du thorax ; celle du côté gauche, plus spécialement ; celle plus limitée de la région sterno-mamelonnaire ; de la sous-claviculaire ; — de la sus-claviculaire. — Dans les points indiqués on remarque l'effacement des creux et des saillies naturels, surtout des espaces intercostaux ; la paroi plus unie semble chargée de graisse. Le creux sous-claviculaire disparaît ; la fossette sus-claviculaire est de niveau avec la clavicule ou la dépasse. En arrière une ou les deux régions scapulo-rachidiennes font une saillie et donnent

2° générale.

aux épaules une forme voûtée et arrondie. Cette déformation accompagne ordinairement la voussure générale du thorax qui est fréquente et ne se manifeste que dans les emphysèmes anciens, chez les vieillards. La poitrine alors est arrondie en avant et en arrière, globuleuse, en quelque sorte. Il faut distinguer les saillies morbides, partielles et générales, de celles qui ont été apportées en naissant et qui sont indépendantes de l'emphysème. On peut avec le cyrtomètre apprécier le degré des voussures ; mais l'œil suffit parfaitement.

Elle doit être distinguée de l'hétéromorphie congénitale.

Vibration thoracique; diminuée, éteinte.

2° *Vibration thoracique.* — Nous avons signalé, dans un travail particulier, les services que peut rendre au diagnostic l'ondulation pectorale ; ils sont grands dans l'emphysème. Il suffit de faire parler un malade qui a un volume ordinaire de voix pour sentir, à l'instant même, que la vibration des parois solides du thorax est diminuée, éteinte même complétement dans les régions qui correspondent à la rupture vésiculaire. Quand celle-ci a lieu des deux côtés, il est moins facile de la sentir parce qu'on manque d'un point de comparaison.

Sonorité exagérée.

3° *Sonorité exagérée.* — La percussion offre un moyen précieux de constater le siége et l'intensité de l'emphysème. La poitrine donne un son très-clair, tympanique sans mélange, dans les points où s'est développé l'emphysème, à moins qu'il n'y ait des masses tuberculeuses indurées derrière : ce qui est assez fréquent. Le son clair est alors limité à une région ou même obscurci par la lésion pulmonaire concomitante. Il est marqué surtout en avant, le long du sternum, sous les clavicules, en arrière, dans les régions scapulo-dorsales.

Bruit respiratoire.

4° *Bruit respiratoire.* — Un des premiers effets de la lésion pulmonaire est d'affaiblir, à différents degrés, et même d'anéantir entièrement le murmure vésiculaire, parce que le tissu déchiré, dilaté à l'extrême et raréfié, est devenu un corps mauvais conducteur du son. Aussi la vibration laryngée ou vocale n'est-elle transmise que faiblement à la paroi thoracique. Il en est de même du bruit respiratoire qui se passe, suivant la théorie de Spittal, sur les cordes vocales. De cette raréfaction résultent à la fois l'anéantissement de la vibration vocale et des bruits respiratoires produits, il est vrai, comme de coutume, mais non transmis à l'oreille de l'observateur.

Sa faiblesse extrême, cause du phénomène.

Bruit rude d'expiration et d'inspiration.

Il est moins facile de comprendre pourquoi le bruit respiratoire, dans d'autres cas, devient plus rude, plus sec, plus prolongé dans les deux temps et pendant l'expiration surtout. Le premier bruit se raccourcit et s'éteint d'abord, puis l'expiration acquiert un timbre plus rude et plus prolongé; on finit même par ne plus entendre que ce dernier.

Sa cause ignorée.

On ne peut se rendre compte de la production de ces phénomènes par la lésion physique qu'a subie le tissu de l'organe qui est raréfié. La cause en reste inconnue, comme celle de tant d'autres symptômes physiques fournis par l'auscultation. Nous ne parlons pas des cas où le développement et la présence des tubercules suffisent pour bien expliquer la rudesse et la longue durée des bruits d'inspiration et d'expiration.

Des différentes espèces de râle.

Il faut s'attendre à trouver parmi les symptômes respiratoires des signes qui appartiennent non pas à l'emphysème, mais aux maladies qui le produisent: tels sont, par exemple, les râles de tout genre. En effet, la rupture vésiculaire étant causée souvent par l'hypérémie et la phlegmasie des bronches, par la bronchite aiguë et chronique, par le tubercule, la pneumonie et l'apoplexie, on doit en observer les symptômes. Le plus fréquent de tous les râles est le râle sonore, sibilant et ronflant, qui tient à l'épaississement de la membrane muqueuse des bronches, ou à la viscosité extrême du mucus. Vient ensuite le râle sous-crépitant, et le crépitant ordinaire, qui s'entendent pendant l'inspiration surtout, et n'ont rien de spécial à l'emphysème, quoique Laennec ait pensé le contraire. Ils dépendent comme tous les autres des diverses modifications qu'éprouvent les bronches hypérémiées ou enflammées. Quant aux vésicules dilatées et déchirées, elles ne fournissent par elles-mêmes aucun signe propre.

Ils tiennent aux lésions aiguës et chroniques des bronches.

Toux et expectoration.

La toux et l'expectoration varient comme les maladies des bronches qui les provoquent, et ne fournissent que des symptômes indi-

rects. Il n'est pas sans importance de savoir qu'un malade, qui offre actuellement des signes peu marqués d'emphysème, a, depuis un temps assez long et à des époques rapprochées, de la toux et une expectoration qui dépendent d'un catarrhe chronique. Les crachats qu'on observe le plus souvent sont tantôt rares et rendus avec peine, visqueux, épais, tantôt abondants, séreux ou muqueux, très-fluides et rassemblés, sous forme d'une mousse qui atteste les difficultés de l'expectoration et le spasme des bronches, cause ordinaire de l'emphysème.

Crachats mousseux aérés et visqueux.

Dyspnée.

Dyspnée. — La difficulté plus ou moins grande que le malade éprouve à respirer tient à une double cause : à la maladie dont l'emphysème est l'effet, à la lésion même du poumon qui restreint souvent, dans une grande étendue, le champ de l'hématose, et à l'innervation. Ces causes expliquent les variations d'intensité de la dyspnée. Au nombre des maladies qui produisent l'emphysème, nous avons placé celle des bronches, du tissu pulmonaire, du cœur, des gros vaisseaux, les altérations du sang, la névrose cérébro-spinale et du grand symphatique, etc. Il est facile d'imaginer que des causes si diverses ne manqueront pas de produire des dyspnées très-différentes les unes des autres. Aussi observe-t-on, dans l'emphysème ainsi provoqué, tantôt une simple gêne de la respiration, tantôt une orthopnée assez forte. Cependant, habituellement et dès les premiers temps de la maladie, mais d'une manière graduelle, la respiration devient plus courte, plus pénible. Le malade s'en aperçoit surtout quand il monte un escalier, quand il marche sur un terrain inégal, porte un fardeau ou parle à haute voix : en un mot, quand il se livre à un effort quelconque.

Son intensité variable comme la cause de l'emphysème.

De l'asthme ; de ses causes.

Aux causes ordinaires de la dyspnée s'en ajoutent un grand nombre d'autres qui expliquent les variations continuelles d'intensité qu'elle éprouve, lorsqu'elle passe à l'état d'asthme, c'est-à-dire de dyspnée du plus haut degré. Tantôt les bronches hypérémiées par une affection du cœur, par des tubercules pulmonaires, par des causes cosmiques, telles que l'humidité, la poussière, ou par les troubles du système nerveux (affection morale, chagrin), se tuméfient, sécrètent des mucosités visqueuses, abondantes, et gênent le passage de l'air ; alors on voit survenir un accès d'asthme. Tantôt on en cherche la cause dans le mode suivant lequel s'accomplissent la circulation centrale, l'innervation, la respiration, lésées matériellement ou troublées seulement dans leurs fonctions. Ce n'est donc pas à l'emphysème lui-même qu'il faut s'en prendre pour expliquer le développement de l'asthme ; il

Maladies ; 1° qui produisent la dyspnée ;

2° qui lui donnent le caractère d'asthme.

produit la dyspnée habituelle, mais des causes passagères seules peuvent donner à celle-ci les caractères de l'asthme. Nous venons d'indiquer les unes et les autres. Nous engageons le praticien à les rechercher soigneusement s'il veut diriger une thérapeutique efficace et rationnelle contre les accès d'asthme. Il trouvera dans une maladie protopathique des organes respiratoires, circulatoires et du système nerveux les causes de la dyspnée permanente et celles de l'asthme et de l'intermittence, dans les variations passagères que subissent ces maladies et dans les troubles de l'innervation cérébro-spinale.

Respiration abdominale.

La respiration thoracique se fait, en quelque sorte, tout d'une pièce, par un mouvement de totalité de la poitrine, sans que les côtes se meuvent facilement et amplement les unes sur les autres. La respiration est surtout abdominale et s'effectue aux dépens du diaphragme. Les malades accusent fréquemment des douleurs dans différents points du thorax, dans le dos, entre les deux épaules, et sur les parois latérales de la poitrine. Elles imitent parfois les douleurs névralgiques ou rhumatismales.

Palpitations.

De fréquentes palpitations se manifestent à des époques variables de la maladie, presque toujours à une période avancée. On peut les attribuer à deux causes différentes : 1° à une maladie du cœur protopathique antérieure à celle du poumon (c'est le cas le plus ordinaire); 2° à un trouble fonctionnel du cœur déterminé par la dyspnée habituelle et par la gêne de l'hématose que produit l'emphysème. Dans le second cas, le trouble circulatoire est consécutif à la maladie du poumon. Cette dernière influence, que nous ne contestons pas, n'est pas aussi commune qu'on l'a dit.

Apyrexie.

L'emphysème est apyrétique dans le plus grand nombre des cas, à moins de complication fébrile; aussi faut-il se défier d'un asthme qui donne lieu à de fréquents accès de fièvre. Il est souvent le symptôme d'une phthisie pulmonaire commençante ou confirmée, dont les signes sont masqués par ceux de l'emphysème. La circulation capillaire finit par être gênée. On voit alors le visage et les membranes muqueuses offrir une teinte cyanique marquée. Cette teinte augmente au moment des accès; on observe aussi dans les veines du cou une distension très-grande, le reflux des veines et le pouls qui a reçu le nom de veineux.

Cyanose et distension des veines.

De quelques phénomènes sympathiques.

Nous passons sous silence les symptômes étrangers à l'emphysème et qui dépendent d'une maladie du poumon et du cœur. Insistons seulement sur l'influence sympathique que ressentent les autres viscères lorsque l'hématose est gênée par la déchirure du poumon. Ha-

bituellement la région épigastrique est sensible à la moindre pression et distendue par des gaz. Elle ne peut être comprimée par des vêtements, surtout après les repas : ce qui tient à l'abaissement du diaphragme, à l'action plus marquée de ce muscle pendant la respiration, et surtout au développement sympathique et fréquent de gaz dans le gros intestin. Aussi observe-t-on souvent chez les emphysémateux, surtout au moment de leurs accès faibles ou considérables, des symptômes qui annoncent, à coup sûr, la dyspepsie à différents degrés, comme l'anorexie, l'embarras gastrique, les nausées, les vomissements de matière muqueuse et glaireuse, plus ou moins répétés, les éructations gazeuses, le météorisme et la constipation.

Marche.

Marche, durée, terminaison. — Nous ne ferons qu'indiquer une forme assez rare de l'emphysème, qui marche d'une manière aiguë et peut faire périr, en deux ou trois mois. Elle est sous la dépendance d'une tuberculisation rapide, d'une maladie du cœur, des bronches, ou d'une pneumonie. Ordinairement le mal affecte une marche essentiellement chronique et dure pendant la vie entière.

Emphysème des enfants.

Il peut se déclarer chez l'enfant, dans les douze ou quinze premiers mois à partir de sa naissance, sans qu'on puisse en connaître exactement la cause. A une époque plus avancée de la vie, dans la première et la seconde enfance, il est tantôt sous la dépendance d'une cause locale, telle qu'une forte hypérémie du poumon, une pneumonie, une apoplexie, une gangrène, des tubercules ; tantôt la cause est générale ; il existe une cyanose, de l'algidité, un sclérème, un rachitisme, la syphilis, etc. Souvent, dans les cas de ce genre, on ne constate, pendant la vie, aucun signe positif de l'emphysème : ce n'est qu'après la mort qu'on est surpris d'en rencontrer les altérations anatomiques les plus manifestes.

Emphysème généralisé.

Chez les jeunes enfants de huit à dix mois et plus, il arrive parfois qu'une toux violente, produite par une coqueluche, ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire, venant à déterminer la rupture d'une petite bronche on d'une vésicule pulmonaire, l'air s'infiltre sous la plèvre, puis dans les médiastins et continue à cheminer ainsi dans le tissu cellulaire du cou, de la figure, du tronc et même des membres supérieurs et inférieurs. Dans tous les cas de ce genre, la mort a été rapide, précédée d'une forte quinte de toux, à la suite de laquelle est survenu de la dyspnée continue, de la cyanose, de l'algidité et une tumeur gazeuse, crépitante, caractéristique de l'emphysème généralisé. La guérison est très-rare et exceptionnelle ; la mort presque constante.

On a donné le nom d'*emphysème congénital* à celui qu'on suppose développé dès la naissance. On l'a attribué à l'hérédité; on a remarqué qu'il était plus commun dans certaines familles. Cette disposition congénitale ne saurait être niée, puisqu'elle se retrouve dans les maladies du cœur et d'un grand nombre de viscères. Doit-on admettre que cette lésion du poumon est l'effet de bronchites répétées et contractées dans le très-jeune âge; cette cause, possible à la rigueur, doit être excessivement rare.

Congénital, héréditaire;

contracté dans le tout jeune âge.

Le vieillard présente aussi un emphysème qui est suivi, plus aisément peut-être qu'à aucune autre époque de la vie, d'une extravasation de gaz dans le tissu cellulaire du poumon et de la poitrine. La mort survient alors promptement.

Développé au milieu de diverses conditions que nous avons fait connaître, l'emphysème a une durée très-longue. Les premiers symptômes se montrent ordinairement vers l'âge de trente à quarante ans, par des accès de dyspnée, éloignés d'abord, puis rapprochés à mesure que le malade avance en âge, et surtout que la cause de l'emphysème acquiert plus d'intensité. On ne peut rien dire de général sur la gravité de la maladie; trop de causes diverses, légères ou sérieuses, la produisent! Quand on a dit qu'elle ne faisait pas périr par elle-même, on a dit vrai, d'une manière générale, parce qu'alors elle est souvent liée à une bronchite, à une hypérémie des bronches ou à un catarrhe chronique. Mais il n'en est plus de même si l'on veut désigner l'emphysème qui dépend de la tuberculisation pulmonaire ou d'une affection cardiaque. Il ne faut donc pas subordonner le pronostic à la lésion pulmonaire elle-même, mais bien à sa cause qui est autrement importante à déterminer, sous ce rapport.

Forme paroxystique.

Pronostic.

Diagnostic. — Les signes d'un emphysème déjà avancé et marqué par la voussure thoracique, la sonorité exagérée, la faiblesse de la vibration pectorale, les accès d'asthme, ne permettent pas de le confondre avec un épanchement pleural, ni avec une pneumonie. Il n'est pas aussi facile de le distinguer des tubercules pulmonaires, soit au début, soit même à une période avancée de leur évolution, parce que ceux-ci dissimulent, en grande partie, les symptômes propres à l'emphysème. Ce n'est qu'à l'aide des signes rationnels et généraux et des commémoratifs (hémoptysie, rhumes fréquents, marasme, fièvre nocturne, etc.) qu'on réussira à découvrir les tubercules et la lésion coïncidente du poumon.

Diagnostic.

Pleurésie, pneumonie.

Phthisie.

Le point le plus intéressant et le plus difficile du diagnostic consiste à déterminer le siége et la nature de la maladie protopathique

Maladies des bronches;

qui produit l'emphysème. Résulte-t-il d'une maladie chronique des bronches, du parenchyme pulmonaire, du cœur ou des gros vaisseaux? L'auscultation et la percussion conduisent facilement à un diagnostic précis de la cause. Cependant on éprouve parfois une grande difficulté pour dire si l'asthme est une lésion consécutive à une maladie du cœur et s'il est la cause des palpitations et des autres troubles fonctionnels cardiaques. L'absence des signes physiques, propres aux maladies du cœur (bruits anormaux, irrégularité du pouls), de l'œdème pulmonaire, des congestions viscérales multiples, de la face, du poumon, des capillaires généraux et de l'hydropisie, portent à penser que les troubles de la circulation sont sympathiques. Nous n'avons point rangé l'hydropisie parmi les symptômes de l'emphysème, parce que nous considérons cet acte pathologique comme ne pouvant jamais être l'effet de l'emphysème seul. On pouvait avoir une opinion contraire à l'époque où l'auscultation et le diagnostic n'avaient pas encore acquis la précision qu'ils ont aujourd'hui.

du cœur.

Hydropisie.

Traitement. — Si l'on veut diriger la thérapeutique, d'une manière rationnelle et efficace jusqu'à un certain point, il faut se rappeler: 1° que l'emphysème est une lésion traumatique au-dessus des ressources de l'art; 2° que celle-ci est consécutive à des maladies locales ou générales; 3° qu'elle est rémittente et paroxystique; dès lors le traitement doit consister: 1° à combattre la maladie protopathique; 2° à prévenir; 3° à traiter l'accès une fois survenu.

Traitement.

1° *Combattre la maladie protopathique.* — Pour obéir à cette première indication le médecin doit d'abord poser rigoureusement le diagnostic avant d'instituer un traitement curatif ou préventif de l'accès. Sa conduite sera bien différente suivant qu'il aura à traiter un emphysème secondaire à une hypérémie des bronches, à un catarrhe chronique, à des tubercules, ou qu'il se proposera de diminuer la dyspnée produite par une maladie du cœur, par un anévrysme de l'aorte, ou par une tumeur cérébrale, etc. Ainsi la prophylaxie, les soins hygiéniques, et même les médicaments qui soulagent ou guérissent momentanément le malade atteint de catarrhe, de bronchite, de spasme bronchique, ne sont plus aussi utiles dans les maladies du cœur, dans la phthisie pulmonaire, dans un état scorbutique et anémique du sang, dans une névrose convulsive, hystérique ou épileptiforme. Nous pourrions citer de nombreux faits dans lesquels les narcotiques, l'opium, la morphine, ont été suivis d'excellents effets, tandis que dans d'autres cas il a fallu recourir à des vomitifs répétés, à des purgatifs, à des stimulants de la peau, ou bien à la digitale, à des toniques, du vin et des

1° Indication. Combattre la maladie primaire.

Faire le diagnostic;

puis une thérapeutique aussi variée que la cause.

médicaments corroborants. Avons-nous besoin de rappeler que le traitement de l'emphysème, dans tous ces cas, est celui d'une maladie chronique des bronches, du cœur, des gros vaisseaux, du système nerveux ou de l'altération du sang? Ce serait faire peu d'honneur au médecin que de supposer qu'il ne saura pas se décider en faveur d'une thérapeutique lorsqu'il possédera bien le diagnostic. Nous le répétons, ce n'est qu'à cette condition seulement qu'il rendra quelque service.

2° Indication. Prévenir les attaques d'asthme. Traitement : 1° hygiénique, préventif ;

Le retour plus ou moins fréquent des accès de dyspnée exige une autre médication qui doit être à la fois prophylactique et curative. On s'efforce d'empêcher les accès, à l'aide d'une hygiène bien dirigée, en plaçant le malade dans un pays sain, aéré, mais peu ventilé, dont la température soit à peu près constante, de manière à éloigner toutes les vicissitudes atmosphériques qui ramènent incessamment l'hypérémie des bronches, etc., etc. Il existe également une hygiène préventive, un peu différente pour les cas où la maladie du cœur est la cause du retour des accès d'asthme. On évite les hypérémies des membranes muqueuses respiratoires si faciles à se congestionner, et l'on place le système vasculaire dans le calme et le repos le plus complet, si faire se peut.

2° Combattre l'attaque d'asthme : vomitifs.

Pour remédier à la dyspnée continue ou rémittente et, à plus forte raison, à une attaque d'asthme, ou administre un vomitif. L'émétique est plus sûr que l'ipéca; on y revient une seconde et une troisième fois, si l'hypérémie simple ou catarrhale des voies respiratoires n'a pas diminué, à plus forte raison si elle augmente. La saignée du bras, à laquelle recourent quelques praticiens, dans le but de diminuer la plénitude de tout le système vasculaire, ne donne pas, en général, les résultats qu'on pourrait en attendre théoriquement. Il ne faut l'essayer que chez les sujets robustes dont tous les tissus sont congestionnés.

Saignée générale.

Purgatifs.

Les *purgatifs,* seuls ou précédés des vomitifs, rendent de véritables services. Les drastiques répétés méritent la préférence et doivent être employés sans hésitation, et avec une certaine énergie.

On réussit ordinairement à calmer l'accès d'asthme par des narcotiques, la fumée de datura stramonium, la belladone, etc., et les autres médicaments que nous avons indiqués en traitant de l'asthme essentiel auquel nous renvoyons. (Voyez *Asthme.*)

Le traitement de l'emphysème *infantile*, ou *sénile*, consécutif à une rupture vésiculaire et généralisée n'offre rien de spécial. On ne connaît malheureusement aucun moyen d'y porter remède.

Bibliographie.

Bibliographie. — A Laennec revient l'honneur d'avoir décrit d'une manière complète l'emphysème : *Traité de l'auscultation médiate*, t. I. Les *annotations* faites à ce livre par M. Andral (4e édition, 1837) y ajoutent un grand prix ; elles résument les observations nombreuses que l'auteur a lui-même recueillies et consignées dans sa *Clinique médicale*. Le travail de M. Louis, *Recherches sur l'emphysème des poumons*, dans *Mémoires de la Société médicale d'observation*, Paris, 1836, est une description fort bonne de la maladie. Dans ces derniers temps plusieurs auteurs dont les mémoires méritent d'être consultés ont surtout fait connaître l'emphysème des enfants : Nat. Guillot : *Observations d'emphysème*, etc., *Archives générales de médecine*, p. 151, 1853, t. II ; — Ozanam, *Archives générales de médecine*, janvier 1854 ; — Hervieux, *Recherches sur l'emphysème pulmonaire infantile*, *même recueil*, page 672, t. XVII, 1861 : — sur l'emphysème sénile un mémoire important de Prus : *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. X, 1843.

GANGRÈNE.

Définition.

Définition. — La gangrène du poumon est l'acte morbide qui abolit, dans une partie plus ou moins grande de l'organe, la circulation et les propriétés vitales, en amène la décomposition, parfois même l'élimination. C'est par ces deux derniers traits que la gangrène diffère du ramollissement. (Voy. *Traité élémentaire de pathologie générale*, t. II, p. 539.)

Anatomie pathologique. Siége ?

Altérations anatomiques. — La lésion, qui siége peut-être plus souvent à droite qu'à gauche, varie en raison des causes nombreuses qui la produisent et n'a de commun que l'acte morbide lui-même. Placée plus souvent au centre qu'à la périphérie, la gangrène est ordinairement partielle, limitée, plus rarement totale. Au début, le tissu du poumon est ramolli, d'un brun verdâtre, pénétré d'une plus grande quantité de sérosité, d'une mollesse extrême et exhalant l'odeur des tissus mortifiés.

Gangrène. (*a*) commençante ;

(*b*) confirmée.

Dans la période confirmée de la gangrène, la partie altérée est tout à fait ramollie, diffluente même. On trouve le tissu semblable à une bouillie verdâtre, à un putrilage floconneux qui se divise dans l'eau, en nombreux filaments flottants qu'on a comparés à des conferves.

Escarrhe et foyer gangréneux.

Ce bourbillon, souvent rejeté au dehors ou enlevé par la résorption, constitue l'escarrhe et laisse à sa place une cavité plus ou moins con-

sidérable, qu'on appelle la *caverne gangréneuse*. Si la mortification s'étend à tout un poumon, elle offre seulement les lésions propres au premier degré, c'est-à-dire la mollesse et la teinte verte ou brunâtre dont nous avons parlé. La mort arrive alors avec une promptitude extrême.

Gangrène générale ou diffuse.

Si le malade a résisté aux deux premières périodes de la maladie, on trouve une cavité à moitié pleine de détritus pulmonaires, ou d'une escarrhe mobile ou encore adhérente aux parois du foyer. Cette escarrhe représente les tissus propres de l'organe, à peine reconnaissables; on y aperçoit parfois les vaisseaux et le sang infiltré. La paroi est formée, en grande partie, par le tissu pulmonaire encore ramolli, en certains points, plus ordinairement enflammé, hépatisé en rouge et en gris, ou infiltré de sang (apoplexie). Ordinairement, la cavité est anfractueuse, traversée par des vaisseaux rompus, oblitérés, ou par du tissu cellulaire, etc. En un mot, l'on rencontre dans le tissu ambiant : 1° les lésions protopathiques, antérieures à la gangrène, et qui en sont la cause, comme la pneumonie, l'oblitération des vaisseaux par embolie, la phlébite, les abcès, les indurations apoplectiques; 2° on y voit encore les vestiges des lésions consécutives à la mortification, l'induration phlegmasique du poumon qui prépare actuellement la formation d'une fausse membrane; 3° l'infiltration œdémateuse des parois de la caverne et même des tissus circonvoisins dans une certaine étendue; 4° les hémorrhagies interstitielles; 5° l'ulcération d'un ou de plusieurs tuyaux bronchiques; 6° les phlébites et les embolies qu'il faut se bien garder de considérer toujours comme des causes de la gangrène, et qui n'en sont très-souvent que l'effet.

Caverne gangréneuse.

Lésions des parois;

1° primitives;

2° consécutives.

Nous signalerons enfin comme lésion consécutive la coloration brunâtre, verte et noire des parois de la caverne. Cet état est dû évidemment à une pneumonie chronique, à des incrustations calcaires, mélaniques, hématiques, tuberculeuses ou autres dont le poumon, surtout chez le vieillard, devient si facilement le siége.

Dépôts de différente nature. Pneumonie chronique; tubercules; ossification.

Dans les cas où une fausse membrane est constituée, on la trouve, au début, molle, grisâtre, salie par le sang ou le pus. Elle est souvent partielle et ne couvre pas d'abord toute la cavité. Plus tard elle s'organise, devient plus épaisse, continue, fibreuse, fibro-cartilagineuse. Elle oblitère les bronches et les vaisseaux dont on retrouve les vestiges à l'extérieur. Quelquefois une ou plusieurs bronches dont l'orifice est coupé à pic, s'ouvrent dans la caverne qu'elles mettent en communication avec l'air extérieur. Les pleurésies adhésives ne sont

Kyste et pseudo-membrane de réparation.

Pleurésie secondaire.

pas rares dans le point du poumon qui correspond à une gangrène profonde, à plus forte raison superficielle.

Causes.

Causes. — Sans les divisions que nous avons établies ailleurs, il est impossible de rien comprendre au mode de production de la gangrène. (Voy. *Article cité de la pathologie générale,* t. II, p. 554.) Cette maladie naît sous l'influence de causes locales ou générales.

1° locales ou pulmonaires.

Causes locales. — La phlegmasie partielle du poumon ne peut jamais, à elle seule, produire la gangrène, il faut une autre cause locale ou générale. On a pris souvent pour des pneumonies primitives celles qui se forment évidemment autour du travail de mortification; cependant on peut admettre que la phlegmasie, en oblitérant un grand nombre de vaisseaux, en produisant des artérites et des phlébites, puisse agir ainsi. Dans tous les cas cités, les pneumonies sont dominées par une maladie générale évidente, par un exanthème, par une lésion du sang, par l'état puerpéral, l'alcoolisme et surtout le rhumatisme.

Pneumonite?

Artérite; phlébite; embolie.

Dans ces derniers temps, on a signalé et étudié comme une cause de gangrène, qui n'est point rare, la pénétration d'un caillot sanguin dans le système artériel du poumon (embolie de l'artère pulmonaire). Ce corps étranger, en arrêtant la circulation, détermine subitement tous les accidents et la lésion de la gangrène, dans un lobe ou dans un poumon entier. L'artérite est suivie du même résultat. Les faits de ce genre sont incontestables; cependant il faut avouer que leur nombre doit être restreint, surtout si l'on veut bien réfléchir qu'ils se sont présentés, le plus ordinairement, chez des sujets atteints de maladies du cœur, de l'aorte, des gros vaisseaux et de la dégénérescence de leurs parois. Il intervient donc, en pareille occurrence, plusieurs causes dont une seule serait insuffisante pour provoquer la mortification; ces causes sont la retardation du sang, ses altérations, les hypérémies fréquentes et l'œdème du poumon.

De quelques causes locales.

Parmi les autres causes locales, nous mentionnerons encore les productions tuberculeuses et cancéreuses, les noyaux d'apoplexie pulmonaire, l'œdème : et encore ne faut-il y voir, le plus souvent, que des lésions consécutives ou concomitantes de la gangrène. Les affections dans le cours desquelles on observe la gangrène sont précisément celles qui nous offrent aussi de fréquentes hémorrhagies et des hypérémies viscérales, en sorte qu'on est souvent fort embarrassé pour dire quelle est la cause réelle de la mortification. Ajoutons que le plus grand nombre des gangrènes, réputées de cause locale, sont dues, au contraire, à des affections. De ce nombre sont celles qu'on observe dans

le cours des exanthèmes, de la diphthérie, de la fièvre typhoïde et puerpérale, chez les sujets affaiblis, ou tombés dans la cachexie paludéenne. Étudions maintenant le second ordre de causes.

2° Causes générales.

Causes générales. — L'altération évidente du sang et l'affaiblissement des propriétés vitales sont les deux grandes causes de la gangrène du poumon, comme de celle des autres organes. Elle est plus commune chez le vieillard, parce que toutes les maladies s'accompagnent d'adynamie et de gêne plus ou moins marquée de la circulation générale et capillaire. Les pneumonies, l'emphysème, la dilatation des bronches se compliquent de cet acte morbide, lorsqu'il survient dans des circonstances semblables.

Progrès de l'âge.

Maladies générales. Pyrexies.

Chaque fois qu'on voit paraître une gangrène due à une maladie limitée en apparence au poumon, comme dans la rougeole, la bronchite capillaire, la scarlatine, l'érysipèle, on peut être sûr que l'organisme entier est malade. Toutes les fièvres putrides et ataxo-adynamiques, la typhoïde, le typhus, la peste, la fièvre puerpérale, les maladies charbonneuses, la pustule maligne, la morve, le farcin, la variole grave, la pyémie et les abcès mélastatiques, nous offrent des exemples de ces morts partielles du poumon. On les a observées dans la fièvre jaune, dans le noma ou sphacèle de la bouche des enfants, maladie éminemment générale. (Voyez *Maladies de la bouche.*)

Fièvres putrides.

Scorbut.

Les affections scorbutiques et celles où le sang est altéré dans sa constitution propre, comme le diabète, l'albuminurie, en favorisent le développement. Elle se montre dans les épidémies produites par l'insuffisance et la mauvaise qualité des aliments, chez les mères qui allaitent et n'ont qu'une alimentation misérable et grossière, chez les aliénés qui refusent de manger. Dans tous les cas de ce genre, outre l'inanition, de nombreuses causes interviennent, dont il faut cependant tenir grand compte.

Inanition.

Après le coup d'œil que nous venons de jeter sur l'ensemble des causes de la gangrène, le praticien comprendra combien il est contraire aux lois de la synthèse philosophique de tracer une histoire générale de la gangrène, dont le pronostic, le diagnostic, le traitement surtout, diffèrent essentiellement ; nous nous bornerons à en retracer les symptômes communs.

Symptomatologie.

Symptômes. — On a dû nécessairement faire figurer dans le tableau des symptômes généraux qui marquent le début du mal ou l'accompagnent tous ceux qui appartiennent à des affections générales très-différentes les unes des autres. Il suffit d'en parcourir la liste pour comprendre qu'une description de ce genre serait plus nui-

Causes qui la font varier.

sible qu'utile au médecin. Il en est de même des signes locaux ou pulmonaires qui dépendent d'une pneumonie, d'une apoplexie, de tubercules et de bien d'autres causes. Nous devons indiquer seulement les symptômes locaux communs à toutes les gangrènes du poumon.

Symptômes propres à la gangrène.

Signes locaux du début;

Le malade commence d'abord par éprouver de la gêne de la respiration, un point de côté, du frisson et de la fièvre; en même temps paraissent tous les signes d'une pneumonie, mais latente, centrale, mal dessinée. A moins qu'elle ne soit superficielle, on ne trouve pas distinctement la matité, l'absence du bruit respiratoire, le souffle tubaire, la bronchophonie. Dans d'autres cas, ils existent nettement accusés.

du ramollissement.

Air expiré. Crachats à odeur gangréneuse.

Lorsque le travail de ramollissement a lieu et que la portion gangrénée communique avec les bronches, on remarque de la toux, des crachats teints de sang ou du sang pur, des crachats séreux, sanieux, rapportant une odeur fétide, qui se répand dans l'atmosphère de la chambre du malade, l'incommode beaucoup, et frappe tous ceux qui l'entourent. Quelquefois des lambeaux de poumon mortifiés, noirâtres ou verts, sont mêlés aux crachats et expulsés au dehors.

Expectoration sans odeur. Pourquoi?

On voit des malades chez lesquels la gangrène ne communique pas avec les bronches et qui n'exhalent pas l'odeur fétide dont nous venons de parler. La quantité des crachats est aussi très-variable.

Signes d'une caverne gangréneuse; d'une pleurésie adhésive;

Une fois l'excavation formée par l'élimination des matières mortifiées, on en observe tous les symptômes distincts (sonorité exagérée, souffle amphorique, pectoriloquie). Si la caverne située à l'extérieur touche la plèvre, elle peut en provoquer l'inflammation adhésive. De là un point de côté plus ou moins violent; mais, si l'adhérence n'a pas lieu, il se fait une perforation pleurale, à la suite de laquelle se

de pneumo-thorax.

déclarent, tout d'un coup, les symptômes du pneumo-hydro-thorax (bruit tympanique, tintement métallique, souffle amphorique). Il se pourrait que, dans un cas de ce genre, la fétidité de l'haleine et les crachats gangréneux fissent défaut.

Terminaison.

La mort est la terminaison presque constante de la maladie, surtout lorsqu'elle ne constitue pas une lésion locale et qu'elle se rattache à une de ces affections qui ont par elle-même une gravité extrême. C'est donc sur la connaissance de la cause du mal qu'il faut asseoir le pronostic.

Traitement.

Traitement. — Le seul dont nous voulons parler est celui à l'aide duquel on cherche à combattre le travail phagédénique local. On a conseillé, dans ce but, la potion préparée avec le chlorure de sodium (1 à 3 grammes), seul ou associé au charbon (3 à 4 grammes),

et à des substances balsamiques et aromatiques. Il convient aussi d'administrer le quinquina, les vins, les toniques, le musc, les antiseptiques, le camphre, et surtout d'alimenter et de soutenir le malade, tombé presque toujours dans un état ataxo-adynamique alarmant.

Bibliographie. — Laennec : *Traité de l'auscultation médiate*, t. I. — Laurence : *De la gangrène du poumon sous le point de vue médical*, thèse n° 103. Paris, 1840. — Leblaye : *De la gangrène du poumon*, thèse n° 17. Paris, 1844.

MÉLANOSE.

Définition.

On désigne ainsi la matière noire qui se dépose dans le tissu propre du poumon, en quantité insolite et assez grande pour causer des accidents morbides et la mort. Nous ne ferons qu'une courte mention de cette maladie intéressante surtout au point de vue de l'anatomie pathologique, et dont les exemples sont heureusement assez rares.

Altérations.

Il est bien démontré aujourd'hui que la matière noire pulmonaire est identique au charbon (Guillot, Melsens); qu'elle s'accumule, en quantité variable, dans l'épaisseur des tissus, d'abord sous forme de poussières et de grains éloignés les uns des autres, puis de masses plus considérables qui compriment et oblitèrent les vaisseaux. On peut trouver le tissu du poumon parsemé ainsi d'une poussière noire et fine, ou rempli de masses indurées d'un noir d'ébène, en nombre plus ou moins grand. L'effet ordinaire de ce travail pathologique est de gêner et même d'abolir la respiration et la circulation, dans une étendue considérable et proportionnée au volume et au nombre des tumeurs mélaniques.

Causes.

Étiologie. — I. Mélanose d'origine organique. — Il faut distinguer plusieurs espèces de mélanose suivant la cause qui lui donne naissance. 1° Par les progrès de l'âge, la matière noire s'accumule, en proportion variable, mais souvent assez grande, dans le poumon des vieillards âgés de soixante ans, au moins. A cette époque de la vie, ces organes deviennent plus que les autres le siége d'un mouvement particulier qui s'opère dans leur nutrition. Des matières solides, sécrétées en plus forte proportion, comme les sels calcaires, le phosphate, le carbonate de chaux, les chlorures salins, etc., les matières grasses, la mélanose, envahissent les vésicules pulmonaires qui elles-mêmes s'atrophient, se déchirent, et ne reçoivent plus leur

1° Mélanose sénile.

Son mode de formation.

quantité normale de sang par suite de la diminution graduelle du réseau vasculaire bronchique et pulmonaire, comprimé et atrophié. On a prétendu que la mélanose devenait plus marquée et plus fréquente dans la vieillesse, à cause de l'accumulation du charbon apporté incessamment par l'air atmosphérique. Rien ne légitime cette supposition.

2° Mélanose par hétérocrinie morbide.

2° L'état pathologique peut, à lui seul, engendrer la mélanose et en produire le dépôt, soit dans le poumon seul, soit dans cet organe en même temps que dans d'autres parties du corps (mélanose généralisée). Telle est la maladie qui a reçu le nom de mélanose. On ne trouve alors que de la matière noire infiltrée, disséminée çà et là, ou accumulée dans des espaces circonscrits, formant des tumeurs de volume et d'étendue variables. Quelquefois elles sont séparées nettement par les cloisons intra-lobulaires. Elles peuvent remplir tout le poumon; elles s'accompagnent de l'induration du tissu aérolaire, puis elles finissent par comprimer et atrophier les poumons, ou bien par amener un travail de fonte et d'élimination. Cette mélanose est due, comme les autres produits de sécrétion homologue, à des causes que nous ignorons complétement. Elle n'est pas seulement une maladie locale, mais le résultat d'une diathèse, qui jette ses produits morbides dans tous les tissus, et plus spécialement dans le poumon, qui les reçoit, d'ailleurs, à l'état normal, dans une certaine proportion (diathèse mélanique).

3° Mélanose avec ou sans analogue dans l'état sain. 1° Avec analogue.

3° A la mélanose s'ajoutent très-souvent d'autres produits morbides qui sont les uns avec analogue, les autres sans analogue dans l'état sain. Parmi les premiers nous trouvons la matière noire qui se forme autour du tissu pulmonaire enflammé chroniquement (voyez *Pneumonie chronique*); quelquefois autour des bronches dilatées et enflammées, ou bien dans le tissu propre aux adhérences de la plèvre. Cette mélanose se développe de la même manière que celle qu'on rencontre autour des cicatrices ou dans la péritonite, partout où existe un travail lent et chronique de phlegmasie ou de toute autre nature; dans ce cas, la matière noire est-elle bien du charbon, comme le veulent quelques auteurs, ou de la matière colorante du sang épanché, combiné intimement aux tissus et altéré dans sa constitution propre? Cette dernière opinion n'est admissible que pour des cas restreints et pour les hémorrhagies interstitielles et en foyer.

Causée par la phlegmasie chronique.

Liée au développement d'un autre produit.

La mélanose est encore mêlée à d'autres produits morbides analogues, tels que les tissus cartilagineux, les concrétions calcaires, la graisse, les cicatrices, les fausses membranes, les kystes séreux, etc.

Quelquefois ces diverses lésions se rencontrent à la suite d'une fonte tuberculeuse, d'une gangrène, d'un abcès pulmonaire.

La plus commune de toutes les mélanoses est celle qui accompagne le tubercule pulmonaire, et se dépose autour de ce corpuscule, expulsé en partie ou en totalité, comme on le voit souvent chez les vieillards. Il en est de même dans le tissu cicatriciel des cavernes, chez l'adulte. Il se fait une espèce d'infarctus solide, constitué par un mélange, à parties variables, de sels de chaux et alcalins, de cholestérine, qui remplacent heureusement la sécrétion tuberculeuse et y mettent un terme. Il faut se garder de croire, ainsi que l'ont fait plusieurs auteurs, que toutes les indurations mélaniques et autres qu'on observe chez le vieillard, résultent d'un travail de cicatrisation du tubercule; à cette époque de la vie, les productions solides et oblitérantes de ce genre sont communes. On les trouve aussi autour du cancer et des tumeurs acéphalocystiques. 2° avec produit sans analogue.

II. Mélanose d'origine cosmique. Synonyme : *anthracosis, infiltration noire des poumons, fausse mélanose, encombrement charbonneux des poumons, maladie des mineurs, des houilleurs.* — Nous désignons ainsi la mélanose qui se forme, dans le poumon, aux dépens des particules de charbon très-divisé, répandu dans l'atmosphère et qui a pénétré dans le sang. Existe-t-il réellement une lésion de ce genre distincte de la mélanose précédente, c'est-à-dire formée par la génération spontanée de la matière noire? Il en serait ainsi, suivant quelques auteurs, de celle qu'on rencontre chez les ouvriers qui travaillent dans les mines de charbon, ou dans une atmosphère plus ou moins chargée de cette matière et de la fumée des lampes, chez ceux qui se servent fréquemment de moules préparés avec le charbon (fabricants de bronze). Nous avons observé nous-même deux cas de ce genre chez des hommes placés précisément dans les conditions que nous venons d'indiquer. L'un de ces cas est consigné dans le mémoire de M. Tardieu : *Études hygiéniques sur la profession de mouleur en cuivre* (*Annales d'hygiène*, 1854). L'auteur le considère comme un exemple irréfragable de mélanose par cause externe; nous ne saurions partager son opinion non plus que celle des médecins qui l'ont appuyée sur des faits du même genre. En effet, la pénétration, par les voies respiratoires, des poussières charbonneuses, les plus ténues, les plus divisées, est difficile, impossible même, suivant les expérimentateurs qui ont cherché inutilement à les faire arriver, par l'absorption, dans les vaisseaux. A plus forte raison, conçoit-on avec peine que le charbon atmosphérique, après 4° Mélanose par pénétration du charbon extérieur.

Mode de pénétration.

avoir rempli d'abord les bronches, finisse par être absorbé, par circuler dans le sang, et se déposer ensuite à travers les vaisseaux capillaires, dans la trame des tissus propres des poumons, où il constitue des infarctus plus ou moins volumineux. Ces faits sont en opposition trop manifeste avec la physiologie pour être acceptés. Ils sont loin d'être prouvés par la pathologie. Le nombre des ouvriers exposés aux poussières charbonneuses est trop grand, et le nombre de ceux qui sont atteints de mélanose trop limité, pour que la production de cette matière noire puisse être attribuée à la cause que nous venons d'examiner. On sait, après les expériences nombreuses qui ont été faites dans ces derniers temps, ce qu'il faut penser de l'introduction des matières liquides et solides par les voies respiratoires. Elle est généralement niée par les observateurs.

Pénétration par le tube digestif.

On a proposé, dans ces derniers temps, une autre théorie. On a supposé que le charbon extérieur pénètre par la bouche et les voies digestives, qu'il arrive ensuite par les vaisseaux chylifères et le canal thoracique, dans la veine sous-clavière, cave supérieure, et le cœur droit jusque dans le poumon. En admettant cette sorte de pénétration interstitielle et par effraction, qui est peut-être aussi celle des aliments, inconnue, du reste, jusqu'à ce jour, il faudrait encore expliquer comment ce charbon parvient dans la grande circulation pour revenir ensuite par les artères bronchiques se déposer dans les interstices pulmonaires ; car il n'est nullement démontré que les parois des vésicules pulmonaires soient le siége et le point de départ de la mélanose. Il est plus probable que les vaisseaux propres de la nutrition, les artères bronchiques, sont celles qui sont chargées d'effectuer ce dépôt, comme celui de la plupart des matières morbides. Ainsi nous dirons que tout est hypothèse sur ce point comme sur d'autres, et que nous préférons croire que le charbon est fait de toute pièce, par les tissus; qu'il se développe, comme dans les autres cas, par sécrétion pathologique, à la manière du tubercule, de la graisse, du cancer.

Il s'associe, en pareille circonstance, à tous les autres produits homologues et hétérologues, et spécialement au tubercule, aux indurations fibreuses, et à tous les actes morbides de la pneumonie chronique. Souvent même la mélanose nous paraît être une forme de cette dernière maladie. Nous en trouvons précisément le meilleur type dans les cas de mélanose survenus chez les ouvriers fondeurs, ou chez d'autres malades exerçant une tout autre profession.

Symptomatologie.

Symptômes. — La formation de la matière noire dans le poumon entraîne deux modifications importantes dans la contexture et les

fonctions de l'organe. Elle comprime les vésicules pulmonaires, les vaisseaux sanguins, et restreint de cette manière la circulation et le champ respiratoire. Elle peut encore, en agissant autrement, exciter un travail d'irritation puis d'inflammation éliminatoire, lent et chronique. Toute la physiologie pathologique de la mélanose peut être réduite à ces deux termes. Physiologie pathologique.

Cette maladie de longue durée commence, à la façon des cachexies, en altérant d'abord profondément et lentement la nutrition générale. Les sujets perdent leurs forces, sans cause appréciable ; leur teint s'altère ; ils s'anémient ; le pouls et la chaleur du corps s'affaiblissent ; ils s'essoufflent aisément. Ce dernier symptôme est celui qui caractérise le mieux le début de la maladie. Faible d'abord et peu accusée, la dyspnée devient plus tard le symptôme prédominant. Ceux qui font reconnaître le mieux la maladie sont la matité, la submatité, la diminution de l'élasticité thoracique, la rudesse du bruit respiratoire, quelquefois sa disparition complète, en certains points, la bronchophonie et le souffle tubaire. L'intensité de ces phénomènes physiques est subordonnée à l'étendue et au siége de la lésion. Si les masses mélaniques sont nombreuses, rapprochées et superficielles, le diagnostic n'offrira pas de grandes difficultés, tandis qu'il sera presque impossible, si la mélanose est en petite proportion. A mesure que l'hématose se restreint chaque jour, la dyspnée devient plus grande ; la voix est brève, entrecoupée ; la peau du visage et des lèvres se cyanose. L'amaigrissement fait de continuels progrès. Symptômes généraux. 1e Période, ou de crudité. Dyspnée. Signes d'induration.

La toux est l'un des premiers signes de la maladie ainsi que la dyspnée. Elle est fréquente ou ne se montre qu'à de rares intervalles ; d'abord sèche, elle produit plus tard l'expulsion de matières muqueuses, insignifiantes, rares ou copieuses, aérées, semblables à celles du catarrhe chronique et de l'emphysème pulmonaire, auquel d'ailleurs la mélanose finit par donner naissance. Il n'est pas rare de trouver du sang mêlé aux crachats, en faible proportion et par intervalles. Il se fait même de petites hémoptysies, dans les cas où la mélanose ne se complique pas de phthisie pulmonaire. Cependant cette hémorrhagie est rare parce que le tissu pulmonaire devient exsangue, et que les vaisseaux s'oblitèrent graduellement. Toux. Expectoration. Crachats sanglants ; hémoptysies.

Les symptômes précédents constituent une période assez longue, de trois, quatre années et plus, pendant laquelle le diagnostic peut rester en suspens. La mort survient par le seul fait de l'obstruction lente et graduelle des poumons par la matière noire. Dans d'autres cas les symptômes indiqués s'accroissent encore, et il s'en manifeste de 2e Période ou de ramollissement.

nouveaux qui annoncent le ramollissement du poumon, l'ulcération des bronches et la communication de celles-ci avec la matière mélanique devenue diffluente. L'expectoration ramène alors des crachats striés de sang, de matière noire analogue à l'encre de Chine, rarement du sang pur. Dans les cas, beaucoup plus nombreux, où la mélanose n'est qu'un élément de la maladie et se trouve associée au tubercule, on observe tous les signes prédominants de ce dernier produit. Les crachats muqueux et puriformes apportent une plus grande quantité de mélanose et de sang. On voit aussi paraître quelquefois tous les signes d'une ou de plusieurs excavations pulmonaires ; en général, ils sont moins marqués que dans la phthisie simple. Les sujets entrés dans cette seconde période sont voués à une mort plus rapide. Ils s'anémient, s'exténuent chaque jour davantage ; leur sang s'altère de plus en plus, et ils succombent tout d'un coup, sans agonie ou dans un long et pénible marasme.

Crachats noirs.

Signes de la tuberculisation concomitante.

Traitement. — Le principal consiste à prévenir le développement du mal, si tant est qu'il soit dû à la pénétration du charbon extérieur. Quelle que soit l'opinion qu'on se forme à cet égard, il faut agir dans ce sens, à l'aide d'une hygiène préventive, dirigée convenablement ; prescrire l'emploi d'appareils capables d'empêcher la viciation de l'air par le charbon et d'en amener la libre circulation, comme dans les mines, les espaces confinés et les ateliers où l'on fait usage de lampes, de charbon pour mouler, ou pour tout autre travail.

Traitement : 1° hygiénique ; préventif ;

La partie curative et pharmaceutique ne diffère pas sensiblement de celle qui est usitée dans le traitement de la phthisie pulmonaire. Les indications sont fournies par les symptômes prédominants et locaux. Quant aux altérations du sang, des forces et de la nutrition, elles doivent être combattues par toutes les ressources d'une bonne alimentation et d'un régime tonique et fortifiant.

curatif.

Bibliographie. — Graham : On existence of the charcoal in the lungs, Edinb., med. and surgic. journ., 1834 ; — Natalis Guillot : *Recherches anatomiques et pathologiques sur les amas de charbon, etc., Arch. génér. de médecine*, 4e série, t. VII, 1845 ; — Tardieu, *Étude hygiénique sur la profession de mouleur en cuivre ;* in *Annal. d'hyg. et de méd. lég.*, 1854 ; — Virchow, *Pathologie cellulaire*, in-8. Paris, 1861 ; — Alex. Villaret : *Cas rare d'anthracosis suivi de quelques considérations physiologiques et pathologiques*, thèse, Paris, 1862. Lisez en outre et avant tout les traités de Bayle, *Recherches sur la phthisie pulmonaire,* Paris, 1810, de Laennec et d'Andral.

MALADIES DE LA PLÈVRE.

Définition.

Division des maladies de la plèvre. — Aujourd'hui il n'est plus permis de présenter l'histoire de la pleurésie comme on le faisait récemment encore. 1° L'inflammation aiguë et chronique ; 2° les hypérémies ; 3° les hydropisies de la plèvre liées à une maladie du cœur, des vaisseaux, etc. ; 4° les épanchements de liquide et d'air, ou pneumothorax, doivent être décrits à part.

PLEURÉSIE.

Pleurésie.

On doit désigner ainsi la phlegmasie de la plèvre caractérisée par l'hypérémie, l'exsudation plastique, la suppuration de cette membrane et l'épanchement ou l'organisation des produits morbides phlegmasiques dans la cavité de la plèvre. A ces lésions correspondent la douleur, la dyspnée et les signes qui attestent la présence d'un liquide.

Anatomie pathologique.

Lésions anatomiques. — Il faut ne considérer comme inflammatoires que les rougeurs générales ou partielles de la plèvre sur laquelle on observe la sécheresse, l'altération de poli, la tuméfaction des tissus et des fragments glutineux de plasma, en partie liquide. L'hypérémie seule ne saurait donner naissance à ces lésions.

Épanchement dans la plèvre de trois produits phlegmasiques.

Pour peu que la phlegmasie soit constituée, il s'épanche rapidement une sérosité dont les qualités et les quantités varient à mesure que le travail phlegmasique continue et que les produits sécrétés s'organisent. Une indication succincte suffit pour faire connaître ces altérations. Trois produits morbides existent dans tout liquide jeté hors des vaisseaux par l'inflammation des séreuses : la sérosité, la fibrine et le pus. Suivant la proportion des ces trois corps, le liquide pleural présente des propriétés physiques et dynamiques très-différentes.

1° Sérum.

1° *Épanchement avec sérum prédominant.* — On rencontre tous les jours, dans une plèvre réellement enflammée, un liquide abondant, à peine trouble et opalescent, dans lequel nagent quelques flocons, tractus ou filaments de fibrine qui se déposent à la partie inférieure de la plèvre. Quelquefois le liquide, parfaitement limpide, conserve une teinte jaune, citrine ou verte. Nous avons souvent extrait, par la thoracentèse, une sérosité qui offrait une couleur verte ou jaune, et

Sérum limpide et fibrine naissante.

paraissait opaline et laiteuse à la lumière réfractée (liquide dicroïque). Elle renfermait de la fibrine, en si petite proportion et si bien dissoute, que la transparence du liquide n'en était pas troublée. Le lendemain, on trouvait la fibrine déposée ou suspendue, au milieu du vase, sous la forme d'un flocon, d'un léger nuage gris perlé, ou d'une toile d'araignée; cette fibrine est alors à son minimum et premier degré de développement. Cependant cette quantité si faible suffit pour attester l'existence d'un travail phlegmasique, à plus forte raison si des flocons fibrineux ou du pus altèrent la transparence du liquide pleural. Ainsi se distinguent l'un de l'autre l'épanchement phlegmasique et celui qui est dû à une hypérémie, quelle que soit sa cause (mécanique, cardiaque). Quelquefois un tubercule pleural excite, dans son voisinage, une irritation sécrétoire qui ne va pas jusqu'à la phlogose et qui peut cependant remplir la plèvre d'un liquide plus ou moins abondant.

2° Épanchement avec prédominance du plasma ou produit fibrineux.

2° *Épanchement avec prédominance de la fibrine.* — On peut établir, en règle générale, que plus la pleurésie est intense, plus la portion plastique et fibrineuse est considérable et l'emporte sur le sérum. Du reste il en est de même de la partie purulente sur laquelle nous reviendrons plus loin. Il en résulte presque toujours que la plèvre, fournissant du plasma en grande quantité, soit sur un point circonscrit, soit sur toute sa surface, une adhérence qu'on ne peut mieux comparer qu'à la *réunion d'une plaie par première intention*, s'établit presque immédiatement et oblitère partiellement ou généralement la cavité séreuse. Ainsi se forment les pleurésies immédiatement adhésives, partielles, limitées, enkystées.

Adhérences partielles ou totales; (*a*) primitives ou par première intention;

(*b*) consécutives.

Il peut se faire cependant que le plasma vienne se mêler à une sérosité plus ou moins abondante dans laquelle il flotte sous forme de flocons et de fausse membrane. Plus tard le liquide est résorbé et le plasma s'organise en fausses membranes, mais ce n'est pas celui qui était mêlé au sérum qui fournit les matériaux des adhérences. Il faut un nouveau travail d'exsudation plastique sur lequel nous reviendrons plus loin; dans ce cas la plèvre s'oblitère parce que le liquide purulent épanché est remplacé par ce même plasma, le seul propre à opérer la cicatrisation des plèvres. Dans les pleurésies de ce genre, la phlegmasie n'a atteint que le second degré, qui lui est nécessaire pour engendrer le plasma réparateur. L'adhérence ou *la réunion de la plèvre par première intention* est la seule qui puisse s'effectuer dans les pleurésies primitivement suivies d'un épanchement de sérum et de plasma, et par *seconde intention*, quand le pus a été résorbé. Le praticien qui

Adhésion des plèvres par seconde intention.

voudra bien se rappeler le mode suivant lequel s'établissent ainsi les oblitérations pleurales partielles ou générales, comprendra les variétés infinies de lésions offertes par les plèvres enflammées. En effet, il est alors facile de deviner la composition différente du liquide de la plèvre presque toujours altéré par une grande quantité de flocons blancs, verdâtres, en suspension ou déposé à la partie inférieure de la cavité thoracique où ils forment la majeure partie des épanchements qu'on trouve dans la pleurésie.

3° Épanchement avec prédominance de pus. Suppuration de la plèvre.

3° *Épanchement avec prédominance de pus.* — Un autre acte morbide de l'inflammation pleurale, fort heureusement plus rare que les deux premiers et souvent lié à un mauvais état du solide ou du sang, est la suppuration de la plèvre. On trouve alors sur la séreuse une rougeur vive, rutilante ou brunâtre, souvent des taches ecchymotiques, de véritables hémorrhagies sous-pleurales, un épaississement de la plèvre causé, soit par l'hypérémie, soit par des fausses membranes, plus ou moins anciennes et déjà organisées, qui peuvent aussi s'enflammer de nouveau. Dans tous les cas, le liquide épanché a une teinte blanche ou verdâtre, d'intensité différente, suivant les proportions de matières purulentes qui y sont contenues. Tantôt il est opalin, à peine laiteux, tantôt formé par une sérosité tout à fait blanche, jaune ou verdâtre, quelquefois par un pus blanc, jaunâtre, crémeux, épais comme celui d'une plaie, ou séreux, floconneux, comme celui d'un abcès froid. On appelle empyème ou mieux *pyothorax*, ces épanchements de pus dans la plèvre lorsqu'il s'y mêle des flocons fibrineux et des gaz peut-être engendrés par la plèvre ou par le pus altéré.

Empyème.

4° Épanchement mixte.

4° *Épanchement mixte.* — On peut dire que le plus commun de tous les liquides que fournit la plèvre enflammée, est celui qui est composé, en proportion variable, des trois produits précédents : la sérosité, les fausses membranes, le pus. En retirant de la plèvre, par la thoracentèse, le liquide épanché, le praticien voit sur-le-champ quel est l'acte prédominant de la pleurésie. Les flocons fibrineux, en petite quantité, nageant dans une sérosité trouble et verdâtre, lui font espérer que la réunion aura lieu par seconde intention. Au contraire la présence du pus, sans autre produit de réparation, lui inspirera de très-grandes craintes à ce sujet.

5° Épanchement de produits non phlegmasiques.

Épanchement de produits morbides étrangers à la pleurésie. — On trouve assez souvent dans le liquide séreux, quelle que soit sa nature, des produits morbides qui y sont jetés par un travail morbide tout à fait différent de celui de l'inflammation. Le sang, par exemple, fourni par la plèvre, s'y épanche, en proportion variable, à l'état li-

Pleurésie hémorrhagique.

quide ou donne lieu à des caillots plus ou moins volumineux. L'épanchement sanguin est un acte morbide lié tantôt à la pleurésie, tantôt qui lui est consécutif; dans le premier cas, l'hémorrhagie et la phlegmasie tiennent à une cause constitutionnelle, à une altération du sang. Dans le second, la présence du sang peut-elle occasionner la pleurésie? Dans cette dernière hypothèse le caillot agirait comme un corps étranger; il provoquerait une irritation sécrétoire, ou un travail de phlegmasie, à la suite desquels se formerait un hydrothorax, ou une liqueur plastique ou purulente, qui limiterait le caillot, l'entourerait, et pourrait servir plus tard à le résorber ou à le tenir séquestré. Cette hypothèse se trouve réalisée dans quelques cas.

Produits morbides de diverse nature.

Le liquide pleural renferme aussi de la matière colorante de la bile, des fragments de tubercules et de cancers ramollis, détachés de la plèvre ou du poumon, de l'air, du mucus, du sang, des acéphalocystes, etc.

Organisation des fausses membranes.

De l'organisation des fausses membranes et de la réunion des feuillets séreux de la plèvre. — L'acte morbide le plus simple est celui qui se passe lorsqu'une plèvre, enflammée partiellement, sécrète du plasma en quantité suffisante pour constituer un medium unissant, à l'aide duquel le feuillet viscéral adhère au pariétal. La liqueur plastique, exclusivement formée par la fibrine molle et récente, repose à la fois sur les deux faces hypérémiées de la plèvre, qui restent ainsi accolées l'une à l'autre. Bientôt l'organisation fait des progrès, la membrane séreuse se ramollit; elle est traversée par les anses des vaisseaux artériels nombreux qui, s'allongeant du centre à la périphérie, c'est-à-dire partant des vaisseaux de la plèvre costale, s'avancent vers ceux qui viennent à leur rencontre et sont fournis par la plèvre pulmonaire. Il en résulte alors des adhérences vasculaires très-étroites, serrées, et qui ne peuvent plus se rompre. Cependant plus tard, la cicatrice molle d'abord, devient fibreuse, puis celluleuse, s'allonge chaque jour, et, perdant ses vaisseaux qui s'atrophient, peut être réduite à ne plus être qu'une simple lame ou ligament fibreux et résistant; d'autres fois l'adhérence persiste.

Changements successifs qui se passent dans le medium unissant.

Adhérence partielle.

Adhérences totales.

Les changements qui se passent lorsque la plèvre s'oblitère dans une grande partie ou la totalité de son étendue, sont tout à fait semblables. Les deux feuillets de la tunique séreuse partout continus, réunis par les fausses membranes que nous avons signalées, font disparaître entièrement la cavité de la plèvre. Il devient impossible d'en détacher le poumon; des liens fibreux très-serrés le réunissent à la paroi costale. Dans d'autres cas, en un ou plusieurs points, il se forme des

espèces de plaques cartilagineuses ou fibro-cartilagineuses, quelquefois des incrustations ostéo-calcaires qui ont leur siége dans les fausses-membranes épaisses qui doublent la paroi interne du thorax. On remarque aussi sur les côtes ou dans les espaces intercostaux des plaques osseuses qu'on pourrait prendre pour des côtes supplémentaires.

Plaques cartilagineuses, fibreuses, calcaires.

Ce qu'il importe de noter à la suite de ces pleurésies, c'est la situation du poumon d'une part, et la déformation thoracique de l'autre. Le poumon est d'ordinaire aplati, et refoulé, en dedans et en haut, contre le médiastin et fixé là au milieu de fausses membranes nombreuses et épaisses. Il est compacte, privé d'air, verdâtre, et peut cependant être encore insufflé, après un temps variable. Dans d'autres cas, l'organe est repoussé en avant, au sommet et en dedans, sous la clavicule, le long de la colonne vertébrale, ou bien inférieurement aplati contre le diaphragme. Du reste, il occupe les mêmes positions lorsque la poitrine est encore pleine de liquide et que celui-ci, le faisant surnager, le repousse successivement contre le médiastin, puis, en avant et en haut, contre la paroi interne, antérieure et postérieure de la cavité thoracique.

Situation respective du poumon et du liquide.

L'ampliation et le retrait de la poitrine sont deux changements qui correspondent à la présence ou à la complète disparition des liquides épanchés. La première modification est indiquée par l'agrandissement des espaces intercostaux, et de tout un côté de la poitrine, plus évident sur la paroi latérale et postérieure que partout ailleurs. La seconde tient à ce que les parties dures se sont modelées sur le retrait et l'affaissement du poumon. Il en résulte un rétrécissement de la poitrine qui peut aller jusqu'à 4 et 5 centimètres. Les côtes s'abaissent, les espaces intercostaux diminuent, l'omoplate du côté affecté se rapproche du rachis en même temps qu'elle tombe plus bas que l'autre ; le rachis s'incurve ou reste droit. Le plus ordinairement la résorption du liquide n'est pas la seule cause du rétrécissement thoracique; les fausses membranes et les altérations de texture qui surviennent dans le poumon et dans les tissus fibreux et cartilagineux adjacents, y contribuent pour une grande part.

Ampliation et retrécissement du thorax.

Siége de la pleurésie. — La phlegmasie de la plèvre se lie à un nombre trop considérable de causes pour qu'on puisse dire vers quel côté elle siége le plus ordinairement. La base et la paroi latérale y sont plus exposées que le sommet et les parties antérieures.

Siége de la pleurésie.

Symptômes. — La pleurésie débute, au milieu d'une santé parfaite, par un frisson suivi de fièvre et par un point de côté. La douleur thoracique est presque constante; elle occupe souvent les parties laté-

Symptomatologie.

Douleur thoracique.

rales de la poitrine, au-dessous et en dehors du sein. Il est rare qu'elle siége vers les parties supérieures et claviculaires. La douleur est limitée, circonscrite, pongitive et violente; son siége facile à indiquer par le malade; dans d'autres cas, au contraire, vague, incertaine, diffuse; presque toujours située du même côté que la pleurésie. Rarement elle descend dans l'hypocondre ou en arrière dans la région rénale. Elle augmente ou non par la pression, par les mouvements de la respiration, du tronc, ou de la poitrine; cesse ordinairement par le repos et pendant la nuit. Elle paraît dès le début de la pleurésie, va en diminuant et dure deux à trois jours; elle semble se rattacher à la période hypérémique et exsudative de la phlegmasie. On la voit reparaître, une ou plusieurs fois, dans le cours de la maladie.

Les signes les plus importants de la pleurésie sont tirés : 1° de la configuration de la poitrine; — 2° de la vibration; — 3° de la sonorité; — 4° du souffle tubaire; — 5° de la broncho-égophonie, et de quelques troubles de la respiration.

1° Ampliation thoracique;

1° *Configuration de la poitrine.* — L'inspection de la poitrine offre un moyen précieux de reconnaître les épanchements de la plèvre. Dès qu'il s'en forme un, la poitrine se dilate, en arrière, sous l'omoplate ou latéralement. On peut mesurer exactement les progrès de la pleurésie par l'étendue et l'intensité de la dilatation du thorax. Le liquide gagne successivement les parties déclives de la poitrine, puis les parties supérieures et antérieures, et la région sous-claviculaire. La vue fait reconnaître aisément le degré d'ampliation des parties envahies par l'épanchement. Nous parlerons du retrait de la paroi en traitant de la pleurésie chronique.

2° Vibration thoracique; diminuée, anéantie.

2° *Vibration pectorale.* — Quand on fait parler un malade dont la plèvre commence à se remplir de sérosité, et qu'on applique la main avec les précautions que nous avons recommandées ailleurs (*Mémoire sur l'ondulation pectorale dans l'état physiologique et dans les maladies*, *Revue méd.-chirurg.*, t. IV, 1848), on constate de la manière la plus évidente et la plus sûre l'affaiblissement, puis l'anéantissement total des vibrations thoraciques, dans les points qui correspondent exactement au liquide épanché dans la plèvre, quelle qu'en soit la nature. Plus il est en quantité notable, plus la vibration est diminuée. Celle-ci suit exactement les fluctuations de l'épanchement, en sorte qu'on ne peut pas trouver un signe plus commode et plus certain pour reconnaître, à l'instant même, une pleurésie avec épanchement. On peut, un crayon à la main, limiter presque aussi

Ce signe diagnostique facile et décisif.

exactement qu'à l'aide de la percussion, le niveau du liquide. Nous insistons à dessein sur la valeur extrême de ce signe diagnostique, parce qu'on est venu tout récemment en contester l'exactitude sans s'appuyer sur aucune observation scientifique sérieuse. Laennec et d'autres observateurs connaissaient et avaient indiqué ce signe : mais ils l'avaient mal interprété, et nous avons dû lui assigner sa valeur diagnostique dans le travail cité précédemment. (Voyez *Diagnostic.*)

3° Matités pleurales.

3° *Matité.* — Quand il s'épanche même une quantité minime de sérosité dans la plèvre, la sonorité normale diminue d'abord dans les parties les plus déclives, c'est-à-dire en arrière et en bas, au-dessous de l'angle de l'omoplate, puis en dehors sur les parties latérales du thorax, et en avant dans les mêmes points, en un mot, au niveau et dans la rigole triangulaire que fait la plèvre et le diaphragme en se réunissant. A mesure que le liquide devient plus abondant, qu'il s'élève vers les parties supérieures et les parties latérales uniformément, la matité le suit, l'accompagne, mobile comme le liquide lui-même; elle change de place quand on donne au malade une situation différente, jusqu'à ce que des adhérences pleurales soient venues l'immobiliser. Une matité constante, suspendue au milieu de la plèvre et environnée de toutes parts par un son clair, normal ou exagéré, indique une pleurésie enkystée.

Premier siége de la matité.

Matités mobiles.

Matité immobile.

Son clair, exagéré.

Lorsque l'épanchement remplit toute la plèvre, il arrive un moment où la matité est complète et générale, si ce n'est le plus ordinairement, au-dessous et en dedans de la clavicule, le long du sternum, ou antérieurement au niveau de la région sterno-mamelonnaire, où l'on entend un son clair. Ce bruit, dont on a exagéré la valeur en Allemagne, tient à ce que le poumon, repoussé par le liquide à la partie supérieure et antérieure de la poitrine, est venu se mettre en rapport avec la paroi pectorale. On entend dans ces points un son clair et parfois tympanique qui atteste précisément, suivant nous, la présence du poumon condensé, refoulé par le liquide, contre la trachée et les grosses bronches qui lui servent, en quelque sorte, de caisse de résonnance.

Son siége.

Sa cause.

4° Bruit respiratoire.

4° *Bruit respiratoire.* — Le premier effet de la présence du liquide épanché sur le bruit respiratoire est de le faire disparaître, mais plus souvent encore de donner naissance à un bruit d'expiration intense sec et prolongé, tout à fait semblable à celui qu'on entend dans la phthisie pulmonaire commençante et dans la pneumonie. Nous avons, dès l'année 1842, mis ce fait hors de doute, dans un travail

Bruit d'expiration et souffle.

dont toutes les parties ont été confirmées par les recherches d'un grand nombre d'observateurs (*Note sur le bruit d'expiration et sur le souffle bronchique, dans les épanchements de la plèvre; Gazette médicale*, page 849, 1842).

Souffle tubaire et caverneux.

On entend le bruit d'expiration et le souffle bronchique, à différents degrés, entre l'angle inférieur de l'omoplate et le rachis, sur l'angle de l'omoplate, sur les parties latérales et inférieures, sur l'antérieure jusqu'à la quatrième côte. Ces signes sont dus à la condensation du tissu pulmonaire par le liquide qui forme avec lui un corps bon conducteur du son. On va même, dans quelques cas, jusqu'à y percevoir le souffle tubaire, la respiration caverneuse, amphorique, ainsi que la bronchophonie. On ne connaît pas les causes physiques de cette propagation sonore ; mais le fait n'en est pas moins réel. C'est en pareille occurrence qu'il devient indispensable de distinguer, par l'absence de la vibration thoracique, l'épanchement qui, sans cela, serait confondu facilement avec la pneumonie.

Lorsque le poumon est entouré, de tout côté, par un épanchement médiocre, la respiration est puérile, exagérée, rude, soufflante, bronchique. Elle disparaît complétement si le liquide est en quantité considérable. La respiration devient puérile, exagérée du côté sain.

Égophonie et bronchoégophonie.

La voix chevrotante, à tous les degrés, constitue un excellent signe de l'épanchement. Les meilleures conditions pour le faire paraître sont le peu d'épaisseur du liquide et la mobilité dont jouit celui-ci tant qu'il n'est pas encore limité par des adhérences. Il se produit d'ailleurs dans les mêmes conditions morbides que celles que nous avons signalées dans notre mémoire sur le bruit d'expiration. Nous avons contribué à faire tomber une erreur encore accréditée à cette époque, d'après laquelle on prétendait que le silence était la règle, dans les épanchements, et le souffle tubaire l'exception. On sait maintenant que le contraire s'observe plus ordinairement.

Frottement pleural.

5° *Le frottement pleural ascendant et descendant* ne se manifeste que dans le cas où des fausses membranes, nouvelles ou anciennes, formées par une phlegmasie de la plèvre, adhèrent aux deux feuilles de la séreuse et frottent les unes sur les autres, pendant les mouvements d'inspiration et d'expiration. En supposant qu'on soit parvenu à le bien distinguer d'avec les ronches sonores, il indique sûrement que la pleurésie plastique est arrivée à une période plus ou moins avancée d'organisation.

Fréquence de la respiration.

La respiration s'accélère ordinairement, dans un rapport assez exact avec la quantité de liquide épanché. Cependant les pleurésies

douloureuses, celles qui occupent le diaphragme et le médiastin, enchaînent les mouvements respiratoires et causent une forte dyspnée. La respiration s'accélère souvent à l'insu du malade, surtout lorsqu'il marche, lorsqu'il parle ou se livre à quelque mouvement. Faisons remarquer que le besoin instinctif de respirer n'est pas toujours en proportion de l'espace laissé au champ respiratoire. On voit des malades dont tout un côté du thorax est plein d'eau et qui n'accusent pas de dyspnée. Il faut être en garde contre cette cause d'erreur, car on voit des sujets qui meurent tout à coup, dans la journée, lorsque rien ne faisait prévoir le matin cette terminaison funeste.

Décubitus.

Le décubitus est variable; si la pleurodynie est vive, les sujets se couchent sur le côté sain, ou gardent la situation assise. Ils reposent sur le côté affecté lorsque l'épanchement est considérable.

La respiration, quand la douleur est grande, se fait par le diaphragme. La phlegmasie de ce dernier organe le rend immobile et détermine la respiration costale. Dans l'hydrothorax, la respiration n'a plus lieu que par les mouvements de la clavicule et du diaphragme.

Symptômes généraux.

La *fièvre* est un symptôme constant de la pleurésie, quelque limitée et légère qu'elle soit. Elle peut ne paraître que pendant la soirée et la nuit (pleurésie latente); mais dans la pleurésie protopathique elle se montre avec un appareil de symptômes très-accusés, continus, exacerbants, qui ne cessent qu'avec les progrès de la phlegmasie. Il ne faut jamais omettre de les rechercher, à toutes les phases de la maladie, en même temps que les signes physiques de l'épanchement.

Marche, terminaison :

Marche. — Quand la pleurésie est simple et primaire, elle affecte franchement la marche continue, et ne tarde pas à entrer en voie de résolution. Le liquide disparaît, des adhérences se forment, et, après un ou plusieurs septénaires, la guérison est complète. Elle peut se faire attendre un mois et plus, dans les hydrothorax simples, mais ce cas est rare. Quand elle dépasse ce terme, il faut toujours craindre qu'il n'existe derrière l'épanchement quelque cause diathésique générale, comme le tubercule, le cancer, le rhumatisme, etc. Nous signalerons cependant à l'attention des praticiens ces cas de pleurésies aiguës survenues chez des adultes, en dehors de toute espèce de complication appréciable, dont les progrès incessants amènent la mort; tantôt par une oppression rapide et tous les signes d'une asphyxie croissante, à moins qu'on n'y mette fin par la thoracentèse; tantôt par des troubles colliquatifs et d'amaigrissement, à la production desquels la phthisie reste étrangère.

1° Par résolution ;

2° par la mort.

Quelquefois ce n'est pas la quantité du liquide qui fait périr le

De l'empyème.

sujet, mais la nature même de la pleurésie qui est d'emblée ou rapidement suppurative. Il se fait un *pyothorax*, un *empyème*. On a beaucoup écrit sur la gravité de cet épanchement purulent. En effet, ce qui en constitue le danger, ce n'est pas la quantité du liquide, rarement assez grande pour étouffer le malade, mais l'absence de

Sa nature.

tout travail ultérieur de résorption et de réparation. Dans ce cas, la plèvre est une plaie en pleine suppuration, qui ne peut se cicatriser qu'au moyen *d'une réunion par seconde intention*, c'est-à-dire qu'à la condition que l'exsudation plastique vienne remplacer l'exhalation incessante de pus, et cicatriser, au moyen de fausses membranes ou de bourgeons charnus, la surface suppurante de la plèvre. Voilà ce

Ses causes.

qu'est en réalité l'empyème. Il faut rechercher surtout la cause qui l'a provoqué et l'entretient. Ordinairement il tient à une diathèse, à la scrofule, à une dartre, à une altération du sang, à un rhumatisme, ou à une cause spéciale, comme l'état puerpéral, etc. La lésion locale, la phlegmasie suppurative, est évidemment l'effet d'une maladie générale qu'il faut s'attacher à combattre si l'on veut empêcher la reproduction continuelle du pus. Ce serait inutilement qu'on enlèverait le liquide par la thoracentèse, si l'on ne remplissait pas cette première et pressante indication. Une maladie locale comme la présence de tubercules, d'un caillot sanguin, ou d'une tumeur qui entretient une inflammation suppurative, peut en être la cause. La mort parfois survient subitement et lorsqu'on y songe le moins, chez un sujet dont un côté de la poitrine contient du pus, et dont le poumon est comprimé et réduit à ne plus être qu'un moignon entouré de fausses membranes. (Voyez *Hydrothorax*.)

Étiologie.

Causes de la pleurésie. — On ne prendrait qu'une fausse idée de la maladie si l'on ne distinguait pas d'abord la pleurésie protopathique, primitive, d'avec la deutéropathique ou secondaire. La première est la seule phlegmasie de la plèvre indépendante de tout autre travail morbide antérieur développé dans l'organisme; la seconde est une

Pleurésies : (*a*) protopathiques. Action du froid.

détermination morbide locale liée tantôt à une maladie locale elle-même, tantôt à une maladie générale. La première est occasionnée par le froid extérieur reçu directement, le corps étant en sueur, ou transmis par une boisson froide introduite dans l'estomac.

(*b*) Pleurésies deutéropathiques.

Les pleurésies consécutives à une maladie de l'organe respiratoire sont les plus nombreuses et les plus fréquentes de toutes. Nous citerons : 1° la pneumonie, qui est regardée par quelques auteurs comme presque toujours suivie d'un certain degré de pleurésie plastique, partielle, adhésive ou non; 2° les abcès, la gangrène, les perforations

Pneumonie.

pulmonaires, l'apoplexie ; 3° les tubercules des poumons, à toutes leurs périodes de développement, et surtout pendant celle de crudité : telle est même la fréquence de cette dernière cause de pleurésie partielle ou générale, qu'on peut la soupçonner et la craindre, lors même qu'on manque des signes certains qui annoncent la phthisie. Du reste, sa marche insidieuse et lente, ses périodes d'amélioration, ses rechutes, ses récidives, suffisent pour la caractériser. Elle résiste aussi très-souvent aux traitements le mieux dirigés ; la poitrine finit alors par se remplir d'un liquide que rien ne peut enlever, si ce n'est la thoracentèse. Phthisie.

4° Le cancer du poumon et des plèvres, les produits morbides qui peuvent siéger sur la paroi costale, la carie, la nécrose des côtes, les tumeurs de diverse nature qui pénètrent de dehors en dedans dans la cavité thoracique, déterminent toujours des pleurésies secondaires, partielles ou totales. Elles ne sont pas rares chez les scrofuleux, les rachitiques, et les sujets dont le système osseux est le siége d'une nutrition anormale. Cancer, et maladies chroniques des plèvres.

5° Il faut également chercher ailleurs que dans la poitrine la cause de la pleurésie : une acéphalocyste du foie ou sushépatique, un abcès de cet organe, des kystes qui s'ouvrent de la cavité abdominale dans la pectorale, et siégent primitivement dans le foie, la rate, le mésentère, les reins, peuvent également provoquer une pleurésie aiguë et souvent mortelle.

Les *affections* dont la pleurésie secondaire est une suite fréquente, sont plus nombreuses encore que les maladies locales. Le rhumatisme, la goutte, produisent une phlegmasie spécifique aussi bien sur la plèvre que sur une membrane séreuse articulaire ou sur le poumon. On peut voir des exemples bien authentiques de pleurésie rhumatismale dans Stoll. Pour notre part, nous en avons recueilli des observations qui n'ont laissé aucun doute dans l'esprit de ceux qui en ont été témoins. Nous ne pensons pas non plus qu'on conteste l'existence des pleurésies exanthématiques, de la rougeole, de la scarlatine, de la variole, encore moins de celles qu'on rencontre dans la diphthérie, la fièvre puerpérale, dans la fièvre typhoïde, le typhus, les fièvres paludéennes et d'autres maladies générales. Outre les signes non douteux de l'épanchement recueillis pendant la vie ou seulement dans les dernières heures, on a constaté, après la mort, toutes les lésions matérielles de la pleurésie ; il en est de même dans la fièvre purulente. Chaque fois que le sang et l'organisme sont infectés par le pus qui a pénétré dans la circulation, les plèvres pul-

monaires s'enflamment facilement. On observe encore des traces non douteuses de phlogose dans les maladies virulentes, dans la morve, le farcin, la pustule maligne, et dans la période finale d'un très-grand nombre d'empoisonnements métalliques (arsenic, mercure, cuivre).

Espèces et variétés de pleurésie; partielles.

De quelques espèces de pleurésie. — Suivant le siége de la phlegmasie, on en a distingué de partielles et de générales, d'un côté ou doubles, de costo-pulmonaires, d'interlobaires, de diaphragmatiques.

Diaphragmatique. Ses signes.

Celle-ci est la seule qui nous offre de l'intérêt à cause des symptômes spéciaux qu'on lui a assignés. La douleur siége sur les parties les plus inférieures d'un hypocondre et vers les attaches du diaphragme; elle est pongitive, et enchaîne les mouvements de la respiration et du tronc; elle devient plus vive, dit-on, quand on presse sur le nerf phrénique, à la partie inférieure du cou, près du muscle sterno-mastoïdien, à son passage derrière la clavicule. Cette pleurésie s'accompagne d'une gêne très-grande de la respiration et de l'accélération des mouvements thoraciques, d'anxiété, de jactitation, d'altération des traits du visage, de délire, de rire sardonique : ces derniers signes sont hypothétiques. Les nausées, les vomissements plus ou moins répétés, le hoquet, en sont des symptômes plus fréquents que des autres pleurésies. Cependant il faut dire qu'elle ne diffère souvent en rien de la phlegmasie des autres parties de la plèvre; qu'elle reste seulement latente, obscure, parfois pendant huit jours, que le liquide s'y épanche lentement et qu'on est souvent privé des signes fournis par l'auscultation et la percussion; qu'enfin elle est plus grave et plus tenace que les autres.

Pleurésie médiastine.

La pleurésie médiastine a-t-elle sa douleur située plus profondément et au niveau du sternum? La costo-pulmonaire provoque-t-elle une douleur plus superficielle et à la base du thorax?

Pleurésie des enfants.

La pleurésie est rare chez les nouveau-nés, et avant la troisième année. Plus tard, elle tient aux mêmes causes que celle de l'adulte, et se reconnaît exactement aux mêmes signes, moins évidents toutefois que chez l'adulte. La matité et le défaut de vibration thoracique, quand l'enfant crie, sont deux signes précieux : le dernier exige pour se produire des cris assez aigus et un certain volume de voix qu'on ne trouve pas toujours, jusqu'à un certain âge. Il en est de même du reste chez le vieillard dont la plèvre est moins accessible à la phlegmasie qu'aux autres époques de la vie humaine.

Diagnostic. Peut être confondue avec la pneumonie.

Diagnostic. — Avant la découverte de Laennec, il était souvent impossible de distinguer la pneumonie de la pleurésie. Nous avons ajouté aux symptômes fournis par l'auscultation un signe d'une

grande importance diagnostique, nous voulons parler de la *vibration thoracique*. Lorsque nous avons décrit la pneumonie (pag. 350 et 357), nous n'avons fait que rappeler succinctement les résultats positifs, invariables, acceptés par tout le monde, auxquels conduit la vibration thoracique. On ne peut pas, dans les sciences d'observation, revenir, à chaque instant, sur des faits précis, sur des phénomènes physiques qu'il est donné à tout le monde de constater et de reproduire aisément, en se remettant dans les mêmes conditions que les premiers observateurs. La vibration thoracique est précisément dans ce cas; notre surprise a donc été extrême quand nous avons vu M. Grisolle (*Traité de la pneumonie*, 2e édit., pag. 246, 1854) venir en contester la valeur et soutenir que la vibration thoracique n'est pas accrue dans les points du thorax qui correspondent à la pneumonie. Nous n'hésitons pas à rappeler que dans *notre enthousiasme pour cette vibration*, nous la mettons au même niveau que la matité thoracique et même au dessus, parce qu'elle nous fait reconnaître sur-le-champ la pneumonie : ce que la matité seule ne saurait faire.

Valeur extrême de la vibration thoracique.

Nous sommes du nombre de ceux qui croient que dans les sciences naturelles on ne doit pas chercher les motifs pour lesquels un observateur, seul en opposition avec tous les autres, nie l'existence des phénomènes physiques ou chimiques sur lesquels tout le monde demeure d'accord. En effet, lors même qu'on aime à propager la vérité, on n'est pas contraint de recommencer, tous les jours, à signaler les causes d'erreur qui peuvent obscurcir ou empêcher de paraître un phénomène physique, lorsqu'on a fourni déjà toutes les explications nécessaires, à ce sujet. Pour ne parler que de ce qui concerne la vibration thoracique, n'avons-nous pas dit, dans notre mémoire, qu'elle est nulle, faible ou mal dessinée : 1° lorsque la voix est grêle, mal articulée, et n'a qu'un petit volume comme chez les enfants, les vieillards et un certain nombre de sujets affaiblis, ou qui parlent bas; 2° lorsqu'une couche de tissu pulmonaire sain, ou à plus forte raison emphysémateux, se trouve interposée entre la paroi thoracique et la main de l'observateur, d'une part, et le corps conducteur et producteur du son, de l'autre; 3° lorsqu'un liquide, en lame plus ou moins mince, intercepte également cette ondulation sonore; 4° et, ce qui est encore plus commun, lorsqu'une pleurésie antérieure, dont il ne reste plus la moindre quantité de liquide, a cependant laissé après elle des adhérences étroites, des plaques pseudo-membraneuses qui ont changé les connexions naturelles des parties? Nous avons indiqué soigneusement toutes ces conditions physiques, et d'autres encore

On ne refait pas l'observation tous les jours à la volonté de chacun.

Les faits physiques sont inébranlables.

Telle est la vibration thoracique.

Conditions physiques qui la modifient.

dans notre mémoire *sur l'ondulation pectorale dans l'état physiologique et dans les maladies* (*Revue médico-chirurg.*, pag. 128-195, t. IV, 1848). Tant d'autres observateurs en ont confirmé l'exactitude, que nous sommes parfaitement rassurés sur le sort de la vibration thoracique ; nous étions donc loin de nous attendre à cette attaque, qui n'a d'ailleurs aucune importance, contre un phénomène physique aussi évident que la lumière. Nous sommes habitués, en médecine, à ces résistances tardives et opiniâtres de quelques hommes. Lorsque nous sommes venus dire, en 1842, que le silence de la respiration était l'exception, dans la pleurésie, et qu'on y entendait souvent des bruits d'expiration et de souffle, aussi intenses que dans la pneumonie (*Note sur le bruit d'expiration*, etc., *Gazette médicale*, n° 53, 1842), on a refusé d'abord de croire à un signe physique si facile à constater, puis on a cherché et donné les raisons pour lesquelles il devait en être ainsi. Plus tard on l'a si bien retrouvé qu'on en a grossi la fréquence et l'intensité ; qu'on y a même constaté des bruits de souffle caverneux et amphorique : ce qui était vrai. En fin de compte, tout le monde l'avait vu et observé avant nous. Pourvu qu'il ne vienne pas bientôt quelque médecin qui se mette à nier le bruit d'expiration et de souffle tubaire, dans la pleurésie, comme M. Grisolle est venu nier la vibration thoracique !

Conclusion. — Nous affirmons qu'il n'existe pas de meilleur signe pour distinguer la pleurésie avec épanchement d'avec la pneumonie, que l'absence ou la diminution extrême de la vibration thoracique dans les points correspondants, et que, sauf les cas que nous avons spécifiés, elle fait reconnaître à l'instant, et à elle seule, l'épanchement.

Tumeurs solides de la poitrine.

C'est encore à l'aide de ce précieux mode d'investigation qu'on affirme l'existence d'une tumeur solide de la paroi thoracique ou intra-pectorale ; la matité plus ou moins absolue, la déformation thoracique, les symptômes fournis par l'auscultation, sont semblables dans la pleurésie et dans cette maladie : la vibration seule permet de reconnaître la tumeur solide, parce qu'alors elle est augmentée, à un degré considérable.

Prognose.

Pronostic. — Une pleurésie n'est jamais une maladie légère, parce qu'elle peut être liée à une maladie de la plèvre (tubercule, pneumonie, etc.) ou à une affection générale, et parce qu'elle expose le sujet à des troubles respiratoires pénibles. Dans le cas même où elle se termine par la résolution d'un épanchement plus ou moins considérable, elle déforme la poitrine, gêne parfois, ultérieurement et pendant longtemps, la respiration.

Traitement. — Tout l'appareil des symptômes locaux et généraux qu'on observe, dès le début de la pleurésie, autorise l'emploi des émissions de sang locales et générales. La saignée ne réussit pas généralement, et, dans tous les cas, à un degré moindre que les ventouses scarifiées ou les sangsues placées *loco dolenti*. Les substances émollientes ou topiques aident à leur action. Il faut, dans tous les cas, leur préférer, de bonne heure, les vésicatoires volants répétés souvent; ne pas entretenir la suppuration, à moins d'indication spéciale, mais exciter une simple exhalation séreuse. Quelques révulsifs doux, dirigés, d'une façon intermittente, sur le tube digestif, et l'expectation, constituent les principaux agents de la thérapeutique. Elle devient plus difficile et exige l'emploi des vésicatoires en plus grand nombre, des drastiques, et la thoracentèse quand l'épanchement résiste et passe à l'état chronique. **Traitement.**

PLEURÉSIE CHRONIQUE.

On a désigné sous ce nom des maladies très-diverses, qu'on a prétendu rapporter à l'inflammation, telles que les productions cartilagineuses, calcaires, osseuses, les épanchements de sérosité limpide, de sang, la mélanose, etc. On doit réserver aujourd'hui ce nom, avec Laennec, aux pleurésies aiguës devenues chroniques, soit primitivement, soit consécutivement, et par conséquent : 1° aux adhérences phlegmasiques; 2° aux produits liquides de même nature, tels que la sérosité mêlée au pus, aux flocons fibrineux et aux fausses membranes parvenues à différents degrés d'organisation. Ces produits morbides constituent les reliquats de l'inflammation, et sont les seuls qu'on soit en droit de rapporter à un travail de phlegmasie chronique. Les épanchements séreux, limpides, non fibrineux, n'appartiennent pas à la pleurésie chronique. Pleurésie chronique.

Lésions anatomiques. — La membrane séreuse s'épaissit, devient fibreuse, blanchâtre, quelquefois par l'addition de fausses membranes. On y remarque aussi des plaques rouges, vermeilles ou brunâtres, molles et récentes, déterminées par de nouvelles phlegmasies qui se sont développées sur la plèvre anciennement enflammée et restée libre. Altérations qui lui appartiennent. Lésion de la plèvre.

Les liquides épanchés doivent, pour être attribués à un travail phlegmasique, contenir du pus ou de la fibrine, être troubles et opalescents; les feuillets viscéraux et pariétaux de la plèvre doivent por- Nature des liquides épanchés.

ter les traces de fausses membranes, d'adhérences; être cloisonnés par des kystes plus ou moins nombreux, interceptant des espaces variables, ou former dans les parties déclives de la poitrine des vacuoles ou loges plus ou moins nombreuses, pleines de sérosité purulente, ou un magma de fausses membranes, de pus, quelquefois de caillots sanguins. Lorsque, par une disposition diathésique de l'organisme, les tissus enflammés ont fourni du sang, il faut distinguer ce cas de ceux dans lesquels le caillot, primitivement formé, est devenu le point de départ de la pleurésie chronique et des fausses membranes qui ont fini par l'enkyster.

Disposition des fausses membranes.

On rapporte encore à la pleurésie chronique les dispositions suivantes des fausses membranes : 1° leur organisation en couche continue sur presque toute la surface des deux plèvres; l'adhérence réciproque et l'oblitération complète de ces feuillets avec retrait et déformation de la paroi thoracique; 2° le cloisonnement de la cavité pleurale par de fausses membranes, qui interceptent une seule ou plusieurs cavités distinctes (pleurésie enkystée unique ou multiple); 3° des fausses membranes de petite dimension donnant lieu à des plaques blanches, laiteuses, à des brides courtes ou longues qui se rompent par suite d'un travail atrophique.

Changement dans le poumon.

L'*organe pulmonaire* subit, sous l'influence des altérations de la plèvre que nous venons de signaler, les modifications de texture suivantes : refoulé dans les points indiqués (voyez *Pleurésie aiguë*), il perd sa contexture aréolaire, devient compacte, imperméable à l'air, d'une couleur verdâtre, ne crépite plus, et plonge au fond de l'eau. Il est solidement attaché et limité par une fausse membrane grise, verdâtre ou blanche, qui l'empêche de se dilater et de recevoir l'air du dehors. Cependant on peut encore lui faire reprendre son volume et sa contexture, à l'aide d'insufflations lentes, répétées et assez fortes. Le même effet a lieu, quand on est parvenu à débarrasser la poitrine du liquide qui la remplissait.

Lésions de la paroi thoracique.

Des changements non moins grands se passent aussi dans la paroi pectorale. Outre les rétrécissements, on trouve aussi des ampliations dues à la présence de l'air et d'un liquide sécrétés par la plèvre pulmonaire ou fournis par une fistule broncho-pleurale. (Voyez *Pneumo-hydro-thorax.*)

Sympto-matologie.

Symptômes. — Nous ne referons pas la symptomatologie de la pleurésie chronique. Elle est la même que celle de la pleurésie aiguë, soit adhésive, soit par épanchement. Insistons seulement sur les symptômes qui indiquent : 1° que la pleurésie s'est terminée par

adhérence, soit générale, soit partielle; 2° que le sac séreux contient un épanchement; 3° qu'il est formé par du pus ou de la sérosité plus ou moins mêlés à des fausses membranes. Tels sont les points qui intéressent le praticien, et sur lesquels il doit être fixé s'il veut faire une thérapeutique rationnelle et efficace.

1° Pleurésie chronique adhésive.

1° *La pleurésie chronique est adhésive, soit généralement, soit partiellement.* — On acquiert la certitude qu'il ne reste plus de liquide épanché, et que la plèvre adhère, au moyen de fausses membranes plus ou moins épaisses, par les symptômes suivants : 1° la vibration thoracique est nulle ou à peine sensible, dans les points qui correspondent à l'adhérence médiate ou immédiate du poumon avec la paroi pectorale. On ne comprend pas qu'une disposition anatomo-pathologique qui semble établir une continuité plus parfaite entre les différentes parties de la poitrine et le corps sonore (le larynx), soit précisément une cause qui anéantisse l'ondulation pectorale. Et cependant rien n'est mieux démontré pour nous que ce fait de diagnostic sur lequel nous appelons l'attention des médecins, et que nous avons déjà signalé dans notre mémoire sur la vibration thoracique. Il suffit de quelques adhérences intimes et de l'oblitération de la partie déclive ou latérale du thorax pour produire un pareil effet. Du reste, les autres signes ne laissent aucun doute sur l'oblitération de la plèvre.

Vibration thoracique nulle.

De quelques autres signes.

La matité, la diminution du mouvement des côtes, les dépressions limitées à telle ou telle partie de la poitrine, faciles à apercevoir, à mesurer même, quand on compare les parties similaires, la faiblesse, la disparition du bruit respiratoire, l'absence de bronchophonie et de souffle tubaire sont des signes manifestes de pleurésie chronique et adhésive. La gêne habituelle ou intermittente de la respiration, l'amaigrissement, l'état chloro-anémique et le trouble de la nutrition générale, sans même qu'il y ait de tubercule, constituent des troubles qui persistent longtemps après la guérison de la pleurésie.

2° Pleurésie chronique adhésive enkystée.

2° *La plèvre enflammée renferme encore son liquide pathologique.* — Le liquide peut être contenu dans une poche parfaitement close, formée au moyen de fausses membranes qui le limitent, de toutes parts. On trouve ces kystes entre le diaphragme et la base du poumon, entre la face interne de celui-ci et le médiastin, entre la colonne vertébrale et la racine des bronches, entre le sommet du poumon et la clavicule, enfin entre les lobes pulmonaires. Toutes ces variétés ne sont pas également faciles à reconnaître. Quand les kystes sont superficiels et en rapport avec la paroi thoracique, on remarque une am-

Siége.

Symptômes des pleurésies enkystées.

pliation partielle souvent très-distincte, de la matité, l'absence de vibration thoracique et de bruit respiratoire, ainsi que de bronchophonie. Ces symptômes sont limités, circonscrits dans des lieux insolites, et ailleurs que dans des parties déclives ; ils ne changent pas quand on place le malade dans une autre situation ; ils sont entourés de tous les symptômes qui annoncent la présence du poumon sain, perméable à l'air, ou induré par la compression et le refoulement que le kyste a fini par y déterminer.

Des siéges et des quantités de liquide épanché.

3° *Quantité et situation du liquide épanché.* — Il importe beaucoup de savoir quelle est la quantité de liquide contenu dans la plèvre et la situation qu'occupe le poumon, afin de suivre plus exactement les progrès de l'épanchement, et de se décider, en temps opportun, à pratiquer la thoracentèse.

Épanchement faible, moyen, considérable.

Lorsque l'hydrothorax est minime, le liquide occupe d'abord la base du poumon. S'il augmente et si le poumon est libre de toute adhérence, cet organe surnage et vient à la partie supérieure de la cavité pleurale, en commençant à se condenser ; plus tard encore, lorsque la quantité du liquide est de un à deux litres, le poumon peut être entouré de toutes parts ; la sérosité lui constitue alors une

Épanchement en nappe.

couche presque uniforme au milieu de laquelle il est plongé. On entend partout une respiration rude, soufflante, du bruit d'expiration de la broncho-égophonie ; si la sérosité siége seulement sur les parties déclives, c'est en arrière et latéralement qu'on en perçoit surtout les symptômes. L'égophonie se fait entendre dans les cas où la couche de liquide n'est pas épaisse ; souvent elle ressemble à la bronchophonie la plus nette. On éprouverait alors une difficulté extrême à distinguer la pleurésie d'avec la pneumonie, si l'on ne possédait pas la vibration thoracique qui manque entièrement dans la pleurésie.

Épanchement de trois à quatre litres.

A mesure que la sérosité s'épanche, en quantité plus grande, le poumon est refoulé de bas en haut, de dehors en dedans, et d'avant en arrière. Il se cache ainsi dans la gouttière vertébrale, contre les

Situation du poumon, par rapport à l'épanchement.

médiastins, le supérieur spécialement, où il s'aplatit, se condense, et se carnifie. On ne sait pas exactement combien il faut de temps pour lui faire perdre sa perméabilité et le rendre incapable de se laisser pénétrer par l'air. Le plus ordinairement, après trois mois, il est impropre à la respiration. Il est presque toujours environné de fausses membranes et de pus qui l'emprisonnent et le fixent solidement contre la paroi pectorale. On trouve encore le poumon refoulé tout à fait en haut vers la clavicule, dans un espace qui correspond à toute la région sous-claviculaire, et jusqu'à la seconde et la

troisième côte. Plus rarement il est déprimé en bas et aplati contre la face supérieure du diaphragme.

Signe de la présence du poumon et de l'épanchement.

Les signes de l'épanchement ont été déjà indiqués : rappelons seulement que l'ampliation d'un ou des deux côtés de la poitrine, la dilatation des espaces intercostaux, la non-vibration thoracique, le silence complet de la respiration, la matité, la respiration rude et supplémentaire qu'on entend dans le poumon sain, suffisent toujours pour reconnaître à l'instant même une pleurésie avec épanchement.

Sonorité exagérée tympanique.

La présence du poumon dans les régions précédentes se révèle par des signes certains qui ont été bien étudiés dans ces derniers temps. La percussion pratiquée sous la clavicule, dans la région sterno-mammaire ou sur la partie antérieure de la poitrine, fournit un son clair, tympanique, sonore, qui contraste avec la matité ambiante. On sent dans les mêmes lieux une vibration très-distincte ; on entend un bruit d'expiration ou de souffle, de la bronchophonie et même de la pectoriloquie, sans qu'il y ait d'excavation. Ces signes physiques dépendent uniquement de la présence du poumon condensé et comprimé contre la paroi thoracique d'une part, et, de l'autre, contre la partie inférieure du larynx, la trachée ou les racines des bronches. Le tissu pulmonaire joue le rôle d'un corps solide et bon conducteur du son. (*Remarques sur le bruit tympanique dans les épanchements. — Bulletin de la Société de médecine des hôpitaux de Paris*, pag. 346, 1854.) Un autre signe de la présence d'un liquide et du poumon est la disparition souvent rapide du son clair qu'on entendait, quelques jours avant, dans le point du thorax où l'on ne trouve plus que de la matité. Le changement de situation du poumon et du liquide, l'accroissement de celui-ci, ou toute autre condition physique que nous ne connaissons pas bien, suffisent pour faire varier ce signe.

Épanchement de pus; empyème.

4° *Épanchement de pus; empyème.* — On donne le nom d'empyème (de ἐν, πῦον, pus) à toute collection de pus, de sérosité et d'air dans la plèvre. Cette dénomination vicieuse doit être effacée du langage médical. Elle ne devrait d'ailleurs indiquer que l'épanchement du pus ou d'une sérosité, en grande partie purulente, quelle que soit la cause qui les a produits. Existe-t-il des signes capables de faire reconnaître que le liquide formé dans une plèvre enflammée est du pus ? Nous répondrons, de la manière la plus formelle, par la négative. Tout au plus peut-on soupçonner qu'il en est ainsi, lorsque la douleur pectorale a été très-vive et a duré longtemps, lorsque la période aiguë a été longue, marquée par une fièvre intense, par des frissons qui reviennent tous les jours, par une dyspnée très-forte, de

Les signes.

l'amaigrissement, du trouble de la digestion et des phénomènes de colliquation ; et encore faut-il s'en prendre plutôt à la cause de la pleurésie qu'à la nature du liquide épanché. Les tubercules du poumon ou de la plèvre sont la cause habituelle de ces pleurésies suppuratives.

Épanchement mixte.

5° *Épanchement mixte.* — On a intérêt à savoir si le liquide épanché dans une plèvre est un fluide séro-purulent en état de sortir aisément par la canule du trocart, à l'aide duquel on se propose de pratiquer la thoracentèse. Il importe surtout de s'assurer si la phlegmasie est éteinte et si le liquide, le pus surtout, ne se reproduira pas. On ne peut, à cet égard, que faire des conjectures. Il en est de même lorsqu'il s'agit de décider si le liquide est libre dans la cavité de la

Difficultés du diagnostic.

plèvre, et s'il n'est pas séparé par des cloisons qui l'isolent et l'empêcheront de sortir par une seule ouverture. On éprouve moins d'hésitation pour reconnaître que la plèvre renferme un épanchement et qu'elle n'est point oblitérée par des adhérences et des fausses membranes partielles ou générales. Cependant, si l'on n'a pas assisté à l'évolution de la pleurésie, on risque encore de se tromper. Il faut, dans tous les cas, avant de perforer la poitrine avec le trocart, se bien assurer de la présence de l'épanchement, à l'aide de tous les signes qne nous avons indiqués, et encore court-on risque de tomber sur quelque adhérence, ou sur une fausse membrane, qui empêchera le liquide de s'écouler au dehors.

Terminaison de la pleurésie.

La pleurésie chronique se termine souvent par la résorption du liquide épanché, très-rarement par l'évacuation de la sérosité à travers les parois thoraciques ou les bronches. La fluctuation extérieure qui se manifeste dans un espace intercostal et sous la peau suffit pour faire reconnaître cette terminaison. Celle qui a lieu par les bronches s'accompagne tout à coup d'une violente dyspnée, de la brusque expectoration d'une quantité énorme de sérosité transparente ou purulente, et d'une diminution rapide de l'épanchement. On voit aussi la mort survenir instantanément chez des sujets dont un côté de la poitrine ou les deux sont le siége d'une vaste collection séreuse. Elle a lieu par syncope, au moment où le malade fait un mouvement et sans que les personnes qui l'entourent s'y attendent. Il est utile que le médecin les prévienne que cette terminaison fatale est possible. La fin ordinaire des pleurétiques est le dépérissement graduel par une fièvre hectique lente dont les tubercules sont la cause la plus ordinaire.

1° Par résorption ;

2° par évacuation au dehors.

3° Par suffocation.

Traitement.

Traitement. — En admettant que le malade a été traité, en temps

opportun, et par tous les moyens convenables, d'une pleurésie aiguë, il se peut faire qu'elle passe à l'état chronique, ou bien elle s'établit d'emblée. Il est rare qu'on ait besoin de recourir aux émissions sanguines locales. On commence ordinairement par agir sur la peau du thorax en y provoquant une hypérémie sécrétoire, au moyen de vésicatoires volants, de grande dimension, qu'on applique avec persévérance et en nombre illimité, jusqu'à ce que l'épanchement diminue d'une manière très-sensible. On ne néglige pas de produire une révulsion du même genre sur le tube digestif avec les purgatifs, et surtout les drastiques, lorsque l'intestin est en assez bon état pour en recevoir fréquemment l'action. Les diurétiques agissent d'une façon fort douteuse. Le tartre stibié à haute dose avait la confiance de Laennec, dans les cas graves et rebelles à tous les autres remèdes. On doit l'essayer sans la moindre hésitation avant de se décider à pratiquer la thoracentèse.

De la thoracentèse.

De la thoracentèse. — Lorsque l'épanchement menace de causer l'asphyxie, il est nécessaire de pratiquer immédiatement la thoracentèse, tout en continuant à combattre la cause de l'hydrothorax. Il ne saurait y avoir le moindre doute à cet égard, et tous les auteurs contemporains sont d'accord sur l'utilité de cette opération. Nous sommes heureux, pour notre part, d'avoir été les premiers qui l'ont remise en honneur dès l'année 1842, dans notre article *Hydrothorax* (*Compendium de médecine*). Depuis cette époque, sans même qu'ils aient pris la peine de nous citer, plusieurs auteurs n'ont fait que reproduire tout ce que nous avons publié dans ce travail.

Utilité de cette opération. Des indications pressantes.

Les indications de la thoracentèse sont peu nombreuses et formelles. Il faut y recourir toutes les fois qu'il y a menace de suffocation et qu'on voit paraître les signes encore éloignés et faibles d'une asphyxie commençante. On n'attendra pas que le cerveau se congestionne, que les forces soient diminuées, que les battements du cœur soient altérés dans leur énergie et dans leur rhythme. Si les deux côtés sont affectés en même temps, on n'en ponctionnera qu'un d'abord, en commençant par celui qui est le plus distendu. On peut rencontrer du pus épanché, des flocons fibrineux en grande quantité, on peut même soupçonner que le tubercule, le cancer, sont la cause de l'hydrothorax, sans que pour cela l'indication pressante d'ouvrir la poitrine en reste moins bien établie. Elle l'est encore, lorsqu'on voit naître et s'accroître rapidement un hydrothorax, et lorsque, paraissant arrêté, il semble ne pas menacer immédiatement la vie du sujet. Vaine illusion : le malade, qui respire encore librement, qui ne se plaint d'aucune

dyspnée, peut mourir subitement de syncope et d'asphyxie, et l'on regrettera amèrement de ne pas avoir au moins essayé la thoracentèse. Chez les jeunes sujets et les adultes, il faut savoir obéir promptement à cette indication ; plus tard il ne serait plus temps ; *sero medicina paratur*.

Nous n'avons pas à nous occuper du procédé opératoire : nous rappellerons que la thoracentèse, aussi facile et aussi simple que la saignée, doit être pratiquée par le procédé de Reybard, c'est-à-dire, en empêchant l'entrée de l'air dans la poitrine, et que les injections aqueuses et iodées rendent les plus grands services pour laver la plèvre et en produire ensuite l'oblitération. Nous avons pratiqué pour notre part la thoracentèse dans quinze cas graves. Nous n'avons réussi que dans un tiers des cas ; ce qui ne nous paraît pas une cause suffisante pour repousser l'opération.

HYDROTHORAX.

Définition.

Définition. — On doit réserver exclusivement ce nom à l'hydropisie de la plèvre, c'est-à-dire à un épanchement de sérosité claire dans la cavité thoracique, limpide et non chargée de produits phlegmasiques. Il ne faut pas confondre avec ce liquide les sérosités dues à une inflammation des plèvres. Celles-ci contiennent du pus, de la fibrine, et sont faciles, par cela même, à distinguer des précédentes. La présence du sang dans un épanchement l'exclut aussi du nombre des hydrothorax.

Causes de l'hydrothorax. 1° Causes locales.

L'hydrothorax provient des causes que nous allons rapidement passer en revue : 1° de *causes locales ;* les tubercules de la plèvre, le cancer, l'acéphalocyste, les maladies du poumon, les tumeurs et les maladies des côtes, de la plèvre pariétale, et même de la mamelle, peuvent exciter une irritation hypercrinique, suffisante pour remplir la cavité du thorax d'une sérosité exempte de tout produit phlegmasique. La gêne de la circulation intra-thoracique causée par les maladies du cœur et des gros vaisseaux veineux et artériels, l'anévrysme artérioso-veineux de l'aorte et de la veine cave, sont l'origine d'épanchements séreux, chroniques et rebelles, à cause de la persistance et de l'incurabilité de la lésion primitive. La compression de la veine cave supérieure est suivie des mêmes effets.

2° Hypercrinie par action réflexe.

2° L'hydrothorax peut dépendre d'une irritation sécrétoire ; l'hypercrinie sympathique se déclare alors dans le thorax, plus encore qu'ail-

leurs, à la suite de la suppression ou de la diminution des fonctions de la peau, sous l'influence d'un refroidissement brusque ou prolongé.

Nous avons vu deux hydrothorax se manifester dans des conditions de ce genre ; mais ces cas sont rares. Est-ce par une irritation sympathique de même nature qu'on voit l'hydrothorax succéder à une fièvre éruptive, à une scarlatine, à une petite vérole? L'albuminurie, dans ce cas, n'en est-elle pas la véritable origine?

Hypercrinie par altération du sang.

3° *Altération du sang.* — La diminution de la fibrine et de l'albumine du sang, qu'on observe dans un assez grand nombre de maladies, notamment dans les affections hémorrhagiques, dans l'albuminurie, dans la maladie de Bright, etc., donne lieu à des épanchements séreux de la plèvre étrangers à l'inflammation. Il en est de même du rhumatisme, de la goutte, de la scrofule et de la plupart des diathèses. Il suffit d'un affaiblissement de la constitution pour qu'il se forme une hypercrinie dans les plèvres.

Symptômes. (*a*) Locaux.

Symptômes. — Les hydrothorax n'ont de commun entre eux que les symptômes locaux. Nous les avons déjà signalés en parlant de la pleurésie chronique. Ils en diffèrent en ce que l'épanchement est souvent double, lent à se produire, sans douleur, sans accidents aigus de phlegmasie, en ce qu'il est mobile, non limité par des adhérences, puisqu'il n'existe pas d'inflammation. On ne saurait tracer un tableau des symptômes généraux de ces hydropisies, parce qu'elles diffèrent trop par les causes, la marche et la gravité. Les unes sont aiguës, les autres chroniques, les unes appartiennent aux maladies locales, les autres aux affections générales. Comment dès lors continuer à offrir une description composée de faits contradictoires qui n'ont aucun rapport entre eux? Le temps est venu de retrancher des ouvrages de pathologie interne les travaux faits dans cette stérile et fausse direction.

Traitement. De quelques indications de la thoracentèse;

Traitement. — Un mot seulement sur quelques indications de la thoracentèse dans l'hydrothorax. Lorsqu'une cause incessante d'épanchements, comme une maladie du cœur, les tubercules de la plèvre, une tumeur intra-thoracique, reproduit incessamment le liquide, la thoracentèse est une opération inutile et qu'il ne faut pas tenter. On est sûr qu'elle ne fera pas cesser l'hydrothorax.

dans les hypercrinies dynamiques.

Il n'en est plus de même, dans le cas d'hydrothorax par hypercrinie, quelle que soit la cause du flux idiopathique. Lorsqu'on a la certitude que le traitement ne peut plus améliorer la maladie, on doit, sans hésiter, recourir à la thoracentèse, et même la pratiquer dès le début, si l'épanchement est rapide, la dyspnée extrême, la suffocation

imminente. L'emploi des injections iodées est souvent indispensable pour en assurer le succès.

L'ampliation considérable d'une côte du thorax, et la condensation extrême du poumon, ne doivent pas empêcher d'y recourir. Lors même que l'organe est comprimé depuis deux à trois mois par le liquide, on l'a vu revenir à son état normal après un temps très-long, lorsque de fausses membranes et des produits phlegmasiques ne l'avaient pas définitivement fixé à la paroi pectorale. (Voyez *Traitement de la pleurésie chronique.*)

PNEUMO-THORAX.

Étymologie. De πνεῦμα, air, et θώραξ, poitrine; épanchement d'air dans la poitrine. On l'appelle aussi très-souvent hydro-pneumo-thorax, parce que la présence de l'air entraîne presque nécessairement la sécrétion d'un liquide pleural.

Définition. **Définition.** — Tout épanchement de gaz et de liquide dans la cavité pleurale porte le nom de pneumo-hydro-thorax.

Étiologie. **Causes.** — Toute lésion du tissu pulmonaire capable de permettre à l'air de passer dans la plèvre, produit nécessairement le pneumo-thorax. Une blessure, une déchirure du poumon, provoquée par une violence extérieure, par un instrument, une fracture de côtes, est une cause traumatique de la maladie.

Cause traumatique.

Cause interne. Parmi les autres altérations spontanées du poumon, qui déterminent le plus ordinairement le pneumo-thorax, nous citerons : 1° la phthisie pulmonaire; — 2° la pleurésie; — 3° la gangrène; — 4° l'emphysème; — 5° l'hémorrhagie; — 6° les abcès; — 7° les hydatides; — 8° le cancer; — 9° les fistules hépato-pneumo-pleurales.

Phthisie. La première et la plus fréquente de toutes les causes du pneumo-thorax, est donc la phthisie. Lorsque des adhérences préalables ne se sont pas établies entre le point de la plèvre occupé par le tubercule ramolli et le feuillet pariétal, il arrive un moment où le ramollissement a lieu; le produit tuberculeux et surtout l'air s'épanchent alors dans la plèvre. Souvent la phthisie est peu avancée, les tubercules sont rares, mais situés à une petite distance de la séreuse et incapables de provoquer une inflammation adhésive.

Pneumo-thorax par maladie de la plèvre. La pleurésie avec empyème, ou avec simple épanchement séro-purulent, peut s'ouvrir un passage à travers les bronches, et le li-

quide s'écouler ainsi au dehors. Il en résulte une fistule et un hydro-pneumo-thorax. On l'observe plus rarement que dans la phthisie pulmonaire ; on ne saurait dire à quelle cause tient cette différence.

Les liquides sanguins séro-purulents et surtout purulents de la plèvre peuvent-ils engendrer des gaz, en s'altérant, ou ceux-ci peuvent ils être sécrétés par la plèvre malade? C'est un fait encore très-contesté que celui de la production d'un gaz par une séreuse malade et par la plèvre en particulier. Cependant il faut rester dans le doute, surtout si l'on veut bien se rappeler que la membrane muqueuse de l'intestin, saine ou malade, en produit habituellement de grandes quantités.

L'emphysème, la gangrène, l'hémorrhagie, sont des causes rares, et constituent autant de cas particuliers, dans l'histoire du pneumo-thorax. Nous ne ferons également que mentionner comme possible, une communication entre la plèvre et l'œsophage (Boerhaave). Causes rares de perforation pulmonaire.

Altérations anatomiques. — Le côté du thorax qui est le siége de la lésion offre une dilatation considérable. Le cœur est refoulé à droite ainsi que l'œsophage, si l'épanchement d'air occupe le côté gauche ; nous avons toujours trouvé le diaphragme fortement abaissé dans la cavité abdominale, formant une voussure, à convexité inférieure, et repoussant les viscères voisins. Dans un cas où la lésion était à droite, le foie avait été refoulé à gauche, dans le ventre, et abaissé de manière que son lobe droit était en bas et le gauche en haut, dans l'épigastre. On peut imaginer les changements de rapports que ne manque pas d'apporter dans l'estomac, le colon transverse et le duodenum, cette voussure exagérée du diaphragme. En pratiquant une piqûre sur la paroi thoracique distendue, on entend l'air qui sort en sifflant, et on le voit se dégager, par bulles nombreuses, lorsqu'on a couvert préalablement le thorax d'une couche de liquide. Lésions. Changements de connexion.

Le poumon est refoulé contre la colonne vertébrale, en haut et en avant, souvent aussi en arrière. On le trouve presque toujours petit, condensé et maintenu par des adhérences et par le liquide ; rarement il conserve son volume normal.

Les *gaz* sont en quantité variable, quelquefois minime. Ils sont formés, dans la plus grande partie des cas, par l'air atmosphérique, par l'acide carbonique, l'azote et l'oxygène, tantôt fétides, à odeur sulfureuse très-prononcée, tantôt inodores. Composition des gaz.

Le liquide séreux, sero-purulent ou entièrement purulent, est presque toujours en quantité peu considérable ; il s'accumule dans les Liquide.

parties déclives. La présence des gaz dans le thorax est un obstacle à la production d'une grande quantité de liquide.

Siége.

Le siége le plus ordinaire du pneumo-thorax est le côté gauche de la poitrine, à cause de la prédominance de la phthisie du poumon de ce côté.

Fistule broncho-pleurale.

La fistule pleuro-bronchique est configurée d'une manière assez différente, suivant les causes qui l'ont déterminée, et suivant les cas particuliers. Tantôt le poumon maintenu, comme une espèce de lame charnue, contre le rachis est recouvert de fausses membranes, qui ne laissent d'abord découvrir aucune fistule, mais, en insufflant avec une certaine force, on voit les lames membraneuses s'écarter sur un point, soit du lobe moyen, soit du lobe inférieur et offrir une fistule étroite; des tubercules crus et rares sont disséminés dans les poumons. Tantôt l'on trouve chez un sujet atteint de pneumonie gangréneuse la fistule bronchique largement ouverte et béante, au milieu d'une escarrhe verdâtre. (Monneret, *Sur le pneumo-thorax et les phénomènes acoustiques auxquels il donne lieu; Arch. génér. de médec.*, p. 257, t. XXV, 1851.) La communication établie entre la bronche et la plèvre est sinueuse, longue, à peine visible, cachée derrière des fausses membranes, tantôt large et facile à apercevoir, ou dissimulée entre les lobes d'un poumon, parfois enfin placée dans la paroi d'une excavation tuberculeuse de petite dimension.

Elle affecte une forme et un siége très-différents.

De l'orifice de la fistule par rapport au liquide.

Rien n'est si variable que la situation de la fistule par rapport au liquide épanché. On peut cependant établir qu'elle s'ouvre au-dessus ou au-dessous du liquide, plus souvent même au-dessous, sans que le tintement métallique et la voix amphorique en soient pour cela sensiblement modifiés. Nous verrons en effet plus loin que ce n'est pas le liquide épanché qui joue le principal rôle dans la production des symptômes indiqués. Ajoutons qu'il existe des cas dans lesquels il n'y a pas de communication entre la plèvre et la cavité pulmonaire, et cependant les signes de l'épanchement de gaz et de liquide existent.

Symptomatologie.

Douleurs pleurales.

Symptômes. — La maladie débute ordinairement par une douleur vive due à la perforation pleuro-pulmonaire qui s'est produite tout à coup, et a causé une pleurésie traumatique en quelque sorte. La douleur a quelquefois une violence extrême et jette le patient dans une grande anxiété; chez d'autres le début est sourd et latent. Quelquefois le sujet se couche sur le côté affecté; il est en proie à une dyspnée intense; le plus ordinairement, il reste assis sur son séant.

Décubitus.

Ampliation pectorale.

Le côté affecté s'agrandit très-rapidement, en quelques heures. Il

est bombé, saillant; les espaces intercostaux sont dilatés; les côtes immobiles lorsque la distension par les gaz épanchés est portée un peu loin. Quand on percute la paroi agrandie, soit en avant, soit en arrière, elle rend un son clair, tympanique, dans tout le côté affecté, sur le sternum et l'hypocondre. Le son clair sert à limiter très-exactement l'épanchement d'air.

Son tympanique.

Un signe non moins important est fourni par la vibration thoracique; nous dirons même qu'il est peut-être le plus précieux de tous, parce qu'il donne, à lui seul, la certitude que la poitrine renferme un gaz et un liquide. En effet, partout où l'on applique la main et où la poitrine rend un son clair, *on ne perçoit aucune vibration; elle est complétement éteinte.* Ce fait, que nous avons signalé dans notre Mémoire, est si généralement accepté, que nous ne nous y arrêterons pas. Nous rappellerons seulement que, dans l'état sain, la glotte, la colonne d'air intra-pulmonaire, le poumon et la paroi forment, pendant que le malade parle, tousse ou respire, un système complet de corps conducteurs partout continus et qui vibrent à l'unisson. Ces conditions acoustiques si favorables à la propagation du son se trouvent troublées, anéanties même, quand un corps, moins bon conducteur du son, tel que l'air, vient à s'interposer entre le poumon et la main qui explore.

Vibration pectorale nulle.

Cause de ce signe.

On retrouve également l'absence de vibrations dans les parties les plus déclives de la poitrine, partout où existe un liquide épanché. Mais la percussion sert à l'instant même pour faire trouver les limites exactes de l'air et du liquide. Le son le plus tympanique côtoie le son le plus mat qu'on puisse entendre et s'y trouve superposé.

L'hydrothorax le produit également.

Lorsqu'on ausculte le côté du thorax dans lequel s'est faite une communication insolite entre les bronches et la plèvre, on entend, chaque fois que le malade respire, une crépitation retentissante et métallique, due à des bulles qui ressemblent tout à fait au bruit que produit l'air lorsqu'il vient crever à la surface d'un liquide contenu dans un vase spacieux. Le bruit monotone qu'elles rendent a la plus grande analogie avec le cri argentin et lointain du crapaud. Souvent il faut que le malade tousse, parle ou fasse un effort pour qu'on puisse entendre le tintement; il se produit alors à la fin de l'expiration plus ou moins forcée que fait le malade. Il nous a paru se former plus souvent pendant ce temps de la respiration que pendant l'inspiration.

Tintement métallique.

Nous ne pouvons entrer dans de longs détails sur le mode de production du tintement; nous l'avons étudié, après bien d'autres obser-

Sa cause.

vateurs dans un Mémoire que nous avons cité. Voici de quelle manière il nous semble naturel de l'expliquer, d'après les lois de l'acoustique. Le tintement est un bruit *hydro-aérique*, un râle bullaire, dû à la vibration d'un liquide agité par l'air, dans une cavité plus ou moins grande ; l'air qui y est enfermé entre en vibration et consonne, c'est-à-dire que la cavité amplifie le son comme le ferait une caisse d'harmonie. Le liquide et les gaz vibrent alors à l'unisson. La bouche ouverte et sur les bords de laquelle on fait passer un peu de salive, sous forme de bulle, un côté du thorax dans lequel se trouvent contenus, mêlés et agités fortement de l'air et de l'eau (bruit de flot) ou l'estomac avec ses liquides et ses gaz, nous offrent réunies, de la façon la plus nette, toutes les conditions physiques propres à la formation du tintement métallique. (*Mém. cit. sur le pneumo-thorax*, etc., page 272.)

C'est un râle bullaire.

Il suffit qu'une petite quantité de liquide soit placée sur le bord d'une cavité normale ou anormale et qu'elle vibre par le mouvement que lui imprime l'air, pour qu'il se produise un tintement métallique. Il n'est, en définitive, comme on l'a très-bien remarqué, qu'un râle humide résonnant dans un espace plus ou moins spacieux. Il résulte de la co-vibration de l'atmosphère intra-pleurale qui donne à la bulle son timbre et son intensité spéciales.

Diverses conditions morbides ou naturelles produisent le tintement.

On s'explique aisément, dans cette théorie, pourquoi la fistule peut s'ouvrir aussi bien au-dessus qu'au-dessous du liquide, pourquoi il peut n'exister que quelques gouttes de liquide sur les bords de la fistule, ou des fausses membranes qui font l'office de soupape ; pourquoi il n'est pas nécessaire qu'une fistule fasse communiquer les bronches et la plèvre ; pourquoi une cavité intra-pulmonaire seule suffit pour provoquer le bruit anormal (Laennec). Les seules conditions indispensables sont une cavité pleine d'air dans laquelle puisse parler un liquide qui y existe ou qui s'y épanche et qui est traversé par l'air : une caverne tuberculeuse ou gangréneuse, la cavité d'un abcès pulmonaire, d'une bronche dilatée, l'intestin avec ses gaz et ses liquides, une plèvre placée dans les mêmes conditions, peuvent devenir la cause d'un tintement métallique très-distinct. Qu'on remarque bien que ce n'est pas toujours le liquide pleural qui parle ; quelques mucosités, du pus, situés à l'entrée de la fistule dans la cavité pulmonaire, suffisent à la production du phénomène. Il y a plus ; une grande quantité de liquide, des adhérences pulmonaires, la forte compression et le ratatinement du poumon peuvent l'empêcher de paraître.

Le souffle, la voix et la toux amphoriques qu'on entend lorsqu'il existe un pneumo-thorax, ne tiennent pas à la fistule pleuro-bronchique ; Laennec l'avait très-bien reconnu lui-même. On le retrouve dans des cas où il n'existe pas de communication entre les bronches et la plèvre. Les seules causes, qui nous paraissent en favoriser le développement, sont, d'une part, l'induration du tissu pulmonaire, et, de l'autre, la cavité spacieuse dans laquelle sont transmises facilement par les tuyaux bronchiques, et amplifiées, la respiration, la voix et la toux, c'est-à-dire tous les phénomènes acoustiques qui se produisent normalement, d'après la théorie de Spittal, dans le larynx et sur les lèvres de la glotte. On ne peut pas nier que la voix naturelle et la toux ne se forment dans le larynx ; or, si cette voix, cette toux, acquièrent un timbre amphorique dans le pneumo-thorax, il faut reconnaître que ce n'est pas à l'ouverture fistuleuse broncho-pleurale, mais dans le larynx, que se développent aussi les phénomènes acoustiques, seulement ils prennent leur timbre et leur ton dans la cavité anormale. Le souffle, la voix, la toux amphorique ne sont que le souffle tubaire, et la bronchophonie amplifiée dans la cavité pleurale ou dans une caverne pulmonaire. Du reste, ces symptômes ne sont pas constants : la situation du poumon, dans la plèvre, par rapport au liquide et au gaz, la quantité plus ou moins considérable de ceux-ci, le point dans lequel s'ouvre la fistule broncho-pulmonaire, font nécessairement varier beaucoup les signes acoustiques dont nous venons de parler.

Souffle, voix et toux amphoriques.

Mode de production.

Bruit de flot. — Quand on fait placer le malade à son séant et qu'on imprime une vive secousse à sa poitrine, on entend un bruit de flot résultant de la vibration sonore du liquide agité au milieu de la cavité pleurale, pleine d'air. Ce bruit déjà signalé par Hippocrate, et qu'on obtient par la succussion qui porte son nom, n'est qu'un son hydro-aérique, un râle produit artificiellement par la main de l'observateur, tandis que le tintement métallique l'est par les mouvements de la respiration. La fluctuation, ou mieux le bruit de flot n'implique pas nécessairement l'existence d'un pneumo-thorax, puisqu'il peut se produire dans une plèvre close ou toute autre cavité spacieuse, pleine de liquide et de gaz.

Bruit de flot.

Succussion Hippocratique.

Outre les symptômes propres au pneumo-thorax, tels que la sonorité exagérée, la non-vibration thoracique, la voussure, le tintement, le souffle, la voix et la toux amphoriques, le bruit de flot, on trouve encore des symptômes qui appartiennent aux maladies pulmonaires ou pleurales dont le pneumo-thorax est l'effet. On observe tantôt les signes de la phthisie pulmonaire, les râles divers, les symptômes

Symptômes de la maladie protopathique.

locaux et généraux qui lui appartiennent, tantôt ceux d'une pneumonie, d'une gangrène ou d'un abcès. Nous rappelons l'existence de ces symptômes *extrinsèques,* afin que le médecin ne soit pas tenté de les rapporter à la maladie ultime, et afin qu'il y cherche les signes propres à l'éclairer sur la véritable nature et les causes du pneumo-thorax.

Marche; terminaison.

Marche. — Le pneumo-thorax est la terminaison de la phthisie, de la pleurésie, de la gangrène, et d'autres maladies que nous avons indiquées. Aussi est-il impossible de dire rigoureusement le temps qu'il doit durer. La phthisie, la gangrène, l'emphysème, font mourir rapidement dans l'espace de dix jours, un mois. Il est rare que les malades survivent au-delà de deux à trois mois. La rapidité avec laquelle s'opère l'épanchement de gaz et de liquide, la compression qui en résulte pour le poumon, et la gêne de l'hématose, concourent à rapprocher l'instant fatal. Il est très-rare de constater la guérison; elle n'a jamais lieu dans la phthisie.

Diagnostic.

Diagnostic. On pourrait confondre le pneumo-thorax avec l'emphysème pulmonaire, avec une vaste caverne, ou l'emphysème généralisé et externe; mais ces maladies sont chroniques. L'existence du tintement métallique et l'ampliation thoracique générale n'appartiennent qu'au pneumo-thorax.

Traitement.

Traitement. — Le traitement du pneumo-thorax en lui-même doit-il être tenté? Il consisterait dans l'évacuation par la thoracentèse du liquide épanché sur le thorax. Cette opération n'a aucune espèce de chance de succès; le passage de l'air dans la plèvre ramènerait incessamment une nouvelle quantité de liquide. Il faudrait qu'on eût la certitude que la fistule est oblitérée et que l'épanchement d'air et de liquide ne se reproduiront plus pour essayer la thoracentèse.

Bibliographie.

Bibliographie. — Dans quel livre trouver une meilleure et plus fidèle description du pneumo-thorax que dans le *Traité de l'auscultation* par Laennec? Voyez aussi une dissertation de M. Saussier: *Recherches sur le pneumo-thorax*, thèse n° 193, 1841.

MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF.

Divisions. — Les maladies de l'appareil digestif résident: 1° dans la bouche; — 2° le pharynx et l'œsophage; — 3° l'estomac; — 4° l'intestin grêle; — 5° le gros intestin; — 6° le péritoine.

MALADIES DE BOUCHE.

Divisions. — Les relations sympathiques qui existent entre la membrane muqueuse de la bouche, d'une part, et les maladies générales et locales, de l'autre, sont si nombreuses, si intimes, que nous allons voir paraître dans les maladies, en apparence, très-restreintes de la bouche, presque toutes les manifestations de la pathologie générale et spéciale. Il faut que le praticien s'habitue à les considérer, sous ce point de vue, s'il veut en connaître la signification, et comprendre l'histoire de ces maladies. Cette remarque s'applique surtout aux hypérémies, aux stomatites, aux ulcérations, aux hémorrhagies, etc. Nous les décrirons suivant leur ordre habituel : 1° l'hypérémie; — 2° la phlegmasie; — 3° l'hémorrhagie de la membrane muqueuse; — 4° les ulcérations; — 5° les éruptions vésiculeuses. Nous parlerons ensuite de la gangrène de la bouche et des maladies de la dentition. **Divisions.**

HYPÉRÉMIE.

La congestion de la membrane interne de la bouche donne lieu à une rougeur plus ou moins générale, ordinairement foncée, uniforme, et à une tuméfaction médiocre de cette membrane. Elle est le siége fréquent d'une hémorrhagie. Congestion.

1° *Hypérémie idiopathique.* — On voit l'intérieur de la bouche rougir promptement chez le nouveau-né dès qu'il commence à saisir le sein de sa nourrice; cette congestion naturelle ne tarde pas à se dissiper, mais elle reparaît lorsque le sein flétri n'offre plus qu'un lait insuffisant et force l'enfant à opérer une succion énergique. La première dentition, surtout si elle s'effectue mal et péniblement, est une cause incessante de congestion buccale. Chez l'adulte, la malpropreté, l'usage du tabac et d'aliments fortement épicés, peuvent la produire. I. Hypérémie idiopathique physiologique.

2° *Hypérémie sympathique.* — Nous avons observé chez quelques femmes mal réglées, névropathiques et hystériques, des congestions intermittentes de la bouche qui finissaient souvent par de petites hémorrhagies (*hypérémies supplémentaires*). D'autres sont liées sympathiquement à des souffrances aiguës ou chroniques de l'intestin et de l'utérus, à de fréquentes gastralgies, à une tumeur cancéreuse de l'estomac ou du mésentère, à une maladie chronique du poumon, à diverses cachexies chroniques, à des diathèses, etc. Dans II. Hypérémie sympathique; d'une maladie viscérale.

tous ces cas on observe des congestions permanentes ou passagères de la muqueuse de la bouche et des gencives qui prennent une teinte rouge ou bleuâtre.

III. Hypérémie symptomatique : 1° d'une maladie du solide ; 2° d'une maladie générale.

3° *Hypérémie symptomatique d'une maladie du solide.* — A cette classe se rattachent d'abord l'hypérémie mécanique due à une maladie du cœur, surtout dans sa dernière période, lorsque tous les vaisseaux capillaires sont distendus par le sang. Que de maladies générales dans le cours desquelles on observe la congestion de la muqueuse, comme la fièvre typhoïde, le typhus et tous les exanthèmes! La rougeole et la scarlatine nous offrent une hypérémie buccale des plus manifestes qui fait partie de la maladie générale. Nous en dirons autant de presque toutes les affections diathésiques lorsqu'elles sont parvenues à une période avancée et qu'elles ont détérioré toute la constitution. On retrouve la rougeur et le ramollissement de la membrane buccale chez les phthisiques, les cancéreux, dans la scrofule, la diphthérie, le scorbut, la leucémie, les intoxications chroniques par le miasme paludique, par le plomb, etc. Les sujets atteints d'une ancienne syphilis en offrent également tous les signes. Nous pourrions insister plus longuement sur les causes fréquentes qui les produisent, mais comme elles sont à peu près les mêmes dans les diverses maladies de la bouche qu'il nous reste à étudier, nous aurons de nombreuses occasions d'y revenir. (Voyez *Stomatite.*)

Actes morbides divers dus à la même cause locale ou générale.

Nous devons seulement rappeler que les actes pathologiques dont la bouche peut devenir le siége sont les mêmes dans le cours des maladies locales et générales, quoique très-différentes les unes des autres. Un empoisonnement par le mercure, quel que soit son mode de pénétration, est suivi tantôt d'une simple hypérémie, tantôt d'une stomatite érythémateuse, ulcéreuse, pseudo-membraneuse, gangréneuse même ; le virus syphilitique, la scrofule, le scorbut, le rhumatisme provoquent les mêmes actes morbides. Il ne faut donc pas tant rechercher la forme des manifestations pathologiques que leur cause spéciale, soit locale, soit générale. Celui qui oublierait, un seul instant, ce principe général, ne comprendrait rien aux maladies de la bouche ni du pharynx.

STOMATITE.

Divisions.

Divisions. — Cette expression ne doit servir à désigner que la phlegmasie de la membrane muqueuse de la bouche caractérisée par un ou plusieurs des actes morbides suivants : 1° par la rougeur vas-

culaire ; — 2° par l'exsudation plastique ; — 3° par la suppuration et l'ulcération. Elle comprend donc la stomatite érythémateuse, la pseudo-membraneuse, la suppurative et l'ulcéro-membraneuse.

Des diverses espèces de stomatites.

Nous avons rassemblé dans une étude générale, et placé les unes à côté des autres, les stomatites qu'on a divisées et subdivisées à un tel point, qu'il n'est plus possible de s'en faire une juste idée. Jetons d'abord un coup d'œil sur les diverses espèces de maladies qu'on a désignées sous des noms différents, afin, sans doute, d'augmenter encore la confusion qui règne sur ce sujet et de s'exposer à de nombreuses répétitions.

Elles sont très-souvent liées à des causes générales, spécifiques ou d'autre nature.

Les maladies de la bouche tiennent à des causes locales et plus souvent encore à des maladies générales. Elles se traduisent par des actes morbides différents, quoique la cause reste identique. Ainsi l'empoisonnement mercuriel ne produit pas seulement l'hypérémie, la suppuration, mais encore la formation de pseudo-membrane, l'ulcération, la gangrène. Il faudrait donc, si l'on voulait étudier les maladies uniquement par leur élément anatomique ou par leurs actes prédominants, décrire, dans autant de chapitres distincts, les stomatites mercurielles. Nous en renvoyons l'étude lorsque nous parlerons de l'agent spécifique qui les provoque. (Voyez *Maladies générales, Empoisonnement par le mercure.*)

Des stomatites néo-membraneuses. Manière de les envisager.

La stomatite pseudo-membraneuse, par exemple, est tantôt une maladie purement locale comme la stomatite qu'on a appelée couenneuse, tantôt au contraire la détermination locale d'une maladie générale dont elle fait partie : telle est la stomatite plastique scarlatineuse et la diphthéritique. Le travail morbide local est le même dans tous les cas, mais il doit figurer dans l'étude de l'affection à laquelle il appartient. (Voyez *Scarlatine*, *Diphthérie.*) Le *muguet* n'est, comme nous le montrerons plus loin, qu'une stomatite plastique avec quelque autre condition morbide accessoire. Ce n'est pas une raison pour l'exclure de la description générale de la stomatite pseudo-membraneuse dont les causes locales et générales le rapprochent entièrement.

Maladies qui en sont distinctes.

Les aphthes ulcéreux, vésiculeux et qui sont des ulcérations ou des éruptions vésiculeuses à la production desquelles la phlegmasie est complétement étrangère, auront une place à part. Il est temps d'apporter quelque méthode dans la classification des maladies de la bouche si l'on veut faire cesser la confusion étrange qui règne encore dans beaucoup de livres.

Anatomie pathologique.

Altérations anatomiques. — La stomatite est caractérisée anatomiquement par une rougeur vasculaire partielle ou générale,

1° de la stomatite érythémateuse ; d'une teinte vermeille ou brunâtre, accompagnée du gonflement de la membrane muqueuse des gencives et de l'appareil glandulaire situé dans son voisinage. La surface de la membrane est sèche, couverte de petites lamelles blanches d'épithélium, ou de fausses membranes fines et caduques.

2° néo-membraneuse. L'exsudation de plasma est un acte morbide, identique dans tous les cas, quelle que soit sa cause morbifique, et qui aboutit à la formation de fausses membranes, blanches ou grisâtres, minces, qui couvrent, par plaques plus ou moins étendues et épaisses, différents points de la bouche, tels que la face interne des joues, les gencives inférieures, les côtés de la langue, la voûte palatine, le pharynx, etc.

Propriétés physiques des néo-membranes. Nature et mode de production identiques. Le derme muqueux enflammé fournit le plasma qui s'organise à sa surface après avoir soulevé l'épiderme. La consistance molle, pulpeuse, ou au contraire tenace et résistante de la néo-membrane, son adhérence forte ou faible au derme enflammé, sa couleur blanche, grise ou brunâtre, son épaisseur ou sa ténuité extrême, etc., sont autant de propriétés physiques qui changent, à chaque instant, sans avoir la moindre signification pathologique. Il faut bien qu'on sache que, dans tous les cas, l'exsudat constitué par de la fibrine offre, au microscope, tous les caractères propres à cet élément plastique, c'est-à-dire les granulations, les fibrilles, les globules pyoïdes et de pus, l'épithélium à ses différentes périodes de génération ; qu'il n'existe aucune différence anatomique fondamentale entre la néo-membrane d'une diphthérite buccale et celle d'une scarlatine, d'un muguet ou d'une stomatite, si ce n'est quelques circonstances accessoires que nous ferons connaître, comme la présence d'un parasite végétal (muguet). Il faut donc s'habituer à considérer la fausse membrane comme une des lésions les plus caractéristiques de la stomatite, par cause locale ou générale, et surtout à en rassembler les éléments épars dans une seule et même description, ainsi que nous essayons de le faire dans ce travail.

État de la membrane muqueuse. Lorsque les néo-membranes se produisent dans la cavité buccale, la tunique muqueuse devient d'un rouge intense, vermeille, uniforme ; sa surface se sèche, puis se couvre bientôt de petites gouttelettes séreuses, transparentes, qui ne tardent pas à se concréter comme une gelée, à blanchir et à prendre une consistance plus grande. A l'époque où la desquamation de ce plasma a lieu, on observe sur la membrane interne une surface correspondante déprimée, privée de son épithélium, d'un rouge vif et finissant par se cicatriser au moyen d'un nouvel exsudat plastique, rarement par des bourgeons

charnus. (Voir, plus loin, *Muguet*, *Ulcération*, *Aphthe ulcéreux*.)

Ulcérations (stomatite ulcéro-membraneuse).

Une autre modalité évidente de la stomatite est l'ulcération qu'on observe d'abord sur les gencives, autour des dents, puis sur la face interne des joues, au-dessus des dernières molaires, au point de jonction des deux mâchoires, sur la face postérieure des lèvres, sur les bords de la langue, la voûte palatine, et les amygdales. On a appelé cette stomatite *ulcéro-membraneuse*, parce qu'on l'a crue formée de deux éléments réunis, l'ulcération et l'exsudat pseudo-membraneux; on l'a désignée aussi sous le nom d'*aphthe ulcéreux*.

Description.

Le mal commence, dans les lieux indiqués, par un point rouge bientôt suivi d'une ulcération blanche ou grisâtre, gonflée, saillante, à bords taillés à pic, à fond ramolli, plein d'un détritus caséeux ou de matière sanglante. Notre collègue des hôpitaux, M. le docteur Bergeron, qui a étudié mieux que personne le produit morbide qui tapisse l'ulcération, l'a trouvé formé par les éléments de la tunique muqueuse suppurée, ramollie et détruite, et nullement par des fausses membranes. On ne peut donc pas rapprocher de la stomatite exsudative plastique la forme ulcéreuse, qui est, au contraire, une forme destructive et presque gangréneuse de l'inflammation. Il peut arriver qu'à l'époque de la réparation ou sur des sujets robustes, l'ulcération se couvre de bonne heure d'exsudat plastique; mais ces cas sont rares, et, au surplus, la qualification de membraneuse appliquée à cette stomatite ne nous paraît pas exacte.

Nature.

Cicatrisation.

Plus tard les tissus bleuâtres, tuméfiés et ramollis, des gencives ou des autres points de la membrane interne, reviennent à leur état physiologique. L'ulcère se déterge, les bords s'affaissent; la surface se couvre de granulations réparatrices et d'un épithélium qui achève d'opérer la cicatrisation.

Stomatite gangréneuse.

Le *ramollissement partiel* de la membrane interne de la bouche peut aller jusqu'à produire des plaques gangréneuses superficielles, mais ce cas est rare. La mortification partielle n'est pas fréquente sur les membranes muqueuses; ce qu'on a pris pour tel n'est souvent que l'ulcération, à bord et à fond grisâtres dont nous avons parlé, recouverte de plasma organisé, ainsi que Bretonneau l'a bien établi. Cependant il ne faut pas nier l'existence des gangrènes de la bouche. (Voyez *Gangrène*.)

Produits morbides ajoutés à ceux de l'inflammation.

Produits morbides étrangers à l'inflammation. — La bouche est traversée sans cesse par un nombre considérable de substances étrangères, gazeuses, liquides et solides, et par les matières qu'elle sécrète ou qui viennent de cavités plus profondes, comme l'épithé-

lium, le mucus, le sang. On conçoit dès lors que ces diverses conditions altèrent la forme, l'aspect, la couleur et la marche des lésions phlegmasiques, surtout exsudatives, qu'on rencontre dans la bouche. Le sang qui s'écoule facilement des tissus souvent ramollis, fongueux et tuméfiés de la bouche, change aussi la couleur et la consistance des fausses membranes. La sécrétion abondante de l'épithélium sans cesse renouvelé, produit le même effet. La stomatite néo-membraneuse appelée *muguet* nous offre un remarquable exemple de ces modifications apportées par des causes étrangères à l'inflammation.

Muguet.

Sa composition et sa nature.

Muguet. — Dans cette maladie qui n'est d'ailleurs qu'une phlegmasie exsudative, due à des causes tantôt locales, tantôt générales, le plasma se dépose par grains blancs ou par plaques plus ou moins consistantes, grisâtres et blanches, sur différentes parties de la face interne de la bouche. Elle en est quelquefois presque entièrement tapissée ; dans d'autres cas on voit la fausse membrane disséminée, sous forme de grains arrondis, blancs, jaunâtres, salis par les liquides buccaux. Quand on examine le muguet au microscope, on voit que ce produit morbide est constitué, en proportions variables : 1° par de la fibrine granuleuse et fibrillaire ; 2° par des globules de pus ; 3° par de grandes quantités de cellules épithéliales pavimenteuses ; 4° par des spores plus ou moins nombreuses d'oïdium albicans ; 5° par des tubes de penicillum glaucum ; 6° par une sérosité albumineuse et alcaline, qui, comme, toutes les liqueurs animales fermentées, devient acide à la lumière et à l'air. Dès l'année 1840, Andral et Gavarret ont démontré, de la manière la plus évidente, l'existence de ces diverses altérations. M. le docteur Laboulbène en fait le sujet d'un travail important. (*Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses*, in-8°, Paris, 1861.) Depuis les années 1846 et 1847, nous n'avons pas cessé de développer dans nos cours publics de pathologie interne ces idées qui d'ailleurs étaient déjà connues en Allemagne. Elles ont été reproduites plus tard par plus d'un auteur, comme des faits nouveaux.

Rôle de la fibrine des cellules épithéliales et de l'oïdium.

En résumé, il faut se représenter le muguet comme une stomatite exsudative, souvent d'une très-faible intensité, et dont le plasma, fibrineux, parfois en petite proportion, est mêlé à une grande quantité de cellules épithéliales soulevées par lui. Des globules de pus viennent également s'y ajouter. Ces produits phlegmasiques forment alors une espèce de terrain qui s'acidifie promptement et dans lequel poussent avec une facilité extrême les spores de l'oïdium albicans. Nous avons fait remarquer souvent dans nos cours et répété

dans notre mémoire (*Sur les formes qu'affecte la fibrine dans l'inflammation et l'hémorrhagie; Gazette médicale,* 1852), que la lésion importante dans le muguet est l'exsudat plastique; qu'il ne peut dépendre que d'un travail phlegmasique; que la sécrétion épithéliale en est une condition très-secondaire, que la présence du végétal parasite n'est qu'un accessoire, qui peut cependant en favoriser la production sur d'autres points de la bouche et sur d'autres individus. On s'est fait de l'oïdium et de son rôle dans le muguet des opinions très-différentes; les uns ont voulu y voir toute la maladie, les autres un élément très-secondaire; et, en effet, il en est ainsi, puisqu'il manque dans des cas où le muguet est cependant intense et confluent.

Symptomatologie. Symptômes locaux de la stomatite.

Symptômes. — Il faut distinguer dans les symptômes des diverses espèces de stomatite ceux qui sont locaux et les généraux. Les *signes physiques* que fournissent les altérations locales dont nous avons parlé précédemment (voyez *Anatomie pathologique*) sont les plus importants de tous, puisqu'ils font connaître la nature de l'acte phlegmasique.

Symptômes de la stomatite érythémateuse.

Dans la stomatite érythémateuse on observe une rougeur vive, une sécheresse extrême, une tuméfaction marquée sur les gencives et les lèvres. Elle se communique aux parties sous-jacentes, aux ganglions lymphatiques et rend fort douloureux les mouvements de la bouche. On remarque encore une sensibilité assez vive au moindre contact, un sentiment de chaleur très-réelle dans la cavité buccale, la sécrétion d'un mucus visqueux et de petites lamelles blanches et minces. La salive est abondante et exhale une odeur fétide, ou fade et nauséeuse. Chez les nouveaux nés, cette maladie est pénible, dangereuse même, parce qu'elle empêche l'allaitement, et nuit ainsi à la nutrition générale.

Stomatite membraneuse.

La *stomatite membraneuse* est une maladie tantôt locale et légère, tantôt liée à une maladie générale qui en fait toute la gravité; nous ne parlerons que des symptômes locaux. Sur la membrane muqueuse de la bouche, rouge, sèche, tuméfiée ou non, douloureuse et qui a perdu son poli, on observe de petites gouttelettes liquides, rapidement concrétées semblables alors à des grains de caséum, ou à des plaques blanches: Les papilles de la langue font saillie et se couvrent également de plasma fibrineux; autour des points occupés par la pseudo-membrane, les surfaces sont rouges, animées et ne tardent pas à être envahies, à leur tour. L'épaisseur, l'étendue, la consistance des fausses membranes, sont variables et ne sauraient constituer des signes d'une grande valeur.

Caractères généraux de la fausse membrane;

dans la stomatite couenneuse.

Dans la stomatite qu'on a appelée *couenneuse*, *pultacée*, *commune*, on ne sait pas pourquoi, puisqu'elle ressemble localement à toutes les autres qui sont également couenneuses pultacées et communes, les symptômes sont locaux, et la pseudo-membrane molle, caséeuse, épaisse, n'a pas de tendance à envahir l'isthme du gosier. Elle ne tarde pas à tomber, huit à douze jours après son apparition. Elle laisse, sur les points occupés par le plasma, la membrane muqueuse rouge, excoriée, privée de son épithélium. Il s'y reforme parfois une seconde et une troisième fausse membrane. Cette stomatite peut être limitée ainsi à la bouche et dépendre de causes locales et irritatives. Nous ne voyons pas en quoi on peut la différencier localement de celle qui tient à une scarlatine, à une diphthérite, nous dirons même du muguet. En effet, les efforts auxquels se livrent les auteurs des traités de maladies de l'enfance, pour les distinguer, n'ont eu que de très-médiocres résultats. Sans doute, le plasma se présente tantôt sous la forme de plaques minces, étendues, peu nombreuses, fortement adhérentes, tantôt comme de petits grains blancs, de semoule ou de lait, qui se réunissent les uns aux autres, ou, au contraire, restent disséminés (muguet); mais il ne faut attacher à toutes ces variétés de forme qu'une importance secondaire et tenir surtout, en grande considération, la cause générale et les symptômes généraux.

Différences signalées par les auteurs;

peu importantes.

Autres symptômes locaux.

Les autres symptômes locaux de la stomatite membraneuse sont les mêmes que ceux de l'érythémateuse : rougeur, chaleur, douleur pendant les mouvements fonctionnels, tuméfaction, salivation, glandage sous maxillaire et buccale, etc. Le meilleur et le plus important de tous les signes de la stomatite membraneuse est fourni par la localisation ou l'extension du travail phlegmasique. En effet, dans certains muguets, dans certaines stomatites, la maladie est locale et peu grave; elle l'est au contraire dans la stomatite diphthérique, et dans celle qui se rattache à la phthisie, à la fièvre puerpérale, à la période ultime d'un grand nombre de maladies. Le pronostic et le diagnostic reposent même entièrement sur la connaissance exacte des causes de la maladie.

Étiologie.

Étiologie. — Au milieu des distinctions subtiles qu'on a prétendu établir dans l'histoire des stomatites, il est difficile de trouver les éléments d'une bonne et véritable étiologie ; nous allons cependant essayer de distinguer d'abord les causes locales d'avec les causes générales.

Causes locales : (*a*) fonctionnelles;

Causes locales. — Nous trouvons en première ligne l'activité fonctionnelle et nouvellement établie de la bouche, la faiblesse con-

génitale de l'enfant, la mauvaise conformation du mamelon de la mère, et la sécrétion incomplète ou presque nulle du lait qui obligent le nouveau-né à faire de grands efforts de succion ; ces causes peuvent servir à expliquer la fréquence des stomatites chez lui. Il en est de même de l'usage de la pipe, surtout lorsqu'elle est malpropre, de l'action directe du tabac en nature ou des liqueurs qu'il fournit pendant sa combustion, de l'emploi de vases mal nettoyés, de l'irritation causée et entretenue par la malpropreté de la bouche, par des dents cariées qui blessent les gencives et les joues, par des liqueurs chaudes, bouillantes, de natures diverses, accidentellement ou souvent introduites dans la cavité buccale (stomatite toxique, irritative, directe, de cause externe), enfin par tous les agents médicamenteux capables d'enflammer la membrane muqueuse. (*b*) irritantes.

La *contagion* a été admise par plus d'un auteur pour toutes les stomatites ; elle l'est pour certaines formes, par exemple, pour la stomatite ulcéreuse et pour le muguet. Les médecins de l'armée de terre et de la marine croient à la contagion de la stomatite ulcéreuse, si fréquente chez les soldats et les matelots, qu'elle prend, à chaque instant, la forme d'une véritable épidémie. Dans les régiments et à bord des navires, ce mode de propagation nous paraît très-probable pour toutes les stomatites. Dans le muguet, la contagion est rendue plus certaine, dit-on, par les spores qui se transmettent aisément au moyen des vases et des ustensiles qui servent à l'alimentation. Le muguet et la diphthérite buccale ou pharyngée n'a pas besoin de cette condition spéciale pour se transmettre. Les stomatites ne sont pas inoculables. (Voyez *Diphthérie, Maladies générales.*) Contagion. Doit être admise pour toutes les stomatites. Inoculation ?

Causes générales. — C'est surtout dans l'organisme entier ou dans des affections bien caractérisées qu'il faut chercher les causes les plus fréquentes des stomatites, quel que soit l'acte morbide qui traduise à nos yeux la phlogose. Causes générales. Stomatites deutéropathiques ou secondaires.

Les enfants et les adultes qui vivent dans des habitations insalubres, à air confiné, dans les salles d'hôpitaux, qui sont mal nourris, astreints à un travail pénible et qui excède leurs forces, qui sont d'une mauvaise constitution, rachitiques, lymphatiques, scrofuleux, sont plus exposés que d'autres à la stomatite. Cette influence se manifeste surtout dans le muguet des nouveaux nés, et, si l'on ne fait pas exactement la part des causes locales et générales dans la production de cette maladie, on court risque de ne rien comprendre à son histoire. Les uns la regardent comme une maladie grave, les autres très-légère : ce qui est vrai, mais à la condition qu'on distinguera le mu- Causes prises dans l'organisme. Parallèle entre la maladie par cause locale et par cause générale.

guet par cause locale, survenant chez des enfants faibles ou robustes, d'avec celui qui se développe chez de jeunes malades nés, avant terme, d'une mère phthisique ou cachectique, ou eux-mêmes atteints de diarrhée, de sclérème, de gangrène, d'érysipèle. Ces deux muguets sont alors deux maladies différentes, l'une locale légère, l'autre générale grave. Il en est ainsi de toutes les stomatites consécutives.

Stomatite : 1° secondaire d'une maladie d'un organe ;

Les unes dépendent d'une maladie locale qui agit sympathiquement sur la bouche, les autres d'une maladie générale. On trouve parmi les premières la stomatite qui survient dans la période ultime de la phthisie, de la gastro-entérite, de la dysenterie, de la gastralgie, de la pneumonie ou de toute autre lésion circonscrite d'un organe ; parmi

2° secondaire consécutive à maladie générale.

les secondes, les stomatites bien autrement nombreuses, liées à un érysipèle, à une pyrexie exanthématique, à la fièvre typhoïde, aux maladies puerpérales, à toutes les diathèses. Nous citerons comme une cause fréquente de stomatite ulcéreuse ou pseudo-membraneuse, la scrofule, la goutte, le rhumatisme. L'indication rapide de ces maladies générales suffit pour faire comprendre au praticien l'utilité, lorsqu'il observe une stomatite, de chercher s'il existe une maladie locale ou générale.

Diagnostic

Diagnostic. — Ce que nous venons de dire suffit pour montrer, de la façon la plus évidente, que le véritable diagnostic de la stomatite consiste dans la connaissance de ses causes qui peut seule mettre sur la voie du traitement. Il importe de savoir s'il faut le diriger contre une cause locale ou contre une maladie générale. Quant au diagnostic des différentes espèces de stomatites il nous semble sans utilité, stérile même, car, malgré les efforts des auteurs, on ne voit pas qu'ils soient parvenus à distinguer facilement une stomatite pseudo-membraneuse commune, d'avec une diphthéritique, une scarlatineuse, ou même un muguet. Rien ne devient plus facile lorsqu'on tient compte des symptômes généraux et des causes. Seulement il ne faut pas confondre entre eux les actes morbides locaux, qui constituent les stomatites érythémateuses, pseudo-membraneuses et ulcéreuses, les ulcérations, la gangrène superficielle et les hémorrhagies : ce qui n'est pas toujours facile.

fondé sur la connaissance de la cause.

Diagnostic des diverses espèces.

Pronostic.

Pronostic. — Si l'on s'en tient aux distinctions locales qu'on a introduites dans la science et qui dominent encore dans les différents ouvrages, il n'y a pas de pronostic possible. Ainsi le muguet est considéré par celui-ci comme une maladie légère, insignifiante; par celui-là comme une maladie grave et presque toujours mortelle. Et, en effet, le pronostic ne doit-il pas varier singulièrement suivant

que le muguet se manifeste chez un enfant cachectique, sclérémateux, dont les pieds et les jambes sont exulcérés, ou parvenu à une période avancée d'une phthisie, d'une cirrhose, d'une albuminurie (muguet malin ou bénin) ? Quelle parité établir entre des stomatites si différentes? Qu'importe même leur forme; qu'elles soient ulcéreuses, membraneuses ou gangréneuses, n'indiquent-elles pas une altération grave de l'organisme?

Traitement.

Traitement. — Nous n'avons à nous occuper que du traitement local, en rappelant toutefois qu'il doit être entièrement subordonné au traitement général bien autrement nécessaire, et à la connaissance exacte de la cause qui a produit le mal. On peut dire que les plus utiles de tous les topiques sont les substances émollientes, les décoctions de guimauve, de graine de lin, de têtes de pavots, les collutoires avec le miel et quelques astringents, le lait, et les gargarismes avec toutes ces substances. On a conseillé, dans ces derniers temps, l'usage du chlorate de potasse, en gargarisme, en lotion, et à l'intérieur, en potion; le borate de soude associé au miel. Chez les enfants très-jeunes, on ne peut employer que des collutoires avec le borate de soude, le miel rosat et l'alun, et l'on conçoit que les applications temporaires et rapides qu'on en peut faire ne peuvent produire que peu d'effets.

Topiques émollients.

Traitement local propre à chaque stomatite. Stomatite erythémateuse.

Les différents actes morbides qui constituent les stomatites exigent un traitement particulier. L'érythémateuse est utilement combattue par les émollients et le chlorate de potasse, qui ne nous a pas paru amener ces guérisons certaines et rapides dont on a tant parlé.

Muguet.

Le muguet a été traité localement avec les collutoires au miel uni au borate de soude, à l'alun, au calomel, avec le miel rosat et l'acide chlorhydrique dans de petites proportions; avec les gargarismes chargés de chlorate de potasse, ou de bicarbonate de soude, dans le but de dissoudre les fausses membranes; avec le chlorure de soude très-dilué, surtout quand il existe des plaques gangréneuses ou suspectes. Nous répéterons que le traitement général, l'emploi des toniques, du vin, des aliments, d'un lait de bonne qualité fourni en abondance à l'enfant par une forte nourrice, maternelle ou étrangère, etc., sont préférables à tous les topiques qu'on peut mettre en usage. On a vanté aussi les attouchements avec le jus de citron, avec la solution affaiblie de nitrate d'argent ou avec le sel à l'état solide, mais il ne faut user de ces caustiques qu'avec précaution et lorsqu'on est sûr qu'il n'existe qu'une cause purement locale.

Stomatite ulcéreuse.

On a opposé à la stomatite ulcéreuse qui est bien souvent rebelle

et extensive, les mêmes topiques que ceux qui viennent d'être indiqués et notamment le chlorure de chaux en poudre, l'alun, l'acide chlorhydrique, le nitrate d'argent purs ou étendus d'eau, avec lesquels on cautérise soigneusement le bord ulcéré des gencives. Le chlorate de potasse à l'intérieur et à l'extérieur, en gargarisme, a réussi très-souvent à notre collègue, M. Bergeron, dans l'épidémie de stomatite ulcéreuse qu'il a eue à traiter dans les hôpitaux militaires et dont il a laissé une bonne description. Il est presque inutile d'ajouter que le traitement local n'est efficace qu'à la condition d'être soutenu par les toniques, les fortifiants, les ferrugineux, ou quand la stomatite s'attaque à des marins, à des soldats et à des hommes affaiblis par un mauvais régime alimentaire ou par des fatigues excessives.

Bibliographie.

Bibliographie. — La description des stomatites se trouve répartie sous le titre d'aphthe, dans un grand nombre de traités des maladies de l'enfance. Cette dénomination vicieuse doit être abandonnée. Nous ne pouvons qu'indiquer sommairement les travaux qui ont trait à la stomatite: — Billard, *Traité des maladies des enfants nouveau-nés*, in-8°, 1832. — Rilliet et Barthez, *Traité des maladies des enfants;* — Trousseau, *Épidémie de diphthérite, etc. Archives générales de médecine*, tome XXIII, 1830. — *Sur le Muguet*, nous citerons l'ouvrage de Billard; — l'article Muguet du *Dictionnaire de médecine*, tome XX, 1839; — Robin, *Histoire naturelle des végétaux parasites*, in-8°, 1853; — les *Dissertations inaugurales*, ou les Mémoires déjà anciens d'Auvity (1787), de Véron : *Observations sur les maladies des enfants* (1825), de Lelut : *De la fausse membrane dans le muguet. Archives générales de médecine*, tome XXIII, 1827 ; — de Valleix, *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*, in-8°, 1838. On chercherait vainement dans ces écrits et dans beaucoup d'autres plus modernes, une étude synthétique de toutes les stomatites. Le morcellement qui a passé par là empêche qu'on puisse saisir les rapports nombreux qui unissent entre eux les divers actes de la même maladie.

HÉMORRHAGIE DE LA MEMBRANE MUQUEUSE.

Nous voulons seulement marquer la place de cette maladie, parce qu'elle a été confondue souvent avec d'autres lésions dont elle est cependant tout à fait distincte. L'hémorrhagie de la membrane muqueuse de la bouche se montre sous forme d'ecchymose, de taches

Causes locales.

livides ou d'un suintement sanguinolent des gencives, dans un très-grand nombre de stomatites érythémateuses, membraneuses et ulcéreuses, sans qu'on puisse en accuser d'autre cause que le travail phlegmasique buccal. Il n'en est plus de même lorsqu'une maladie générale est l'origine de ces stomatites : elles s'accompagnent alors d'une altération du sang qui en est un des éléments essentiels. Dans les scarlatines malignes, dans la variole grave, dans la diphthérie et la période ultime des maladies mortelles, les fausses membranes s'imprègnent fortement de sang. La membrane muqueuse même, rougie par l'inflammation, laisse également suinter ce liquide qui colore en rouge-brun les tissus, le mucus, l'épithélium, et finit par exhaler une odeur fétide qui en impose fortement pour celle de la gangrène. C'est dans les cas de ce genre qu'on a grand'peine à retrouver les caractères de la phlegmasie pseudo-membraneuse. Sous ce rapport, on doit beaucoup à l'observation sagace de Bretonneau, qui a montré que ces exhalations sanglantes cachent souvent une stomatite diphthéritique.

et générales Stomatorrhagie.

Elle dissimule la stomatite membraneuse.

ULCÉRATION.

Synonymie. — *Ulcération de la membrane muqueuse*, *stomatite ulcéreuse*, *aphthe ulcéreux*.

Synonymie.

Définition. — Il existe une ulcération entièrement indépendante de celle que la phlegmasie peut produire et que nous avons décrite (stomatite ulcéreuse). Elle s'établit d'emblée sur les follicules muqueux de la bouche, peut-être sur d'autres points de la membrane.

Définition.

Elle commence par une douleur légère qui indique sûrement le lieu occupé par l'exulcération superficielle, à peine visible, à laquelle correspond une petite dépression. Sur ce point, occupé par une rougeur déjà très-manifeste, il se forme, en quelques heures, une ulcération exactement circulaire, à fond blanc ou grisâtre, à bords taillés à pic, plus tard granuleux, inégaux, anfractueux, quand plusieurs ulcérations se réunissent ou quand les premières formées s'étendent de proche en proche. La marche de ces petits ulcères est très-rapide : en vingt-quatre heures, ils sont nettement caractérisés par une perte de substance qui, après un à deux jours d'extension en profondeur et en largeur, tend vers la cicatrisation et se comble très-vite, en laissant une cicatrice invisible formée par l'élément plastique.

Symptômes locaux.

Forme de l'ulcère.

Douleur. L'ulcération est toujours douloureuse, soit au contact des aliments et des boissons, soit pendant les divers mouvements de la langue et de la bouche. Chez l'enfant, ce trouble peut nuire à la nutrition pour peu que les ulcères se développent, en plusieurs points ou successivement, et qu'ils durent plusieurs semaines. On observe à leur pourtour de la rougeur, de la tuméfaction ; les glandes salivaires et périlinguales sécrètent une grande quantité de liquide qui afflue sans cesse dans la bouche et est souvent lancé, par jet, quand on explore la cavité buccale.

Rougeur.

Siége. Le siége des ulcères est très-variable ; on les trouve dans tous les points de la bouche, sur la face interne des joues, sur les côtés de la langue, plus rarement sur les lèvres et sur les gencives.

Nous ne connaissons pas encore bien les maladies de la bouche qui doivent retenir le nom d'ulcère. Ainsi la stomatite ulcéro-membraneuse a été considérée, avec raison, par quelques auteurs comme étrangère à l'inflammation. Nous l'avons décrite sous ce dernier titre, sans garantir toutefois sa nature inflammatoire. En effet, souvent elle débute et marche à la manière de la gangrène; ses caractères sont alors si différents qu'il est impossible de ne pas rapporter cette ulcération phagédénique, compliquée ou non d'exsudation pseudo-membraneuse, à la gangrène et à des maladies générales.

Causes locales et générales. *Causes.* — Les causes irritantes locales sont les mêmes que celles qui produisent les stomatites (voyez ce mot). Il en est de même des causes générales ; nous n'avons pas besoin de les rappeler. Chez les enfants, les maladies chroniques de l'intestin, le ramollissement gastro-intestinal, les diarrhées simples ou tuberculeuses, les péritonites, les dernières périodes de la diathèse tuberculeuse, cancéreuse, etc., sont marqués fréquemment par des ulcérations de la bouche qui ajoutent un état fort douloureux à la maladie principale.

Ulcère idiopathique. Il existe un ulcère qu'on a appelé *idiopathique essentiel*, parce qu'il est impossible de le rattacher à une maladie locale ou générale. Ni la diathèse rhumatismale, ni la goutteuse, ni les troubles gastralgiques ou d'autre nature de l'estomac, ne peuvent rendre compte de l'apparition des ulcères de la bouche, chez certains sujets robustes qui en sont fréquemment tourmentés au moment même où ils se portent le mieux. Quelquefois des troubles nerveux, la fatigue du corps ou de l'esprit, ont paru influer sur le développement de ces ulcères qui siégent d'emblée sur les cryptes muqueux, sont ordinairement peu nombreux (sept à dix), se renouvellent pendant huit

jours, pour disparaître et se montrer de nouveau à des époques éloignées.

Traitement. — Il consiste dans des soins de propreté, des lotions émollientes, astringentes, mais, avant tout, dans la cautérisation immédiate qu'il faut pratiquer avec une goutte d'acide chlorhydrique pur, bien préférable au nitrate d'argent. Le miel rosat mêlé à l'acide peut être utile, mais il n'agit pas avec la même certitude que l'acide caustique appliqué une ou plusieurs fois, si l'ulcère s'étend et persiste. **Traitement.**

APHTHE VÉSICULEUX.

Aphthe, ἄφθαι, de ἅπτειν, brûler. On doit désigner ainsi le développement, sur la membrane muqueuse de la bouche, de vésicules d'herpès. Malheureusement on a compris sous cette dénomination des maladies très-différentes de la bouche : 1° le plus souvent la stomatite ulcéro-membraneuse ; 2° les ulcérations crypteuses dont nous venons de présenter l'histoire ; 3° la stomatite pseudo-membraneuse ; 5° l'herpétique (Bretonneau, Biett, Gubler), c'est-à-dire, la production simultanée ou séparée d'une phlegmasie plastique et de bulles d'herpès. Mauvaise dénomination. Maladies qu'elle comprend.

La seule éruption qui mérite de retenir le nom d'aphthe vésiculeux est caractérisée par l'apparition dans la bouche des nouveau-nés ou des enfants de petites bulles ou de follicules mucipares, sous forme de points saillants, tuméfiés, blanchâtres, rouges à leur pourtour, dans une étendue assez limitée. Elle occupe toutes les parties de la bouche, les lèvres, les joues, la voûte palatine, le voile du palais, les parties latérales et la base de la langue. On voit également une autre éruption sous la forme de petits grains transparents, comme gélatineux, sur la voûte palatine; ils disparaissent assez promptement, sans laisser de trace de leur passage. Sont-ils de même nature que la précédente éruption, les bulles, après s'être déchirées, laissent à nu le derme muqueux, et la surface ulcérée sécrète une matière blanchâtre, plastique, ou se gangrène et laisse exhaler du sang. De véritables bulles peuvent se développer sur la face interne de la cavité buccale. Telle est la seule altération qui mérite, suivant nous, la qualification d'aphthe vésiculeux, ou, mieux, bulleux. Ses symptômes.

La maladie que nous venons de décrire est-elle bien une phlegmasie des follicules mucipares, comme le voulait Billard, ou plutôt une

simple ulcération non phlegmasique de ces glandes? Nous inclinons fortement vers cette dernière opinion. L'aphthe ulcéreux est alors la même entité pathologique que celle qui a été décrite précédemment sous le nom d'ulcère de la membrane interne de la bouche.

GANGRÈNE DE LA BOUCHE.

Synonymie. **Synonymie.** — *Gangrène scorbutique de la bouche, des gencives, stomacace, stomacace gangréneuse, cancer aqueux des enfants.*

Définition. **Définition.** — On appelle ainsi la mortification partielle, limitée, ou extensive et œdémateuse, des parois de la bouche. On a prétendu faire et décrire à part, sous ce nom, une entité morbide spéciale qui n'est, le plus ordinairement, qu'une lésion provoquée par une maladie générale.

Symptomatologie. **Symptômes.** — On voit paraître chez les enfants, dans le cours ou à la fin d'une maladie générale, à la face interne ou dans l'épaisseur d'une joue, d'une lèvre ou sur une gencive, tantôt une ulcération grisâtre, tantôt une tumeur violacée, ecchymotique, noirâtre, qui se

Signes locaux. transforme rapidement en escharre. Celle-ci s'étend en surface, à la manière des ulcères phagédéniques, ou gagne en profondeur, arrive ainsi à perforer de part en part la joue, sans produire à l'extérieur autre chose qu'une tache noire, de très-petite dimension. Souvent elle détache la gencive de l'os maxillaire, la détruit complétement. Parfois peu de douleurs, peu de symptômes locaux accompagnent cette altération si grave par sa cause, ses symptômes généraux et sa terminaison funeste. Ordinairement les glandes sous-maxillaires et tous les tissus des joues et des parties latérales du cou se tuméfient; la salive s'écoule en abondance de la bouche; une odeur fétide s'en échappe. Les lèvres, les joues, les parties voisines, sont envahies souvent avec une promptitude extrême. Le spectacle que présente alors le malade est vraiment affreux : tout un côté du visage tombe sphacélé depuis l'œil jusqu'au cou; on voit paraître les dents, les os des mâchoires; la salive s'écoule et la vie peut, malgré cela, continuer pendant plusieurs semaines.

Signes anatomiques. *Caractères anatomiques.* — Si l'on étudie les altérations anatomiques que détermine le mal, on trouve qu'elles ont tous les caractères de la gangrène phagédénique la plus rapide et que l'escharre est constituée par tous les tissus noirs, ramollis, infiltrés de sang et de

sérosité qui laissent écouler un liquide infect. Les artères, les veines et les nerfs sont ordinairement intacts.

Symptômes généraux.

Il faut considérer la stomacace comme une gangrène dont les causes sont générales. Elle s'annonce souvent par des symptômes sympathiques, tels que la fièvre, la chaleur de la peau, la céphalalgie, l'abattement, la soif, les vomissements, la douleur de ventre, la diarrhée. Quelquefois il ne survient aucune réaction fébrile et le mal débute localement par tous les signes de la gangrène. Bientôt arrive le cortége des phénomènes dynamiques, la faiblesse extrême, le délire, le coma et le collapsus le plus complet au milieu duquel s'éteint le malade.

Marche et durée.

La marche de la stomacace est rapide. En douze ou quinze jours les symptômes locaux et généraux ont accompli leur entière révolution et le sujet meurt presque constamment par l'effet de la maladie générale. Il est rare qu'il résiste aux progrès de la gangrène; cependant on a quelques exemples de guérison amenée par l'élimination de l'escharre et par une cicatrice hideuse d'une portion du visage.

Étiologie.

Causes. — La gangrène de la bouche se développe presque exclusivement sur les enfants jusqu'à l'âge de dix ans. Elle a régné à de certaines époques, sous forme épidémique, dans les hôpitaux et dans certaines contrées (*cancer aqueux scorbutique*). Elle est très-souvent sous la dépendance manifeste de toutes les causes locales hygiéniques qui peuvent débiliter la constitution de jeunes sujets (misère, mauvais aliments, malpropreté, etc.), puis des maladies générales, des exanthèmes, de la scarlatine, de la variole, de la rougeole, dans leurs formes graves, de la fièvre typhoïde, etc. Quelquefois ce sont des maladies viscérales qui produisent une modification funeste dans la nutrition générale. On voit la stomacace chez les enfants atteints de ramollissement de l'estomac, de diarrhée, de vomissements (cancer aqueux, gastrique, de quelques auteurs).

Épidémie.

Maladies générales.

Traitement.

Traitement. — Quoique le mal soit au-dessus des ressources de l'art, il faut le traiter localement comme une gangrène par les lotions chlorurées, le vin aromatique, le miel et l'acide chlorhydrique, l'acide sulfurique étendu d'eau, l'acide acétique, le jus de citron. On a conseillé l'excision, la scarification de l'escharre, la cautérisation avec le fer rouge, afin de limiter, de bonne heure, les progrès de la mortification. Ce moyen doit être tenté hardiment, sans quoi il ne saurait réussir. Il nous paraît de la plus grande importance, quand on a cautérisé avec le fer rouge, de saupoudrer largement toutes les parties gangrenées avec le sous-nitrate de bis-

Topiques.

muth, qui agit, dans tous les cas, à titre de désinfectant. Ce topique est encore d'une utilité extrême, lorsque l'escharre est considérable, et qu'elle est imbibée de liquides abondants, d'une fétidité extrême.

Traitement général.

La partie la plus importante de la thérapeutique consiste à relever les forces générales, à l'aide des toniques, et des fortifiants de tout genre, du vin, du bouillon, du quinquina, des infusions aromatiques, à alimenter les malades, etc. On ne saurait trop insister sur les stimulants, à moins que le tube digestif ne soit en mauvais état.

Bibliographie.

Bibliographie. — Le meilleur travail est dû à Richter : *Der Wasserkrebs der Kinder*, Berlin, 1828. Le *Compendium de médecine* en a donné une analyse complète : *art. Bouche* (*gangrène de la*) ; — voyez aussi l'excellente dissertation de Jules Tourdes : *du Noma, ou du sphacèle de la bouche chez les enfants. Thèse.* Strasbourg. In-8°, 1848.

MALADIES DE LA DENTITION.

De la pousse des dents. Première dentition.

Les dents paraissent à la mâchoire inférieure d'abord, à partir de huit ou neuf mois, dans l'ordre suivant : les deux incisives internes, qui se montrent ensuite à la mâchoire supérieure; les deux incisives externes dans le même ordre ; viennent ensuite les deux premières molaires inférieures et les supérieures; les canines inférieures et les supérieures; les dernières molaires dans le même ordre ; ce qui porte à dix-huit ou vingt le nombre des *dents de lait ou temporaires* qui sont déjà contenues dans les alvéoles, au moment de la naissance. Au trentième mois l'éruption est complète.

Deuxième dentition.

Les dents de lait tombent vers la huitième ou neuvième année, parce que, le canal osseux et l'artère venant à s'oblitérer, la racine meurt et la couronne se détache. Les dents de la seconde dentition sortent dans le même ordre que les dents de lait : dans le cours de la neuvième année, les incisives : dans la dixième, les premières molaires; dans les onzième et douzième, toutes les molaires; les dernières, ou dents de sagesse, de vingt à vingt-cinq. On a alors toutes les dents de *remplacement* ou *définitives*.

On voit, d'après ce qui précède, que les dents sortent ordinairement par groupe de deux (*dentes catervatim erumpunt*), et que, quand on les aperçoit sur la mâchoire inférieure, on doit les at-

tendre sur la supérieure. L'époque du sevrage, qu'on effectue ordinairement trop tôt, du dixième au douzième mois, coïncide presque toujours avec le commencement et la plus grande intensité de la première dentition. Il est donc préférable, lorsque l'enfant est chétif, et que sa constitution se développe mal, de retarder le sevrage, et de le reporter au moment où la dentition est à peu près complète, c'est-à-dire au dix-huitième ou au vingtième mois.

Maladies de la première dentition.

Maladies de la première dentition. — Nous indiquerons seulement les maladies *locales* qui sont du domaine de la pathologie interne, telle que l'hypérémie morbide. Elle s'effectue dans les gencives, qui se gonflent, rougissent, deviennent douloureuses, et laissent parfois exhaler du sang. Il s'y forme aussi, chez les sujets débilités, des ulcérations, des points gangréneux, qui peuvent envahir les parties environnantes. La stomatite érythémateuse, pseudo-membraneuse ou ulcéreuse, et les aphthes sont souvent l'effet du travail morbide local qui s'opère dans les gencives irritées par les dents. Le gonflement des gencives et des glandes sous-maxillaires, ainsi que la salivation abondante qui accompagne l'hypérémie physiologique et pathologique, provoque l'afflux du sang vers le visage et des phénomènes légers ou intenses de congestion encéphalique. On observe en même temps de l'agitation, de la fièvre, des cris, la difficulté de teter, les vomissements sympathiques.

Maladies buccales.

Stomatite.

Hypérémie de la membrane muqueuse.

Ses signes.

Les *maladies dites sympathiques* de la dentition sont de deux ordres différents. Les unes sont évidemment sous son influence immédiate; les autres y sont totalement étrangères et ne font que coïncider avec elles : ce sont sans contredit les plus nombreuses de toutes. En effet, on a considéré trop souvent comme produites par la dentition toutes les maladies qui paraissent pendant cette première époque de la vie de l'enfance. Ne parlons que de celles qu'on est en droit de rapporter à cette cause ; le nombre en est très-restreint. Nous indiquerons plus spécialement l'impétigo de la face et du cuir chevelu, l'érythème du visage qu'on a souvent appelé *les feux de dents*, le vomissement sympathique, le hoquet, le flux de ventre, quelques mouvements convulsifs des muscles de la face et moteurs des globes oculaires, l'ophthalmie, etc.

Maladies sympathiques de la première dentition.

Quelles sont ces maladies ?

Ces maladies peuvent être l'effet sympathique de la dentition. Peut-on en dire autant des convulsions générales, épileptiformes, de l'éclampsie des nouveau-nés? Faisons remarquer avec Stahl que l'époque de l'éruption dentaire est précisément celle qui coïncide avec de grands changements dans la structure et les ofnctions du cerveau

Convulsions.

et du système nerveux; il est donc difficile de dire si c'est réellement la dentition qui provoque alors les convulsions.

La méningo-céphalite est rare pendant la première enfance et ne paraît pas recevoir d'influence notable de la dentition. On peut en dire autant, à plus forte raison, des tubercules des méninges et de presque toutes les maladies qu'on a placées sous l'empire de la dentition.

Traitement :

Traitement. — Aux maladies locales de la bouche il faut opposer les émollients et les topiques, qui n'ont cependant qu'une action locale restreinte. Le lait de la nourrice, les sirops de gomme, de guimauve, le miel simple ou rosat, conviennent mieux. On défendra l'usage des hochets et des corps durs qu'on met dans la bouche des enfants, et on les remplacera par une racine de guimauve ou une croûte de pain. On a proposé de diviser la gencive avec le bistouri ; cette opération, rarement nécessaire, ne doit pas être entièrement proscrite lorsque les gencives sont distendues, rouges, tuméfiées, et qu'elles ne peuvent être traversées par la dent. Mais il faut se rappeler, avant tout, que le meilleur traitement est presque toujours celui qui consiste à donner un lait de bonne qualité et abondant, à fortifier le nouveau-né par l'hygiène et à éloigner tout ce qui peut causer et entretenir le mauvais état de la constitution qu'il a reçue de ses parents.

local

général.

Maladies de la seconde dentition.

Maladies de la seconde dentition. — On éprouve encore plus de difficulté pour dire quelles sont les maladies réellement produites par la seconde dentition, parce que le nombre de celles qui se développent chez l'enfant, pendant la longue période de trois ans à dix ans, est considérable. Les maladies convulsives, la chorée, la fièvre cérébrale, puis tous les accidents de la scrofule, de la phthisie, de la coqueluche, etc., etc., viennent figurer parmi ces affections. Nous n'avons pas besoin de dire que la dentition n'a qu'une influence très-secondaire et fort contestable dans les maladies locales, telles que la méningite simple, la chorée ; qu'elle est absolument nulle dans la production des autres.

MALADIES DU PHARYNX.

Divisions.

Divisions. — Sous le nom de pharynx on comprend cette partie de l'arrière-bouche dans laquelle se trouvent les piliers du voile du palais, les amygdales, l'isthme du gosier et la cavité commune qui précède l'œsophage et l'ouverture supérieure du larynx. Nous distin-

guerons parmi les maladies qui ont leur siége dans cette région : 1° la congestion; 2° la pharyngite (*a*) simple, érythémateuse; (*b*) la pseudo-membraneuse; (*c*) l'ulcéreuse; 3° la gangrène; 4° l'herpès pharyngien. — Les maladies de l'appareil folliculeux du pharynx (angine granuleuse des auteurs) et des amygdales (amygdalite, hypertrophie, gangrène) seront étudiées ensuite.

Angine.

On désignait anciennement, sous le nom d'*angine*, toute espèce de maladie capable d'empêcher plus ou moins complétement la déglutition et la respiration. On a donc appliqué cette dénomination à un très-grand nombre de maladies de la bouche, du pharynx, de l'œsophage, du larynx et même du poumon et du cœur. Nous n'avons pas besoin de faire remarquer que les pathologistes ont tous renoncé, d'un commun accord, à cette expression vicieuse.

HYPÉRÉMIE PHARYNGÉE.

La congestion a été confondue avec la pharyngite.

Commençons d'abord par rappeler que la congestion simple a été souvent confondue avec la phlegmasie vraie. Cette congestion est marquée par une rougeur vermeille ou violacée et brunâtre de la membrane muqueuse, par une tuméfaction légère, souvent accompagnée de l'hypersécrétion d'un mucus abondant que fournissent les glandes mucipares toujours plus ou moins fortement hypertrophiées, surtout dans la forme chronique de la congestion.

Causes locales et générales.

Les causes de ces hypérémies sont l'action irritante de la fumée de tabac ou du liquide qui se forme lorsque cette plante est conservée dans la bouche et insalivée, les poisons caustiques, les boissons chaudes et bouillantes, les alcools, l'inspiration de vapeurs irritantes, les douches pharyngées, etc. Parmi les causes qui exercent une influence *sympathique*, il faut citer la phthisie pulmonaire, dans laquelle l'expectoration fréquente plutôt que le contact des crachats semble être la vraie cause de la congestion, les maladies de l'estomac et celles du cœur qui congestionnent, d'une manière lente et chronique, la membrane muqueuse pharyngée, comme toutes les autres. L'hypérémie se rattache également à la diathèse rhumatismale, à la scrofule, etc. Il faut aussi noter la fréquence de ces congestions chez les acteurs, les avocats, les chanteurs et tous ceux qui se servent souvent de la voix.

Congestion sympathique;

due à une diathèse.

PHARYNGITE.

La phlegmasie du pharynx est marquée, 1° par l'érythème; 2° l'exsudation plastique; 3° l'ulcération. Il est inutile de décrire comme autant de maladies distinctes ces trois actes de l'inflammation; nous suivrons l'ordre que nous avons adopté pour la stomatite et nous aurons soin de restreindre notre description.

Pharyngite érythémateuse :

La pharyngite érythémateuse (*palatite*, *palato-staphylite*, *angine gutturale*) donne lieu à une rougeur vasculaire, uniforme, d'une couleur vive, à une teinte luisante, comme œdémateuse, de la membrane, à l'élongation de la luette. Elle s'accompagne de sécheresse, de chatouillement au gosier et d'une douleur d'intensité variable, continue, ou ne se manifestant que pendant la déglutition des liquides surtout. Ceux-ci reviennent par les fosses nasales; la voix est un peu nasonnée, rauque et pénible; les mouvements du cou sont parfois douloureux.

1° par cause locale;

Tels sont les symptômes locaux, les seuls à peu près qu'on observe dans la pharyngite provoquée par les causes que nous venons d'indiquer, en parlant de l'hypérémie du pharynx.

2° par maladie générale.

Un appareil fébrile et des symptômes différents se manifestent si la pharyngite est liée à une maladie générale, à un exanthème, à la rougeole, à la scarlatine surtout, dans lesquelles la rougeur est marquée par un pointillé très-distinct bientôt suivi d'une teinte rouge vermeille, uniforme et luisante. On l'observe encore dans l'érysipèle, dans les pyrexies, les fièvres typhoïde, gastrique et bilieuse, dans le

Pharyngite rhumatismale.

rhumatisme. La pharyngite rhumatismale, quoique rare, offre un grand intérêt parce qu'elle prouve, une fois de plus, que tous les tissus peuvent devenir le siége d'une détermination morbide de cette nature. Elle se présente alors avec les signes ordinaires d'une pharyngite érythémateuse, et plus souvent encore d'une simple hypérémie qu'on a confondue avec l'inflammation. Son invasion et sa disparition subites, sa coïncidence avec tous les accidents propres au rhumatisme, en font une forme reconnaissable de la pharyngite. Cette phlogose est aussi très-souvent un des premiers actes de l'affection syphilitique; elle suit le chancre et peut exister sans ulcération et sans exsudation.

Pharyngite exsudative, pseudo-membraneuse.

La *pharyngite exsudative* est marquée par une seule lésion toujours identique à elle-même, la formation d'une fausse membrane sur la muqueuse du gosier; mais cette exsudation diffère essentiellement

au point de vue de sa nature et de la cause qui la produit ; dans un cas elle tient à une phlegmasie locale, elle reste bornée au point qu'elle occupe ; telle est la pharyngite qui a reçu les noms singuliers de *couenneuse*, de *commune*, de *pultacée ;* dans l'autre cas elle constitue une détermination morbide liée à une maladie générale, bien autrement grave, à une scarlatine, ou à tout autre exanthème, à la diphthérie, à un grand nombre de maladies générales que nous indiquerons plus loin. Il faut s'habituer à distinguer ces phlegmasies exsudatives, non pas par les signes locaux tirés de la rougeur, de la qualité et de la forme de la fausse membrane, mais par les causes qui les produisent et qui ne modifient pas sensiblement les symptômes locaux. Toute cette partie de l'histoire des angines, ou plutôt des pharyngites, a été obscurcie par tant de distinctions subtiles qu'il n'est pas facile de s'y reconnaître aujourd'hui.

Pharyngite membraneuse de cause locale.

Nous croyons d'abord, contrairement à ce qu'on trouve enseigné dans la plupart des ouvrages actuels, qu'il faut confondre dans une seule et même description toutes les phlegmasies exsudatives du pharynx, ainsi l'angine couenneuse commune, la diphthéritique, la scarlatineuse, celle qui se produit dans la période ultime de la phthisie, de la cirrhose, des affections cancéreuses gastro-intestinales, dans la fièvre puerpérale, typhoïde, etc. On a ainsi deux groupes principaux de pharyngite plastique : l'un constitué par une maladie purement locale, l'autre par une maladie générale. Ne voyons-nous pas, à chaque instant, se manifester sous nos yeux des actes morbides locaux semblables, tels qu'une hypérémie des bronches, du poumon, une hémorrhagie de la bouche, de l'intestin, une gangrène, une ulcération, etc.? Or, si nous en cherchons la cause, nous la trouvons tantôt dans une maladie protopathique, primaire et simple de l'organe, et tantôt, ce qui est bien plus ordinaire, dans une affection ou maladie générale qui commande la lésion locale ; celle-ci n'est donc que secondaire, mais si intimement liée à l'affection qu'il est impossible de l'en séparer et d'en faire une description à part. C'est cependant ce qui a lieu chaque jour, depuis qu'on s'est habitué à ne voir partout, dans toute lésion de tissus, que des maladies locales, et à élever à la dignité d'une maladie complète une partie, un fragment d'une affection, d'une maladie générale. Cette funeste direction donnée à la pathologie se fait sentir plus encore dans l'histoire des pharyngites que partout ailleurs. Nous sommes loin de croire que toute pharyngite pseudo-membraneuse soit identique à elle-même ; et c'est précisément à cause de cette opinion que nous voulons

Idées générales sur l'exsudation plastique.

Localisation mauvaise des pharyngites.

Création d'entités morbides fondées sur la localisation.

Les rapporter à la maladie générale et les décrire avec elle.

qu'on décrive chacune d'elle avec la maladie à laquelle elle appartient; les pharyngites scarlatineuse, diphthéritique, syphilitique, morveuse, doivent être comprises dans l'histoire de chacune de ces maladies.

Signes locaux.

La phlegmasie qui engendre l'exsudat offre des caractères communs; la rougeur est vive, uniforme, vermeille, sur tous les points du pharynx occupés par l'inflammation, sur les amygdales, les piliers du voile du palais plus spécialement. Les parties tuméfiées se couvrent bientôt d'une couche blanchâtre de fibrine, qui peut entourer la luette, les amygdales, ou se montrer par plaques disséminées. On prétend que la consistance de ces exsudats est molle, et qu'ils peuvent être enlevés avec une spatule, en laissant à nu la membrane muqueuse rouge et saignante; mais rien n'est si variable que la consistance et l'épaisseur de ces exsudats, et ils ne peuvent en rien servir à faire prévoir la gravité ou la nature du mal. Les symptômes locaux consistent dans les caractères anatomiques que nous venons de passer en revue; les généraux sont ceux de l'affection principale, et, si on les fait servir pour pronostiquer et traiter la stomatite, c'est parce qu'on met sur un plan éloigné et tout à fait secondaire la lésion locale, pour ne s'occuper que de la maladie générale, bien autrement importante et grave; c'est elle qui propage de haut en bas la fausse membrane, qui la fait descendre dans le larynx, remonter dans les fosses nasales, qui la reproduit, en un mot, qui lui donne ses redoutables attributions. (*Voyez* Diphthérie, Scarlatine, etc.)

Symptômes locaux et généraux.

Traitement.

Traitement. Quelle que soit la cause de cette pharyngite plastique, faut-il la combattre par des cautérisations, modifier l'acte morbide, et le remplacer par un autre acte moins dangereux? Si l'on a lieu de croire que la phlegmasie est toute la maladie, qu'elle est locale, on peut la traiter par des cautérisations, avec la solution concentrée de nitrate d'argent, ou avec le crayon; porter, sur les parties malades, l'acide chlorhydrique atténué avec du miel, l'alun en poudre, les vins astringents et aromatiques, etc. Le traitement de la maladie principale doit précéder toutes les autres médications.

Pharyngite ulcéreuse.

La pharyngite *ulcéreuse* phlegmasique est très-rare. Elle siége plus particulièrement sur l'amygdale et la paroi postérieure du pharynx. Elle se présente sous l'aspect d'une tache arrondie ou elliptique, de haut en bas, grisâtre, cachée souvent par des matières muqueuses, et provient d'une tache rouge. Elle est précédée

d'une rougeur superficielle, et surmontée ou non d'une vésicule, d'une bulle qui se déchire et laisse à nu la membrane du pharynx. Parfois aussi elle s'établit d'emblée dans les nombreux cryptes muqueux qui existent sur cette région.

GANGRÈNE DU PHARYNX.

Gangrène du pharynx.

On a souvent décrit et confondu, avant Bretonneau, avec la pharyngite pseudo-membraneuse, la gangrène véritable du pharynx. Presque toutes les relations publiées dans le siècle dernier s'appliquent à la première de ces deux maladies générales. Mais est-ce une raison suffisante pour nier l'existence de la gangrène vraie du pharynx? Nous l'avons maintenue dans un article du *Compendium* (art. *Angine*, p. 134, in-8°, 1836), et aujourd'hui encore, notre opinion n'a pas changé; elle repose sur de nouveaux faits rapportés par les observateurs. Ils sont en petit nombre, il est vrai, mais suffisants pour démontrer que l'angine gangréneuse se manifeste parfois dans les mêmes conditions pathologiques que la pharyngite pseudo-membraneuse, c'est-à-dire dans les fièvres malignes, typhiques, puerpérales, exanthématiques, et dans les maladies gangréneuses et hémorrhagiques.

Confondue aisément avec les fausses membranes.

Il est souvent très-difficile de reconnaître dans la membrane muqueuse du pharynx, noirâtre, rougie, saignante et ramollie, les caractères d'une véritable mortification, parce que souvent les fausses membranes, salies par le sang et par les matières buccales, ressemblent tout à fait à une escharre pharyngienne qui serait encore adhérente aux tissus. Les symptômes locaux et généraux ne présentent aucune différence, et la chute des escharres ne suffirait pas pour lever toute incertitude.

HERPÈS PHARYNGIEN.

Herpès pharyngien.

Nous devons accorder une place à l'éruption sur le pharynx de vésicules d'herpès semblables à celles qui se montrent sur les lèvres. On en a singulièrement exagéré l'importance, dans ces dernières années. Sur l'isthme du gosier rouge et enflammé, et sur les amygdales s'élèvent, dit-on, de petites plaques, qui se couvrent de vésicules isolées pareilles à celles de l'herpès. Elles s'ulcèrent, et bientôt ces ulcérations laissent exsuder des pseudo-membranes. Ainsi, d'après cette description, quatre actes morbides différents se succéderaient sur le

Symptômes.

même endroit : l'érythème, la vésiculation, l'ulcération et l'exsudation plastique. En même temps les amygdales se tuméfient ; on y aperçoit de la rougeur, des plaques blanchâtres, pseudo-membraneuses, parfois une infiltration œdémateuse. Nous refusons de voir dans les caractères fort incertains de l'angine herpétique une espèce nosologique à part. Elle n'est autre chose que l'aphthe vésiculeux terminé par l'ulcération et la réparation plastique de la membrane muqueuse; elle consiste en une inflammation ulcéro-membraneuse, ou une pharyngite exsudative toute locale. Elle guérit facilement à la manière des angines simples, inflammatoires, produites par le froid et les autres causes habituelles.

Traitement. **Traitement.** — Souvent compliquée d'état gastrique, de fièvre catarrhale, l'angine herpétique cesse en peu de jours, à l'aide du traitement émollient vulgaire, des cataplasmes, et surtout des émétocathartiques, de l'ipécacuanha et des purgatifs salins, aidés de quelques substances narcotiques propres à diminuer la douleur du pharynx.

ANGINE FOLLICULEUSE.

Définition. Nous désignerons sous la dénomination d'*angine folliculeuse, glanduleuse, granuleuse*, une hypertrophie sécrétoire de l'appareil glandulaire du pharynx, le plus souvent provoquée et entretenue par l'inflammation chronique, mais développée aussi sous l'empire unique de toutes les causes qui excitent l'activité des appareils de sécrétion.

Signes physiques. La membrane muqueuse du pharynx présente sur sa paroi postérieure et sur les amygdales une teinte rouge, livide, violacée, quelquefois une teinte naturelle. Elle est parcourue par de grands vaisseaux veineux, dilatés, très-visibles, et parsemée d'un nombre variable de follicules, les uns transparents, jaunâtres, semblables aux follicules isolés de l'intestin ou aux granulations blanches de l'acné miliaire, les autres à de grosses granulations arrondies, charnues, fongoïdes, rouges ou violacées, entourées d'un lacis veineux très-manifeste. Souvent, en même temps, les amygdales sont hypertrophiées, volumineuses ; la luette allongée, pendante, hypertrophiée ou œdémateuse et luisante. Il ne faut voir dans ces états morbides qu'une hypérémie chronique, une hypertrophie et une hypercrinie glandulaire du pharynx.

Les *symptômes* de cette maladie, dont on a beaucoup exagéré le rôle pathogénique, appartiennent à deux ordres très-distincts de maladies que nous nous étonnons de voir figurer parmi les signes propres de l'angine folliculeuse ; en effet, si les uns en dépendent, les autres tiennent évidemment aux affections des bronches, du larynx et du tissu pulmonaire qui sont les causes les plus fréquentes de l'hypercrinie pharyngienne. Tels sont l'enrouement, les altérations de la voix, la toux, les ronchus, tous les signes locaux et généraux de la phthisie pulmonaire, etc. Symptômes :

Les symptômes *pharyngiens* sont les suivants : sécheresse, cuisson, chaleur dans la gorge, gêne, douleur pendant la déglutition, rarement continue, mais intermittente, mouvements continuels d'expuition à suite desquels sont expulsés péniblement des crachats jaunes, épais, tenaces, en petite quantité ; expiration courte, saccadée et bruyante, que provoque le sentiment de gêne éprouvée continuellement par le malade dans le pharynx. On a prétendu rapporter à la même maladie la toux, l'expectoration, l'enrouement, la faiblesse, la raucité de la voix, et toutes les modifications qui portent sur la fonction vocale, l'hémoptysie même, parce qu'on a supposé que le sang venait du pharynx ; mais cette symptomatologie est tout à fait étrangère à la lésion folliculeuse, et l'on pourrait lui rapporter aussi justement les phénomènes morbides qu'on observe vers les appareils respiratoires, tels que la fièvre, la dyspnée et les signes de la tuberculisation, auquel on les a associés, on ne sait trop pourquoi. On pourrait aussi y ajouter les vomissements, les nausées, l'anorexie, les douleurs œsophagiennes, et tous les troubles gastriques des affections de l'estomac, à laquelle l'hypertrophie folliculeuse se trouve également liée, dans un certain nombre de cas (cancer de l'estomac, de l'œsophage, gastralgie, dyspepsie, etc.). (*a*) pharyngiens; (*b*) laryngiens.

Causes. — Le plus ordinairement, les phlegmasies plus ou moins fréquentes du pharynx, les hypérémies simples, et les récidives de l'amygdalite, finissent par amener l'hypertrophie glandulaire. Ainsi agissent encore le froid, l'humidité, et les substances irritantes qui traversent continuellement le conduit membraneux, ou qui y séjournent un certain temps, comme les alcools, la fumée de tabac, la poudre de cette même plante lorsqu'elle tombe des fosses nasales, les liqueurs bouillantes, les irritants liquides, gazeux, etc. **Causes cosmiques.**

On sait quelle part synergique le pharynx prend à la formation des sons et à la prononciation ; on conçoit donc aisément que toutes les maladies du larynx et surtout les professions qui forcent les organes Causes fonctionnelles.

sus-laryngiens à un exercice continuel, doivent favoriser le développement des hypercrinies folliculeuses du pharynx. Les avocats, les prêtres, les chanteurs, les crieurs des rues, y sont, pour ce motif, plus exposés que d'autres. Souvent aussi il faut s'en prendre au catarrhe chronique, à l'emphysème, à la toux persistante qu'excite incessamment la phthisie pulmonaire; ces maladies déterminent sympathiquement les flux sécrétoires de la membrane pharyngée. On a dit que les éruptions dartreuses, l'eczéma, le pityriasis versicolor en sont aussi des causes fréquentes.

Causes sympathiques.

Dartre.

Traitement. — L'hypercrinie pharyngée occupe une place très-secondaire dans la thérapeutique des diverses affections auxquelles elle se trouve indirectement liée. C'est à tort, et dans un but facile à découvrir, qu'on est venu affirmer à des phthisiques, à des malades atteints de catarrhe, d'emphysème, de maladies de l'estomac, de l'œsophage, du cœur, que tout leur mal dépend d'une pharyngite granuleuse et qu'il suffirait de la faire disparaître pour guérir la maladie principale. Nous n'avons pas besoin de dire qu'elle n'exerce aucune influence sérieuse sur la maladie primaire, protopathique, toujours bien autrement grave. Quoi qu'il en soit, l'on doit combattre l'angine folliculeuse, si le mal a quelque importance, par les cautérisations avec le nitrate d'argent, par des attouchements plus ou moins fréquents avec la teinture d'iode, le chlorhydrate d'ammoniaque dilué, les poudres d'alun, de borate de soude, par des gargarismes astringents de toute espèce, par des douches pharyngiennes avec les eaux sulfureuses (Enghien, Cauterets, Eaux-Bonnes, Luchon, Aix-la-Chapelle, Mont-Dore, etc.). Si l'on s'est bien trouvé de ces eaux thermales, c'est parce qu'elles ajoutent au voyage et au changement de lieux une action salutaire qu'on ne saurait nier dans les affections des bronches et du poumon. Nous avons dit que c'est précisément contre elles qu'il faut diriger la thérapeutique, et ne s'occuper qu'en second lieu de la maladie du pharynx.

Traitement,

local.

Préférer le traitement général.

AMYGDALITE.

Dérivé de ἀμυγδάλη, amande : *esquinancie*, *angine tonsillaire*, *inflammation des amygdales*.

L'inflammation des cryptes muqueux et des divers éléments qui les réunissent ensemble, ou de la membrane muqueuse qui les couvre, constitue l'amygdalite. Elle est donc membraneuse, phlegmoneuse

Maladies comprises sous ce titre.

ou étendue aux deux parties en même temps. Les différents actes pathologiques qui appartiennent à l'inflammation s'y rencontrent : tels sont l'hypérémie, l'exsudation plastique, la suppuration, auxquelles il faut ajouter les actes principaux qui se passent normalement dans les cryptes muqueux, comme les sécrétions muqueuses, mucoso-purulentes, sébacées et fétides, qu'exhalent les follicules hypertrophiés ou irrités par l'inflammation. Ils peuvent aussi s'ulcérer et se mortifier. On a trop souvent confondu, sous le titre de phlegmasie, tous les actes pathologiques que nous venons d'énumérer. C'est au médecin à les distinguer les uns des autres afin de ne pas les traiter d'une manière banale, par les antiphlogistiques seulement. Qu'il se garde surtout de prendre pour une phlogose les ulcérations chroniques des amygdales, les exsudats blanchâtres, les ulcères et les hypertrophies de nature syphilitique qui portent sur les follicules.

Symptômes. — La maladie débute ordinairement par un frisson et tous les symptômes de la fièvre (courbature, céphalalgie, soif, chaleur, accélération du pouls). Le premier ou le second jour, il se manifeste dans l'arrière-gorge de la sécheresse, de la chaleur, de la douleur, et en avalant la salive, les aliments et les boissons. Si la phlegmasie est très-intense, le spasme violent ou la tuméfaction des amygdales très-grande, la déglutition est impossible et les boissons reviennent par le nez. Les matières muqueuses formées dans la bouche et surtout dans le pharynx sont plus tenaces, plus épaisses et ne sont expulsées qu'à l'aide des efforts très-pénibles d'expuition et de sputation auxquels se livre le malade. Des douleurs vives ont lieu dans une ou dans les deux oreilles, à cause de l'inflammation qui avoisine l'orifice interne des trompes d'Eustache. L'écartement des mâchoires est douloureux, impossible ; on ne peut alors parvenir à voir, que très-imparfaitement, l'état du pharynx. La voix est rauque, nasonnée, altérée par les mucosités contenues dans l'arrière-gorge. La cavité buccale dégage une odeur très-fétide ; souvent il s'écoule de la bouche une grande quantité de salive visqueuse. Les régions sous-maxillaires d'un seul ou des deux côtés sont le siége d'une tuméfaction légère ou considérable, formée par les glandes lymphatiques et le tissu cellulaire ambiant.

Symptômes; 1° du début.

Symptômes fonctionnels.

On aperçoit les piliers du voile du palais, la luette, les amygdales, fortement tuméfiés, d'un rouge vermeil, lisses, tapissés de mucosités concrètes ou blanches et crémeuses, s'avançant sur l'isthme au point de le faire disparaître ou de ne laisser qu'un étroit passage pour les boissons. La luette allongée touche par sa pointe la base de la langue. Le malade éprouve une assez vive anxiété ; il craint d'é-

Symptômes locaux ou pharyngiens.

touffer pendant le sommeil qui est fortement troublé, accompagné de rêves pénibles, de cauchemar, de fièvre intense. On observe aussi des nausées, des vomituritions, des vomissements, tous les signes locaux et généraux d'un embarras gastrique ou d'un état bilieux, donnés par la constitution médicale régnante qui accompagne si souvent les épidémies d'angine tonsillaire. Le ventre est serré, la soif vive, la perte d'appétit complète.

Symptômes consécutifs.

Si la *résolution* a lieu, tous les symptômes précédents perdent de leur intensité, en trois à quatre jours, et la guérison a lieu, sans laisser aucune trace de son passage. Au contraire, la phlegmasie se termine-t-elle par suppuration, une des amygdales ou un des piliers du voile du palais se tuméfie beaucoup, proémine en un point où l'on sent manifestement une fluctuation qui annonce la présence d'un abcès. Celui-ci ne tarde pas à s'ouvrir brusquement, pendant un effort de déglutition, et il s'écoule un pus d'une fétidité extrême dont le malade s'aperçoit sur-le-champ. Il est plus rare de constater la formation d'une escharre livide, violacée, noirâtre, avec affaissement rapide des parties tuméfiées, et une odeur toute spéciale. Une pareille terminaison est due à une maladie générale grave et à forme ataxo-adynamique.

Résolution.

Abcès.

Gangrène.

L'*amygdalite aiguë* ne passe à l'état chronique qu'après un nombre plus ou moins grand de récidives. Les états morbides qu'on a appelés amygdalites chroniques répondent à des altérations très-variées qui n'ont le plus ordinairement que des rapports indirects avec la phlegmasie; ce sont: 1° des *hypertrophies* du tissu glandulaire et des cryptes, marquées par le gonflement de la totalité de l'amygdale ou seulement par l'agrandissement de ses follicules, et surtout par une sécrétion abondante d'une matière blanche, crémeuse, fétide; 2° des ulcérations superficielles ou profondes, cachées dans les replis de l'amygdale et derrière les piliers; 3° l'induration charnue et fongueuse de la totalité de la glande. Les causes de ces actes morbides qualifiés à tort d'inflammation chronique sont locales et générales. Les premières, peu nombreuses, consistent dans la fumée du tabac, le contact incessant de la salive qui est imprégnée de cette fumée, dans l'usage des alcools, de l'absinthe, et des boissons chaudes et aromatiques. Il faut attribuer le plus ordinairement ces altérations chroniques à la scrofule, à la phthisie pulmonaire, aux catarrhes, à la diathèse dartreuse et à toutes les causes qui débilitent l'organisme.

Amygdalite chronique.

Causes locales et générales.

Les symptômes de ces états morbides sont la gêne habituelle de la déglutition, la sécheresse de l'arrière-gorge, la toux et l'expulsion

Symptômes.

incessante de quelques matières muqueuses, tenaces et d'une mauvaise odeur, l'enrouement, le retour fréquent de quelques accidents aigus qu'on attribue à une nouvelle pharyngite ou amygdalite. On a même accordé aux maladies des amygdales une influence sympathique fâcheuse sur les maladies des voies respiratoires, sur la phthisie et la laryngite chronique spécialement. Nous ne voulons pas nier tout à fait cette influence; mais elle est très-limitée et n'a qu'une importance minime pour la thérapeutique. Nous comprenons que le malade prenne le change sur la cause réelle des accidents qu'il éprouve, et même que le médecin le lui donne, qu'il fasse subir au traitement principal quelques modifications utiles, qu'il prescrive des cautérisations, des gargarismes, l'emploi des eaux sulfureuses, salines, arsenicales, ou autres; mais là se bornent les indications thérapeutiques qu'on peut en tirer.

Symptômes sympathiques.

Causes. — C'est entre dix et trente ans qu'on observe le plus communément l'amygdalite. On sait que les jeunes gens robustes, sanguins, qui s'exposent aux variations de température, contractent très-facilement cette maladie; qu'elle se montre aux époques de l'année où le froid humide et la chaleur se succèdent rapidement, comme au printemps et en automne; que le brusque refroidissement du corps, lorsqu'il est en sueur, suffit pour la provoquer, qu'elle peut tenir à l'action des boissons et des liqueurs fortement stimulantes, très-chaudes, parfois glacées; qu'enfin on ne saurait nier l'influence d'une constitution médicale régnante, soit automnale, soit estivale, dans laquelle on observe fréquemment des états gastriques ou bilieux, fébriles ou non fébriles. Quelquefois enfin, c'est sous l'empire d'une épidémie purement accidentelle que se manifestent, tout d'un coup, en grand nombre, les amygdalites qu'on voit paraître. On peut encore les attribuer, dans quelques cas, à l'exercice exagéré ou violent auquel sont astreints les organes respiratoires dans le chant, la déclamation, les cris, la phonation prolongée.

Étiologie.

Jeunesse.

Variations de température.

Constitution médicale.

Epidémie.

Les *affections* auxquelles se rattachent un grand nombre de maladies des amygdales, telles que l'ulcération, l'hypertrophie des cryptes, l'induration, les exsudations plastiques, sont des diathèses, la scrofule, le rhumatisme, la goutte, la syphilis, la cachexie scorbutique, paludéenne. L'inflammation aiguë ou chronique des amygdales ne figure, que pour une faible part, dans les actes morbides et les altérations dont le tissu glandulaire est le siége dans ces diverses affections.

Traitement. — L'*amygdalite aiguë*, légère, cède à l'emploi des antiphlogistiques locaux les plus simples et les plus usités (cata-

Traitement. Amygdalite aiguë.

plasmes émollients, gargarismes) auxquels on ajoute la révulsion sur les membres inférieurs. Quelquefois, lorsque la phlogose est intense, le sujet jeune et robuste, on pratique une saignée générale ; on fait une application de sangsues sur la partie latérale du cou, dans la région sous-maxillaire. Lorsque la glande suppure et que les symptômes locaux annoncent cette terminaison, faut-il ouvrir avec le bistouri ou attendre que le pus se fasse jour au dehors ? Il ne faut pas hésiter à agir pour peu que la déglutition soit difficile ou impossible, l'appareil fébrile intense, le sujet impatient. Ordinairement la suppuration marche vite, et le pus ne tarde pas à être rejeté avec les mucosités buccales.

Amgydalite chronique.

Dans la *forme chronique* on a recours aux applications fréquemment répétées de poudre d'alun, aux cautérisations avec le nitrate d'argent, avec la teinture d'iode, aux douches de vapeurs, d'eau sulfureuse, goudronnée, saline ou aromatique. Les insufflations avec le chlorure de chaux, l'alun, le carbonate de chaux, le calomélas ou le précipité rouge, mélangés au sucre candi pulvérisé, ne conviennent que dans les ulcérations chroniques spécifiques, soit syphilitiques, soit scrofuleuses, et chez les sujets cachectiques. Dans ce cas, le traitement général doit primer le traitement local. Les médications spéciales, les bains de mer, sulfureux ou d'une autre nature, les préparations iodées, iodurées ou mercurielles, administrées à l'intérieur, sont les agents les plus actifs et les plus sûrs de la curation de l'amygdalyte chronique, dans un grand nombre de cas.

Ablation des amygdales.

L'*ablation des amygdales* si usitée, presque à la mode aujourd'hui, ne convient que chez les sujets d'une mauvaise constitution, exposés à de fréquentes récidives, traités inutilement par les moyens locaux et généraux que nous venons d'indiquer, et lorsque les amygdales hypertrophiées, dégénérées ou ulcérées, ne sauraient guérir par un autre moyen.

MALADIES DE L'ŒSOPHAGE.

Les maladies de l'œsophage auxquelles nous consacrerons une courte description sont : 1° l'*inflammation ;* 2° le *spasme*.

ŒSOPHAGITE.

Œsophagite.

L'inflammation se traduit, dans l'œsophage comme dans le pharynx, par l'hypérémie, l'exsudation plastique et le ramollissement.

Lésions anatomiques. — Celles qu'on observe sont des colorations rougeâtres par stries, par bandes, de la membrane muqueuse, tuméfiée, ramollie, ou ulcérée superficiellement. Tantôt l'épithélium seul s'enlève par place ; tantôt le derme muqueux est rougeâtre, pulpeux même, dans une partie ou la totalité de son épaisseur. Les tissus environnants sont épaissis, infiltrés de sang, de sérosité, et adhèrent aux organes environnants. On trouve aussi, dans une autre forme d'œsophagite consécutive à un grand nombre de maladies générales, la rougeur et l'exsudation plastique qui couvre, par plaques plus ou moins étendues, une portion ou la totalité du conduit menbraneux. Il est rare de rencontrer de petites collections purulentes dans l'épaisseur même de l'œsophage ou sous sa membrane interne. Presque toutes sont situées en dehors de la tunique musculaire, dans le tissu cellulaire abondant qui unit le canal membraneux à la colonne vertébrale et aux parties environnantes. **Altérations anatomiques ;** de l'œsophagite aiguë ;

A la *phlegmasie chronique* se rapportent plus spécialement l'ulcération et les rétrécissements. L'ulcère, d'un rouge violacé, mou, fongueux, saigne facilement. Il est accompagné de la tuméfaction et du ramollissement des tissus, parfois de petits abcès, et souvent d'une induration qui s'étend dans les tissus voisins, avec lesquels il constitue une tumeur adhérente. Les abcès chroniques, le ramollissement, bien mieux que le rétrécissement, caractérisent l'inflammation chronique. de l'œsophagite chronique.

Symptômes. — Les symptômes les mieux accusés de l'inflammation consistent dans la douleur et la dysphagie. La première occupe la partie inférieure du pharynx, ou se fait sentir entre les deux épaules, ou derrière le sternum, au niveau du cartilage xyphoïde. Quelquefois la pression sur le trajet de l'œsophage accroît et fait paraître la douleur qui indique alors, assez exactement, le siége de l'inflammation. Souvent les malades ont la sensation de chaleur, de boule surtout, au moment où les boissons et les aliments parcourent le trajet du conduit œsophagien. **Symptomatologie.** Douleurs.

La dysphagie est un autre symptôme qui est encore plus constant et plus marqué que la douleur. Deux causes la produisent : l'irritation causée par le bol alimentaire au moment où il entre en contact avec la membrane altérée, et la contraction spasmodique de l'œsophage ; il en résulte une difficulté extrême pour le passage de l'aliment. Quelquefois même il ne peut aller au delà, remonte vers le pharynx et en est rejeté par régurgitation, ou par vomissements. Ceux-ci sont sympathiques de l'œsophagite. On voit des malades faire de grands Dysphagie.

efforts pour avaler, et incliner fortement la tête en avant. Parfois le bol alimentaire s'arrête dans des renflements partiels situés au-dessus de la lésion, d'où il est expulsé plusieurs heures, et même plusieurs jours, dit-on, après avoir été ingurgité.

Symptômes de l'état chronique.

Le hoquet, la soif, l'anorexie, ne tardent pas à survenir; aux symptômes locaux s'ajoutent alors les signes de l'inanition portée à différents degrés. Tantôt lent et progressif, le marasme ne devient sensible qu'après une longue et graduelle abstinence, lorsque les aliments ne peuvent plus être ingérés en quantité suffisante. Il arrive un moment où la dysphagie, presque complète, force le malade à ne plus vivre qu'avec des boissons alimentaires, administrées par la bouche, au moyen de la sonde œsophagienne ou de lavements. Une horrible inanition fait alors mourir le malade, qui conserve au milieu des tortures de la faim toute l'activité de son intelligence. L'intensité des douleurs, en un point plus ou moins limité de l'œsophage, à une certaine époque de la maladie, indique la formation d'un ulcère. Les vomissements de matières glaireuses, mêlées ou non à des substances alimentaires, se montrent dans les hypercrinies de la membrane interne de l'œsophage, produites par les lésions inflammatoires et la dilatation de l'œsophage.

Hypercrinie de la membrane interne.

Résolution

La *résolution* est marquée par la cessation de la douleur, de la dysphagie et le passage facile de tous les aliments.

Diagnostic.

On peut confondre l'œsophagite avec les maladies de l'épiglotte, l'inflammation et l'ulcération plus spécialement; le siége de la douleur, au niveau de cet organe, l'inspection directe avec le laryngoscope, les altérations de la voix et la maladie tuberculeuse coexistante, ne laissent aucun doute sur la lésion de l'épiglotte. Le cancer, l'ulcération, le rétrécissement de l'œsophage, donnent aussi lieu aux mêmes symptômes. Le cathétérisme ne suffit pas toujours pour lever les doutes sur la nature de l'obstacle qu'on rencontre en pareille circonstance, car il peut aussi tenir à une coarctation spasmodique causée par l'inflammation. La sensation d'une tumeur qu'on a peine à franchir et les signes de la cachexie cancéreuse fourniraient une vive lumière au diagnostic. La maladie est grave surtout si la lésion phlegmasique est étendue à une grande partie de l'œsophage.

Causes.

Étiologie. — On cite, comme la cause la plus fréquente de cette inflammation, l'ingestion de liqueurs bouillantes, d'acides concentrés, de poisons âcres, corrosifs, alcalins, de sels de cuivre, de corps volumineux ou d'une configuration telle qu'ils blessent ou du moins irritent fortement la membrane interne de l'œsophage. On a encore parlé, mais sans citer aucun fait probant à l'appui de cette opinion,

de l'action morbifique du rhumatisme, de la variole, de la scarlatine et de la rétrocession des exanthèmes en général.

Traitement. — La diète, en mettant au repos le canal œsophagien, rend les plus grands services; l'usage des boissons douces, mucilagineuses, de gomme, de lait, les applications plus ou moins répétées de sangsues le long du canal membraneux, de cataplasmes, des bains longs et fréquemment répétés, des potions huileuses, légèrement narcotiques, forment l'ensemble des moyens curatifs auxquels on doit avoir recours, dans la plupart des cas. Nous ajouterons que les fréquentes rechutes et les difficultés de la thérapeutique qui arrêtent, à chaque instant, le médecin rendent très-longue et très-laborieuse la curation de cette maladie. **Traitement.**

SPASME ŒSOPHAGIEN.

Synonymie : *Œsophagisme, resserrement spasmodique, constriction de l'œsophage.* **Synonymie.**

On appelle ainsi la convulsion tonique ou clonique, complète ou incomplète, du tissu musculaire de l'œsophage. **Définition.**

Elle se manifeste souvent, tout d'un coup, à l'aide d'une constriction qui empêche le malade d'avaler et le force à rejeter immédiatement toutes les substances qu'il tente d'avaler. Il éprouve le sentiment d'une boule, à une certaine hauteur de l'œsophage, tantôt derrière le larynx, tantôt entre les épaules, derrière le sternum ou à l'épigastre. Comme toutes les convulsions, celle que nous décrivons donne lieu à une grande anxiété, à la dyspnée, à des convulsions générales qui s'accompagnent de nausées, de vomissements, et de violents efforts d'expulsion que fait le malade. Son visage rougit et pâlit; il rejette les gaz, dont l'estomac et l'intestin sont remplis; il est menacé de suffocation, éprouve un état général pénible à voir et qui ressemble beaucoup à celui d'un sujet hystérique ou éclamptique. **Symptômes.** Convulsions générales.

La marche de ce spasme est essentiellement intermittente ou rémittente. Dans l'intervalle des accès, les malades peuvent avaler des boissons, des aliments, et même se nourrir assez complétemeut pour que la santé revienne, jusqu'à ce qu'un nouvel accès plus ou moins éloigné la trouble encore, pour quelques semaines ou quelques mois. Le symptôme le plus certain de la nature spasmodique de l'œsophagisme est fourni par l'introduction de la sonde qui parcourt librement tout le canal, sans rencontrer d'autre obstacle que celui qu'oppose la **Marche.** **Diagnostic.**

contraction musculaire ; ce qui permet sur-le-champ de la distinguer des lésions cancéreuses de l'œsophage dans lesquelles la sonde, plus ou moins déviée, heurte contre des obstacles insurmontables qu'on reconnaît aisément pour des tumeurs plus ou moins volumineuses.

Étiologie. Spasme symptomatique. Maladies de l'œsophage. 1° Spasme symptomatique. Maladies du cerveau.

Causes. — Le spasme peut-être *symptomatique*, *sympathique*, *idiopathique*. 1° *Spasme symptomatique.* — L'inflammation, l'ulcération, ou toute autre lésion de l'œsophage, entraîne avec elle une constriction spasmodique dont il est parfois difficile de reconnaître la nature, au début. Elle peut dépendre d'une maladie du cerveau ou de la moelle épinière, d'une hémorrhagie, d'un ramollissement primitif ou consécutif ; leurs symptômes propres ne tardent pas à être suivis d'œsophagisme. Nous n'avons pas besoin de dire que ce spasme est au-dessus des ressources de l'art. Souvent il est le symptôme d'une autre névrose dont il fait partie ; la nosomanie et l'hystérie en sont les deux causes les plus ordinaires, à tel point qu'on peut en soupçonner l'existence, lorsqu'on voit paraître les signes non douteux du spasme œsophagien. L'hydrophobie rabique donne lieu constamment à un spasme pharyngien et œsophagien qui empêche entièrement la déglutition et constitue le meilleur signe de cette terrible maladie. La morsure de la vipère, du crotale et d'un grand nombre d'animaux venimeux qui produisent des accidents nerveux si variés, s'accompagne souvent de convulsions œsophagiennes. La crainte, les émotions morales de tout genre, la lypémanie, la manie, peuvent aussi les provoquer comme symptômes passagers ou plus ou moins durables. Nous devons en dire autant de certaines altérations du sang, telles que la chlorose et l'anémie qui troublent, comme on le sait, à un degré extrême la motilité et les autres fonctions du système nerveux.

Des névroses.

Rage.

Maladies venimeuses.

Spasme sympathique.

On a observé l'œsophagisme comme un effet *sympathique* d'une maladie cancéreuse qui siégeait sur une région quelconque de l'estomac. On l'a vu dans les maladies de l'utérus et des ovaires, après la suppression des règles, dans l'état puerpéral, pendant le cours de la grossesse, chez des nymphomanes, les sujets atteints de satyriasis, de vers intestinaux, de calculs rénaux, etc.

Spasme essentiel.

Le nombre des cas de *spasme idiopathique essentiel* est encore plus restreint. On a cité des faits de singulière idiosyncrasie, marquée par une convulsion de l'œsophage tout à coup développée chez un sujet qui a bu une boisson glacée, qui a mangé des champignons, d'ailleurs de bonne qualité, une feuille d'artichaut, du beurre, de la viande de cochon, etc., etc. Cette véritable épilepsie œsophagienne ne re-

connaît alors d'autre point de départ que le trouble primitif de l'innervation.

Traitement. — Il repose entièrement sur la division fondamentale que nous avons établie. Au spasme par cause locale il convient d'opposer le traitement de la maladie de l'œsophage (inflammation, cancer, tumeurs, etc.) ; à celui qui dépend d'une lésion du système nerveux, le traitement des affections cérébrales. On y ajoutera la médication qui réussit le mieux dans les névroses, dans l'hystérie spécialement, et qui consiste dans l'hydrothérapie, dans l'emploi de la belladone, du musc, du camphre, de l'éther, de l'asa fœtida et de tous les antispasmodiques, en général. On est contraint souvent de les administrer en lavements, ainsi que l'opium et les sels de morphine. Localement on se sert des huiles, des liniments et des cataplasmes chargés de tous les antispasmodiques possibles. Les frictions avec la pommade belladonée et camphrée, les affusions, les lotions froides sur le corps, auxquelles il faut préférer l'hydrothérapie bien dirigée, constituent des agents précieux de la médication antispasmodique usitée en pareille circonstance. La cautérisation au fer rouge a parfois réussi. Nous devons encore citer les grands bains tièdes à l'eau simple ou sulfureuse, prolongés, les frictions et le massage sur tout le corps. Enfin le cathétérisme œsophagien se présente comme un moyen qu'il ne faut pas négliger d'employer dès le début, quand le spasme résiste à la médication interne, quand le malade ne peut se nourrir, et quand les effets de l'inanition qui se font promptement sentir ne peuvent manquer encore d'accroître le spasme. D'ailleurs il a suffi quelquefois d'un ou deux cathétérismes pour le vaincre et l'empêcher de reparaître. Le succès obtenu est rarement aussi complet; il faut y revenir plusieurs fois et y ajouter souvent les agents les plus actifs et les plus variés de la médication antispasmodique.

Traitement ; de chaque espèce de spasme.

Anti-spasmodiques.

Cathétérisme.

MALADIES DE L'ESTOMAC.

On éprouve aujourd'hui plus de difficultés pour décrire les maladies de l'estomac qu'à l'époque, encore peu éloignée de nous, où la doctrine de l'irritation avait fait de la phlegmasie gastrique la cause de la plupart des maladies. Un peu plus tard, le point de vue exclusivement anatomique auquel on s'est placé n'a pas élucidé davantage l'histoire de ces maladies; au contraire, en prenant la lésion de

structure des tissus pour base presque unique de la pathologie, on en est arrivé à décrire autant de maladies distinctes qu'il existe de lésions. Il faut donc s'attendre à voir cette portion de la pathologie subir de nombreuses transformations, à mesure qu'on s'efforcera de mettre la clinique, c'est-à-dire l'observation des symptômes, dans un rapport plus exact avec les lésions et les causes. Quant à présent, tout est provisoire dans l'étude des affections gastriques, surtout lorsqu'il s'agit de l'inflammation et des hypérémies de l'estomac. C'est donc, en réalité, à titre de documents que nous allons chercher à en retracer l'histoire.

Divisions. — Les maladies de l'estomac auxquelles nous consacrerons une description sont les suivantes : 1° l'*hypérémie;* 2° la *gastrite aiguë* et *chronique;* 3° la *gastrorrhagie;* 4° l'*hypercrinie* ou *gastrorrhée;* 5° les *névroses*, qui comprennent la *gastralgie,* le *vomissement nerveux*, la *dyspepsie ;* 6° l'*hypertrophie;* 7° l'*ulcération*, le *ramollissement.*

HYPÉRÉMIE DE L'ESTOMAC.

Étiologie. **Causes.** — On donne le nom d'hypérémie de l'estomac à la réplétion de ses vaisseaux capillaires, par l'afflux insolite du sang; cet afflux peut tenir à la phlegmasie aiguë et chronique dont nous parlerons plus loin; à des conditions physiologiques telle que l'abstinence; à des conditions physiques et des obstacles à la circulation; aux lois de la pesanteur; à une altération purement cadavérique.

Abstinence. 1° On sait que les animaux qui meurent de faim présentent une injection capillaire des plus marquées de toute la membrane interne, rouge et finement ponctuée; cette injection physiologique est bien près de la phlogose, si elle n'est pas la phlogose même, puisque les remarquables analyses d'Andral et de Gavarret montrent un accroissement dans la fibrine du sang. On a dit que chez les malades tenus à une diète sévère par le médecin, les rougeurs gastriques pouvaient se produire par un mécanisme à peu près semblable. Nous sommes heureusement loin de l'époque où l'on trouvait des hypérémies déterminées par cette cause. Elles sont surtout manifestes chez les sujets qui se font mourir de faim. La coloration rosée, fine de la muqueuse, avec la turgescence et l'épaississement de la membrane, constituent le meilleur caractère de la phlogose.

Causes physiques et mécaniques. 2° Plusieurs causes physiques sont suivies d'une notable hypérémie gastrique; telles sont la température élevée de l'air, la quantité

surabondante du sang chez des sujets robustes morts par accident, ou après peu de jours de maladie : ces morts sont communes dans les maladies du cœur. Nous citerons aussi celles qui sont provoquées par la déclivité et la gêne apportée à la circulation par des tumeurs situées dans le ventre ou dans la poitrine. Obstacles à la circulation.

Les altérations cadavériques, marquées par la rougeur de l'estomac, se reconnaissent aisément aux signes ordinaires de la putréfaction, à la grande quantité de liquide contenu dans l'estomac et surtout à la position déclive de la rougeur disposée par bandes transversales et due à une simple imbibition physique. Les parois des grosses veines qui rampent dans les tuniques de l'estomac sont colorées en rouge livide, et se dessinent sous la forme de lignes rouges et violacées qui en indiquent la véritable nature. Pesanteur et altérations cadavériques.

Les *altérations du sang* sont les causes les plus fréquentes de la congestion gastrique. On peut placer, en tête, toutes les maladies dans lesquelles le sang a perdu de sa fibrine, telles que les fièvres typhiques, les exanthèmes dans leur forme grave, la scarlatine spécialement. On a signalé, dans des épidémies graves de cette dernière affection, des morts rapides à la suite desquelles on a pu constater des rougeurs simples ou ecchymotiques, partielles ou générales, de la tunique interne, sans que celle-ci parût altérée dans sa contexture. Les maladies du foie, les dysentéries graves, la peste, la fièvre jaune, le scorbut, les maladies puerpérales, donnent lieu à cette même hypérémie. On a indiqué comme une de ses causes la pléthore; la congestion se retrouve alors dans un grand nombre de tissus à la fois. Quoi qu'on en ait dit, la chlorose et l'anémie ne la produisent jamais à elles seules; il s'y joint quelque autre condition pathologique. Altérations du sang et maladies générales.

On l'observe dans les maladies paludéennes à forme pernicieuse, lorsque la mort a lieu durant un de ces paroxysmes graves qu'on a rapportés à la fièvre comateuse, délirante, algide ou dysentérique, etc. C'est même l'existence de ces hypérémies gastriques qui a pu, un instant, donner le change à quelques auteurs et leur faire croire que l'inflammation gastro-intestinale était la cause de la fièvre pernicieuse ou du moins de sa gravité. A côté des congestions ainsi produites se placent naturellement celles qu'on trouve dans les maladies pyémiques ou septiques, dans les toxiques, dans l'empoisonnement par l'arsenic, le phosphore, enfin dans les maladies virulentes.

Symptômes. — Il est difficile de distinguer, parmi les autres symptômes qui appartiennent à la maladie principale, ceux qui ca- Symptomatologie.

ractérisent la congestion de l'estomac. L'état saburral, l'anorexie, le dégoût pour les aliments, l'adipsie, les nausées et quelques vomissements de matière muqueuse, filante, sont les seuls symptômes qu'on puisse attribuer à la maladie. L'hypérémie, loin d'exciter les fonctions de l'estomac, les abaisse au-dessous de leur type physiologique.

GASTRITE.

Définition.

Définir la gastrite une phlegmasie de l'estomac serait en donner une notion insuffisante, si l'on n'ajoutait pas qu'elle est marquée par la rougeur, le ramollissement de la tunique interne, et, pendant la vie, par la douleur gastrique, la soif, la dyspepsie et le vomissement.

Divisions.

Divisions. — Nous décrirons la gastrite aiguë et la chronique seulement; nous ne savons pas ce que c'est que la *phlegmoneuse;* quant à la folliculeuse, elle appartient à l'histoire des ulcérations de l'estomac.

Anatomie pathologique. Rougeur phlegmasique.

Lésions anatomiques. — La rougeur de la tunique interne, pour avoir quelque valeur, doit être constituée par une injection striée, pointillée ou ramiforme, c'est-à-dire que le sang doit être contenu et accumulé dans les petits vaisseaux qui forment le réseau capillaire de la membrane muqueuse et de la celluleuse sous-jacente. Une injection ramiforme des branches plus volumineuses l'accompagne souvent. Pour bien apercevoir l'injection des vaisseaux, il est nécessaire de l'examiner avec une forte loupe, sur des plaques de verre sur lesquelles on a préalablement disposé un lambeau de la tunique interne. On y découvre souvent une injection fine et aréolaire ou de petites taches ecchymotiques semblables à un sable fin et rouge qui parsèmerait la membrane. L'hémorrhagie, dans ce cas, touche intimement à l'inflammation.

Diverses formes d'injection.

Rougeurs par plaques, stries, et ponctiformes.

On a distingué des rougeurs par plaques, par stries ou par points, dans lesquelles l'injection est arborescente ou la rougeur uniforme. Elles peuvent affecter toutes ces formes dans l'inflammation. Les nuances rose, amaranthe, vermeille ou rouge foncée, la caractérisent mieux que les colorations brunâtres; aucune cependant ne serait suffisante pour indiquer sûrement une inflammation, si l'on ne trouvait, en même temps, le ramollissement et l'épaississement des tuniques. Les rougeurs partielles ont plus d'importance que les rougeurs universelles. Elles occupent indifféremment les faces antérieures et postérieures de l'estomac, la petite courbure. Il faut se défier de celles qui sont si-

tuées le long de la grande courbure et sur les parties les plus déclives de l'estomac, surtout lorsqu'il renferme une grande quantité de liquide. Ajoutons que le lavage à grande eau, puis l'examen de la membrane bien étendue sur un verre, avant qu'elle soit pressée et divisée par le scalpel, parfois l'injection anatomique, sont nécessaires pour qu'on puisse se prononcer sur la valeur d'une rougeur inflammatoire.

Nombreuses précautions à prendre.

La consistance de la tunique interne, rouge, injectée et tuméfiée, peut être conservée, dans un certain nombre de cas; dans d'autres, elle diminue sensiblement, s'enlève comme une pulpe molle et ne peut plus former ces lambeaux de plusieurs millimètres à un centimètre qu'on doit produire avec une membrane muqueuse saine. L'amincissement et la destruction de celle-ci, quand ils sont seuls, nous paraissent une lésion bien douteuse de la phlegmasie, et se rattacher plutôt à une lésion de la nutrition. Il en est de même de l'hypertrophie avec induration qui, dans tous les cas, appartient d'une manière plus spéciale à la gastrite chronique.

Ramollissement.

L'ulcération, après ou sans ramollissement préalable de la tunique muqueuse, peut s'effectuer dans un espace circonscrit, plus ou moins circulaire, s'accompagner d'une forte hypérémie de la membrane ambiante et même des tissus sous-jacents, d'une injection vasculaire des plus manifestes, et finir par amener la perforation totale de l'estomac. Cette terminaison peut avoir lieu très-rapidement et après un temps fort court. Une pareille altération, qui mérite le nom d'ulcère aigu de l'estomac, nous semble appartenir à l'inflammation, à des titres aussi légitimes que les autres désordres réputés inflammatoires.

Ulcération rouge inflammatoire.

La rétraction des membranes musculaires de l'estomac, la diminution de la capacité de ce viscère, l'extension de l'injection et de la tuméfaction à la tunique celluleuse et musculaire, sont des lésions concomitantes qu'il est très-commun d'observer dans la phlegmasie aiguë et intense. Dans la forme la plus légère, qui a une durée fort courte, les rougeurs sont limitées à la surface et constituées par ces belles aréoles polygonales qui appartiennent au réseau vasculaire de l'estomac. On trouve dans sa cavité des liquides muqueux, bilieux, sanguinolents, plus rarement des pseudo-membranes qui révèlent alors l'existence d'une véritable gastrite plastique liée à la diphthérie ou à une stomato-pharyngite.

Diminution de capacité de l'estomac.

On a désigné sous le nom de *gastrite toxique* des altérations très-diverses déterminées par l'introduction d'un poison, soit acide, soit

Gastrite toxique.

alcalin, dans tous les cas irritant, caustique et capable d'agir chimiquement sur les trois membranes de l'estomac. De là proviennent deux sortes d'altérations qu'il faut distinguer l'une de l'autre. La première se compose des désordres provoqués par l'action directe du poison. Ils sont de natures très-diverses; la membrane est enflammée violemment, rouge, ramollie, détruite dans une grande étendue de sa surface; le tissu cellulaire sous-jacent mis à nu. Ailleurs on trouve des ulcérations ou des perforations faites par la substance vénéneuse; de larges ecchymoses ou de petites taches noires, circulaires, produites par le sang répandu dans la tunique interne; çà et là, de véritables lambeaux gangréneux formés par les tissus gastriques corrodés et détruits, etc., etc. A côté de cette première classe de lésions s'en rencontrent d'autres qui se développent à une époque plus avancée, lorsque l'organe a résisté aux premiers désordres et qu'un travail de réparation s'est établi autour des tissus profondément lésés. C'est là qu'on peut étudier facilement les véritables caractères de l'inflammation aiguë, le ramollissement rouge et pulpeux, les divers degrés d'injection, les ulcérations de la tunique interne et le mode de cicatrisation que suit alors le travail réparateur. Le bourgeonnement du tissu cellulaire sous-muqueux, la formation de nouveaux vasculaires, l'exsudation plastique, et bientôt les sécrétions épithéliales forment l'ensemble des actes morbides qu'on observe à la suite des gastrites toxiques.

Lésions très-diverses : 1° directes, primitives et chimiques.

2° Lésions consécutives dynamiques.

Symptômes. — La gastrite aiguë est aussi difficile à caractériser par ses symptômes que par ses altérations anatomiques. Nous ne rangeons pas dans la catégorie des gastrites même les plus légères, l'embarras gastrique ni la fièvre gastrique. Si l'on veut posséder une symptomatologie un peu nette de la gastrite, il faut la chercher dans les formes les mieux accusées de la phlogose. On observe alors les phénomènes morbides suivants : après le repas fait sans appétit, où, pour obéir à un raisonnement vulgaire, les aliments pèsent à l'estomac, passent longuement, en excitant de la soif, des renvois, de la céphalalgie, de la torpeur, de la courbature, des douleurs musculaires, des bouffées de chaleur, des vomissements, etc., tout se dissipe par la diète, ou jusqu'à ce que de nouveaux aliments soient ingérés.

Symptomatologie.

Symptômes de début.

Dans une forme plus aiguë, les malades accusent de la douleur épigastrique, un sentiment de chaleur, de sécheresse à l'arrière-gorge, une soif plus ou moins vive, de l'anorexie. La langue est naturelle ou sèche, blanchâtre, pointillée de rouge à son extrémité, ou d'un rouge

Symptômes intenses.

vif, uniforme, sur cette région ; elle est aplatie ou contractée. Bientôt les nausées, les vomissements plus ou moins répétés d'aliments, de boissons, de matières bilieuses et muqueuses se manifestent et annoncent un degré assez intense de la phlogose, qui s'aggrave encore par la persistance que le malade met à manger. Il éprouve aussi après le repas des rapports aigres, acides ou amers, brûlants, jusqu'à ce qu'il ait vomi ou que les aliments aient pénétré dans les voies inférieures du tube digestif. Des gaz se produisent, en grande abondance : leur présence accroît encore l'anxiété épigastrique et le malaise qui continue jusqu'à ce que le malade ait rejeté une grande partie des aliments. Souvent des coliques vives et la distension gazeuse du ventre s'ajoutent aux symptômes observés. La constipation est de règle dans la gastrite ; cependant le contact des substances mal digérées qui traversent l'intestin finissent souvent par l'irriter et par provoquer une diarrhée fétide et abondante.

Symptômes sympathiques.

Les symptômes généraux se manifestent de bonne heure, parce qu'il est impossible qu'une fonction aussi importante que celle qui est confiée à l'estomac n'exerce pas, dès qu'elle est troublée, une influence considérable sur les autres appareils. Aussi Broussais, tout en l'exagérant avec l'ardeur d'un doctrinaire qui veut faire prédominer, à tout prix, son système, avait-il fait remarquer justement que le système nerveux tombe dans l'adynamie avec une promptitude extrême. Les forces, l'intelligence, les sensibilités générales et spéciales s'altèrent ; de là l'inaptitude intellectuelle, la tristesse, le découragement, le brisement des membres, l'insomnie, les agitations nocturnes, les douleurs névralgiques de la face, la migraine, les alternatives de chaleur et de refroidissement dans les membres, la toux gastrique, etc. La fièvre s'allume ordinairement pour peu que la gastrite acquière une notable intensité ; pendant longtemps elle est nulle, ou se présente seulement par paroxysmes nocturnes, puis enfin continus. Mais, de tous les symptômes, les plus constants et les plus précoces sont ceux qui dépendent des troubles que subit presque à l'instant la nutrition. A peine le malade a-t-il cessé de manger que les traits de la face s'altèrent, se grippent, que le teint se décolore, que paraissent tous les symptômes de l'anémie, et que l'amaigrissement fait de notables et souvent de rapides progrès.

Symptômes adynamiques.

Fièvre.

Inanition.

Symptômes de la gastrite suraiguë.

Nous n'avons plus qu'à retracer les principaux traits de la gastrite toxique, semblables en tout à ceux de la gastrite aiguë, spontanée, si ce n'est que les symptômes ont une violence qui ne saurait être comparée à ceux de la gastrite spontanée. Les vomissements conti-

nuels, la soif intolérable, les vomiturițions lorsque l'estomac ne peut plus rien rejeter et qu'il est fortement convulsé, la douleur épigastrique violente, la forte rétraction du creux épigastrique, l'anxiété, les déjections alvines et surtout les symptômes généraux, tels que l'état grippé de la face, le refroidissement des pieds et des mains, la faiblesse extrême du pouls, la prostration, le délire, la somnolence, le coma, les mouvements convulsifs, les lipothymies, les syncopes, etc., forment le tableau général des accidents propres à la gastrite par empoisonnement.

Marche et terminaison.

Marche et terminaison. — La phlegmasie affecte une marche très-différente suivant les cas. Elle revêt parfois une marche lente et insidieuse ; ses symptômes sont obscurs et peu marqués. L'appétit persiste, les digestions continuent à se faire, quoique avec difficulté, puis apparaissent des nausées et de rares vomissements, jusqu'à ce que la maladie devienne plus aiguë, ou jusqu'à ce que tous les symptômes se dissipent, et que la fonction digestive cesse d'être troublée. L'embarras gastrique ressemble tout à fait à cette gastrite légère. Quant à celle qui aurait une terminaison funeste et irait en s'aggravant en peu de jours, nous ne la connaissons pas, et il serait difficile d'en fournir les principaux traits. Ordinairement, après plusieurs rechutes, la gastrite aiguë passe à l'état chronique.

Siége de l'ulcération.

Le ramollissement et l'ulcération aigus de l'estomac donnent lieu à des douleurs vives, accompagnées de vomissements répétés, à une soif très-grande, à une sensibilité extrême de la région épigastrique et même du ventre, enfin à ces troubles ataxo-adynamiques que nous avons indiqués en parlant de la forme suraiguë toxique, tels que la prostration des forces, de l'intelligence, le subdélire, la somnolence, le refroidissement et la mort après une à deux semaines, soit qu'il survienne une perforation suraiguë, soit que la maladie accomplisse toutes ses périodes.

Diagnostic.

Diagnostic. — L'embarras gastrique, la gastralgie et le cancer commençant sont les trois maladies qui ressemblent le plus à la phlegmasie de l'estomac. Dans l'embarras gastrique, les enduits épais de la langue, l'anorexie, l'absence de soif, de fièvre, de symptômes généraux et l'efficacité rapide, presque instantanée, d'un vomitif, suffisent pour faire reconnaître la nature du mal.

Embarras gastrique.

Gastralgie.

Dans la gastralgie, les symptômes nerveux, les troubles de la sensibilité, la dyspepsie, ont une marche éminemment chronique, apyrétique, et sont calmés par les stimulants et l'opium ; ils coïncident avec d'autres états nerveux, avec l'hystérie, les névropathies de tout genre,

et avec la chloro-anémie surtout. Il est plus difficile de reconnaître le cancer commençant, parce qu'il peut produire d'abord des troubles gastriques aigus, semblables à ceux de l'inflammation. Néanmoins la rémission souvent complète de ceux-ci, leur marche chronique, leurs récidives, les feront distinguer aisément de ceux qui appartiennent à la gastrite. Cancer.

Causes. — Il faut chercher dans la nature, la quantité et la qualité des ingesta, la cause la plus fréquente de l'inflammation gastrique. L'usage habituel ou fréquemment répété des aliments et des boissons très-stimulants, des alcools, de tous les condiments, du café et du thé pour ceux qui n'en prennent jamais, la réplétion gastrique qui dépasse les limites naturelles et détermine de fréquentes indigestions, ou, enfin, l'excès contraire, c'est-à-dire l'ingestion d'aliments insalubres, insuffisants en quantité et en qualité, la privation forcée pendant plusieurs jours ou à des intervalles plus ou moins éloignés des aliments les plus indispensables à l'entretien de la vie, peuvent amener l'hypérémie inflammatoire, comme dans les expériences instituées par Andral et d'autres, dans lesquelles l'inanition était suivie d'un travail phlegmasique manifeste qui se traduisait par un accroissement de fibrine. Peu d'hommes savent proportionner la quantité de leurs aliments à leurs besoins et surtout à l'action du milieu ambiant. On sait, en effet, que la température élevée de certains pays exerce son influence sur le tube digestif et le dispose à s'enflammer ensuite, à la moindre occasion. Aussi les hommes qui sont en possession des biens de la terre, comme ceux à qui ils font défaut ei qui meurent de faim, sont-ils également exposés à cette inflammation. Étiologie. Causes cosmiques. Ingesta. Réplétion et indigestion.

Nous citerons encore, comme causes spéciales de la gastrite, l'ingestion des poisons de tout genre, soit volontairement, soit accidentellement, des médicaments irritants, purgatifs, drastiques, donnés d'une manière intempestive ou à trop fortes doses, etc., les boissons froides et glacées, etc. Poisons irritants.

La stimulation excessive produite par la chaleur extrême d'un pays chaud et humide, se traduit non-seulement par la dépression générale des forces, mais encore par l'atonie des voies digestives qui peut s'élever, à un moment donné, et sous l'influence de stimulants trop énergiques, jusqu'à l'irritation inflammatoire. Calorique.

Le même auteur qui a si bien fait ressortir le mode d'action et la nature des agents de stimulation gastrique, Broussais, a également signalé l'influence extrême des travaux de l'esprit, des veilles, des excès vénériens, des fatigues excessives sur le développement de la gastrite aiguë. Innervation.

Traitement.

Traitement. — Si l'existence de la phlegmasie ne laisse aucun doute, le traitement en est bien simple; il faut encore en chercher les indications les plus certaines dans l'*Histoire des phlegmasies chroniques de Broussais*, en restreignant un peu ce que ses prescriptions ont d'excessif. Il faut retrancher au malade la totalité des stimulants auxquels il est souvent habitué depuis longtemps, et une partie seulement des substances alimentaires. Une diète absolue a trop d'inconvénients. On permettra pour nourriture le lait pur ou coupé, les bouillons froids, les boissons sucrées, mucilagineuses, acidulées, légèrement amères; et plus tard, lorsqu'une amélioration sensible se sera déclarée, des potages préparés avec différentes pâtes et fécules, ou avec le pain, puis les viandes blanches, et les légumes amylacés, etc. En même temps on lavera fréquemment l'intestin avec des eaux mucilagineuses, émollientes, laxatives ou purgatives. On placera sur le ventre des cataplasmes, des topiques émollients, narcotiques. Les boissons seront à une température douce; rarement on leur donnera une température basse. Le malade usera souvent de bains entiers tièdes, et de longue durée.

1° Éloigner les stimulants gastriques;

2° Prescrire les aliments les plus légers;

3° agir sur l'intestin et la peau;

4° localement sur l'organe enflammé.

Déplétions sanguines épigastriques.

Lorsque la gastrite a une intensité fort grande, lorsqu'elle suit l'ingestion d'un poison ou de toute autre liqueur irritante, il devient nécessaire de pratiquer sur la région de l'épigastre une saignée à l'aide des ventouses ou mieux encore des sangsues, en nombre variable, et à des époques plus ou moins rapprochées, suivant les effets produits par la spoliation sanglante, la force du sujet et l'intensité de la phlogose. D'autres préfèrent les appliquer sur le rectum, à cause de la déplétion directe que les sangsues produisent sur le système vasculaire abdominal. La saignée générale ne saurait qu'affaiblir l'économie, sans avantage pour la phlogose gastrique.

GASTRIQUE CHRONIQUE.

Gastrite chronique. Anatomie pathologique.

Altérations cadavériques. — Nous avons déjà eu de fréquentes occasions de dire qu'il est impossible, dans l'état actuel de la pathologie, de déterminer les véritables caractères d'une phlegmasie chronique; cette remarque s'applique particulièrement à la gastrite. Ce qu'on a désigné ainsi est un assemblage assez hétérogène de lésions de nutrition qui surviennent, soit d'emblée, ce qui est rare: soit consécutivement, à la phlegmasie aiguë. Parmi les lésions les plus communes on remarque les suivantes : — 1° *La coloration*

1° Colorations noires;

ardoisée bleuâtre, ou noire comme de l'encre de Chine, que prend par places, par bandes, ou par points distincts, plus ou moins nombreux, la tunique muqueuse souvent épaissie, indurée, hypertrophiée. Ces altérations s'étendent jusqu'à la tunique celluleuse sous-jacente, et sont tout à fait identiques à celles qu'on observe dans les autres membranes muqueuses et surtout dans la séreuse du péritoine, enflammé chroniquement. — 2° *L'induration et l'épaississement hypertrophique* de la tunique interne, surtout dans la région pylorique, constituent la lésion la plus fréquente qu'on puisse rapporter originairement à l'inflammation. On a vu cette tunique acquérir quatre ou cinq fois son épaisseur naturelle, tantôt dans une étendue assez notable, et former ce qu'on appelle *l'état mamelonné* de l'estomac, tantôt partiellement, et porter sur les glandes muqueuses, plus rarement sur les glandes à pepsine. Dans le cas d'induration et d'hypertrophie de la membrane interne, elle s'enlève par lambeaux assez considérables.

2° hypertrophie et induration de la tunique muqueuse.

État mamelonné.

L'état mamelonné donne lieu au développement d'un grand nombre de saillies de trois à six millimètres, arrondies, semblables à des bourgeons charnus, séparés par des sillons plus ou moins étroits et plus profonds que les parties environnantes. La membrane interne sur ces points est ou de consistance normale, ou ramollie, grisâtre, injectée. L'hypertrophie des glandes à pepsine ne se montrerait que dans la région cardiaque où elles existent normalement; celle des glandes à mucus occupe le pylore.

L'hypertrophie et l'induration peuvent s'étendre dans la tunique sous-muqueuse et surtout dans la cellulaire et la musculaire si développées l'une et l'autre. Telle est la nature de ces indurations plus ou moins limitées, formant ou non des tumeurs, qu'on rencontre dans la région pylorique, sur l'anneau de ce nom, et même dans un grand nombre d'autres points de la paroi gastrique. Elles ont été prises pendant longtemps pour des cancers, jusqu'à ce que René Prus, et surtout Andral, eussent montré, par une habile dissection, qu'elles ne sont autre chose que les tuniques, celluleuse et musculaire, hypertrophiées et indurées. Il résulte presque toujours de ces altérations un changement notable dans la configuration des parties. L'estomac offre, dans les points correspondants, des bosselures, des saillies séparées par des rétrécissements; quelquefois même il est fortement rétracté en un point, et dilaté ailleurs.

Hypertrophie du tissu cellulaire et musculaire.

Prise pour du cancer.

A une altération de nutrition dont le travail phlegmasique est peut-être le point de départ, semblent appartenir plus spécialement la perte

Ulcère et ramollissement

de consistance de la tunique interne, le ramollissement vasculaire, rouge et pulpeux, avec hémorrhagie interstitielle et dépôt de matière colorante du sang dans les tuniques sous-jacentes. En est-il de même de l'ulcère grisâtre et des perforations dans lesquelles les tuniques ne portent pas de traces évidentes d'un travail actuel ou passé de phlogose? Nous n'oserions l'affirmer; et, dans le doute, nous préférons en renvoyer la description plus loin (voy. *Perforation* et *Ulcération*).

Symptomatologie; très-variée suivant la lésion;

Symptômes. — Combien doivent être différents entre eux des symptômes qui dépendent de lésions si diverses! Le ramollissement, l'ulcère, l'hypertrophie, les indurations partielles, ne sauraient donner lieu aux mêmes symptômes. Ce qu'on peut dire de plus général, c'est que la dyspepsie est, d'abord et pendant longtemps, le seul trouble qu'on observe. Les malades ont un appétit irrégulier, capricieux, des tiraillements d'estomac; la digestion est longue, se fait tantôt bien, tantôt mal, au milieu d'un repos nécessaire, ou, au contraire, après un exercice quotidien. Les sensations, les sécrétions, les mouvements de l'estomac se modifient toujours, quoique à différents degrés et de manières très-diverses. Les uns ont de la douleur, de la chaleur, un sentiment de plénitude, de barre dans l'estomac avant ou après le repas; ils ont peu de soif, mangent et digèrent mieux sans boire.

suivant les sujets.

Vomissements muqueux.

Les autres ont des vomissements de matière glaireuse, tous les matins, ou après les repas, sans qu'ils rendent pour cela les substances alimentaires. Dans ce cas, la sécrétion du mucus paraît augmentée, tandis que celle de la pepsine est diminuée. On trouve des malades qui ne vomissent qu'à de rares intervalles ou jamais, comme si les indurations étaient nulles, situées ailleurs qu'au pylore, ou ne gênaient pas le passage des matières alimentaires. C'est dans les cas où existent ces indurations qu'on observe tous les symptômes d'un cancer de l'estomac, sans qu'on puisse arriver à un diagnostic certain. L'autopsie peut seule faire cesser l'incertitude. Elle est sans la moindre importance clinique, puisque les symptômes et le traitement sont identiques dans l'un et l'autre cas.

Ils simulent tout-à-fait ceux du cancer.

Hématémèse.

L'ulcère et le ramollissement partiel de la membrane interne provoquent des vomissements assez répétés. Parfois les matières vomies sont sanglantes ou noircies par la matière du sang plus ou moins altérée et méconnaissable; mais cette coloration ne suffit pas pour indiquer positivement la lésion, puisque une simple hypérémie, un cancer, peuvent aussi donner lieu à une gastrorrhagie.

Douleurs gastriques.

Les douleurs gastriques ne sont ni plus constantes ni plus certaines que les autres symptômes. Plus souvent nulles, elles consis-

tent dans une sensation profonde de gêne, d'anxiété, de barre à l'épigastre, derrière le sternum, vers le pylore ou dans le dos, entre les scapulum ; elles augmentent ou cessent pendant la digestion, et ne reparaissent qu'à de longs intervalles. Les changements que présente la langue sont trop incertains pour qu'on en puisse tirer quelque signe important. Elle est souvent chargée d'enduits épais, ou nette, à papilles érigées, saillantes, etc. Une constipation pénible et difficile à vaincre se montre souvent.

Symptômes généraux.

Les troubles généraux que nous avons décrits en parlant de la gastrite aiguë sont les mêmes, à l'intensité et à la durée près. La fièvre est nulle ou se montre à de longs intervalles ; les facultés intellectuelles sont toujours influencées à différents degrés. Les sujets atteints de troubles profonds de la digestion fournissent un grand nombre d'hypocondriaques, d'originaux et de mélancoliques. Ils vivent souvent de longues années, amaigris ; leurs forces sont diminuées : les vomissements, et la diarrhée qui les saisit fréquemment, ajoutent encore à leur faiblesse. Quelques-uns meurent en cinq à six mois, ou deux années après le début réel de leur maladie. Des complications nombreuses, telles que le diabète, la cirrhose, une ascite, une albuminurie, entraînent ces morts qui sont alors rapides : car la gastrite met plusieurs années à parcourir ses différentes phases.

Marche lente ou rapide.

Causes. — (Voyez *Gastrite aiguë.*)

Traitement.

Traitement. — Le traitement de la gastrite aiguë ne saurait être appliqué qu'au début et lorsqu'il existe encore quelques signes d'irritation. Plus tard il faut combattre les altérations de nutrition, surtout à l'aide d'un régime alimentaire convenablement dirigé. Sans soumettre à la diète des malades dont la nutrition est déjà profondément altérée, il faut cependant la modifier à l'aide d'agents topiques locaux et de modificateurs généraux. Les révulsifs cutanés placés sur l'épigastre ont une action favorable ; ceux auxquels il faut accorder sur-le-champ la préférence sont les cautères profonds, au nombre de deux à quatre. Les vésicatoires, et à plus forte raison les épithèmes, ne sauraient les remplacer. Nous avons obtenu des effets tout à fait imprévus de cette forte révulsion, dans un grand nombre de cas désespérés, de gastrite chronique et d'indurations partielles avec tumeur.

Médication topique. Cautères.

En même temps qu'on agit de cette manière à l'extérieur, il convient d'administrer à l'intérieur des préparations d'opium, à doses croissantes et finalement très-élevées, afin d'agir sur les nutritions gastrique et générale, en même temps. Le laudanum anglais,

Opium et ses préparations.

et surtout les gouttes noires anglaises, nous ont souvent réussi.

Hydrothérapie et bains thermaux.

Pour corroborer cette médication, il ne faut pas négliger les agents thérapeutiques suivants : — 1° l'hydrothérapie, dont on ne saurait trop vanter les grands services, en pareille circonstance; — 2° les exercices musculaires, la gymnastique, le massage; — 3° les bains de rivière, de mer, sulfureux et thermaux, pris dans différentes localités (Cauterets, Bagnères-de-Luchon, Aix, Plombières, Wiesbaden, Carlsbad, Ems, etc.). C'est au médecin à décider, après quelque tâtonnement, si l'eau froide aura plus de succès que l'eau chaude.

Bibliographie.

Bibliographie. — Il faut encore recourir à Broussais lorsqu'on veut posséder quelques notions certaines sur la gastrite : *Histoire des phlegmasies chroniques,* et *Cours de pathologie et de thérapeutique générales,* Paris, 1834. Cependant les travaux contradictoires publiés en anatomie pathologique depuis trente ans ont replacé l'étude de la gastrite sur un autre terrain. Nous citerons plus loin ce qu'on doit sur différents sujets à MM. Andral, Cruveilhier et Louis.

GASTRORRHAGIE.

Définition.

La gastrorrhagie distincte de l'hématémèse.

On donne ce nom à l'hémorrhagie qui se fait par les vaisseaux propres de l'estomac. Cette expression n'est nullement synonyme d'hématémèse, qui veut dire vomissement de sang (αἷμα, sang, et ἐμέω, je vomis), quel que soit l'organe qui fournisse le liquide sanguin. En effet, il y a gastrorrhagie lors même que le sang n'est pas expulsé par le vomissement, et il n'y a pas gastrorrhagie lorsque le sang qui a pénétré dans l'estomac provient des fosses nasales, d'un anévrisme, ou d'une hémoptysie.

Étiologie.

1° Gastrorrhagie symptomatique d'une maladie de l'estomac. 1° Hypérémie; 2° gastrite; 3° ulcère; 4° cancer;

Causes. — 1° *Gastrorrhagie symptomatique d'une maladie de l'estomac.* — Le sang peut sortir des vaisseaux propres de l'estomac, par diapédèse : (a) dans une simple hypérémie de la membrane interne (voyez ce mot); (b) dans une gastrite suraiguë, soit spontanée, soit toxique; (c) dans toutes les maladies qui altèrent la texture de l'estomac et ses vaisseaux. De ce nombre sont surtout l'ulcère aigu ou chronique dont les hématémèses sont le symptôme le plus ordinaire; le cancer encéphaloïde, squirrheux ou aréolaire, parvenu à la période de ramollissement, l'ulcération de l'artère coronaire dont nous avons observé deux exemples. Toutefois, si l'on voyait paraître une hématémèse, il n'en faudrait pas conclure que le cancer est

parvenu à cette période, car on se tromperait souvent. (d) Les vaisseaux de l'estomac peuvent être lésés dans une contusion, et à plus forte raison dans une plaie pénétrante de l'estomac. 5° Lésions traumatiques.

2° *Gastrorrhagie symptomatique d'une maladie du sang.* — Il est rare que la pléthore donne lieu à une hémorrhagie gastrique, excepté lorsqu'elle s'établit à titre de supplément d'une métrorrhagie suspendue chez une femme aménorrhéique ; nous y reviendrons plus loin. Les autres gastrorrhagies ont été observées chez les scorbutiques, dans les scarlatines et les varioles graves, hémorrhagiques, dans le typhus, et surtout dans la fièvre jaune, où elle constitue le signe pathognomonique de la maladie connue précisément sous le nom de *vomito-negro*. Il faut en rapprocher l'hématémèse, que nous avons signalée, dans notre mémoire sur l'ictère grave, comme un symptôme ordinaire de la maladie. Elle est fréquente aussi dans les autres affections aiguës et chroniques du foie. 2° Gastrorrhagie symptomatique d'une altération du sang. Vomito-negro de la fièvre jaune ; des maladies du foie.

3° *Gastrorrhagie dynamique.* — Nous avons observé des gastrorrhagies sans la plus légère lésion de l'estomac ou du sang, et à titre d'hémorrhagie supplémentaire, chez des femmes hystériques, affaiblies, non pléthoriques, dont les règles avaient disparu depuis une ou deux années, et avaient été remplacées périodiquement par un flux sanguin de l'estomac. Il est très-rare encore de l'observer comme flux critique et salutaire dans le cours des maladies. 3° Gastrorrhagie idiopathique, essentielle ; supplémentaire.

Symptômes. — Les signes les plus ordinaires de la gastrorrhagie sont l'hématémèse, et les selles sanguinolentes. Dans le premier cas, le malade vomit du sang pur, en quantité variable, plus ou moins altéré par son séjour dans l'estomac. Il éprouve d'abord, comme dans toutes les hypérémies actives, du malaise, du froid aux extrémités, des palpitations, puis un sentiment de plénitude à l'épigastre, rarement de la chaleur qui annonce la réplétion de l'estomac par un liquide. Viennent ensuite des nausées, des vomiturititions et des vomissements, à l'aide desquels des quantités variables de sang sont rejetées au dehors. Quelques gorgées d'un sang rouge, rutilant, presque fluide, ou un et plusieurs litres de ce même liquide, constituent les matières vomies. S'il est récemment versé dans l'estomac, il est en partie liquide, en partie caillé, mou, noirâtre, poisseux; au contraire, est-il vomi après avoir séjourné plusieurs jours dans la cavité gastrique, d'une part, le mélange de ce sang avec les différents liquides contenus dans l'estomac, d'une autre part l'espèce de digestion qu'il ne tarde pas à y subir, lui font éprouver des changements qui le rendent méconnaissable. Il ressemble **Symptomatologie :** Symptômes de l'hypérémie gastrique. Hématémèse. Altérations du sang dans l'estomac.

Matière noire.

tantôt à des fragments de fibrine rougeâtre, décolorée et digérée en quelque sorte, tantôt à une bouillie noirâtre, caillebotée, à du marc de café, à de la suie délayée dans l'eau, à de l'encre de Chine, etc. S'il est impossible à l'œil nu de reconnaître le sang dans un liquide de cette nature, il l'est également, avec le microscope, à moins que quelques globules sanguins n'aient échappé aux réactions chimiques. Cependant la présence de la matière colorante du sang et de la fibrine granuleuse ou fibrillaire peut faire soupçonner que le liquide est formé par du sang.

Selles sanglantes. Mélana.

Les selles deviennent sanglantes ou noires, et plus méconnaissables encore que les matières des vomissements, lorsque le sang n'est pas rejeté par la bouche, et qu'il traverse toute la longueur du tube digestif. Ordinairement le malade ne sent qu'un malaise, de la pesanteur dans l'abdomen, puis des coliques et un besoin d'aller à la selle, bientôt suivi d'évacuations de selles sanglantes, ou noires comme de la poix, qu'il ne faut pas prendre pour des fèces noircies par le sous-nitrate de bismuth avec lesquelles elles ont une très-grande ressemblance.

Séjour du sang dans l'estomac.

Quelquefois, quoique très-rarement, le sang s'accumule dans l'estomac et n'est rejeté ni par la bouche ni par l'anus. Le malade éprouve seulement, pendant plusieurs heures, une pesanteur épigastrique, des nausées, un état de malaise, qui persistent jusqu'à ce que le sang soit digéré ou expulsé.

Symptômes consécutifs à la gastrorrhagie.

Les symptômes qui accompagnent la gastrorrhagie sont de trois ordres différents : 1° ceux de la gastrorrhagie ; nous venons de les faire connaître ; 2° ceux de la maladie locale ou générale, qui provoque l'hémorrhagie. Ces symptômes sont trop variables pour pouvoir être retracés d'une manière générale ; tantôt ils se rattachent à une maladie locale de l'estomac, bien antérieure à l'hémorrhagie, tantôt à une lésion du sang ou à une de ces maladies d'organe éloigné qui les déterminent également (gastr. sympathique). 3° La troisième classe de symptômes a sa source dans la perte du sang ; ils sont proportionnés par conséquent à la quantité de liquide perdu et sont ceux de l'anémie (frémissement et bruit hydraulique continus dans les veines du cou, pâleur, etc.). Il s'y ajoute, en outre, des symptômes d'une anémie plus profonde lorsque l'inanition est causée par une affection chronique ou cancéreuse de l'estomac. C'est peut-être cet état complexe qui a fait croire à quelques auteurs que l'anémie pouvait donner lieu à l'hémorrhagie. Il n'existe pas un seul fait d'hémorrhagie produite de cette manière.

Ils appartiennent à l'anémie.

Diagnostic. — On ne peut confondre l'hématémèse qu'avec l'hémoptysie et lorsque cette dernière est si violente, que le sang projeté contre le pharynx provoque des vomissements dont les matières venant à se mêler au sang peuvent faire croire qu'il est fourni par l'estomac. Cependant l'état spumeux, la coloration rutilante et vermeille du sang pulmonaire, la toux et l'expectoration qui ne peuvent appartenir qu'à l'hémoptysie, serviront à établir le diagnostic. **Diagnostic.**

Traitement. — Quelle que soit la cause de l'hémorrhagie, il faut l'arrêter à l'aide d'un traitement local. On porte donc dans l'estomac, le plus rapidement possible, des boissons glacées, acidulées, et une quantité notable de bismuth, vingt à trente grammes, divisés en trois ou quatre paquets, et administré toutes les heures, puis toutes les deux heures. On applique en même temps, sur le creux de l'estomac, des compresses trempées dans l'eau froide ou de la glace. On ne prescrit que plus tard, et lorsque l'estomac est en état de les supporter, les agents toniques et stimulants qui sont nécessaires pour relever les forces et mettre fin à l'anémie (vin, quinquina, fer). On a préconisé tous les astringents, la rathania, les sels de fer, le perchlorure en potion, l'ergotine, etc., pour arrêter la gastrorrhagie. Le sous-nitrate nous paraît être bien autrement actif et facile à manier que tous ces médicaments. **Traitement.**

GASTRORRHÉE.

On doit réserver ce nom pour désigner les vomissements plus ou moins répétés et copieux d'un liquide, qu'on a tout lieu de croire formé par le mucus de l'estomac sécrété en quantité anormale. L'histoire de cette maladie, qui est entièrement à faire, ne nous occupera que peu de temps. **Définition.**

On sait que l'estomac contient des glandes muqueuses, à épithélium cylindrique, qui occupent la région pylorique et ne semblent instituées que pour faciliter le glissement des matières alimentaires. Les glandes à pepsine ne sont pas entièrement étrangères à la gastrorrhée.

Sous l'influence de l'ingestion d'aliments grossiers, de légumes qui renferment de grandes quantités de son, de viandes salées ou boucanées, de fromages secs et salés, de vins aigres, de fruits acides et surtout de l'alcool, du vin blanc et de l'absinthe prise le matin, lorsque l'estomac est encore à jeun, on voit des individus vomir fréquemment, soit tous les jours, au commencement, soit dans d'autres parties de la journée, après le repas, une ou plusieurs gorgées d'un liquide transpa- **Causes.** **Symptômes.**

Nature du liquide vomi.

rent et filant comme du blanc d'œuf, ou blanchâtre et laiteux, insipide, fade, sans odeur. La quantité en est parfois considérable : les malades peuvent en rendre plusieurs verres, durant la journée et pendant longtemps, sans paraître souffrir. Il semble que cette gastrorrhée soit pour l'estomac un moyen de se débarrasser d'un liquide muqueux trop abondant. Mais chez d'autres, cette hypercrinie glandulaire de l'estomac est le symptôme d'un cancer gastrique, ou d'une hypertrophie avec induration des membranes. Il s'y joint bientôt des douleurs d'estomac, des vomissements de matières noires, des dyspepsies très-pénibles et les signes non douteux d'une maladie organique de l'estomac. Évidemment, dans les cas de ce genre, la gastrorrhée n'est qu'un acte morbide déjà lié à l'affection commençante du ventricule. Ainsi donc, sans mettre en doute l'existence des gastrorrhées idiopathiques, on peut dire que le nombre en est très-restreint. Celle qui mérite cette qualification s'observe plus souvent dans le cours de la grossesse, chez les hystériques, après des troubles menstrue considérables, des émotions morales, des excès vénériens, etc. Ses symptômes consistent dans la régurgitation, le vomissement d'un liquide, appelé pituite par le malade : liquide qui est insipide ou acide ; bientôt la digestion se fait mal; on observe de la dyspepsie, de la constipation et de l'amaigrissement, jusqu'à ce qu'on ait remédié à cet état par l'emploi du sous-nitrate de bismuth, des alcalins, de la magnésie, de la poudre de charbon végétale, de l'eau de Vichy, de Pougues, des bains, de l'exercice.

Gastrorrhée symptomatique.

NÉVROSES DE L'ESTOMAC.

Divisions. — Sous le nom de névroses de l'estomac, il faut comprendre les troubles purement dynamiques qui portent sur les trois actes physiologiques fondamentaux dont l'estomac est le siége. Ces actes sont : 1° des *sensations;* — 2° des *sécrétions;* — 3° des *mouvements*. Un seul ou plusieurs de ces troubles constituent les névroses gastriques. Il existe autant de névroses que d'actes : ainsi l'on peut observer les entités morbides suivantes : 1° les modifications des sensations de faim et de soif : l'*anorexie*, la *boulimie*, la *perversion de l'appétit*, la *polydipsie*, l'*adypsie;* — 2° les sensations douloureuses insolites, comme la *gastralgie*, la *crampe;* — 3° les sécrétions anormales de gaz ou de liquide, telles que la *pneumatose gastrique*, la *gastrorrhée* (voy. *Pneumatose intestinale* et *Gastrorrhée* ; — 4° les

lésions du mouvement, comme le *vomissement*, la *régurgitation*, la *rumination*, le *hoquet*. Nous traiterons en dernier lieu de la *dyspepsie*, c'est-à-dire, des troubles de la digestion gastrique ou chymification causés par un ou plusieurs des actes morbides précédents. L'*inanition* n'est pas une maladie de l'estomac; et nous sommes surpris de la voir placée par quelques auteurs dans cette classe de maladie (voy. *Maladies générales asthéniques*).

ANOREXIE.

I. Névroses portant sur les sensations propres de l'estomac. Anorexie; idiopathique très-rare;

Dérivé de ἀ privatif et de ὄρεξις, appétit. — Il est bien rare qu'on observe isolément, et à titre de maladie essentielle, l'abolition complète ou incomplète de l'appétit. Le sentiment instinctif de la faim, si étroitement lié à la conservation de l'homme, peut cependant disparaître ou du moins être suspendu, sous l'empire d'une passion durable, d'une émotion morale vive ou d'un trouble de l'esprit. Nous en avons observé un exemple remarquable chez une vieille demoiselle d'une rare intelligence, qui avait été probablement en proie à quelque peine de cœur et qui offrait par intervalle tous les symptômes du somnambulisme naturel. Dans d'autres cas plus nombreux l'inappétence absolue est un des signes de l'hystérie et de la chlorose. Souvent il faut, dans cette dernière maladie, recourir à la contrainte forcée pour obliger la malade à prendre quelque nourriture. On voit quelques femmes aux pâles couleurs ne vivre qu'avec des quantités minimes de substance alimentaire; on peut même, dans plus d'un cas, soupçonner leur bonne foi.

presque toujours symptomatique.

L'anorexie, essentielle en apparence, n'est donc le plus ordinairement que le symptôme de l'hystérie, de la nosomanie, ou de toute autre névrose. La *sympathique* dont nous n'avons pas à nous occuper, parce qu'elle est du domaine de la pathologie générale, s'observe surtout dans les affections du foie, de l'utérus, dans la grossesse; la *symptomatique*, dans toutes les gastralgies, et les affections organiques de l'estomac.

BOULIMIE.

Dérivé de βου, particule augmentative et de λιμός, faim, peut-être de βοῦς, bœuf; lycorexie, faim canine; cynorexie.

Définition.

On appelle ainsi l'accroissement insolite de l'appétit. Il présente

Divers degrés. différents degrés : tantôt il s'écarte peu de la faim exagérée d'un convalescent ou d'un homme qui a fait une dépense excessive de force ; tantôt il est insatiable, et à peine la digestion est-elle commencée que le

Symptômes. malade désire déjà prendre une nouvelle quantité d'aliment. Il s'ajoute très-souvent à cette faim canine un certain degré de perversion de l'appétit, et alors l'individu devient polyphage. Il mange non-seulement des substances alimentaires, mais des matières qui ne servent pas ordinairement à la nourriture de l'homme (omophagie, de ὠμός, cru). Il digère assez bien la quantité souvent énorme d'aliments qu'il ingère chaque jour (4 à 6 kilogram. par jour). Cependant bientôt de fréquentes indigestions se manifestent; il vomit à des époques plus ou moins rapprochées (faim canine). Le ventre est sensible, tuméfié, souvent distendu par des gaz. Les malades s'engourdissent, s'endorment profondément pendant qu'ils digèrent ; ils sont sujets à de fréquentes diarrhées ou à des évacuations stercorales d'une abondance et d'une fétidité extrêmes. Ils conservent pendant longtemps leurs forces et leur embonpoint ; mais, à une époque variable, et souvent dès le début de la boulimie, malgré la quantité énorme d'aliments qu'ils ingurgitent chaque jour, ils maigrissent, et une diarrhée incoërcible finit par les emporter (lycorexie).

Causes. La boulimie est, comme l'anorexie, très-rarement essentielle. Cependant quelques exemples d'homme polyphage appartiennent à cette forme de la maladie. Elle s'est également présentée, dans quelques cas, par accès, pour ne plus se reproduire. Elle est le *symptôme* fréquent de l'hystérie, de la manie, des névroses, de la gastralgie, etc. Elle ne saurait nous occuper sous cette forme dont l'étude appartient à la pathologie générale. Il en est de même de la *sympathique* dont l'affection vermineuse produite par le tænia nous offre le plus curieux spécimen. Toutes les inanitions se terminent également par une boulimie qu'il est du devoir du médecin de modérer et de diriger.

DÉPRAVATION DE L'APPÉTIT.

La sensation de la faim peut être altérée, pervertie à un tel point qu'elle est remplacée par le désir impérieux de manger ou de boire des substances qui ne peuvent servir exclusivement à l'alimentation, comme le poivre, le sel, le vinaigre, l'eau-de-vie, toutes sortes de

La malacie. condiments (malacie, *malacia,* s. fém.), ou des matières qui n'ont aucune qualité alibile, telles que le charbon, le plâtre, la cendre,

l'argile, du papier, de la laine, des aiguilles, des objets dégoûtants, de l'encre, de l'urine, etc. Cette perversion a reçu le nom de *pica* (sub. masc.).

Le pica.

On rencontre très-rarement ces diverses perversions de l'appétit comme maladie idiopathique. Les cas rapportés par des auteurs déjà anciens ont trait à des chloroses ou à des hystéries dont les symptômes étaient encore peu accusés ou ont échappé à leur observation. On ne connaît que la grossesse qui puisse provoquer *sympathiquement* ces dépravations de la faim. On cite encore la présence des vers intestinaux, du tænia, et les troubles de la menstruation qui, dans ce cas, se lient presque toujours à la chlorose et à l'hystérie.

Symptômes.

Les symptômes de cette névrose gastrique sont ceux de la gastralgie et de la dyspepsie. Les douleurs gastriques, les vomissements, la pneumatose, l'anxiété épigastrique, suivent ordinairement l'ingestion des substances non alibiles. Cependant quelques femmes, et d'autres malades affectés de ce mal, digèrent très-bien cette nourriture insolite.

ALTÉRATIONS DE LA SOIF.

La sensation naturelle qui fait rechercher les boissons est altérée de trois manières dans les maladies. Elle est accrue, abolie ou pervertie. La première altération est connue sous le nom de polydipsie, la seconde d'adipsie.

POLYDIPSIE.

De πολύς, beaucoup, et δίψα, soif; soif excessive.

Synonymie.—*Polyurie* (de πολύς, beaucoup, et οὐρέω, j'urine); *hydrurie, soif inextinguible, diabète aqueux, insipide, faux; hydromanie.*

Symptômes.

La polydipsie *idiopathique essentielle* est caractérisée par deux actes morbides : une soif vive suivie de l'ingestion d'une grande quantité de boissons, et l'émission d'une proportion équivalente d'urine. Aussi a-t-on appelé indifféremment polyurie ou polydipsie idiopathiques cette affection, lorsqu'elle est exempte de lésion appréciable des organes.

Soif. Quantité de liquide ingéré.

La quantité de liquide que boit chaque jour le malade varie entre 4 à 5 kilogram. et 20 à 30 kilogram., douze ou quinze bouteilles, etc. La nature du liquide lui importe peu, pourvu qu'il puisse assouvir librement sa soif. La langue est nette, sèche; la salive rare, avec sa

réaction alcaline habituelle; l'estomac un peu distendu, la région épigastrique sensible à la pression; les selles sont normales, quelquefois il existe de la constipation.

Urine.

L'urine rendue toutes les heures ou toutes les deux heures, suivant la quantité des boissons, est claire, transparente, tout à fait semblable à de l'eau; elle est neutre, d'une densité très-faible (1001, 1007, 1008, etc.); à peine y trouve-t-on quelques traces d'urée et d'acide urique; en un mot, ce liquide s'écarte entièrement de sa composition normale et ne représente que de l'eau qui a traversé l'économie, sans acquérir les propriétés chimiques et physiques qui en font normalement de l'urine. Du reste, on n'y constate ni albumine, ni glucose, ni inosite que nous avons fait rechercher tout récemment encore sur deux polyuriques.

Qualités physiques et chimiques.

Symptômes généraux sympathiques.

L'état général reste pendant longtemps excellent; il semble que la déperdition soit nulle et que le liquide ne fasse que passer à travers les organes sans leur rien emprunter. Cependant, bientôt la santé s'altère, et les malades atteints de polyurie simple que nous avons eu occasion d'observer étaient tous pâles, anémiques, un peu amaigris, se plaignaient de souffrances nerveuses, mal localisées, mais très-réelles. Ils n'ont pas de fièvre; souvent leur appétit est diminué, capricieux, irrégulier, nul quelquefois; le ventre se météorise, les selles sont rares, et s'il survient de la diarrhée, c'est à titre de complication. On a parlé de la forme intermittente, irrégulière, affectée par la polydipsie. Nous n'en avons jamais observé de semblables; mais nous avons noté des variations fréquentes dans l'intensité des symptômes et dans la quantité des boissons ingérées, comme on le voit, d'ailleurs, dans toutes les névroses. A ce point de vue surtout, la polydipsie mérite de figurer dans cette classe de maladies.

Marche. Variations comme dans les névroses.

Terminaison.

On ne connaît pas bien la durée de la polydipsie, parce que le plus ordinairement on perd de vue les malades auxquels on ne peut parvenir à rendre la santé. Il est rare que le mal ne persiste pas pendant de nombreuses années et même la vie entière, qui en est ordinairement abrégée, à cause des maladies accidentelles et intercurrentes auxquelles elle expose les sujets. Aucune lésion ne peut expliquer cette mystérieuse névrose. Dans deux cas où l'autopsie a été faite, avec un soin extrême, nous n'avons trouvé aucune espèce de lésion, appréciable dans le cerveau, l'estomac ni dans les reins. Le malade était syphilitique dans un cas; dans l'autre, une hémiplégie subite s'était déclarée à l'occasion d'une vive émotion morale; elle avait duré deux mois et s'était dissipée longtemps avant l'apparition de la polydipsie.

Diagnostic. — On ne peut confondre la maladie qu'avec le diabète sucré. Mais dans celui-ci l'urine est rendue en plus grande proportion que les boissons ; sa densité est accrue, et la présence du glucose ne peut laisser aucun doute. Diagnostic.

Causes. — On ignore entièrement la cause de la polyurie ; on l'a attribuée à des émotions morales, à l'usage des purgatifs, des drastiques, à un état névropathique très-rapproché de celui qui est propre à l'hystérie, à la chlorose, à la nosomanie. Étiologie.

Traitement. — Il embarrasse beaucoup le médecin, qui sait, par avance, que tous les agents thérapeutiques ont été essayés, sans le moindre succès. S'il veut donner la préférence au traitement rationnel, il excitera une forte révulsion sur les vasculaires généraux avec le traitement hydrothérapique ; nous l'avons essayé trop peu de temps pour savoir s'il pourrait être suivi de guérison ; dans tous les cas, il doit être tenté avec persévérance. On a aussi préconisé l'emploi des purgatifs, des drastiques et des mercuriaux, afin de provoquer une salivation substitutive, et, dans le même but, la sudation avec les bains de vapeur ou les eaux thermales, les médicaments réputés diurétiques, tels que le nitrate de potasse, la poudre de Dower, les astringents de toute espèce, l'opium et ses préparations diverses, les antispasmodiques (camphre, assa fœtida, valériane). Traitement.

Adipsie. — La privation du besoin de boire, qu'il ne faut pas confondre avec l'hydrophobie, c'est-à-dire l'horreur des boissons, ne se montre que chez les hystériques, les gastralgiques, quelques délirants maniaques, nosomanes ou autres. Adipsie.

Dysdipsie. — Nous avons signalé précédemment, en parlant de la maladie, les singulières aberrations qui portent quelques malades à boire du vinaigre, de l'urine, de l'encre. On appelle dysdipsie ces perversions de la soif. L'hydrophobie ou la crainte de l'eau n'est pas un symptôme spécial de la rage, elle se retrouve dans d'autres névroses. Dysdipsie.

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ GASTRIQUE OU GASTRALGIE.

Synonymie. — *Gastrodynie, cardialgie, colique, crampes d'estomac, soda, fer chaud, pyrasis.*

Gastralgie. — Dérivée de γαστήρ, estomac, et de ἄλγος, douleur.

Définition. — On doit réserver le nom de gastralgie à une névrose de l'estomac caractérisée, entre autres symptômes, par une douleur variable en intensité, qui a son siége manifeste dans cet organe. Mais

en même temps que cet acte en apparaissent d'autres qui ne manquent pas de s'y ajouter et de former avec les troubles de la sensibilité un appareil fort complexe de symptômes réunis sous le nom de gastralgie. Tantôt ce sont des troubles de la sécrétion gastrique qui est accrue ou diminuée, tantôt des perversions de la sensibilité, telles que la boulimie, le pica, l'anorexie, ou enfin des troubles des mouvements, d'où proviennent les crampes et les vomissements qu'on observe alors. Le résultat final de ces actes morbides complexes est la difficulté ou l'impossibilité de digérer (dyspepsie).

Symptomatologie.

Symptômes. — Nous devons, pour la facilité et la clarté des descriptions, étudier successivement les différents actes morbides dont l'ensemble constitue la gastralgie, et, en premier lieu, la douleur de l'estomac qui a fait donner son nom à la maladie.

Douleurs gastriques ; leur siége.

Les *douleurs gastriques* offrent un caractère très-variable par leur siége et leur intensité. Elles occupent ordinairement les régions épigastrique et pylorique, s'irradient vers d'autres points, vers le cardia, remontent le long de l'œsophage, jusqu'au pharynx, entre les deux épaules. Elles sont ordinairement spontanées, aggravées par la digestion, diminuées parfois au premier contact de l'aliment, puis elles s'accroissent plus tard. La pression avec la main, ou la constriction exercée par les vêtements, les augmentent; dans quelques cas on les soulage, à l'aide d'une pression méthodique un peu forte. La douleur est souvent vive, lancinante, névralgique, déchirante, comme dans la crampe de l'estomac : obtuse, sourde, gravative, très-pénible, accompagnée de pincement, de formication, d'élancements, dans beaucoup de cas. La douleur est parfois si vive qu'elle suspend les mouvements de la respiration et occasionne la dyspnée, comme aussi les battements du cœur, et produit des palpitations, des lipothymies, des syncopes. Fort heureusement que ces douleurs ne sont pas continuelles; souvent le travail de la digestion les ramène presque chaque fois; le malade, pour ne pas les sentir, préfère renoncer à se nourrir. Elles se prolongent pendant un temps variable après le repas. D'autres en sont délivrés rapidement ou ne les éprouvent qu'au repas du soir. Certaines sensations singulières sont perçues dans l'estomac; le sujet les compare à celle que donnerait un ver renfermé dans l'intestin : ce sont les nosomanes et les hystériques principalement qui ont cette sensation; d'autres ont le sentiment du déplacement des gaz et des liquides qui se font avec ou sans production de ce glouglou bruyant qu'on entend à de grandes distances et qui a un timbre aigu, sibilant, plaintif, etc. Une autre

Leur intensité.

Leur durée, leur intermittence.

Formication, reptation.

forme de la douleur est celle qui a reçu le nom de colique, de tortillement, de pincement, de crampe d'estomac (*morsus*, *erosio ventriculi*, *cardialgie*). Quelquefois un sentiment de chaleur pénible et ardente est perçu le long de l'œsophage jusqu'au pharynx, et souvent il s'accompagne de la régurgitation d'une liqueur âcre et brûlante; on l'appelle la *pyrosis* ou le *fer chaud*. Pyrosis.

Les sensations normales de la faim et de la soif se modifient toujours, quoique à un degré variable. Dès le début de la gastralgie, on y observe l'*anorexie*, à tous les degrés, toutes les perversions de l'appétit naturel, depuis la boulimie jusqu'à la malacie et au pica (voyez ces mots); enfin les différentes formes de polydipsie et d'adipsie. Anorexie; Malacie, pica.

Les malades sont obligés de choisir leurs aliments avec un soin extrême qui finit même par produire chez eux ces bizarreries qu'on trouve chez le nosomane. Les uns digèrent les substances les plus lourdes et qui exigent un travail très-actif de chymification (viandes noires de porc, pâté, fromage, etc.); les autres, au contraire, sont obligés de vivre de lait, de viandes blanches, de poisson, d'œufs, d'éloigner les féculents. Aliments. Leur choix.

La digestion s'accompagne de plusieurs actes morbides qui constituent les meilleurs symptômes de la maladie : 1° de la sécrétion abondante de gaz; 2° de la gastrorrhée; 3° de la dyspepsie.

1° *Sécrétion de gaz; pneumatose.* — Un des effets les plus constants de la gastralgie est d'amener une abondante sécrétion de gaz : ce qui lui a fait donner, par un grand nombre d'observateurs, le nom de gastralgie flatulente, de maladie venteuse de l'estomac; cependant les gaz sont loin d'être tous renfermés dans la cavité gastrique. Ils donnent lieu à une distension rapide et considérable du creux de l'estomac, à une sonorité excessive et tympanique qu'on constate aisément par la percussion. Cette flatulence, que les malades ne s'expliquent pas bien, leur paraît être la cause de tous les accidents qu'ils éprouvent, et ils demandent instamment qu'on les en délivre. Lorsque les gaz parcourent l'intestin, ils produisent des borborygmes qu'on entend à de grandes distances, surtout lorsqu'ils sont retenus, comme chez les femmes, par des corsets et des vêtements serrés. Chez la plupart des malades ils s'échappent par l'œsophage (éructation) en entraînant avec eux une odeur acide, sulfureuse, ou une saveur âcre et brûlante; souvent ils sont fades et entièrement inodores. Chez d'autres ils franchissent la partie inférieure de l'intestin; dans tous les cas, il en résulte un grand soulagement pour les sujets. Aussi cherchent-ils, avec l'assistance du médecin, et par tous les moyens pos- Sécrétion de gaz. Tympanite gastrique. Flatulence. Éructation. Rapports nidoreux, âcres

sibles, à en provoquer l'expulsion ; quand ils restent dans l'estomac, ils gênent la digestion et causent de la dyspnée, en refoulant le diaphragme.

Sécrétion du suc gastrique et du mucus.

La sécrétion de la membrane interne est, le plus ordinairement, suspendue, et c'est probablement le défaut ou la diminution extrême du suc gastrique et de la pepsine qui sont la cause de la dyspepsie. Chez d'autres, il semble que les glandes à mucus soient excitées, car les malades sont affectés d'une véritable gastrorrhée. Ils rendent le matin ou après le repas, lorsque les douleurs deviennent très-intenses, une quantité plus ou moins grande d'un liquide filant, visqueux comme du blanc d'œuf cru, et sont soulagés ; plus rarement la matière vomie est formée par un liquide aigre, fortement acide, qu'on peut supposer être le suc gastrique.

Nausées.

Il est difficile qu'avec une si grave perturbation d'un ou de plusieurs des actes nombreux qui servent à la chymification, celle-ci puisse s'accomplir. Aussi l'estomac cherche-t-il souvent à se débarrasser des substances alimentaires. Les sujets sont tourmentés par des nausées qui leur inspirent un profond dégoût pour les aliments et qui sont incessantes ou passagères; quelques-uns ont des hoquets ou font des efforts pour vomir, rendent une eau insipide ou légèrement salée; d'autres vomissent souvent et facilement. Le vomissement n'est pas très-commun chez les gastralgiques. Il n'a lieu qu'à de rares intervalles, lorsque les aliments non digérés déterminent une véritable indigestion. Les matières vomies sont formées par des aliments digérés ou non, par le liquide muqueux filant dont nous avons parlé, par des boissons, très-rarement par du sang. Il faudrait concevoir quelque inquiétude sur la nature d'une gastralgie qui produirait, même à des intervalles éloignés, des vomissements noirs.

Vomissements.

Dyspepsie.

La difficulté de digérer, la dyspepsie, est le trouble complexe qui résulte de la lésion des différents actes physiologiques que nous venons de passer en revue. Elle s'accompagne de céphalalgie, de vertiges, tels que le malade se croit menacé d'apoplexie, de bourdonnement d'oreille, de diplopie, d'amblyopie. Le repos absolu lui est nécessaire; il éprouve des bâillements, de la somnolence, de l'arthralgie, de la courbature; son sommeil est mauvais, interrompu par du cauchemar, des rêves, des hallucinations, et nullement réparateur.

Troubles nerveux sympathiques.

État de la langue.

Constipation.

La langue est naturelle ou blanche, sale, rarement rouge à sa pointe; la soif, nulle, augmente après la digestion; la bouche est amère, acide, salée, poivrée, pâteuse, etc. La constipation est constante et portée à un tel point que les malades restent huit jours,

quinze jours et plus sans rendre de matières fécales, qui sont alors dures, ovillées, brunâtres.

Apyrexie.

La névrose gastrique est exempte de fièvre, dans tous les cas; au moment de la digestion le pouls s'accélère, la peau devient chaude, et l'on observe tous les troubles sympathiques d'une digestion pénible et mauvaise. Le frisson, le malaise, l'inquiétude, la céphalalgie indiquent seulement l'éréthisme nerveux dans lequel tombe le malade à chaque digestion. Les fonctions génitales s'exercent comme dans l'état normal; chez la femme, les menstrues ne tardent pas à se déranger; elles diminuent et s'arrêtent. Il en résulte toujours une aggravation dans les symptômes gastralgiques, lors même que l'aménorrhée n'est pas la cause de la névralgie gastrique. (Voyez *Étiologie.*)

Troubles sympathiques dans les autres fonctions;

Pour peu que la gastralgie soit intense ou dure depuis plusieurs mois, toutes les fonctions finissent par être influencées; la respiration est souvent gênée, plaintive, singultueuse, pendant la digestion; on observe une toux sèche, nerveuse, qui a reçu le nom de toux gastrique; une dyspnée continuelle ou paroxystique; des battements nerveux, à l'épigastre, dus à la pulsation de l'aorte et quelquefois à des convulsions fibrillaires des muscles de l'abdomen; des palpitations qui font croire à une maladie du cœur; des battements nerveux et intenses sur le trajet des carotides et des grosses artères.

portés à l'extrême; jusqu'à la nosomanie.

Ajoutons à ces symptômes ceux qui dépendent de l'influence sympathique exercée par l'estomac sur les fonctions cérébro-spinales, et nous achèverons le tableau varié des symptômes que peut offrir une gastralgie intense et déjà ancienne. Le sujet devient hypocondriaque à des degrés variables; il se croit atteint successivement de toutes les maladies que peuvent offrir les différents organes troublés sympathiquement par la gastralgie, et nous avons vu qu'ils sont nombreux. Il croit avoir une maladie de l'estomac, de l'intestin ou du cœur, du cerveau, de la moelle épinière. C'est ainsi qu'il traduit l'inactivité cérébrale, les troubles des sens, les hallucinations, l'insomnie qu'il éprouve et les rares convulsions dans lesquelles ce trouble est porté jusqu'à la paralysie partielle et passagère d'un membre ou d'une partie du corps, etc.

Symptômes deutéropathiques consécutifs à l'inanition. Chloro-anémie.

Une troisième classe de symptômes qui figurent également parmi ceux de la gastralgie, sont dépendants de l'état anémique qu'elle ne tarde pas à produire. L'embonpoint, les forces, il est vrai, persistent pendant longtemps; c'est même là un caractère d'autant plus saillant qu'on remarque une disproportion très-grande entre la souffrance habituelle du malade et l'intégrité de ses forces. Cependant il finit par

tomber dans un état chloro-anémique des plus prononcés. La peau se décolore, et le frémissement vibratoire, les bruits hydrauliques des veines du cou et du cœur, ne laissent pas de doute sur l'existence d'une altération du sang causée par l'inanition forte ou faible dont le trouble digestif de l'estomac a été le point de départ. Il faut que le praticien connaisse bien la valeur de cette altération du sang, car c'est elle qui, à son tour, détermine dans le système nerveux l'accroissement de tous les symptômes que nous avons signalés (névralgie, céphalalgie, palpitations, nosomanie, contracture, paralysie, subdélire, etc., etc.), et une augmentation également très-marquée dans les symptômes propres de la gastralgie. Il en résulte pour le praticien l'indication très-pressante de combattre l'anémie, et, comme c'est l'inanition qui en est la vraie cause, de forcer le malade à se nourrir. (Voir *Traitements.*)

Influence de l'état du sang sur les troubles sympathiques et sur la gastralgie.

Marche.

Marche, durée, terminaison. — La névrose douloureuse de l'estomac offre des variations si grandes dans l'intensité et la marche des symptômes, qu'on ne peut assigner aucun ordre constant à leur mode d'évolution. Les digestions commencent d'abord par se faire lentement, puis douloureusement, et, après plusieurs semaines, la flatuosité, la gastralgie, les vomissements sont nettement accusés. On ne peut pas établir de formes prédominantes ni des degrés dans cette maladie. Il faut seulement tenir compte de l'instant où l'état chloro-anémique réagit à son tour sur les troubles dyspeptiques, en détermine l'accroissement notable, et celui où le cerveau, influencé à son tour, présente les symptômes de la nosomanie. On peut considérer celle-ci comme une véritable complication. Du reste, si l'on voulait absolument distinguer dans la gastralgie des formes particulières, elles correspondraient à la prédominance des troubles : 1° de la sensibilité; 2° de la sécrétion; 3° des mouvements propres à l'estomac. On aurait ainsi : 1° la gastralgie simple; 2° la flatulente, qui s'accompagne de production de gaz, d'éructation, de renvois nidoreux, de vomissements de matières glaireuses; 3° la gastralgie avec crampes, nausées, vomiturition et vomissements répétés; 4° la chloro-anémique plus ou moins accusée; 5° enfin l'hypocondriaque.

De quelques prédominances suivant les symptômes.

Durée.

La *durée* de la névrose est toujours longue, de plusieurs années, par exemple, quelquefois de vingt à trente ans. Elle guérit ordinairement très-bien, mais après avoir tenu l'organisme dans un état d'excitation pénible et causé tous les symptômes et tous les troubles de l'anémie. Les gastralgies passagères, produites par une irritation accidentelle de l'estomac, se terminent en peu de jours.

Complications. — On a pris bien souvent pour des complications les maladies locales ou générales qui sont la cause même de la gastralgie : tels sont les maladies de l'utérus et tous les troubles de la menstruation, la grossesse, l'hystérie, la nosomanie d'une part, la chlorose et la phthisie pulmonaire de l'autre. Les seules complications qui méritent réellement cette dénomination sont l'hystérie, le dérangement consécutif des menstrues, la leucorrhée. **Complications.**

Diagnostic. — Le plus difficile et le plus important de tous est celui qui consiste à distinguer la gastralgie d'avec le cancer de l'estomac et les tumeurs de même nature développées dans le mésentère. Au début, le diagnostic est impossible; les troubles gastro-intestinaux sont identiques dans les deux cas. La présence d'une tumeur, l'inanition, l'anémie et l'amaigrissement rapides appartiennent à l'affection cancéreuse. Les tumeurs du cerveau, les maladies syphilitiques du crâne, les fongus de la dure mère, donnent lieu à des vomissements répétés qui peuvent en imposer pour une gastralgie. La gastrite chronique, ou plutôt le ramollissement et l'ulcère chronique de l'estomac simulent, par leurs symptômes, la névrose gastrique; mais celle-ci s'en distingue par l'apyrexie et des troubles gastralgiques intenses qu'on ne retrouve pas dans les maladies de la tunique interne de l'estomac. **Diagnostic.** Cancer. Tumeurs et maladies du cerveau. Étiologie.

Causes. — Il faut toujours chercher la cause de la gastralgie : 1° dans une maladie organique de l'estomac ou d'un autre viscère (*gastr. symptomatique et sympathique*); 2° dans une altération du sang; 3° dans un trouble dynamique, primitif et spontané de l'innervation gastrique. **Étiologie.**

1° *Gastralgie symptomatique.* — Une affection organique de l'estomac, une gastrite, un ulcère chronique, donnent lieu à des troubles tout à fait semblables à ceux de la gastralgie; même dyspepsie; même flatulence; même douleurs. Le rhumatisme et la goutte peuvent aussi la produire. 1° Gastrite symptomatique d'une maladie du solide;

Il nous semble naturel de mettre au nombre des gastralgies symptomatiques celles qui se développent si souvent dans le cours de l'hystérie, de la chorée, de la nosomanie. Elle en sont une cause si fréquente qu'il faut d'abord songer à elles quand on voit paraître une gastralgie.

2° Les *gastralgies symptomatiques d'une altération* du sang sont infiniment plus nombreuses que les précédentes. Nous trouvons, en tête de toutes les autres, deux maladies très-communes du sang : l'anémie, quelle qu'en soit la cause, et la chlorose principalement. 2° d'une altération du sang. Chloro-anémie.

Ainsi se produisent les gastralgies, pendant la grossesse, puis durant la période d'allaitement, lorsque la mère, affaiblie par des causes morales ou physiques, nourrit son enfant ou prolonge l'allaitement outre mesure, enfin dans tous les cas où il se fait par l'utérus une hémorrhagie abondante ou souvent répétée. Toutes les hémorrhagies, les flux immodérés d'urine, les flueurs blanches, les diarrhées, la cholérine, la salivation, la sudation excessive, sont des causes de déperdition de substance pour l'organisme, d'altération du sang, et dès lors de gastralgie. Un flux hémorrhoïdal, le diabète, peut-être la sueur des pieds, peuvent ainsi lui donner naissance.

Ses causes diverses.

3° *Gastralgies sympathiques.* — Elles sont bien souvent, chez les femmes, sous la dépendance d'une maladie, soit aiguë, soit chronique, de l'utérus, d'un simple déplacement de cet organe, ou de la lésion d'un viscère tel que le foie, le poumon. Combien de gastralgies dont la cause doit être cherchée dans une phthisie pulmonaire, une cirrhose, des concrétions biliaires hépatiques, des maladies de la vésicule biliaire, du pylore, ou de l'intestin! La suppression d'un flux, des hémorrhoïdes, de la sueur des pieds, peut aussi provoquer la gastralgie.

3° Gastralgie sympathique.

La plus commune de toutes ces causes est le non-établissement des règles à l'époque de la puberté ou leur suppression complète ou incomplète. Il est vrai qu'alors la femme devient chloro-anémique et qu'il existe une double cause de gastralgie.

4° *Gastralgie essentielle, idiopathique.* — Parmi les *causes somatiques* nous en trouvons d'abord trois qui, à elles seules, expliquent le développement du plus grand nombre des gastralgies, ce sont : 1° le sexe féminin, bien plus disposé que l'autre à la maladie; 2° la puberté et l'éruption menstruelle; 3° la grossesse. L'éréthisme nerveux porté très-loin dans ces trois conditions physiologiques engendre souvent la névrose gastrique. Il en est de même de la névropathie, fréquente chez un grand nombre de femmes, sans qu'elle arrive cependant jusqu'à l'hystérie. A ce titre aussi, le tempérament nerveux chez l'homme ou chez la femme peut y prédisposer. A ces excitations nerveuses données par la constitution, il faut encore ajouter les excitations fonctionnelles, comme les excès vénériens, la masturbation, qui vont retentir très-facilement sur les organes de la digestion.

4° Gastralgie essentielle.

Sexe féminin; puberté, grossesse.

Excitation vénérienne.

Parmi toutes les stimulations qui peuvent arriver jusqu'à l'estomac, il faut surtout distinguer celles que fournit le cerveau chez l'homme lorsqu'il en abuse pour des travaux sérieux et d'une haute portée, ou bien lorsque, comme la femme nous en offre tant d'exem-

Excitation cérébrale.

ples, il n'est plus occupé que de créations imaginaires. Toutes les passions violentes ou déréglées, les veilles prolongées, la tristesse, la crainte, etc., font naître la gastralgie. Sans vouloir reproduire les sorties un peu déclamatoires que n'ont pas manqué de faire tous les auteurs qui ont cherché à mettre en évidence les funestes effets des passions qu'on observe dans notre société moderne, on peut affirmer qu'elles ont beaucoup contribué à rendre les gastralgies plus fréquentes aujourd'hui. La vie sédentaire, le défaut d'exercice, la mauvaise instruction et l'éducation pire encore que reçoivent les femmes, les lectures, les spectacles dont elles usent sans ménagement, ne manquent pas de causer et d'entretenir les plus graves désordres dans l'innervation, et de favoriser ainsi la production de la gastronévrose.

Causes cosmiques. Ingesta. Alcools et stimulants.

Ingesta. — Parmi les substances alimentaires les plus nuisibles, on doit placer, en premier lieu, les alcools, et, en particulier, l'absinthe, les substances fortement assaisonnées et riches en principes alibiles, et, avant tout, la réplétion habituelle de l'estomac, telle que la pratiquent journellement les hommes les plus distingués et les plus riches de la société. A côté de l'excès des stimulants se place un état tout contraire : les aliments insuffisants par leur quantité et leur qualité, peu fournis de matière alibile, dont sont forcés de vivre les hommes et surtout les femmes qui travaillent beaucoup, qui veillent pendant les nuits, qui nourrissent leur enfant, etc.; ces aliments déterminent de fréquentes gastralgies. Le lard, les viandes sèches et fumées, l'ingestion de grandes quantités d'eau ou des infusions de café, de thé, les masticatoires, etc., peuvent aussi occasionner cette névrose. En résumé, les substances qui stimulent ou atténuent trop la sensibilité de la membrane gastrique y appellent la névrose. Ajoutons que les irritants directs, les poisons, les purgatifs, les drastiques, les corps étrangers accidentellement introduits dans l'estomac, la présence d'entozoaires, sont suivis des mêmes effets.

Aliments insuffisants.

Irritants et poisons.

Traitement. — Deux espèces différentes de traitement doivent être dirigées contre la gastralgie : l'un, entièrement hygiénique, est le plus important de tous ; le second, pharmaceutique, doit être subordonné au premier. Nous ne ferons que retracer les principaux traits du traitement hygiénique.

Traitement:

1° hygiénique.

Le choix, la quantité des aliments, exigent une attention extrême. Au commencement de ce siècle, on astreignait les malades à une diète sévère, au régime lacté, à l'usage des boissons aqueuses, mucilagineuses, amères ou légèrement acidules. Plus tard on y ajoutait

Abstinence exagérée ; mauvaise diététique.

quelques viandes blanches, de poisson, des œufs, un peu d'eau rougie. La crainte d'exciter une irritation gastrique dominait presque tous les esprits et avait rendu presque général ce mode de traitement; mais bientôt l'on s'aperçut que les médecins plus hardis obtenaient des succès nombreux, en prescrivant une alimentation toniqué, fortifiante, et en renonçant à entretenir l'asthénie gastrique.

Conduite à tenir.

Sans doute, il faut une longue étude, des essais répétés, quelques tâtonnements pour arriver à découvrir quel est l'aliment qui réussit le mieux à chaque malade; sans doute il faut une certaine habitude et de la fermeté pour résister au préjugé, au découragement que fait souvent paraître l'hypocondriaque : mais on parvient à surmonter tous ces obstacles, et le succès compense les efforts momentanément infructueux qu'on a faits pour réussir. Les aliments le mieux supportés sont les viandes noires ou blanches rôties, quelques légumes verts et frais, les œufs frits et bien assaisonnés, la croûte de pain, le vin de Bordeaux pur, en suffisante quantité ou coupé avec des eaux acidules et légèrement alcalines de Pougues, de Vichy, de Sulzmatt, de Condillac, de Saint-Galmier, etc. Chez d'autres, surtout au début de la névrose, les aliments précédents ne peuvent pas être supportés : on doit essayer alors le régime lacté exclusivement, auquel on ajoute plus tard des œufs et de la viande de poisson. Mais il faut bien persuader au malade que ce régime lacté n'en comporte pas d'autres; qu'il doit se contenter de deux, trois ou quatre litres de lait avec du pain, des pâtes, etc., et que si ces substances sont bien digérées, il retrouvera la force et la santé.

Aliments toniques; viandes rôties, etc.

Régime lacté.

Emploi nécessaire de l'opium.

Gouttes noires anglaises.

Quel que soit l'aliment auquel le médecin accorde la préférence, il doit toujours le faire précéder d'une préparation d'opium; celle qui nous a le mieux réussi est connue sous le nom de *gouttes noires anglaises* (black drops). Nous faisons mettre dans la première cuillerée de potage, de soupe ou d'eau, au commencement du repas, une à vingt et quarante gouttes noires. Ce médicament se mêle ainsi aux aliments du premier et du second repas, et contribue à en rendre la digestion facile. Combien de malades n'avons-nous pas guéris à l'aide de cette médication simple et facile ! Nous ne connaissons pas de préparation d'opium aussi efficace que les gouttes noires; seulement il faut être sûr qu'elles sont bien préparées, et en augmenter graduellement les doses, jusqu'à ce qu'elles produisent des effets sensibles. Elles sont destinées à faire tolérer le contact de l'aliment par l'estomac.

Nombre des repas; quantité de l'aliment.

Ce n'est pas assez pour le praticien d'être parvenu à découvrir la qualité des aliments qui passent, il faut encore déterminer la quantité et l'heure du repas. Sous ce rapport il est nécessaire encore de se livrer à de nouveaux essais sur chaque malade, parce que ce qui convient à l'un est nuisible à l'autre. Quelques sujets ont des faims nocturnes qu'ils demandent à satisfaire; il est rare qu'on réussisse en les faisant manger à cette époque du nycthéméron.

Aliments solides, liquides, froids, chauds, etc.

Les aliments solides conviennent mieux que les liquides à un certain nombre de malades : chez d'autres c'est le contraire. Leur *température* est aussi très-variable. Quelques-uns digèrent bien quand ils mangent des substances solides, froides, glacées même; d'autres se trouvent mieux de les prendre à une température élevée.

Autres agents de l'hygiène.

La gastralgie est une de ces maladies qui, bien que locales, exercent sur l'organisme entier une influence générale et doivent être combattues à l'aide de l'hygiène. Aussi doit-on insister, d'une manière très-expresse : sur l'hydrothérapie qui constitue à elle seule le traitement par excellence des névroses et de celle-ci en particulier; sur les bains froids de rivière et de mer; sur les bains sulfureux, salins, iodés, etc., pris sur les lieux et aux sources qui les fournissent; sur les frictions répétées, le massage, la gymnastique, l'exercice musculaire, méthodiquement pratiqués chaque jour; sur les promenades à pied, à cheval ou en voiture, lorsque la faiblesse est trop grande, sur les voyages et les distractions de tout genre.

Hydrothérapie, bains.

2° Traitement pharmaceutique.

Traitement pharmaceutique. — On peut dire qu'on a essayé, tour à tour, toutes les médications imaginables, dans cette maladie. On a renoncé presque entièrement aux émissions de sang locales, pratiquées sur la région épigastrique. On leur a substitué, parfois, avec avantage, la révulsion qu'on obtient au moyen de frictions irritantes sur le creux de l'estomac; l'huile de croton, l'essence de térébenthine, les pommades cantharidées, stibiées, les vésicatoires volants ou permanents, les cautères, servent à produire cette révulsion; mais en général elle ne réussit pas, et, loin d'abattre l'éréthisme nerveux, elle l'augmente encore: cependant il ne faut pas la condamner d'une manière trop absolue.

Révulsion cutanée.

Boissons médicamenteuses.

Les boissons que réclament certains malades tourmentés par la soif, et qui sont le mieux acceptées, en général, sont les gommeuses, les amères (eau de tilleul, feuilles d'oranger, camomille, germandrée, écorces d'oranges amères, quinquina gris, quassia, simaruba), les boissons sucrées, prises froides; quelques malades les préfèrent aux chaudes. On peut donner avec avantage l'infusion de glands de

chêne et de toutes les plantes amères, telles que la gentiane, le houblon, le trèfle d'eau, la véronique, la petite centaurée, le chardon bénit, la rhubarbe, l'aunée, le lichen d'Islande, l'écorce de chêne, de marronnier, la fougère mâle, la noix vomique, les extraits de ces plantes, etc., etc. Nous citerons encore, comme offrant de l'utilité, le lait coupé, le bouillon de poulet, de veau, le petit-lait, les émulsions, l'eau de riz, panée, les eaux gazeuses, acidulées ou légèrement salines, mêlées au vin vieux de Bordeaux, l'eau froide, glacée, les glaces, les sorbets, les apozèmes dans lesquels on met l'eau distillée de laurier-cerise ou une grande proportion d'eau de fleurs d'oranger, etc.

Médication narcotique.

Le nombre des médicaments qui ont été administrés dans cette maladie est considérable. L'opium et les antispasmodiques de tout genre sont ceux qui réussissent le mieux. L'opium, le laudanum de Sydenham, de Rousseau, le sirop de pavots, le chlorhydrate de morphine, doivent être administrés, dès le début de la gastralgie, parce qu'aucun médicament ne possède une action aussi certaine. Nous avons dit que les gouttes noires anglaises méritaient la préférence sur toute autre préparation. L'opium en nature et le sirop de morphine ne viennent qu'en seconde ligne. Trois indications auxquelles il faut absolument obéir en assurent le succès : les donner pendant ou immédiatement avant le repas; en élever tous les jours la dose ; la porter ainsi à 100, 150 gouttes pour le laudanum, à 50, 60 et plus pour les gouttes noires, à 25 et 50 centigr. pour l'opium; en prolonger l'usage pendant longtemps, jusqu'à ce qu'on soit sûr que le travail digestif s'accomplit bien, que toute douleur a disparu, et que la nutrition est revenue à son état physiologique. Quant à l'application des narcotiques sur la peau, elle constitue une médication fort incertaine, sur laquelle il ne faut pas trop compter.

Opium, gouttes noires, laudanum. Mode d'administration.

Antispasmodiques.

Les antispasmodiques, tels que le musc, l'assa fœtida, la valériane, le camphre, le castoréum, ont été fréquemment employés, seuls ou associés à l'opium, à la morphine, etc., sans succès notable, contre la gastralgie. Ils trouvent leur application dans les cas où quelque autre névrose, telle que l'hystérie, la chorée, l'épilepsie, complique l'affection de l'estomac.

De quelques médicaments usités dans le traitement de la gastralgie. Sous-nitrate de bismuth.

De quelques médicaments dont le mode d'action est peu connu. — On a beaucoup préconisé, à une certaine époque, le sous-nitrate de bismuth, à la dose de 20 ou 30 centigr. à 4 grammes par jour, à titre d'antispasmodique ou d'absorbant. Les uns en ont vanté les heureux effets, même à la dose dérisoire que nous venons d'indiquer; les au-

tres l'ont déclaré tout à fait inerte. Cette dernière opinion est la nôtre, quoiqu'on nous ait placé parmi les médecins qui en ont conseillé l'usage dans le traitement de la gastralgie. Nous avons constamment écrit que le sous-nitrate ne nous avait jamais réussi ; qu'il pouvait absorber les gaz et les liqueurs acides contenus dans l'estomac, mais qu'il ne pouvait rien contre l'élément morbide le plus essentiel, contre la douleur gastrique. Notre opinion n'a pas changé, malgré les essais nombreux auxquels nous avons soumis ce médicament. Il produit de bons effets dans les cas où la dyspepsie est flatulente, accompagnée de vomissements acides ou de gastrorrhée. On a vanté aussi les heureux effets de la poudre de charbon végétal à haute dose (20 à 40 grammes par jour) dans des conditions morbides à peu près semblables. Il paraît agir, à la manière du bismuth, comme une poudre neutralisante. Il ne fait rien contre la gastralgie, à moins qu'elle ne soit produite par la distension flatulente : ce qui n'est pas le cas le plus ordinaire.

Charbon végétal.

Il est souvent arrivé pour la gastralgie ce qui a eu lieu pour d'autres maladies, à éléments morbides complexes ; on a attribué la guérison à des médicaments qui portent plus spécialement tantôt sur la sécrétion des gaz, ou des liqueurs acides de l'estomac, tantôt sur la douleur ou les mouvements de l'organe. En effet, il faut que le praticien se rende un compte très-exact de la prédominance des troubles fonctionnels, de la part qu'ils prennent dans la production des symptômes, avant de se décider en faveur d'une thérapeutique. Aussi ne peut-on rien établir d'absolu ; autant de cas particuliers, autant de médications distinctes : nous trouvons donc contraires aux règles les plus élémentaires de la thérapeutique les prétentions des auteurs qui vantent, pour tous les cas de gastralgie, soit l'opium, soit le musc, la belladone, le charbon ou le sous-nitrate. Chacun de ces médicaments trouve son emploi plus spécial dans telle ou telle forme de gastralgie. Le médecin éclectique n'a pas lieu de s'étonner, quand on lui annonce qu'on a réussi à guérir cette névrose, nous dirons presque, au moyen des médications les plus opposées ; ainsi s'expliquent les prétendus mérites des nombreux traitements qui ont été préconisés, tour à tour, dans la gastralgie. Cette remarque dernière servira de règle de conduite aux véritables praticiens.

Sources d'indications thérapeutiques multiples.

Rien d'absolu.

Les actes morbides varient beaucoup dans la gastralgie.

Le traitement des complications peut seul assurer la guérison de la gastralgie, qui, dans tous les cas, doit être combattue, en même temps, par les remèdes que nous avons précédemment indiqués. On préférera surtout la médication qui peut servir aux deux maladies. Dans l'hystérie, la chorée, l'hypocondrie, la nosomanie, les pertes

Traitement des complications.

séminales gastralgiques, l'hydrothérapie, les bains froids, sulfureux, les affusions froides, l'exercice musculaire et le traitement hygiénique réussiront mieux que toute autre médication.

Traitement de la cause.

Il est inutile de faire remarquer que les causes morales et physiques, telles que l'amour non satisfait, le chagrin, les excès vénériens, les désordres de la menstruation, exigent avant tout un traitement spécial; qu'il faut aussi attaquer chaque symptôme, ou plutôt les divers effets de la maladie à mesure qu'ils se présentent : la constipation, à l'aide des purgatifs; l'embarras, et la fièvre gastrique, par les vomitifs; la diarrhée, par le sous-nitrate de bismuth, etc., sans craindre de voir les symptômes douloureux s'exaspérer; souvent, au contraire, ils diminuent sous l'empire de cette médication.

Bibliographie.

Bibliographie. — Tous les auteurs du dernier siècle s'occupent de la gastralgie, sous les dénominations de cardialgie, de flatulence, de colique nerveuse, de dyspepsie, etc., etc. Les théories que chacun propose n'ôtent pas à leurs livres tout intérêt. Au commencement de ce siècle, la doctrine de l'irritation fait totalement perdre de vue l'étude des névroses de l'estomac, momentanément remplacées par la gastro-entérite. Barras a le mérite de rappeler l'attention de ses contemporains sur cette névrose, et de s'élever contre les illusions décevantes de Broussais et de ses partisans (1827). Son *Traité des gastralgies et des entéralgies* est un de nos meilleurs ouvrages. Il faut rendre justice toutefois aux travaux antérieurs de Cullen, *Éléments de médecine pratique;* de Comparetti, *Occursus medici de vagâ ægritudine infirmitatis nervorum*, *Venise*, 1780; et de Schmidtmann (1830).

NÉVROSE DU TISSU MUSCULAIRE DE L'ESTOMAC.

Un appareil musculaire puissant et varié existe dans l'estomac pour assurer les divers mouvements qui s'y passent pendant le travail de la chymification. Les mouvements péristaltiques et antipéristaltiques jouent un rôle considérable dans l'état physiologique et pathologique, soit qu'ils s'exécutent seuls, soit qu'ils s'associent à d'autres mouvements, comme dans le vomissement, la régurgitation, l'éructation, le hoquet, la rumination. Nous ne nous occuperons que du *vomissement nerveux*, les autres actes étant étudiés spécialement dans les traités de séméiologie ou de physiologie.

VOMISSEMENT.

Du vomissement. Définition.

Le vomissement est, comme tous les physiologistes s'accordent à le reconnaître aujourd'hui, un acte complexe auquel participent, à différents degrés, l'estomac, l'œsophage, le diaphragme et les muscles abdominaux, et qui provoque l'expulsion des matières contenues dans l'estomac. Dans quelques cas de vomissement, l'estomac concourt à sa production plus que les autres muscles, tandis que, parfois, c'est le contraire, l'estomac est passif. Nous ne devons parler que du *vomissement nerveux*, essentiel, idiopathique, de celui qui ne se rattache à aucune lésion de l'estomac, ni d'un organe plus éloigné.

Vomissement sympathique ;

Celui qu'on appelle *sympathique* ressemble à l'idiopathique par l'absence de toute lésion, mais la maladie d'un autre organe qui agit par influence réflexe sur l'estomac, lui donne naissance.

Le cancer utérin, la métrite, le déplacement de l'utérus, les maladies aiguës et chroniques du foie, du poumon, sont des causes fréquentes de vomissement sympathique. Une pierre engagée dans le rein, l'urétère, la vessie, les conduits hépatique et cholédoque, la péritonite, un étranglement herniaire, la variole, etc., etc., agissent de la même manière. On sait que la grossesse peut à elle seule occasionner un vomissement sympathique si opiniâtre et si grave que la vie des malades est en danger, et que, si l'on ne se hâte de provoquer l'avortement, la femme succombe. On a aussi parlé de vomissements chroniques, incoercibles, qui ont entraîné la mort des sujets, malgré tous les efforts de la thérapeutique. On acquiert la certitude, par l'autopsie, qu'ils sont sympathiques d'un état gras du foie, ou symptomatiques d'un ramollissement de l'estomac. Les maladies du cerveau, les tumeurs intra-craniennes, la méningite simple et tuberculeuse, ont pour phénomène sympathique ordinaire ces mêmes troubles de l'estomac.

dans la grossesse.

Le vomissement nerveux est très-rare.

Le *vomissement idiopathique nerveux* qui mérite réellement cette désignation est rare, et, si l'on en excepte celui qui se rattache à la migraine, et en constitue l'acte le mieux caractérisé, celui que fait naître une violente émotion morale de peine ou de plaisir, l'ingestion d'une boisson glacée, d'un aliment qui excite tout à coup une grande répugnance, nous n'avons jamais observé, pour notre part, de vomissement qui dût conserver le nom d'idiopathique.

Vomissement nautique.

Le *vomissement*, — l'*ivresse nautique*, — le *mal de mer*, est une entité morbide tout à fait accidentelle, mais très-pénible, et sur laquelle l'attention des observateurs et des médecins a dû s'appesantir depuis longtemps, sans qu'ils soient parvenus à s'en faire une juste idée. Sous l'influence des mouvements d'élévation, d'abaissement et de rotation du navire, connus sous les noms de roulis et de tangage, l'homme inexpérimenté, qui navigue sur une mer un peu agitée, ne tarde pas à sentir un vertige intense, une céphalalgie suivie d'un sentiment de vacuité dans le crâne et au creux épigastrique, comme s'il s'opérait en ce point un grand déplacement des viscères; presque en même temps, les objets environnants paraissent vaciller; la station est maladroite, difficile; on observe de la titubation, de l'ivresse, et bientôt le patient est pris de nausées plus ou moins prolongées, de vomiturition, de vomissements, faibles ou copieux, suivant la quantité d'aliments ingérés; de garde-robes impérieuses, rapides et plus ou moins répétées. Il éprouve, après cet acte, un soulagement passager, pendant lequel le vertige, le mal de tête, et le malaise diminuent ou cessent quelques minutes, pour recommencer encore un nombre de fois variable, suivant les sujets. Ces phénomènes sont accompagnés d'un brisement général des forces, d'un affaissement intellectuel complet, d'une inaptitude pour tout travail de l'esprit et du corps, lors même que les phénomènes les plus aigus se sont dissipés et que le malade conserve la position horizontale dans son lit. Il est très-rare qu'il en résulte des accidents sérieux, des vomissements de sang, de la fièvre, des congestions encéphaliques ou des hémorrhagies cérébrales. Cependant le mal de mer peut exciter des attaques de nerfs, de violentes névralgies et, dans dans tous les cas, un état adynamique pénible et souvent prolongé pendant toute la durée de la traversée, qu'elle soit courte ou longue. L'inanition forcée à laquelle est obligé de s'astreindre le malade contribue également à entretenir et à accroître cet état.

Symptômes.

Théories nombreuses.

Nous ne ferons que rappeler en peu de mots qu'on a imaginé autant de théories du mal de mer qu'on peut former d'hypothèses sur sa cause : anémie du cerveau, ou congestion de cet organe, abaissement du diaphragme et des intestins, suivi d'un mouvement inverse ; influence de la pesanteur opposée à celle qui fait mouvoir le sang dans les vaisseaux; intoxication par les miasmes émanés de la mer, telles sont les principales théories faites sur un mal auquel on n'a pu d'ailleurs trouver jusqu'à présent aucun remède.

DYSPEPSIE.

Synonymie. — Ἀπεψία, βραδυπεψία, δυσπεψία, de δυς, difficilement, et πέψις, coction, — gastralgie, cardialgie, flatulence de l'estomac.

Définition. — A moins de donner un sens arbitraire à ce mot, et de lui faire perdre sa valeur scientifique, ce qu'on a essayé de faire bien souvent, il faut s'en servir pour désigner toute espèce de trouble, léger ou intense, de la chymification. Sans doute les causes les plus diverses peuvent aboutir à ce résultat; une névrose de la sensibilité, du mouvement ou des glandes à pepsine, de l'estomac, suffira pour altérer, à différents degrés, la digestion gastrique; pour nous, il existe, dans tous ces cas, une dyspepsie dont le praticien doit rechercher la cause; il nous semble qu'on ne doit pas attacher à ce mot d'autre sens que celui qui vient d'être indiqué. De même qu'on s'occupe, en pathologie générale, d'énumérer les maladies dans lesquelles on observe la dyspnée, le vomissement, la douleur, la céphalalgie ou tout autre acte morbide, on doit en agir de même pour la dyspepsie. L'étude de ce trouble ultime de la digestion ne devrait donc pas trouver place dans un traité de pathologie interne, et, si nous l'y mettons, c'est afin de lui rendre un sens plus scientifique et plus précis. Définition.

Divisions. — La dyspepsie est : 1° *le symptôme* de toutes les maladies de l'estomac dans lesquelles ce viscère est lésé matériellement, à différents degrés (gastrite, ramollissement, ulcère, squirrhe, gastralgie, etc.), nous n'en dirons rien; — 2° elle est *sympathique* d'un très-grand nombre de maladies des organes digestifs, du système nerveux, de l'utérus, du sang et des autres viscères; — 3° elle est *idiopathique, essentielle*, c'est-à-dire qu'elle consiste dans une névrose de l'estomac qui est marquée tantôt par une douleur vive (gastralgie, gastrodynie) ou par des vomissements répétés, tantôt par la sécrétion abondante de gaz, de liquides acides ou insipides, etc. Un ou plusieurs des actes qui concourent à la digestion gastrique peuvent se trouver ainsi altérés à divers degrés; c'est ce qui explique pourquoi la description de la dyspepsie se trouve à chaque instant mêlée à celle de l'anorexie, de la gastralgie, de la flatulence, etc. Nous avons déjà parlé longuement de la gastralgie; nous limiterons maintenant notre étude à celle de la dyspepsie idiopathique. **Divisions** des dyspepsies. 1° Symptomatiques; sympathiques; idiopathiques.

L'*indigestion* dont on retrouve encore la description dans les traités classiques, n'est qu'une dyspepsie accidentelle et passagère, idiopathique dans quelques cas, symptomatique ou sympathique dans Indigestion.

la plupart des autres. Nous ne trouvons aucune utilité à traiter, à part, d'une maladie tout à fait identique à la dyspepsie, qui a l'inconvénient de porter un nom peu scientifique, et d'exprimer une idée qui l'est encore moins.

Étiologie.

Causes. — *Dyspepsies sympathiques.* Avant d'indiquer les causes de la dyspepsie essentielle, il est indispensable de rappeler, en peu de mots, les maladies nombreuses auxquelles elle peut se lier sympathiquement, afin que le praticien ne prenne pas le change sur la véritable origine de cette maladie.

De la dyspepsie sympathique ;

1° d'une maladie du tube digestif et de ses annexes ;

Il faut d'abord placer, en tête, toutes les maladies des organes qui concourent à la digestion intestinale et à la chylification, tels que le duodénum, le pancréas, le foie, l'intestin grêle, puis celles des parties inférieures du colon et du rectum en particulier. Que d'indigestions reconnaissent pour cause une congestion aiguë ou chronique du foie, une cirrhose, la présence d'une tumeur abdominale, une constipation opiniâtre, un engouement ou un étranglement herniaires, etc.! Il en sera de même d'autres lésions qui occupent les parties susgastriques du tube digestif, telles que la bouche, le pharynx, l'œsophage. La chute des dents, en gênant la mastication, l'insalivation et les autres actes préparatoires de la digestion, peut produire la dyspepsie.

2° du système nerveux ;

Le trouble dyspeptique est un phénomène sympathique très-commun dans toutes les maladies du système nerveux avec ou sans lésion matérielle. Il nous suffira de rappeler qu'on rencontre bien souvent cette névrose chez les apoplectiques, chez ceux qui sont atteints de ramollissements inflammatoires, aigus et chroniques du cerveau, dans presque toutes les formes de la folie aiguë et chronique. Elle est un élément presque constant de l'hystérie, de la nosomanie dont elle constitue une des formes les plus ordinaires, et de toutes les névropathies, en général, qui ne manquent pas d'aller retentir sur les organes digestifs.

3° des maladies de l'utérus et de ses annexes ;

On observe encore toutes les formes de la dyspepsie, chaque fois que les fonctions utérines viennent à se troubler même passagèrement et à un faible degré. Tous les praticiens savent qu'une grossesse commençante ou parvenue à toute autre période, que la première apparition des règles, leur dérangement, leur suppression à plus forte raison, les maladies de l'utérus, à tous les degrés, ne manquent presque jamais de s'accompagner d'une dyspepsie, ordinairement intense et difficile à guérir. Chez l'homme les maladies des organes génitaux urinaires ont le même retentissement, quoiqu'à un

degré moindre (pertes séminales, maladies de la vessie, de la prostate, des reins).

Au nombre des causes les plus fréquentes de cette névrose, nous trouvons une altération du sang, la chloro-anémie. Pour peu que l'élément globulaire diminue par l'effet d'une anémie, d'une chlorose et de toutes les maladies qui leur donnent naissance, la digestion gastrique se trouble à différents degrés. Il est vrai qu'en même temps le système nerveux général et celui de l'estomac en particulier y prennent une grande part, et que d'autres névralgies et névroses ne tardent pas à se manifester, en même temps.

5° des maladies des viscères.

Nous ne pouvons énumérer les affections diverses des nombreux organes dont les maladies exercent une action sympathique évidente sur les fonctions de l'estomac. On peut dire qu'elles ne tardent pas à se troubler dans presque toutes les maladies aiguës et chroniques du poumon, du cœur, et dans toutes les maladies diathésiques, comme la scrofule, la goutte, le rhumatisme, etc. Pour ne citer qu'un exemple des plus frappants de ces dyspepsies, nous n'avons qu'à nommer celle qu'on rencontre dans la phthisie pulmonaire. Que de troubles gastriques légers ou intenses, continus ou intermittents, n'observe-t-on pas à toutes les époques de cette maladie, depuis que le tubercule commence à paraître jusqu'au moment où il détruit le poumon, dans une grande étendue! Chez les goutteux la dyspepsie n'est-elle pas une des affections les plus pénibles, et dont les retours fréquents vers la fin de la maladie mettent souvent les sujets en grand danger de mourir? A toutes les périodes des maladies du cœur, l'estomac souffre aussi à différents degrés. On peut donc dire, avec une exactitude parfaite, qu'il n'est pas un organe dont les sympathies soient plus facilement et plus vivement excitées que celles de l'estomac. Broussais a eu raison de les faire ressortir avec cette persistance qu'on admire dans ses écrits; mais il a eu le grand tort de se méprendre sur leur véritable nature et de considérer, comme une irritation phlegmasique, ce qui n'est le plus ordinairement que l'effet d'une névrose.

Causes de la dyspepsie symptomatique.

Dyspepsies symptomatiques. — Nous devons seulement marquer ici la place des dyspepsies dont les diverses lésions de l'estomac sont la cause directe. Personne n'ignore que la première maladie à laquelle il faille songer quand un sujet accuse un trouble quelconque des fonctions gastriques, est une lésion de l'estomac, comme une phlegmasie chronique, un ramollissement, un cancer, qui, d'ailleurs, ne deviennent souvent manifestes qu'un grand nombre d'années après qu'on a observé les premiers troubles dyspeptiques.

Nous devons placer, en seconde ligne, parmi les causes de la dyspepsie *symptomatique*, toutes les altérations du sang et celles qui sont propres à l'anémie et à la chlorose. Il n'est pas de cause qui en favorise plus le développement que la diminution des globules, surtout lorsqu'elle se joint aux troubles nerveux et des fonctions génitales qui caractérisent la chlorose. C'est alors que les symptômes sympathiques de la dyspepsie se multiplient à tel point qu'ils finissent par avoir pour résidence le système nerveux cérébro-spinal et viscéral tout entier, et, pour manifestations, pour signes, la névralgie, l'hypocondrie, l'hystérie, les pertes séminales qui sont cependant des maladies à part. (Voyez *Symptômes*.)

Dyspepsie essentielle.

Causes de la dyspepsie essentielle. — Toutes les fois que l'estomac est stimulé trop fortement ou trop faiblement par les substances alimentaires et les boissons, la dyspepsie ne tarde pas à se manifester. Celle qui est provoquée par les causes du premier ordre se remarque chez ceux qui vivent d'une manière succulente et recherchée, qui se gorgent fréquemment d'une grande quantité d'aliments, et finissent par épuiser le ressort et la vitalité de leur estomac. Ainsi agissent encore les boissons alcooliques, le vin, le café, le thé bus en grande quantité et souvent. Par contre, la dyspepsie peut naître chez les hommes qui prennent pour nourriture presque exclusive des féculents, du lait, des viandes blanches, du poisson, des légumes ou des substances dépourvues, en grande partie, de matière alibile. On rencontre cette forme dyspeptique dans les temps de disette et chez les artisans malheureux dont le salaire est insuffisant pour subvenir à leur nourriture et à celle de leur famille.

Aliments excitants, atoniques et insuffisants.

Action spéciale de quelques boissons et aliments.

On ne peut pas dire que les aliments agissent toujours par excès ou par diminution du stimulus ; quelques-uns semblent avoir une autre action et s'attaquer surtout à l'appareil sécréteur gastrique : il en résulte alors une gastrorrhée concomitante. Cette forme se voit chez les hommes qui boivent le matin, à jeun, du vin blanc, de l'eau-de-vie ou du vin rouge, ou qui usent habituellement d'absinthe, de vermouth, et de vins acides, aigrelets et astringents. Nous rappellerons aussi que de pénibles et longues dyspepsies peuvent tenir à l'usage des fromages secs et fermentés, dont un grand nombre d'hommes de la campagne se nourrissent presque exclusivement. Certains estomacs ne peuvent supporter, pendant longtemps, l'action de la viande de porc, ou de celle qui est chargée de graisse, ni les légumes, ni les substances fermentescibles, telles que le chou, les fécules, etc. Sous ce rapport, il existe de singulières idio-

syncrasies dont rien ne peut expliquer le développement. En général, les féculents, la gélatine, le sucre, les mucilages, ne peuvent servir exclusivement à l'alimentation, sans occasionner des dyspepsies. On sait combien elles sont fréquentes dans les communautés religieuses d'hommes et de femmes, où les jeûnes, le maigre et la nourriture insuffisante trouvent d'ailleurs des constitutions toutes disposées à recevoir facilement l'action de ces causes nuisibles. Il faut reconnaître aussi que la chlorose, le dérangement des règles, les impulsions impérieuses des organes génitaux, concourent à en produire le développement.

Causes cosmiques. Chaleur et humidité.

La chaleur extrême de l'atmosphère associée à l'humidité peut, en débilitant profondément l'organisme et l'estomac spécialement, causer des dyspepsies douloureuses ou indolentes seulement. Broussais a étudié, avec un soin extrême, l'influence de ces deux agents qu'il croyait propres à provoquer la gastrite. On observe de fréquentes dyspepsies qui n'ont pas d'autre origine, dans les contrées méridionales, où elles sont favorisées par les alcools, les aliments épicés, et tous les stimulants capables de relever l'appétit. L'action tout à fait opposée du froid peut cependant produire le même effet; l'ingestion d'une boisson froide et glacée arrête tout d'un coup le travail digestif. L'exposition subite ou prolongée du corps à une température basse est suivie des mêmes effets. On peut en dire autant de toutes les causes capables de modifier la digestion. Au nombre et en tête de toutes ces causes, figurent les troubles de l'innervation cérébro-spinale. C'est ainsi que se développe la dyspepsie chez les hommes qui se livrent à un travail intellectuel immodéré, passager ou continu, et qui surexcitent leur pensée de toutes les manières. Les excès vénériens, chez l'homme surtout, et la masturbation sont des causes très-communes de gastralgies. Viennent enfin les perturbations morales, les chagrins, les passions de tout genre qui agissent au plus haut degré sur les fonctions gastriques, en altérant la digestion. La fatigue musculaire, une grande déperdition des forces, par la marche, par l'exercice d'une profession manuelle, ou par quelque flux excessif, tels que le diabète, la diarrhée, la dysenterie, la suette, la polyurie, sont parfois suivies des symptômes dyspeptiques les plus tranchés. On a aussi indiqué la puberté, le sexe féminin, le tempérament nerveux, les troubles menstruels, comme des causes capables de favoriser la production de la maladie; mais sous les influences complexes qui se rattachent à cet ordre de causes se dissimulent surtout les dyspepsies sympathiques de la chlorose, de l'anémie, et de toutes les

Action du froid.

Troubles de l'innervation.

maladies de l'utérus, dont nous nous sommes occupé en commençant l'étude des causes.

Symptomatologie.

Symptômes. — Quelle que soit la manière d'agir des influences morbifiques nombreuses que nous venons d'indiquer, elles ne peuvent léser la digestion gastrique que des trois façons suivantes : 1° en modifiant la sensibilité; 2° les mouvements de l'organe; 3° les sécrétions de son appareil glandulaire et de sa tunique muqueuse. Le résultat d'un ou de plusieurs de ces troubles est la difficulté de digérer : seulement les symptômes qui l'accompagnent sont excessivement variés. Il suffit pour s'en convaincre de jeter les yeux sur les symptômes des dyspepsies.

Les symptômes changent suivant la cause de la dyspepsie.

Divisions des symptômes.

Il est impossible d'imaginer une confusion plus grande et plus déplorable que celle qui a été introduite dans leur symptomatologie par les auteurs, et notamment par MM. Chomel et Beau. Efforçons-nous de la dissiper en restituant aux phénomènes morbides leur valeur et leur véritable origine. A ce point de vue il ne peut exister que quatre ordres de symptômes : 1° des gastriques ou troubles locaux de la sensibilité, du mouvement et des sécrétions de l'estomac; 2° des symptômes sympathiques; 3° des altérations consécutives à l'inanition gastrique; 4° des symptômes propres à la maladie protopathique qui cause la dyspepsie.

1° Symptômes gastriques.

1° *Symptômes gastriques ou dyspeptiques proprement dits.* — La névrose de l'estomac, qui est la seule dont nous voulons parler dans ce travail, se manifeste lentement et graduellement à la manière des névroses. Les sensations de faim et de soif sont altérées à différents degrés. On observe l'anorexie, l'adipsie, toutes les variétés de pica, de malacia, de boulimie, les nausées, toutes les formes de la gastralgie, depuis la douleur et la pesanteur épigastrique jusqu'aux déchirements les plus pénibles de l'estomac, pendant ou après le travail digestif (voyez *Gastralgie*).

(*a*) Névroses de la sensibilité gastrique.

(*b*) Névroses de l'appareil locomoteur gastrique.

Les contractions musculaires de l'estomac sont tantôt douloureuses, tantôt nulles ou ralenties, et alors la digestion gastrique est lente, dure quatre ou cinq heures, plus encore, et ne se termine que le lendemain matin. Elle peut être suspendue jusqu'à ce que le vomissement délivre le malade; quelquefois l'expulsion des matières alimentaires a lieu par l'intestin. On a dans ces cas les symptômes de l'indigestion complète ou incomplète, *gastrique* ou *intestinale*.

De l'indigestion.

L'indigestion n'est autre chose que l'effet d'une dyspepsie intense ou légère, lente ou subite. Les aliments, imparfaitement ou non chymifiés, séjournent dans l'estomac qui a cessé de fonctionner. Il en

résulte pour le malade de la gêne, de la pesanteur à l'épigastre, qui est tendu, gonflé par des gaz; on observe bientôt des nausées, des vomissements qui donnent issue aux matières alimentaires et soulagent le malade; d'autres fois des rapports nidoreux, acides, âcres ou sulfureux, des douleurs et de la tension dans le ventre. Souvent les aliments restent dans l'estomac qui ne peut s'en délivrer, jusqu'à ce qu'ils aient pris leur cours par la partie inférieure du tube digestif. Le malade éprouve alors un malaise et une anxiété pénibles, de la dyspnée, de la céphalalgie, de la congestion faciale avec vertiges, parfois même des symptômes sub-apoplectiques assez menaçants, auxquels on met fin, soit en provoquant le vomissement, soit à l'aide des boissons chaudes et aromatiques. La bouche est mauvaise, amère, acide; des gaz sont rendus par la partie supérieure et inférieure du tube digestif et tout rentre dans l'ordre. L'indigestion causée par une émotion morale, par la chaleur ou le froid extrêmes de l'air ou d'une boisson, peut survenir subitement chez les hommes les mieux portants. Elle se termine, en quelques heures, par le retour à la santé; quelquefois cependant elle dure un jour, détermine un état pénible lorsque les aliments ne peuvent être expulsés, ou lorsque la santé de l'individu est altérée depuis longtemps. Ses symptômes.

La dyspepsie occasionne souvent des *crampes* d'estomac, qui se manifestent à diverses époques du travail digestif, dès le premier contact des aliments, ou très-tard, après que la chymification est accomplie. Il est inutile d'insister sur ces variétés de symptômes faciles à concevoir. Crampes.

Aux troubles de la sécrétion des glandes gastriques et de sa membrane muqueuse doivent être rapportés les vomissements d'un liquide acide, rougissant la teinture de tournesol, agaçant les dents, et répandant, à une certaine distance du malade, une odeur aigre dont sa bouche est imprégnée. Cette liqueur est rendue à jeun, le matin ou après les repas, et en quantité variable. On a désigné sous le nom de *dyspepsie acide* cette forme qui est souvent liée à l'usage d'aliments insuffisants, à l'abus des alcools, des fromages secs, etc. Elle ne mérite pas de dénomination spéciale; elle peut être remplacée par la pituiteuse ou par l'alcaline, et réciproquement. (c) Troubles de la sécrétion. Vomissements acides.

Les liquides rejetés par l'estomac sont, chez quelques malades, semblables à une solution de gomme, filants, insipides, régurgités le matin à jeun, sans efforts et sans douleur, et appelés *pituite* par ceux qui sont exposés à cette espèce de dyspepsie (Dysp. pituiteuse). Il semble qu'elle consiste surtout en une hypercrinie des glandes à mucus; Vomissements pituiteux.

souvent elle n'exerce, pendant plusieurs années, aucune influence fâcheuse sur la santé. On a aussi parlé d'une liqueur alcaline rendue par les malades ; le fait est douteux. On sait qu'il est rare que les liquides de l'économie s'altèrent dans leur composition chimique, au point d'offrir une réaction opposée à celle qui existe dans l'état normal. (Andral.)

Tympanite gastrique.

Une lésion fonctionnelle, beaucoup plus commune que les précédentes, est celle qui consiste dans la sécrétion d'une quantité insolite de gaz, dont la présence nuit au travail de la chymification. Elle provoque la distension de l'épigastre, des douleurs d'estomac, des nausées, parfois des vomissements, une sonorité extrême dans toute la région épigastrique, et des borborygmes qu'on entend à de grandes distances. Cette espèce de glou-glou, excitée souvent par les vêtements trop serrés, tient parfois à la nature des aliments féculents sucrés, mucilagineux, et surtout à la tympanite gastrique qui en est le principal signe. Toutefois il est très-ordinaire de voir s'y ajouter les symptômes de la gastralgie, qui est la maladie principale et la cause de tous les accidents qu'on observe alors. La sécrétion de gaz, même dans les dyspepsies dites gastriques par les auteurs, a son siége ordinaire dans le gros intestin et l'intestin grêle. C'est là que se passent les bruits qui indiquent le mélange réciproque des liquides et des gaz ; de là proviennent également la compression et la gêne éprouvées par l'estomac.

Borborygme.

2° Symptômes sympathiques.

2° *Symptômes sympathiques.* — Il suffit de parcourir la liste des causes nombreuses qui produisent la dyspepsie essentielle, pour se convaincre que ses phénomènes sympathiques doivent différer beaucoup les uns des autres. Avant d'en montrer les variations, indiquons ceux qui sont les plus ordinaires. Quelques malades salivent abondamment ou rendent, par sputation, des crachats mousseux, fades, avec ou sans nausées concomitantes (Dysp. sputatoire). La langue se salit souvent, présente tous les degrés de l'embarras gastrique, ou conserve sa couleur et son humidité naturelles; les selles sont rares, difficiles; la sécrétion biliaire diminuée, tarie même, dans quelques cas. Le retentissement sympathique a lieu principalement vers le système nerveux, et se traduit par de fortes et fréquentes migraines, par des névralgies frontales ou occipito-frontales opiniâtres, intermittentes, continues, de toutes les formes ; par des névralgies intercostales, par une sensation fugace ou permanente de boule épigastrique, par une toux nerveuse assez commune et assez opiniâtre pour faire concevoir quelques craintes, par des palpitations.

Névralgie.

Troubles nerveux des fonctions respiratoires, circulatoires, etc.

des étouffements, de la dyspnée, et même par des dérangements menstruels, etc. On a parlé de fièvre continue ou nocturne; sans en nier l'existence, puisqu'elle se montre dans d'autres névroses essentielles, il faut cependant remarquer qu'elle est très-rare. Nous pourrions encore énumérer la nosomanie, l'affaiblissement du système locomoteur, les anesthésies, les hypéresthésies, etc.; mais il nous semble préférable d'en parler en traitant des symptômes suivants.

3° Symptômes des altérations du sang. De l'inanition.

3° *Symptômes consécutifs à l'inanition et à l'altération du sang.* — Il est impossible d'imaginer qu'une dyspepsie, quelque peu intense et durable qu'elle soit, puisse exister sans produire bientôt un trouble profond dans la nutrition et dans la composition du sang. Ce liquide ne tarde pas à s'appauvrir; il s'établit alors une anémie plus ou moins marquée, et, par conséquent, tous les signes de cette maladie, tels que la pâleur, les palpitations, et surtout les troubles nerveux dont nous avons parlé précédemment; ils prennent bientôt une intensité extrême, augmentés qu'ils sont par cette double et incessante cause de névralgie et de névrose. Que sera-ce lorsque la dyspepsie se développera chez une femme jeune, nerveuse, mal réglée, pubère et placée dans toutes les conditions qui font naître les névroses, ou bien chez un un homme qui est, à peu près, dans les mêmes conditions? C'est alors que le praticien verra se développer, chaque jour et pendant de longues années, toute la série des accidents propres à la chlorose de la femme ou de l'homme, des névralgies de toutes espèces, des palpitations, des troubles menstruels, des flueurs blanches, des pollutions nocturnes, enfin tous les symptômes de l'hypocondrie ou de l'hystérie. Qu'on y prenne garde, ce sont des maladies nouvelles, des complications, qui, sans doute, ont été favorisées par l'altération du sang, et sont liées à la dyspepsie, mais qui n'en constituent pas moins des maladies complexes qu'on voit tous les jours surgir sous l'influence de causes autres que l'altération du sang et que la névrose viscérale. Ainsi se développent encore les pertes séminales, les troubles menstruels, l'avortement et même des affections diathésiques, telles que la phthisie pulmonaire, sans qu'on soit en droit d'en placer l'origine unique dans la dyspepsie.

Anémie.

Chloro-anémie.

Hypocondrie; hystérie.

Maladies diathésiques.

4° Symptômes liés à la cause de la dyspepsie.

4° *Symptômes placés sous la dépendance des causes de la dyspepsie.* — S'il est évident que cette maladie reconnaît pour causes les altérations du sang, la chloro-anémie en particulier et un grand nombre de névroses, il n'est pas douteux qu'on doit trouver parmi ses symptômes ceux qui sont propres à toutes ces maladies. Et, en effet, c'est grâce à la confusion étrange qu'on a fini par introduire dans l'his-

toire de la dyspepsie, qu'on y a fait figurer non-seulement les symptômes de la chloro-anémie, mais ceux des névroses, tels que l'hystérie et l'hypocondrie, les troubles menstruels, les pertes séminales, etc., qui peuvent bien, dans un grand nombre de cas, dépendre de la dyspepsie, à titre de troubles sympathiques, mais qui sont très-souvent aussi la cause même de la dyspepsie. Telle est la vraie manière de concevoir l'enchaînement des actes morbides nombreux dont le point de départ n'est pas toujours dans la dyspepsie.

On ne peut rien établir de général dans la marche, la durée, la gravité d'une maladie qui reconnaît des causes si diverses. On peut dire seulement qu'à part les dyspepsies produites par une émotion morale passagère ou par une cause qu'il est facile de faire cesser, comme l'usage des alcools et de certains aliments, elles ont ordinairement une durée fort longue, et résistent longtemps à la thérapeutique la mieux dirigée.

Traitement.

Traitement. — Il ne saurait avoir d'autre base que la connaissance approfondie des causes de la dyspepsie. Nous venons de dire que parfois le médecin peut rapidement guérir en éloignant la cause; ce cas est rare. Lors même qu'il est parvenu à la trouver, il lui est souvent difficile d'en faire cesser les effets. Dans tous les cas, deux indications se présentent à remplir : combattre la cause 1° par le traitement hygiénique que nous avons tracé en parlant de la gastralgie (voyez tome I, page 511); 2° par l'usage des remèdes qui ont prise sur cette même cause. Les altérations du sang réclament les ferrugineux ; le régime atonique, un traitement fortifiant; les excitants, au contraire, seront combattus, avec succès, par un régime ténu et sévère, par quelques narcotiques, etc. Si la dyspepsie est l'effet d'une diminution extrême de l'innervation gastrique et de la sécrétion physiologique, comme chez les vieillards, chez les sujets épuisés par les travaux de cabinet, les passions tristes, les excès vénériens, par un allaitement prolongé, etc., on administrera les amers, les excitants et le vin. On a vanté, dans ces derniers temps, et dans les cas de ce genre auxquels elle est en effet le mieux appropriée, la *pepsine* en poudre ou en solution, à la dose d'un à deux grammes par jour. Nous pouvons affirmer que ce médicament, administré dans les conditions les plus favorables, ne nous a jamais rendu le moindre service, et que nous le considérons comme un de ces mille remèdes avec lesquels on peut, on doit même dans quelques cas faire patienter le malade, mais qui n'ont pas la moindre valeur scientifique.

1° Combattre la cause; (*a*) par l'hygiène; (*b*) par la thérapeutique.

Stimuler ou contre-stimuler.

Pepsine. Son action plus que douteuse.

La thérapeutique offre d'autres ressources dans la dyspepsie. Elle renferme des agents qui peuvent être utilement dirigés 1° contre l'accroissement ou la diminution de la sensibilité gastrique (voyez *Gastralgie*) ; 2° contre le trouble des mouvements de l'estomac (mêmes agents); 3° contre les sécrétions de gaz, de liquides acides, neutres, qui peuvent altérer la digestion. Nous avons indiqué ailleurs ces diverses médications parmi lesquelles le sous-nitrate de bismuth, l'opium, les gouttes noires, tiennent la première place, et peuvent rendre les plus grands services, mais à condition que le praticien saura les employer précisément dans les cas où ils conviennent et où ils peuvent remplir d'utiles indications. (Voyez *Gastralgie*, p. 511.)

Action spéciale de quelques médicaments.

Si la médication tonique compte tant de succès, si les eaux thermales sulfureuses, et mieux encore l'hydrothérapie, les bains de mer et de rivière, sont généralement suivis de succès, il faut s'en prendre à l'intervention très-fréquente de l'anémie, de la chlorose, des troubles menstruels, aux perturbations du système nerveux cérébro-spinal et rachidien auxquelles la médication tonique et corroborante est si bien appropriée.

Médication tonique.

HYPERTROPHIE.

L'hypertrophie de la membrane muqueuse de l'estomac est une lésion anatomique commune à un grand nombre de maladies de l'estomac et dont nous n'aurions pas parlé, parce qu'elle est presque exclusivement anatomique, si on ne lui avait pas assigné quelques symptômes propres. Cette hypertrophie, marquée par l'épaississement de la tunique muqueuse, qui présente une foule de saillies, semblables à des mamelons séparés les uns des autres par de petits sillons, occupe toutes les parties de l'estomac ou seulement ses faces antérieures et postérieures et la région pylorique. Elle s'accompagne, tantôt de ramollissement, tantôt d'induration du tissu muqueux, d'ulcération, de lésion de couleur, d'injection rouge, de teinte ardoisée, en un mot, des altérations les plus diverses, les unes aiguës, inflammatoires, les autres chroniques ; les unes primitives, les autres consécutives, etc. Il est donc impossible de réunir, en nosologie, des maladies plus variées et plus différentes sous une dénomination commune ; nous ne faisons que l'indiquer en lui assignant pour symptômes tous ceux qui se rattachent aux troubles fonctionnels aigus et chroniques de l'estomac, comme l'anorexie, la nausée, la

douleur épigastrique, les vomissements fréquents d'aliments, de matières muqueuses, acides, peu abondantes, l'amaigrissement et tous les signes ultérieurs de l'inanition quand l'estomac est arrivé à ne plus pouvoir digérer.

ULCÉRATIONS.

Définition. Divisions.

On doit comprendre sous le nom d'ulcérations de l'estomac toute espèce de perte de substance qui survient dans la continuité de ses membranes, quels qu'en soient la cause, le siége et la terminaison. Nous distinguerons : 1° des ulcérations protopathiques et inflammatoires ; 2° toxiques ; 3° par ramollissement ou non inflammatoire (ulcère chronique) ; 4° des ulcérations consécutives ou deutéropathiques. Notre description comprendra naturellement l'histoire des perforations spontanées. Que les ulcérations soient complètes ou incomplètes, qu'elles se fassent de dedans en dehors ou de dehors en dedans, quoique ces conditions morbides aient de la valeur, elles ne peuvent servir de base à une division des ulcères gastriques. Celle qui repose sur leur nature est la seule acceptable.

Description des diverses espèces d'ulcères. — Il est maintenant établi, aussi bien par l'étude des altérations cadavériques que par celle des symptômes, que la nature, par conséquent la cause des perforations est très-diverse et qu'il faut étudier successivement : 1° les ulcérations inflammatoires aiguës ; 2° les inflammatoires chroniques ; 3° celles qui sont dues à l'action des liquides gastriques ; 4° à des productions hétérologues. Nous ne parlerons pas des ulcérations causées par les poisons irritants et corrosifs. Quant à celles qui ont reçu le nom de traumatiques, ce sont de véritables plaies qui sont du domaine de la chirurgie.

1° Ulcération phlegmasique.

1° *Ulcération inflammatoire.* — Elles sont très-rares et accompagnées, dans ce cas, de rougeur, d'injection, de ramollissement et de tuméfaction de la membrane muqueuse qu'on trouve au pourtour de la perte de substance, dans une étendue variable. Si la perforation est complète, les trois tuniques sont comprises dans l'ulcération qui est, en général, arrondie ou ovalaire, à bords irréguliers, inégaux, déchiquetée et de dimension parfois assez considérable. Il peut en exister trois à quatre, sur une même surface rouge et ramollie ou sur différents points de l'estomac dont la membrane interne est manifestement enflammée.

2° *Ulcération chronique.* — Sous le nom d'*ulcère simple, chronique de l'estomac*, M. Cruveilhier a décrit une lésion dont voici les principaux traits : sur un point de la petite courbure de l'estomac, près du pylore, il se développe une ulcération, d'abord superficielle, qui tend à envahir les trois tuniques et à détruire les vaisseaux d'une assez forte dimension qui fournissent de continuelles hémorrhagies. L'ulcération est ordinairement unique, de l'étendue d'une pièce de cinq francs et plus, à fond rouge, grisâtre, fongueux, végétant ou lisse et assez dense, n'offrant, d'ailleurs, dans son voisinage aucune induration pareille à celle du cancer squirrheux ou encéphaloïde dont on ne retrouve pas, au microscope, les éléments propres. On ne sait pas précisément de quelle nature est cette lésion qui se rapproche beaucoup, par ses caractères, d'une inflammation à marche lente et chronique. On a supposé que son siége est dans les glandes muqueuses beaucoup plus nombreuses vers le pylore que partout ailleurs. Vers la fin de la maladie, une phlegmasie adhésive se développe sur la face péritonéale, fait adhérer le fond de l'ulcère aux tissus environnants, au foie, au sternum, aux glandes mésentériques, à la rate, et prévient ainsi une perforation mortelle. Il en résulte une tumeur et des changements essentiels de rapports entre les différents organes de l'abdomen et l'estomac.

2° Ulcération chronique.

Lésion anatomique.

C'est vers la période moyenne de la vie, de quarante à cinquante ans, que l'ulcère se développe, en provoquant d'abord des troubles dyspeptiques chroniques et éloignés, tels que de l'anorexie, des digestions pénibles, longues, accompagnées de malaise, des renvois nidoreux fades ou acides, puis des vomissements alimentaires. Tous ces symptômes peuvent être aisément confondus, dans le principe, avec ceux de la gastralgie. Cependant bientôt les douleurs gastriques deviennent plus vives, soit spontanément, soit pendant la digestion, et sans qu'aucune tumeur puisse être découverte à l'aide de la palpation et de la percussion ; les troubles digestifs s'accroissent, et l'inanition fait chaque jour des progrès. Comme l'hémorrhagie, surtout par l'artère splénique ou la coronaire, est une suite fréquente du ramollissement des membranes, les malades rendent souvent, avec les matières alimentaires, du sang pur ou plus ou moins altéré, semblable à du marc de café, à de l'encre de Chine, etc. On observe aussi l'hématémèse seule : des quantités considérables de sang pur, rutilant ou noir, peuvent être ainsi rejetées par l'estomac ou bien par l'intestin et donner à la matière des selles une coloration plus ou moins foncée (mélæna). Une fois parvenu à ce terme, le mal ne cesse

Symptômes.

Dyspepsie et gastralgie.

Gastrorrhagie ; vomissements noirs.

Mélæna.

Anémie et inanition.

de faire des progrès; on observe alors une constipation opiniâtre, une douleur fixe dans un point, vers le sternum, le pylore, l'hypocondre droit. Les tissus se décolorent et s'amaigrissent avec une promptitude souvent extrême, à cause de l'impossibilité où se trouve le malade de se nourrir. Il meurt ainsi par l'exténuation graduelle et les progrès de l'inanition; plus rarement par les accidents aigus d'une perforation survenue avant que l'adhésion ait pu s'effectuer, ou lorsque des adhérences déjà faites se sont rompues.

Diagnostic.

Le diagnostic repose principalement sur la notion certaine que le praticien a acquise qu'il n'existe nulle part de tumeur cancéreuse, sur la douleur persistante et localisée, sur les hémorrhagies plus ou moins fréquentes et la longue durée des symptômes dyspeptiques. Encore ne saurait-il se prononcer hardiment sur la nature du mal.

Pronostic.

L'ulcère chronique peut se terminer par la guérison. Quelques exemples de cette heureuse issue de la maladie ont été fournis, soit par l'observation directe des symptômes, soit par l'anatomie pathologique qui montre un certain nombre d'ulcères guéris, chez des sujets morts d'une autre affection.

Traitement.

Traitement. — Le régime alimentaire est le même que celui que nous avons conseillé dans la gastrite aiguë. Il faut surtout insister auprès

Régime lacté, froid.

des malades, s'ils veulent guérir, sur l'usage exclusif du lait et des préparations diverses dans lesquelles on peut le faire entrer, sur l'utilité des œufs, des féculents et du poisson, auxquels on associe l'opium,

Opium.

les gouttes noires anglaises, les boissons glacées. Le sous-nitrate de

Bismuth.

bismuth tient un rang distingué parmi les médicaments précédents; mais il faut savoir l'employer et l'amalgamer, à doses réfractées et pendant longtemps, aux substances alimentaires qu'on donne chaque jour. Il ne faut pas en élever trop les doses et ne le faire qu'après en avoir surveillé attentivement les effets.

Médication externe.

On doit recommander au malade une patience à toute épreuve, une observation minutieuse de toutes les prescriptions et surtout du régime alimentaire, l'agent principal de la médication. On peut lui venir en aide, avec l'hydrothérapie, les bains froids, les eaux thermales, sulfureuses, salines, ferrugineuses, etc.

Vésicatoire et cautères.

On a aussi proposé l'emploi des vésicatoires et des cautères sur la région épigastrique. Ces derniers peuvent rendre quelque service s'ils sont appliqués dès le début, quand il n'existe pas une émaciation trop grande, et quand on soutient leur effet révulsif par un régime sévère, tel que celui qui a été indiqué précédemment.

3° *Ulcération due à l'action des liqueurs gastriques.* — Nous les étudierons plus loin en parlant du ramollissement des membranes de l'estomac. 3° Ulcération par liqueurs gastriques.

4° *Ulcération spontanée.* — On donne le nom assez peu scientifique de *perforation spontanée* à une perte de substance qui se fait, tout d'un coup, dans l'estomac, sans avoir été précédée de phénomènes morbides distincts. On ignore la cause de ce travail pathologique, que les uns placent dans une irritation inflammatoire, les autres dans l'action corrosive des liqueurs de l'estomac; nous nous expliquerons plus loin sur ce sujet. 4° Ulcération spontanée.

5° *Ulcération produite par un tissu hétérologue.* — Les plus fréquentes de toutes sont les ulcérations qui se développent dans un cancer encéphaloïde ou squirrheux parvenu à sa période de ramollissement. Tantôt l'ulcération tient aux progrès incessants du cancer qui a pénétré jusqu'aux tuniques musculeuses et séreuses avant qu'elles aient contracté des adhérences avec les organes environnants; tantôt à ce que ces adhérences ont été rompues accidentellement : il en résulte alors une communication entre l'estomac et la cavité du péritoine et des accidents rapidement mortels. Dans ces cas on observe, pendant longtemps, les symptômes bien caractérisés du cancer gastrique, et, à la fin, les signes de la péritonite ultime. 5° Ulcération cancéreuse.

Les perforations produites par le ramollissement d'un cancer rétro-péritonéal développé dans le foie ou dans les tissus glandulaires qui avoisinent l'estomac sont plus rares et s'effectuent alors de dehors en dedans. Nous en avons recueilli, pour notre part, plusieurs observations qui ne pouvaient laisser aucun doute sur le mode de développement que nous venons d'indiquer. Dans ce cas, les tumeurs qu'on sent manifestement et que la percussion fait aussi reconnaître donnent lieu, à un moment donné, à des symptômes gastriques qui n'avaient pas eu jusque-là une grande intensité, et en outre à des vomissements noirs, à la gastrorrhagie. Cependant ces derniers signes même ne peuvent suffire pour asseoir un diagnostic certain. Perforation de dehors en dedans.

Une autre cause d'ulcération est le ramollissement du tubercule développé sous la membrane muqueuse ou sur le péritoine; cette altération est extrêmement rare. Il en est de même de la péritonite perforante. Ulcération tuberculeuse.

Symptômes. — La seule partie intéressante de l'étude des ulcérations pour le praticien est le diagnostic de cette maladie. Il repose entièrement sur l'observation antérieure du malade. On a vu que les ulcérations dépendent de maladies aiguës et chroniques de l'estomac, Symptomatologie.

très-différentes par leur nature ; c'est au médecin à chercher dans les symptômes ceux qui appartiennent à la phlegmasie, au cancer et aux productions hétérologues péri-gastriques. Les seuls symptômes communs à tous les ulcères sont l'écoulement sanguin et toutes les variétés du vomissement noir qui en dépendent.

PERFORATION.

Divisions.

Nous traiterons, d'une manière succincte, des perforations de l'estomac, en choisissant surtout ce qui tient à l'étude clinique de la maladie. On les divise en perforations 1° de cause interne ; 2° en toxiques ; 3° en traumatiques : les premières seules doivent nous occuper.

De quelques causes occasionnelles.

Nous rappellerons d'abord que l'acte du vomissement spontané ou provoqué, qu'un effort plus ou moins grand, que le développement de gaz, qu'un ascaride lombricoïde, peuvent déterminer une perforation de l'estomac, mais lorsque les parois sont déjà le siége d'un travail morbide manifeste ou latent, survenu pendant la vie ou provoqué, après la mort, par la dissolution des parois, au moyen du suc gastrique.

Causes.

Causes. — Nous avons déjà décrit avec tout le soin qu'elles méritent les ulcérations inflammatoires aiguës et chroniques, celles qui sont produites par les liqueurs de l'estomac, le ramollissement qui en dépend, celui qui est dû aux altérations cancéreuses, tuberculeuses ou consécutif à une péritonite. On a cité, en outre, des exemples de perforations survenues chez des femmes récemment accouchées ; chez des inanitiés volontairement ou involontairement, à la suite de longues et douloureuses maladies. Nous dirons plus loin le rôle que joue, en pareil cas, la dissolution opérée par le suc gastrique.

Étude confuse des lésions.

Le temps n'est plus, où l'on décrivait, d'une manière générale, les perforations, leur nature, leurs altérations, leur siége, leurs effets consécutifs, leurs symptômes. Il est difficile de réunir plus de choses dissemblables sous un même titre, et encore pour arriver à une description confuse et entièrement stérile.

Signes de la perforation.

Voici les seuls symptômes qui appartiennent à la perforation elle-même. Si elle est le résultat d'une de ces maladies aiguës ou chroniques de l'estomac dont nous avons déjà parlé, on observe, pendant un temps variable, les symptômes gastriques légers ou intenses

de la dyspepsie, et, à un moment donné, les signes de la perforation. Ceux-ci débutent rarement d'une manière subite, et sans avoir été précédés de quelques troubles des fonctions gastriques qu'un bon observateur sait toujours découvrir. Au milieu d'une santé, en apparence assez bonne, éclate, à jeun, après le repas, ou au milieu du travail le plus paisible, une douleur vive, déchirante, qui fait pousser des cris au malade et qu'il rapporte à la région épigastrique. Elle empêche les mouvements du ventre et de la respiration; elle se traduit bientôt par tous les symptômes de la péritonite la plus violente : peau froide, couverte de sueur, lipothymie, syncope, pouls accéléré, insensible, soif ardente, nausées, vomissement incessant de matière verdâtre, bilieuse ou sanglante, constipation, développement du ventre, météorisme, altération profonde de la face et mort subite ou rapide dans les vingt ou trente heures qui suivent la perforation.

ce sont ceux de la péritonite sur-aiguë.

Le *traitement* doit consister à empêcher le travail phlegmasique de s'établir et à réduire au minimum ou à suspendre les mouvements de l'intestin; on ne peut y réussir, en partie, qu'au moyen de l'opium, à dose croissante et élevée (20, 40, 50 cent.) et des applications glacées et narcotiques sur le ventre. Si l'estomac repousse opiniâtrément les boissons et les médicaments, il faut alors donner des lavements froids et narcotiques.

Traitement.

Opium à haute dose. Glace.

RAMOLLISSEMENT.

On donne ce nom à la diminution de consistance de la membrane interne de l'estomac ou de ses trois tuniques. On doit en distinguer et en décrire trois: 1° un ramollissement inflammatoire; — 2° un par altération de nutrition; — 3° un chimique; le cadavérique n'est qu'un ramollissement *post mortem* dont il n'existe pas de symptômes. Faisons remarquer, avant d'aller plus loin, qu'il n'est pas possible de fonder, comme on l'a fait jusqu'à ce jour, la description du ramollissement sur la couleur et la consistance de la membrane altérée; de décrire ainsi séparément un ramollissement gélatiniforme, un autre pultacé, blanc, etc.

Divisions.

1° **Ramollissement inflammatoire.** — Dans cette altération évidemment produite par la phlogose, la membrane muqueuse uniformément rouge et injectée, ou colorée seulement par place, est ramollie et s'enlève, comme une pulpe rougeâtre. La nature phlegmasique de cette lésion ne saurait être contestée. Quelquefois la coloration est

1° Ramollissement inflammatoire.

moindre, dans un degré plus faible et plus chronique de l'inflammation. Il faut encore rapporter à la même cause l'hypertrophie de la membrane interne ou son amincissement lorsque sa consistance est diminuée, son tissu rouge injectée, ecchymosé en un grand nombre de points, et lorsqu'il offre une teinte ardoisée. Cette dernière coloration indique une forme chronique.

2° Ramollissement par lésion de nutrition.

2° **Ramollissement par altération de nutrition** (gastromalacie). — Nous désignons ainsi le *ramollissement gélatiniforme* des enfants (Cruveilhier) et celui des adultes (ramollissement pultacé avec amincissement, Louis). Il est impossible, en effet, de voir dans ces deux lésions autre chose qu'un effet du trouble de la nutrition, lorsqu'elles se sont développées pendant la vie et qu'elles ne sont pas l'effet de la réaction chimique des liqueurs de l'estomac, ainsi que nous le dirons plus loin.

Lésion anatomique.

Dans ces ramollissements dont nous faisons une maladie unique seulement avec différents degrés, on trouve, dans le grand cul-de-sac, sur la paroi antérieure et vers la petite courbure de l'estomac, quelquefois dans toute son étendue, la membrane muqueuse, grisâtre ou blanchâtre, ramollie et semblable à du mucus. Tantôt c'est par bandes séparées par des espèces de rigoles déprimées, tantôt par larges plaques que la membrane interne s'enlève ainsi.

Ramollissement; ses divers degrés.

Son étendue; Ramollissement partiel, total.

La perte de consistance est portée plus ou moins loin et occupe la tunique muqueuse seulement ou l'épaisseur des trois membranes. Dans ce dernier cas, elles sont réduites en une espèce de gelée presque transparente, de gélatine molle que le moindre contact brise; souvent même elles se déchirent, se perforent pendant les dernières heures de la vie, et plus probablement encore, après la mort. L'épanchement des liquides et des gaz de l'estomac dans le péritoine sain ou enflammé indique à quel moment cette rupture a eu lieu. La coloration noire des vaisseaux sanguins dans le voisinage de la lésion indique, suivant nous, la réaction chimique et cadavérique des liqueurs de l'estomac, à travers les parois vasculaires.

Coloration noire des vaisseaux.

Lésions concomitantes.

On ne prendrait qu'une idée fausse de la maladie que nous décrivons si l'on croyait que le ramollissement des membranes constitue la seule lésion. Souvent on observe en même temps divers degrés d'injection vasculaire, des rougeurs partielles, l'hypertrophie ou l'atrophie de la membrane muqueuse, l'état mamelonné, le bourgeonnement, l'ulcération superficielle ou profonde de cette même tunique. Ailleurs se rencontrent les lésions les plus variées de la phthisie, de la scrofule, de la fièvre typhoïde, puerpérale, des exanthèmes et de toutes

les maladies dans le cours ou à la fin desquelles se manifeste le ramollissement qu'on pourrait appeler, dans ce cas, consécutif ou deutéropathique.

Symptomatologie.

Symptômes. — La maladie observée par Billard, chez les enfants nouveau-nés, la seule peut-être qui mérite d'être envisagée comme une entité morbide distincte, s'annonce par du gonflement et de la douleur épigastriques, par des vomissements plus ou moins répétés de lait qui se coagule promptement, par de la diarrhée, la tension souvent très-grande et douloureuse du ventre. Il faut faire une grande attention au vomissement laiteux chez les nouveau-nés, et aux selles diarrhéiques formées de matières vertes, liquides, muqueuses, grisâtres, teintes par du sang, ou séreuses, blanchâtres et fétides, etc., parce qu'elles annoncent, presque à coup sûr, l'existence d'un ramollissement de l'estomac et de l'intestin. Bientôt on observe une émaciation rapide très-marquée ; la figure de l'enfant est décrépite, sa peau sèche ou couverte d'une sueur visqueuse et froide. Il est d'une faiblesse telle qu'il ne peut se soutenir sur les membres, presque toujours assoupi, poussant des cris faibles ou plutôt des gémissements; il meurt dans un état d'algidité souvent extrême, et après être resté, plusieurs jours, dans un état intermédiaire à la vie et à la mort.

Signes de ramollissement des nouveau-nés.

Gravité. Terminaison.

La terminaison funeste est très-fréquente ; cependant nous avons vu quelques enfants échapper à la maladie dont les symptômes étaient déjà fortement accusés. Les nouveau-nés y sont sujets surtout depuis quatre mois jusqu'à dix-huit, ou plutôt pendant tout le cours de l'allaitement. Ceux qui sont chétifs, nés avant terme, d'une constitution mauvaise, nés d'une mère dont la grossesse a été traversée par des chagrins, des privations de tout genre ou par quelque maladie, sont plus exposés à cette affection que les autres. De toutes les causes, la plus influente sans contredit est l'alimentation ; dans les Maternités, malgré les soins extrêmes qu'on prend de la nourriture des nouveau-nés, les bouillies mal préparées, le lait insuffisant ou de mauvaise qualité déterminent souvent la maladie et contribuent à accroître singulièrement le nombre des décès que provoque ainsi le ramollissement gastrique. Ajoutons que le mal est parfois causé par la nature du lait que la mère ou la nourrice donne à l'enfant, et qui est souvent insuffisant par ses qualités et sa quantité. Il faut donc veiller à ce que cet aliment nécessaire réunisse toutes les conditions physiologiques connues du médecin, qu'en outre il soit donné, pendant un temps plus ou moins long, suivant l'état du sujet. Le sevrage prématuré est aussi nuisible qu'un mauvais lait. L'alimenta-

Étiologie.

Lait et allaitement.

tion trop substantielle, les viandes, les bouillons riches en osmazôme, qu'on donne prématurément à des enfants faibles, sevrés de bonne heure ou déjà malades, suffisent pour provoquer le ramollissement.

De quelques maladies considérées comme cause de ramollissement.

Au nombre des causes générales qui concourent à produire le ramollissement, il faut citer les affections ou maladies diathésiques, chez l'enfant et chez l'adulte. Elles modifient profondément la nutrition et peuvent prédisposer à la lésion de l'estomac; ainsi agissent les maladies chroniques des voies respiratoires, la phthisie, la scrofule, le rachitisme, la péritonite chronique, le carreau, l'entérocolite, quelques maladies aiguës, comme la fièvre typhoïde, les exanthèmes, etc. Le ramollissement est, en pareil cas, une maladie deutéropathique.

On peut conclure de l'étude des causes que nous venons d'énumérer, que la gastro-malacie, réellement morbide, c'est-à-dire produite pendant la vie, est une lésion de nutrition qui porte à la fois sur le solide et sur les sécrétions : sur le solide, en altérant le mouvement moléculaire et en provoquant une sorte d'atrophie; sur les liquides, en modifiant la sécrétion du suc gastrique au point de le rendre plus abondant, peut-être plus acide.

Symptômes de la maladie chez l'adulte.

Les symptômes du ramollissement chez l'adulte sont les mêmes que chez l'enfant. Ils consistent dans l'anorexie, la gastralgie, des vomissements plus ou moins fréquents de matière liquide acide, rougissant le papier de tournesol; dans une dyspepsie intense qui suspend la digestion et jette le malade dans un état de débilité et d'émaciation, qui s'explique par l'état d'inanition extrême dans laquelle le sujet ne tarde pas à tomber. De là ces morts rapides survenues, chez quelques-uns, après deux ou trois mois d'une souffrance gastrique que souvent l'on ne sait à quelle cause attribuer. Les émotions morales courtes ou prolongées, l'usage des alcools, ou d'aliments insuffisants, grossiers et dénués de matière alibile, nous ont paru les causes les plus ordinaires de ce ramollissement.

Traitement.

Traitement. — Chez le nouveau-né la maladie reconnaît pour origine des altérations si manifestes de la nutrition, qu'on doit y porter sur-le-champ remède, en ordonnant de changer immédiatement la nourrice, et de substituer ainsi un lait nouveau et meilleur à celui que prenait l'enfant, de supprimer les bouillies, les fécules, les bouillons, en un mot tous les aliments, pour leur substituer l'usage unique d'un lait de bonne qualité; — de ne le donner d'abord qu'à petites doses, graduellement, et de ne les augmenter que si les vomissements cessent et si la digestion s'accomplit régulièrement.

Donner un lait de bonne qualité.

Dès l'année 1848, après de nombreux essais faits, à l'hôpital Bon-Secours, dans le service des nourrices que nous dirigions à cette époque, nous nous sommes convaincu que le meilleur de tous les remèdes, celui qui est le mieux supporté, est le sous-nitrate de bismuth. On doit le faire prendre à la dose de 3 à 4 grammes, à peu près, de deux en deux heures, mêlé au lait pur ou coupé de la nourrice. On le place ainsi délayé dans la bouche de l'enfant, et la mère lui donne le sein par dessus ; le lait entraîne alors le médicament dans l'estomac. Il faut, en somme, que, pendant les vingt-quatre heures, le malade en prenne 12 à 15 grammes. Il agit bien, et l'on est sûr qu'il a été digéré lorsqu'on voit les matières fécales acquérir une couleur noirâtre ou gris plombé. S'il est rejeté par le vomissement, il n'en faut pas moins persévérer dans son emploi ; seulement il faut en éloigner et en diminuer les doses, pour revenir plus tard à de plus fortes.

Excellents effets du sous-nitrate de bismuth.

Son mode d'administration.

Les boissons gommeuses, lactées, l'eau de gruau, d'orge mondé, l'usage de quelques boissons faiblement alcalines, une petite quantité de sucre alcalin, peuvent être tentés, avec quelque succès.

Boissons.

Les bains tièdes, émollients, puis salins, sulfureux, gélatineux, fortifiants, sont utiles et contribuent à rétablir la digestion. Tout ce qui peut enflammer et irriter vivement l'épigastre, le vésicatoire, par exemple, nous a paru nuisible et devoir être proscrit.

Bains.

3° **Ramollissement chimique.** — Nous réunissons sous ce titre les pertes de consistance que les membranes de l'estomac subissent sous l'influence de l'action chimique que les liqueurs de l'estomac peuvent exercer sur elles. Hunter (1772), puis Spallanzani, Allan Burns, Jæger Camerer (1828), Wilson Philip et surtout Carswel (1830) ont solidement établi, par leurs travaux, que le ramollissement, l'amincissement, l'érosion, la perforation de l'estomac sont dus à l'action dissolvante que le suc gastrique exerce sur les membranes de ce viscère. Aujourd'hui il est superflu de revenir sur ce fait admis par tous les pathologistes. Les derniers travaux des physiologistes nous apprennent que les glandes à pepsine sont celles qui fournissent le liquide au moyen duquel sont dissoutes les substances protéiques des aliments, que les autres sécrètent le mucus, qui forme un enduit plus ou moins épais sur toute la membrane interne de l'estomac. Les digestions artificielles opérées avec la pepsine ne laissent aucun doute à cet égard.

3° Ramollissement chimique.

Liquide acide de l'estomac. Pepsine.

On est fondé à croire que le ramollissement gastrique reconnaît pour cause une action chimique de ce genre, lorsqu'on trouve, sur le cadavre, la cavité de l'estomac plus ou moins remplie d'une liqueur

Caractères du ramollissement chimique.

acide, lorsque la lésion occupe les parties déclives, la grande courbure et le grand cul-de-sac, lorsqu'elle est limitée exactement aux points qui se trouvent en contact avec les liqueurs, lorsqu'on ne voit ni injection, ni rougeur, ni aucun travail morbide antérieur ; et surtout lorsqu'il n'a existé, pendant la vie, aucun symptôme capable de faire soupçonner l'altération ; nous ajouterons que lors même qu'il se serait manifesté quelque phénomène de gastricité, ou de l'anorexie, des vomissements et une dyspepsie intense pendant un temps variable, ce ne serait pas encore une preuve suffisante pour faire admettre que le ramollissement a eu lieu avant la mort. Il peut très-bien se faire que la sécrétion morbide de la liqueur gastrique acide soit accrue dans des proportions telles, et celle de mucus diminuée au point que le travail de la chymification en soit notablement troublé. Ce fait n'aurait rien que de conforme à ce qu'on observe tous les jours dans les lésions de sécrétion. L'hypercrinie des glandes à pepsine peut ne pas être contre-balancée par la sécrétion de mucus, de même que celle-ci peut s'accroître au point de gêner la chymification. Ces faits qu'on peut admettre, en se fondant sur les notions physiologiques les plus récentes, auraient besoin, avant d'être acceptées, de reposer sur des observations cliniques décisives, et celles-ci manquent quant à présent.

Le ramollissement peut-il résulter d'une lésion de sécrétion des glandes à la pepsine?

Ramollissement cadavérique. — Quand on ouvre l'estomac d'individus qui sont morts rapidement, en pleine santé et pendant la digestion ou peu de temps après, on trouve la membrane interne plus ou moins ramollie par le suc gastrique. On a noté la même lésion chez les animaux qui succombent en pleine digestion, chez des malades enlevés par des maladies aiguës ou même d'une longue durée. L'action chimique que les liqueurs de l'estomac exercent sur la membrane interne, qui n'est plus protégée par le mucus, suffit pour expliquer la plupart des ramollissements généraux ou partiels, gélatiniformes ou pultacés, qu'on rencontre sur les cadavres. Il faut déclarer de provenance physico-chimique et survenus après la mort, les ramollissements qui n'ont été annoncés, pendant la vie, par aucun trouble gastrique.

Ramollissement cadavérique.

Bibliographie. — Sur le ramollissement consultez : Louis : *Du ramollissement avec amincissement*, etc., *in Collect. de mémoires*, in-8°, Paris, 1826 ; — Cruveilhier : *Anatomie pathologique*, livrais. X ; — Billard : *Traité des maladies des enfants*, in-8°, Paris, 1833 ; — Andral : *Anatomie pathologique*, t. II, in-8°, Paris, 1828 ; — Hunter : *On digestion of stomach, in Trans. philos.*, t. LXII, 1772 ; —

Bibliographie.

Camerer : *Versuche über die Natur der krankhaften Magenerweichung*, in-8°, Stuttg., 1828 ; — De Carswell : *Recherches sur la dissolution chimique ou digestion des parois de l'estomac après la mort*, Journal hebdomadaire, t. VII, n° 9, 1830 ; — Bérard : *Cours de physiologie*, pag. 202, t. II, 1849.

MALADIES DE L'INTESTIN.

Les maladies de l'intestin affectent l'intestin grêle, le gros intestin et le rectum. Si elles présentent, suivant leurs siéges, quelques différences que nous aurons soin de noter, elles ne sont pas assez grandes pour exiger une description séparée. Nous renvoyons aux traités de chirurgie pour les maladies du *rectum*.

Les maladies de l'intestin, auxquelles nous réservons des articles spéciaux, sont les suivantes : — 1° *l'entéro-colite* (pour la dysenterie, voyez Maladies générales) ; — 2° *l'entérorrhagie ;* — 3° *l'entérorrhée* ou la diarrhée essentielle ; — 4° *la pneumatose ;* — 5° *l'entéralgie* ou colique nerveuse ; — 6° *les perforations ;* — 7° *l'étranglement interne ;* — 8° *l'oblitération intestinale ;* — 9° *les entozoaires qui habitent l'intestin* (tænia, lombric, oxyure).

ENTÉRO-COLITE.

La phlegmasie aiguë ou chronique de la membrane interne de l'intestin porte le nom d'entéro-colite. Elle est caractérisée par la rougeur vasculaire, le ramollissement ou l'ulcération, par des douleurs intestinales, la constipation ou la diarrhée.

Divisions. — Les auteurs décrivent comme espèces à part l'entéro-colite provoquée par une cause externe (Ent. chirurgicale), par un poison (Ent. toxique), par des maladies générales (Ent. typhoïde, rhumatismale, goutteuse). Elles ne méritent pas de description séparée. Nous indiquerons, en parlant, des variétés de la phlegmasie, l'entéro-colite des enfants et celle des pays chauds. Divisions.

1° **Entéro-colite aiguë. Lésions anatomiques.** — Toutes les rougeurs que présente la membrane interne de l'intestin sont loin d'être inflammatoires. Il en est qui tiennent à une injection capillaire, en réseau, ou arborescente, déterminée par une congestion, Entéro-colite aiguë. Rougeurs hypérémiques ;

que déterminent, tantôt une maladie du cœur, du foie ou du poumon (hyp. mécanique), tantôt une altération du sang (hyp. des fièvres, de la pléthore, du scorbut, etc.). Plus encore que dans l'estomac, les rougeurs de l'intestin sont souvent étrangères à toute espèce de travail phlegmasique. On est fondé, toutefois, à considérer comme telles les colorations rosées, hortensia, rouges intenses, des villosités et de la membrane muqueuse. La seule tuméfaction avec rougeur ne suffit pas pour constituer une lésion phlegmasique : il faut qu'il s'y ajoute un certain degré de ramollissement, dans une étendue limitée ou considérable.

inflammatoires.

Elles peuvent occuper les plaques de Payer.

La membrane muqueuse qui couvre les follicules agminés de l'intestin peut être gonflée, rouge et diminuée de consistance; mais ce cas se présente très-rarement, si ce n'est peut-être chez les enfants. La lésion isolée de ces follicules n'appartient qu'à la fièvre typhoïde, aux exanthèmes et à quelques maladies diathésiques (tubercule, cancer).

La production de pseudo-membrane ne se montre que dans la diphthérie et les entérites suraiguës déterminées par quelque poison ou par des irritants énergiques.

Ulcérations.

L'ulcération phlegmasique primitive est très-rare, dans l'intestin, excepté dans le gros intestin, où elle paraît avoir pour siége plus spécial les follicules isolés. Chez les enfants, les ulcérations sont plus fréquentes, mais, chez eux encore, elles se montrent dans les fièvres et les exanthèmes, et occupent les follicules isolés du gros intestin. Est-ce bien un travail phlegmasique qui s'empare ainsi des follicules? On est en droit d'en douter ! Ce sujet mérite de nouvelles recherches qu'on pourrait faire aujourd'hui avec d'autant plus de succès, que les préoccupations systématiques ont à peu près cessé.

Adénite mésentérique.

Un des effets ordinaires de la phlegmasie et de l'ulcéreuse principalement est d'hypertrophier les glandes mésentériques.

Lésions de l'entérite chronique.

Dans l'entérite chronique, nous signalerons comme lésions qui lui sont propres l'hypertrophie avec induration ou avec ramollissement de la tunique interne, les colorations rouges, brunes, parfois ecchymotiques de cette membrane, et surtout la teinte grisâtre plombée, ou mieux encore ardoisée et noirâtre, qu'elle prend dans une étendue souvent assez grande.

Ulcération.

Un autre effet très-ordinaire de l'entéro-colite chronique est l'ulcération. Tantôt superficielle, bornée à la muqueuse, tantôt pénétrant en profondeur, la perte de substance qui est réellement de nature phlegmasique, repose, presque toujours, sur des portions de l'intestin,

boursouflées, rougeâtres, ramollies. Le cœcum et le gros intestin en sont le siége le plus habituel. Andral place, par rapport à la fréquence de l'hypérémie, les différentes portions de l'intestin, dans l'ordre suivant : — 1° la partie inférieure de l'iléum ; — 2° le cœcum ; — 3° le colon ; — 4° le rectum ; — 5° le duodénum ; — 6° la partie supérieure de l'iléum ; — 7° le jéjunum. Dans l'inflammation cet ordre reste le même.

Symptômes. — Ils sont assez variables pour qu'on éprouve quelquefois de la peine à reconnaître l'existence de la phlegmasie, surtout dans les portions relevées de l'intestin. L'appétit se trouble et se perd pendant plusieurs jours. Chaque repas est suivi de douleurs sourdes qui correspondent aux parties du tube digestif qui sont enflammées. Cette douleur d'intensité variable augmente quand on presse la région de l'abdomen qui correspond à l'intestin enflammé ; elle est spontanée, se montre par *colique*, souvent avec une violence extrême, qui arrache des cris aux malades et affecte heureusement une forme intermittente ou rémittente, en rapport avec le travail de la digestion et les mouvements des tuniques intestinales. Elles peuvent exciter sympathiquement des nausées et des vomissements ; dans tous les cas elles brisent les forces, altèrent les traits du visage, refroidissent les extrémités, et obligent les malades à se tenir momentanément dans une situation horizontale.

Symptomatologie.

Douleurs intestinales ou coliques.

Le ventre est souvent tuméfié dans toute son étendue, rarement dans un point limité qui répond à la phlegmasie. Il est parfois rétracté à cause de l'intensité de la douleur. Comme les sécrétions intestinales se modifient rapidement, on ne tarde pas à voir paraître le météorisme et le gargouillement, dans des proportions variables. Il en résulte des bruits hydroaériques dans tout le ventre, et des douleurs nouvelles chaque fois que le déplacement des gaz et des liquides a lieu. Si la phlogose est assez vive pour empêcher toute espèce de sécrétion, si elle occupe la partie supérieure de l'intestin grêle, il se peut faire que le nombre des selles ne soit pas augmenté ; dans le cas contraire et quand la phlogose se rapproche du gros intestin et y siége, la diarrhée, les borborygmes sont constants. Le nombre des selles n'est jamais considérable ; elles sont suivies momentanément de soulagement. La matière des évacuations est muco-séreuse, grisâtre, ou formée, en grande partie, de bile verte, jaunâtre ou de mucus. Les premières évacuations entraînent avec elles des substances alimentaires mal digérées ; une véritable lienterie peut tenir à une entéro-colite aiguë ou chronique.

Tuméfaction du ventre.

Sécrétion de gaz et de liquides.

Constipation, diarrhée.

Rarement accompagnée de fièvre, l'inflammation intestinale, dans sa forme aiguë, peut exciter un mouvement fébrile, de la céphalalgie, de l'insomnie, du subdélire et une chaleur cutanée intense. Tel est le cas des entérites qui sont liées à un étranglement interne, à une hernie, à l'action toxique ou à quelques violences extérieures.

Symptômes suivant le siége.

Les symptômes changent un peu suivant le siége de la maladie, ou plutôt il s'y ajoute quelques troubles en rapport avec la fonction de la partie enflammée de l'intestin.

Duodénite.

La *duodénite* est difficile à caractériser, malgré les efforts tentés par Cas. Broussais pour la distinguer des phlegmasies voisines. Nous avons rencontré quinze fois environ la duodénite, mais toujours liée à une maladie de l'estomac, et surtout à des cholécystites ou à des

Ses symptômes.

congestions hépatiques deutéropathiques elles-mêmes. On peut en admettre l'existence lorsque le malade accuse une douleur sourde vers l'hypocondre droit, au-dessous et au niveau de la vésicule biliaire, lorsqu'elle augmente par la pression opérée en ce point, ou trois à quatre heures après le repas, lorsque le bol alimentaire franchit le pylore. Il s'y joint, par sympathie, des douleurs hépatiques, un ictère marqué ou une coloration sub-jaunâtre des sclérotiques et du pourtour des ouvertures naturelles de la face, et de la constipation. C'est surtout en éliminant les signes qui appartiennent aux maladies de l'estomac, du foie, aux tumeurs rétro-péritonéales, qu'on parvient à *soupçonner* l'existence de la duodénite.

Entérite.

L'*entérite* est caractérisée par une douleur sourde ou intense, étendue à tout l'abdomen, siégeant surtout autour de l'ombilic, par de la constipation ou des selles rares, liquides, grisâtres, mêlées de gaz et très-fétides.

Colite.

Colite. On peut lui rapporter la douleur, les coliques superficielles qui suivent le trajet du gros intestin et ne tardent pas à être suivies d'une diarrhée intense, marquée surtout par le nombre assez grand des selles, et la petite quantité de matières vertes, brunâtres séreuses, rendues chaque fois.

Cœcite.

La *cœcite* ou inflammation du cœcum, appelée encore *typhlite*, est limitée à la fosse iliaque droite, et annoncée d'abord par une douleur

Ses symptômes.

profonde en ce point. Bientôt la région iliaque est tendue, douloureuse à la pression, mate dans une étendue plus ou moins grande, rénitente et chaude. La douleur s'accroît pendant la défécation, par les mouvements de la cuisse, et s'irradie spontanément vers la cuisse droite, diverses régions du ventre, vers le sacrum. La constipation est constante, opiniâtre, vaincue seulement par des purgatifs.

Un appareil fébrile souvent fort intense accompagne cette inflammation du cœcum.

Leur cause, leur mode de développement.

Pour bien comprendre la cause et le mode de développement de ces symptômes, il faut savoir que la phlegmasie ne reste pas limitée à la membrane muqueuse, et que les symptômes que nous venons de signaler tiennent à ce qu'elle s'étend aux autres tuniques et spécialement au tissu cellulaire abondant qui fixe l'intestin dans la région iléo-inguinale : on a alors une périty phlite, un véritable phlegmon, souvent une suppuration dont le point de départ est, il est vrai, dans le cœcum, mais qui ne saurait être, en aucune manière, considérée comme une cœcite. (Voyez *Maladies des parois abdominales, abcès de la fosse iliaque.*)

Colite.

La *colite* des autres parties du colon donne lieu à des douleurs vives, à des coliques qui suivent assez exactement le trajet de l'arc du colon. Elles s'apaisent promptement après des évacuations alvines stercorales d'abord, puis muqueuses, séreuses et parfois teintées de sang, fréquentes et ordinairement peu copieuses. Elles contiennent souvent chez les enfants et les habitants de la campagne des lombrics. En même temps des gaz se développent en grande quantité et produisent, par leur déplacement, des borborygmes, des coliques. Les gaz rendus par l'intestin exhalent une odeur d'une grande fétidité.

Rectite.

Dans la *rectite*, les coliques sont nulles, mais il existe un sentiment de chaleur, de malaise, de poids dans la fosse iliaque gauche et le bassin, des envies fréquentes d'aller à la selle, d'uriner, du ténesme ; les selles sont peu abondantes, muqueuses ou mucoso-sanguinolentes, rarement formées par du pus. La courte durée de la maladie, surtout l'absence de tous les signes de l'entéro-colite, et le toucher rectal, si le mal continuait, peuvent seuls assurer le diagnostic.

Marche ; durée de la maladie.

Marche, durée, terminaison. — La phlegmasie simple, protopathique de l'intestin est ordinairement légère, peu durable, et se termine, en quelques jours, par la diète et le repos. Il n'en est plus de même lorsqu'elle passe à l'état chronique ; l'intervention continuelle des mêmes causes peut en éterniser les effets, produire des troubles répétés de la digestion, la fièvre hectique, l'amaigrissement et la mort après plusieurs mois ou plusieurs années de durée.

Variétés. Entérite des enfants.

Variétés. — Entérite des enfants. — Il faut prendre garde de ranger sous le titre d'entérite, ainsi que l'ont fait la plupart des auteurs, l'hypertrophie et l'ulcération des follicules agminés ou isolés de l'intestin. Il n'est pas prouvé qu'elles soient de nature inflammatoire,

et, lorsqu'elles n'appartiennent pas à la fièvre typhoïde, elles dépendent de causes diverses telles que : la dentition, le muguet, les exanthèmes, l'erysipèle, la pneumonie. On peut affirmer que les glandes se prennent sympathiquement dans un très-grand nombre de maladies de l'enfance, sans que leur lésion soit inflammatoire. Du reste, il en est de même de la véritable entéro-colite, qui est presque toujours une maladie consécutive à des états généraux et locaux dont les symptômes se mêlent à ceux de l'entérite. Celle-ci n'est donc souvent qu'une détermination morbide locale d'une affection ou maladie générale, dans la plupart des cas que nous avons cités précédemment.

Elle est liée à des affections et à des maladies.

Lésions anatomiques.

La membrane interne de l'intestin offre, dans une étendue variable, une injection vasculaire et des rougeurs correspondantes (*entérite érythémateuse*) qui ne sauraient suffire pour caractériser l'inflammation, si elles n'étaient accompagnées de ramollissement et de tuméfaction de la membrane interne; elles sont toujours plus marquées et plus considérables dans l'intestin grêle. Il faut, en outre, qu'on ne puisse pas les attribuer à des ramollissements hypostatiques, cadavériques ou autres opérés par les liqueurs acides et septiques contenues dans l'intestin; ce qui arrive très-souvent chez les nouveau-nés et même les enfants.

Symptomatologie.

Symptômes. — Ils s'accompagnent très-souvent et sont même précédés des signes du ramollissement de l'estomac. (Voyez ce mot.)

État du ventre.

Ceux qui sont propres à l'entérite sont : le vomissement, la tuméfaction et la douleur spontanée ou à la pression du ventre, les coliques, les cris qu'elles font pousser aux enfants, le météorisme, la chaleur de la paroi abdominale, quelquefois sa rétraction, la diarrhée, les selles verdâtres, porracées, mucoso-séreuses ou séreuses, rarement sanguinolentes. Le symptôme le plus grave est la diarrhée; presque aussitôt que le lait ou les aliments légers, dont on nourrit les petits malades, sont parvenus dans l'intestin, ils sont rejetés au dehors avec coliques et tous les troubles intestinaux que nous venons d'indiquer.

Diarrhée.

Symptômes généraux; propres à la maladie ou à d'autres. Marasme.

Quant aux autres symptômes sympathiques et réactionnels, ils varient beaucoup et appartiennent aux maladies protopathiques ou aux complications qui sont si communes dans l'entérite des enfants. On observe tantôt la fièvre, tantôt l'apyrexie, l'algidité, quand les malades sont pris d'une diarrhée intense. Leur peau devient sèche, aride ou visqueuse; les fesses, les malléoles, les talons et les parties qui subissent la pression du corps ou le contact des matières alvines, se couvrent de plaques érythémateuses, s'ulcèrent, se gangrènent; les

enfants maigrissent et s'exténuent avec une rapidité extrême; ils ressemblent à de petits vieillards; ils s'agitent beaucoup, délirent ou s'assoupissent. Leur langue rougit, se sèche, se salit, se couvre d'enduits divers; la soif est incessante ou nulle : on a quelque peine à faire boire les malades. La mort est la terminaison ordinaire de l'entérite, après huit à dix jours de durée chez le nouveau-né, après un temps plus long chez l'adulte. Elle est d'autant plus prompte que la maladie se complique d'états généraux dont l'érythème, les phlyctènes, l'ulcération et le muguet dénotent si bien l'existence. Expression faciale.

Les *causes* sont celles que nous avons signalées en parlant du ramollissement gastrique. Nous ajouterons seulement que les affections telles que les exanthèmes, l'érysipèle, les maladies catarrhales, la coqueluche, la pneumonie, sont des causes qui interviennent souvent dans la production de l'entérite chez les enfants âgés de plus de deux ans. La nature des aliments qu'on leur donne, les erreurs fréquentes de régime et les indigestions auxquelles ils sont exposés, sont des causes non moins fréquentes d'entéro-colite aiguë et chronique. La présence des entozoaires a une action fort contestable sur son développement. Étiologie.

Entérite des pays chauds. — On a réuni sous ce titre une collection fort peu homogène de symptômes qui se rapportent à une véritable entérite survenue chez les Européens non acclimatés, dans les pays chauds, et, en même temps, aux maladies diverses qui peuvent la produire ou la compliquer, comme celles du foie, de la rate, les fièvres intermittentes, etc. Quand elle est simple, elle est provoquée ordinairement par les hautes températures et l'humidité, qui sont si communes dans les pays équatoriaux et agissent sur les fonctions digestives avec une grande intensité. L'usage des alcools et les écarts de régime auxquels les étrangers s'exposent presque constamment ont une grande part à sa production.

Traitement. Il faut s'abstenir des émissions de sang, surtout chez les nouveau-nés et les enfants. On emploie avec succès les applications émollientes de toute espèce sur la paroi abdominale, les lavements émollients, féculents, narcotiques, à différents degrés, suivant l'intensité des coliques. La décoction de têtes de pavot, le laudanum, la thériaque, le diascordium sont d'un grand secours, principalement dans les cas où la phlogose a son siége dans le gros intestin parce qu'on peut l'y atteindre aisément. **Traitement.** Proscrire les pertes de sang. Topiques et lavements.

La plus grande partie du traitement consiste dans le régime qui doit être en tout semblable à celui que nous avons tracé en parlant de Diététique.

la gastrite et du ramollissement de l'estomac. Sans lui on ne peut espérer la guérison de l'entérite des enfants.

Narcotiques ? Astringents.

Il faut être réservé sur l'administration des narcotiques par la bouche, surtout chez les enfants. Nous leur préférons les astringents qu'on a donnés jusqu'à ce jour, tels que la ratanhia, le perchlorure de fer, l'alun, le diascordium et la thériaque, le sous-nitrate de bismuth qu'on aura le soin de donner suivant les règles que nous avons tracées. (Voyez *Ramollissement de l'estomac*, page 539.) Il offre l'immense avantage de ne point irriter l'intestin, de faire cesser les sécrétions anormales de liquide et de gaz qui s'y font; de le préparer à recevoir sans inconvénient et même à absorber les aliments doux, féculents, sucrés ou autres, qu'on doit s'efforcer de donner, pour combattre la faiblesse croissante et le marasme dans lequel les malades tombent si rapidement. Ce traitement est surtout approprié à l'entérite aiguë des enfants et à la chronique des adultes.

Sous-nitrate de bismuth.

Traitement de l'entérite des nouveau-nés.

Chez les enfants, on insistera surtout sur les boissons féculentes, gommeuses, sur les infusions aromatiques de tilleul, de feuilles d'oranger, de quinquina gris, de racines de fraisier, etc. On recommandera de prolonger l'allaitement, de choisir une autre nourrice ou d'en essayer une nouvelle, pendant quelques jours, et, quels que soient les mérites de l'ancienne, d'ajouter plus tard au lait des féculents, des viandes rôties. Dans les cas rares où la viande crue est bien digérée, les autres aliments ne tardent pas à être bien supportés. Toute la thérapeutique extérieure est celle que nous avons indiquée ailleurs. (*Gastrite et ramollissement de l'estomac.*)

Bibliographie. — Les travaux les plus importants sur l'entéro-colite, en général, sont dus aux auteurs qui ont étudié l'entéro-colite des enfants : Billard, *Traité des maladies des enfants;* — Valleix, *Clinique des maladies des enfants*, in-8, 1838; — Barrier, *Traité pratique des maladies de l'enfance*, 2 vol. in-8, Paris, 1842; — Barthez et Rilliet, *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, Paris, 1843.

ENTÉRORRHAGIE.

Définition.

Synonymie. — *Hémorrhagie intestinale*, *melæna*, de μελαίνα, νέσος, *maladie noire*, *ictère noir*.

L'entérorrhagie est l'hémorrhagie qui se fait par les vaisseaux propres de l'intestin, quelle qu'en soit la cause.

Causes. — Les lésions diverses dont l'intestin est le siége peuvent occasionner la sortie du sang hors des vaisseaux. L'entérorrhagie est alors *symptomatique* d'une phlegmasie aiguë ou chronique, congestionnelle ou ulcérative de la membrane muqueuse. Le mélange du sang et des liquides intestinaux est dû principalement à l'ulcération du gros intestin, ou de la partie inférieure de l'intestin grêle, et porte sur les follicules isolés et agminés. Cette hémorrhagie est un acte morbide fondamental dans la dysenterie et très-fréquent dans la fièvre typhoïde ; dans ces cas l'altération du sang y prend la plus grande part. On l'observe aussi dans le cancer, soit primitif, soit consécutif de l'intestin, dont elle est un des meilleurs signes, et dans les ulcérations tuberculeuses sous-muqueuses ou sous-péritonéales. La stase mécanique du sang, celle par exemple qui se produit dans les affections du cœur, et les tumeurs qui compriment les vaisseaux, peuvent favoriser mais non déterminer, à elles seules, les hémorrhagies de l'intestin.

Causes.

I. Entérorrhagie symptomatique; 1° d'une lésion du solide;

Au nombre des flux sanguins qui se rattachent à une maladie du sang on doit placer : 1° suivant quelques auteurs l'entérorrhagie par pléthore; elle nous paraît douteuse ; — 2° celle qui se manifeste dans les fièvres graves, dans la fièvre typhoïde, le typhus, toutes les maladies scorbutiques, dans la fièvre jaune et dans l'ictère hémorrhagique dont elle constitue un des symptômes caractéristiques, dans les exanthèmes à forme maligne et putride, dans la scarlatine et la variole hémorrhagiques, par exemple, dans les fièvres intermittentes, dans la leucocythémie et les cachexies paludéennes avec état scorbutique des gencives, ulcères des jambes, etc., enfin toutes les fois qu'on peut supposer une diminution de la fibrine du sang.

2° d'une maladie du sang.

L'*entérorrhagie essentielle* et indépendante des causes précédentes est rare; cependant on l'a rencontrée chez quelques nouveau-nés, sans aucune lésion appréciable, et chez des femmes dont les règles étaient arrêtées ou diminuées. Dans ce dernier cas, dont nous avons recueilli quelques exemples, les troubles du système nerveux étaient devenus considérables, et une hystérie bien distincte s'était déclarée. Les flux sanguins qu'on a notés dans certaine forme de fièvre intermittente grave, tiennent à l'altération du sang ou à une maladie de la rate. Ceux qui ont leur siége dans le rectum sont plus souvent critiques, causés parfois aussi par des hémorrhoïdes internes.

II. Entérorrhagie dynamique essentielle.

L'entérorrhagie n'est pas très-rare chez les nouveau-nés âgés de un à quatre, à huit jours et plus. Ils perdent par les selles, et quelquefois par la bouche, plusieurs litres de sang qui imbibe les draps ; les sujets tombent alors rapidement dans un état de chloro-

Entérorrhagie des nouveau-nés

Ses symptômes.

anémie extrême qui fait craindre pour leur vie. Cependant cette maladie n'est pas toujours mortelle, puisque nous trouvons, sur vingt cas rapportés par Rahn-Escher, que presque la moitié des sujets a guéri. La pâleur extrême qu'on voit paraître sur le visage, la tuméfaction du ventre, les selles séro-sanguinolentes ou formées de sang pur, annoncent le développement de cette maladie, d'ailleurs toujours grave. On doit peut-être l'attribuer à l'intensité extrême de l'hypérémie physiologique qui se manifeste dans l'appareil digestif, peu de temps après la naissance, ou à la gêne qu'éprouve la circulation cardiaco-pulmonaire. Les boissons glacées, acides, astringentes, les lavements de même nature, l'application du froid sur le ventre, sont les moyens auxquels on a recours et auxquels il faut, dans tous les cas, préférer le sous-nitrate de bismuth. Il nous a complétement réussi dans quatre cas de ce genre.

Ses causes.

Traitement.

Symptomatologie. Évacuations sanglantes.

Symptômes. — L'entérorrhagie s'annonce ordinairement par des selles qui contiennent du sang, en différentes proportions; il y a alors mélæna; mais, pour peu que la quantité de ce liquide soit minime, on est privé de ce dernier symptôme. Le mal est alors annoncé par les signes des hémorrhagies internes : horripilation, froid, petitesse du pouls, pâleur de la face, et parfois sensation de chaleur dans le ventre. Dans les cas où le sang est en assez grande quantité pour distendre l'intestin et donner lieu à un son mat, les selles ne tardent pas à rapporter avec elles une certaine proportion de sang. On observe aussi des vomissements de même nature.

Selles sanglantes; mélæna. Ses signes.

Les selles sont constituées, chez quelques malades, par du sang pur, rutilant; chez d'autres, par un sang noir, qui a subi toutes sortes d'altérations, dans le tube digestif, au point de devenir méconnaissable. Il ressemble tantôt à de la lavure de chair, tantôt à une poix noire et épaisse, à du marc de café. Il se coagule, se sépare en cruor qui prend divers aspects, et en un liquide rougeâtre, chargé de globules et plus ou moins mêlé aux liqueurs intestinales. L'examen microscopique est souvent nécessaire pour déterminer la vraie nature des évacuations alvines, et encore est-il souvent impuissant à faire reconnaître les globules et la fibrine.

Petite quantité de sang.

Le malade rend quelquefois du sang, pendant plusieurs mois, sans s'en apercevoir, soit parce qu'il est en petite quantité, déposé par stries ou par bandes sur les fèces, soit parce que la maladie qui lui donne naissance est indolente, comme les tumeurs cancéreuses. Dans d'autres cas, des coliques très-vives forcent le sujet à expulser promptement le sang qui s'accumule dans l'intestin.

De quelques autres symptômes.

Les autres signes, tels que les douleurs abdominales, le gonflement, la tympanite, les troubles de la digestion, la diarrhée, la fièvre, l'anémie, et le marasme croissant chaque jour, appartiennent aux diverses maladies gastro-intestinales dont le mélæna est l'effet. Cependant l'anémie parfois considérable dans laquelle tombent quelques malades ne tient pas à d'autre cause qu'à la perte considérable de sang. Le point essentiel pour le praticien, c'est de pouvoir dire la cause et le siége de l'hémorrhagie. Ce n'est pas la nature des évacuations qui peut lui fournir des renseignements à cet égard. On a dit que si la matière des selles est formée de sang presque pur, ce sang provient du rectum ou du colon; que, s'il est fortement altéré, c'est qu'il a parcouru une grande partie de l'intestin et qu'il vient des régions supérieures; que celui des hémorrhoïdes internes est rutilant, déposé seulement par couches sur les matières dures des selles, et non mêlé et combiné avec elles. En effet, il est possible, dans quelques cas, de se servir de ces signes; mais dans la plupart ils n'ont aucune valeur. La cause la plus ordinaire de l'entérorrhagie est le développement d'une tumeur cancéreuse extra ou intra-intestinale. Le praticien doit y songer toujours quand l'entérorrhagie est indolente, chronique et nullement pyrétique.

Diagnostic.

Siége et cause de l'entérorrhagie.

Traitement. — Si la perte de sang est grande, on doit se préoccuper avant tout de l'arrêter. Les boissons froides, glacées, rendues acides par le citron et l'acide nitrique alcoolisé, astringentes par le perchlorure de fer ou la ratanhia, les lavements qui agissent directement sur le siége de l'hémorrhagie, et surtout des doses élevées et longtemps continuées de sous-nitrate de bismuth (15 à 20 grammes par jour), sont les agents les plus sûrs de la thérapeutique. Les lavements froids et astringents et les applications extérieures de même nature concourent à arrêter cette hémorrhagie; mais le sous-nitrate de bismuth est certainement le plus efficace de tous les remèdes. Nous l'avons employé très-souvent, et avec un succès dont n'approche pas celui qu'on dit obtenir avec les astringents, dans les entérorrhagies graves de la fièvre typhoïde, de l'entéro-colite érythémateuse ou ulcéreuse, dans la dysenterie, et dans tous les cas de cancer de l'intestin. Il n'a aucun des inconvénients qu'on reproche, avec juste raison, aux styptiques et aux acides administrés pendant quelque temps.

Traitement.

Acides, astringents.

Sous-nitrate de bismuth; son efficacité extrême.

Bibliographie. — Hippocrate a certainement connu et désigné sous le nom de mélæna (μελαίνα νόσος), maladie noire, le cancer gastrique, et non les évacuations alvines sanglantes auxquelles on a plus tard donné aussi le nom de mélæna. « Le malade, dit-il, vomit des

Bibliographie.

matières noires comme de la lie, tantôt sanguinolentes, tantôt semblables à de la piquette, tantôt à l'encre de la sèche, tantôt âcres comme du vinaigre, tantôt salive et pituite, tantôt bile jaune; et quand c'est le noir sanguinolent qu'il vomit, les matières exhalent une odeur de sang. » (*Œuvres complètes d'Hippocrate;* Des maladies, t. VII, liv. II, p. 111, in-8°, Paris, 1850. Traduct. de Littré.)

ENTÉRORRHÉE.

Entérorrhée.

Synonymie. — Flux intestinal, diarrhée simple, catarrhale (διά, à travers, et ῥέω, je coule).

Définition.

L'entérorrhée est une maladie de l'intestin, qui provoque l'écoulement plus ou moins abondant, par les selles, d'une matière liquide mucoso-séreuse sans qu'il y ait de lésion appréciable de la tunique muqueuse. C'est un flux, une hypercrinie idiopathique de l'appareil sécréteur intestinal, auquel on doit rapporter les diarrhées essentielles. Nous sommes étonné de ne pas voir réunies, par les auteurs, dans une description commune et sous le titre d'entérorrhée, la plupart des diarrhées simples dont les causes peuvent être rapprochées utilement les unes des autres et dont l'existence d'ailleurs ne saurait être mise en doute.

Étiologie.

Causes. — L'entérorrhée idiopathique, la seule que nous décrivons, peut être liée à l'action directe exercée par les agents qui traversent le tube digestif, ou à l'influence sympathique d'un organe éloigné et malade lui-même; de là deux entérorrhées, une idiopathique et une sympathique.

Causes de l'entérorrhée idiopathique; chez le nouveau-né.

La première est provoquée chez les enfants, où elle est fréquente, par l'usage d'un lait de mauvaise qualité fourni par la mère ou par une nourrice étrangère, soit que l'altération de ce liquide se soit développée sans cause connue, soit qu'elle tienne à des causes morales ou de toute autre nature (excès vénériens, menstruation, indigestion, maladies). Le sevrage prématuré, l'usage d'aliments trop pauvres ou trop substantiels, le froid, donnent lieu également à la diarrhée chez les nouveau-nés.

Aliments; boissons. Indigestion.

Personne n'ignore que l'indigestion intestinale, la diarrhée stercorale, la lienterie, ne sont que des entérorrhées produites par des aliments ou des boissons pris en trop grande quantité ou de qualité irritante. Il suffit également que le travail digestif soit suspendu ou troublé par une boisson froide, glacée, par une cause morale, pour

que les aliments deviennent un corps étranger qui irrite, par sa présence, la membrane interne et y appelle un flux muqueux plus ou moins abondant. Les aliments grossiers, qui contiennent une grande partie de ligneux réfractaire aux sucs digestifs, certaines substances comme le lait, la bière, le miel, la viande de veau, de poisson, le chou, le pain de seigle, les fruits verts, l'eau des grandes villes, etc., etc., provoquent la diarrhée sans qu'il y ait toujours indigestion. Chez un assez grand nombre de sujets, en proie à une idiosyncrasie qu'on ne saurait définir, des aliments, des boissons, des substances alibiles qui conviennent à tout le monde, produisent infailliblement la diarrhée. Il est inutile d'en indiquer la liste qui varie singulièrement suivant chaque sujet. Nous rappellerons que les purgatifs, les laxatifs légers agissent principalement sur l'appareil sécrétoire de l'intestin, et que c'est précisément dans le but d'y appeler une hypercrinie passagère ou de longue durée que le médecin a recours à l'emploi de ces médicaments. La présence de la bile, du sang, d'un corps étranger non attaquable par le suc gastrique et par le chyle, d'un entozoaire (lombric, tænia), est encore une cause de diarrhée.

Action spéciale de quelques aliments.

Purgatifs.

Parmi les causes de l'*entérorrhée sympathique*, nous trouvons d'abord la réfrigération de la surface cutanée, soit passagère et accidentelle, soit prolongée, quelle qu'en soit la cause. On a attribué à la suppression brusque ou plutôt à la réduction au minimum de la sueur (Edwards), la diarrhée qui survient, tout d'un coup, chez les chauffeurs, ou lorsque les pieds ou le corps entier sont surpris par un refroidissement inattendu. L'action du froid de l'atmosphère et des saisons humides et rigoureuses est suivie des mêmes effets, même chez des hommes robustes et d'une santé excellente.

Causes de l'entérorrhée sympathique. Action du froid.

Chez les enfants le travail de la première et de la seconde dentition, chez d'autres une émotion morale, la peur surtout, la suppression ou le trouble des menstrues, parfois même le retour régulier des règles, la cessation des lochies, de la sécrétion lactée, déterminent l'entérorrhée. Il faut ajouter à cette influence sympathique celles que l'intestin peut recevoir de tous les organes, dans le cours des maladies les plus diverses.

Diarrhée sympathique de la dentition;

Tous les praticiens savent combien les diarrhées sont fréquentes dans les maladies locales et surtout dans toutes les affections, dans les maladies diathésiques, telles que la phthisie pulmonaire, le cancer même d'un organe extérieur ou situé ailleurs que dans le ventre, la scrofule, le rhumatisme, la goutte et les affections herpétiques. Parmi ces maladies les unes agissent sympathiquement, c'est-à-dire en excitant

des maladies les plus différentes par leur nature et leur siége;

surtout dans des diathèses.

le flux intestinal par l'intermédiaire du système nerveux, les autres se portent directement sur l'intestin auquel elles se prennent aussi bien qu'aux autres organes. Le rhumatisme et la goutte, par exemple, établissent leur siége dans l'intestin et y provoquent des diarrhées qui méritent le nom de rhumatisme et de goutte de l'intestin. L'eczéma, l'herpès, le lichen, l'urticaire, produisent les mêmes effets.

Dans les maladies colliquatives.

On ne sait pas trop comment se développe l'entérorrhée, lorsqu'elle n'est pas due à des entéro-colites érythémateuses ou ulcéreuses, ni comment expliquer celles qui se montrent dans les maladies générales, comme la fièvre puerpérale, le typhus, la scrofule, la diphthérie, et dans celles qui entraînent le marasme et la colliquation, comme les longues suppurations, la gangrène d'un viscère ou des tissus extérieurs, la phthisie et le cancer parvenus à leur dernier terme, enfin dans toutes les maladies chirurgicales, telles que les tumeurs blanches, les abcès froids, la carie, la nécrose, etc., etc. Il faut bien admettre, dans tous ces cas, qu'une simple hypercrinie s'est développée sous l'empire du système nerveux, ou, ce qui est plus probable, de l'altération du sang plus ou moins vicié par les produits morbides de la résorption purulente ou septique. Enfin, quelquefois la diarrhée est réellement *critique* et se montre à la fin ou dans le cours d'une maladie aiguë qui s'améliore. Nous avons vu plusieurs pneumonies et rhumatismes offrir cette heureuse terminaison.

Symptomatologie.

Symptômes. — Les uns sont communs à toutes les diarrhées, les autres propres à quelques-unes que nous ferons connaître (voyez *Variétés*). Les symptômes peu nombreux qui caractérisent la maladie consistent dans la quantité et la qualité de la matière des selles. Dans l'entérorrhée idiopathique, la diarrhée débute sans prodromes, par des coliques sourdes ou assez vives pour contraindre le sujet à évacuer rapidement les matières formées dans l'intestin.

Matières des déjections ;

La matière des déjections est constituée uniquement par du mucus et de la sérosité, en proportion variable, unis d'abord à des aliments et à des matières stercorales, qui forment les premières selles et sont très-abondantes chez les grands mangeurs (lienterie, diarrhœa à crapula). Il faut aussi remarquer que les évacuations alvines ne tardent pas à provoquer l'afflux sympathique de la bile ou d'autres matières, en proportion diverse : ce qui leur fait donner le nom spécial de selles *muqueuses*, *séreuses*, *bilieuses*, *stercorales*, *alimentaires et même vermineuses*. Une fois qu'elle est établie, la diarrhée reste mucoso-séreuse. La présence du sang, des vers, du pus, ou de concrétions

muqueuses, bilieuses, séreuses, etc.

biliaires, stercorales, etc., doit être souvent regardée comme la cause de la diarrhée.

Sans cesser pour cela d'être idiopathique, la diarrhée peut produire un grand nombre de selles séreuses semblables à une eau trouble, jaunâtre, grise ou noirâtre (diarrhée cholériforme). La nature des matières varie dans le cours de la maladie; après avoir été stercorales, elles deviennent mucoso-séreuses et très-abondantes, comme on le voit lorsque les matières fécales sont dures et cachées dans les excavations du gros intestin, ou copieuses, ou enfin retenues par quelque obstacle à leur libre circulation (cancer, tumeur, constipation, débilité, convalescence, etc.); dans ce cas elles amènent, tout d'un coup, une évacuation alvine considérable qu'on a appelée *une débâcle*.

stercorales et séreuses. Débâcle intestinale.

On conçoit que la quantité des matières et le nombre des selles doivent varier beaucoup suivant la cause de la diarrhée. Les selles sont rapides et peu fréquentes si la cause est passagère, comme lorsqu'une émotion, une boisson glacée, le refroidissement du corps les ont occasionnées; elles sont, au contraire, répétées pendant plusieurs jours, en quantité plus ou moins grande, quand la cause subsiste et surtout quand elles sont sympathiques d'une maladie aiguë, ou chronique et générale. Le mal prend, dans ce cas, le nom de *diarrhée colliquative*. Cependant le nombre des selles est parfois très-petit, et la quantité du liquide mucoso-séreux, minime.

Nombre des selles.

Aux symptômes fournis par les évacuations alvines, se joignent quelques signes intestinaux, tels que : 1° des douleurs abdominales, des coliques tantôt nulles, ou sourdes, tantôt vives, lancinantes, accompagnées d'altération faciale, de sueur, d'envies pressantes d'aller à la garde-robe; — 2° des borborygmes avec une tympanite d'intensité variable; — 3° des douleurs abdominales rendues évidentes par la pression et affectant les régions ombilicales ou seulement celles du colon; — 4° la perte de l'appétit, la soif, et les divers états de la langue (embarras gastrique, enduits bilieux, fuligineux, etc.).

Autres symptômes abdominaux.

La douleur que produisent les coliques, le nombre des évacuations alvines, la quantité de liquide perdu, la suspension momentanée complète ou incomplète des fonctions digestives, peuvent occasionner sympathiquement la fièvre, l'agitation, le délire, la chute rapide des forces, et une émaciation prononcée, quoique le flux intestinal ne date que de quelques heures; plus tard, l'anémie et une faiblesse suivie d'une véritable convalescence, etc.

Troubles sympathiques.

On ne peut rien dire de général sur la marche ni sur la durée du flux intestinal. Il est aigu ou chronique suivant que la cause est fugace

Marche; durée.

ou permanente; d'une durée très-courte lorsque le médecin sait l'abréger et remonter aux causes; enfin peu grave lorsqu'il n'existe aucune lésion de l'intestin. Il est, en général, assez facile, de refréner un flux muqueux idiopathique.

Entérorrhée des nouveau-nés.

Variétés. On a décrit sous le nom de diarrhée catarrhale et d'entérite des nouveau-nés, un flux muqueux et séreux de l'intestin qui ne se rattache à aucune lésion distincte et qui apparaît souvent, sous l'influence de la lactation, du sevrage, de la dentition, d'une alimentation prématurée, trop forte ou trop copieuse, de l'usage de certains aliments de mauvaise qualité, de fruits (fécule, bouillies aigres, légumes, etc.) (voy. *Causes*). Ce flux n'est pas toujours facil à distinguer de celui que provoquent la véritable entérite et le ramollissement de l'intestin.

Ses symptômes.

Des selles vertes d'abord, puis muqueuses, séreuses, semblables parfois au sérum du petit-lait, donnant une forte odeur acide, copieuses, subites et répétées au nombre de douze, quinze fois et plus (*diarrhée cholériforme*), dans d'autres cas, plutôt muqueuses que séreuses et assez rares, sont les signes de cette diarrhée essentielle.

Leur intensité très-grande.

Quand elle est peu intense, elle ne donne lieu qu'à des symptômes locaux suivis de débilité, de réfrigération et de faiblesse des membres, mais ces derniers symptômes prennent une violence assez grande pour inspirer des craintes et mettre la vie du malade en danger.

Forme chronique.

Chez d'autres enfants la diarrhée affecte une forme chronique, entretenue qu'elle est, soit par les causes indiquées, soit par la débilité et le mauvais état de la constitution dont on fait porter la responsabilité sur la nourrice qui n'en peut rien.

De quelques espèces de diarrhées.

Les entérorrhées qui doivent leur origine à la brusque diminution de la transpiration, à l'usage des fruits verts ou mûrs, mais pris en trop grande quantité, à la réplétion continuelle de l'estomac et à la fatigue incessante des organes digestifs (diarrhœa à crapula), sont des diarrhées idiopathiques, semblables à toutes les autres et qui ne méritent pas une description à part; la cause qui les produit est seule différente. Nous en dirons, à plus forte raison, autant des *diarrhées sthéniques et asthéniques*.

Nature.

Nature. Placée pendant longtemps sous l'empire de l'inflammation, la diarrhée que nous venons de décrire mérite d'être étudiée à part, comme un de ces flux si nombreux et si variés de l'économie, dans lequel l'hypersécrétion des glandules sécrétoires de l'intestin joue le principal rôle. Il est facile de s'en assurer par l'étude des causes des symptômes et l'absence de toute lésion. Son siége est l'intestin grêle et le colon.

Traitement. — La connaissance de la cause conduit facilement à la thérapeutique la plus efficace, et, dans ce cas alors, il suffit d'éloigner les agents nuisibles et d'établir une bonne hygiène pour guérir la maladie. Le flux muqueux qui se rattache à la présence de matières stercorales comme chez les vieillards, les convalescents, les sujets affaiblis et tourmentés par de fréquentes constipations, cesse par les purgatifs légers, les amers, les toniques et tout ce qui est capable de régulariser le cours des matières stercorales.

Traitement.

Diverses indications tirées de la cause.

On ne saurait réussir à arrêter un flux muqueux tel que celui que nous venons de décrire avec les émollients (albumine, fécule, gomme, etc.), administrés soit en boisson, soit en lavement. L'opium et les composés dans lesquels il entre ne conviennent pas, à moins que les coliques ne soient très-vives et qu'on ne l'associe à quelque autre médicament : ainsi le diascordium, la thériaque, réussissent dans ces sortes de diarrhée. Les astringents, comme l'extrait de ratanhia, l'acétate de plomb, les décoctions féculentes, les infusions de racines de fraisier, de potentille, l'eau de chaux, l'alun, administrés soit en lavement, soit par la bouche, sont peu efficaces et même nuisibles, dans un grand nombre de cas.

Émollients : opium.

Astringents.

Nous ne connaissons pas un seul médicament qui soit mieux approprié à la nature du mal, plus facile à employer et plus promptement suivi de succès que le sous-nitrate de bismuth. Nous réprouvons complétement dans le traitement de la diarrhée des enfants ou de l'adulte, quelle qu'en soit la cause, l'association au bismuth de la magnésie, du charbon, de l'opium ou de tout autre médicament. Ils ne font que retarder ou annihiler ses bons effets et en rendre plus difficile l'administration. Aucun remède n'est plus facile à manier que le bismuth; on le fait prendre trois à quatre fois par jour, à la dose d'une cuillerée à café, dans une grande cuillerée de tisane ou mieux encore de soupe ou de potages qui doivent servir de nourriture principale et dont il est inutile de priver le malade. Nous n'avons pas vu une seule entérorrhée résister à ce remède. Il faut le continuer plusieurs jours, lors même que le mal a cédé complétement, et surtout quand il est chronique et sympathique d'une diathèse ou de ces suppurations et lésions profondes d'organe qui le causent et l'entretiennent pendant longtemps (phthisie, cancer, scrofule).

Sous-nitrate de bismuth.

Effets nuisibles des médicaments associés.

Mode d'administration ;

dans la diarrhée chronique ;

Telle est également la meilleure manière de donner le bismuth aux enfants encore à la mamelle ou parvenus à un âge plus avancé. (Voyez *Entérite des nouveau-nés.*) L'immense avantage qu'il présente consiste dans la facilité avec laquelle on peut le mêler au lait de la

chez le nouveau-né.

Ses effets salutaires.

nourrice ou aux aliments qu'on fait prendre aux enfants plus âgés. Il permet surtout de continuer à nourrir les sujets chétifs, chez lesquels l'abstinence est presque mortelle et entretient un état chloro-anémique et une débilité qui ne font qu'augmenter encore. Jamais nous n'avons observé de mauvais effets de son emploi; jamais nous ne l'avons vu mal supporté, vomi, ou accroissant la diarrhée. Nous l'avons trouvé très-efficace lors même que la diarrhée tenait à une autre cause qu'à l'entérorrhée. S'il a échoué quelquefois, c'est parce que le médecin n'a pas su le donner à des doses suffisantes et suivant les règles que nous avons tant de fois retracées. Qui pourrait croire qu'aujourd'hui encore, c'est-à-dire plus de dix-huit ans après que nous avons fait connaître les effets des hautes doses du sous-nitrate, il existe encore des médecins assez opiniâtres ou assez ignorants pour craindre ce remède inoffensif et pour le prescrire à des doses dérisoires et insuffisantes?

PNEUMATOSE.

Synonymie.

Synonymie. — Maladie venteuse, flatulente de l'intestin, météorisme, tympanite, ballonnement, emphysème de l'abdomen, pneumatose gastro-intestinale.

Définition.

Définition. — On appelle pneumatose intestinale la maladie caractérisée par le développement et l'accumulation insolites de gaz dans l'intestin.

Divisions.

Divisions. — A la pathologie générale revient de droit l'étude des causes de la production des gaz, de leur siége, de leur composition chimique. Nous devons donc nous borner à faire l'histoire de la tympanite intestinale. Comme toutes les altérations de sécrétion, elle dépend : 1° d'une maladie de l'intestin (*Pneum. symptomatique*); 2° de la maladie d'un autre organe (*Pneum. sympathique*); 3° elle peut être idiopathique essentielle; la sécrétion gazeuse est alors toute la maladie (*Pneum. idiopathique*). Nous ne traiterons que de cette dernière forme.

Siége et nature des gaz.

Siége et nature des gaz.—Ordinairement les gaz s'accumulent dans le gros intestin, mais ils peuvent être sécrétés dans toute la longueur du tube digestif. Leur point de départ et leur siége sont, par ordre de fréquence, le colon, l'intestin grêle, l'estomac. Les gaz pathologiques ne sont souvent que les gaz normaux sécrétés en plus grande quantité, l'acide carbonique, l'hydrogène, l'azote. Ils se trouvent surtout dans

l'intestin grêle, le gros contient de plus de l'hydrogène carboné, sulfuré, et de l'ammoniaque; l'estomac renferme les mêmes gaz et de plus de l'oxygène et de l'air atmosphérique.

Causes. — Il suffit qu'une lésion de la membrane muqueuse existe pour que la sécrétion soit modifiée, à l'instant même, de manière à produire une grande quantité de mucus et de gaz; aussi les phlegmasies aiguës et chroniques, le cancer, les ulcérations de l'intestin, sont-ils suivis, presque immédiatement et pendant toute leur durée, d'une exhalation de gaz. La fièvre typhoïde, la dysenterie, les colites ulcéreuses, tuberculeuses ou non, donnent lieu à ces troubles de la sécrétion. Ils nous mettent sur la voie du mode de formation des tympanites sympathiques et idiopathiques.

Étiologie.

Pus symptomatique; 1° d'une maladie de l'intestin.

Les *pneumatoses* qui dépendent d'une maladie du sang ou du système nerveux nous semblent appartenir à la classe des pneumatoses symptomatiques, car le système nerveux cérébro-spinal ou splanchnique est directement affecté, soit par la maladie dont il est le siége, soit par le sang altéré qui vient agir sur le tube digestif. Ainsi se produisent celles qu'on observe dans la chlorose, l'anémie, l'hystérie, la névralgie, l'épilepsie. Rien n'est plus fréquent que de voir se manifester alors, d'une manière passagère ou continue, la pneumatose à tous les degrés. Ne devient-elle pas un accident très-pénible et prédominant dans la nosomanie, où elle constitue l'hypocondrie flatulente, dans les diverses formes de la manie aiguë, dans la mélancolie, la paralysie générale, en un mot, dans toutes les névroses cérébrales? Celles du tube digestif, la gastro-entéralgie, la gastrorrhée, plusieurs formes de la dyspepsie s'accompagnent constamment de la production de gaz. Si de ces organes nous voulions passer aux autres tissus, nous trouverions également, quoique plus rarement, des sécrétions insolites de gaz, ainsi dans les maladies de l'utérus, des vaisseaux, du péricarde, etc. La névrose de l'intestin comme celle des autres organes détermine souvent et très-promptement la pneumatose.

2° d'une névrose;

3° d'une altération du sang (diminution des globules);

4° des névroses gastro-intestinales.

Nous donnerons comme exemple de la *pneumatose sympathique* celle qui est sous la dépendance d'une péritonite, d'une maladie de la vessie, de l'utérus, du foie, de la rate. La distension du ventre, dans tous ces cas, est un symptôme commun. Les émotions morales, les travaux de l'esprit, les excitations vénériennes, tout ce qui met en jeu l'innervation cérébrale cause la pneumatose idiopathique.

Diverses causes concourent au développement de la tympanite essentielle. Il est rare que l'air pénètre dans l'estomac en quantité assez grande pour provoquer cette maladie. La nature des aliments est une

Pneumatose idiopathique.

de ses causes les plus fréquentes. Parmi les substances alimentaires, celles qui sont le plus souvent suivies de pneumatoses sont : les légumes féculents, tels que les haricots, les pois, les navets, les choux, les oignons, les plantes herbacées vertes, humides, alimentaires ou non, qui servent parfois dans les temps de disette ou de guerre. On sait que chez les animaux les fourrages humides produisent parfois une pneumatose telle qu'ils périssent étouffés si l'on ne donne pas promptement issue aux gaz accumulés dans l'estomac. Les fruits verts, chargés de sucre, de mucilage et d'eau, en grande proportion, de fécule, etc., sont fermentescibles et suivis de production considérable de gaz, surtout chez quelques personnes. C'est en vertu d'une idiosyncrasie que nous ne connaissons pas, que quelques sujets ne peuvent boire de lait, de café au lait, ni manger de matière sucrée, de pain de seigle, d'artichauts, etc., sans être affectés de flatulence intestinale. Une alimentation insuffisante, grossière, l'usage des féculents, de la viande de veau, la diète rigoureuse imposée à certains malades ou trop prolongée pendant la convalescence, suffisent pour la déterminer. Nous rappellerons aussi que les purgatifs, les poisons irritants sont suivis des mêmes effets.

Influence de certains aliments.

Idiosyncrasie.

Les gaz absorbés par la peau, comme dans l'expérience de Bichat, ou par la surface respiratoire, peuvent passer dans le sang puisqu'ils sont rejetés par la membrane muqueuse gastro-intestinale sous forme de gaz infects et putrides.

Une dernière espèce de pneumatose, non moins curieuse que les précédentes, est celle qni survient après la mort par une sorte de fermentation chimique. Elle a été peu étudiée et mériterait de l'être.

On a attribué la flatulence produite par les aliments que nous venons de passer en revue à la fermentation et à la formation trop grande de l'acide carbonique et de l'alcool, à l'insuffisance de l'acide lactique sécrété en trop petite proportion pour empêcher la fermentation? (Blondlot.) Il faut bien qu'une cause chimique intervienne dans le cas où les organes sont parfaitement sains. Toutefois il faut aussi admettre que les sécrétions elles-mêmes sont modifiées, soit en quantité, soit en qualité, puisque c'est passagèrement qu'elles se produisent, et qu'à d'autres instants, lorsque la névrose n'existe plus, la flatulence disparaît pour ne plus revenir. Il faut aussi supposer que la sécrétion non-seulement du suc gastrique et du chyle, mais encore de la bile en quantité et de qualité normales, est nécessaire pour empêcher le développement des gaz ou pour les dissiper.

La lésion de sécrétion joue le rôle principal.

Symptomatologie. **Symptômes.** — Les gaz contenus dans l'intestin peuvent sortir

par les orifices naturels, et alors il n'en résulte aucun accident. Dans le cas contraire ils s'accumulent ou sont sécrétés en si forte proportion, que la paroi du ventre est bombée, fortement distendue, et que le diaphragme est refoulé dans la poitrine, à une hauteur très-grande, quelquefois jusqu'à la troisième côte. On donne le nom de météorisme, de tympanite à cette distension du ventre, dont les symptômes essentiels sont une sonorité excessive qu'on a comparée à celle que rend le tambour (τύμπανον), et la forme de l'abdomen. Les sujets éprouvent alors une dyspnée très-forte, de l'anxiété, de la tension dans la paroi abdominale, de la difficulté à uriner et à rendre les selles, ou, au contraire, de fréquentes envies d'uriner, l'abaissement de l'utérus, des nausées, des vomissements. On a vu, dans quelques cas rares, l'asphyxie menacer les sujets, et on a proposé alors de pratiquer la ponction de l'intestin, afin de livrer passage aux gaz accumulés. La rupture ne s'est montrée que dans les tympanites causées par une lésion de l'intestin.

Météorisme.

A un plus faible degré, ou lorsqu'elle n'occupe que le gros intestin, le cœcum ou l'S iliaque, la pneumatose occasionne de la gêne à l'épigastre, une sensation pénible dans le ventre, des éructations, l'expulsion de gaz, rendus plus ou moins facilement et en quantité variable, de l'anorexie, de la dyspepsie, et un retentissement sympathique vers le cerveau, marqué par de la tristesse, un certain degré d'hypocondrie, de la courbature, de la myosalgie, de la migraine, etc.

De la pneumatose à un faible degré.

Les digestions sont troublées, à différents degrés, les selles rares, et, comme souvent les mêmes causes subsistent, elles ramènent les mêmes effets. La flatulence devient alors un état chronique, dont il faut chercher la cause soit dans une simple névrose de l'intestin ou du cerveau, soit dans une altération du sang et dans la nature des aliments. Elle n'est pas toujours facile à dissiper, même à l'aide d'un traitement convenable. On voit des malades qui en sont tourmentés durant leur vie entière, d'autres à des intervalles plus ou moins éloignés. Ce mal reparaît facilement et sous des influences parfois très-légères. Les femmes, les vieillards, y sont plus exposés que d'autres, en raison même de la nature nerveuse du mal et des perturbations que subissent facilement chez eux la sécrétion et la musculation intestinales. Il faut dire, en effet, que la faiblesse, ou, comme on l'a dit au figuré, la paralysie de la tunique musculaire de l'intestin, prend une grande part à la production de certaines tympanites, dans lesquelles les gaz ne peuvent être expulsés, et subissent des mouvements antipéristaltiques et comme convulsifs du tube digestif.

Marche; durée; terminaison.

Traitement: **Traitement.** — Nous ne dirons rien du traitement de la pneumatose causée par une lésion intestinale ou sympathique d'une maladie du foie, du pancréas de la rate, ou de tout autre viscère. Il rentre dans le traitement propre à chacune de ces affections. Il n'en est plus de même de celui qu'on doit diriger contre la pneumatose lorsqu'elle est idiopathique.

De la tympanite symptomatique;

1° de l'idiopathique;

D'abord il convient de s'adresser au trouble de l'innervation cérébrale ou gastro-intestinale, puis à la substance alimentaire, qui peut à elle seule produire les gaz. On conçoit qu'il faut puiser dans les règles de l'hygiène la conduite qu'on doit tenir en pareille occurrence, surtout lorsqu'il s'agit de combattre la névrose ou l'altération du sang (bains froids, toniques, ferrugineux, voyages, gymnastique, etc.). On peut même dire que cette partie de la thérapeutique est la plus efficace de toutes, et que ce n'est que secondairement qu'on doit s'occuper d'empêcher la formation des gaz, et de les absorber.

2° de l'asthénique;

Pour prévenir leur production, rien n'est plus efficace que l'emploi des toniques, spécialement du quinquina, du vin et des viandes rôties, parfois du café et même de l'alcool. C'est ainsi que doit être traitée cette flatulence qu'on observe chez les convalescents, auxquels on a imprudemment prescrit une nourriture insuffisante, chez les malades soumis à une diète rigoureuse ou inutile, chez les sujets atteints de prétendue gastrite ou de maladies fébriles et qu'on n'ose pas alimenter. A côté de ces malades dont on craint de surexciter la membrane muqueuse, s'en trouvent d'autres qui ont besoin d'être tenus à un régime sévère, de vivre d'une manière plus sobre et de laisser leur tube digestif se reposer un peu de ses fatigues gastronomiques.

3° de l'irritative.

Absorbants et alcalins.

On a prescrit, à titre d'absorbant et de médicaments capables de se combiner avec les gaz, les alcalis, la magnésie, les bicarbonates de soude et de potasse, les carbonates de chaux, la craie, les yeux d'écrevisse, etc., le sous-nitrate de bismuth, l'ammoniaque et le charbon végétal qui jouit actuellement d'une réputation que nous croyons usurpée, en grande partie; ces médicaments doivent être donnés avant le repas, et mêlés aux aliments, comme le sous-nitrate de bismuth.

Opium.

Nous tenons en grand honneur, quand la tympanite est de provenance purement nerveuse et cérébro-spinale, les préparations d'opium et spécialement les gouttes noires anglaises, prises à doses suffisantes, au commencement du repas, qui doit être composé surtout de viandes rôties, de vin coupé avec les eaux alcalines ou ferrugineuses et de substances sèches. Le régime froid et même glacé nous a souvent réussi dans les cas de ce genre.

Aromatiques.

On se trouve généralement bien de donner, pendant le travail de la digestion, des infusions aromatiques de substances appelées singulièrement carminatives, telles que la camomille, l'absinthe, l'armoise, l'écorce d'oranges amères, de citron, l'angélique, l'anis, la badiane, la mélisse, etc., etc.; quelquefois l'alcoolat d'une de ces substances et quelque liqueur de table suffisent pour prévenir, diminuer ou combattre la pneumatose qui suit les repas.

Purgatifs et aromatiques.

Nous dirons enfin qu'il est souvent utile d'exciter les contractions intestinales à l'aide de purgatifs salins et amers, ou mieux encore par l'aloès, le jalap, la scammonée, auxquels on ajoute l'essence de citron, de cannelle, de girofle, ou un extrait amer et aromatique, comme il est d'usage de le faire dans les pharmacopées anglaises. La faiblesse de la contraction intestinale et la constipation produites par cette cause, comme chez les vieillards, les convalescents, et à la suite de longues maladies, indiquent expressément cette médication.

Bibliographie.

Bibliographie. — Laissons de côté les travaux déjà anciens de Portal, de Combalusier, de Hallé de Nysten, et citons les suivants : Gérardin, *Recherches sur les gaz intestinaux*, th. n. 15, Paris, 1814; — Baumès, *Traité des maladies venteuses*, in-8°, Paris, 1832-1837; — Chevillot, *Recherches sur les gaz de l'estomac et des intestins de l'homme à l'état de maladie*, th. n. 194, Paris, 1833; — Berard, *Cours de physiologie*, page 479, t. II, in-8°, 1850.

ENTÉRALGIE.

Définition.

Définition. — Sous le titre d'entéralgie, il faut désormais comprendre la douleur de l'intestin qui ne se lie à aucune lésion de ses tuniques. Elle constitue la névralgie de l'intestin comme la gastralgie celle de l'estomac.

Divisions.

Il faut retenir le nom de coliques pour désigner les douleurs intestinales déterminées par des lésions manifestes du tube digestif; elles sont donc toujours symptomatiques. Il s'ensuit que l'entéralgie ne peut être qu'*idiopathique*, *essentielle ou sympathique;* établissons d'abord nettement cette distinction importante.

Nous montrerons plus loin que l'entéro-névralgie est caractérisée par les mêmes symptômes locaux et que la cause seule change. Tantôt la douleur intestinale se montre sous l'influence d'un brusque refroidissement, d'une boisson glacée, d'une vive émotion morale; tantôt d'une névrose cérébro-spinale, trisplanchnique, comme l'hy-

stérie, l'épilepsie, la nosomanie (colique nerveuse), tantôt enfin d'une intoxication spécifique par le plomb ou le cuivre (colique de plomb, de cuivre). Cette douleur se déclare aussi comme le retentissement éloigné d'une autre maladie chez les femmes lorsque leurs règles sont dérangées ou supprimées, dans la grossesse, la chloro-anémie, etc. (*entéralgie sympathique*).

Il suit de cette énumération rapide des causes principales de l'entéralgie, qu'à moins de tomber dans une confusion étrange que n'ont pas su éviter un grand nombre d'auteurs, et de créer des distinctions subtiles ou arbitraires, l'entéralgie est un phénomène morbide remarquable par la sensation pénible qui s'y rattache et qui a servi à grouper d'autres symptômes pathologiques d'où sont nées des entités spéciales; telles que les entéralgies plombique, cuivreuse, et la colique sèche des pays chauds. Les deux premières seront décrites ailleurs (*maladies générales toxiques*); la dernière seule doit nous occuper. Nous ferons précéder son étude d'une indication rapide des causes, des symptômes et de la marche de l'entéralgie simple (*colique nerveuse*). Les autres coliques appartiennent à cette classe nombreuse de coliques symptomatiques, dont tant de maladies de l'intestin sont la cause (entéro-colite, péritonite aiguë et chronique, cancer et tumeurs de diverse nature intra ou extra-intestinales, etc.). A la pathologie générale revient de droit l'étude de toutes ces *douleurs symptomatiques*.

Entéralgie en général. Étiologie.

De l'entéralgie idiopathique. Généralités. Étiologie. — La sensation douloureuse dont le nerf grand sympathique peut devenir le siége dans le cours d'un très-grand nombre de maladies de l'intestin se développe aussi sous l'influence de causes diverses. Il n'est pas douteux que les incitations cérébrales ne puissent à elles seules produire l'entéralgie qu'on observe chez des sujets nerveux, à la suite de quelque perturbation de l'intelligence, d'émotions morales ou d'une névrose telle que l'hystérie. Combien de femmes atteintes de cette dernière maladie sont prises tout à coup de coliques sèches, violentes, que l'entéralgie seule peut expliquer! Pour nous, cette douleur est un *symptôme* de l'hystérie, comme elle l'est dans la colique rhumatismale, dans la goutte atonique qu'on appelle *déplacée* ou *remontée*, dans la nosomanie et dans un grand nombre de maladies mentales chroniques; elle ne doit pas être rangée au nombre des entéralgies idiopathiques.

Incitations cérébro-spinales.

Un rapide abaissement de la température de l'atmosphère, succédant à une température élevée, est la cause la plus ordinaire de l'en-

Réfrigération brusque du corps.

téralgie qu'on observe si souvent dans les pays équatoriaux, parce que là se trouvent réunies toutes les conditions physiques qui produisent la réfrigération du corps : nous y reviendrons plus loin. Nul doute enfin que les maladies des viscères, de l'utérus, du foie, des organes génitaux, ne puissent agir sympathiquement sur le système nerveux intestinal, soit en vertu d'un état névropathique antérieur, soit d'une prédisposition causée par la puberté, le sexe féminin, les excitations vénériennes, la masturbation, etc.

Symptômes. — On conçoit très-bien que la douleur intestinale ait paru insuffisante pour caractériser l'entéralgie. Soit qu'elle appartienne à la colique sèche, soit qu'elle dépende de la saturnine, elle est la même dans tous les cas. Elle débute uniquement par une douleur souvent atroce, occupant d'abord l'ombilic, mais promptement étendue à tout le ventre, n'augmentant pas d'ordinaire et même soulagée par la pression, forçant le malade à garder l'immobilité ou à se rouler dans son lit. Il se plaint, gémit, ou pousse des cris déchirants qui lui sont arrachés par une douleur sourde, contusive ou lancinante, pongitive, revenant par accès plus ou moins rapprochés, à la manière de presque toutes les névralgies. Elle s'accompagne d'une expression douloureuse de la face, de pâleur, de céphalalgie, de palpitations, de lipothymies, de sueurs froides, d'arthralgie, de brisement général, etc. Elle ne reste pas toujours limitée au ventre et s'irradie dans les différents viscères, dans l'estomac, le foie, les reins, les testicules, la matrice et la vessie. La paroi du ventre se contracte convulsivement, se retire vers la colonne vertébrale : ce qui donne à l'abdomen une forme excavée assez caractéristique dans l'entéralgie ; dans d'autres cas, sa configuration n'est pas altérée.

Symptomatologie. Entéralgie.

Son siége ; sa nature ;

rémittente, continue.

Douleurs transmises.

Forme du ventre.

Les sécrétions intestinales semblent taries, ainsi que l'atteste la constipation, qui tient également à la convulsion tonique de la membrane musculaire de l'intestin. Il est rare que des gaz se forment et que la diarrhée survienne ; ou bien alors il existe quelque complication. La matière des selles devenues peu fréquentes, nulles même pendant huit, dix jours et plus, est sèche, dure, brunâtre, colorée ou non par la bile. Elle ressemble aux crottes sèches et fortement moulées de la brebis (matières ovillées).

Constipation.

A un faible degré l'entéralgie ne dépasse pas le tube digestif, mais si la névrose est violente, comme nous le verrons dans la colique des pays chauds, des retentissements sympathiques nombreux et intenses se déclarent vers le système nerveux cérébro-spinal : de là le délire,

Symptômes sympathiques.

les attaques épileptiques, les crampes, les paralysies, et la mort dans certains cas.

La maladie, comme toutes les névroses et les viscéralgies en particulier, est exempte de tout mouvement fébrile ; elle affecte une marche aiguë, entièrement intermittente ou seulement rémittente. Le malade retrouve alors un instant de calme et peut même se croire entièrement guéri. L'entéralgie se termine presque toujours heureusement ; mais elle est sujette à rechute et à récidive : à rechute, lorsque le malade néglige les précautions indiquées pour se mettre à l'abri des causes qui ont produit son mal ; à récidive, parce que ces causes continuent à agir sur lui. Il faut se défier des douleurs nerveuses qui passent à l'état chronique ; elles dissimulent presque toujours quelque lésion organique et profonde du tube digestif ou des viscères voisins.

Marche ; durée.

Rechute et récidive.

Traitement. — Celui qui est commun à toutes les névroses et indépendant de la cause qui les produit, consiste dans l'emploi de deux agents thérapeutiques, les purgatifs et les narcotiques. Nous n'en dirons pas davantage, parce que nous sommes forcés d'y revenir plus loin.

Traitement.

De la colique des pays chauds. Synonymie. — *Colique sèche, végétale, nerveuse*, et, suivant les lieux où on l'observe le plus souvent, *colique de Madrid, de Cayenne, de Surinam, de l'Inde, des mers de l'Indo-Chine, du Poitou, du Devonshire, névralgie du grand sympathique, colique des navigateurs, maladie des barbiers, béribéri.*

Colique des pays chauds.

Définition. — Entéralgie idiopathique déterminée par le brusque refroidissement de tout le corps, et caractérisée par de violentes douleurs abdominales et de la constipation.

Définition.

Causes. — On n'en connaît qu'une seule, la succession prompte d'une température souvent très-élevée et d'une température beaucoup plus basse, à laquelle se trouve exposé le corps de l'homme, lorsqu'il est prédisposé par quelques-unes de ces causes qui diminuent et enchaînent le pouvoir de calorification propre à l'organisme, ou lorsque celui-ci reste, par imprévoyance ou par tout autre motif, incapable de résister à la réfrigération. On trouve ces conditions portées à leur maximum d'intensité, dans les contrées équatoriales, chez les marins, à bord des bateaux à vapeur et des navires qui parcourent les mers de l'Inde, de la Chine, les côtes du Brésil, de l'Afrique, de la Guyane. Aussi la colique sèche a-t-elle été surtout décrite par les médecins de la marine qui ont souvent occasion de la voir sur les chauffeurs, les boulangers, les cuisiniers et les hommes d'équipage, contraints

Étiologie. Vicissitude atmosphérique. Action du froid.

La colique sèche fréquente chez les gens de mer.

par leur service de nuit à s'exposer au froid sans que leur corps soit protégé suffisamment par des vêtements chauds. Il est inutile de faire remarquer que partout où l'homme se trouvera soumis aux mêmes causes, la même maladie pourra prendre naissance. Il faudrait donc nommer presque toutes les grandes contrées équatoriales pour indiquer les lieux où la colique sèche a été observée. Les médecins de la marine sont tous d'accord sur la cause qui peut la produire. Quelques-uns cependant ont prétendu la rapporter à une véritable intoxication saturnine déterminée par l'eau conservée dans des vases lithargirés, ou provenant des cuisines distillatoires, à la céruse avec laquelle on peint fréquemment les navires, etc., etc. Il est certain que l'entéralgie saturnine peut naître à bord des navires comme dans les villes où l'homme est exposé à l'action nuisible des préparations plombiques, qu'elle présente alors exactement les mêmes symptômes que l'entéralgie non toxique, dont elle ne diffère alors que par sa cause. On a voulu également l'attribuer à un miasme analogue ou identique à celui des marais ; cette opinion est encore moins admissible que la précédente.

Intoxication saturnine ?

Elle n'est point la colique sèche.

Comme dans toutes les névroses, même d'origine spécifique, la colique de plomb, par exemple, une foule de causes interviennent pour produire la colique sèche ; tels sont les excès alcooliques, la fatigue extrême du corps, les rudes travaux surtout pendant la nuit, les émotions morales, la nostalgie, etc., en un mot tout ce qui peut ôter à l'organisme sa force de résistance aux variations de température extérieure.

Causes prédisposantes.

Symptômes. — On a remarqué, chez un grand nombre de malades, la courbature, les douleurs des membres et tous les symptômes de l'embarras gastrique ou de l'état bilieux, plusieurs jours avant le début de la colique ; langue sale, avec enduit blanc ou jaunâtre, anorexie, selles rares, teinte subictérique de la peau, etc. D'autres fois elle se montre rapidement au milieu de la santé la plus parfaite et s'annonce par l'entéralgie, c'est-à-dire par des coliques dont nous avons retracé plus haut le siége, l'intensité et la nature. (*Voyez Entéralgie en général.*)

Symptomatologie. Symptômes du début.

La douleur épigastrique ombilicale est très-souvent étendue à tout le ventre, à l'hypocondre droit, au rein, au testicule, à la vessie ; elle s'accompagne de nausées, de hoquets, de vomissements bilieux, d'une eau acide et peu abondante, de constipation suivie de selles formées de matières noires, dures, ovillées, de ténesme vésical, de l'émission d'une urine pâle et limpide.

Entéralgie.

Troubles de l'innervation :

1° cérébrale.

Lorsque la maladie acquiert une grande intensité et dure trois à quatre semaines, malgré le traitement, on voit paraître des troubles profonds et souvent graves des systèmes nerveux et musculaire. Le sujet éprouve une céphalalgie très-forte, un délire variable en intensité et surtout nocturne, des hallucinations de la vue et de l'ouïe dont il se rend lui-même un compte exact, et qui ne sont que passagères; plus rarement, un accès de manie qui oblige les assistants à surveiller et à contenir le malade. Dans l'intervalle des accès marqués par les troubles intellectuels précédents, le sujet reste lypémaniaque, triste, en proie à une véritable nostalgie; dans quelques cas rares, et probablement en vertu de quelque prédisposition, la folie se déclare.

2° Troubles de la sensibilité ;

Les *troubles de la sensibilité* sont marqués par l'hypéresthésie de la peau du ventre et de quelques autres régions de la poitrine, par l'amaurose, la diplopie, la nyctalopie, la surdité, etc. On observe aussi de l'arthralgie, des douleurs vives sur le trajet de la colonne vertébrale (rachialgie), dans l'épaisseur des membres (myosalgie), avec ou sans crampes. Ces différents troubles de la sensibilité sont d'ordinaire intermittents, ou du moins rémittents, mais graves dans tous les cas, à cause de leur durée et de l'état chloro-anémique qu'ils contribuent à entretenir, sinon à développer.

3° de la motilité.

Il faut ajouter à ces symptômes les troubles de la motilité, qui peuvent, dans les cas graves, se manifester sous forme de crampes passagères, de convulsions épileptiques générales, parfois suivies de mort ou restées incurables; de tremblements des membres plus ou moins analogues à la chorée ou au tremblement mercuriel; de paralysie, soit partielle, des extenseurs des doigts de la main ou des bras, soit étendue aux deux membres inférieurs. Une agénésie persistante frappe aussi quelques malades. En général, ces accidents sont passagers, intermittents, et se terminent par la guérison, après un temps variable.

Apyrexie.

Ictère.

Chloro-anémie.

Au milieu des troubles produits par cette douloureuse maladie, la circulation ne s'émeut pas : le pouls reste faible, souvent ralenti au moment des accès; le visage exprime la souffrance; la peau prend parfois une teinte subictérique évidente, tout à fait accidentelle, qui annonce que le foie se met de la partie. Pour peu qu'elle acquière une certaine intensité et dure quelque temps, le sang s'altère; on peut constater alors tous les signes d'une chloro-anémie bien caractérisée. Les symptômes qui peuvent venir compliquer ceux que nous avons décrits appartiennent à d'autres maladies antérieures qui sont communes chez les sujets atteints de coliques sèches, parce qu'ils

Symptômes de complication.

habitent des contrées où les maladies intermittentes et celles du foie, de la rate, sont en quelque sorte endémiques.

Marche, durée, terminaison. — La marche de l'entéralgie est essentiellement paroxystique. Après un accès de huit à quinze jours, la guérison a lieu; mais, en raison même des causes qui sont sans cesse agissantes, elle récidive facilement, et devient alors plus intense et de plus longue durée. Elle donne lieu à des désordres du système nerveux, pénibles et parfois mortels, que nous avons signalés. Elle peut aussi laisser après elle la paralysie, l'épilepsie, le tremblement, et presque toujours un état d'anémie et de débilité générale qui forcent le malade à s'éloigner des lieux où il a été si maltraité et à rentrer dans sa patrie. **Marche.**

Diagnostic. — On peut confondre l'entéralgie sèche avec la colique de plomb. Leurs symptômes sont tout à fait semblables. Le liséré bleu gingival et l'usage de substances dans lesquelles entre une préparation de plomb, peuvent seuls faire reconnaître l'entéralgie saturnine. **Diagnostic.**

Traitement. — Il existe un traitement préventif des plus efficaces dans l'entéralgie. Il consiste à donner à l'homme le moyen de résister aux abaissements de température auxquels il est exposé par sa profession, le climat, ou par toute autre cause. Une bonne alimentation, l'usage du vin et de l'alcool, en proportions convenables, des vêtements de laine capables d'empêcher la déperdition du calorique humain, enfin une dépense modérée de la force musculaire et de l'innervation cérébrale, tels sont, en résumé, les moyens les plus sûrs de prévenir le développement de la colique sèche. **Traitement** (*a*) préventif;

Une fois déclarée, la maladie exige un traitement prompt et énergique. Aux malades qui présentent les signes des états gastrique et bilieux, on prescrit l'émétique, suivi le lendemain d'un purgatif ou d'un drastique. Dans tous les cas, le traitement doit commencer par l'administration d'un purgatif : ceux qu'on doit préférer sont l'huile de ricin et surtout de croton tiglion (quatre à cinq gouttes sur du sucre); les sels de magnésie, de soude, le jalap, la scammonée et le calomel ne viennent qu'après. Les applications sédatives faites sur le ventre, les bains chauds prolongés pendant plusieurs jours, procurent au malade un notable soulagement. (*b*) curatif. Topiques narcotiques; bains.

Les substances narcotiques, l'opium, les sels de morphine, l'extrait de belladone, ne rendent quelques services que lorsqu'on est parvenu à vaincre la constipation. Ils apaisent alors les coliques et les troubles du système nerveux, à condition qu'on les administre à doses Narcotiques.

élevées et croissantes et qu'on leur associe les purgatifs. Les lavements constituent un moyen précieux pour faire parvenir dans le sang les narcotiques. Quelquefois il convient de s'opposer aux troubles de l'innervation à l'aide des antispasmodiques tels que le musc, le castoréum, la valériane, le camphre, l'assa-fœtida.

Les convulsions, le délire, la paralysie musculaire, les troubles des sens, exigent une médication spéciale, et différente suivant chaque cas particulier (délire, épilepsie, lypémanie, paralysie partielle).

Bibliographie.

Bibliographie. — Segond, *Essai sur la névralgie du grand sympathique*, in-8, Paris, 1837; — Vinc. Mauguen, *De la colique végétale*, th. n° 50, 1846; — Mauduyt, *Des coliques sèches dans les pays chauds*, th. in-4, Paris, 1848; — Fonssagrives, *Mémoire sur la colique endémique des pays chauds*, *Archives générales de médecine*, 1852; — Lefèvre, *Recherches sur les causes de la colique sèche observée sur les navires de guerre français, particulièrement dans les régions équatoriales*, Paris, in-8, 1859.

PERFORATIONS INTESTINALES.

Définition.

On appelle ainsi toute espèce de solution de continuité des parois intestinales.

L'étude des altérations de ce genre est du domaine de la pathologie générale ; c'est donc par une usurpation bien fréquente en pathologie interne, qu'on trouve dans celle-ci une description dont la place est marquée ailleurs; nous présenterons cette étude d'une manière succincte.

Divisions.

Nous diviserons les perforations en celles : 1° qui ont leur cause dans une maladie de l'intestin; 2° dans une maladie des organes contigus, en rapport plus ou moins direct avec lui; 3° dans un agent extérieur, tel qu'un poison, un corps étranger, une violence, peut-être des vers intestinaux.

1° Perforation par lésion intestinale.

1° *Perforations par maladie de l'intestin.* — Il existe un très-petit nombre de cas dans lesquels, au milieu de la santé la plus complète ou de quelques troubles intestinaux légers (diarrhée, anorexie, douleurs de ventre), il se fait une de ces perforations qui ont pris le nom singulier de spontanées. A l'autopsie, on trouve à la fin de l'iléon une ulcération peu étendue, circulaire, sans lésion des tissus ambiants, et comprenant les trois tuniques. On ignore la nature de cette lésion: la phlegmasie d'un follicule, le ramollissement tuberculeux, la fièvre

(*a*) phlegmasique ou d'autre nature ;

typhoïde, peuvent en être la cause; le ramollissement aigu non inflammatoire, l'entérite et surtout la colite, la phlegmasie du duodénum, et enfin la gangrène due à quelque obstacle au cours des matières, sont les causes rares, mais possibles, d'une perforation de l'intestin.

Nous rappellerons aussi qu'elle est fréquente, dans la dysenterie aiguë, épidémique et endémique, dans la fièvre typhoïde, dans la diathèse tuberculeuse et cancéreuse. Il est dans la nature de ces maladies de tendre à l'élimination des produits morbides et à la destruction des tissus. Chacune de ces perforations a un siége différent; elles occupent le gros intestin dans la dysenterie, la fin de l'intestin grêle dans la fièvre typhoïde, cette région et d'autres dans la phthisie, le cancer.

(*b*) due à une maladie diathésique.

2° *Perforation par maladie d'un organe voisin.* — Une espèce de perforation assez fréquente est celle qui est deutéropathique, consécutive à la maladie d'un des nombreux viscères contenus dans le ventre et qui, après avoir contracté des adhérences avec l'intestin, communique avec lui par une ou plusieurs ulcérations. On voit ainsi les acéphalocystes, les abcès du foie, les canaux biliaires hépatiques cystique et cholédoque, jeter les produits morbides qu'ils contiennent dans des régions assez variables de l'intestin. Le rein, affecté de néphrite aiguë ou chronique, rempli de concrétion, et la rate ramollie et hypertrophiée, après s'être unis intimement au tube digestif en quelque point, finissent par communiquer avec lui au moyen de fistules dont le trajet et les dimensions sont parfois considérables. Enfin tous les viscères abdominaux, atteints de cancer, de tubercule, de ramollissement simple, phlegmasique, gangréneux, les diverses portions de l'intestin et du péritoine, peuvent contracter des rapports pathologiques nouveaux et livrer passage, à l'aide de fistules, à des liquides de sécrétion et d'excrétion, ou à des produits morbides liquides, solides, gazeux, de nouvelle formation (vessie, utérus, vagin, vulve, etc.).

2° Perforation par maladie d'un organe voisin.

1° Maladie d'un viscère abdominal.

Fistules et communications insolites.

Une autre espèce de perforation est celle qui, tout en s'effectuant de la même manière dans l'intestin, c'est-à-dire après une adhérence préalable, provient d'un tissu ou d'un organe éloigné qui a son siége dans l'épaisseur de la paroi abdominale, dans la poitrine, le rachis et le système osseux environnant. Les fistules qui en résultent sont beaucoup plus rares que celles de la première espèce.

2° Maladie d'un viscère non-abdominal.

3° *Perforation par un agent venu du dehors.*—On sait que des arêtes de poisson, des os, une cuiller, des épingles, des cailloux, des pièces de monnaie, etc., peuvent perforer les parois du tube diges-

3° Perforation par un agent venu du dehors.

(*a*) Corps étranger.

tif et arriver ou non au dehors. Nous mettons, à côté des agents qui précèdent, les lombrics, auxquels les uns ont accordé, les autres refusé le pouvoir de perforer les parois de l'intestin. Il est bien difficile d'admettre cette terminaison, à moins que les parois n'aient été préalablement ramollies ou altérées par un travail pathologique.

(*b*) Lombric.

On doit assimiler aux causes précédentes l'action d'un poison caustique, d'un acide fort, d'un alcali, du phosphore, etc., qui est suivie d'une perforation, si la dose du poison est considérable.

(*c*) Poisons.

Les plaies pénétrantes de l'abdomen, les contusions, une pression intense opérée sur le paquet intestinal, des efforts violents, une chute, peuvent amener la rupture des membranes digestives; cette déchirure traumatique est trop différente de la perforation pour pouvoir en être rapprochée.

(*d*) Causes traumatiques.

Symptomatologie. — **Symptômes.** — Si l'on retranche du nombre des symptômes propres à la perforation, ceux qui appartiennent aux maladies qui les produisent, il ne reste absolument que ceux de la péritonite. Et encore faut-il distinguer sous ce rapport plusieurs espèces de perforations: 1° celle qui est suivie, tout d'un coup, et à un instant donné, de l'épanchement dans le péritoine d'un produit morbide ou d'un corps sécrété et excrété par l'organe altéré. Dans ce cas on voit paraître les signes d'une péritonite suraiguë, mortelle en quelques heures, en deux ou trois jours, ou d'une péritonite chronique non moins redoutable, mais plus lente à se terminer. Si la fistule fait communiquer deux points différents de l'intestin grêle, le diagnostic est impossible. Il n'en est pas de même dans le cas où l'estomac, la vessie par exemple, reçoivent les matières fécales du gros intestin, ou celui-ci des concrétions biliaires, des calculs rénaux, du pus, etc.

Symptômes : 1° de la perforation avec épanchement;

2° Les perforations peuvent conduire au dehors divers produits morbides ou normaux, tels que le pus, des concrétions bilieuses, rénales, de l'urine, du chyle, ou des matières stercorales. Le diagnostic de la perforation et de son siége est alors facile et presque certain.

2° communication au dehors;

3° Il n'en est plus de même quand des adhérences intimes, établies entre l'intestin et les organes contigus, arrêtent l'épanchement. Une douleur sourde et fixe en un point du ventre et les troubles fonctionnels de l'organe perforé sont les seuls symptômes qui puissent en faire soupçonner l'existence.

3° sans épanchement.

Traitement. — **Traitement.** — Le seul traitement qu'on puisse opposer à la perforation de l'intestin consiste à réduire à leur minimum les mouvements propres du tube digestif et à empêcher ou à diminuer, autant que possible, la sortie des matières liquides, solides ou gazeuses.

1° Indication;

On remplit cette indication en administrant l'extrait aqueux d'opium, à hautes doses, et par la bouche, en couvrant le ventre de cataplasmes glacés ou très-froids, en ne donnant au malade à sucer que quelques fragments de glace ou quelques gouttes de liqueurs acides et glacées, de bouillons froids, en plaçant le ventre dans une immobilité complète, etc.

La même médication réussit pour combattre ou arrêter les progrès menaçants de la péritonite suraiguë qui ne tarde pas à se développer. 2° indication;

La troisième indication est tirée de la connaissance qu'il faut acquérir sur-le-champ du siége et de la nature de la maladie. On ne peut la traiter sûrement que lorsqu'on possède ce diagnostic. 3° indication.

INVAGINATION.

Synonymie. — Intus-susception, volvulus, étranglement interne, passion iliaque. **Synonymie.**

Définition.

On donne le nom d'invagination à la pénétration d'une partie plus ou moins étendue de l'intestin dans une autre partie située au-dessous, plus rarement au-dessus, et aux symptômes qui dépendent de l'obstacle survenu lentement ou rapidement dans le cours des matières alvines.

L'histoire anatomique de la maladie se compose, en grande partie, de faits particuliers et nombreux qui ont été recueillis par les auteurs et se trouvent disséminés dans une foule de mémoires. Il nous sera facile d'en offrir le résumé dans un petit nombre de pages.

Altérations pathologiques. — L'idée la plus générale et la plus nette qu'on puisse prendre de la maladie est celle qui est donnée par une invagination simple de cinq à dix centimètres d'étendue. On trouve toujours : 1° un canal central formé (*a*) par le bout supérieur de l'intestin invaginateur qui se continue avec les parties supérieures du tube digestif; (*b*) son orifice inférieur qui fait suite à l'intestin invaginé; 2° à la jonction de celui-ci avec la portion invaginée un repli de cette portion qui se relève pour constituer le canal invaginateur. Ainsi, 1° le canal invaginé au centre est formé par les trois tuniques dans leur situation naturelle; 2° le canal invaginateur est formé par une double paroi, 1° l'interne en contact avec la portion invaginée, offrant de dedans en dehors la séreuse, la musculaire, la muqueuse; 2° l'externe, présentant de dedans en dehors, la muqueuse, la musculaire et la séreuse. Les deux séreuses et les deux muqueuses de chaque canal se trouvent ainsi contiguës. On désigne aussi sous le nom de cylindre **Anatomie pathologique.**

Canal invaginateur et invaginé.

interne, moyen et externe, les trois parois des deux canaux interne et externe ou invaginé et invaginateur.

Siége de l'intus-susception.

Toutes les parties du tube digestif peuvent s'invaginer; celles qui sont le plus souvent affectées sont l'intestin grêle, dont une partie s'introduit dans l'autre, ou dans le cœcum et les colons, de la partie droite de l'arc du colon dans sa partie gauche, par conséquent du cœcum dans le colon ascendant, et ainsi de suite. On a vu 25 centimètres de l'iléon, le cœcum et le colon s'invaginer daus l'S iliaque et le rectum. Telle est l'invagination simple, qui peut comprendre 30, 40 centimètres et plus de la longueur de l'intestin.

Invagination double.

L'*invagination double* consiste dans une première invagination de l'intestin qui pénètre, à son tour, dans une autre partie de l'intestin située au-dessous de la première. Ainsi le cœcum, et le colon ascendant, invaginés l'un dans l'autre, s'introduisent parfois dans le colon descendant. Il en est de même de l'intestin grêle par rapport au colon. Les connexions, dans ce cas et dans d'autres, sont tellement changées, qu'il n'est pas toujours possible de se rendre compte de la véritable situation anatomique des parties ; autant de cas particuliers, autant de différences qu'il est impossible d'indiquer d'une manière générale. On trouve parfois, chez le même sujet, une invagination simple et une double, mais plus ordinairement deux ou trois et jusqu'à six invaginations simples ; quelquefois elles se sont produites après la mort.

Changement des rapports anatomiques.

Nombre des invaginations.

Invagination de bas en haut ou ascendante.

Une autre espèce est celle qui se fait de bas en haut, et qu'on a appelée rétrograde ou régressive. Son existence a été niée par des auteurs d'une grande autorité ; cependant elle est établie par des faits péremptoires qui nous montrent les colons ascendant et transverse invaginés dans le cœcum.

Siége.

L'étendue et le siége de l'iléus ne sauraient être limités ; toutes les portions de l'intestin peuvent pénétrer les unes dans les autres; la valvule iléo-cœcale est loin d'être infranchissable, comme on l'avait cru d'abord : les courbures du gros intestin et l'anus ne sont pas non plus des obstacles sûrs, puisqu'on a vu une grande partie du colon sortir par l'anus (Langenbeck).

Altération des parois intestinales.

Dans les portions de l'intestin qui sont le siége de l'intus-suception on observe une tumeur plus ou moins volumineuse, formée par la pénétration des membranes. Quelquefois il suffit d'une légère traction pour la faire cesser ; dans d'autres cas des altérations évidentes empêchent qu'on ramène les parties à leur situation normale ; des adhérences se sont établies entre les deux séreuses des portions

invaginées, ou entre les circonvolutions contiguës de l'intestin. D'autres fois les membranes muqueuses et musculaires sont épaissies, ramollies, noirâtres. Des corps étrangers, des brides, des étranglements, déterminent, dans quelques cas, des désordres de même nature.

Invagination *post mortem*.

Il ne faut pas confondre avec l'invagination morbide celle qui se fait dans les dernières heures de la vie, chez un assez grand nombre de malades. Quelques portions de l'intestin pénètrent ainsi dans les parties sous-jacentes par l'effet de la perturbation des mouvements péristaltiques et antipéristaltiques qui ne sont plus coordonnés.

Mécanisme de l'invagination.

L'intestin est doué d'un appareil locomoteur très-puissant et qui suffit pour faire avancer et reculer, d'une manière continue, les substances diverses qui le parcourent; or il suffit que la convulsion s'empare d'une partie de ces muscles et empêche l'ondulation régulière et successive qui doit s'y passer pour qu'une anse intestinale plus ou moins étendue pénètre dans l'autre, et qu'il se produise ainsi une invagination. Une fois entrée dans l'intestin dont la contraction tend à faire descendre les corps qui s'y introduisent, la portion invaginée devient plus étendue et plus considérable. Si un pareil mouvement se fait en sens inverse, de bas en haut, l'invagination est ascendante ou rétrograde.

Causes. Invagination (*a*) idiopathique; (*b*) symptomatique.

Causes. — Souvent il n'existe aucune lésion dans le tube digestif, qui devient le siége d'une véritable convulsion ataxique, irrégulière, pareille à celles qu'on voit dans les muscles de la vie de relation, chez les enfants de quatre à cinq mois, de quinze ans, chez des adultes hommes ou femmes, après des efforts musculaires, des cris, des mouvements rapides du tronc, des violences qui ont porté sur le ventre, etc. Dans d'autres cas plus fréquents, l'invagination s'établit dans l'intestin enflammé, atteint de dysentérie, renfermant des polypes, des corps étrangers, des lombrics réunis en paquets plus ou moins volumineux, etc., etc.

Symptomatologie.

Symptômes. — Quand le canal de l'intestin invaginé reste perméable, quand les matières peuvent encore le traverser librement, on ne découvre la lésion qu'après la mort. Pour peu que l'obstacle au cours des matières soit intense, le ventre devient sensible, douloureux même; des vomissements, de la constipation ou de la diarrhée, et d'autres signes que nous indiquerons plus loin, se manifestent alors. (Voyez *Obstacle au cours des matières.*)

Terminaison. Guérison.

Terminaison. — Il est probable que l'invagination simple, temporaire, avec obstacle incomplet, se termine par la guérison. Le diagnostic est plus sûr quand les malades rejettent du sang et une

Gangrène. portion de l'intestin gangrénée. Le contact des deux séreuses permet, dans ce cas, l'adhésion préalable et l'expulsion des deux cylindres interne et moyen, sans qu'il se fasse d'épanchement dans le péritoine. Les exemples ne manquent pas de portions souvent très-étendues d'intestins ainsi rendues par les selles, dans lesquels la guérison a eu lieu. Toutefois cette élimination est loin de se terminer toujours aussi heureusement; une violente péritonite, la non-adhérence préalable des séreuses, la réunion imparfaite de celles-ci, la rupture de la cicatrice, sont suivies de mort. Le plus ordinairement le malade succombe à la gravité des symptômes d'étranglement interne et au développement d'une péritonite que ne tarde pas à provoquer l'obstacle à la circulation des matières alvines.

Péritonite.

Traitement. — Voyez *Oblitérations intestinales.*

Bibliographie. — Dance, *Mémoires sur les invaginations morbides des intestins, Répertoire général d'anatomie et de physiologie pathologiques,* t. I, Paris, 1826; Gaultier de Claubry, *Sur la terminaison de quelques cas de volvulus, Journal universel hebdomadaire de médecine,* t. XII, 1833.

OBLITÉRATIONS INTESTINALES.

Définition. Sous ce titre nous nous proposons de faire connaître toutes les causes capables d'arrêter complétement ou seulement de diminuer et de retarder la marche des matières liquides, solides ou gazeuses qui doivent parcourir librement le tube digestif. Tous les obstacles, quels qu'en soient le siége ou la nature, seront donc signalés dans ce travail, qui appartient bien plus à la pathologie générale qu'à la spéciale.

Etiologie. **Causes.** — Les causes de l'oblitération incomplète ou complète de l'intestin consistent : 1° dans une maladie de ses parois; 2° d'un organe voisin; 3° dans la présence d'un corps étranger (*a*) venu du dehors; (*b*) d'un organe autre que l'intestin; (*c*) formé dans celui-ci.

1. Maladies du tube digestif. 1° Phlegmasie? I. *Maladies du tube digestif.* — Il est très-rare que la phlegmasie produise une tuméfaction assez grande de la tunique muqueuse de l'intestin pour en oblitérer le canal intérieur, à moins qu'il ne se développe une entérite phlegmoneuse qui comprenne les trois membranes: ce qui n'arrive presque jamais. L'inflammation de l'S iliaque et du rectum sont parfois assez violentes pour causer, conjointement avec le spasme qui s'y joint, un obstacle à la circulation des matières fécales.

Les ulcérations tuberculeuses, typhoïdes ou cancéreuses peuvent être suivies d'une cicatrice qui rétrécit, à différents degrés, le calibre intestinal. 2° Cicatrices.

Le même effet a été observé souvent dans le cancer squirrheux, encéphaloïde ou colloïde du colon, et surtout du rectum et de l'S iliaque. Les végétations syphilitiques et les indurations, les rétrécissements organiques, les tumeurs épithéliales et autres, les polypes simples, sont également des causes d'oblitérations auxquelles il faut songer tout d'abord lorsqu'on observe les symptômes de la coarctation de l'intestin. 3° Cancer. 4° Tumeurs syphilitiques ou d'autre nature.

Convulsion intestinale. — Nous n'hésitons pas à regarder les contractions ataxiques, irrégulières des tuniques musculaires de l'intestin comme une cause fréquente d'oblitération. Nous rattachons à cette convulsion : 1° l'invagination intestinale de haut en bas ou de bas en haut, avec ou sans oblitération complète du tube digestif, dont nous avons fait précédemment l'histoire (voyez *Invagination*). En se paralysant ou du moins en perdant leur énergie contractile, les parois de l'intestin finissent par se laisser distendre par les matières fécales, ainsi qu'on le voit chez les vieillards, les convalescents ou les sujets qui usent d'une nourriture insuffisante; il en résulte une migration plus difficile des matières alvines. 5° Convulsions de l'intestin produisant : (*a*) invagination;

Nous citerons encore le *volvulus ou étranglement rotatoire*, qui consiste dans l'enroulement d'une portion de l'intestin autour de son axe propre, de son mésentère ou d'une autre partie de l'intestin. On a rapporté un assez grand nombre d'exemples de ces espèces d'étranglement. Tantôt une anse intestinale entoure et serre plus ou moins fortement une autre anse, tantôt c'est l'appendice iléo-cœcal, un diverticule de l'intestin, qui étreint l'iléon. Le jejunéum et surtout l'iléon sont les parties du tube digestif qui s'entortillent et s'enchevêtrent le plus ordinairement pour former des nœuds qui ressemblent à ceux qu'on pourrait faire avec la main. (*b*) volvulus ou étranglement rotatoire.

L'oblitération reconnaît parfois pour cause un vice congénital de situation ou de conformation du tube digestif, un diverticule souvent fort étendu ou un appendice de nouvelle formation, la longueur extrême du gros intestin obligé de suivre un trajet différent de celui qu'il affecte à l'état normal, le passage de quelques anses à travers une ouverture anormale et congénitale du mésentère, du diaphragme, enfin la coarctation exercée par le rein, la vessie, les ovaires, dont la position est altérée d'une manière congénitale, etc.; telles sont en résumé les causes ordinaires d'un grand nombre d'étranglements. Une disposi- 6° Oblitération par vice de conformation de l'intestin.

tion également anormale du péritoine, dans ses divers replis et dans ses rapports naturels, peut produire des effets semblables.

II. Maladies des organes situés dans le ventre. 1° Péritonites partielles : brides, adhérences.

II. *Maladie des organes situés dans l'abdomen autres que l'intestin.* — La péritonite aiguë et chronique partielle est, sans contredit, la cause la plus fréquente des coarctations de l'intestin ; aussi sont-elles plus communes chez la femme que chez l'homme ; par suite d'un travail phlegmatique, il s'établit des adhérences partielles qui unissent entre elles différentes parties de l'intestin, du mésentère et des organes environnants. Il en résulte des brides plus ou moins longues, des fausses membranes, des ponts formés par plusieurs organes réunis ensemble ; enfin des anneaux dans lesquels s'engage l'intestin. Rien de plus commun que de voir l'appendice vermiculaire uni par son cul-de-sac à une anse intestinale ou à la paroi abdominale, ou bien l'ovaire et les trompes attachés au péritoine de la fosse iliaque, ou à d'autres parties du tube digestif, constituer des ouvertures accidentelles qui peuvent, à un moment donné, étrangler l'intestin. Les maladies du mésentère et de l'épipolon, les appendices graisseux qui s'enflamment deviennent, aussi, des causes d'étranglement.

2° Ouvertures naturelles. Hernies.

Dans quelques cas rares, l'intestin s'engage dans une ouverture naturelle. Nous ne ferons que rappeler les hernies qui peuvent se former dans les anneaux ombilical, inguinal et crural. Leur étude est du domaine de la chirurgie. Nous avons vu, ainsi que d'autres auteurs, l'hiatus de Winslow recevoir une portion assez considérable de l'intestin grêle ; celui-ci s'engager sous le repli du péritoine qui va de la partie postérieure de la vessie au rectum, etc. Dans un cas l'iléon était descendu dans l'anneau inguinal, où il avait pris la place du testicule.

3° Lésions diverses des viscères abdominaux.

Tous les viscères abdominaux peuvent, lorsqu'ils sont affectés de maladies diverses, se ramollir, s'ulcérer, s'enflammer, se réunir entre eux et se créer des rapports anatomiques tout nouveaux. Ainsi se développent la plus grande partie des péritonites dont nous avons parlé et les étranglements qui en sont la suite ; dans d'autres cas, les viscères hypertrophiés, fortement congestionnés, devenus le siége de produits morbides nouveaux, de tumeurs de nature diverse, compriment et oblitèrent, à différents degrés, le canal digestif. C'est de cette manière qu'agissent les tumeurs de la fosse iliaque, les kystes de l'ovaire, les corps fibreux de l'utérus, le cancer des ganglions mésentériques, qui acquièrent parfois un volume énorme, et du pancréas, les acéphalocystes du foie ou du mésentère, et toutes les maladies du système osseux de la colonne vertébrale et du bassin, les tumeurs anévrismales, les abcès froids, etc.

III. *Oblitérations dues à la présence d'un corps étranger.* — Les corps qui portent ainsi obstacle au cours des matières alvines sont : 1° Les fécès durcis et accumulés dans le gros intestin ; 2° les concrétions intestinales assez rares chez l'homme ; 3° les vers intestinaux ; 4° les concrétions provenant d'un organe abdominal ; 5° les gaz.

III. Oblitérations dues à un corps étranger ;

1° On sait que parfois un corps étranger, un noyau, une arête, un os, un morceau ligneux, un calcul biliaire, deviennent la cause accidentelle de l'accumulation des matières stercorales auxquelles ils servent de noyau. 2° Les concrétions intestinales ou bézoards humains sont rares et se développent, presque toujours, sous l'influence des causes que nous venons de nommer. Il ne faut pas confondre avec elles les fécès très-durs qu'on rencontre chez les vieillards. La constipation est la cause de cette altération des matières alvines ; elle tient aussi à l'inertie des fibres musculaires des tuniques intestinales et aux maladies organiques qui occupent la fosse iliaque, le rectum, la prostate, le col de la vessie. Il faut, dans ce cas, se garder de prendre la constipation et l'accumulation des matières pour la cause première de l'oblitération ; elles sont elles-mêmes sous la dépendance de lésions très-diverses que nous n'avons pas à rechercher maintenant. Plusieurs ordres de causes agissent ainsi dans la production des obstacles au cours des matières fécales. Il faut que le praticien soit prévenu de ce fait essentiel pour se diriger, en conséquence, dans le traitement de la maladie protopathique et secondaire.

1° développé dans l'intestin ou 2° venu du dehors.

3° Les vers intestinaux, et spécialement les lombrics, peuvent être des causes très-actives d'oblitération intestinale. Les accidents dont nous avons été témoin chez trois jeunes enfants, et bien d'autres rapportés par les auteurs, ne laissent aucun doute sur ce point. Les lombrics, dans ce cas, se réunissent au nombre de vingt à trente et plus, sous forme de pelotons plus ou moins volumineux dans l'iléon ou les colons, et déterminent tous les symptômes d'un étranglement qui se termine heureusement, ou par la mort. Il se forme chez quelques sujets, auprès de la tumeur vermineuse, une invagination qui contribue à aggraver la maladie, en rendant l'obstacle plus insurmontable encore. Les tænia agissent rarement de la même manière.

3° Vers intestinaux. Lombrics.

4° Les concrétions biliaires et celles qui sont contenues dans les reins, l'uretère, la vessie, peuvent se frayer une route jusque dans l'intestin. Les auteurs rapportent plusieurs faits curieux de ce genre.

4° Concrétions biliaires, rénales, vésicales.

Un calcul cystique, dans le cas cité par Abercrombie, avait cinq centimètres de diamètre.

5° Gaz intestinaux ?

5° Les gaz développés dans l'intestin et hors d'état d'en sortir par les voies ordinaires peuvent-ils devenir une cause d'oblitération ? Lorsqu'il existe un rétrécissement ou tout autre obstacle à la libre circulation des gaz, ceux-ci ne jouent qu'un rôle secondaire ; mais quand on ne trouve aucune lésion des parois du tube digestif, on peut attribuer au spasme et à la compression que les anses intestinales opèrent les unes sur les autres une certaine part dans la production des symptômes d'obstruction.

Symptomatologie.

Symptômes. — Il est impossible d'indiquer, d'une manière générale, les symptômes, qui doivent varier autant que les causes nombreuses qui les provoquent. Ceux qui sont en rapport avec elles ont tous les signes des maladies de l'estomac, des organes abdominaux, des corps étrangers, des concrétions, des entozoaires, etc. Les seuls que nous ayons à étudier sont ceux qui dépendent de l'occlusion intestinale elle-même.

Symptômes de la cause de la maladie.

Symptômes de l'occlusion intestinale.

Les symptômes varient beaucoup suivant l'intensité et le siége de l'occlusion. Celle-ci peut être *complète* ou *incomplète*, à différents degrés ; dans le premier cas, on observe les symptômes de l'étranglement interne ; dans le second, ceux du rétrécissement de l'intestin et d'un simple obstacle au cours des matières alvines.

1° Signes de l'étranglement ou occlusion totale. Constipation.

On peut supposer l'existence d'un étranglement interne lorsqu'on voit se développer subitement une douleur abdominale circonscrite ou non, avec ou sans tumeur distincte de l'intestin, l'anorexie, une constipation qui dure depuis plusieurs jours et résiste à tous les drastiques et aux lavements. Après un temps variable, aux symptômes précédents s'ajoutent les nausées, les éructations, les vomituritions, et

Vomissement stercoral.

presque toujours des vomissements, plus ou moins rapprochés, de boissons, de bile et de liquides acides ; souvent, dans les derniers jours, des vomissements d'un liquide grisâtre, d'une odeur manifestement stercorale, avec laquelle toutefois il faut prendre garde de confondre des odeurs qui s'en rapprochent beaucoup. La constipation et le vomissement stercoral, moins constants que l'arrêt absolu au cours des matières, constituent les deux principaux signes de l'occlusion.

Passage encore possible des fecès.

Souvent le malade évacue dans les premiers jours, sous l'influence des purgatifs et des lavements, quelques matières fécales délayées ; il peut même ne pas cesser d'en rendre pendant toute la durée de la maladie, soit parce que l'oblitération n'est qu'incomplète, soit parce qu'elle siége dans les portions supérieures du tube digestif, et que le

gros intestin libre encore contient des matières qui s'écoulent peu à peu au dehors.

Conformation du ventre.

Le ventre, dès le début, est sensible à la pression, très-douloureux ou seulement le siége de malaise, de gêne, d'une sensation pénible, profonde, difficile à définir. Souvent sa configuration est naturelle, ou bien il est rétracté; plus tard il devient le siége presque constant d'un météorisme considérable, à mesure que les autres signes de l'oblitération intestinale s'accroissent eux-mêmes.

Apyrexie.

Les symptômes les plus graves de l'occlusion ne s'accompagnent d'aucune fièvre, à moins qu'il ne survienne une péritonite, une entérite, ou que la cause de l'obstacle ne soit elle-même quelque maladie fébrile.

Marche; durée.

L'obstruction complète peut avoir été précédée de tous les signes d'un obstacle léger ou intense au cours des matières alvines, ou bien elle débute tout d'un coup, au milieu de la santé la plus parfaite, avec ses symptômes caractéristiques. Elle acquiert, en cinq à huit jours, une intensité extrême ; on voit alors se montrer rapidement les symptômes d'une inanition complète et d'un trouble nerveux général. Le visage s'altère et se grippe, se rapetisse, exprime la douleur sombre ou l'indifférence ; tout le corps s'amaigrit avec une promptitude remarquable ; la peau devient grise, terreuse, froide partout, glacée aux extrémités, aride, excepté à la fin où une sueur visqueuse et ténue se répand sur le corps. Le pouls est petit, faible, irrégulier, insensible souvent pendant les derniers jours. Le météorisme fait des progrès; la respiration est gênée, anxieuse; le hoquet, les vomissements qui se montrent à chaque instant tourmentent horriblement le malade. Ces symptômes, que nous avons observés dans seize cas, ont, en raison de leur marche et de leur intensité, une valeur diagnostique extrême. Les malades continuent à vomir, à avoir des nausées et des éructations; leur estomac ne peut conserver la plus petite quantité de boissons, de glace, de vin, de bouillon froid qu'on leur administre. Ils sont pris à chaque instant de hoquet; leur voix est rauque ou cassée, éteinte; l'œil enfoncé dans l'orbite, l'intelligence parfaitement présente. Heureusement que le patient finit par s'assoupir, se refroidir et mourir tranquillement, au milieu des signes de l'inanition et de l'algidité.

Mort dans l'algidité et l'inanition.

Signes de l'obstruction intestinale.

Lorsque l'intestin n'est qu'incomplétement oblitéré, les symptômes sont moins marqués, quoique à peu près les mêmes que dans l'étranglement complet. D'abord les selles deviennent rares, puis nulles, et une constipation inusitée, de sept à huit jours, indique déjà

la présence d'un obstacle. L'appétit se perd; le malade commence à éprouver une douleur sourde ou vive, locale ou générale dans le ventre; il vomit les aliments, les boissons, enfin des liquides bilieux, et, vers la fin, stercoraux. La sensibilité du ventre, à différents degrés, augmentée par les mouvements, par la pression, par la distension gazeuse qui ne tarde pas à s'établir, enfin la constipation complète ou incomplète, le météorisme, et tous les symptômes d'algidité, d'inanition, ainsi qu'une prostration extrême, que nous avons signalée en parlant de l'occlusion totale, se manifestent avec une intensité et une promptitude qui varient suivant les cas.

Marche; durée; terminaison de l'occlusion en général.

Marche; durée; terminaison. — Nous pouvons seulement dire, d'une manière générale, que l'obstruction incomplète, causée accidentellement par un spasme, un corps étranger, par des matières fécales, et même par une invagination passagère, se termine quelquefois par la cessation des accidents, lors même qu'ils ont acquis une violence extrême, capable de désespérer le médecin le plus consommé dans son art. Nous avons vu dans quatre cas de ce genre la guérison s'effectuer, d'une façon inespérée, soit deux à trois jours après l'apparition des symptômes, soit après douze et même quinze jours de durée.

Terminaison 1° heureuse;

2° par péritonite;

Le plus ordinairement, la mort, qui met fin à cette redoutable maladie, a lieu par le développement d'une péritonite violente qui enlève le malade dès le début, ou vers la fin, lorsque le tube digestif, cédant à la distension gazeuse, se perfore, ou par le seul fait de l'arrêt au cours des matières fécales et de la tympanite extrême. Cette dernière cause peut, à elle seule, provoquer la péritonite suraiguë. La gangrène d'une portion de l'intestin, l'expulsion d'une grande quantité de fécès durs, ou d'une concrétion biliaire, intestinale, etc., mettent fin, parfois, à tous les accidents.

Symptômes suivant le siége de l'obstruction.

On ne peut que soupçonner le siége de l'obstruction lorsqu'il existe, en un point limité du ventre, une douleur persistante, une tumeur limitée, rénitente aux doigts, à laquelle correspond de la matité, etc. On a prétendu que l'oblitération de la partie supérieure du jéjunum ne donnait pas lieu aux vomissements stercoraux et devait intercepter le passage de ces matières. Cette assertion est inexacte et ne s'applique d'ailleurs qu'aux obstructions complètes. Dans quelques cas rares on a senti très-distinctement le paquet intestinal qui constituait le volvulus. Il est plus ordinairement situé dans les régions iliaque droite, ombilicale et sous-ombilicale (Bonnet). Les symptômes les plus violents, qui se développent avec le plus de

promptitude, appartiennent aux obstructions situées dans les parties les plus déclives de l'intestin, vers la fin du grêle, et dans les colons.

Diagnostic. — La perforation subite de l'intestin et la péritonite suraiguë donnent lieu à tous les symptômes de l'étranglement. La recherche de la cause, du mode de développement du mal, son début subit, l'état fébrile, font découvrir immédiatement la nature de la maladie. Une péritonite ne survient que dans le cours d'une fièvre typhoïde, chez une femme récemment accouchée, à l'époque de ses règles, à la suite de la rétention longue des matières fécales, ou chez un sujet atteint d'affection organique du tube digestif. Une colique hépatique ou néphrétique donne lieu à des vomissements et à une constipation qui peuvent en imposer pour une obstruction intestinale lorsqu'elle se montre pour la première fois. Le siége de la douleur, l'ictère, le retour facile des évacuations dans le premier cas, l'examen de l'urine dans le second, suffisent pour faire reconnaître la colique hépatique et la rénale.

Diagnostic. Péritonite; perforation.

Coliques hépatiques et néphrétiques.

Traitement. — Nous ne devons nous occuper que du traitement de l'obstacle. Il consiste essentiellement, et avant tout, à provoquer les mouvements propres de l'intestin. On remplit cette précieuse indication à l'aide des drastiques administrés par la bouche et en lavements. Ceux qui réussissent le mieux sont l'huile de croton tiglion, à la dose de quatre à cinq gouttes, sur du sucre, le calomel, les pilules dans lesquelles entrent la bryone, la coloquinte, la gomme gutte, le jalap, etc., et les lavements qui doivent contenir du séné, des sels de soude, de magnésie, du nerprun et quelques-uns des drastiques précédents. On a conseillé les lavements forcés : nous n'y trouvons aucun inconvénient. En général, nous devons dire que le traitement des obstructions nous a paru, dans la majorité des cas, dirigé avec trop de mollesse, de timidité et trop tardivement par les médecins que nous avons vus à l'œuvre, auprès des malades de la ville. Ils craignent souvent de donner un médicament capable d'irriter, d'enflammer l'intestin, et cependant, qu'y a-t-il de mieux à faire que de se hâter de faire contracter énergiquement cet organe; demain il sera trop tard; l'intestin, distendu par les gaz, ne pourra plus retrouver sa contractilité.

Traitement.

Administration des drastiques par la bouche et en lavements.

En même temps qu'on agit avec les drastiques, on couvre le ventre de glace, de cataplasmes froids, de substances narcotiques; on donne les boissons froides, la glace, et surtout du vin coupé avec la limonade, l'orangeade, l'eau de Seltz, du bouillon froid, etc. On peut aussi essayer les infusions aromatiques et celles de quinquina et de ca-

Réfrigération; froid intus et extus.

momille, si le malade le désire vivement. Les préparations de belladone ou d'opium conviennent surtout lorsqu'on suppose l'existence d'un spasme de l'intestin, ou lorsque la convulsion a une certaine part dans la production des accidents.

Électricité. Mercure coulant.

On a conseillé l'emploi de l'électricité, qui peut être tentée dans les cas graves; du mercure coulant, auquel on avait accordé jadis une confiance qu'il a entièrement perdue aujourd'hui; et, dans les cas extrêmes, de la *gastrotomie*. Proposée par Paul Barbetti, cette opération ne doit pas être rejetée d'une manière absolue. On a voulu la remettre en honneur dans ces derniers temps (Sédillot), mais les faits cités par les partisans de l'opération sont loin de lui être favorables. La difficulté de reconnaître le siége, et souvent la cause de l'étranglement, rendent la gastrotomie très-dangereuse.

Gastrotomie.

ANIMAUX PARASITES DE L'INTESTIN.

Les animaux parasites qui habitent le tube digestif sont : 1° le tænia et le bothriocéphale qu'on trouve dans l'intestin grêle; 2° le lombric ou ascaride lombricoïde dans les mêmes parties; 3° l'oxyure vermiculaire, et 4° le trichocéphale, dans le gros intestin.

DU TÆNIA.

Deux espèces de tænia. Tænia solium ou armé.

Deux espèces de tænia existent dans le corps de l'homme: la première est le *tænia solium* ou *tænia armé*, *le ver solitaire* caractérisé par une tête sur laquelle on trouve quatre mamelons proéminents ou suçoirs; au milieu de ceux-ci on voit un renflement ou rostre, entouré d'un double rang de crochets disposés en couronne. Chaque articulation a une longueur qui en dépasse de beaucoup la largeur. La seconde espèce est constituée par le *tænia large, non armé, à anneaux courts et larges*, par le bothriocéphale. Sa tête présente deux dépressions oblongues ou fossettes, au milieu desquelles existe la bouche; on ne trouve aucune trace de crochets, ce qui a fait nommer cette espèce de tænia, un tænia désarmé; les anneaux sont ordinairement plus larges que longs; sa longueur peut être moindre que le précédent (5 à 6 mètres). Les symptômes auxquels donne lieu la présence de ces animaux étant les mêmes, quelle que soit l'espèce, nous n'avons pas à nous préoccuper de leurs différences zoologiques.

Bothriocéphale ou tænia désarmé.

Causes. — Le tænia solium, plus commun que le tænia large, se montre plus fréquemment en Allemagne, en Autriche, en Prusse, en Angleterre, en Suède, en France, en Italie, en Portugal et en Grèce, tandis que le tænia large est plus répandu en Russie, en Pologne, en Suisse, particulièrement à Genève. **Étiologie.** Contrées habitées par les tænias.

On les a observés à tous les âges ; chez les enfants de un an et chez les vieillards. Les femmes y sont plus exposées que les hommes. On a cru que l'usage des préparations lactées, des légumes, des fruits, et des aliments qui donnent beaucoup de résidus, les occasionnait. Il semble au contraire, d'après les dernières recherches, que la nourriture animale, le séjour dans les boucheries, les cuisines, seraient les causes de la génération du tænia. Les études récentes faites sur le développement des tænias confirment cette dernière opinion, qui exige toutefois de nombreuses et nouvelles investigations. En Abyssinie, la génération du tænia est endémique à ce point, dit-on, que tous les habitants en sont affectés. On a prétendu qu'il était héréditaire dans certaines familles. Age. Sexe. Nourriture.

Symptômes. — Ils manquent dans un grand nombre de cas. Le malade expulse des fragments de vers depuis huit à dix ans et plus sans que sa santé en soit notablement troublée. Le premier et le plus fréquent des symptômes est la douleur de ventre, marquée par des coliques péri-ombilicales, épigastriques, ou occupant l'un ou l'autre hypocondre. Les coliques sont remplacées parfois par une sensation de mouvement, de reptation, de piqûre, de gonflement, de tuméfaction, tantôt réelle, tantôt imaginaire. **Symptomatologie.** Coliques.

Il est rare qu'à une époque plus ou moins variable de la maladie, il ne survienne pas des troubles prononcés de la digestion. L'appétit, loin d'être augmenté, boulimique, comme on l'a dit trop généralement, est diminué, capricieux irrégulier. On voit aussi paraître, à différents degrés, surtout chez les femmes, des accidents dyspeptiques, de la gastralgie, des nausées, des vomissements alimentaires bilieux, souvent pituiteux, plus ou moins éloignés, de la salivation, de l'épigastralgie, ou se produire des gaz après chaque repas ou dans l'intervalle. Ces symptômes, d'ailleurs très-variables, n'ont qu'une valeur diagnostique minime, parce qu'ils dépendent souvent de l'état névropathique et hypocondriaque, dans lequel tombent les malades devenus chloro-anémiques, à un certain degré. Troubles dyspeptiques. Vomissement. Flatulence intestinale.

Les signes les plus importants et même les seuls caractéristiques sont : 1° l'expulsion par les selles d'un certain nombre d'anneaux de tænia ; 2° la démangeaison du pourtour de l'anus ; quant au prurit Expulsion d'anneaux de tænia. Prurit de l'anus.

de l'extrémité du nez regardé généralement comme un signe certain de la présence des vers intestinaux et du tænia en particulier, il n'a pas toute l'importance qu'on lui a attribuée ; néanmoins il faut en tenir compte, parce qu'il constitue, avec la douleur abdominale sourde et les coliques vives sans motif, une forte présomption en faveur d'un entozoaire. Quant au nombre et à la nature des selles, ils sont trop variables pour servir au diagnostic. En raison des troubles dyspeptiques, il survient de la diarrhée ou de la constipation.

Troubles nerveux sympathiques.

Les troubles nerveux sympathiques, nuls chez un grand nombre de sujets, acquièrent une grande intensité chez d'autres, qui présentent, d'une manière passagère et plus ou moins répétée, de la céphalalgie, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, de fréquentes courbatures, des douleurs articulaires, un état lypémaniaque ou une nosomanie très-prononcés. Dans ce dernier cas dont nous avons observé huit exemples, tous les troubles nerveux ont cédé à l'expulsion du vers intestinal.

Lypémanie et nosomanie

Névroses cérébrales et musculaires.

L'influence sympathique exercée par la présence d'un tænia peut-elle aller jusqu'à produire des attaques convulsives, simples, épileptiformes ou hystériques, le tremblement, la paralysie des membres, la chorée, etc. ? Les accidents de cette nature peuvent tenir à cette seule cause, toutefois pourvu qu'il y ait une forte prédisposition. Les faits qui viennent à l'appui de cette opinion ne manquent pas dans les annales de la science. On conçoit, en effet, que des sujets nerveux, affaiblis, anémiés, sans cesse en proie à la crainte que leur fait éprouver la maladie dont ils se savent affectés, puissent offrir du délire, des hallucinations, de l'insomnie, du cauchemar, un sombre désespoir et des troubles cérébraux légers ou intenses, durables ou passagers.

Névroses viscérales.

Chez les femmes atteintes de tænia les règles se troublent le plus ordinairement : des symptômes hystériformes, l'hystérie même et la chlorose se manifestent; chez d'autres on observe des palpitations continuelles ou par accès, de la dyspnée, de la toux et des douleurs intercostales.

Chloro-anémie : son importance extrême.

Remarquons, en terminant, que si la digestion ne souffre pas chez un petit nombre de malades, elle s'altère, à différents degrés, chez presque tous, et qu'il survient de l'amaigrissement, une teinte pâle du visage, une expression de langueur et de faiblesse générale et tous les signes de la chlorose et de l'anémie. Il est singulier de voir que les auteurs mentionnent à peine ce dernier état pathologique, consécutif aux troubles de la digestion et de la nutrition. Et cependant l'altération du sang qui le détermine a, comme on le sait, une part très-grande

dans la production de tous les symptômes nerveux, convulsifs, hystériques et autres que nous avons indiqués précédemment. Nous ne ferons que mentionner la dilatation des pupilles, la teinte plombée de la face et l'expression de langueur des yeux, parce qu'ils n'ont pas une valeur diagnostique bien grande.

Marche; durée; terminaison. — Les symptômes étant nuls au début, la plupart des malades ne consultent le médecin qu'à partir de l'instant où ils commencent à rendre des portions de tænia, ou à ressentir de la dyspepsie, des troubles de la digestion ou des accidents nerveux sympathiques. La fragmentation spontanée du ver solitaire est très-fréquente; souvent elle est amenée par l'usage de quelques médicaments. Il est rare que le malade soit délivré entièrement de son mal sans traitement, par les seuls efforts de la nature; souvent il ignore la cause des symptômes qu'il éprouve, et le médecin lui-même peut rester dans le doute, en présence des troubles d'origine incertaine qu'il observe; cependant il doit alors ne pas hésiter à prescrire les médicaments tænicides qu'on possède aujourd'hui et dont l'action presque certaine, et dans tous les cas inoffensive, le mettra sur la voie du diagnostic. Il peut arriver qu'en laissant la maladie livrée à elle-même, elle entraîne des symptômes d'étranglement, d'invagination, de perforation intestinale, de phlegmon, à la suite desquels le tænia peut sortir à travers les ouvertures accidentelles ou déterminer la mort des sujets. On ne peut jamais avoir la certitude que le malade a rendu la totalité du tænia, parce que la tête, qu'on doit toujours rechercher, peut avoir été détruite ou ne pas être retrouvée; dans ce dernier cas l'animal se reproduit facilement; il peut d'ailleurs en exister plusieurs dans l'intestin.

Marche; durée; terminaison.

Traitement. — Nous nous garderons bien de passer en revue tous les remèdes vermicides qui ont été préconisés, tour à tour, contre le tænia et dont on trouve la liste dans tous les livres. Ceux qui méritent de nous arrêter, parce qu'ils jouissent à juste titre de propriétés curatives incontestables, sont: la racine de fougère mâle, la racine d'écorce de grenadier et le Kousso, ou Kowso (fleurs du Brayera anthelminthica).

Traitement.

La racine de fougère mâle fournit une décoction et un extrait éthéré. Les vertus tænicides de cette dernière préparation, qu'on emploie commodément en pilules, à la dose de un à deux grammes, ont été reconnues par Peschier de Genève. L'huile éthérée, à la même dose, convient également. On doit faire suivre l'administration de ce médicament d'un purgatif (40 à 50 grammes d'huile de ricin). On

Fougère mâle. Remède de Peschier.

peut donner cette huile à la dose de 20 gouttes plusieurs fois de suite, dans une potion ou mieux encore dans de l'huile de ricin. Elle est préférable à la décoction et à la poudre de fougère dont les quantités considérables fatiguent aisément l'estomac. D'autres ont plus de confiance dans la fougère femelle. La décoction de fougère mâle est associée à l'éther dans le remède de Bourdier, etc., etc.

Racine de grenadier.

La racine fraîche de grenadier sauvage ou cultivé, dont les propriétés vermicides sont connues depuis Dioscoride, Pline, Celse et Marcellus, a été remise en honneur vers le commencement de ce siècle. On en fait une décoction (60 grammes pour 750 grammes d'eau); on réduit à 500 grammes qu'on donne en trois fois, à une heure d'intervalle. Cette décoction a l'inconvénient de faire vomir, de causer des vertiges, des éblouissements, de la céphalalgie; elle constitue cependant un des meilleurs tænicides qu'on connaisse. L'écorce sèche réussit, dit-on, aussi bien. Nous n'avons jamais employé que la première préparation et avec un succès assez variable. On la fait suivre d'un purgatif tel que l'huile de ricin, administré au moins quinze heures après la racine. Le malade rend souvent dans la journée la plus grande partie ou la totalité du ver.

Kousso.

Il pousse en Abyssinie une plante connue sous le nom de Brayera anthelminthica dont les fleurs, réduites en poudre, constituent le remède, tenu longtemps secret, qu'on appelle le Kousso. On donne cette poudre en deux fois, dans un demi-verre d'eau ou une demi-potion, et le malade expulse dans la journée sans coliques, sans grand malaise, au milieu de cinq à six selles liquides, le ver intestinal. Nous l'avons administré avec un succès complet dans quinze cas environ. On a encore vanté l'écorce de l'arbre appelé Marsenna, le fruit desséché du mœsa picta (saoria); celui du myrsina africana, etc., plus difficile à se procurer que les remèdes que nous avons indiqués d'abord. Nous avons cité ailleurs (*Compendium de médecine*, art. *Tænia*) dix-neuf médications différentes auxquelles nous aurions pu en ajouter un grand nombre d'autres. On n'y aurait recours que dans le cas où il serait impossible de se procurer les préparations qui ont été signalées comme les plus actives, ou bien si elles n'avaient pas réussi à déterminer l'expulsion du tænia.

Bibliographie.

Bibliographie. — Strohl, *Des principaux ténifuges actuellement employés et de deux nouveaux médicaments de ce genre, importés d'Abyssinie, le saoria et le Tatzé. Gazette médic.*, page 405, 1854. — Davaine, *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses*, in-8. Paris, 1860.

ASCARIDE LOMBRICOIDE.

Les lombrics habitent exclusivement l'intestin grêle et n'émigrent qu'accidentellement pendant la vie ou seulement après la mort. On les trouve alors dans l'estomac, l'œsophage et le gros intestin. Ils sont rares avant six mois; très-communs, au contraire, de trois ans à dix (1|20e environ, Guersent). Ils se montrent souvent chez les sujets mal nourris, qui vivent surtout de légumes, de fruits, de substances riches en ligneux, de lait, de fromage, de beurre, qui habitent des pays froids, humides, marécageux, qui sont en proie à de fréquentes diarrhées, dont la constitution est molle, lymphatique ou scrofuleuse, etc. Ces causes, fort douteuses, ne seront acceptées par les observateurs qu'après de nouvelles recherches. On a attribué la production du lombric, qui est comme on le sait, ovipare, à la pénétration dans le tube digestif des œufs transportés au moyen de l'eau qui sert de boisson.

Siége des lombrics.

Age.

Causes.

Transport des œufs de lombric.

Symptômes. — On est fort embarrassé pour dire quels sont les symptômes qui dénotent, à coup sûr, la présence des lombrics. Ils dépendent surtout du nombre de ces animaux. On est fort surpris de voir des malades rendre par le vomissement deux à trois lombrics, sans en avoir présenté le moindre symptôme. Ceux qu'on est en droit de leur attribuer sont des coliques générales ou ombilicales, des douleurs sourdes et des picotements en ce dernier point, le météorisme, la sensibilité et la tuméfaction habituelles du ventre, une fréquente diarrhée séro-muqueuse, rarement bilieuse, la perte de l'appétit, l'enduit saburral et blanchâtre de la langue, l'haleine acide, la salivation, les nausées, les vomituritions, quelques vomissements de matière muqueuse. L'expulsion des lombrics par l'anus ou par les vomissements sont les deux signes positifs de la vermination lombricoïde. En résumé, ils constituent avec la dyspepsie et l'état gastrique et bilieux les symptômes qu'on observe le plus constamment du côté du tube digestif.

Symptomatologie.

Troubles digestifs.

Signes de l'embarras gastrique.

Les troubles *sympathiques* sont plus douteux encore; les uns en ont diminué, les autres exagéré le nombre et l'importance. Parmi ces symptômes, nous citerons la démangeaison du nez, la céphalalgie, les vertiges et la dilatation des pupilles, qui ne manquent pas de valeur; les convulsions, et spécialement le strabisme, le grincement nocturne des dents, l'assoupissement. Ces derniers actes morbides ne

Symptômes sympathiques.

peuvent être attribués que dans un petit nombre de cas à la présence des lombrics.

Migration des lombrics : 1° dans divers départements de l'intestin ;

Il est incontestable que ces vers, soit isolément, soit en s'agglomérant dans l'intestin, peuvent produire des accidents variés : 1° ils peuvent émigrer *dans l'estomac*, d'où ils sont rejetés rapidement par le vomissement ; dans l'*œsophage*, où ils causent une sensation de picotement, de boule, d'étranglement et de la toux ; dans le *gros intestin*, d'où les contractions intestinales ne tardent pas, non plus, à les chasser avec colique, gargouillement et météorisme ; rarement ils passent dans le canal cholédoque ou se rencontrent dans les conduits cystique ou hépatique ; cependant nous avons vu deux cas de ce genre. Les lombrics s'étaient certainement introduits après la mort dans les conduits naturels préalablement dilatés par la maladie. Les auteurs rapportent des observations semblables. On ne peut pas affirmer qu'ils ne peuvent pas arriver, pendant la vie, dans les canaux où on les retrouve après la mort.

2° dans les conduits biliaires.

Phlegmasie produite par les lombrics ?

On s'est demandé si la présence des lombrics pouvait provoquer l'entérite. On a répondu affirmativement, à une époque où les rougeurs de la membrane muqueuse suffisaient pour faire admettre l'inflammation. Aujourd'hui on est peu disposé à croire qu'il en est ainsi dans les cas de ce genre.

Perforation de l'intestin.

La perforation de l'intestin, de l'estomac ou du colon par des ascarides qu'on trouve, après la mort, engagés dans une ouverture accidentelle, ou tombés dans le péritoine, est un fait dont l'interprétation a été donnée diversement par chacun. Il est évident qu'une pareille lésion ne saurait avoir lieu sans que de graves symptômes se montrent pendant la vie, et alors ils ne laisseraient aucun doute sur l'existence d'une perforation effectuée avant la mort.

Traitement.

Traitement. — Lorsqu'on est en droit d'attribuer aux lombrics quelques-uns des accidents abdominaux, nerveux ou autres qu'on observe surtout chez les enfants, on ne doit pas hésiter à leur prescrire des vermifuges et des vermicides qui n'ont d'ailleurs aucune espèce d'inconvénient, tels que : la mousse de Corse, le semen-contra ou la santoline, qu'on fait entrer dans des dragées, du pain d'épice, une potion ou des pilules ; le calomélas sous forme de pastilles, de dragées, qui est un excellent vermicide facile à donner aux enfants ; la tanaisie, l'armoise, l'absinthe, l'aurone, en infusion ou dans une potion ; l'essence de térébenthine enfermée dans des capsules ; le camphre, la limaille de zinc, et un très-grand nombre de drastiques et de purgatifs qui n'agissent alors qu'en produisant l'expulsion des vers.

Vermicides et vermifuges.

Il est fort curieux de les voir résister à l'action de la fougère mâle, de la racine d'écorce de grenadier, ou du moins ceux-ci n'ont pas d'effet plus sûr que les autres médicaments. On a aussi appliqué à l'extérieur, sur le ventre et près de l'ombilic, de l'huile camphrée, de térébenthine, de ricin, des cataplasmes d'ail, de tabac, ou préparés avec la tanaisie, l'armoise et tous les vermifuges indiqués plus haut. Il est inutile de dire que cette médication est fort incertaine, et ne peut être employée que comme auxiliaire des médicaments internes.

Topiques vermifuges.

OXYURE VERMICULAIRE.

Ce ver, à sexe distinct, ovipare, de forme linéaire, de 3 à 4 millimètres de long, habite le gros intestin et le rectum, dont il occupe la partie inférieure. Il détermine à l'anus des démangeaisons insupportables, heureusement passagères, mais qui reviennent souvent la nuit. Les matières fécales sont couvertes de ces animaux qui se présentent comme de petits fils blancs animés et qui se meuvent avec agilité ; d'autres sont immobiles et morts. Le prurit anal est quelquefois porté au point d'exciter des douleurs vives dans la partie inférieure de l'intestin et au col de la vessie ; de causer la rétention d'urine ou l'émission fréquente de ce liquide, de forcer le malade à tirailler l'anus, en y introduisant les doigts. On a aussi parlé d'accidents sympathiques dus à la présence des oxyures, d'excitation à la masturbation, au coït, de blennorrhée, de troubles menstruels, de pertes séminales, de dyspepsie, etc. Ces vers peuvent émigrer très-loin de leur siége primitif, et parvenir dans toute la longueur du tube digestif et dans le vagin. Ils sont communs dans l'enfance et dans la jeunesse ; cependant on les voit souvent aussi chez les vieillards. Ils ont été observés dans un grand nombre de maladies : dans la fièvre typhoïde, le typhus, les diarrhées chroniques, etc., etc.

Oxyure vermiculaire.

Migrations lointaines. Causes. Enfance et vieillesse. Maladies.

Traitement. — On doit chercher à les détruire par des vermicides qu'on porte directement dans le gros intestin avec des lavements. La décoction de tanaisie, d'absinthe, d'armoise, de valériane, de semen-contra, ou la poudre de ces mêmes plantes suspendue dans l'eau d'un lavement ; le camphre surtout et le deutochlorure de mercure en solution (2 à 3 centigr. par litre), le jus de l'ail, les eaux sulfureuses, l'eau froide même, constituent des médicaments précieux qui doivent être employés tour à tour, lorsque les accidents causés par les oxyures persistent avec opiniâtreté : ce qui n'est pas rare. On

Traitement. Lavements.

Médication interne.

ajouterait, d'ailleurs, à leur action celle d'un vermifuge administré à l'intérieur, du semen-contra, du camphre, de la tanaisie et de l'assa fœtida, si l'on ne pouvait réussir à expulser les vers par les lavements.

MALADIES DE L'APPAREIL BILIAIRE.

Divisions des maladies du foie.

Doivent être comprises sous le nom de maladies de l'appareil biliaire : 1° les maladies du foie ou de l'organe sécréteur de la bile ; 2° des organes excréteurs, c'est-à-dire des conduits hépatique, cystique, cholédoque et de la vésicule biliaire.

1° *Maladies du foie.* — Nous décrirons : 1° l'hypérémie ; 2° l'inflammation ; 3° la cirrhose ; 4° la dégénérescence graisseuse ; 5° les acéphalocystes ; 6° les *maladies de la veine-porte.*

2° *Maladies de l'appareil excréteur de la bile.* — 1° Inflammation ou cholécystite ; 2° concrétions biliaires ou colique hépatique ; 3° *les lésions de la sécrétion.*

Généralités sur les maladies de l'appareil biliaire.

Généralités. — Nous ne pouvons commencer l'étude des maladies du foie sans présenter sur elles quelques considérations générales qui nous ont été suggérées tant par la lecture des ouvrages nombreux dont elles ont été le sujet, que par les observations particulières que nous avons recueillies depuis seize ans et qui s'élèvent aujourd'hui à plus de deux mille ; cependant, telle est l'obscurité qui environne ce sujet, que nous craindrions d'émettre des opinions tranchées ; aussi nous efforcerons-nous plutôt de combattre celles qui ont été avancées, souvent sans preuves suffisantes. Nous avons déjà utilisé une partie de nos observations en publiant quelques mémoires sur la congestion, l'inflammation, le cancer, les acéphalocystes, l'ictère grave ; nous allons faire servir celles que nous possédons encore à la rédaction de ce travail.

Tendance de la physiologie moderne.

Le foie n'est plus considéré aujourd'hui comme un simple organe de sécrétion biliaire. La doctrine de Galien, un moment ébranlée par Riolan, mais étayée de nouveau par les expérimentateurs modernes, a prévalu. Elle montre qu'il se passe dans cet organe des métamorphoses importantes de la matière animale, que le sang y subit une élaboration profonde, peut-être même que l'élément globulaire s'y forme et que les matières albuminoïdes et les hydrocarbures concourent à la formation du sang. M. Cl. Bernard s'est efforcé de mettre dans le foie la production de la glycose, et le foyer principal de la

calorification. On sait les différences essentielles qui existent entre le sang de la veine-porte et celui de la veine hépatique, ou, en d'autres termes, entre celui qui a subi l'hématose hépatique et le sang veineux. En un mot, tous les travaux récents et actuels confirment la grande idée physiologique de Galien, à savoir que le foie est chargé de plusieurs fonctions importantes.

Tendance nouvelle de la pathologie.

La pathologie ne saurait se soustraire à cette nouvelle direction; nous chercherons pour notre part à la lui conserver dans ce travail, comme nous n'avons cessé de le faire dans les mémoires que nous avons successivement publiés. Il y a peu de temps encore on s'opiniâtrait à ne voir dans le foie qu'un organe isolé, semblable aux poumons, aux reins, ou à tout autre viscère, ayant ses maladies locales, indépendantes, solitaires, comme les autres organes; la plupart des auteurs les ont envisagées et décrites ainsi. Telle n'est pas, à notre sens, la manière la plus vraie ni la plus intéressante de présenter la description des maladies hépatiques. Elles peuvent être et elles sont en effet quelquefois entièrement locales; la cause n'a agi que sur le foie; mais le plus ordinairement elles sont, comme nous le répétons souvent, la détermination morbide partielle, la *maladie* d'une affection ou maladie générale. La plus grande partie des congestions du foie ne sont-elles pas l'effet d'une altération du sang, d'un empoisonnement ou d'une diathèse? Qu'est-ce que la cirrhose des ivrognes, sinon une maladie toxique? La dégénérescence graisseuse dans la scrofule, dans l'empoisonnement par le phosphore, dans le cancer, dans le tubercule, dans les tumeurs syphilitiques, est-elle autre chose qu'une maladie locale placée sous la dépendance de maladies très-générales? Combien d'autres, d'origine plus douteuse, serions-nous cependant fondés à mettre dans la catégorie des affections, telles que les concrétions biliaires rapportées par quelques auteurs à la goutte, l'hépatite rhumatismale, l'ictère hémorrhagique essentiel, etc., etc.? Nous nous expliquerons sur ces différents points à mesure que nous ferons l'histoire de ces maladies.

Les maladies du foie sont : 1° locales;

2° liées à une affection.

Application de la microscopie et de la chimie à l'étude de ces maladies.

Plusieurs méthodes d'investigation rigoureuse et qui promettent les plus heureux résultats si elles sont employées persévéramment et par des mains habiles, sont la percussion, l'analyse chimique et l'examen microscopique; seulement il faut reconnaître qu'elles offrent plus d'un genre de difficultés. La percussion est facile et exige seulement un peu d'habitude; il n'en est pas de même de l'analyse chimique du sang, de la bile, de l'urine, chez les sujets atteints des maladies du foie; à moins qu'elle n'ait été faite par des hommes déjà connus par leurs

travaux antérieurs, elle mérite peu de confiance. Nous en dirons autant des études microscopiques dont les résultats ne peuvent être acceptés qu'avec une grande circonspection. Rappelons, d'ailleurs, que les recherches dont il s'agit ne datent que d'hier, qu'elles portent sur les liquides et le solide les plus complexes de l'économie ; qu'elles sont souvent contradictoires, et qu'il faudra encore un temps bien long et des myriades d'observations pour jeter la lumière sur les maladies du foie. Nous repoussons comme prématurées et fondées sur un trop petit nombre de faits les théories qu'on a proposées en Allemagne, dans le but d'expliquer la nature des maladies hépatiques. Malgré vingt années d'observations et un grand nombre de faits recueillis, nous n'oserions pas encore formuler une opinion sur les points difficiles, et ils sont nombreux, de la pathologie hépatique. Nous croyons que ce n'est pas éclairer beaucoup les questions en litige que de mettre partout le processus inflammatoire, qui a fini par remplacer l'inflammation de Broussais, en empruntant à sa doctrine toutes ses exagérations, ou de subtituer l'atrophie des cellules et la dégénérescence graisseuse à toute autre hypothèse. Nous n'hésiterions pas, pour notre part, à les accepter, si le diagnostic, la thérapeutique et une notion plus certaine de la maladie devaient sortir de ces hypothèses ; elles ont, au contraire, l'inconvénient de faire croire que nos connaissances sont plus précises, tandis qu'elles tendent à obscurcir encore le sujet.

MALADIES DU FOIE OU APPAREIL SÉCRÉTEUR DE LA BILE.

HYPÉRÉMIE.

Hypérémie du foie.

L'hypérémie du foie est l'accumulation insolite et plus ou moins durable du sang dans la totalité ou une partie de son parenchyme. Il est facile de définir la congestion, il ne l'est pas d'en décrire les lésions anatomiques et les symptômes, qu'on a le plus ordinairement confondus avec ceux de l'inflammation.

Divisions des hypérémies hépatiques.

Divisions. — Il nous paraît plus nécessaire encore que dans tout autre travail sur les congestions, de séparer celles qui ont le foie pour siége, en un certain nombre de groupes différents les uns des autres. 1° Le premier se compose des hypérémies produites par l'inflamma-

tion du foie ou par une lésion capable d'y appeler et d'y retenir le sang (voyez *Hépatite*); 2° le second groupe est formé des hypérémies dues à la gêne de la circulation hépatique (maladies des voies respiratoires, circulatoires, digestives); 3° viennent ensuite les altérations du sang; 4° les hypérémies dynamiques ou essentielles; 5° les cadavériques. L'ancienne division des hypérémies en aiguës et en chroniques, en actives et en passives, ne représente rien de distinct et ne fournit aucune donnée au diagnostic et au traitement.

Nous ne craindrons pas d'accorder une place et des développements considérables à la congestion hépatique, parce que nous avons recueilli un grand nombre d'observations sur ce sujet, et surtout parce que son histoire, confuse et incertaine, est à peine ébauchée dans les ouvrages, malgré le rôle important qu'elle joue dans la pathologie.

Étude générale de l'hypérémie hépatique. Causes nombreuses qui agissent sur elle.

Étude générale. Lésions anatomiques. — Le foie, placé sur le trajet de deux circulations, l'une qui a pour siége la veine-porte, l'autre l'artère et les veines hépatiques, se trouve exposé ainsi à des influences pathogéniques nombreuses. Il ressent, d'une part, le contre-coup des maladies de l'estomac, de l'intestin et de la rate, et de l'autre celui des affections qui sont du domaine de la grande et de la petite circulation; il participe enfin à toutes altérations du sang. On peut imaginer, dès à présent, la fréquence des hypérémies hépatiques et les causes qui agissent sur leur production.

Volume normal du foie.

Volume du foie. — Les études auxquelles nous nous sommes livré et dont nous avons consigné le résultat dans notre mémoire *sur la congestion non inflammatoire du foie* (*Archives génér. de médec.*, p. 545, t. I, 1861), nous ont conduit aux mesures suivantes: diamètre transversal, 26 centimètres; antéro-postérieur sur le bord droit de la vésicule, 19 c.; sur le gauche, 17; sur le lobe de Spigel, 13. Le poids du foie est ordinairement en rapport avec celui du corps (1/30). Il diminue, comme chacun le sait, à partir de la naissance, et plus encore pendant la vieillesse. On l'évalue en moyenne à 1 kil. 460 gr.

Poids.

Accroissement morbide de volume.

Toutes les congestions ne produisent pas l'augmentation de volume au même degré. Il y a de grandes différences, sous ce rapport, entre l'hypérémie due à une gêne mécanique et longue de la circulation hépatique ou au miasme paludique, et l'hypérémie passagère causée par une intoxication alcoolique aiguë. Quoique nous admettions, avec les auteurs, une facile et rapide augmentation du foie dans la congestion, elle ne nous paraît pas aussi considérable qu'on l'a prétendu. Nous avons fait sur ce point un certain nombre d'expériences qui nous ont permis

Caractères généraux de cet accroissement.

de nous assurer qu'un foie ne peut guère loger, lorsqu'on y pratique une injection forcée, que 300 à 400 grammes de liquide. Il n'entre pas dans les nécessités des fonctions hépatiques et des glandes en général, qu'une grande quantité de sang y séjourne et distende les tissus; il faut, au contraire, que la plus grande quantité possible de ce liquide traverse rapidement le système vasculaire et vienne ainsi se mettre en contact avec les cellules pour y opérer le départ des produits spéciaux. La maladie, il est vrai, pourrait renverser cette disposition physiologique, mais rien ne prouve qu'il en soit ainsi, et que la stase du sang et la distension des organes sécréteurs par ce liquide soient aussi bien démontrées qu'on l'a prétendu, ou du moins portées à un degré aussi extrême qu'on le croit généralement. Dans tous les cas, les hypérémies non inflammatoires que nous étudions, et qui se rapprochent plus des sécrétoires que de toute autre espèce d'hypérémie, ne donnent pas lieu à une augmentation considérable du volume du foie. Elle l'est au contraire dans l'inflammation, qui fait un appel incessant à l'hypérémie et a pour propriété spéciale de retenir et de combiner, en quelque sorte, le sang avec le parenchyme hépatique.

Différence entre la congestion inflammatoire et la non inflammatoire.

Colorations rouges.

La coloration rouge, dont les nuances varient depuis le rouge clair jusqu'au brunâtre, est le caractère le plus manifeste de l'hypérémie. Elle peut être uniforme, et les deux substances disparaître entièrement; ou bien on aperçoit, quand on a divisé l'organe, une série de circonvolutions rouges disposées autour d'une tige centrale imitant les branches et les feuilles de l'arbre de vie cérébelleux. Elles se découpent en un rouge brun sur un tissu plus jaune et plus clair. On a attribué la première coloration aux veines hépatiques, la seconde aux vaisseaux de la veine-porte. Kiernan les a très-bien figurées et décrites. Quelquefois la coloration la plus foncée est à la périphérie, et la plus claire au centre. Cette forme dendritique de la congestion est surtout bien accusée dans les maladies du cœur. On la désigne généralement sous le nom assez impropre de cirrhose du foie. (Voyez ce mot.) On voit donc que, selon le siége plus spécial de la congestion dans l'un ou l'autre ordre de vaisseaux, les colorations changent d'aspect.

Du lavage du foie.

Le lavage avec un courant d'eau qu'on fait passer dans un des vaisseaux du foie décolore rapidement cet organe et enlève la rougeur des deux substances. La pâleur anémique arrive assez promptement quand on les soumet à cette opération. Après l'avoir répétée sur trente sujets environ, nous avons acquis la certitude qu'excepté dans la phlegmasie et l'hypertrophie, le sang a peu de tendance à stag-

ner et les vaisseaux à s'agrandir, à cause de la communication facile et rapide qui s'établit entre toutes les parties de l'arbre vasculaire hépatique. Ces communications expliquent pourquoi l'hypérémie peut se produire et se dissiper si aisément sans laisser de traces de son passage, sous l'influence des maladies diverses qui gênent la circulation, surtout de celle du cœur, du poumon ou de l'abdomen. Nous citerons encore à l'appui de cette opinion deux faits importants: le premier est l'écoulement rapide du sang lorsqu'on vient à diviser le foie et à presser son tissu pour le débarrasser de ce liquide; le second est la rareté des dilatations un peu considérables des veines sus-hépatiques et porte. Le sang qui s'échappe d'un foie congestionné n'a aucun caractère spécial. Il peut s'en écouler quatre à cinq cents grammes quand on divise l'organe et quand on cherche à en faire sortir la plus grande partie.

Communication facile entre toutes les parties des vaisseaux.

Rareté des dilatations vasculaires.

Écoulement facile du sang.

Les cellules hépatiques que nous avons examinées un grand nombre de fois nous ont paru exemptes d'altération. La graisse y est peut-être en plus grande proportion qu'à l'état normal. Les vaisseaux capsulaires deviennent souvent très-visibles. On les trouve dilatés sur la face supérieure du foie. L'appareil excréteur de la bile contient une quantité normale de ce liquide. Le vésicule n'offre rien à noter.

Cellules hépatiques.

Nous avons examiné le sang de saignées pratiquées sur un nombre assez restreint de malades, et nous avons toujours trouvé le caillot volumineux, large, de bonne consistance, avec rudiment de couenne ou couenne imparfaite: mais jamais cette couche de fibrine qui couvre le caillot dans les inflammations. L'analyse ne nous a révélé l'augmentation de proportion de la fibrine que dans les véritables hépatites.

Composition du sang.

Causes. — Nous devons insister avec soin sur l'étiologie de la congestion non inflammatoire. Il n'en est pas de plus fréquente, même dans nos contrées. Elle se développe, comme nous allons le voir, dans des conditions pathologiques très-variées, et si on ne l'a pas observée plus fréquemment, c'est qu'on a cherché seulement les formes qui appartiennent déjà à l'hépatite bien constituée.

Étiologie.

I. *Hypérémies par maladies du solide.* — Elles sont de deux espèces très-différentes. Les unes dépendent d'une maladie du parenchyme hépatique, les autres d'une lésion de la grande et de la petite circulation.

1° Hypérémie par maladie du solide.

Les premières comprennent l'hypérémie phlegmasique, dont nous chercherons plus loin à retracer les principaux caractères dans sa forme la plus légère.

Irritation phlegmasique.

L'irritation qui fait appel au sang dans l'inflammation peut être aussi provoquée, dans une nuance plus faible et toute différente, par le développement d'un produit pathologique tel que le cancer, l'acéphalocyste, les tumeurs fibro-plastiques. Dans ce cas, la congestion est deutéropathique, souvent partielle, limitée aux environs des tumeurs de nouvelle formation. Quelquefois elle est causée et entretenue, d'une manière toute mécanique, par la compression que produisent ces tumeurs. Nous avons observé bien souvent dans la cholécystite, quelle qu'en fût la cause, des hypérémies développées autour des conduits hépatiques malades. Était-ce une congestion simple ou une phlegmasique? Nous montrerons plus loin que le simple fait de la lésion de sécrétion est commandé et préparé par un travail de congestion sécrétoire (Voyez *Congestion dynamique*).

Hypérémie sécrétoire.

Hypérémie par gêne de la circulation.

On doit ranger à côté des hypérémies précédentes celles qui procèdent d'une maladie du cœur et des organes vasculaires. La gêne de la circulation du sang en est la cause principale. On les observe souvent et à plusieurs reprises, dans le cours des maladies du cœur. Elles paraissent sous l'empire de causes accidentelles qui ajoutent tout d'un coup leur action à la maladie principale. Elles se dissipent plusieurs fois, mais pour reparaître, d'une façon plus durable ou plus grave, dans la période ultime des affections du cœur. C'est alors que la gêne, en partie mécanique, en partie dynamique, gagne les vaisseaux du foie, y amène la congestion, malgré le double système vasculaire dont cet organe est pourvu. Si on ne l'y a pas constatée plus souvent dans le cours des affections cardiaques, c'est parce qu'on ne l'a pas cherchée avec assez de soin, dans ses formes les plus légères, et avant qu'elle fût arrivée à cette période de la lésion qu'on a décrite sous le nom de cirrhose des maladies du cœur. Il est probable que l'altération du sang produite par la mauvaise élaboration qu'il subit dans les maladies du cœur prend une très-grande part au développement de l'hypérémie hépatique. Chez les vieillards, la faiblesse de la contraction cardiaque et les obstacles dont les vaisseaux deviennent si fréquemment le siége, sont la cause de plusieurs congestions hépatiques qu'on observe chez eux.

La lésion du sang y prend part.

Congestion dans la pneumonie ;

La gêne de l'hématose pulmonaire est moins sûrement suivie de congestion du foie; ce qui a lieu de surprendre, quand on se rappelle que les mouvements inspiratoires du thorax favorisent l'entrée du sang des veines hépatiques dans la veine-cave, et son reflux pendant l'expiration. Il s'agit de savoir si les observateurs ont suffisamment dirigé leur attention sur ce sujet. Nous sommes convaincu, pour notre part,

que l'ictère, si fréquent dans la pneumonie simple, et dans celle qu'on voit souvent paraître sous l'influence épidémique ou de certaines constitutions médicales, tient précisément à une hypérémie hépatique de cette nature.

Dans quelques autres maladies du tissu pulmonaire.

L'emphysème, le catarrhe chronique, les bronchites générales et capillaires, sont également suivis des mêmes effets. Nous en avons pour preuve les nombreuses observations que nous avons recueillies et qui sont actuellement sous nos yeux. On peut se demander si c'est la gêne de l'hématose pulmonaire qui entraîne cette congestion hépatique d'une manière mécanique, ou si ce ne serait pas plutôt quelque altération profonde survenue dans la composition du sang, par suite de la maladie du poumon.

Phthisie?

Du reste, on a quelque peine à comprendre comment la phthisie n'amène pas plus souvent la congestion du foie, elle qui gêne si fortement la respiration et qui donne lieu, si fréquemment, à des hémorrhagies pulmonaires. Cependant, comme nous l'avons dit ailleurs, en voyant le cœur et les vaisseaux diminuer de volume, en même temps que la quantité de sang, l'atrophie s'emparer de tous les tissus, il est facile de s'expliquer l'absence des congestions hépatiques dans cette maladie. (*De la congestion non inflammatoire du foie, Archiv. génér. de méd.*, t. XVII, p. 545, 1861.) La cirrhose, la dégénérescence graisseuse, sont aussi des modalités de l'atrophie du système vasculaire succédant parfois à l'hypérémie hépatique.

Tumeurs du ventre?

La même gêne mécanique que produisent les maladies du cœur, des vaisseaux, peut-être du poumon, se retrouve dans le cas où des tumeurs de nature et de volume divers, situées dans le ventre, portent obstacle à la circulation du système vasculaire de la veine-porte, et surtout de la veine-cave, et au retour du sang par les veines hépatiques; quelquefois elles agissent en faisant appel à la congestion, à la manière du stimulus inflammatoire.

2° Hypérémie par lésion du sang. Pléthore.

II. *Hypérémies par maladie du sang.* — Cette classe importante de congestions renferme un grand nombre de celles qui avaient reçu les noms impropres d'actives et de passives. Nous y trouvons d'abord les congestions du foie si communes chez les pléthoriques. Elles se montrent à des époques souvent très-éloignées les unes des autres et sous l'empire des écarts de régime, d'une émotion morale, de la suppression d'un flux sanguin habituel. Deux causes interviennent alors : l'une permanente, l'autre tout à fait occasionnelle. La constitution opposée du sang, l'anémie, les états dits cachectiques qu'elle représente, ne sauraient figurer parmi les causes de l'hypérémie hépa-

tique : nous l'avons observée, il est vrai, mais accidentellement, chez des femmes chloro-anémiques, et dans des maladies viscérales de longue durée, mais on sait que des causes très-différentes interviennent dans les cas de ce genre.

État de dissolution, ou scorbutique du sang.

Les causes les plus communes de l'hypérémie sont certainement la diminution des quantités normales de la fibrine du sang, l'état de dissolution de ce liquide et les maladies diverses dans lesquelles on observe des hémorrhagies et des phénomènes typhoïdes. On n'a pas suffisamment recherché les symptômes de la congestion hépatique dans la fièvre typhoïde, le typhus, les exanthèmes graves, la variole, etc.; nous l'avons cependant rencontrée pendant la vie ou après la mort. On sait combien elle est constante dans les maladies scorbutiques, dans la fièvre jaune, dont elle produit un des symptômes les plus caractéristiques, l'ictère. Elle n'est pas rare dans la diphthérie, la fièvre puerpérale, et même l'albuminurie. Elle s'accompagne très-souvent alors de la congestion des autres viscères, de la rate, du poumon, du cerveau, des capillaires généraux; elle se montre à une époque avancée de la maladie.

Pyrexies et fièvre jaune.

Pyémie; congestion hépatique.

Il nous a semblé aussi que le pus, mêlé au sang par l'effet d'une phlébite, d'une lésion traumatique, ou de toute autre cause, ne tardait pas à provoquer la congestion du foie, lors même qu'après la mort nous ne trouvions pas d'abcès métastiques ni les lésions propres à la phlegmasie. Nous sommes porté à admettre, d'après les faits que nous avons recueillis, que l'infection purulente ne va pas toujours jusqu'à produire l'hépatite ni des abcès, mais une congestion par altération du sang, distincte de celle qui appartient à la phlegmasie du foie. Nous avons recueilli un assez grand nombre de faits de ce genre dans les salles de chirurgie.

Intoxications par l'alcool et le phosphore.

L'intoxication par certains agents vénéneux, par les boissons alcooliques, par le plomb, le phosphore, le curare, est encore une cause d'hypérémie. Elle se développe de cette manière chez les ivrognes de profession et chez ceux qui font un abus passager de l'alcool; dans ce cas elle dépend uniquement de l'action propre exercée par le poison sur le tissu hépatique; son effet le plus ordinaire est la cirrhose pour l'alcool, et la dégénérescence graisseuse dans l'empoisonnement par le phosphore.

Miasme paludique.

Un autre effet plus singulier, plus mystérieux, et non moins sûr, est celui que détermine presque constamment le miasme des marais en pénétrant dans le corps humain. On sait qu'il appelle le sang dans la rate et presque aussi souvent dans le foie, sans qu'il en

résulte, dans le principe, d'autre symptôme que l'accroissement de volume et de sensibilité de l'organe et parfois un ictère léger.

Affection diathésique.

Nous pourrions rapporter plusieurs observations de congestions du foie qui se sont développées uniquement sous l'influence d'une affection diathésique, telle que le rhumatisme, la goutte, la scrofule. La relation de cause à effet nous a paru évidente. Nous avons reconnu la congestion à ses symptômes ordinaires. Dans d'autres cas elle s'est montrée en même temps que l'urticaire aiguë, l'eczéma et l'érythème noueux. Était-ce une simple complication?

Virus et venins.

L'intoxication du sang par un virus, par le syphilitique, le morveux, le charbonneux, peut-elle engendrer la congestion? Nous sommes porté à le croire, mais les faits que nous avons recueillis ne sont pas assez probants pour nous permettre d'affirmer. Presque toujours on voit paraître la congestion quand il y a dans le sang du pus spécifique. Les venins produisent très-rapidement l'ictère; il reste à savoir, dans ce cas, si le foie est simplement congestionné ou altéré d'une autre manière.

Résumé.

En résumé, la composition normale du sang est modifiée, d'une façon évidente, dans un certain nombre d'hypérémies hépatiques, par un principe vénéneux, tantôt appréciable (alcool, phosphore, agents chimiques), tantôt insaisissable (virus, venins et miasmes).

3° Hypérémies essentielles.

III. *Hypérémies dynamiques ou essentielles.* — En tête de toutes ces congestions figurent celles qui se produisent, par action réflexe, sous l'empire d'une vive ou longue émotion morale, de la frayeur, du chagrin, de la peur; telle est la cause de l'ictère qu'on a appelé spasmodique essentiel. La congestion, dans ce cas, se rapproche beaucoup de celle qui préside à la sécrétion physiologique, et plus encore de celle qu'on produit en piquant certains points de la moelle allongée (Cl. Bernard), en électrisant le bout central du pneumo-gastrique divisé, en coupant le nerf splanchnique (Frerichs), et surtout en lésant les nerfs vasculaires qui se rendent au foie. On l'observe aussi chez les grands mangeurs, chez les buveurs, à la suite des écarts de régime, de l'usage de certains condiments ou d'une nourriture trop succulente. Le foie, dans ces conditions, prend et conserve un volume anormal; la teinte ictérique paraît et disparaît plusieurs fois, sans autre symptôme que l'accroissement de volume de l'organe. Suivant Broussais, l'action des ingesta irritants se fait sentir sur la membrane muqueuse gastro-intestinale d'abord, et se transmet de là au tissu hépatique. Il est plus probable que le contact direct de l'alcool et des agents de stimula-

tion a lieu, dans le foie, avec la substance hépatique, par l'intermédiaire du sang qui leur sert de moyen de transport.

A côté de ces hypérémies viennent se placer celles qui succèdent à un dérangement menstruel, à la suppression totale des règles ou d'un flux hémorrhagique nasal ou hémorrhoïdal. Nous possédons des faits positifs de congestions supplémentaires qui n'ont pas eu d'autre origine; entre autres celui d'une fille hystérique qui était sujette depuis plusieurs années à un flux salivaire. Les règles diminuèrent, la salivation s'arrêta entièrement, et aussitôt parut une hypérémie hépatique qui suivit sa marche ordinaire et se termina sans crise.

Congestion gravidique du foie.

Dix observations d'ictère gravidique, simple et bénin, que nous avons recueillies dans nos services d'hôpitaux, nous ont montré surabondamment que la congestion du foie, et, dans quelques cas, la simple irritation sécrétoire, en étaient la seule cause. La compression mécanique exercée par l'utérus ne peut être invoquée, car, s'il en était ainsi, l'ictère puerpéral serait plus commun qu'il ne l'est.

Nous avons rencontré sur des sujets dont la circulation se faisait mal et sans pouvoir découvrir les signes positifs d'une maladie du cœur, des congestions hépatiques fréquentes, en même temps que des congestions capillaires à la peau. Chez ces sujets la sécrétion de matière graisseuse est plus grande; ils deviennent lourds; leurs tissus se chargent de graisse; ils sont exposés à des congestions continuelles.

Causes cosmiques des congestions.

Influence épidémique.

Il faut placer au nombre des causes très-réelles de l'hypérémie du foie certaines constitutions épidémiques régnantes, tantôt saisonnières, tantôt *stationnaires*, qui peuvent durer plusieurs années dans la même localité. On les voit alors paraître non-seulement dans les endroits où les affections du foie sont endémiques, mais dans les lieux où elles ne se montrent pas ordinairement, comme en France, en Irlande, en Écosse. Elles sont très-communes en Afrique, à Rome et dans tous les pays intertropicaux où la fièvre intermittente est endémique. Il faut s'en prendre ordinairement au miasme paludéen; mais, dans quelques cas, ces congestions tiennent à la température élevée, à l'humidité, à la surexcitation des organes de la digestion et de la sécrétion biliaire, qui est très-grande dans ces climats.

Chaleur et humidité.

Constitution bilieuse stationnaire de Paris.

Pendant les années 1856, 57, 58, 59 et 60, il a régné à Paris une constitution médicale stationnaire dont nous avons observé les signes nettement accusés dans tous les hôpitaux civils. Ils dénotaient l'existence d'une hypérémie du foie qui se montrait sous la forme tantôt d'un ictère simple, tantôt, à titre de complication. Cette cons-

titution épidémique nous a rappelé celle qui a été si bien observée et si bien décrite par Stoll en 1775.

Hypérémies traumatiques; cadavériques.

Nous ne ferons que mentionner les hypérémies *traumatiques* produites par des coups et des chutes qui ont porté sur la région hépatique et même ailleurs, et les *hypérémies cadavériques*, souvent difficiles à distinguer de celles qui se font pendant la vie, et dont il faut chercher la cause dans les altérations du sang et dans la putréfaction.

Résumé.—Nous pensons ne pas avoir laissé échapper une seule cause importante des stases sanguines du foie. Ces causes nombreuses sont: —1° des altérations chimiques ou dynamiques du sang; —2° des obstacles apportés à la circulation de ce fluide dans le système veineux général, dans celui de la veine-porte ou dans la circulation pulmonaire; — 3° des troubles dynamiques du cerveau, de la moelle et des nerfs vasculaires; — 4° des poisons minéraux et végétaux; — 5° des virus; — 6° des venins; — 7° du pus; 8° le miasme paludéen; — 9° des causes traumatiques.

Symptomatologie. Distinction entre l'hypérémie et la phlegmasie, très-difficile.

Symptômes. — Nous allons éprouver une difficulté extrême pour distinguer les symptômes qui appartiennent à l'hypérémie d'avec ceux que produit la forme la plus légère et la plus bénigne de l'inflammation du foie (*hépatite nostras*); malgré les études persévérantes que nous avons faites depuis plus de dix ans sur ce sujet, nous ne sommes pas encore parvenu à découvrir des signes différentiels certains; du reste, cette confusion ne saurait étonner personne. Les congestions du poumon n'ont-elles pas été et ne sont-elles pas encore décrites, à chaque instant, dans les ouvrages, et réunies, dans la clinique, sous le titre commun de pneumonie? (Voyez *Congestion du poumon*, tome I, page 335.) Si les difficultés qu'on éprouve à séparer ces deux maladies sont grandes pour le poumon, combien ne le sont-elles pas davantage lorsqu'il s'agit du foie, de ses congestions et de son inflammation! Sous ce rapport, comme sous tant d'autres, les ouvrages ne contiennent qu'un petit nombre de documents. Les symptômes que nous allons nous attacher à décrire sont ceux qui appartiennent à toutes les hypérémies que nous venons de voir paraître dans des conditions morbides très-variées, dans les hypérémies idiopathiques aussi bien que dans les hypérémies sympathiques d'une lésion des organes digestif, circulatoire, respiratoire, des altérations du sang, et dans les hypérémies des fièvres, etc. Nous étudierons les symptômes hépatiques d'abord, puis ceux qui ont leur siége dans d'autres viscères.

Symptômes communs.

Symptômes hépatiques.

Les *symptômes hépatiques* sont : 1° l'augmentation de volume; — 2° la douleur; — 3° l'ictère; — les *sympathiques* sont les troubles

dyspeptiques, la formation de gaz, la constipation, l'intermittence du mouvement fébrile; peut-être l'hémorrhagie par différentes voies.

Percussion et matité.

Dans la forme la plus commune de l'hypérémie l'afflux sanguin est parfois si peu considérable que le volume de la glande n'en est point accru et qu'il se traduit seulement par la douleur et l'ictère. Nous avons déjà fait remarquer ailleurs que la congestion lente, non inflammatoire, ne donne pas lieu à des ampliations très-grandes du foie. C'est à l'aide de la percussion seulement, et quand on sait bien la pratiquer, qu'on peut découvrir et apprécier l'accroissement de volume. On peut

Accroissement du volume;

s'assurer ainsi que les matités médiane, mamelonnaire et axillaire augmentent de 4 à 5 centimètres au plus; que plus souvent encore elles ne sont que de 2 à 3 centimètres, de telle sorte qu'elles pourraient échapper entièrement à un observateur qui n'aurait pas une grande habitude de la percussion (*Études cliniques sur la maladie qui a reçu le nom de cirrhose du foie, Archiv. génér. de médec.*, t. XXIX et XXX, 1852). L'accroissement de volume est d'ailleurs variable suivant la cause : tantôt très-marqué au moment où le malade vient se confier au médecin; tantôt, et c'est le cas le plus ordinaire, faible d'abord, puis graduel et plus prononcé chaque jour. Cette marche croissante et ordinairement chronique de la congestion non inflammatoire est un de ses meilleurs caractères. Elle ne commence pas et ne finit pas brusquement, ainsi que l'ont supposé beaucoup d'auteurs. Ordinairement elle précède le trouble de la digestion, augmente sous les yeux du médecin, et persiste encore pendant la convalescence, lorsque l'appétit est déjà revenu et que les digestions s'effectuent régulièrement. La congestion marche aussi d'une manière intermittente, comme les actes morbides de toutes les maladies hépatiques. Elle est plus prononcée vers la fin du jour et dans la soirée, moindre le matin. Pour suivre toutes ces variations, il faut pratiquer tous les jours, et avec soin, la percussion hépatique et tenir une note exacte des matités qu'on obtient; il faut surtout employer la percussion plessimétrique, si l'on veut avoir quelques données certaines, sur les ampliations du volume du foie. On ne doit pas compter beaucoup sur les symptômes fournis par la palpation. Souvent le foie reste caché sous les côtes et en dépasse si peu le bord inférieur, qu'il n'est pas possible d'apprécier, par cette exploration, les changements survenus dans le volume de l'organe.

porté, en général, à un degré médiocre.

Caractères de la congestion; sa marche.

Percussion plessimétrique.

Palpation.

Les *douleurs hépatiques* spontanées sont ordinairement sourdes, profondes, gravatives plutôt que lancinantes, et même remplacées par un sentiment de poids, de gêne dans l'hypocondre et surtout

Douleur hépatique.

dans la région épigastrique. Il existe parfois, au lieu d'une douleur bien distincte, un simple gonflement qui paraît ou augmente, le plus ordinairement après le repas, pendant la digestion. La douleur, comme les autres symptômes, se développe le soir et dans la nuit, ou même seulement à cette dernière époque du nycthémère; elle diffère par son intensité, sa continuité et sa rémittence quotidienne et régulière d'avec la colique hépatique, dont les douleurs sont franchement intermittentes.

Ictère.

L'*ictère* n'a jamais fait défaut dans la congestion simple du foie. Il semble que son effet le plus constant soit d'altérer la sécrétion hépatique et de jeter dans le sang la matière colorante de la bile. L'ictère, d'abord à un très-faible degré, marque le début de la congestion et paraît avant que l'accroissement de volume soit appréciable. Les médecins, en assez grand nombre, s'imaginent que, pour admettre l'existence de l'ictère, il faut que toute la peau soit fortement colorée en jaune ; rien n'est plus contraire à l'observation. Souvent la teinte morbide n'est bien accusée que sur la sclérotique, vers le grand angle de l'œil et sur l'hémisphère inférieur du globe oculaire; tel est son siége dans les congestions chroniques occasionnées par les maladies du cœur. Le foie est déjà fortement développé, et cependant on ne trouve encore qu'une coloration jaune très-légère des sclérotiques. L'intensité de la coloration varie, du reste, depuis la teinte jaunâtre faible jusqu'à la couleur jaune d'ocre ou verdâtre, sans qu'on puisse établir de corrélation entre elle et le degré de la congestion; cependant la suffusion jaune, qui est limitée à la conjonctive, au pourtour du nez et de la bouche, indique une hypérémie peu considérable.

Teinte jaune souvent très-faible.

Variations d'intensité.

L'urine offre les mêmes variations dans la teinte jaunâtre ; l'acide nitrique et la solution d'iodure ioduré de potassium accusent la présence de la biliverdine dans ce liquide qui se colore en un vert plus ou moins foncé. La teinte jaune y fait parfois entièrement défaut, sans qu'on sache pourquoi et malgré l'existence d'un ictère très-prononcé.

Urine ictérique.

L'ictère, pendant le cours de sa congestion, subit des variations assez grandes dont il importe d'être prévenu, parce qu'elles sont en rapport avec la congestion dont nous avons déjà noté l'accroissement et la diminution, le soir et le matin. On est tout surpris de voir une teinte jaune, à peine visible la veille, acquérir, le lendemain matin, une forte intensité, sans qu'on puisse en accuser d'autre cause que la périodicité de la congestion et des symptômes.

Accroissement rémittent de l'ictère.

Troubles sympathiques.

Après les troubles fonctionnels du foie, et presque en même temps qu'eux, se manifestent les symptômes fournis par l'appareil digestif.

L'appétit s'altère, diminue beaucoup ; les malades mangent sans faim, digèrent lentement, mal, et se plaignent de rapports nidoreux, de production de gaz, de nausées; quelques-uns vomissent. Il est rare qu'il ne se développe pas sympathiquement, et à plusieurs reprises, tous les signes de l'état gastrique : langue sale, avec enduit muqueux, blanchâtre ou même jaunâtre, coloré évidemment par la biliverdine. Nous devons d'autant plus insister sur ces symptômes d'un véritable état bilieux qu'il arrive parfois qu'on observe, en pareille circonstance, tous les symptômes attribués à la polycholie, c'est-à-dire à l'hypérémie bilieuse. Et, en effet, l'hypérémie peut aboutir à une hypercrinie de ce genre, mais souvent aussi à une suspension de la sécrétion biliaire, marquée par un ictère intense et par des évacuations de matières fécales décolorées et rares. On doit encore rattacher à la congestion les symptômes des états gastriques, bilieux et peut-être même ceux de certaine fièvre bilieuse *nostras* et des pays équatoriaux. Nous craindrions toutefois d'aller trop loin en les rapportant toujours à des hypérémies du foie.

Polycholie ou acholie.

La région épigastrique et l'hypocondre droit sont souvent le siége d'un gonflement réel provoqué par les gaz. La constipation portée à différents degrés est aussi un phénomène constant. Les fécès ont ordinairement leur couleur naturelle.

Météorisme : constipation.

Parmi les troubles sympathiques, fréquents, nous devons encore noter la céphalalgie frontale et sus-orbitaire, légère et fugace ou persistante et pénible, intermittente, les vertiges, les bruits d'oreille, la courbature, les douleurs articulaires et musculaires, l'insomnie, l'hypéresthésie cutanée, qui s'accompagne de vives démangeaisons pendant la nuit surtout. Quelquefois même la peau devient le siége d'érythème, d'urticaire ou de prurigo. Ces troubles de la sensibilité sont, du reste, trop variables pour servir au diagnostic de la maladie: ils prouvent cependant que la congestion ne reste pas une affection aussi locale qu'on pourrait le croire, et qu'elle exerce sur les systèmes généraux une influence marquée. Est-ce par l'intermédiaire du sang altéré dans sa composition et par la présence de la biliverdine? On est porté à le supposer, en voyant paraître chez des hommes robustes une faiblesse très-grande, des lipothymies, lorsqu'ils restent debout, et, dans quelques cas, des hémorrhagies nasales, enfin un mouvement fébrile. Insistons sur ces deux derniers symptômes.

Troubles de la sensibilité.

Éruptions cutanées.

La fièvre, en général, n'appartient pas aux congestions; celles-ci se distinguent précisément des phlegmasies par l'absence de toute fièvre. Il n'en est pas ainsi dans la congestion hépatique, et il importe de dire

Fièvre hépatique, rémittente ou intermittente.

sur-le-champ pourquoi nous l'avons toujours vue s'accompagner de fièvre. Commençons d'abord par établir que les maladies les plus diverses du foie, la phlébite, la cholécystite, la dilatation des conduits hépatiques, la phlegmasie aiguë ou chronique, les acéphalocystes, donnent lieu à des accès de fièvre rémittents et même intermittents, c'est-à-dire que le soir ou dans le jour il survient un redoublement ou un accès marqué par du frisson, de la chaleur et de la sueur. Ce n'est donc pas à la nature de l'acte morbide, mais à son siége, à l'organe lui-même qu'il faut rapporter la cause de l'intermittence. Ne voyons-nous pas le miasme paludéen produire le mouvement fébrile, sans qu'il paraisse nulle part de phlegmasie évidente? On observe des congestions dans tous les viscères et surtout dans la rate et le foie, mais point de phlegmasie. La même chose a lieu dans la congestion hépatique. Il nous semble dès lors naturel de subordonner l'intermittence, non pas à cette congestion même, mais à la fonction propre de l'organe, qui est probablement surexcitée par le travail congestif anormal.

Est-ce la congestion ou l'organe qui produit l'intermittence?

Voici les conséquences importantes qui découlent de ce fait: si une maladie du foie est inflammatoire, fébrile, et par conséquent si ses symptômes sont continus, elle offrira une suite de paroxysmes et de rémissions ; elle sera continue rémittente. Souvent la congestion hépatique est déterminée par une maladie locale ou générale, fébrile ou non fébrile, ou associée à une fièvre ; on observe dans tous ces cas une rémission et une exacerbation. La continuité fébrile est donnée par la maladie fébrile continue, l'exacerbation par le foie malade. N'existe-t-il, au contraire, qu'une simple congestion, l'accès fébrile est intermittent. On prévoit donc tout le parti qu'on pourra tirer de ce fait pour distinguer la congestion simple d'avec l'inflammatoire.

Causes de la continuité et de la rémittence fébrile hépatique.

Dans la congestion simple du foie, la circulation n'est pas troublée, pendant la plus grande partie du jour ; mais dans la soirée, de quatre à sept heures, et même dans le milieu de la nuit, le malade éprouve du frisson, ou seulement du malaise, de la céphalalgie, de la chaleur cutanée, et plus tard, vers le matin, de la sueur. Celle-ci est rarement intense et générale ; plus souvent partielle, limitée à la poitrine, au dos, au cou, au visage. Le pouls ne s'accélère qu'à un moment, et sa fréquence n'est jamais très-grande (10 à 20 pulsat. en plus). Nous prévenons l'observateur que, pour constater les signes souvent mal accusés de la fièvre, il ne faut pas se contenter d'interroger le malade, ni de l'observer le matin ou à d'autres heures plus avancées du jour ; il est nécessaire de l'examiner le soir, le matin, pendant la nuit, et de suivre, avec la montre à secondes et avec le thermomètre, les va-

Signes de la fièvre intermittente hépatique.

riations du pouls et de la calorification. C'est la seule manière de constater les différences parfois assez minimes qui existent entre l'état du jour et celui de la nuit. Ordinairement le pouls, après la sudation nocturne, est ondulant, large, ralenti, inégal. Ce ralentissement et cette inégalité sont des caractères fréquents du pouls hépatique. L'accès ne manque que dans un petit nombre de cas.

Du pouls hépatique.

Épistaxis. L'épistaxis est une hémorrhagie qui se montre souvent dans l'hypérémie hépatique. Elle est si faible parfois que le malade ne s'en aperçoit pas, mais dans d'autres cas elle se reproduit plusieurs fois, et en quantité assez grande pour attirer l'attention d'un malade qui n'y est point sujet. Ordinairement c'est le matin et pendant la nuit, au moment de l'exacerbation fébrile, qu'on la voit paraître. Elle constitue, avec l'ictère et la rémission fébrile, le meilleur signe de la congestion hépatique. Faut-il l'attribuer à l'altération du sang ou à une autre cause, c'est ce que nous rechercherons ailleurs ; disons qu'elle nous paraît tirer son origine d'une altération de ce liquide. (*Sur les hémorrhagies de provenance hépatique*, *Archives génér. de médec.*, pag. 641, 1854.)

Marche. **Marche, durée, terminaison.** — La perte ou la diminution de l'appétit, les nausées, la dyspepsie, la céphalalgie, la courbature, l'insomnie, la constipation, sont les symptômes de la maladie commençante ; viennent ensuite, et presque en même temps, la douleur épigastrique et hypocondriaque, l'ictère, quelque léger qu'il soit, et la fièvre intermittente ou rémittente. Tous les symptômes alors s'accroissent, pendant un nombre variable de jours, puis restent stationnaires et décroissent ensuite, mais d'une manière irrégulière. Il est dans l'essence de la congestion hépatique et de ses symptômes d'offrir tous les jours, aux heures que nous avons indiquées, des exacerbations et des rémissions très-sensibles. Au moment où l'on croit que le malade entre en convalescence, le foie prend de nouveau du volume ; l'ictère, la douleur et la fièvre s'accroissent, sans cause appréciable, pour cesser et reparaître jusqu'à ce que la résolution, qui n'est pas aussi facile ni aussi complète qu'on le pense généralement, se soit effectuée d'une façon définitive.

Marche intermittente et rémittente des symptômes et de la maladie.

Terminaison. Les excès de boisson, des aliments trop copieux ou indigestes, peuvent reproduire une ou plusieurs fois la maladie, et pendant longtemps les sujets conservent une certaine susceptibilité qu'il faut surveiller avec le plus grand soin. Cependant nous n'avons pas remarqué que cette congestion prédisposât aux affections organiques du foie, à moins qu'elle ne fût elle-même un acte morbide initial, déjà lié à la

maladie latente. Elle laisse souvent après elle un affaiblissement général et une chloro-anémie très-intense, auxquels il semble qu'on ne doive pas s'attendre, à en juger par le peu de gravité de la maladie.

Forme chronique de la congestion.

Nous devons signaler, en terminant, la forme chronique de la congestion, qui, liée à une maladie du cœur, à une gêne plus ou moins permanente de la circulation dans la veine-porte, à l'existence de quelque tumeur hépatique, etc., subit des variations assez fréquentes, auxquelles correspondent des symptômes fortement accusés. L'accroissement de volume et surtout l'ictère, la fièvre exacerbante, les troubles digestifs, indiquent les changements survenus dans le foie. On peut les suivre aisément chez les malades en proie à une affection du cœur qui renouvelle sans cesse la congestion. La teinte subictérique légère, la coloration foncée de l'urine, ses sédiments rougeâtres, la douleur et le gonflement épigastriques, les accès quotidiens de la fièvre dans une maladie apyrétique, sont plus que suffisants pour prévenir le praticien qu'il s'agit d'une congestion du foie. La congestion chronique est également fréquente chez les ivrognes, chez les grands mangeurs, dans les affections cancéreuses de l'estomac ou de l'intestin, dans les maladies du poumon qui gênent la circulation cardiaque. Il n'est pas rare de voir la congestion engendrer, à la fin, une cirrhose, peut-être la dégénérescence graisseuse.

Traitement.

Traitement. — Quoique la congestion soit en général une maladie légère, on doit chercher à y mettre un terme, en agissant sur la sécrétion biliaire et les fonctions gastriques, à l'aide de la médication vomitive. L'état saburral, la dyspepsie, la flatulence et la constipation indiquent l'emploi des vomitifs et des purgatifs, à doses plus ou moins fortes et à intervalles plus ou moins rapprochés; cependant cette médication si rationnelle ne dissipe pas la congestion aussi promptement qu'on pourrait l'espérer. Nous devons faire remarquer que le traitement le plus important est celui qu'on dirige contre la cause passagère ou persistante de la congestion. Il faut donc la rechercher avec le plus grand soin et la combattre selon les indications les plus appropriées au siége et à la nature du mal. Souvent il est au-dessus des ressources de l'art, et alors tout échoue contre la congestion consécutive ou symptomatique qui en est l'effet.

Emploi des vomitifs et des purgatifs.

Saignées et sangsues.

Les déplétions sanguines ont été préconisées comme le meilleur remède contre l'hypérémie hépatique, soit qu'on ait recours à la saignée générale, soit que, par des applications de sangsues au siége, on enlève le sang et désemplisse les affluents de la veine-porte; on se propose ainsi d'empêcher le foie de recevoir une partie du sang qu'y appelle

la congestion. Déposséder un organe de son trop plein, et surtout s'opposer à ce que le sang prenne cette direction, telle est l'indication réellement physiologique qu'on cherche à remplir. On sait quel rôle les médecins des siècles précédents, et l'école de Stahl en particulier, ont fait jouer à la veine-porte, au sang qui la parcourt et *aux malheurs* qu'elle produit; sans nous apitoyer trop fortement sur eux, nous devons dire que la cause de la congestion n'autorise pas le plus ordinairement l'emploi de la saignée générale ou locale. Elle ne nous a pas réussi dans la plupart des cas graves; ce qu'il était facile d'imaginer, par avance, lorsque la congestion se rattachait à une maladie incurable. Par contre, la saignée est un agent curatif trop puissant dans les congestions légères et idiopathiques.

Porta malorum.

Hydrothérapie

De toutes les médications la plus active et la plus sûre est l'hydrothérapie; si elle était à la portée de tout le monde, nous n'hésiterions pas à la recommander de préférence à tout autre traitement. On épargne ainsi au malade bien du temps et des drogues. En peu de jours, quelquefois après une ou deux semaines, une congestion déjà très-ancienne ne donne plus lieu qu'à des symptômes légers; l'appétit, les forces, reviennent; la céphalalgie, la fièvre, se dissipent, et le foie reprend son volume normal.

Boissons acidules.

On prescrit aux malades des boissons froides, acidules, les infusions de plantes amères ou aromatiques (camomille, véronique, tilleul, écorces d'oranges, quinquina). Les eaux gazeuses et alcalines sont utiles aussi dans la dernière période de la maladie. On les a considérées comme irritantes et dangereuses pour le foie; cette opinion est dénuée de preuves; cependant il faut avouer qu'on a fait un grand abus, depuis quelque temps, des eaux de Vichy qui sont devenues à la mode. Les bains simples ou alcalins, savonneux, sulfureux, conviennent aussi pour hâter la résolution de la maladie.

Eaux alcalines.

Bains.

Régime.

Le sujet doit être soumis à un bon régime, éviter le café, le thé, et les alcools par-dessus tout, les condiments, les aliments trop chargés de principes aromatiques, etc. La diète est nuisible : le lait, les viandes blanches rôties, le vin coupé d'une grande quantité d'eau, forment la base de l'alimentation la mieux appropriée à la congestion.

HÉPATITE.

Dérivé de ἧπαρ, foie; de ἡπατίτης, ἡπατῖτις, hépatique.

Synonymie.

Synonymie. — Hépatitis, suppuration du foie.

Définition. — Inflammation du foie caractérisée par la conges-

tion, la suppuration, l'induration du parenchyme et par l'ictère, la douleur hépatique, la fièvre continue rémittente, et des hémorrhagies.

Divisions. — Il est plus difficile aujourd'hui qu'il y a quelques années encore, de présenter une description bien nette de l'hépatite; les uns comprennent, sous ce titre, les cas extrêmes de suppuration et de ramollissement; les autres, les indurations, la cirrhose, l'atrophie et la dégénérescence graisseuse. Les faits que nous avons observés, soit à Paris, soit dans les contrées méridionales, nous permettent d'établir que, dans le foie aussi bien que dans les autres organes, l'inflammation est marquée par ses actes morbides propres, c'est-à-dire par l'hypérémie, l'exsudation plastique, la suppuration, le ramollissement et l'induration. Nous devons chercher à tracer les caractères anatomiques, les symptômes de chacun d'eux, sans en faire, en quelque sorte, autant de maladies à part. Il n'existe qu'une hépatite, comme il n'existe qu'une pneumonite; mais on y trouve les divers degrés et les divers actes morbides de l'inflammation. **Divisions.**

Lésions anatomiques. — Si l'on ne distingue pas, avec le plus grand soin, la congestion simple d'avec la phlegmasique, ainsi que nous l'avons fait, il n'est plus possible de retracer l'histoire de l'hépatite aiguë légère; on range alors sous ce nom toutes les formes d'hypérémie, même celles qui sont les plus étrangères à la phlegmasie. Essayons d'abord de tracer les caractères anatomiques de l'hypérémie inflammatoire. Nous les avons indiqués en grande partie en 1840, dans un article du Compendium de médecine (*Hépatite*, page 532) et développés ultérieurement dans plusieurs mémoires (*Recherches cliniques sur quelques maladies du foie*, *Revue médico-chirurgicale*, page 1 et 65, 1849; — *Archives générales de médecine*, page 352, 1850; — *Sur l'ictère hémorrhagique grave*, in *Journal le Progrès*, janv. et févr. 1859). Nous ne voulons pas accuser les autres de nous avoir emprunté sans nous citer, mais nous ne voulons pas non plus qu'on considère plusieurs faits qui se trouvent dans cet article comme ayant été pris ailleurs. **Anatomie pathologique.**

1° **La congestion phlegmasipare** générale se traduit ordinairement par une coloration rouge foncée uniforme, qui confond les deux substances en une seule. Elle peut être d'abord plus marquée dans la substance rouge, mais la portion jaune ne tarde pas à se colorer également; toutefois elle l'est souvent à un moindre degré. Les colorations rouges varient d'ailleurs en intensité; quelques-unes sont vermeilles, rutilantes, d'autres d'un rouge livide très-intense. Celles qui sont partielles ont plus de valeur que les rougeurs générales, qu'on Rougeur inflammatoire; uniforme, générale; partielle.

est porté à confondre involontairement avec les hypérémies non phlegmasiques. On les trouve auprès des abcès aigus ou chroniques et des pseudo-membranes d'enkystement, où il est plus facile de les étudier. Dans l'état aigu de récente formation, les tissus colorés en rouge par l'inflammation sont plus durs et turgescents, plus tard ils se ramollissent à divers degrés. Le foie conserve, dans quelques cas, son volume normal; dans d'autres, plus nombreux, il en acquiert un plus considérable, et supérieur à celui qu'il a dans l'hypérémie. Le sang s'écoule difficilement et en grande quantité de sa substance : mais il en reste une portion combinée avec elle et dont il est impossible de la débarrasser par la pression et le raclage. Les lavages que nous avons opérés, dans des cas de ce genre, en faisant passer un courant d'eau par les artères ou par la veine-porte, nous ont prouvé que la décoloration ne vient ni aussi vite ni aussi complétement dans un foie enflammé, que dans un foie simplement congestionné. Cette différence constitue pour nous un caractère anatomique important.

Accroissement de volume.

Lavage ; décoloration difficile.

Ramollissement phlegmasique.

2° **Le ramollissement** qui mérite le nom d'inflammatoire est celui qui s'accompagne d'une des rougeurs décrites précédemment, de l'accroissement de volume du foie, de l'injection de la capsule de Glisson et des vaisseaux capillaires. Le tissu du foie, parfois friable et cassant comme celui de la rate, est, dans d'autres cas, mou, sans résistance, et se laisse aisément déchirer. Quelquefois il est grisâtre, infiltré de pus ou de sérosité, et sa consistance notablement diminuée : cette forme rare appelle de nouvelles recherches. Nous ferons remarquer, au sujet du ramollissement, que le médecin ne doit jamais considérer une lésion hépatique, quelque bien accusée qu'elle soit, comme étant de nature inflammatoire, à moins qu'elle ne soit accompagnée de plusieurs autres de même provenance et qu'elle n'ait été annoncée pendant la vie par des symptômes évidents.

Exsudation plastique.

3° **Exsudation plastique.** — Les membranes séreuses, muqueuses, et le tissu cellulaire enflammés sont le siége d'un acte morbide qui a reçu le nom d'exsudation plastique. On l'observe très-rarement dans les parenchymes; cependant il existe dans le poumon enflammé, où il constitue certaines formes d'hépatisation grise; on peut donc admettre par analogie qu'il en est de même dans le foie enflammé. Cependant le doute le plus complet restera dans l'esprit d'un observateur impartial, s'il lit attentivement les faits rapportés par Frerichs et par d'autres, et surtout s'il examine le tissu hépatique altéré par ce prétendu travail d'exsudation plastique, que d'autres auteurs ont con-

Hépatite diffuse ou parenchymateuse des auteurs.

sidéré comme une métamorphose adipeuse de la cellule (Bamberger, Engel, etc.). Le foie, qui a souvent son volume naturel, est de consistance molle, de couleur jaune pâle, peu résistant, et la preuve que l'on donne en faveur de la destruction des cellules hépatiques par l'exsudat, c'est qu'on trouve l'hypérémie des capillaires autour des lobules, une matière finement grenue et des débris de cellules hépatiques. Plus tard la membrane exsudée disparaît, le tissu du foie s'atrophie, parce que les vaisseaux ont altéré la nutrition dans les lobules. L'exsudat pénètre même dans leurs veines centrales : ce qui contribue encore à déterminer l'atrophie du foie. Toutes les hypothèses anatomico-microscopiques que nous venons de rapporter ne sont rien encore en comparaison des faits cliniques sur lesquels on s'est appuyé pour admettre ce travail phlegmasique. Les cas les plus différents d'ictère hémorrhagique grave, de cirrhose, d'atrophie réelle, de dégénérescence adipeuse, etc., ont été produits comme des exemples d'hépatite parenchymateuse. Nous n'irons pas plus loin dans le champ des suppositions, et, sans nier l'existence de l'hépatite exsudative, nous dirons qu'elle reste jusqu'à présent entièrement inconnue; que, dans tous les cas, elle ne saurait être la maladie précédemment décrite. Nous ne sommes plus à l'époque où l'on pouvait avec Broussais regarder l'hypertrophie, l'atrophie, les concrétions calcaires, la formation de la graisse et même le tubercule, comme des effets de l'inflammation. Il ne suffit même plus de lui donner le nom de *processus inflammatoire* pour faire passer, sous cette rubrique, les créations morbides dont la nature, entièrement ignorée, n'est certainement pas inflammatoire.

Lésions admises par eux.

Hypothèses.

Faits hétérogènes qui leur servent d'appui.

Suppuration. — La présence bien constatée du pus dans le foie est la preuve irréfragable d'une inflammation, soit que ce pus vienne du sang, soit qu'il se forme dans l'organe lui-même. Il peut se combiner avec lui molécule à molécule ou se réunir en foyer ou abcès. Dans le premier cas, il en résulte une infiltration purulente dont voici les principaux caractères. Sur un jeune militaire qui avait longtemps servi en Afrique, et avait éprouvé, à plusieurs reprises, la dysenterie et la fièvre intermittente, le foie, peu volumineux, résistant, offrait deux altérations qu'on ne peut rapporter qu'à la suppuration. Sur la face convexe du lobe gauche, et ailleurs, on voyait, dans le tissu induré, une foule de petites plaques irrégulières d'un blanc verdâtre. Ailleurs on trouvait des noyaux d'induration blanchâtre, ou des plaques à contours irréguliers, recevant à l'intérieur des prolongements du tissu hépatique, rouge et injecté. (Voyez *Compendium de médecine*, art. *Hépatite*, page 538,

Suppuration.

Infiltration du pus.

Hépatite partielle. Induration plastique et purulente.

Plaques jaunes, ramollies.

1841.) On a encore observé, comme effet de la suppuration diffuse, des plaques jaunes à la surface ou dans la profondeur de l'organe ; le tissu, ramolli dans ces points, rouge et injecté ailleurs, laisse écouler des gouttelettes de pus séreux ou épais (Haspel, *Maladies de l'Algérie*, t. I, p. 356, in-8, Paris, 1850 ; — Catteloup, *Mémoire de médec. chirurg. et pharmac. militaires*, p. 171, t. LXVIII), ou bien il est divisé en aréoles pleines d'une matière jaune, friable, sous forme de granulations grises, également ramollies. Une des formes les plus curieuses et les mieux caractérisées de l'hépatite suppurée est la coloration jaune générale du parenchyme, avec ramollissement et infiltration de la matière purulente répandue dans le tissu cellulaire et formant de petites masses jaunes (Haspel).

Destruction aréolaire.

Hépatite totale suppurée. Coloration jaune et ramollissement.

Suppuration et collections purulentes.

Les abcès inflammatoires, les seuls qui doivent nous occuper, ont été le sujet de descriptions interminables et trop souvent fastidieuses. Nous n'en devons retenir que ce qui appartient à l'hépatite. Un des effets les plus ordinaires de la phlogose, du moins dans les pays chauds, est la formation de pus qui se rassemble au milieu du tissu hépatique constamment altéré à divers degrés. Tantôt ce liquide est en contact immédiat avec le parenchyme, tantôt il en est séparé par une fausse membrane.

État du tissu ambiant.

Lorsque le pus a écarté le tissu propre de la glande pour s'y loger, on trouve celui-ci d'un rouge brun, offrant de nombreuses ecchymoses, de petites apoplexies, friable, brisé en plusieurs parties, ramolli le plus ordinairement; dans d'autres cas son tissu est jaunâtre et d'une grande mollesse. A une autre époque, nous avons considéré comme étrangers à l'inflammation les congestions partielles, la rougeur, et le ramollissement qu'on rencontre autour des abcès multiples qui dépendent de l'infection purulente ; aujourd'hui nous y trouvons tous les caractères d'une phlegmasie aiguë et rapide, d'origine spécifique.

Caractère des abcès inflammatoires ;

Que n'a-t-on pas dit et écrit sur le nombre, la grandeur, le siége de ces abcès? A quelle extrémité n'est pas réduit le médecin obligé de lire des ouvrages dans lesquels on étudie les suppurations comme des maladies à part, et dans lesquels on ne tient aucun compte de tout ce qui a été dit et écrit auparavant? Nous pourrions citer des livres où le *Compendium* n'est pas cité une seule fois, et où cependant nos articles *Abcès du foie* et *Hépatite* ont été souvent littéralement copiés. Rappelons seulement que les abcès sont presque toujours multiples, que le lobe droit et le bord postérieur en sont naturellement le siége le plus fréquent; qu'ils occupent,

d'une manière variable, la surface ou la profondeur de l'organe; qu'ils sont d'autant plus petits qu'ils sont plus nombreux; que le pus renfermé dans ces collections se forme tantôt avec une promptitude extrême ou au contraire très-lentement (hépatite chronique); qu'il est liquide, rougeâtre, sanieux, ou coloré en jaune intense par la bile, comme d'ailleurs tous les autres liquides de l'économie; qu'il ressemble ordinairement au pus des autres organes; qu'il est blanc séreux, ou épais, verdâtre, contenant des fragments de plasma concrété, du sang, suivant les cas. du pus.

Les collections purulentes, phlegmasiques, sont souvent doublées à l'intérieur d'une fausse membrane dont l'époque de formation varie singulièrement. On a dit que les parois des abcès sont constituées par le tissu hépatique lorsqu'ils se développent rapidement; mais on sait aujourd'hui que l'exsudation plastique est un acte de l'inflammation qui peut s'effectuer en quelques heures, et, s'il est moins prompt dans les parenchymes et dans l'hépatique en particulier que sur les membranes séreuses, néanmoins il suffit d'un temps très-court, d'un à deux jours, par exemple, pour qu'il se produise. Tout dépend, non pas de l'intensité de la phlogose, comme on l'a cru, mais de sa modalité, dont la cause nous échappe entièrement. Il est plus ordinaire de rencontrer des membranes d'enkystement dans les abcès chroniques. Abcès enkystés. La pseudo-membrane s'effectue très-promptement.

La néo-membrane qui forme les parois de l'abcès offre une consistance, une épaisseur, une coloration très-variables : on la trouve molle, transparente, à peine adhérente au foie, et appliquée sur son tissu comme peut l'être de la fibrine de nouvelle formation. Plus tard elle s'organise, s'épaissit, devient ferme, résistante, reçoit de nombreux vaisseaux et prend la forme et la consistance des membranes séreuses de nouvelle production. Tantôt elle est couverte de villosités fines, et flottantes, de granulations, qu'on a regardées comme des expansions cellulo-vasculaires du foie dans la néo-membrane; l'adhérence de celle-ci au tissu hépatique condensé et induré est très-intime. Tantôt le kyste est constitué, au début, par une membrane séreuse très-mince et vasculaire, qui plus tard se condense, s'épaissit et devient un véritable tissu cellulo-fibreux, blanchâtre, dense, résistant, formé de lamelles, de couches stratifiées et séparables; ailleurs le tissu prend une texture homogène, dure, élastique et blanchâtre comme du cartilage. Le kyste se relie au tissu du foie par des tractus ou prolongements fibreux et par des vaisseaux qui viennent du tissu cellulaire, de la veine-porte, de l'artère hépatique et des Ses caractères. Villosités vasculaires. Kyste cellulo-fibreux.

Double membrane.

conduits biliaires. A l'intérieur de ce kyste on aperçoit une pseudo-membrane qui y adhère faiblement et recouvre des incrustations fibreuses, quelquefois calcaires. Cette membrane perd ses villosités, en grande partie; cependant on retrouve encore des expansions cellulo-fibreuses à sa surface. Du reste, on peut imaginer facilement toutes les variétés de texture, de forme, que peut engendrer le plasma lorsqu'il s'organise en une poche, lorsqu'il possède un réseau vasculaire et une nutrition propre, lorsqu'il devient tissu séreux, séro-fibreux, fibreux, pseudo-cartilagineux et calcaire; lorsqu'il donne naissance, à son tour, à une autre membrane interne séreuse, qui peut sécréter et absorber le liquide contenu dans l'intérieur de la cavité qu'elle vient doubler, etc. On a donné le nom de *membrane pyogénique* à la néo-membrane qui tapisse l'intérieur des abcès; cette dénomination est fausse, sous un grand nombre de rapports. La membrane séreuse dont il s'agit ou plutôt le plasma qui la forme, est engendré par la phlegmasie comme le pus lui-même. Elle est donc contemporaine, de même date, que la production du pus. Elle est destinée à séquestrer ce liquide et plus tard à le résorber en y jetant parfois de la sérosité; mais jamais elle ne fait le pus, à moins qu'elle ne s'enflamme elle-même et qu'elle n'agisse à la manière d'une séreuse enflammée : ce qui est un cas entièrement exceptionnel. Du reste, elle n'est pas plus produite par le pus qu'elle ne produit elle-même ce liquide. N'insistons pas sur ces faits, qui doivent être connus aujourd'hui de tout le monde.

Variétés nombreuses du kyste.

Membrane pyogénique ??

Induration.

Induration inflammatoire. — Dans l'hépatite on ne connaît pas d'autre induration que celle qui est limitée à quelques-uns de ces noyaux blanchâtres qu'on a attribués à l'exsudation plastique. La cirrhose a été, il est vrai, considérée comme une forme d'hépatite chronique; nous en parlerons plus loin. L'induration totale, nous ne disons pas la cirrhose, peut être le fait d'une inflammation ancienne.

Lésions propres à l'hépatite chronique.

Lésions propres à l'hépatite chronique. — L'histoire anatomique de l'hépatite chronique est entièrement inconnue. On peut, en lisant les observations et surtout en suivant les malades, acquérir la certitude que la maladie décrite sous cette dénomination n'est pas autre chose qu'une forme plus lente de l'aiguë, dans laquelle les lésions sont un peu différentes, ou, ce qui est le cas le plus ordinaire, le simple reliquat d'une hépatite aiguë. En effet, nous voyons que dans la prétendue hépatite chronique la congestion est rare et que celle qui a reçu ce nom n'est qu'une congestion d'une autre nature ou une con-

Congestion.

gestion à récidive; enfin que, dans tous les cas, elle ne diffère en rien de l'hypérémie phlegmasipare. Nous voyons encore que l'infiltration purulente s'y montre également et de la même manière. Les abcès du foie présentent seuls quelques différences, et encore tiennent-elles, non pas à l'acte d'exsudation plastique lui-même, mais plutôt à l'organisation, de plus en plus avancée, du kyste et aux changements qui s'y opèrent ainsi que dans le tissu hépatique ambiant; c'est alors qu'on trouve des kystes fibreux blanchâtres, épais, lamelleux, avec une membrane séreuse interne, contenant du pus épaissi, blanc, granuleux, en partie résorbé, ou au contraire très-liquide; verdâtre, mêlé aux sérosités sécrétées par la néo-membrane. Autour des abcès chroniques, en général peu nombreux, et d'un grand volume, on trouve un tissu jaunâtre orangé, condensé et d'une densité très-grande, parfois noirâtre, dans lequel on aperçoit les vestiges du sang infiltré. Plus rarement une inflammation aiguë, de date récente, rend le parenchyme hépatique mollasse et lui donne une coloration rouge intense. Les abcès chroniques ont souvent des dimensions considérables. Tout un lobe est creusé par une cavité de ce genre; le tissu hépatique, condensé autour, ne forme plus qu'une sorte de coque mince. Dans le voisinage le foie est atrophié, pâle, ou, au contraire, rouge, ramolli, hypertrophié, noirâtre, injecté.

Abcès chroniques. Leurs caractères.

État des tissus ambiants.

Le *ramollissement chronique* lié à un trouble de la nutrition, dont le travail phlogistique est la source première, n'a pas de caractère propre qui le différencie de l'aigu. Le foie est, en totalité ou en partie, le siége d'une coloration jaune, d'intensité variable. Il ne nous est pas bien démontré que ce ramollissement soit sûrement de provenance phlegmasique; il représente souvent une forme de la dégénérescence graisseuse ou de l'atrophie, et, à moins de ruiner les idées fondamentales sur lesquelles s'élève la conception de la phlegmasie, il est impossible d'admettre qu'un tissu décoloré, atrophié, non vasculaire, et dont la nutrition s'affaiblit et s'éteint, est le siége d'une phlegmasie, c'est-à-dire d'un acte entièrement opposé par sa nature à celui que nous venons de signaler; que l'inflammation puisse y conduire, nous le croyons, mais alors ce qu'on aperçoit n'est déjà plus l'inflammation. Il en est de même de la cirrhose et de l'induration du foie; en supposant que leur point de départ soit une phlegmasie qui donne lieu à un épanchement plastique capable d'opérer ensuite l'oblitération du système vasculaire, on ne peut pas dire que cette lésion est de nature inflammatoire, et rien ne prouve qu'il en est ainsi. Nous répéterons ce que nous avons dit ailleurs : quiconque a observé une

Ramollissement chronique.

Induration et cirrhose.

fois en sa vie un malade atteint de cirrhose, en a examiné les lésions, étudié les symptômes et la marche, ne croira jamais qu'une telle maladie est une inflammation du foie.

Lésions concomitantes d'autres organes que le foie.

Lésions concomitantes de l'hépatite aiguë et chronique. Péritoine. — La membrane séreuse reste ordinairement étrangère à l'hépatite aiguë; il n'en est pas de même lorsque des abcès se forment dans l'organe et qu'ils sont superficiels ou assez volumineux pour se rapprocher des faces supérieure et inférieure du foie. Le péritoine alors se couvre d'une couche mince de matière plastique; il en résulte des taches opalines, blanchâtres, dues parfois au simple épaississement de la capsule de Glisson. Nous n'avons pas besoin de rappeler que chaque fois qu'un abcès vient s'ouvrir dans un organe circonvoisin, il s'établit une péritonite adhésive et par conséquent toutes les altérations propres à une phlegmasie plastique et unissante. Nous avons vu cependant, dans quelques cas, du pus mêlé aux fausses membranes et arrêté ainsi, par places, à la superficie du foie.

Péritonite adhésive.

On remarque autour des abcès petits ou volumineux, aigus ou chroniques, des désordres assez nombreux dans le tissu constituant du foie : 1° des indurations blanchâtres et des hypertrophies du tissu cellulaire propre à la veine-porte, à l'artère et aux conduits hépatiques; 2° quelquefois des infiltrations purulentes et des extravasations de sang; 3° une pyléphlébite concomitante due à la propagation de la phlogose quand elle n'est pas elle-même le point de départ de l'hépatite; 4° des concrétions fibrineuses dans la veine-porte et l'artère hépatique. Nous ne ferons que mentionner les maladies des conduits sécréteurs et excréteurs de la bile causées par la présence des concrétions biliaires; ce sont elles qui provoquent certaines formes de congestion et de suppuration lentes du foie. (Voyez *Maladies de l'appareil excréteur de la bile.*)

Induration de la capsule de Glisson.

Suppuration.

Pyléphlébite.

Concrétions plastiques.

Symptomatologie. Hépatite aiguë.

Symptômes de l'hépatite aiguë. — Nous nous garderons bien de subdiviser l'hépatite en un grand nombre d'espèces; ces distinctions ne reposent que sur la nature des lésions, leur intensité, leur siége, les difficultés du diagnostic et la terminaison du mal : on pourrait donc les multiplier à l'infini et d'une façon tout arbitraire; ce qui a eu précisément lieu.

Nous étudierons : 1° *les symptômes communs* à toutes les hépatites; 2° plus loin ceux qui caractérisent plus particulièrement les actes morbides suivants : 1° *la congestion;* 2° *la suppuration;* 3° *les lésions chroniques.*

Signes du début.

Symptômes communs. — Dès le début, et souvent même pendant

plusieurs jours et semaines, des signes d'embarras gastrique et bilieux se manifestent d'abord et annoncent l'influence sympathique des fonctions du foie sur celles de l'estomac. La bouche est amère, pâteuse, sèche, le matin surtout; le goût dépravé; l'anorexie incomplète ou complète, etc. La douleur hépatique, et, suivant nous, la fièvre paroxystique, et l'ictère à différents degrés, sont les premiers signes caractéristiques de l'hépatite.

Accroissement de volume. — On trouve au foie un volume variable dont il faut toujours s'assurer par la percussion et suivre les progrès à l'aide d'une mensuration rigoureuse. Le foie est presque toujours accru de volume dans toute son étendue, mais plus encore dans son lobe droit que dans le gauche. Cependant l'augmentation est souvent limitée à celui-ci et y est plus évidente, à cause de la situation qu'il occupe dans l'épigastre. Quatre à six centimètres suffisent pour constituer une différence très-sensible. Augmentation du volume.

Douleur hépatique. — Déjà bien connue et nettement caractérisée par Hippocrate, la douleur est à tous ses degrés un des premiers et des meilleurs signes de la phlegmasie; elle n'est pas toujours spontanée ni ressentie par le malade. Il faut la chercher et la faire paraître, en pressant l'hypocondre droit et surtout en percutant le foie dans toute l'étendue des régions qu'il occupe. Ce procédé opératoire nous a toujours réussi, même dans les cas où il était permis de douter de l'existence de l'hépatite, tant elle était légère. Douleur hépatique. Manière de la faire paraître.

Les points qui sont le siége le plus ordinaire de la douleur sont: l'épigastre, la partie inférieure du bord costal droit, l'hypocondre droit, les parties postérieures du même côté. Elle s'irradie, quand elle est intense, vers l'épaule droite, la clavicule et la mamelle du même côté. Les régions opposées en sont affectées plus rarement; on a expliqué son extension à la partie inférieure du cou par le trajet que suit le nerf diaphragmatique. Siége.

L'intensité de la douleur et les sensations auxquelles elle donne lieu offrent d'assez grandes variations. Très-légère, sourde, nulle, ou ne paraissant qu'à la percussion, elle est souvent gravative, obtuse, d'autres fois lancinante et pongitive, surtout dans les cas où la glande se met à suppurer et le péritoine à s'enflammer. La douleur hépatique occasionne de la gêne, de l'anxiété épigastrique et même de la dyspnée (Hippocrate). L'intensité de la douleur s'accroît, diminue, et même cesse d'une façon intermittente ou rémittente comme les autres symptômes. Intensité.

Ictère. — Voici encore un symptôme qui manque rarement, quels Jaunisse.

que soient la période et le degré de l'hépatite ; cependant les ouvrages sont remplis de faits péremptoires qui prouvent qu'il a fait défaut dans quelques cas de congestion et même de suppuration hépatiques. La coloration jaune, à peine appréciable sur les sclérotiques et la face, dans quelques cas, est, au contraire, dans d'autres, générale et aussi manifeste que possible. Il ne faut pas négliger d'examiner l'urine avec les réactifs ordinaires qui y font paraître la biliverdine (acide nitrique, iodure ioduré de potassium). La teinte ictérique y paraît souvent plus tard et y est moins accusée que sur le tégument externe. En général, l'ictère, par ses variations d'intensité, représente assez bien l'étendue de la congestion, plus sûrement qu'elle n'indique la suppuration. Dans quelques cas, où un abcès considérable est limité et le parenchyme revenu à l'état normal, il peut se faire que l'ictère disparaisse; mais il a existé presque toujours au début, dans sa forme la plus légère, et souvent limité aux conjonctives.

Hémorrhagies. *Hémorrhagies.* — Nous mettons au nombre des meilleurs signes et des lésions les plus constantes de l'hépatite aiguë ou chronique, les hémorrhagies par le nez, par les gencives, par l'estomac, l'intestin, plus rarement par la vessie. Il faut toujours s'assurer, à l'aide d'une exploration chimique complète, que l'urine ne contient pas de globules sanguins ni d'albumine. Les hémorrhagies, tantôt rapprochées ou éloignées, tantôt petites ou abondantes, doivent être recherchées avec soin, parce qu'elles échappent souvent à l'attention d'un observateur qui n'est pas prévenu. Leur valeur pour nous est si grande que, si nous les voyons paraître dans le cours d'une maladie incertaine, et s'y ajouter un ictère léger et la fièvre rémittente que nous allons décrire, nous n'hésitons pas à dire que le foie est malade. Il reste alors à savoir si la maladie consiste en une phlegmasie ou en une autre altération (*Des hémorrhagies produites par les maladies du foie; Archiv. génér. de médec.*, pag. 541, 1854). Elles nous paraissent tenir à une altération du sang produite par le trouble de l'hématose hépatique.

Fièvre hépatique. *Fièvre hépatique.* — Nous avons insisté, en parlant de la congestion, sur la valeur extrême que nous accordons, comme signe diagnostique, à la fièvre symptomatique de la phlegmasie du foie. Elle en marque le début et l'intensité. Voici de quelle manière elle se présente dans la majorité des cas : au début on observe un frisson léger ou intense, peu durable, suivi d'une chaleur terminée elle-même par de la sueur. Les stades ne sont pas toujours distincts, le premier

Stades.

surtout; on reconnaît qu'il y a eu un paroxysme, parce que dans la soirée, de quatre à neuf heures, le malade ressent du malaise et dans la nuit de la chaleur, de l'insomnie, qui se terminent, vers le matin ou un peu plus tard, par une sueur rarement générale, bornée à la poitrine, au cou ou au tronc. La fièvre diminue dans la journée; le pouls, dont le degré d'accélération est d'ailleurs fort variable, quelquefois peu marqué (70, 80, 100), perd de sa fréquence, revient même à l'état normal, pendant quelques heures, soit au début du mal, soit lorsqu'il est très-limité. La journée se passe ainsi avec une diminution notable de la fièvre, puis, le soir, vers la même heure ou à une heure différente, l'accès reparaît avec les symptômes précédemment indiqués, et un redoublement fébrile des plus manifestes. En résumé, forte ou faible, régulière ou irrégulière, la fièvre hépatique est une véritable rémittente, avec accès nocturne, et affectant le type quotidien, plus rarement double tierce, tierce, quarte, double quotidien, etc. Elle simule parfois si bien les accès d'une fièvre rémittente paludéenne, qu'on a de la peine à les distinguer l'une de l'autre.

Heure des paroxysmes.

Type de la rémittente hépatique.

Quand l'inflammation augmente en intensité et en étendue, les paroxysmes rémittents sont moins marqués, parce que le mouvement fébrile continu devient lui-même plus intense et qu'on voit alors paraître moins nettement l'intermittence donnée par le foie (voyez *Congestion du foie*). On peut donc juger assez bien de la violence de l'hépatite par la continuité et l'exacerbation fébriles. Il arrive un instant où le mouvement fébrile est continu, la rémission très-faible; dans la convalescence, au contraire, la rémission est plus franche, remplacée même par l'intermittence, dans quelques cas. Nous regrettons que les médecins qui ont eu occasion d'observer longtemps, dans les pays chauds, n'aient pas mieux étudié et décrit la fièvre hépatique. Elle peut cependant servir à mesurer les périodes et le degré de l'hépatite. Il faut toujours tenir compte, avec la montre à secondes, des variations du pouls; quelquefois la fréquence est si petite qu'il est indispensable de la noter avec cet instrument de précision et de la comparer avec les pulsations du pouls, aux différentes heures du jour et de la nuit. C'est seulement de cette manière que le praticien pourra s'assurer que le ralentissement ou l'état normal du pouls, qu'il constate à ses visites du matin, a été précédé d'un accès nocturne bien manifeste. Nous avons insisté sur ce fait et sur d'autres particularités de la fièvre hépatique, dans un mémoire qui a paru en 1849. (*Recherches cliniques sur quelques maladies du foie; Revue médico-chirurgicale*, pag. 1 et 65.)

Continuité et intermittence.

Signes de la phlegmasie.

La fièvre rémittente sert à en mesurer l'intensité.

Troubles digestifs.

Troubles des fonctions digestives. — Quoique variables en intensité, ces troubles sont presque constants, toutefois avec des intermissions d'une durée parfois si grande qu'elles peuvent faire croire à une guérison qui n'est point réelle. Dans la forme grave on observe les signes de l'état gastrique bilieux, à un haut degré : enduits blancs et jaunâtres de la langue, sécheresse de la bouche, troubles de l'appétit extrêmes dans quelques cas, anorexie, nausées, vomissements bilieux, fréquents ou rares, copieux ou peu abondants, parfois sanguinolents, éructation de gaz acides, alcalins, sulfureux, hoquets, etc.

Anorexie.

Selles.

On s'accorde à dire qu'à part la constipation, à différents degrés, la nature des évacuations alvines est assez variable. Toutefois, le plus ordinairement, les matières sont sèches, dures, ovillées, grisâtres, décolorées. La sécrétion biliaire est presque toujours suspendue ou diminuée ; un purgatif la fait souvent reparaître et les matières se colorent en jaune. Du reste la diarrhée se montre aussi dans les complications si nombreuses qui accompagnent l'hépatite.

Urine.

L'urine est rare, colorée par la bile, acide, dense, chargée d'une forte proportion d'urates alcalins, de phosphate, de mucus, de matière colorante rouge, qui se précipitent, par le refroidissement, à la partie inférieure du vase, et se redissolvent par la chaleur et l'acide.

Troubles nerveux.

Chez la plupart des sujets des troubles nerveux se manifestent, tels sont : la céphalalgie faible ou opiniâtre, frontale, sus-orbitaire, l'insomnie, l'agitation nocturne, la courbature, l'arthralgie, l'affaissement moral, la stupeur, le découragement; et, dans les formes graves et suppuratives, l'adynamie et l'ataxo-adynamie plus ou moins marquées, le délire, les soubresauts de tendons, la somnolence, le coma et tous les signes de la pyémie, dans les jours qui précèdent la mort.

La marche, la durée, la terminaison, offrent des symptômes très-différents que nous allons faire connaître en parlant des actes morbides qui constituent l'hépatite.

I. Symptômes de l'hépatite congestive ;

I. *Symptômes de la congestion phlegmasique.* — Nous retrouvons dans cette hépatite les formes les plus légères, les plus insidieuses, les plus difficiles à reconnaître, au début : ce qui ne nous paraît pas une raison suffisante pour créer des variétés d'hépatite. Nous nous sommes attachés à faire connaître une congestion légère propre à l'*hépatite nostras*, dans laquelle existent tous les symptômes de celle des pays chauds, mais à un degré souvent si faible qu'on pourrait en méconnaître la nature si l'on n'était pas prévenu ; cependant on les retrouve presque tous, sans exception, quand on sait bien les chercher. Au début, les signes de l'embarras gastrique, puis

de nos climats (hépatite subaiguë ou nostras). Ses symptômes.

l'accroissement de volume du foie, l'ictère, la fièvre. Le foie augmente de 2 à 4 centimètres; l'ictère n'est souvent bien distinct qu'à la sclérotique, au visage, dans l'urine; la fièvre est d'abord intermittente nocturne; plus tard faible et exacerbante, le soir, difficile à constater si l'on n'observe pas le malade aux différentes heures du nycthéméron. On y remarque aussi une douleur hépatique manifeste, surtout quand on percute, l'accroissement du chiffre de la fibrine, comme dans les inflammations, et tous les troubles qu'on a rapportés et que quelques médecins persistent encore à attribuer à l'ictère spasmodique. Il est souvent difficile de distinguer cette hépatite de la congestion non phlegmasique ou d'un simple trouble de la sécrétion biliaire. Une fièvre rémittente bien marquée par des stades et des périodes régulières d'exacerbation, nous paraît appartenir à la congestion phlegmasique; l'intermittence parfaite à la congestion non phlegmasique et à la simple hypérémie sécrétoire. Nous pouvons citer à l'appui de cette opinion deux cas remarquables de tumeurs cancéreuses suivies de ramollissement hépatique inflammatoire; le mouvement fébrile devint continu, exacerbant, dès que le travail phlegmasique fut bien nettement établi.

Signes des hépatites congestives, chroniques, à répétition.

Dans les hépatites congestives plus intenses, celles des pays chauds, par exemple, les symptômes ne sont pas toujours bien caractérisés au début, et ressemblent à ceux que nous venons de faire connaître. Il en est de même des hypérémies chroniques à récidive qui vont et viennent plusieurs fois, et qui sont sous la dépendance du miasme paludique, d'écarts de régime, d'excès alcooliques, etc. Quand le praticien voudra s'enquérir, avec soin et par tous les procédés opératoires que nous avons indiqués, des symptômes de l'hypérémie, fût-elle intense, légère, à son début ou sur le point de cesser, il les retrouvera, à coup sûr, et portera un diagnostic certain. (Voyez *Mém. cit.*, *Revue médico-chirurg.*, 1849.)

Terminaison.

La congestion se termine par résolution. L'étude des symptômes en fournit aisément la preuve; dans d'autres cas elle récidive et passe ainsi à l'état chronique. Il arrive fréquemment que la suppuration hépatique s'établit d'emblée après la première manifestation d'une hypérémie inflammatoire ou comme second acte, en quelque sorte fatal de l'inflammation, par exemple, cinq, six mois après des retours plus ou moins rapprochés de la congestion.

II. Symptômes de l'hépatite suppurée.

II. *Symptômes de la suppuration hépatique.* — Ils sont précédés constamment et à différents degrés des symptômes précédents; nous n'avons aucun moyen de distinguer l'infiltration purulente, rare

d'ailleurs, d'avec les collections de pus qui commencent à se former dans le foie.

Signe des abcès aigus.

Que n'a-t-on pas dit et écrit sur les symptômes des abcès du foie, sur la difficulté du diagnostic, sur leur marche, etc., etc.? La situation, la grandeur, la cause des abcès en font varier singulièrement les symptômes. Le développement de l'acte morbide qu'on appelle la suppuration est, en général, annoncé par l'accroissement de volume

Fièvre.

du foie, par de la fièvre, qui, de rémittente qu'elle était, devient continue, violente, marquée par des frissons intenses, plus ou moins rapprochés, en un mot, par les signes d'une forte fièvre (chaleur cutanée, soif, agitation nocturne, subdélire, etc.). L'ictère est aussi plus intense, l'hypocondre plus douloureux, soit spontanément, soit à la percussion.

Colliquation et marasme.

L'ataxo-adynamie se manifeste, et le malade ne tarde pas à tomber dans un état de stupeur et de fièvre hectique semblable à celle qu'on voit paraître dans toutes les suppurations viscérales. C'est alors qu'on observe un accroissement notable de la fièvre rémittente, des sueurs visqueuses petites ou abondantes, nocturnes, la perte complète de l'appétit, la soif, les vomissements bilieux fréquents, la diarrhée, le marasme et la mort, souvent au milieu de phénomènes algides très-prononcés. Ordinairement on constate des symptômes typhoïdes ou de résorption purulente. Ceux-ci ont une grande valeur quand on soupçonne l'existence d'une collection de pus dans le foie.

Symptômes des abcès suivant leur siége.

Les symptômes sont différents suivant le siége de l'abcès et la nature de l'organe vers lequel il se dirige pour s'y vider. Si l'abcès tend à s'ouvrir par la paroi thoracique ou abdominale, il se forme, en un point de l'hypocondre, dans un espace intercostal, le long du bord des côtes ou à l'épigastre, une tumeur, d'abord profonde, mate, dure et difficile à sentir, puis plus distincte, avec ou sans changement de couleur à la

Ouverture de l'abcès par la paroi abdominale ;

peau et fluctuante à différents degrés. La nature de cette tumeur est manifeste si elle a été précédée et si elle est accompagnée des symptômes d'une hépatite. On a vu des abcès s'ouvrir à l'ombilic, dans le pli de l'aine, dans les lombes et au voisinage du rachis, de l'os coxal, enfin jusque dans l'aisselle et au milieu de la cuisse.

par l'estomac et l'intestin ;

L'ouverture d'un abcès dans le tube digestif est une des terminaisons fréquentes et heureuses de l'abcès hépatique. Le vomissement de pus indique la communication de l'abcès avec l'estomac ; le mélange de ce liquide avec les matières fécales fait soupçonner qu'il s'est vidé dans l'intestin. Il est impossible de reconnaître distinctement cette communication lorsqu'elle s'est faite par les voies biliaires, les conduits hépatique, cholédoque, la vésicule, le duodénum et les

parties supérieures du jéjunum, tant le pus se trouve altéré par le travail de la digestion.

La pénétration du pus dans la plèvre, à travers une perforation du diaphragme, provoque de la dyspnée, une douleur profonde, une respiration costale irrégulière, parfois suspirieuse, et, au moment où ce liquide tombe dans la plèvre, de la douleur et tous les signes d'un épanchement. L'expectoration purulente annonce une perforation bronchique. Dans des cas plus rares, le pus tombe dans le péritoine, et il en résulte une phlegmasie rapidement mortelle, à moins que le passage du pus ne se fasse que lentement et en petite quantité. Il se forme alors une péritonite chronique qui n'est pas immédiatement mortelle. par les voies respiratoires.

L'*hépatite suppurée* se termine très-rarement par la guérison. Elle arrive alors par l'effet de la résorption du pus, et par le retrait des parois du kyste qui finit par se vider et se cicatriser. La guérison n'est souvent que temporaire et la convalescence imparfaite, lorsque, après l'évacuation du pus par un des organes précédents, il reste une fistule qui ne peut réussir à se cicatriser ou qu'on est obligé de rouvrir. Le foie d'ailleurs est souvent, dans ce cas, le siége d'une phlegmasie persistante. A côté de ces faits s'en présentent d'autres assez nombreux de guérison absolue d'hépatites dans lesquelles les abcès se sont ouverts à l'extérieur ou dans le tube digestif. Terminaison : 1° par la guérison ;

La mort a lieu par suite de l'aggravation et de la persistance des accidents phlegmasiques, et c'est en pareil cas que se développent les symptômes de la fièvre hectique, d'une perforation subite et de la communication de l'abcès avec un organe important, le péricarde, le péritoine, par exemple. La terminaison fatale est encore provoquée par les progrès d'une complication telle que la dysenterie, la fièvre intermittente, les ulcérations intestinales, l'albuminurie, une maladie de la rate, plus souvent aussi par l'altération profonde du sang et les progrès d'une lente et incurable inanition. Le patient alors s'éteint après plusieurs mois, plusieurs années de rechutes continuelles tantôt motivées, tantôt inexplicables, dans l'algidité et le marasme, sans agonie et à un moment donné, où la vie végétative semble à peine distincte de la mort réelle. Les auteurs ont négligé ou même omis complétement de faire la part, dans les accidents terminaux, de l'altération profonde du sang. La réparation nutritive est suspendue, par l'effet des troubles digestifs, et en même temps par les modifications importantes que le foie fait subir au sang ; on conçoit dès lors que la vie ne saurait continuer au milieu de tels désordres. 2° par la mort. Causes de cette terminaison. Inanition et algidité. Altération du sang.

III. Symptômes de l'hépatite chronique. Variations et état latent.

Symptômes de l'hépatite chronique. — Nous nous sommes suffisamment expliqué sur la nature des lésions anatomiques qu'on a attribuées à l'inflammation chronique du foie, pour qu'il nous soit maintenant facile de décrire ses symptômes. Ils sont encore bien autrement variables que ceux de l'hépatite aiguë. En effet, ils perdent presque toujours de leur intensité à mesure qu'ils se prolongent, quelquefois même ils manquent entièrement. On conçoit qu'il n'est pas permis d'asseoir des divisions, qu'on pourrait d'ailleurs multiplier à l'infini, sur des symptômes incertains ou sur leur état plus ou moins latent. Ils peuvent se manifester d'abord sous la forme de ceux de l'hépatite aiguë; seulement les sensations douloureuses, la fièvre, l'ictère, ne sont pas aussi nettement accusés. Cependant nous pouvons assurer que l'hépatite chronique, même dans sa période congestive et faible, n'échappera pas à celui qui, par la percussion, la succussion, la palpation, mesurera le volume du foie et cherchera les troubles des fonctions digestives. La fièvre ne fait jamais défaut. L'ictère peu manifeste est suffisamment caractérisé pour qu'on ne reste pas dans le doute. A plus forte raison, si l'on constate une de ces hémorrhagies sur lesquelles nous avons insisté, en parlant de l'hépatite aiguë; elles sont plus fréquentes dans la forme chronique, en raison de l'altération plus profonde et plus lente qui survient dans le sang. Nous les avons trouvées chaque fois que nous avons porté notre investigation sur ce point. Elles consistent dans des épistaxis, droite ou gauche indifféremment, dans des pétéchies, des selles sanglantes, et quelquefois dans une hématémèse d'ailleurs peu abondante.

Signes toujours manifestes de l'hépatite chronique.

Fièvre rémittente; ictère; hémorrhagie.

Troubles gastriques.

Les troubles gastriques acquièrent une intensité fort grande; la bouche reste pâteuse, amère, l'appétit nul, l'épigastre tendu, gonflé par des gaz, douloureux; il survient, à chaque instant, sans cause ou à l'occasion du plus petit écart de régime, des vomissements bilieux, de la diarrhée, de la constipation; puis ces symptômes cessent, mais le malade ne retrouve pas la santé. Il maigrit, en proie à une fièvre continue, rémittente, et à une diarrhée qui remplace bientôt la constipation. La fièvre de l'hépatite chronique ne persiste pas toujours au même degré. Elle peut même cesser entièrement, quoique l'abcès subsiste; de temps à autre elle se rallume, puis continue avec ses symptômes caractéristiques, jusqu'à la mort du sujet.

Signes des abcès chroniques.

Si le foie se met à suppurer d'une manière lente et chronique, on observe une exaspération très-marquée dans les symptômes, qui s'apaisent ensuite, mais pour persister jusqu'à ce que le pus collecté vienne enfin former une tumeur visible, en un des points que nous

avons indiqués, et se frayer une issue au dehors. La longue durée des symptômes de l'hépatite, lorsqu'il n'existe aucune tumeur appréciable, est la seule condition morbide qui puisse, dans quelque cas, faire soupçonner le développement d'un ou de plusieurs abcès.

Terminaison de l'hépatite chronique.

La terminaison de l'hépatite chronique par un abcès circonscrit donne lieu, suivant l'organe dans lequel il vient s'ouvrir, à des symptômes différents, sur lesquels nous avons suffisamment insisté ailleurs. Quant aux terminaisons par induration et par hypertrophie du tissu glandulaire, leurs signes ne diffèrent pas de ceux qui annoncent la cirrhose et l'hypertrophie simple que nous sommes loin de considérer comme des hépatites chroniques.

Complications.

Complications. — Nous appellerons ainsi les lésions abdominales et les maladies d'un organe plus ou moins distant du foie qui se développent dans le cours de l'hépatite. Au nombre des premières se trouvent la péritonite et les maladies de l'estomac et de l'intestin. Les secondes comprennent les maladies paludéennes et des lésions tout à fait fortuites, telles que la pneumonie, la pleurésie, l'albuminurie, etc. Il faut se garder de comprendre parmi les complications, ainsi que l'ont fait la plupart des auteurs: 1° les maladies qui sont la cause de l'hépatite, tels que les calculs biliaires, la dysenterie, les fièvres paludéennes; 2° celles qui produisent des congestions non phlegmasiques, comme les lésions du cœur, l'emphysème, le catarrhe aigu ou chronique; 3° les symptômes propres à l'hépatite, tels que l'adynamie, les hémorrhagies, la fièvre rémittente, la colliquation, le marasme, la pyémie; 4° enfin des maladies locales ou générales, diathésiques, qui ne font que coïncider avec l'hépatite ou lui sont antérieures: nous citerons la syphilis, le rhumatisme, la goutte, la gravelle, la phthisie.

Maladies appelées à tort de ce nom.

Les complications *réelles* qui appellent plus spécialement l'attention de l'observateur vers le foie, sont: 1° les péritonites ambiantes, lorsque l'abcès se rapproche des faces supérieures ou inférieures de la glande; 2° le ramollissement de l'estomac annoncé par de fréquents vomissements; 3° la duodénite, et surtout l'entéro-colite si commune dans les pays chauds. Les autres complications sont ordinairement toutes les maladies endémiques qu'on voit paraître dans les lieux où l'on observe l'hépatite; de ce nombre sont les maladies intermittentes, l'hypertrophie splénique, la dysenterie, la diarrhée, et les ulcérations intestinales (voyez *Causes*).

Complications réelles.

Diagnostic. Congestion non inflammatoire.

Diagnostic. — Dans la forme congestionnelle du plus faible degré, l'hépatite peut être prise pour un ictère spasmodique ou pour une congestion non phlegmasique. Dans le premier cas, l'organe con-

serve son volume normal; il n'y a ni fièvre ni douleur. Dans le second, le foie peut acquérir des dimensions assez considérables; il est peu sensible; la fièvre est nulle ou présente seulement une intermittence quotidienne. La résolution en est d'ailleurs facile et rapide.

Fièvre rémittente paludéenne.

Les fièvres intermittentes et rémittentes sont celles qui simulent le mieux la fièvre hépatique. Elles se montrent dans les mêmes contrées et souvent chez des sujets affectés réellement d'hépatite. Dans ces cas difficiles, le diagnostic est fourni par l'exploration du foie, et encore ne faut-il pas s'en tenir seulement aux résultats qu'elle donne, puisque, dans les deux maladies, le foie est gros et congestionné. La régularité des paroxysmes fébriles se retrouve dans les fièvres paludéennes, la continuité avec exacerbation dans celles qui sont compliquées, soit d'une congestion hépatique avec ictère, soit de toute autre maladie. On voit donc que le diagnostic de l'hépatite est environné de sérieuses difficultés. Cependant on est porté à admettre que cette dernière phlegmasie est bien la cause des symptômes observés, quand on trouve le foie douloureux, tuméfié, la fièvre continue rémittente, sans stade bien distinct, revenant dans la soirée et la nuit, laissant au malade, pendant la rémission, un grand malaise, suivie d'une petite sueur visqueuse, et ne cédant pas au sulfate de quinine. La teinte ictérique, faible d'abord, s'accroît et persiste pendant toute la durée du mal, qui offre d'ailleurs une marche beaucoup plus longue qu'une fièvre intermittente légitime. Une douleur hypocondriaque fixe précède la formation d'une tumeur fluctuante dont la nature phlegmoneuse devient bientôt manifeste.

Calculs biliaires et cholécystite.

Une des lésions du foie qui se rapproche le plus de l'hépatite est la phlegmasie des conduits biliaires par des concrétions qui y sont arrêtées. Dans ce cas la sensibilité du foie, l'ictère, la fièvre hépatique rémittente, simulent très-bien les symptômes de l'hépatite. Toutefois l'apparition antérieure de coliques semblables, leur forme, l'apyrexie complète au début et le prompt retour à la santé indiquent la présence de concrétions, cause habituelle de la cholécystite. (Voyez *Maladies des conduits d'excrétion biliaire.*)

Diagnostic des abcès du foie. Cancer.

Kystes.

L'abcès du foie ressemble à un grand nombre de tumeurs hépatiques: 1° au cancer encéphaloïde, dont la marche lente et apyrétique s'accompagne de tous les signes de la diathèse cancéreuse; 2° à un kyste acéphalocystique ou d'autre nature; la marche longue et l'intégrité de toutes les fonctions qu'on observe alors ne se voient pas dans la phlegmasie; 3° à une tumeur cancéreuse ou d'autre nature développée dans le foie, dans les poumons, le mésentère ou d'autres parties

du péritoine. Il peut en résulter un ictère, des douleurs profondes qui simulent celles du foie et des troubles intenses des fonctions gastro-intestinales. La longue durée du mal, l'absence de fièvre rémittente, le siége de la tumeur soupçonnée ou déjà manifeste, feront connaître aisément l'existence d'une maladie non hépatique.

Causes. — Notre division des causes en *somatiques*, *cosmiques* et *traumatiques*, trouve encore sa place naturelle dans l'étude de l'hépatite. Sans elle il n'existe que confusion ou distinctions puériles et banales (causes prédisposantes, et déterminante, par exemple). **Étiologie.**

Causes somatiques statiques. — Rappelons, sans y attacher la moindre importance, pour des raisons faciles à saisir, que la phlegmasie du foie est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et dans la période moyenne de la vie ; que toutes les constitutions, les plus débiles comme les plus fortes, y sont également exposées ; que les sujets nés dans le nord de l'Europe ou dans des pays tempérés résistent moins aux causes climatériques que les autres, et par conséquent à celles qui produisent l'hépatite. Causes somatiques statiques ;

Causes somatiques fonctionnelles. — Leur influence est surtout marquée dans les contrées intertropicales ou méridionales, chez les hommes qui exercent des professions actives et qui sont le plus exposés à subir l'influence du cosmos ; ainsi les militaires de l'armée de terre et parmi eux les soldats, et tous ceux qui sont forcés, par leur service, à subir de grandes fatigues, les ouvriers qui exercent des professions pénibles et dépensent beaucoup de forces, sont fréquemment atteints d'hépatite. Il faut, bien entendu, l'intervention des autres causes cosmiques ou fonctionnelles. fonctionnelles.

Action pathologique de l'organisme humain malade. — Les hépatites qui dépendent de cet ordre de causes sont deutéropathiques, secondaires, consécutives à d'autres maladies. On a attribué la fréquence de l'hépatite dans les pays chauds à la dysenterie endémique, aux ulcérations intestinales, à des phlébites capillaires et à la propagation, par voie de sympathie ou de continuité, de l'irritation gastro-intestinale par les affluents de la veine-porte, par le duodénum et les conduits biliaires. D'autres ont allégué la résorption des matières septiques putrides ou d'autre nature, contenues dans l'intestin altéré par quelqu'une des maladies précédentes. Que l'hépatite se développe de cette manière dans un certain nombre de cas, le fait n'est pas douteux, mais il est beaucoup plus rare qu'on ne l'a dit. D'ailleurs, comme la dysenterie, la diarrhée, les colites ulcéreuses, sont endémiques dans les contrées chaudes, et comme il est prouvé Causes somatiques d'origine morbifique. Maladies intestinales.

également que le climat développe l'hépatite indépendamment de l'action exercée par ces maladies, on doit donc admettre qu'elles sont souvent concomitantes ou même postérieures à la lésion du foie. On les a attribuées à l'action d'une bile âcre que fournit l'organe malade (?).

Hépatite consécutive à la cholécystite ;

Les maladies qui agissent, d'une manière plus certaine et plus directe, sont les maladies locales du foie. Nous en citerons notamment une dans laquelle nous avons toujours trouvé les traits principaux de l'hépatite congestive, rarement suppurative; nous voulons parler des concrétions biliaires qui sont souvent suivies, au bout d'un temps variable, de la phlegmasie des conduits et de sa propagation au tissu glandulaire ambiant (voyez *Maladies des voies biliaires*). Nous l'avons également rencontrée autour des poches hydatiques enflammées et suppurées, autour des tumeurs cancéreuses et des foyers hémorrhagiques. Ces hépatites partielles ont une marche toute différente des phlegmasies proto-pathiques.

et à d'autres lésions locales.

Causes cosmiques.

Causes cosmiques. — On s'accorde à placer la maladie sous la dépendance de la chaleur atmosphérique, dans les contrées intertropicales et même dans les pays où celle-ci est cependant moins intense et moins durable. C'est probablement ainsi, bien plus que par une action spéciale, qu'agissent certaines localités où l'on regarde l'hépatite comme endémique, telles que l'Inde, les Antilles, le Sénégal, l'Algérie. On a accusé également les saisons chaudes estivales de produire l'hépatite; d'autres ont allégué surtout les variations de température qui sont très-grandes et très-fréquentes dans les mêmes contrées. On a cité des relevés qui semblent prouver qu'en Algérie la fréquence des abcès du foie augmente de plus en plus, depuis le mois de juin jusqu'au mois d'août inclusivement, pour décroître jusqu'à la fin de mai. (Rouis, *Recherches sur les suppurations endémiques du foie*, page 214; in-8. Paris, 1860.) Le fait en lui-même est incontestable, mais l'action pathogénique du climat nous échappe entièrement. Quel que soit l'agent qui joue le rôle principal, que ce soient la chaleur, le miasme paludique, les alcools, les erreurs de régime, la raréfaction de l'air, la diminution d'oxygène ou toute autre cause, on ne peut s'empêcher de remarquer que le foie se congestionne dans ces pays avec une facilité extrême; que la sécrétion biliaire y prend une activité insolite, et que le tube digestif lui-même, surexcité facilement, tombe ensuite dans la débilité la plus grande. Il est impossible de ne pas être frappé des rapports sympathiques qui existent entre les fonctions gastro-intestinales d'une part, celles du foie, de la peau et des reins de l'autre, et la fréquence extrême des hyper-

Chaleur atmosphérique

Saisons.

Causes diverses assignées à l'hépatite.

crinies de l'intestin marquées par la diarrhée, la dysenterie et les troubles gastriques. Dans nos climats, où ces agents n'exercent qu'une action minime, les hépatites aiguës et suppuratives surtout sont rares. Quant à l'hépatite nostras, c'est-à-dire à la congestion phlegmasique légère, elle dérive surtout de l'influence exercée par les ingesta.

Impaludisme.

L'hépatite est *endémique* dans un très-grand nombre de pays où règnent les maladies paludéennes sous toutes les formes et spécialement les fièvres intermittentes. On ne saurait mettre en doute l'action du miasme paludique sur le développement de la maladie du foie. Il possède la propriété spécifique de congestionner cet organe presque aussi souvent que la rate; il doit donc résulter de ces fréquentes hypérémies une prédisposition très-grande du foie à s'enflammer, surtout quand la chaleur, les écarts de régime, la dysenterie, les diarrhées, interviennent à différents degrés. Ajoutons que l'altération du sang, qui détermine souvent la cachexie paludéenne dans les contrées tropicales exposées aux miasmes des marais, concourt à la production de l'hépatite; mais il faut d'autres causes encore.

Sa manière d'agir.

Action nuisible des ingesta.

La nature et la quantité des substances alimentaires doivent être considérées dans tous les pays, mais surtout dans les contrées méridionales, comme des causes certaines de l'hépatite. Cependant il faut presque toujours l'intervention de quelque autre agent qui y prédispose ou qui agisse comme cause occasionnelle; tantôt c'est l'action de la chaleur, une longue marche, tantôt une émotion morale qui débilite l'organisme, à la longue, ou subitement et par une action réflexe, et fait naître ainsi la congestion phlegmasique. On comprend donc qu'il est impossible de partager ces causes en prédisposantes et en occasionnelles, puisqu'elles agissent de l'une et de l'autre manière, dans un grand nombre de cas.

Mode général d'action.

Alcools.

L'usage des boissons alcooliques et surtout de l'eau-de-vie, de l'absinthe et de toutes les liqueurs, est regardé généralement, et avec juste raison, comme la cause la plus certaine de l'hépatite. Dans notre climat, l'effet de ces ingesta dans la production de l'hépatite légère n'est pas douteux; il l'est moins encore dans les contrées intertropicales. L'alcoolisme se manifeste, à chaque instant, en Europe, par des congestions hépatiques souvent légères, qu'on a qualifiées d'ictère spasmodique; à mesure qu'elles se reproduisent ou bien encore sous le coup de causes adjuvantes, elles passent à l'état d'hépatite aiguë, lorsqu'elles n'aboutissent pas à quelques-unes de ces lésions chroniques qu'on appelle la cirrhose des ivrognes. Nous nous bornerons à signaler comme autant de causes qui finissent par exercer une action

Aliments excitants.

morbide réelle lorsqu'elles dépassent un certain degré, les substances alimentaires toniques et stimulantes, les condiments, le thé, le café, la réplétion démesurée de l'estomac, les excès de table, les boissons glacées, etc. Ces ingesta, outre une action peut-être directe et irritante qui porte sur le foie par l'intermédiaire du sang de la veine-porte, agissent aussi et plus sûrement par l'irritation que subit la membrane muqueuse gastro-intestinale, toujours surexcitée dans les pays chauds, ou même déjà atteinte de maladie.

Traitement. Hygiène préventive.

Traitement. — Nous n'avons pas besoin de répéter au praticien toutes les banalités qui se trouvent partout sur la nécessité de faire observer sévèrement aux Européens qui émigrent dans les pays chauds, les règles de l'hygiène. Elles sont connues de tout le monde et doivent être particulièrement respectées par les militaires, les colons et les marins, que leurs professions exposent plus que tous les autres aux influences nuisibles du climat, des miasmes paludéens, des fatigues extrêmes et des excès alcooliques.

Le traitement curatif consiste à combattre les hypérémies, l'hépatite chronique et les collections purulentes, par des moyens appropriés.

Traitement de l'hypérémie.

Hypérémies hépatiques. —Une fois bien constatées par leurs symptômes propres, elles exigent un traitement prompt et énergique. Les saignées générales, plus ou moins répétées, et surtout les applications de ventouses scarifiées sur l'hypocondre droit, sur l'épigastre, constituent, avec tout l'appareil antiphlogistique local consacré en pareille circonstance, les agents les plus efficaces de la médication antiphlogistique (cataplasmes, narcotiques, à l'extérieur). Il importe d'enlever complétement la douleur et surtout la congestion, dont il ne faut pas manquer de suivre les progrès jour par jour, à l'aide de la percussion. Disons toutefois que ce n'est pas seulement par le traitement précédent qu'on peut espérer réduire l'hypérémie phlegmasique. Il nous a paru inefficace dans le plus grand nombre de cas, même d'hépatite légère, et nous avons dû y renoncer, parce qu'il affaiblissait le malade, sans diminuer la congestion.

Saignées et antiphlogistiques ;

inefficaces dans nombre de cas.

Boissons ; purgatifs; bains.

Les autres agents de la médication sont : 1° les boissons acidulées, fraîches, préparées avec le citron, l'orange, l'eau de Seltz, les fruits acides et mucilagineux; 2° les purgatifs salins, légers et non irritants, tels que ceux qu'on prépare avec les sels de soude, l'huile de ricin, le séné, etc ; 3° le calomélas, les purgatifs énergiques et même les drastiques, lorsque la constipation est opiniâtre ; 4° les lavements et les bains d'eau tiède ou salins, prolongés et sou-

vent répétés. Vers la fin, lorsque l'hypérémie se prolonge, on institue le traitement de l'hépatite chronique.

Vomitifs.

Il est utile aussi, quand les signes de l'embarras gastrique simple ou bilieux existent, de commencer par les vomitifs. L'émétique convient alors parfaitement; on peut y revenir plusieurs fois avec succès, parce qu'il excite une série de sécrétion et d'excrétion salutaires: cependant il faut y renoncer si la douleur hépatique est grande.

Traitement de l'hépatite chronique. Préparations mercurielles.

L'hépatite chronique, primitive ou secondaire, réclame un tout autre traitement. On sait qu'un grand nombre de médecins étrangers ont une confiance aveugle dans le calomélas, qu'ils prescrivent, soit à dose altérante (2 à 5 centigr. par jour), de manière à provoquer la salivation, soit à dose plus élevée (20 à 60 centigr. par jour); d'autres lui préfèrent les pilules bleues des hôpitaux anglais ou celles de Sédillot. Le mercure métallique, qui fait la base de ces deux préparations, agirait sur les sécrétions hépatiques comme sur les autres. Nous avons employé souvent, dans des conditions morbides de ce genre, les pilules bleues, qui sont ordinairement bien supportées, mais qui ne nous ont pas semblé jouir d'une action élective spéciale sur le foie. Les mercuriaux, sans mériter la confiance qu'on leur a accordée, doivent être essayés dans l'hépatite chronique, contre laquelle l'action de nos médicaments est d'ailleurs restreinte. Nous conseillons d'administrer les préparations de quinquina, les infusions, les décoctions, l'extrait mou et le sulfate de quinine, lors même qu'il n'existe pas actuellement de preuve certaine d'une intoxication paludique. L'iodure de potassium a également sa place marquée dans le traitement de l'hépatite chronique, mais il faut en observer les effets, ainsi que ceux des sels de Vichy et des alcalins dont on a tant abusé dans ces derniers temps.

Quinquina.

Iodure de potassium et sels alcalins.

Topiques externes.

On applique sur l'hypocondre tous les narcotiques et résolutifs usités dans les engorgements glandulaires (pommade mercurielle et belladonée, iodurée, emplâtre de ciguë, etc.). Les plus efficaces de tous ces agents sont les vésicatoires volants placés en grand nombre et successivement; nous préférons, dans les cas rebelles, les cautères profonds et capables d'amener une longue et copieuse suppuration. Les douches d'eau chaude simple, sulfureuse, saline, de vapeur, dirigées sur l'hypocondre; les eaux thermales des Pyrénées, du Mont-Dore, d'Aix, etc., conviennent également.

Vésicatoire; cautère.

Traitement de l'abcès hépatique. — Quand il s'est formé un abcès et quand il proémine assez sous la peau pour qu'on ne puisse douter de son existence, on emploie, pour l'ouvrir, les procédés de

Bégin ou de Récamier. Ce dernier, auquel nous avons eu recours quatre fois sans le moindre accident, nous semble préférable à tout autre procédé. (Voyez *Acéphalocyste du foie.*)

Traitement des complications, et des causes.

Traitement des complications. — Souvent l'hépatite est consécutive à une maladie du foie ou d'un autre organe, ou compliquée. Dans le premier cas le traitement de la lésion protopathique, si elle est accessible à nos moyens de curation, doit primer l'autre traitement; dans le second cas on doit réserver une place importante au traitement de la complication; une entéro-colite simple ou ulcéreuse, et d'autres dérangements des fonctions digestives exigent l'emploi du sous-nitrate de bismuth, et surtout un régime alimentaire bien approprié. La dysenterie, les fièvres d'accès, requièrent leur thérapeutique habituelle, avant toute autre médication.

Bibliographie.

Bibliographie. — Aussi ancienne que la médecine grecque, l'histoire de l'hépatite aiguë et suppurée figure d'abord dans la collection Hippocratique, puis dans les ouvrages de Galien, de Cœlius Aurélianus, de Celse, de Bianchi, etc. Nous devons nous borner à indiquer les livres tout à fait modernes dans lesquels on trouvera des documents propres à bien faire connaître cette maladie dans sa forme aiguë et chronique : Wil. Thompson, *A practical Treatise on the diseases of the liver*, in-8, Edin., 1841; — Cas. Broussais, *Recherches sur quelques maladies du foie en Algérie, Journal de médecine*, 229, 257, 1845; — Budd, *On diseases of the liver*, in-8, Lond., 1845, et 3e éd. 1857; — Haspel, *Maladies de l'Algérie*, t. I, in-8, Paris, 1850; — Catteloup, *Mémoire sur la coïncidence des maladies du foie avec la diarrhée et la dysenterie*, etc.; *Recueil de médec., chir. et pharm. militaires*, t. LVIII, 1845. Voyez dans ce même recueil d'autres mémoires sur le même sujet., t. LV; — Rouis, *Recherches sur les suppurations endémiques du foie*, in-8, Paris, 1860; — Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie*, trad. franç. in-8, Paris, 1862; — Plusieurs mémoires publiés à différentes époques et qui ont trait à l'hépatite : — Monneret, *Recherches cliniques sur quelques maladies du foie, Rev. méd. chirurg.*, 1849; — *Des hémorrhagies produites par les maladies du foie, Archives génér. de médec.*, 1854; — *De l'ictère hémorrhagique essentiel, dans le Journ. le Progrès*, janv. et févr. 1859; — *De la congestion non inflammatoire du foie, mém. rec.*, 1861. — Nous terminerons en citant l'article complet et plein d'une bonne érudition, qui se trouve dans le *Traité élémentaire de pathologie interne* de MM. Behier et Hardy, t. II, p. 418, 2e édit. in-8, Paris, 1864.

CIRRHOSE.

De κιρρός, roux.

Définition. — La cirrhose est une maladie chronique et apyrétique du foie, caractérisée par l'induration et l'atrophie de son tissu, qui gêne la circulation de la veine-porte hépatique, et donne lieu à une hydropisie abdominale. Cette définition clinique de la maladie est la seule qui convienne aujourd'hui, en raison de l'obscurité extrême qui couvre encore la nature de ses altérations. **Définition.**

Lésions anatomiques. — Un des caractères anatomiques les plus constants de la cirrhose est la diminution de volume du foie, qui peut être réduit au tiers ou à la moitié de ce qu'il est à l'état normal. En même temps il se déforme, il s'arrondit, perd ses faces et ses angles si nettement dessinés; il se divise en lobules plus ou moins saillants et volumineux, séparés par des sillons blanchâtres; en un mot, la disposition lobulaire normale s'exagère à tous les degrés. En même temps les deux substances du foie qui sont si distinctes, l'une par sa couleur rouge, l'autre par sa teinte jaunâtre plus claire, se confondent en une seule. Tout le foie, ou seulement un de ses lobes, acquiert une couleur jaune uniforme, d'intensité variable (κιρρός). Les granulations, d'abord distinctes et environnées d'un tissu rouge parfois très-injecté, finissent par former tout le tissu de la glande, en conservant leur aspect granulé. Cette dernière disposition s'exagère encore, et l'organe finit par ne plus être constitué que par de petits lobules d'une couleur jaune, comparable à celle du tissu adipeux, ou verdâtre, rousse, etc. **Altérations pathologiques.** Déformation et atrophie. Coloration jaune uniforme.

Le foie s'indure à différents degrés, quelquefois au point de déterminer une résistance comparable à celle que donne un tissu squirreux. L'hypertrophie, l'induration de la capsule de Glisson, et du tissu conjonctif qui entoure les lobules, les vaisseaux, les nerfs et forme les cloisons, nous paraît être la cause de la dureté que présente alors le tissu hépatique; en effet, les micrographes ont constaté l'hypertrophie du tissu conjonctif et l'existence de nombreuses fibres élastiques. Induration.

On a cru pendant longtemps que la pesanteur d'un foie cirrhosé était plus considérable que celle de l'organe sain. Nous sommes parvenu par de nombreuses pesées à un résultat tout à fait différent. Entre le foie sain et le foie cirrhosé, il existe une différence de Diminution de poids, de volume, de densité.

284 grammes, qui représente à peu près la quantité de sang que ne reçoit plus le tissu hépatique quand il est cirrhosé. Deux causes contribuent à la diminution du poids de l'organe malade : la quantité moindre du sang qu'il reçoit et admet dans son tissu, et le développement d'une grande quantité de tissu adipeux. Cette double cause n'est pas compensée par l'hypertrophie et l'induration du tissu conjonctif. Dans d'autres expériences, nous nous sommes assuré par des injections forcées qu'on loge à peine 938 grammes d'eau dans le foie cirrhosé, tandis que le sain en admet 1,282 grammes. Voici, du reste, quelques chiffres qui peuvent être utiles :

Foie sain : poids, 1,602 gr. ; — volume, 1,500 ; — densité, 1,069.

Foie cirrhosé : poids, 1,318 ; — volume, 1,316 ; — densité, 0,061.

En résumé, la lésion essentielle et bien établie consiste dans la diminution, portée à différents degrés, de la perméabilité du foie, de la veine-porte spécialement enfin de la circulation dans toute la glande hépatique.

Oblitération des capillaires.

Nous rappellerons encore que, parmi les lésions cadavériques bien constatées aujourd'hui, on doit noter aussi : 1° *l'oblitération des vaisseaux capillaires de la veine-porte* et l'établissement de nouveaux vaisseaux qui communiquent avec les veines hépatiques (Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie*, trad. franç., page 348, in-8, Paris, 1862). — 2° *L'épaississement, l'hypertrophie et l'induration de la capsule de Glisson* et du tissu conjonctif : de là proviennent ces plaques blanches, opalines, laiteuses, qu'on aperçoit entre les lobules, à la surface du foie et ailleurs. — 3° *La fréquence extrême de la péritonite péri-hépatique :* nous l'avons notée souvent dans les observations nombreuses qui servent de base à notre travail sur la cirrhose, et dont celui-ci n'est d'ailleurs que la reproduction un peu modifiée (*Études cliniques sur la maladie qui a reçu le nom de cirrhose du foie, Archiv. génér. de médec.*, page 385, août 1852, et page 1, septembre 1852). Ces péritonites sont marquées par des taches blanches, qui tiennent à des épaississements de la séreuse et à du plasma infiltré ou déposé à sa surface. Elles sont partielles, siégent souvent sur les faces concave et convexe du foie, et doivent être distinguées des épaississements de la capsule de Glisson. — 4° *L'atrophie des cellules hépatiques.* — 5° *La pigmentation jaune* qui tient à l'accumulation, dans la cellule, d'une matière granuleuse jaune orangé, ou soufrée. — 6° *La dégénérescence graisseuse.* Celle-ci se retrouve dans les cellules hépatiques en voie de destruction et dans le tissu cellulaire qui remplace les acini. On a encore noté la pigmentation

Hypertrophie du tissu conjonctif.

Péritonite chronique partielle.

Atrophie, pigmentation et dégénérescence graisseuse des cellules.

des cellules par la matière colorante du sang altérée et l'infiltration lardacée ou amyloïde qui donne au foie une couleur et une consistance grise et transparente partielle. Ces altérations, signalées par Frerichs, ne sont pas propres à la cirrhose; nous ne les y avons rencontrées que très-rarement. Nous ne pouvons pas accorder de confiance aux prétendus exsudats fibrineux de provenance inflammatoire qu'on dit avoir trouvés dans le foie, moins encore aux exsudats formés *par l'albumine(?)*.

La phlegmasie est étrangère au développement de la cirrhose.

Le travail phlegmasique n'a rien à faire avec la cirrhose, du moins comme maladie primitive. Qu'elle se développe après un certain nombre d'hypérémies simples du foie, ou comme dernier terme d'une hépatite chronique, d'une congestion mécanique causée et entretenue par une lésion du cœur, comme effet d'une maladie du péritoine, d'un cancer, d'un kyste, d'une acéphalocyste, nous l'admettons facilement; nous avons nous-même rencontré des cas de ce genre. Ce sont eux précisément, et surtout la marche, la durée et les symptômes de la maladie, qui nous ont conduit à voir dans la cirrhose protopathique, aussi bien que dans la cirrhose secondaire ou consécutive, une altération ultime de la nutrition, causée par un grand nombre d'affections diverses du foie, et même par des lésions de ses vaisseaux ou de la sécrétion biliaire. (Voyez *Causes*.) Elles ont pour résultat l'altération, à divers degrés, du système vasculaire du foie, spécialement de la veine-porte, et par suite l'atrophie des glandules sécrétoires, des acini, la dégénérescence graisseuse ainsi que l'hypertrophie de la trame cellulo-fibreuse du tissu hépatique. Nous verrons que les symptômes de la cirrhose doivent aussi la faire considérer comme une maladie atrophique, comme une induration consécutive à une lésion des vaisseaux capillaires. Il faut cependant remarquer que, si les uns l'ont placée sous la dépendance de l'atrophie vasculaire primitive, d'autres, au contraire, ont subordonné cette maladie du système vasculaire et la dégénérescence à une lésion de l'appareil sécréteur, provoquée par un exsudat et par une phlegmasie du foie. Nous avons dit que rien ne paraissait plus contraire à l'observation des faits que cette dernière hypothèse.

Nature de la maladie.

Symptômes. — Il existe peu de maladies qui affectent plus nettement, dès le début et pendant toute sa durée, la marche et la forme d'une maladie chronique; nous en présenterons d'abord les symptômes, d'une manière rapide et générale, afin d'insister ensuite sur ceux qui caractérisent la cirrhose. Pendant longtemps et avant même que le malade ait recours au médecin, il éprouve des troubles digestifs,

Symptomatologie. Tableau général des symptômes.

des nausées, de l'anorexie, des flatuosités, des renvois, de la gêne épigastrique, de la difficulté à digérer, de temps à autre des vomissements. Il ne commence à s'apercevoir de son mal que lorsque le ventre se tuméfie après le repas et qu'il est contraint de détacher quelques parties de son vêtement. Souvent même l'œdème des pieds, des jambes et l'ascite l'avertissent qu'il est sérieusement affecté. A mesure que l'épanchement séreux augmente, les veines sous-cutanées de la paroi du ventre et les vaisseaux du derme commencent à se dilater: ce qui annonce une gêne assez grande de la circulation du sang dans la veine cave inférieure. Souvent alors, et longtemps avant qu'on puisse les rapporter à la gêne de la circulation, apparaissent des hémorrhagies nasales, un amaigrissement rapide et extrême du visage, du cou, des membres supérieurs et de la poitrine, qui contraste singulièrement avec le gonflement du ventre et des extrémités inférieures. La perte de l'appétit, les vomissements, la constipation et l'accroissement plus ou moins grand de l'ascite, la teinte subictérique du visage, la couleur jaune et les sédiments de l'urine, tels sont les principaux signes de la maladie. Les plus importants sont par ordre: les symptômes hépatiques, statiques ou fonctionnels, puis les circulatoires et les digestifs.

Symptômes hépatiques. Diminution de volume.

Volume du foie. — Nous avons vu, comme tant d'autres, le foie augmenter de volume au début de la cirrhose, mais dans des cas si rares et d'une nature si douteuse que nous devons établir, en règle générale, que le foie est diminué toujours de volume, dans une étendue de quatre à cinq centimètres au plus. La présence des gaz et du liquide rend très-difficile cette exploration, qu'il faut faire, dans tous les cas, avec le plus grand soin. (*Mém. cit.*, pag. 394.) La douleur existe plus souvent qu'on ne l'a dit: elle est sourde, située dans l'hypocondre, l'épigastre ou vers les reins; parfois elle se confond avec celle que déterminent la flatulence intestinale et les troubles dyspeptiques; elle se montre au début.

Lésion de la sécrétion biliaire.

On observe des variations très-grandes dans les symptômes fournis par les troubles des fonctions sécrétoires du foie. Il est même difficile de s'expliquer comment, avec des lésions de structure aussi marquées, ces troubles ne sont pas plus intenses ni plus constants. Il n'existe, pendant toute la durée du mal et jusqu'à la fin, aucune coloration ictérique de la peau, qui est sèche, aride, terreuse, grisâtre et d'un blanc mat, comme dans l'anémie. Quelquefois cependant nous avons observé sur la sclérotique une teinte jaunâtre, légère, à peine visible pour celui qui ne sait pas la chercher. L'urine elle-même n'est pas plus

ictérique que la peau. Elle est peu abondante, très-rare surtout à la fin de la maladie, dense, acide, fortement chargée d'urates de soude et d'ammoniaque et de la matière rouge dont se colorent souvent les sels alcalins, très-disposée à se précipiter, par le refroidissement, et à former une couche qui a parfois la moitié de la hauteur du vase. Souvent ces sels troublent toute l'urine, qui est sédimenteuse et sans odeur; ils se dissolvent aisément par la chaleur, par l'acide nitrique, et alors l'urine reprend sa transparence. Ce dernier réactif, pas plus que la solution iodurée de potassium, n'y fait paraître la biliverdine; cependant l'urine est quelquefois d'un jaune citron fortement accusé : nous n'y avons jamais trouvé d'albumine ni de glycose.

Urines pigmenteuses avec dépôt.

Les selles sont rares; la matière des évacuations est colorée en jaune, ainsi que nous nous en sommes assuré plusieurs fois. Elles continuent donc à recevoir une quantité notable de matière bilieuse.

Selles.

Les troubles sympathiques de la digestion sont constants et tranchés. Ils consistent dans une dyspepsie qui reste au même degré ou va croissant, depuis le début jusqu'à la fin : ce qui explique l'état d'inanition dans lequel tombe le malade. Il finit par éprouver une répugnance invincible pour les aliments : sa bouche est mauvaise ; sa langue couverte d'enduits blancs, jaunâtres, et, vers la fin, de fuliginosités brunes, à la formation desquelles concourt un suintement sanguin fourni par la muqueuse buccale. La tension pénible de l'épigastre, les nausées, les vomissements, la régurgitation, les éructations nidoreuses fréquentes, et la distension des intestins par des gaz, attestent l'intensité des troubles de la digestion. Dans la période ultime, la diarrhée succède souvent à la constipation ; quelques sujets rendent du sang qui provient de la membrane muqueuse intestinale (melæna), plus rarement du rectum ou des hémorrhoïdes.

Dyspepsie.

Hydropisie. — Quelle que soit la nature de la cirrhose, on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'elle apporte habituellement un obstacle considérable à la circulation du sang dans la veine-porte et qu'elle se traduit par l'ascite. Nous l'avons observée dans tous les cas; cependant on dit qu'elle manque quelquefois : ce qui peut tenir à la faible intensité de l'obstacle au cours du sang, et à un degré moindre de la maladie. La veine-porte était-elle entièrement oblitérée dans ces cas? La maladie était-elle bien une cirrhose? Il est permis de poser ces questions sans les résoudre. On a vu la veine-porte enflammée et oblitérée sans qu'il y eût d'ascite. Nous avons nous-même rencontré des faits de ce genre; mais nous ne sommes pas certains que la veine fût imperméable dans tous les points.

Hydropisie. Ascite.

Est-elle constante?

OEdème des membres inférieurs.

L'hydropisie du péritoine s'établit avant que les membres inférieurs ne s'infiltrent : ce fait, qui est vrai dans la majorité des cas, a été trop généralisé. Dans d'autres, la sérosité s'épanche presque en même temps dans les membres inférieurs et dans le ventre; elle est en si petite quantité dans la première partie du corps, qu'il faut l'y chercher avec soin par la pression des téguments qui recouvrent le tibia. Dans la cirrhose simple l'ascite peut persister jusqu'à la mort sans provoquer la moindre gêne dans la circulation des membres inférieurs. Le liquide ascitique est jaune, limpide, fortement coloré par la matière jaune et verte de la bile, quelquefois par le sang que le péritoine fournit, ou altéré par de fausses membranes, par du pus que donne la séreuse, enflammée souvent à la fin de la maladie.

OEdème de la paroi du ventre.

On aperçoit, de très-bonne heure, une infiltration séreuse de la paroi abdominale, qui suit ordinairement l'épanchement ascitique. La gêne de la circulation veineuse en est la seule cause, et non la distension du ventre par l'ascite, puisque, dans certains cas, celle-ci est à peine accusée par la matité et la fluctuation douteuse des parties inférieures de l'abdomen, tandis que l'œdème de la paroi est considérable.

Dilatation variqueuse.

La gêne de la circulation abdominale amène, de bonne heure, la dilatation des veines qui rampent sous la peau du ventre et qui appartiennent aux épigastriques et iliaques, d'une part, aux mammaires et thoraciques, de l'autre. Cette circulation supplémentaire se remarque aussi dans les capillaires les plus fins du derme, qui deviennent visibles sous forme de petites houppes et de ramuscules très-élégants. On la trouve plus développée d'un côté que de l'autre; rarement limitée à un seul. Elle s'étendait, chez plusieurs de nos malades, jusqu'à la poitrine, au cou et à la face; c'est à tort qu'on a prétendu rapporter la dilatation variqueuse dont nous parlons à la distension des parois du ventre, car elle manque dans les ascites qui sont indépendantes de la cirrhose. On a étudié, à plusieurs reprises, le mode suivant lequel s'établit la circulation collatérale de la veine-porte. On doit à M. Sapey, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris, les recherches les plus récentes et les plus complètes sur ce sujet. (*Mém. sur un point d'anat. pathol. relat. à l'hist. de la cirrhose, Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1859. — Voyez aussi l'ouvrage de Frerichs, traduct., p. 357.)

Son siége.

Sa cause.

Circulation collatérale supplémentaire;

par différentes voies.

Ces travaux montrent combien la nature est féconde en ressources diverses pour établir des communications entre les affluents de la veine-porte et ceux de presque toutes les veines du ventre ou des organes qui y sont contenus, avec la veine-cave; — avec les veines

hémorrhoïdales internes et inférieures; — avec la veine coronaire gauche, l'œsophagienne et la diaphragmatique; — signalons aussi le rétablissement de la cavité de la veine ombilicale, qui est plus rare qu'on ne l'a dit, etc., etc. Malgré ces recherches importantes, il reste encore beaucoup à faire pour qu'on connaisse bien le mode suivant lequel s'établit la circulation supplémentaire dans la cirrhose. Celle qui se fait par la paroi du ventre, est très-apparente. Frerichs n'a pas trouvé plus que nous que les varices rectales fussent communes dans la cirrhose, quoiqu'on ait avancé le contraire. (*Ouvr. cit.*, p. 358.) Il a vu, comme nous, disparaître tous les symptômes de la maladie, après la dilatation des veines de la paroi abdominale; en effet, nous ne connaissons pas de meilleur signe de la maladie que celui-là. « Lorsque la cirrhose existe, le cours du sang entre la paroi abdominale et le foie est renversé; tandis qu'auparavant il se dirigeait vers la glande, maintenant il passe de la veine-porte dans les veines de l'abdomen, et de là il s'écoule, en bas, par la veine épigastrique, en haut, par la veine mammaire. » (Frerichs, *Ouv. cit.*, pag. 359.)

Hypertrophie splénique.

L'*hypertrophie* de la rate, qui semblerait devoir être une conséquence obligée de la gêne de la circulation dans la veine-porte, est assez rare. Cependant Frerichs dit l'avoir rencontrée vingt-quatre fois sur trente-six; et d'autres la regardent comme presque constante. Tel n'est pas le résultat de notre observation; nous pensons que les cas dont parle l'auteur ont trait à des cirrhoses compliquées, dont les causes étaient alors multiples.

Hémorrhagies cirrhotiques; déjà connues.

Hémorrhagies. — Les anciens, qui ont parfaitement connu et décrit la cirrhose, seulement sous un autre nom, et, plus tard, Bianchi et Bright, en 1828, parlent des épistaxis et de la diarrhée sanglante comme d'actes morbides qui ne sont point rares dans cette maladie; cependant les hémorrhagies étaient presque entièrement méconnues lorsque nous en avons fait le sujet de nouvelles études : *Des hémorrhagies produites par les maladies du foie*, —*Arch. génér. de médec.*, juin 1854. Elles sont sous la dépendance probable d'une altération du sang, dont la maladie du foie est la cause; elles constituent un des meilleurs signes de la cirrhose. L'épistaxis est la plus fréquente de toutes; elle est peu abondante, de quelques gouttes seulement; elle se montre dès le début, et par conséquent est un phénomène très-précieux pour le diagnostic, puisqu'on manque, précisément, à cette époque, de symptômes propres à caractériser la maladie. Elle reparaît à des intervalles variables; il faut la chercher avec soin, car

Épistaxis.

elle échappe souvent au malade ; chez quelques-uns elle est assez insolite ou abondante pour les étonner et pour exiger une médication spéciale; nous avons constaté plus rarement des évacuations sanglantes par les selles, par les gencives ou la surface cutanée, sous forme de pétéchies. Du reste, nous avons fait remarquer, dans le mémoire précédemment cité, que ce n'est pas l'obstacle au cours du sang qui peut expliquer la formation de ces hémorrhagies, mais l'altération du sang, car elles sont fréquentes dans des maladies hépatiques autres que la cirrhose et sans qu'il y ait de gêne de la circulation.

Pouls et fièvre.

Le pouls est régulier, égal, souvent petit, d'une faiblesse extrême qui nous a frappé. Au début et pendant la première période du mal, le pouls ne dépasse pas 72 ; vers la fin, il s'élève à 96, 104, 112 ; la peau devient alors chaude, sèche, aride. Nous n'avons jamais trouvé d'exacerbation quotidienne, double tierce ou tierce, comme dans les maladies du foie et l'hépatite spécialement.

Respiration.

(Voyez ce mot, page 616.) La respiration n'est gênée et fréquente qu'à l'époque où l'ascite et les gaz refoulent le diaphragme dans la poitrine.

Nous avons suffisamment signalé l'amaigrissement rapide, l'opposition qui existe entre le volume des parties supérieures et de la face profondément émaciées, d'une part, le ventre et les cuisses tuméfiés par l'œdème, de l'autre, la pâleur anémique un peu modifiée par la teinte subictérique ou grise paille qu'acquiert la peau, pour n'avoir pas besoin de revenir sur ces symptômes.

Marche ; durée.

Marche; durée; terminaison. — La cirrhose présente, dans sa marche, un ensemble de symptômes qui donnent une idée plus exacte de la maladie que ne saurait le faire le signe le plus constant; c'est qu'en effet ceux qui passent, avec juste raison, pour être les plus certains, comme l'ascite, la diminution du volume du foie, la circulation supplémentaire, la dispepsie, peuvent faire défaut et rendre le diagnostic très-difficile. On a prétendu assigner à la cirrhose une première période pendant laquelle la glande hépatique augmente de volume ; mais, outre qu'elle n'existe pas chez le plus grand nombre des malades, il est fort douteux qu'elle appartienne à la cirrhose simple, protopathique. Nous disions dans notre mémoire : « Si l'on prétend désigner sous ce nom les congestions du foie, marquées par l'injection de la partie rouge qui tranche sur la portion claire, à ce titre, toutes les lésions chroniques des valvules et du tissu musculaire cardiaque, parvenues à un degré avancé, produisent cette fausse cirrhose; elle n'a d'autre rapport avec la

Premier degré ; congestion (?).

vraie que le nom qu'on lui a donné arbitrairement. Tous les malades qui succombent à une affection du cœur ancienne l'offrent à différents degrés. Il n'en est pas de même de la cirrhose vraie : sur quarante-cinq nécropsies, nous ne l'avons trouvée que quatre fois. Il y aurait d'ailleurs quelque chose d'insolite et de contraire aux lois connues de la congestion, dans ce fait, à savoir que les hypérémies mécaniques du foie aboutiraient à l'oblitération des vaisseaux de l'organe, qui est le caractère propre de la cirrhose, tandis que partout ailleurs ces mêmes hypérémies détermineraient, au contraire, la dilatation des vaisseaux. » (*Mém. cit.*, page 67.)

Durée fort longue.

Les changements de structure qui s'accomplissent dans le foie exigent un temps fort long, cinq mois, une année entière et plus; rarement deux à trois mois, comme dans quelques cirrhoses aiguës, et encore n'est-on jamais sûr de l'époque à laquelle la maladie a commencé. Elle marche d'une manière lente, il est vrai, mais continue; ne rétrograde jamais, et finit par occasionner la mort des sujets par une inanition graduelle que rien ne peut arrêter. La guérison, tout à fait exceptionnelle, ne peut se faire que par le rétablissement d'une circulation collatérale.

Diagnostic.

Diagnostic. — Il est fort difficile de distinguer la cirrhose des autres maladies du foie; cependant, comme elles donnent lieu presque toutes à un accroissement de volume, rarement à une ascite lente et progressive, à la dilatation supplémentaire des vaisseaux, excepté dans quelques cas de tumeurs hépatiques plus ou moins faciles à sentir, dès qu'on voit paraître ces signes on doit songer à une cirrhose, surtout quand il s'y ajoute une épistaxis, d'autres hémorrhagies, des habitudes d'ivrognerie; enfin quand la douleur et la fièvre manquent, et qu'on n'observe pas les accès exacerbants, si constants dans les hépatites légères ou graves.

Causes.

Étiologie. — Si l'on veut apporter quelque lumière dans l'étude de la cirrhose, il importe de la distinguer en deutéropathique et en protopathique. La science n'est pas assez avancée pour qu'on puisse décrire les premières. Elles se confondent avec les congestions de tout genre qui en précèdent le développement et qui sont si communes durant le cours des maladies du cœur. Elles accompagnent la maladie de Bright, les affections syphilitiques anciennes et viscérales, les cancers; elles se montrent également à la suite des fièvres intermittentes, de la dysenterie, des entéro-colites, de la scrofule, etc.

Cirrhose des ivrognes.

Lorsque la maladie ne se rattache à aucune maladie antérieure, il faut s'en prendre au mauvais état de la digestion et à l'action de

quelques-unes des substances ingérées, spécialement de l'alcool, dont l'usage habituel, excessif ou non, finit par amener la dégénérescence cirrhotique qui, précisément à cause de cela, a reçu le nom de *foie des buveurs d'eau-de-vie*. Les derniers travaux tendent à établir que le contact direct de l'alcool avec le tissu du foie est une cause très-puissante de la maladie. Les ingesta excitants peuvent-ils produire le même effet? On a observé la cirrhose sur des sujets très-jeunes, plus souvent chez l'homme que chez la femme, de cinquante à soixante ans. Ces résultats exigent de nouvelles recherches.

Traitement. *Traitement.* — Une maladie aussi grave et aussi incurable que la cirrhose a excité le zèle des médecins, qui, malgré leurs essais thérapeutiques nombreux, ont été contraints de reconnaître leur impuissance jusqu'à ce jour. Parlons d'abord des médicaments donnés à titre d'agents curatifs, puis de ceux qui ne peuvent être considérés que comme des palliatifs.

Mercuriaux. On trouve au nombre des premiers les diverses préparations de mercure, le calomélas, administré à la dose altérante de 8 à 10 centigr. par jour, les pilules bleues, qui sont composées de conserve de roses dans lesquelles on éteint le mercure. Les effets que nous avons obtenus de ces médicaments, souvent administrés par nous aux malades, ont varié beaucoup; les uns n'en éprouvaient rien lorsqu'on n'allait pas au-delà de 10 centigr.; si l'on dépassait cette dose, la diarrhée ne tardait pas à paraître, et le flux artificiel faisait diminuer notablement l'ascite; chez les autres, la guérison a semblé s'établir, mais seulement pour un temps très-court. Le mercure agit plus rarement comme altérant. La salivation, loin d'être salutaire, fatigue les malades et peut amener des hémorrhagies par les gencives; cependant l'amélioration qui suit l'emploi des pilules bleues à doses petites et altérantes doit encourager les médecins à expérimenter ce remède. Il est utile de lui associer les eaux alcalines de Vichy, l'eau de soude, et, à l'extérieur, les bains alcalins ou sulfureux. Cette médication nous a réussi pour soulager quelques malades et faire diminuer l'ascite.

Pilules bleues; leurs effets divers.

Amers. Les infusions amères peuvent être associées utilement aux extraits de pissenlit, de saponaire, de quinquina, au savon médicinal, à doses plus ou moins élevées. Les diurétiques de tous genres et les purgatifs surtout peuvent convenir au début; mais bientôt l'état fâcheux dans lequel se trouve le tube digestif ne permet pas d'en poursuivre l'usage pendant un temps suffisant.

Thoracentèse. Les malades tourmentés par le développement de l'ascite et des gaz supplient le médecin de les délivrer de leur mal par la ponction.

Cette opération, constamment palliative, doit être repoussée quand la distension énorme du ventre ne tient pas à la quantité du liquide épanché, quand le sujet est trop affaibli, et surtout quand il est arrivé au dernier terme de son mal. Elle est suivie très-souvent de péritonite rapidement mortelle, et toujours d'une asthénie redoutable. L'œdème des membres inférieurs est combattu avantageusement par des piqûres qu'on pratique à l'aide d'une aiguille. L'écoulement qui s'effectue par ces ouvertures est parfois considérable, et dans tous les cas soulage beaucoup le malade. La sérosité continue ainsi à couler pendant plusieurs jours et à inonder les draps qu'on dispose autour des membres. Cette perte a l'inconvénient de débiliter les sujets, de les exposer à des érysipèles, à des taches ecchymotiques et à de petites gangrènes.

Œdème des membres.

Bibliographie. — Les travaux d'Andral, fondés sur les recherches de Boulland, ont démontré que la cirrhose n'est pas un tissu morbide de nouvelle formation, mais une altération particulière des glandules biliaires : Boulland, *Mém. de la Société médic. d'émul.*, tome IX, page 170; — Andral, *Précis d'anatomie pathologique*, 1829, et *Clinique médicale*. Plus tard Kiernan et Halemann cherchèrent à montrer qu'il existe une hypertrophie du tissu conjonctif interlobulaire du parenchyme hépathique : Kiernan, *Philosophical transaction*, 1833; — Halemann, *De cirrhosi hepatis*, Berlin, 1839. Nous citerons encore comme pouvant servir à éclairer l'histoire de cette maladie les mémoires suivants : Monneret, *Études cliniques sur la maladie qui a reçu le nom de cirrhose du foie*, *Arch. génér. de médec* , tome XXIX, page 585; tome XXX, page 56, 1852; — Gubler, *Établir, d'après les faits cliniques et nécroscopiques jusqu'ici connus, la théorie la plus rationnelle de la cirrhose; thèse de concours pour l'agrégation*, Paris, 1853; — Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie*, trad. fr., page 341, in-8, Paris, 1862.

Bibliographie.

FORMATION DE GRAISSE.

Généralités sur les dégénérescences du foie. — Les maladies organiques du foie ne sont pas classées, ni susceptibles de l'être, à cause de l'incertitude où l'on est encore sur la nature de leurs altérations. L'entité morbide la plus commune, le cancer du foie, par exemple, est une espèce mal définie, nullement identique

Généralités sur les espèces nosologiques dans les maladies du foie.

à elle-même, variant beaucoup par sa structure, et même par ses symptômes; quoi qu'il en soit, il est encore préférable de fonder sur la clinique les distinctions dont on a besoin pour décrire les maladies de cet organe.

De la production de graisse : 1° à l'état normal;

La production de graisse dans le tissu hépatique est plus difficile encore à caractériser que toute autre affection. Il faut, d'abord, pour s'en faire une juste idée, dans l'état pathologique, établir quelques données fournies par les études physiologiques. Elles nous apprennent : 1° que l'influence d'une diathèse héréditaire transmise, est souvent la seule cause de l'embonpoint excessif et de l'état gras; 2° que chez les animaux la graisse s'accumule en quantité énorme dans les cellules hépatiques, pour servir de dépôt et fournir à la nutrition, pendant le temps de l'hivernation; 3° qu'elle concourt aussi à la production de la bile, mais en petite proportion; 4° que le régime gras, et même une alimentation riche en matières hydrocarbonées, déterminent la réplétion du tissu cellulaire général et du foie par la graisse; 5° que le défaut d'activité du corps et souvent de l'esprit, conduit aux mêmes résultats, en diminuant aussi la sécrétion biliaire.

2° à l'état morbide.

Dans l'état morbide la formation de graisse, en plus grande proportion, et son dépôt dans les cellules, ont reçu le nom *d'infiltration de graisse*, tandis qu'on a désigné sous le nom de *dégénérescence graisseuse* la destruction des cellules et leur remplacement par du tissu adipeux. Cette dernière se voit, dit-on, dans l'atrophie aiguë du foie et dans l'ictère hémorrhagique grave; au contraire, dans le foie adipeux ou gras, jamais la graisse ne se dépose dans le tissu cellulaire. (Frerichs et d'autres.) Cette opinion est inexacte; quelques auteurs, tels que Vogel et Wede, prétendent avoir vu se former de la graisse dans les lobules, dans leur interstice et le parenchyme hépatique; il n'y a donc rien de réel dans ces distinctions anatomiques. Ne trouve-t-on pas les mêmes formes de production graisseuse dans l'atrophie musculaire progressive, où la graisse envahit tantôt le tissu cellulaire, tantôt le sarcolemme entier, qui ne renferme plus alors de fibre musculaire? L'atrophie du tissu propre d'un organe commence par la disparition d'un ou de plusieurs de ses éléments; la présence de la graisse révèle le degré d'intensité de la lésion. C'est ce qui arrive au tubercule, au cancer, en un mot à tous les produits morbides qui atrophient les tissus normaux.

Infiltration et dégénérescence graisseuse.

Causes de la maladie.

Au nombre des états pathologiques qui donnent lieu à la production de graisse, il faut placer la tuberculisation pulmonaire

et l'alcoolisme. Tous les praticiens savent combien cette lésion est fréquente chez les phthisiques avancés (dix-sept sur cent dix-sept, suivant Frerichs.) On l'a attribuée à ce que le champ de la respiration est réduit à un minimum tel que l'oxydation des matières hydrogénées et carbonées et des graisses est très-restreinte. Il est probable que le dépôt de cette matière dans le foie a des relations intimes avec l'émaciation de tous les tissus de l'organisme. Cependant on constate l'existence de cette dégénérescence dans d'autres diathèses que la tuberculeuse, par exemple dans la scrofule, et surtout dans la syphilis. On ne saisit pas aussi facilement le rapport qui se trouve entre le foie gras et l'usage habituel des alcools, qui est cependant une des causes les plus fréquentes de la maladie.

Phthisie; alcoolisme.

Nous l'avons rencontrée également dans des cas où la circulation du sang était gênée dans la veine-porte ou dans la veine-cave par des tumeurs développées au pourtour de ces vaisseaux. La cirrhose, portée à un degré extrême, ne nous paraît être également qu'une forme intense de l'atrophie des cellules et de la dégénérescence graisseuse, déterminée par l'atrophie lente et graduelle du système vasculaire hépatique. Les maladies des conduits sécréteurs de la bile, provoquées par les concrétions biliaires, sont souvent compliquées d'état gras du foie. Il en est de même d'ailleurs d'un très-grand nombre de maladies chroniques, de diathèses, de la maladie de Bright, du carreau, de la péritonite chronique, tuberculeuse ou non, etc.

Gêne de la circulation hépatique.

Lésions anatomiques. — Le foie gras est plus pesant et plus volumineux que le normal (Frerichs); cependant on trouve de nombreuses exceptions à cette règle, et un certain nombre de foies petits, considérés comme cirrhotiques, ne sont que des foies gras. On sait que l'organe augmente surtout en longueur, qu'il s'aplatit, et que ses bords sont plus arrondis. En même temps il est plus pâle; il finit par acquérir une couleur jaune, pareille à celle des feuilles mortes ou de la noix muscade. La couleur est uniforme; on ne distingue plus les deux substances quand la dégénérescence est portée très-loin. A un degré moindre on aperçoit une disposition réticulée due à la substance jaune qui forme des anneaux autour de la substance rouge; ailleurs des plaques ou noyaux, blancs, jaunâtres, de grandeur variable, qui indiquent les points où l'altération est la plus avancée. La mollesse du parenchyme est extrême; il se laisse aisément déchirer, conserve l'empreinte des doigts, comme les tissus œdémateux; il graisse fortement la lame du scalpel ou le papier avec

Altération pathologique Poids et volume.

Décoloration totale, partielle.

lequel on l'essuye; il ne laisse écouler qu'une très-petite quantité de sang. Le système vasculaire du foie est restreint à des proportions minimes, tandis que les vaisseaux de la capsule de Glisson se sont développés. La matière grasse contenue dans le foie ne s'élève jamais au delà de 0,50 pour 100; ordinairement elle est de 0,33 à 0,38, contient de la cholestérine, une graisse huileuse et de la biliverdine (Frerichs).

Symptomatologie.

Symptômes. — Il est presque impossible de reconnaître la production de graisse dans le foie, pendant la vie. On doit tenir compte des symptômes suivants : — 1° de l'augmentation de volume du foie, perçue par la palpation, et surtout rendue manifeste par la percussion; — 2° des douleurs sourdes et continues dans l'hypocondre droit; — 3° des altérations des digestions, marquées par l'anorexie, la formation de gaz, la constipation, des selles rares, dures, blanchâtres et argileuses, ou teintes en jaune, et de fréquents vomissements alimentaires et pituiteux; — 4° un état de décoloration extrême qu'on a attribuée à l'anémie, suite presque inévitable des changements survenus dans la crase hépatique du sang. Du reste, le foie adipeux ne gêne en aucune manière la circulation veineuse; aussi n'observe-t-on ni ascite ni dilatation variqueuse abdominale. On a admis une pléthore veineuse abdominale dont les hémorroïdes et les troubles digestifs, précédemment indiqués, seraient le signe. Ces assertions fort douteuses ont été inspirées par la doctrine qui assignait un rôle important à la veine-porte et à sa circulation.

1° Accroissement de volume;
2° douleurs;
3° dyspepsie;
4° anémie.

Traitement.

Traitement. — On a surtout proposé de combattre l'altération graisseuse par le régime alimentaire; d'en exclure les substances grasses, les fécules, l'alcool; de prescrire les sels alcalins en boisson, les extraits amers de chicorée, de pissenlit, de quinquina; — de combattre l'anémie par les ferrugineux, pourvu toutefois que l'état du tube digestif, la diarrhée, l'épuisement, et surtout la maladie principale dont l'altération graisseuse n'est que le résultat, ne contraignent pas de recourir à une thérapeutique contraire.

ACÉPHALOCYSTE.

Deux espèces d'entozoaires.

Il peut se développer dans le foie deux entozoaires, la douve (le distome) et l'acéphalocyste no l'ecchinocoque, qui diffèrent essentiellement l'une de l'autre, au point de vue de leur histoire naturelle. Nous ne parlerons que de la seconde espèce, la seule qu'on observe chez l'homme. La description de l'ecchinocoque a donné naissance à

un nombre considérable de monographies pleines de détails importants; nous aurons soin de ne choisir que ceux qui ont un intérêt direct avec la clinique.

Constitution anatomique du kyste. 1° Kyste extérieur;

La production morbide animée et vivante, qui a reçu le nom de kyste hydatique du foie, se compose : 1° d'une poche blanchâtre, fibreuse, résistante, qui adhère fortement, et dans toute son étendue, au parenchyme hépatique, et reçoit un réseau vasculaire abondant fourni par l'artère hépatique et la veine-porte; 2° elle est doublée à l'intérieur d'une membrane transparente gélatineuse, grisâtre ou jaune, friable, et formée de couches hyalines variables en nombre; 3° à l'intérieur existe une grande quantité d'une eau limpide dans laquelle nage un nombre plus ou moins considérable de vésicules arrondies, exactement comme de petites boules de cristal, et grosses comme des grains de millet, une noisette ou un œuf de poule. Ces vésicules sont parfois attachées à la face interne de la poche-mère, ou membrane interne du kyste extérieur. Elles sont pleines aussi d'un liquide transparent. 4° Celui-ci une fois écoulé, on observe sur leur face interne de petites granulations blanches, groupées en nombre différent; quelques-unes flottent dans le liquide. Ces granulations sont l'entozoaire lui-même, l'échinocoque, dont la tête, semblable à celle du tænia, est armée de quatre ventouses, d'un rostre, environné d'une couronne élégante de crochets : un sillon sépare la tête du corps, à l'extrémité duquel se trouve une dépression ombilicale, qui donne attache à un petit cordon dont l'extrémité adhère à la face interne de la vésicule.

2° poche-mère;

3° vésicules hydatifères;

4° échinocoque.

Modifications ultérieures survenues 1° dans le foie;

Toutes les parties du foie sont indifféremment le siége de l'entozoaire. On y trouve, un, quatre, cinq kystes et plus. Il est rare qu'après un temps qu'on ne saurait fixer, le tissu hépatique ne soit pas atrophié, réduit, dans quelques cas, à ne plus constituer autour du kyste qu'une sorte de membrane amincie, dans laquelle on retrouve tous les éléments du foie. Les vaisseaux s'oblitèrent, ainsi que les canaux biliaires dont on ne voit plus de trace; quelquefois cependant ils sont atrophiés ou ulcérés par le kyste, communiquent avec lui, et y jettent une certaine quantité de liquide biliaire; d'où résultent bientôt la mort des hydatides, l'inflammation et la suppuration du kyste. On a vu également les veines hépatique et cave ouvertes dans une ou plusieurs poches hydatifères.

2° dans le kyste et les hydatides.

Ce ne sont pas les seuls changements qui surviennent dans les échinocoques : l'enveloppe du kyste finit par s'altérer à un haut degré: tantôt il s'amincit et se rompt après avoir contracté des adhé-

rences avec différents organes que nous indiquerons plus loin ; tantôt il devient fibreux, cartilagineux, s'incruste de phosphate de chaux, de matière grasse, de cholestérine, partiellement ou dans une grande partie de son étendue. Les vésicules, ne pouvant plus y trouver les matériaux nécessaires à leur nutrition, s'atrophient et meurent, ainsi que les échinocoques qui y sont renfermés : on ne découvre avec le microscope que les crochets flottant dans un liquide d'une teinte blanchâtre et laiteuse ; plus tard, ce liquide diminue de quantité ; il s'épaissit, tant à cause de la résorption de sa partie la plus fluide, que de la destruction des vésicules qui macèrent, se putréfient, et finissent par former une masse gélatineuse mêlée de pus, de sang et de matière grasse. Cette terminaison, par la mort des entozoaires, est une des plus heureuses que puisse souhaiter le praticien.

Causes. Sexe ; âge.

L'échinocoque se montre indifféremment sur l'un et l'autre sexe, dans l'âge moyen de la vie (de vingt à quarante ans) ; il est très-rare chez l'enfant et le vieillard. On dit qu'il est endémique dans quelques localités, en Irlande, par exemple, presque inconnu dans l'Inde (?) ;

Humidité.

plus fréquent dans les contrées humides et marécageuses. On sait que la douve du foie et l'anémie qui en résulte se montrent souvent chez les moutons lorsqu'ils sont réduits à paître pendant longtemps, dans des prairies inondées. On croit que la reproduction de l'acéphalocyste a lieu par la pénétration d'embryons de tænia échinocoque dans l'estomac, l'intestin et le foie.

Symptomatologie. Cause de la variation des symptômes.

Symptômes. — Si l'on veut prendre une juste idée des symptômes propres au développement des acéphalocystes, il faut se rappeler que, rien n'étant plus variable que la nature des lésions qui suivent la présence de ces entozoaires, la symptomatologie sera elle-même très-sujette à varier. En effet, si la tumeur est petite, cachée dans le foie, ou fait une saillie très-grande au dehors, si le kyste agit par simple compression, s'il s'enflamme, si le tissu hépatique suppure, se perfore, si les animaux meurent, etc., etc., dans tous ces cas les symptômes seront très-différents. Il faut donc s'attendre à un diagnostic toujours difficile, souvent même impossible.

Symptômes nuls.

Un premier cas, qui n'est pas rare, est celui dans lequel les symptômes font entièrement défaut pendant la vie ; on trouve sur le cadavre des lésions dont on n'avait pas soupçonné l'existence. Suivant nos propres observations, qui s'élèvent maintenant à seize, les meilleurs symptômes qui se montrent dès le début sont la pâleur chloro-anémique plus ou moins prononcée, les troubles gastralgi-

Altération chloro-anémique du sang.

ques qui en dépendent, et une faiblesse générale que rien n'explique.

Douleur hépatique.

Il est rare qu'il ne se manifeste pas aussi, dès le début, dans l'hypocondre droit, quelque douleur sourde, spontanée, ou provoquée par la percussion, par la marche, les mouvements, la respiration, la toux, le vomissement, le travail de la digestion : quelques malades sentent toujours, ou seulement le soir, après le repas, et pendant la nuit, des douleurs obscures. On a attribué cette exacerbation au décubitus horizontal, mais il n'y est pour rien. Nous avons déjà dit, et nous rappellerons encore que l'intermittence et l'exacerbation des symptômes hépatiques sont des caractères communs à toutes les maladies du foie (voyez *Congestion et hépatite*). Les douleurs s'irradient parfois comme toutes les douleurs hépatiques dans l'épaule, le ventre et les côtés de la poitrine. Le décubitus se fait presque toujours sur le côté droit; plus tard, quand l'organe distendu par le kyste contracte des adhérences avec les tissus ambiants, il se forme des péritonites partielles plus ou moins douloureuses.

Volume du foie.

Le volume de l'organe se développe en proportion de la tumeur hydatique et de son siége. La percussion plessimétrique est la seule manière de la mesurer exactement, soit qu'elle s'avance dans l'abdomen, débordant les côtes, et descendant parfois jusque dans la fosse iliaque droite, dans le milieu ou vers le bas du ventre; soit qu'il remonte dans la poitrine, refoulant ainsi le diaphragme jusqu'à la troisième et même la deuxième côte, comme nous l'avons vu chez deux malades. Les déformations apparentes que la vue et le toucher permettent de reconnaître ne valent jamais les signes fournis par une habile percussion.

Tumeurs et bosselure hydatiques; leurs caractères.

Le foie accru de volume, et plus ou moins distendu par le kyste, perd sa configuration normale, et offre alors des saillies, dont le siége et les dimensions varient beaucoup, mais qui ont, en général, pour caractère, d'être arrondies, plates, régulières, lisses, de se confondre sans limite distincte avec la tumeur que forme le foie distendu, d'être indolentes, élastiques, rénitentes, de ne s'accompagner d'aucun changement de couleur, de température, de chaleur de la peau, enfin de rendre, quand on les percute, un son complétement mat. (Voyez *Diagnostic.*)

Frémissement hydatique.

On a beaucoup parlé d'un *frémissement* et d'un *bruit hydatiques*. Pour notre part, nous ne les avons rencontrés dans aucun cas; nous croyons qu'on a pris le change à leur égard, et qu'on les a confondus avec deux phénomènes différents. Le premier, ou le frémis-

sement, n'est autre qu'une fluctuation plus ou moins manifeste, qui ne diffère pas de toutes les autres et qu'on obtient de la même manière. Le second, ou le bruit hydatique, ne résulte pas d'un prétendu choc des vésicules poussées les unes contre les autres par la main de l'observateur; il n'est que le bruit de frottement provoqué, dans des cas assez rares (nous l'avons constaté six fois), par les fausses membranes qui doublent extérieurement le kyste, ou plutôt les tumeurs hydatiques recouvertes par le péritoine enflammé. Dès lors rien d'étonnant à ce qu'on sente avec la main et qu'on perçoive avec l'oreille, sur ce point, ou sur des régions plus ou moins rapprochées, un frottement comparé soit au cri de la neige, soit à la sensation qu'elle donne quand on la presse dans la main. Voilà ce que nous avons observé très-distinctement sur plusieurs malades.

Bruit hydatique.

Erreurs accréditées à ce sujet; leur vraie nature.

On pourrait croire à priori que les troubles fonctionnels du foie doivent être considérables; cependant il n'en est rien, surtout au début. L'acéphalocyste agit graduellement et avec une lenteur extrême sur le parenchyme hépatique qu'elle écarte, comprime et atrophie. Il en résulte, dans des cas assez rares, de l'ictère appréciable seulement sur les sclérotiques, ou très-marqué sur tout le tégument externe, de l'ascite et des troubles de la digestion, tels que la gastralgie, les vomissements, la dyspepsie, la flatulence gastrique, l'anorexie et les variations extrêmes de l'appétit anormal. Comme toutes les tumeurs qui écartent et atrophient les tissus, l'acéphalocyste finit par suspendre les fonctions hépatiques. Cependant on a peine à comprendre pourquoi la maladie ne provoque pas plus constamment l'ictère, la matière colorante de la bile devant alors rester dans le sang.

Troubles fonctionnels. Ictère.

Un effet très-commun de la production parasitaire avancée est une altération lente et graduelle du sang, qui donne lieu à tous les symptômes de l'anémie, tels que la décoloration de la peau, la faiblesse, les douleurs névralgiques du visage, la gastralgie et les phénomènes dyspeptiques.

Altération du sang. Anémie.

Le développement des échinocoques est souvent suivi, à un instant donné, de la formation d'une tumeur plus ou moins volumineuse qui se manifeste dans une ou plusieurs des régions déjà indiquées (voyez *Anatomie pathologique*). Les symptômes diffèrent suivant le siége de la tumeur. Lorsqu'elle refoule le diaphragme, il en résulte de la dyspnée, une toux sèche, fréquente, des palpitations, des troubles digestifs, parfois de l'ascite et de l'œdème des membres inférieurs, quand la veine-cave est comprimée.

Signes de la tumeur hydatique;

de sa phlegmasie.

Lorsque le kyste s'enflamme, et avant même qu'il ne se produise de rupture, il se manifeste dans la région qu'il occupe une douleur sourde ou aiguë, du frisson, une fièvre intermittente ou rémittente, dont nous avons déjà parlé, et qui est, pour nous, caractéristique d'une lésion hépatique, souvent aussi un ictère faible ou intense, des hémorrhagies nasales peu abondantes et éloignées, des frissons répétés, de petites sueurs visqueuses, l'altération de la face, marquée par une sorte d'épanouissement singulier du visage (facies erecta de Laennec), de contentement, non proportionnés à la gravité du mal et à la situation désespérée du sujet ; tel est l'ensemble des symptômes que nous avons rencontrés lorsque l'acéphalocyste mourait ou devenait malade.

Terminaison de la maladie parasitaire.

La terminaison heureuse des hydatides du foie est due tantôt à la mort spontanée et tout accidentelle de ces animaux, et au retrait ultérieur du kyste qui les environne : ce cas est rare ; tantôt à une communication insolite qui s'établit entre la poche et un organe voisin. La terminaison est plus funeste dans les cas de ce genre, parce que l'irruption du liquide contenu dans le kyste ne tarde pas à provoquer la suppuration de quelques viscères importants. Voici un relevé qui donne une idée approximative du danger de ces communications anormales. Sur soixante-six cas d'acéphalocystes ouvertes dans un organe limitrophe, elles s'échappèrent sept fois par la paroi abdominale (quatre guérisons); vingt-huit fois la ponction, l'incision, le caustique, leur vinrent en aide ; huit fois le pus s'est épanché dans le péritoine, et la mort a eu lieu ; trois fois le liquide s'est fait jour dans l'estomac (tous morts); cinq fois dans l'intestin (quatre guérisons) ; deux fois dans les canaux biliaires (morts) ; six fois dans la plèvre droite (cinq morts) ; trois fois dans le péricarde (morts) (Fauconneau Dufresne, *Sur la curabilité des abcès du foie : in Revue médicale*, avril 1846). En résumé, l'expulsion des échinocoques se fait souvent par la cavité des viscères voisins, et alors les symptômes diffèrent suivant l'organe envahi ; (a) *par l'estomac :* des vomissements rejettent alors un certain nombre de vésicules pleines ou altérées ; (b) *par l'intestin :* de violentes coliques, des douleurs profondes et des selles formées par de la sérosité et des vésicules animées indiquent la nature de la maladie ; (c) *par les voies aériennes ;* dans ce cas, des signes évidents d'une pleurésie, la dyspnée et l'expectoration subite des échinocoques ne laissent aucun doute sur le siége du mal; (d) *par le péritoine ;* (e) *par la paroi abdominale ;* les signes d'une phlegmasie propre à ces membranes et survenue subitement dans le

Évacuation par divers organes.

Signes de l'expulsion des acéphalocystes par différentes voies.

cours d'une affection chronique du foie, caractérisent nettement la présence d'une acéphalocyste.

Diagnostic. **Diagnostic.** — La tumeur hydatique est souvent difficile à distinguer d'une tumeur solide formée par le foie hypertrophié, ou par le cancer d'un organe voisin, lorsqu'on ne peut y découvrir aucune fluctuation manifeste. Il est nécessaire alors de recourir à une ponction exploratrice avec un trocart très-fin. Quoiqu'on ait exagéré beaucoup le danger de cette opération parfois indispensable, il est très-réel dans un grand nombre de cas, parce qu'il détermine la mort des entozoaires et l'inflammation redoutable de leur enveloppe. Lors même que le trocart donnerait passage à un liquide plus ou moins limpide, le diagnostic ne serait pas encore complet ; en effet, il pourrait appartenir à un kyste séreux. On a dit, il est vrai, que le liquide des acéphalocystes ne contient pas d'albumine, tandis que ce principe se retrouve en grande proportion dans les kystes séreux. Cette assertion, qui n'est pas exacte dans tous les cas, a cependant une certaine valeur. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que, si le liquide renferme des débris d'hydatides ou leurs crochets, le diagnostic est positif.

Ponction exploratrice.

Composition chimique du liquide renfermé dans le kyste.

Le diagnostic serait bien plus sûr, si tout ce qu'on a écrit sur le bruit et la collision des hydatides était vrai ; malheureusement il n'en est rien. Nous nous sommes expliqué sur ce sujet intéressant, et nous avons dit que la fluctuation était en tout semblable à celle qu'on obtient dans les poches pleines de sérosité, que le bruit hydatique n'existait pas, qu'il se confondait avec celui de cuir neuf ; enfin que le frémissement hydatique n'était que le frottement des pseudo-membranes qui environnent le kyste, ou peut-être qui sont développées à l'intérieur.

Traitement: **Traitement.** — La thérapeutique est réduite à une impuissance notoire lorsqu'il s'agit d'empêcher le développement des acéphalocystes et même de les faire périr à l'aide de médicaments internes. Toutefois, c'est dans ce but qu'on a administré l'iodure de potassium, le chlorure de sodium et le calomélas à dose altérante, les pilules bleues, le deuto-chlorure de mercure, l'arsenic et l'arséniate de soude. Nous ne trouvons aucun inconvénient à ce qu'un ou plusieurs de ces médicaments soient essayés, tour à tour, pendant un temps assez long et à doses assez fortes pour qu'on ait la certitude qu'ils sont efficaces.

1° interne ;

de quelques indications à remplir.

Le traitement consiste surtout à modérer et à contenir les accidents inflammatoires qui peuvent surgir d'un instant à l'autre, soit

dans la tumeur hydatique elle-même, soit dans le parenchyme environnant et les organes vers lesquels elle se dirige ; une fois qu'elle est développée et saillante à l'extérieur, convient-il de l'ouvrir par une opération chirurgicale? Nous répondrons négativement pour les quatre cas dont nous avons été témoin, dans lesquels la tumeur, quoique volumineuse, est restée indolente, stationnaire, n'occasionnant que de la gêne, mais aucun trouble fonctionnel hépatique ou gastrique. On conseillait aux malades de se faire opérer ; nous leur avons recommandé de vivre ainsi jusqu'au moment où quelque accident viendrait à se développer. La guérison spontanée s'est faite en quatre ou cinq années. A côté de ces cas exceptionnels s'en présentent de plus nombreux qui exigent une opération chirurgicale.

Procédés opératoires pour ouvrir la tumeur.

On peut vider la tumeur hydatique par quatre procédés différents. 1° *Procédé Récamier*. On détermine l'escharification des parties molles sur lesquelles on applique le caustique de Vienne ou la potasse caustique. Cette méthode n'offre aucune espèce de danger; elle nous a réussi dans quatre cas et compte un très-grand nombre de succès. — 2° *Méthode de Bégin*. On incise la paroi abdominale par couche successive, le péritoine compris; on arrive ainsi sur la poche hydatique qu'on respecte, et l'on panse avec un linge enduit de cérat ; une fois la plaie solidement adhérente au kyste, on l'ouvre, à son tour, par une incision proportionnée à l'étendue de la plaie extérieure. — 3° *Méthode de M. Jobert*. On pratique dans la tumeur, successivement et à des époques plus ou moins rapprochées, des ponctions avec un trocart de moyenne grandeur ; on évacue le liquide et on laisse en place la canule pendant vingt-quatre heures; bientôt la liqueur du kyste se trouble et celui-ci finit par s'oblitérer. Nous avons dit que très-souvent une phlegmasie mortelle s'emparait du kyste et du tissu ambiant; dans d'autres cas plus heureux la guérison est rapide et complète. — 4° *Méthode : ponction et injection simple*. Lorsqu'on est sûr que le kyste adhère, on peut faire une ponction avec un trocart fin ou assez volumineux pour évacuer tout le liquide dans lequel nagent les acéphalocystes; injecter ensuite de l'eau, de l'alcool affaibli ou de la teinture d'iode. Le plus efficace de ces trois agents thérapeutiques est la préparation iodée, sans qu'on puisse cependant se prononcer encore sur sa véritable valeur thérapeutique.

1° Méthode de Récamier.

2° Méthode de Bégin.

3° Méthode de Jobert. Ponction simple.

4° Méthode. Ponction et injection.

Bibliographie. — On peut consulter, pour l'histoire naturelle de l'échinocoque : Davaine, *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques*, in-8, Paris,

Bibliographie.

1860; — Briançon, *Essai sur le diagnostic et le traitement des acéphalocystes*, *Thèse*, Paris, 1828;—Barrier, *De la tumeur hydatique du foie*, *Thèse*, Paris, 1840.

MALADIES DE LA VEINE-PORTE.

Définition. La seule maladie des vaisseaux du foie qui intéresse le clinicien est la *phlébite du système de la veine-porte,* qu'on désigne souvent sous le nom de *pyléphlébite.* Le nombre des observations est assez considérable pour qu'on puisse présenter rapidement l'histoire de cette phlébite, dont nous avons recueilli, pour notre part, trois exemples. (*Union médicale,* n° 13, *Janv.* 1849; n° 61, *même recueil.*)

Lésions anatomiques. La paroi de la veine, soit dans la plus grande partie de son trajet, soit dans quelques-uns de ses rameaux, est parfois rouge, épaissie, dilatée, rugueuse, et même couverte de concrétions calcaires et cartilagineuses dans la forme chronique de l'inflammation. Le caillot, de consistance variable, est tantôt ancien, dur, résistant, jaunâtre, entièrement décoloré; tantôt rouge, fibrineux et moins ferme; il contracte des adhérences très-intimes avec la paroi d'où l'on ne peut le détacher. On y rencontre également des caillots de récente formation qui se prolongent dans toutes les branches de la veine-porte et même dans la veine-cave et l'artère pulmonaire. Il faut donc distinguer soigneusement la phlébite vraie, oblitérante, qui est rare, d'avec les caillots sanguins développés sous l'influence des causes diverses qui produisent la coagulation, de la fibrine dans les systèmes de la veine-porte abdominale et hépatique. La rate est souvent hypertrophiée à un haut degré, indurée ou ramollie.

Étiologie. **Causes**. — Outre les causes communes à toutes les phlébites, il en est quelques-unes plus spéciales à la phlegmasie de la veine-porte, sur lesquelles nous insisterons plus particulièrement. Sous ce rapport une distinction importante doit être faite; la phlébite nous a paru se développer d'une manière primitive, protopathique, dans quelques-uns des cas que nous avons rapportés. (*Union médicale*, pag. 49, 1849.)

Phlébite : 1° protopathique; Le foie subit alors une altération tout à fait semblable à celle de la cirrhose et en offre d'ailleurs tous les symptômes (ascite, œdème, hémorrhagie, etc.). Il se rapetisse, se ratatine, sous l'empire de l'atrophie que ne manque pas de provoquer l'oblitération complète ou incomplète des vaisseaux sanguins du foie. Ainsi l'inflammation

adhésive ou suppurative de la veine-porte est une cause incontestable, quoique rare, de la phlébite. Elle s'est développée chez quelques sujets à la suite de l'intoxication par le miasme marécageux et par l'alcool.

2° deutéropathique ; consécutive à l'hépatite ;

D'autres phlébites plus communes sont celles qui suivent la phlegmasie aiguë et surtout chronique du foie, peut-être même la cirrhose, dont celle-ci est cependant l'effet le plus ordinaire. Rappelons même à ce sujet que ce sont précisément les cirrhoses causées par la phlébite qui nous portent à croire que la maladie est le résultat d'une oblitération lente et chronique des vaisseaux du foie, quelle qu'en soit la cause. Frerichs pense, contrairement à cette opinion, que l'induration hépatique simple ou granulée et la cirrhose ainsi que l'atrophie chronique, à un degré avancé, produisent l'obstruction de la veine-porte. (*Ouvr. cit.*, pag. 622.) Le passage dans le sang, de pus, de sérosités putrides ou d'autres matières septiques, qui proviennent de l'intestin malade et ulcéré, comme dans la fièvre typhoïde, la dysenterie et la colite ulcéreuse, d'un phlegmon de la fosse iliaque ou de la fièvre puerpérale, etc., est la cause la plus ordinaire de la maladie que nous étudions. Il ne faut pas confondre avec elle les coagulations qu'on observe dans ce vaisseau, chez les sujets atteints de phthisie pulmonaire, d'inanition, de marasme ou d'une maladie du cœur et des gros vaisseaux qui retardent le cours du sang et favorisent ainsi la formation du caillot (voyez *Concrétions fibrineuses du cœur*). Les tumeurs cancéreuses ou d'autre nature qui se développent dans l'estomac, l'intestin, sur le trajet de la veine-porte, qui finissent par y gêner le cours du sang, sont encore des causes de production fibrineuse dans la partie hépatique de ce vaisseau. Souvent c'est par pénétration que le cancer y arrive, ou bien par répétition de l'acte morbide diathésique.

à des suppurations diverses et à la septicémie.

Symptômes. — On éprouve de grandes difficultés à faire la part des symptômes propres à la phlébite et de ceux qui appartiennent aux maladies protopathiques, telles que le cancer de l'estomac, du foie ou d'un autre organe, la cirrhose, etc. Voici les symptômes qu'on a rencontrés, quoique d'une manière assez variable, dans la pyléphlébite : 1° ascite ; il ne tarde pas à s'épancher dans le péritoine des quantités parfois très-grandes de sérosité qui donnent lieu à une ascite. On conçoit difficilement qu'il puisse en être autrement si l'oblitération est totale et complète, et s'il ne s'agit pas d'une de ces coagulations récentes ou *post mortem* qu'on a prises à tort pour une lésion propre à la phlébite. Il peut se faire cependant que l'oblitération soit par-

Symptomatologie.
1° Symptômes de la maladie protopathique ;

2° de la phlébite.
1° Ascite ;

tielle, et alors l'hydropéritonie manque. D'une autre part aussi, la cirrhose produite par une maladie ou protopathique suffit pour expliquer ces épanchements. 2° Le développement d'une circulation supplémentaire, sous-cutanée, abdominale, a été observé plus rarement, mais dans les mêmes conditions pathologiques. 3° On a aussi noté l'ampliation des radicules veineuses de l'estomac et du tube digestif (Hillairet, *Observation de phlébite de la veine-porte*, *Union médicale*, page 267, tome III, n° 167, 1849). 4° La rate est hypertrophiée à un degré fort notable dans la majorité des cas; la physiologie explique d'une manière naturelle cette tuméfaction, qui doit être l'effet du reflux sanguin dans la veine splénique. Cependant nous avons trouvé la rate atrophiée dans un cas de phlébite complète et irrécusable 5° L'écoulement du sang par les fosses nasales, par l'estomac et surtout par l'intestin, sous forme de selles plus ou moins sanglantes et indépendamment de tout flux hémorrhoïdal, constitue un acte morbide que nous n'attribuons pas à la phlébite même, mais à son siége, c'est-à-dire au foie, en tant qu'organe d'hématose. La lésion veineuse touche de trop près à la fonction intime de l'organe pour ne pas causer une altération du sang qui se manifeste par des hémorrhagies, très-souvent par un état anémique général et par tous les symptômes cachectiques qui lui sont propres. 6° *Fièvre hépatique.* Nous attribuons à la même cause l'exacerbation et la rémission qu'on observe, dès le début, dans la fièvre hépatique que la phlébite provoque dans un grand nombre de cas; tandis que la phlegmasie vasculaire donne lieu à la continuité fébrile, le foie excite les exacerbations quotidiennes et nocturnes dont nous avons parlé ailleurs, et qu'on a attribuées à tort à la phlébite. Les accès fébriles intermittents sont parfois si bien caractérisés, qu'on les a pris pour des accès de fièvre paludéenne auxquels ils ressemblent par un grand nombre de points (voyez *Hépatite, fièvre hépatique*). 7° *Ictère.* La coloration ictérique de la peau et des sclérotiques, à tous les degrés, est un symptôme qui est loin d'être aussi constant qu'on devrait s'y attendre dans une maladie qui siége dans le parenchyme du foie et doit en troubler singulièrement les fonctions. On remarquera cependant que cette maladie affecte plutôt la circulation que les sécrétions dont elle vient tarir, en quelque sorte, les sources. Parmi les autres symptômes variables et de moindre valeur, nous citerons la douleur hépatique, spontanée ou provoquée par la pression, les troubles dyspeptiques, l'anorexie, la soif, la diarrhée, souvent rebelle vers la fin de la maladie, l'amaigrissement

2° circulation supplémentaire de l'abdomen et de l'intestin ;

3° hypertrophie de la rate ;

4° hémorrhagie par différentes voies ;

5° fièvre hépatique paroxystique ;

6° ictère.

De quelques autres symptômes plus variables.

parfois rapide. Si la maladie se montre sous une forme lente et chronique, on voit paraître graduellement tous les symptômes que nous venons d'indiquer et qui peuvent durer trois semaines, un mois.

Traitement. — Il est impossible d'indiquer une médication qui soit même palliative dans une maladie aussi grave que l'est la phlébite des veines du foie. Les frictions mercurielles et belladonées, les ventouses sèches, les vésicatoires, les bains généraux; à l'intérieur les préparations de calomélas, et, pour arrêter les hémorrhagies intestinales, le sous-nitrate de bismuth, à haute dose, tel est l'ensemble des agents thérapeutiques qu'on peut mettre en usage. **Traitement.**

Bibliographie. — Les travaux de Weller, de Schœnlein, de Rokitanski, de Balling, et en France de Reynaud, de Marotte, de Hillairet, etc., etc., ont contribué à faire connaître cette intéressante maladie, dont M. Gintrac a présenté l'histoire : *Observations et recherches sur l'oblitération de la veine-porte*, etc., in-8. Bordeaux, 1856. **Bibliographie.**

MALADIES DE L'APPAREIL EXCRÉTEUR DE LA BILE.

Les maladies de l'appareil excréteur de la bile comprennent: 1° l'*inflammation des conduits hépatique, cystique et cholédoque, ou la cholécystite ;* 2° *les concrétions biliaires ;* 3° *les lésions de la sécrétion.* Nous mettons au nombre de celles-ci la plus importante de toutes, l'ictère dynamique et les altérations de composition de la bile. **Divisions.**

INFLAMMATION DES CONDUITS EXCRÉTEURS OU CHOLÉCYSTITE.

On désigne sous le nom de *cholécystite* (de χολή, bile et κύστις, poche) non-seulement la phlegmasie de la vésicule biliaire, mais aussi celle de la totalité ou d'une partie des conduits excréteurs. Il n'y a aucun inconvénient à décrire cette phlegmasie d'une manière générale, parce que ses causes et ses symptômes sont à peu près les mêmes quel qu'en soit le siége. Nous indiquerons les signes à l'aide desquels on peut distinguer les phlegmasies partielles. **Définition.**

Généralités. — Il suffit d'ouvrir un livre ou un mémoire original écrit sur les maladies des voies d'excrétion biliaire, pour se convaincre que la confusion la plus complète existe encore sur ce sujet. **Généralités.**

Ainsi il nous sera facile de montrer plus loin que les symptômes assignés aux concrétions hépatiques appartiennent souvent à trois ou quatre maladies différentes du foie, par exemple, à la congestion, à l'hépatite, à la phlegmasie de la membrane propre des conduits, souvent à leur dilatation ; que les accès de fièvre considérés comme d'origine paludéenne n'ont rien de commun avec cette cause spécifique, que le plus ordinairement toute la description est réduite à l'étude des lésions, et la partie clinique négligée. Nous verrons cependant qu'elle offre un intérêt extrême et une clarté qui ne le cèdent en rien à la description des autres maladies. Nous nous servirons, pour ce travail, de quarante-cinq observations de cholécystite que nous avons recueillies dans nos services d'hôpitaux, depuis vingt années environ.

Anatomie pathologique. Deux sortes de lésions.

Altérations pathologiques. — On trouve parmi les désordres dont le foie et les organes environnants sont le siége, quatre espèces d'altérations bien différentes qui correspondent à quatre maladies qui compliquent presque toujours la phlegmasie : 1° des hypérémies ; 2° des phlegmasies hépatiques ; 3° des lésions de nature diverse dans les conduits biliaires et les tissus adjacents (calculs biliaires, tumeurs, cancers, maladies de l'intestin) ; 4° des péritonites nouvelles ou anciennes. Nous commencerons d'abord par décrire les lésions *intrinsèques* ou propres à la phlogose membraneuse des conduits biliaires. Ceux-ci sont tapissés par une membrane muqueuse comme les bronches, l'uretère et les canaux excréteurs ; ils subissent exactement les mêmes lésions qu'elles ; seulement, comme la cause la plus fréquente de la maladie est l'obstruction des canaux par des concrétions biliaires, on trouve, outre les traces d'une phlegmasie, une dilatation partielle ou générale, portée presque toujours à un degré extrême. On sait que le travail phlegmasique altère non-seulement la quantité et la qualité des humeurs sécrétées par les membranes, mais aussi que la nutrition de ces tissus les ramollit et y détermine des dilatations.

Lésions intrinsèques ou propres à la cholécystite. Idée générale qu'il faut prendre de ces lésions.

Dilatation des conduits hépatiques. 1° Dilatation partielle, ampullaire,

Sur différents points du foie, sur ses deux faces, en totalité, ou seulement sur un de ses lobes, on découvre de petites tumeurs saillantes, arrondies, du volume d'un gros pois, d'une noisette ou d'une noix. Leur couleur blanchâtre ou verte les fait ressembler à de petits abcès ou à des tumeurs encéphaloïdes. Nous nous sommes assuré, par une dissection attentive, qu'elles ne sont que des renflements ampullaires des conduits hépatiques, formés par une membrane très-mince, blanchâtre, adhérente au tissu propre du foie, et se continuant, par une ouverture étroite et parfois difficile à trouver,

avec les conduits biliaires voisins. Du reste, il est aisé de se convaincre que la dilatation est limitée par la membrane muqueuse amincie qu'on peut détacher aisément du tissu hépatique, et qu'elle ne renferme à l'intérieur aucune autre membrane. Dans le tissu du foie divisé on remarque un très-grand nombre de petites cavités de la grandeur d'un grain de millet, de chènevis, d'un pois, sphériques, pleines de mucus blanchâtre ou verdâtre, visqueux et épais. Nous avons observé, dans deux cas, à la surface du foie, sous la capsule de Glisson, de nombreuses granulations jaunes, entourées d'un anneau rougeâtre, qui nous ont paru constituées par le fond des canalicules biliaires les plus ténus, dilatés par les liquides qui y étaient renfermés.

2° dilatation uniforme et étendue.

Quand on ouvre un conduit dilaté, on voit, dans différentes parties de sa paroi, les orifices agrandis, et en nombre variable, des canalicules qui se rendent dans le canal principal. Du reste, ces dilatations sont réparties d'une façon fort irrégulière sur le trajet des conduits hépatiques. Tantôt la branche principale de l'un d'eux qui se distribue à un lobe est agrandie de manière à recevoir le deuxième ou cinquième doigt de la main, et les autres conservent leur dimension naturelle ; tantôt la dilatation ne porte que sur les dernières ramifications, sur celles qui avoisinent la surface du foie, où elles se présentent alors avec la forme et les particularités que nous avons indiquées précédemment. Tout dépend, ainsi qu'il est facile de le prévoir, soit du siége de la coarctation, c'est-à-dire des graviers ou concrétions biliaires, soit de la quantité et de la qualité plus ou moins visqueuse du mucus et des sables biliaires qui y sont mélangés. Il faut donc s'attendre à trouver dans un ou plusieurs lobes du foie la lésion canaliculaire, et d'autres tout à fait exempts d'une pareille dilatation. Elle porte quelquefois exclusivement sur les dernières ramifications d'un ou de plusieurs conduits hépatiques, rarement sur toute leur étendue. Il faut sans doute en chercher la cause principale dans l'obstacle mécanique que les concrétions opposent au passage de la bile et à la stase qui se fait de proche en proche au-dessus du point d'arrêt ; mais il faut aussi tenir compte du rôle que joue la phlegmasie chronique de la membrane interne, dans l'ampliation des canaux. Elle n'est pas toujours en rapport avec le siége de la coarctation mécanique.

Siége des dilatations.

Double cause de la dilatation.

On peut trouver les conduits cholédoque, hépatique ou cystique dilatés isolément ; toutefois, lorsqu'une concrétion considérable est enchatonnée dans le conduit hépatique ou à la fin du cholédoque,

comme nous en avons recueilli plusieurs exemples, la dilatation s'effectue toujours dans les voies supérieures d'excrétion biliaire, mais dans ce cas encore à différents degrés, et non uniformément dans tous les points des canaux hépatiques. La vésicule biliaire offre souvent en même temps plusieurs espèces d'altérations que nous ferons connaître plus loin.

État des membranes.

La membrane des conduits est blanchâtre, lisse, amincie, facile à détacher du tissu hépatique dans les derniers canaux, fibreuse, indurée, épaissie, au point d'acquérir sept à huit millimètres dans le canal cholédoque, ou dans les grosses divisions de l'hépatique. La face interne des conduits principaux est inégale, sillonnée par une foule de rides, de plis, larges, flottants, d'espèces de valvules conniventes, entre lesquelles on aperçoit les follicules muqueux très-agrandis et bouchés par une matière jaunâtre, une sorte de boue formée en partie de bile, de sable et de cristaux, en partie de mucus altéré et épaissi.

Matière mucoso-bilieuse contenue dans les conduits.

La matière contenue dans les extrémités dilatées des canaux ressemble assez bien à celle des crachats fournis par les phthisiques ou les sujets atteints de catarrhe bronchique ancien. Elle est blanche, opaline, ou jaunâtre, fortement alcaline, nullement miscible à l'eau, finissant par lui donner une teinte blanchâtre, trouble, quand on l'y agite longtemps, tellement épaisse qu'elle forme un caillot qui se détache tout d'une pièce, à la manière du mucus le plus visqueux. L'étude microscopique que nous avons répétée, un grand nombre de fois, y montre du mucus, du pus, des cellules hépatiques détachées du parenchyme, un grand nombre de cristaux biliaires et de la bile fluide. On y trouve souvent aussi un sable jaunâtre, roux ou brunâtre, très-fin, retenu et amalgamé par le mucus, et constituant une sorte de boue qui encombre les canalicules biliaires, et surtout les vacuoles ampullaires que nous avons décrites.

Lésions hépatiques.

Le volume du foie est ordinairement naturel, quelquefois plus petit et atrophié. Les altérations qu'on y rencontre sont la congestion sanguine, la cirrhose, l'hépatite et la pyléphlébite.

Congestion.

L'hypérémie s'y montre avec ses caractères habituels (voyez *Hypérémie du foie*). Elle est due à des tumeurs cancéreuses ou d'autre nature, à des pyléphlébites ou à des concrétions biliaires qui maintiennent, par leur présence, un certain degré de congestion sanguine.

Cirrhose et dégénérescence.

Chez d'autres sujets, l'atrophie avec induration, la dégénérescence graisseuse, et les cirrhoses partielles ou générales, sont des lésions concomitantes à la production desquelles la lésion de la sécrétion du

foie paraît prendre une part incontestable dans un certain nombre de cas.

Hépatite générale ; lobulaire.

Nous ne pouvons indiquer le degré de fréquence de l'hépatite consécutive à la cholécystite, mais nous voyons qu'elle est plus commune qu'on ne le croit généralement. Elle était des plus manifestes dans un certain nombre de foies, dont les deux substances, d'un rouge foncé ou brunâtre, comme ecchymosées, étaient, en même temps, hypertrophiées et ramollies. Une autre lésion inflammatoire, que nous avons observée sur plusieurs malades, était l'hépatite partielle, lobulaire, en quelque sorte, rappelant, d'une manière évidente, les pneumonies lobulaires consécutives à la bronchite capillaire. Autour des conduits hépatiques de troisième ordre, dilatés, malades, et pleins de muco-pus, le parenchyme du foie constituait des noyaux d'induration, d'un rouge brun, ou vermeille, friables dans quelques points, ramollis dans d'autres, sur la face convexe du foie, des plaques brunes, ecchymotiques, avec ou sans épaississement du péritoine, auxquelles correspondaient des hépatites partielles, développées autour des conduits enflammés et agrandis. Dans un cas de pyléphlébite, qui compliquait cette dernière altération des canaux, l'hépatite lobulaire entourait surtout les diverses ramifications de la veine-porte, épaissie, enflammée, pleine de caillots obturateurs dans quelques points, de pus dans d'autres, et entièrement oblitérée dans certaines régions.

Hépatite consécutive à la phlébite de la veine-porte.

Lésions concomitantes ;

Nous mentionnerons très-rapidement les altérations concomitantes du foie, telles que les adhérences de l'organe avec le diaphragme, l'estomac, le colon transverse et le duodénum, par l'intermédiaire, soit de péritonites partielles consécutives, soit de tumeurs cancéreuses primitives ou de lésions de la vésicule biliaire.

dans la vésicule biliaire ;

La maladie de la vésicule est souvent le point de départ, la cause des accidents qui se sont développés dans les conduits hépatiques. On la trouve épaissie, enflammée, suppurée, dilatée et pleine de concrétions biliaires; parfois agrandie, ramollie sur toute sa face interne, perforée en un ou plusieurs points, et la bile épanchée, mais circonscrite, par les adhérences salutaires d'une péritonite ambiante; dans quelques cas, entièrement oblitérée et remplacée par une cicatrice blanchâtre, cellulo-fibreuse, qui se perd dans les adhérences établies avec les organes circonvoisins, ou se montre, sous la forme d'une plaque épaisse, à la partie inférieure du foie.

dans d'autres organes.

Nous noterons enfin les altérations qu'on peut considérer comme les causes de la cholécystite, telles que les cancers du pancréas, des

ganglions mésentériques, et des conduits cholédoques cystiques et hépatiques, la duodénite, les affections de l'estomac, l'entéro-colite et la dysenterie, dont on trouve les vestiges sur le cadavre. La rate est généralement petite et normale.

Symptomatologie.

Symptômes. — L'étude des symptômes de la cholécystite exige une méthode et des distinctions qui ont été entièrement omises dans les ouvrages. Notre description, qui diffère entièrement de celles que fournissent les auteurs, repose sur des observations personnelles nombreuses.

Il faut distinguer dans les symptômes ceux qui dérivent : 1° du foie et de ses fonctions (statiques et fonctionnels); 2° des autres organes, et de l'estomac en particulier.

Symptômes de début.

Le début de la cholécystite remonte toujours à une époque très-éloignée, comme la cause même à laquelle elle est ordinairement liée; nous voulons parler des concrétions de la bile. Elle s'annonce parfois, soit au moment des règles chez les femmes, soit à la suite d'excès, d'émotions morales chez l'homme, par des crampes, des douleurs épigastriques, de la céphalalgie, des bâillements, ou une douleur lancinante dans l'hypocondre droit. D'abord ces accès, souvent légers et courts, auxquels les sujets ne prennent pas garde, sont très-distants les uns des autres et reviennent tous les cinq à six mois, pendant sept, huit ans au moins; ils se rapprochent ensuite, paraissent tous les deux mois, durent quatre à cinq jours, en produisant des vomissements, des douleurs plus vives, en un mot, des symptômes plus intenses, qui éveillent l'attention du malade. Ordinairement une douleur hypocondriaque forte, les vomissements et la fièvre sont les premiers signes.

Longs et éloignés.

Embarras gastriques ou bilieux.

Chez d'autres, il survient, sans cause appréciable et sans symptôme hépatique évident, les signes d'un embarras gastrique simple ou bilieux, ou bien de la dyspepsie, des douleurs d'estomac, de l'anorexie, des vomissements bilieux, etc. A cette époque il est encore impossible de reconnaître la nature et le siége de l'affection. Enfin quelques sujets sont pris, tout d'un coup, au milieu d'une santé parfaite et pour la première fois, de douleurs hépatiques violentes, de vomissements, d'ictère, et de tous les symptômes de la colique hépatique la mieux caractérisée.

Début subit.

Symptômes hépatiques. Augmentation de volume. Congestion. Matités.

Le foie conserve rarement son volume normal; et la percussion plessimétrique fait alors découvrir des ampliations prononcées qui donnent rarement cinq centimètres dans tous les sens. Le lobe gauche nous a paru s'hypertrophier plus souvent que le droit, on le sent dans

l'épigastre. Le foie peut déborder les côtes droites et faire saillie dans le ventre. Dans tous les cas la percussion, le toucher, les mouvements brusques du tronc, spontanés ou communiqués, font paraître ou augmentent la sensibilité hépatique. L'accroissement de volume est incontestablement en rapport avec les congestions passagères, même très-fugaces, de la glande hépatique, qui peuvent se manifester d'un jour à autre, et même du soir au matin.

Distension de la vésicule du fiel.

Il nous est arrivé, chez un assez grand nombre de malades, de constater dans les régions épigastriques une résistance et une matité, qui étaient évidemment en rapport avec la congestion du lobe gauche ; chez d'autres, avec une tumeur circonscrite qui correspondait probablement à la vésicule biliaire distendue par la bile, ou à un certain degré de congestion du foie.

Douleurs hépatiques sous forme de névralgie intermittente ou rémittente. Son début.

De tous les symptômes, le plus constant, le plus caractéristique, est, sans contredit, la douleur hépatique. Elle éclate rarement tout d'un coup, sans avoir été précédée de crampes et de douleurs sourdes à la région de l'estomac. Au moment où le malade la ressent, d'une manière distincte et pour la première fois, elle ressemble à une douleur névralgique, aiguë, lancinante, qui acquiert sur-le-champ une grande intensité. Elle siége ordinairement dans l'hypocondre droit ou à l'épigastre, mais dans des points assez variables ; dans les parties profondes du foie, dans la vésicule, et surtout dans la direction de la scissure transversale de l'organe et du repli gastro-hépatique. On lui a donné le nom de *colique hépatique*, à cause de son siége et de sa cause présumée ; elle ressemble beaucoup plus à une névralgie. En effet, ces douleurs prennent de suite une grande intensité et se propagent dans une foule de directions différentes. Tantôt elles gagnent l'épigastre, l'estomac, provoquent des nausées et des vomissements ; tantôt elles s'irradient dans tous les sens, dans la partie antérieure de la poitrine, dans les nerfs intercostaux ; en arrière, dans l'hypocondre, l'épaule, le cou, et l'occiput ; elles se propagent, en bas, dans le ventre, l'hypogastre, le rein droit, les lombes, et les organes génito-urinaires. La douleur affecte successivement une ou plusieurs de ces régions, chez le même malade, et dans plusieurs accès névralgiques. C'est aussi au moment de la plus grande intensité de la douleur et dès son apparition, que d'autres névralgies sympathiques se déclarent, une céphalalgie frontale, ou occipitale, des vertiges, des étourdissements, des vomissements nerveux, souvent du prurit et des démangeaisons à la peau.

Son siége.

Coliques dites hépatiques.

Elles appartiennent à la classe des névralgies.

Irradiations nombreuses.

Marche de la névralgie hépatique.

La névralgie hépatique affecte une marche paroxystique, très-

nettement accusée dès le début et pendant tout le cours de la maladie.

Accès intermittents manifestes.

La manifestation de la douleur a lieu en même temps que l'accès fébrile, chez la plupart des malades. Elle se montre plusieurs fois, s'il existe deux accès fébriles dans les vingt-quatre heures, et paraît aux mêmes heures que la fièvre, c'est-à-dire le soir, dans la nuit, plus rarement vers le matin. Elle peut débuter avec toute son intensité d'abord, ou se montrer faible, sourde, et s'accroître ensuite pendant toute la durée de l'accès, pendant toute la nuit et jusqu'au matin, puis cesser graduellement de la même manière; quelquefois elle est rémittente, comme les autres symptômes, et ne cesse pas entièrement. Elle est à peine sensible pour le malade, et ne reparaît que si l'on vient à presser et à percuter l'hypocondre et surtout l'épigastre. Le

Troubles fonctionnels hépatiques.

lendemain ou jour suivant elle reparaît sous le type quotidien, double quotidien ou tierce, comme les autres symptômes, ainsi que nous aurons souvent occasion de le faire remarquer.

Troubles fonctionnels.

Pendant les douleurs hépatiques les malades s'agitent beaucoup; leur visage s'altère; ils sortent de leur lit, ou s'accroupissent, se plient en deux. Il est rare que la pression sur le ventre les soulage, ainsi qu'on l'a écrit.

Ictère.

La coloration jaune de la peau constitue un symptôme non moins caractéristique que la douleur intermittente du foie et des autres organes. Elle ne se montre pas dès le moment où paraissent les premières douleurs, mais seulement plusieurs jours après, d'abord sur

Accroissement intermittent de l'ictère.

les sclérotiques et bientôt sur toute la surface cutanée. L'urine offre également la même coloration, souvent de bonne heure, et avant qu'apparaisse l'ictère. Comme tous les autres symptômes, la coloration de la peau se manifeste pour la première fois après les paroxysmes de douleur et de fièvre, ou augmente sensiblement après chacun d'eux, de telle sorte que la peau devient, chaque jour, d'un jaune plus foncé ; si les paroxysmes s'éloignent ou s'ils sont intermittents, l'intensité de la couleur diminue. Nous nous sommes assuré de ce fait singulier un trop grand nombre de fois pour pouvoir en douter. Est-il en rapport avec l'intensité de la congestion hépatique, ou subordonné, comme toutes les sécrétions, à l'influence intermittente du foie? C'est ce que nous ne saurions dire. La teinte ictérique va en s'affaiblissant à mesure que la maladie marche vers la résolution; au

Teinte verte et bronzée.

contraire elle se fonce chaque jour davantage, au point de devenir verte, ce qui donne au visage et à la peau une couleur bronzée, sombre, triste à voir. En même temps l'urine, semblable à de la bière, se colore en jaune-brun. Lorsque la coloration verte est parvenue à ce

degré extrême, elle indique une lésion profonde et persistante des conduits biliaires, et un obstacle au cours de la bile, tel qu'un calcul ou une tumeur cancéreuse.

Symptômes sympathiques. Signes gastriques.

Les fonctions de l'estomac se troublent toujours à un degré variable, au milieu des souffrances dont l'appareil sécréteur de la bile devient le siége. De là proviennent l'embarras gastrique et les symptômes bilieux qu'on observe si souvent, l'anorexie et les variations continuelles de l'appétit, la dyspepsie, souvent accompagnée de flatulence, de tympanite, de gonflement qui occupe l'épigastre, les deux hypocondres et souvent tout l'abdomen. Les nausées et les vomissements sont les symptômes très-habituels de l'obstruction des conduits biliaires et de la cholécystite. Ils affectent la marche paroxystique; quelquefois ils sont rapprochés, opiniâtres, très-pénibles, et apportent un obstacle sérieux à l'alimentation. Ils peuvent tenir à une péritonite partielle ou à de graves désordres dont les voies biliaires et les tissus environnants sont le siége. La constipation est un symptôme qu'on observe également à tous les degrés et à toutes les périodes de la maladie. Les selles, généralement formées de matières dures, rares et décolorées, grisâtres, terreuses, blanchâtres, sont, chez un assez grand nombre de sujets, manifestement colorées en jaune par la bile qui traverse encore ses conduits naturels. Il est rare qu'on retrouve dans les matières des selles les concrétions biliaires, les graviers ou les sables qui s'écoulent par les voies biliaires; néanmoins il ne faut pas négliger de faire cette recherche pendant longtemps, si l'on veut acquérir une certitude absolue sur la nature des accidents.

Vomissements.

Constipation.

Fièvre rémittente hépatique.

La fièvre hépatique est un symptôme sur lequel nous devons appeler d'autant plus l'attention des observateurs qu'elle a été souvent méconnue, regardée comme une fièvre paludéenne ou comme un acte morbide, variable, incertain et purement accessoire. Nous l'avons recherchée et étudiée avec soin chez tous les malades, et nous pouvons affirmer qu'elle manque rarement, qu'elle se présente avec des caractères qui peuvent la faire reconnaître dans tous les cas. Elle ressemble si bien à la fièvre hépatique qui suit la phlegmasie du foie, que nous en reproduirons seulement les principaux symptômes. (Voyez *Hépatite.*)

Ses symptômes.

Elle est marquée souvent par les trois stades habituels, le frisson, la chaleur et la sueur. Le frisson, ordinairement très-court, est prolongé, durable dans quelques cas, et remplacé même par un froid général avec claquement de dents. Il commence souvent avec la douleur de l'hypocondre, de l'épigastre ou de toute autre région, avec

Trois stades.

la céphalalgie, la courbature, l'anxiété, le vomissement, etc. Il est suivi d'une chaleur cutanée, dont la durée est toujours longue, se continue pendant toute la nuit, et détermine une élévation réelle de la température du corps humain. Elle se termine ou non par une sueur rarement générale, partielle, limitée, à la tête, au cou, à la partie antérieure de la poitrine; presque toujours peu abondante et visqueuse, tantôt fluide et semblable à celle des accès fébriles paludéens. Rien de si variable que la fièvre hépatique, sous le rapport des stades et de l'intensité. Tantôt l'un d'eux existe seul, celui de chaleur, par exemple, tantôt une sueur peu abondante.

Heure des accès. Les accès commencent, chez le plus grand nombre des sujets, le soir, de quatre à sept, ou plus tard, dans la nuit; nous les avons observés cependant le matin, de neuf heures à midi. Presque toujours l'accès est unique et quotidien, vespérien ou nocturne; dans d'autres cas, tierce ou double tierce, ou enfin double quotidien; tels sont les types dont nous avons observé des exemples bien dessinés. L'altération de ces types, la durée moindre et variable des accès, leur transformation de quotidien en tierce et leur marche irrégulière, etc., sont autant de caractères propres à cette fièvre pseudo-intermittente hépatique.

Du pouls pendant et après les accès. Le pouls, pendant sa durée, s'accélère très-notablement de douze à vingt et trente pulsations; nous les avons toujours comptées, matin et soir, avec la montre à secondes. Il est dur, vibrant ou large, développé, ondulant; après l'accès, il se ralentit au-dessous du type normal, et nous l'avons vu souvent, le matin, après l'accès nocturne, tomber à quarante-huit, cinquante-deux et soixante. C'est ce qui a fait dire à beaucoup d'observateurs, qui n'ont exploré le pouls qu'à ce moment du nycthéméron, qu'il est ralenti, par conséquent qu'il n'existe pas de fièvre dans la cholécystite. Rien n'est moins exact que cette assertion.

Fièvre rémittente. Vers la fin de la maladie, lorsque le travail phlegmasique s'étend dans les conduits biliaires ou continue à y faire des progrès, la fièvre, au lieu d'être intermittente, devient rémittente, c'est-à-dire que le pouls reste faiblement accéléré pendant une partie du jour, pour acquérir plus de fréquence à un moment donné du soir, de la nuit ou du matin. L'accroissement de la chaleur cutanée, le malaise, l'apparition de quelques douleurs hépatiques ou gastriques, la céphalalgie, etc., marquent assez bien l'époque du redoublement fébrile.

Palpitations. Aux troubles de la circulation appartiennent encore : 1° les palpitations, très-communes chez les femmes, surtout au moment des paroxysmes; 2° les hémorrhagies par les fosses nasales, qui sont rares,

Hémorrhagies.

et nous ont paru coïncider avec des congestions, des phlegmasies du foie et la pyléphlébite. Les piqûres de sangsues laissent écouler longtemps et facilement un sang fluide, et le tissu cellulaire s'ecchymose au pourtour des plaies; 3° le sang, que nous avons eu rarement l'occasion d'examiner, s'est pris difficilement en caillot chez les sujets très-affaiblis; il était bien organisé, avec couenne imparfaite ou rudimentaire chez les autres; 4° peu de maladies amènent plus promptement la chute rapide des forces chez les gens les plus robustes, que les calculs et la lésion des canaux biliaires. L'anémie donne lieu à ses symptômes propres, au frémissement, au bruit de courant veineux et à la pâleur de la peau; mais celle-ci est masquée presque aussitôt par la teinte ictérique qu'elle prend. Elle s'accompagne d'une émaciation rapide; nous avons vu des sujets forts et d'un embonpoint notable perdre leur énergie et s'amaigrir si promptement qu'ils devenaient méconnaissables.

Sang.

Anémie.

Amaigrissement rapide.

Les femmes bien réglées habituellement éprouvent des troubles notables dans les fonctions menstruelles. Les règles diminuent, ne viennent plus à époques fixes, puis à la fin cessent entièrement. L'urine offre, dès le début, une coloration jaune des plus intenses; elle est acide, très-dense, et laisse déposer une grande quantité de sédiments fortement colorés par les matières rouges et jaunes. Elle s'éclaircit par la chaleur et par l'acide; ne contient pas de sang ni d'albumine. Un symptôme fort curieux et très-commun est l'insomnie. Les malades ne peuvent goûter un seul instant les douceurs du sommeil, non pas pendant une à deux nuits, mais souvent pendant toute la durée de la cholécystite et de l'ictère, pendant un ou deux mois. Ils sont fréquemment tourmentés, pendant la nuit ou le soir, au moment du retour de l'accès quotidien, par un prurit partiel des membres ou général, qui les oblige à se gratter vivement et à écorcher le derme avec les ongles. L'intelligence est présente, ferme jusqu'à la fin, malgré les souffrances, l'inanition, le marasme et le spectacle pénible d'une mort lente, dont le malade voit souvent les approches. Heureusement qu'à la fin il tombe dans un état de faiblesse, d'algidité, qui masquent ses derniers instants.

Menstruation.

Urine.

Marche, durée, terminaison. — Nous avons trop insisté sur les symptômes de la maladie pour qu'il soit nécessaire de décrire leur mode d'évolution et leur enchaînement réciproque. Maladie éminemment chronique, due le plus souvent à la présence des concrétions qui provoquent une phlegmasie catarrhale des conduits excréteurs, la cholécystite affecte, depuis le commencement jusqu'à la fin,

Marche; durée; terminaison.

Marche: d'abord intermittente; puis rémittente.

une marche intermittente, à symptômes également paroxystiques, jusqu'au moment où les lésions anatomiques sont assez intenses pour leur donner une forme rémittente ou continue nettement accusée. A cette dernière période correspondent les congestions, les phlegmasies du foie, la suppuration des conduits biliaires, ou des lésions du péritoine, etc., etc. Nous avons vu, dans plusieurs cas, la résorption purulente terminer la maladie; des abcès métastatiques étaient alors disséminés dans le poumon et ailleurs. Lorsque les concrétions biliaires sont expulsées ou semblent avoir pris droit de domicile quelque part, la phlegmasie des canaux fait reparaître, à des intervalles d'abord rapprochés, puis très-éloignés, de huit jours, d'un mois et plus, des accès de fièvre intermittente, qu'on prend souvent pour une fièvre paludéenne. Il faut savoir que, dans ces cas, la maladie, même dont les accès sont très-distants, n'est pas encore terminée.

Lésions complexes; du foie, etc.; pyémie.

Diagnostic.

Diagnostic. — La phlegmasie catarrhale des voies biliaires causée et entretenue par des concrétions ou par la maladie d'un viscère voisin, se reconnaît aux accès de douleur hépatique, de fièvre et d'ictère plus ou moins éloignés d'abord, et assez franchement intermittents pour faire croire à une fièvre paludéenne qu'on traite par le sulfate de quinine. L'intensité et le siége de la douleur, les dimensions naturelles du foie, l'ictère intense, l'heure de l'accès et l'absence d'un ou de plusieurs stades, l'intégrité de la rate, l'insuccès du sulfate de quinine, font aisément reconnaître la maladie hépatique. Une congestion du foie, avec ictère, à plus forte raison une hépatite fourniraient quelques-uns des symptômes précédents, mais le volume accru du foie dans le premier cas, la continuité de la fièvre exacerbante, et la sensibilité de l'organe, l'acuité du mal dans le second, indiqueraient très-clairement chacune des deux maladies.

Causes.

Age; sexe.

Concrétions biliaires.

Étiologie. — La cholécystite se montre plus souvent chez les sujets de trente à quarante ans, et chez les femmes; cependant, comme les concrétions qui en sont la cause la plus fréquente se développent surtout chez les vieillards, ou après cinquante ans, on observe très-souvent la cholécystite à cet âge. (Voyez *Concrétions de la bile.*) Elle se manifeste aussi consécutivement à la pyléphlébite et à des congestions sanguines répétées du foie, à la duodénite chronique, à l'entéro-colite, et surtout à la production de tumeurs cancéreuses de la vésicule du fiel et des conduits cholédoque et cystique, ou développées dans le pancréas et les ganglions mésentériques. Il nous a paru, dans quelques cas, que les diathèses rhumatismale et goutteuse pre-

naient une part incontestable à la formation des calculs, et par conséquent de la cholécystite.

Traitement. — La première indication consiste à soulager le malade, quelle que soit la cause de la colique hépatique. La violence des douleurs névralgiques conduit à administrer à l'intérieur, pour les calmer, des boissons froides, glacées, acidules, ainsi que les vomissements ; des potions dans lesquelles on fait entrer l'opium et les sels de morphine ; extérieurement, les applications froides et glacées de cataplasmes imprégnés de laudanum, les liniments sédatifs (chloroforme, huile belladonée, camphrée, etc.) ; les bains tièdes prolongés. Si l'estomac refuse d'accepter les médicaments narcotiques, on les met dans un lavement.

Traitement.

Emploi des narcotiques;

Dans quelques cas particuliers où existent les signes non douteux d'un embarras gastrique et bilieux, on emploie avec avantage le tartre stibié à dose vomitive ou l'ipécacuanha ; l'action salutaire et révulsive des purgatifs, et même des drastiques, est indiquée par la constipation et la perturbation utile qu'elle provoque dans l'intestin, et les conduits qui y aboutissent.

des vomitifs ;

des purgatifs.

Une fois l'accès douloureux passé, il est encore nécessaire d'exciter la contraction intestinale au moyen de purgatifs fréquemment administrés. On s'occupe aussi de modifier la nutrition du foie ; c'est alors qu'on prescrit, si l'on y a confiance, les extraits amers de chicorée, de pissenlit, de rhubarbe, de trèfle d'eau, etc. ; le savon médicinal, puis les différentes eaux alcalines ou autres de Vichy, de Marienbad, de Carlsbad, de Kissingen, d'Ems, etc. Nous parlerons plus loin de l'éther, de la térébenthine et du remède de Durande, qui ont été surtout dirigés contre les concrétions de la bile. (Voyez *Lithiase biliaire.*)

Amers et alcalins.

Nous avons eu recours avec un certain succès, dans plusieurs cas, à l'hydrothérapie, à titre d'agent perturbateur, capable aussi de modifier vivement et profondément le système nerveux; plus tard, de faire cesser le trouble général de la nutrition, et, en particulier, l'anémie, la faiblesse et l'amaigrissement.

Hydrothérapie.

Nous ferons remarquer, en terminant, que le sulfate de quinine peut être administré utilement pour essayer de diminuer l'intensité et le retour des accès douloureux et fébriles ; mais nous dirons de la façon la plus affirmative que nous ne l'avons jamais vu les arrêter, ni en prévenir le retour, avec la même certitude que quand on l'administre dans les maladies intermittentes paludéennes. La forme des accès autorise l'usage de ce remède, qui n'a d'ailleurs aucune espèce d'inconvénient.

Sulfate de quinine.

incurabilité. Ceux qui ont eu occasion d'observer et de suivre jusqu'à la fin les symptômes de la cholécystite savent seuls combien la thérapeutique est impuissante pour guérir les désordres profonds qu'on ne peut atteindre par aucun médicament. Heureux encore lorsqu'on peut soupçonner l'existence des diathèses rhumatismale et goutteuse, et les combattre par les remèdes appropriés à la nature des actes morbides qu'elles ont déterminés.

LITHIASE BILIAIRE.

Synonymie. **Synonymie.** — *Concrétions*, *pierres biliaires*, *cholélithes*, *lithiase biliaire.*

Le développement des concrétions biliaires détermine les accidents de la *colique hépatique*, c'est-à-dire une douleur paroxystique, intermittente, une véritable névralgie, et, dans la plupart des cas, une phlegmasie congestive, suppurative ou catarrhale. Nous avons décrit précédemment cette dernière maladie sous le nom de *cholécystite.*

Divisions. **Divisions.** — Nous étudierons successivement les concrétions biliaires, les lésions anatomiques, et les symptômes auxquels elles donnent lieu.

Propriétés chimiques des calculs. Siége. **Propriétés chimiques des calculs biliaires.** — *Siége.* — On les rencontre dans toute l'étendue des voies d'excrétion, dans la vésicule, les conduits cystique, cholédoque, et plus rarement hépatique. Les propriétés physiques des corps étant surtout liées à leur composition chimique, et celle-ci étant d'ailleurs la condition la plus importante de leur constitution propre, c'est par elle que nous commencerons l'étude des concrétions biliaires.

La composition chimique des calculs est encore peu connue ; on y trouve : 1° *la cholestérine* cristallisée ou amorphe, qui en forme la plus grande partie (70 à 80 0/0), quelquefois la totalité ; 2° *les matières colorantes verte et jaune*, associées à la précédente, aux acides gras et aux sels ; 3° *la cholépyrrhine* et *la choléchlorine ;* 4° *les acides biliaires* combinés à des sels comme l'acide cholique (cholate et glycholate de chaux), le stéarique et le margarique ; 5° *des carbonates et des phosphates de chaux*, *des traces de sels de potasse et de soude ;* 6° une proportion variable, et souvent assez grande, de *mucus*, *d'épithélium,* etc.

Calculs simples, composés. On appelle calcul *simple*, homogène, celui dans lequel on ne rencontre qu'une seule substance, la cholestérine, par exemple ; *composé*

celui dans lequel on distingue trois parties presque toujours formées de substances diverses : 1° au centre, un noyau plein, stratifié, radié (cholestérine, cholépyrrhine, cholate de chaux, etc., corps étranger, caillot sanguin, mucus, épithélium) ; 2° *des couches* radiées ou lamelleuses et superposées comme dans l'oignon ; 3° *une écorce*, qui manque parfois quand la cristallisation s'étend jusqu'à la surface extérieure. Ordinairement les couches corticales sont composées de cholestérine, de cholépyrrhine calcaire, verdâtre ou noire, de carbonate de chaux, de mucus desséché.

(*a*) Noyau.

(*b*) Lamelles concentriques.

Outre les calculs plus ou moins volumineux, les réservoirs de la bile, et surtout les conduits hépatiques renferment les substances chimiques précédentes sous la forme d'un sable tantôt très-fin, brillant, micacé, en grande partie composé de cholestérine, tantôt d'un magma, d'une sorte de boue verdâtre, jaune ou brune. On y retrouve souvent les matières liquides fournies par les conduits excréteurs enflammés et malades, telles que du mucus, du pus, un grand nombre de lamelles épithéliales, etc., des fragments d'échinocoque, des lombrics, et même le distome (douve du foie), etc. C'est dans les canaux hépatiques surtout, et dans ceux de très-petite dimension que se présentent, sous cette forme, les concrétions de la bile. (Voyez *Cholécystite.*)

Sables et boues biliaires.

Produits morbides étrangers.

Propriétés physiques. *Nombre.*— Il est rare de ne trouver qu'un seul calcul dans la vésicule ou ailleurs ; dans le cas de concrétion solitaire, elle est presque toujours volumineuse, serrée entre les parois, soit de cette poche membraneuse, soit du conduit cystique ou cholédoque, où elle reste enchatonnée. Par contre, on a constaté des centaines et même plusieurs milliers de granulations biliaires.

Propriétés physiques. Nombre.

Forme. — En général, les concrétions présentent de nombreuses facettes par lesquelles elles se touchent et s'articulent, en quelque sorte. Elles sont pyramidales, polyédriques, quadrilatères, presque toujours anguleuses, rarement arrondies, subarrondies ; leur surface est lisse, unie, ou chagrinée, mamelonnée.

Forme.

Leur volume change beaucoup ; il égale celui d'une semence, d'un grain de millet, d'un pois, d'un œuf de poule. Elles pèsent depuis un centigramme jusqu'à 150 grammes. Elles sont généralement très-légères : telles sont les concrétions composées de cholestérine ; parfois même elles surnagent l'eau.

Volume.

Leur couleur est en rapport avec leur composition chimique. Bruns, verdâtres ou jaunes à leur surface extérieure, les calculs offrent intérieurement des couches colorées diversement par la cholestérine, par des matières vertes et jaunes, par du mucus, disposés sans ordre ou

Couleur.

sous forme lamellaire, concentrique, striée, radiée ou de toute autre manière, etc. Les divisions qu'on a fondées sur les propriétés physiques des concrétions n'a d'autre importance que parce qu'elles font soupçonner leur composition chimique. Celle-ci est la seule sur laquelle doive aujourd'hui reposer la classification des calculs. Cependant, malgré les travaux de la chimie moderne, aucune n'a été proposée définitivement, et il faut avouer qu'elle est environnée de difficultés sérieuses.

Lésion des réservoirs de la bile.

L'*altération des parois des conduits biliaires* a une importance bien autrement grande, quoiqu'elle soit subordonnée à la présence des concrétions. Nous en avons donné une description trop complète pour avoir besoin d'y revenir. (Voyez *Cholécystite.*) Nous rappellerons seulement que les lésions les plus ordinaires, sont: 1° *dans les conduits hépatiques ;* (a) une sécrétion catarrhale de mucus ou de muc-pus ; (b) la phlegmasie suppurative ou ulcérative de leurs parois ; (c) la dilatation uniforme ou ampullaire d'une ou de plusieurs divisions des conduits. 2° *Dans la vésicule du fiel*, les lésions sont plus nombreuses et plus nettement accusées. On y trouve : 1° *un épaississement* notable de la tunique interne, hypertrophiée, villeuse, rouge ou noirâtre, ardoisée, formant des plis, des alvéoles plus ou moins profondes, dans lesquelles les calculs, le sable ou la boue biliaires sont incrustés ou simplement déposés ; 2° *un ramollissement*, porté parfois au point que les membranes se perforent et laissent passer de la bile et même des concrétions, ainsi que nous en avons vu plusieurs exemples ; 3° *une induration des parois* devenues fibreuses, et fortement revenues sur les calculs qu'elles contiennent ; 4° *le conduit cystique et le cholédoque présentent les mêmes désordres;* plus ordinairement un agrandissement de leurs cavités : dans ce cas, la vésicule forme une tumeur parfois saillante ; les parois des canaux sont distendues soit par de nombreux calculs, soit par la bile et le pus mêlés ensemble. Ils peuvent être dilatés par un ou plusieurs calculs ou par un seul qui s'arrête à différentes hauteurs ; par exemple, au point de jonction du cystique et du cholédoque ou à la partie inférieure du dernier, au-dessus de l'orifice duodénal où nous avons trouvé deux fois des calculs enchatonnés, immobiles, ayant la grosseur d'une petite noix et oblitérant si complétement les canaux, qu'il en était résulté un reflux de la bile et tous les signes d'une cholécystite intense et mortelle ; 5° *les péritonites* forment autour des fistules biliaires, dont nous parlerons plus loin, des adhérences complètes qui mettent l'intérieur de la vésicule et d'autres points des conduits

1° Des conduits hépatiques ;

2° de la vésicule ;

3° du canal cystique et du cholédoque.

Leur dilatation.

Lésions du péritoine.

biliaires en communication avec d'autres conduits, ou avec des organes souvent éloignés de l'appareil biliaire.

Les désordres que présente le parenchyme hépatique, tels que l'hypérémie partielle ou générale, l'hépatite lobulaire, congestive ou suppurée, les abcès, etc., ont leur origine première dans les conduits hépatiques enflammés, soit partiellement, soit dans une grande étendue. (Voyez *Cholécystite.*) Lésions du foie.

Symptômes. — Il faut distinguer soigneusement parmi les symptômes complexes qui se montrent dans le cours des concrétions : 1° ceux qui dépendent de leur présence dans les voies d'excrétion ; 2° des lésions dont les parois sont atteintes ; 3° de celles qui ont le foie ou les organes environnants pour siége. Faute d'avoir fait cette importante distinction, les auteurs ont réuni, dans une seule et même description incertaine et confuse, les phénomènes morbides les plus disparates, les plus différents. Cherchons à éviter cet écueil en rapportant, si faire se peut, chaque groupe de symptômes à la lésion ou au trouble fonctionnel qui en est la vraie cause. **Symptomatologie.** Cause des symptômes.

Nous sommes porté à croire que les signes des concrétions de la bile sont ceux que nous avons décrits en traitant de la cholécystite. En effet, ils ne commencent à manifester leur présence qu'à partir de l'instant où ils sont assez gros pour irriter la membrane interne des canaux qui les renferment, pour y appeler, soit une sécrétion morbide catarrhale, soit une véritable inflammation aiguë ou chronique. Dans tous les cas, l'irritation transmise au foie est la cause des symptômes douloureux qu'on a désignés sous le nom de colique hépatique. Plus tard, l'oblitération complète ou incomplète des canaux biliaires et la rétention de la bile à l'intérieur déterminent d'autres symptômes, l'ictère principalement, des accidents gastro-intestinaux fortement accusés et une fièvre rémittente. Insistons sur ces faits importants. Symptômes qui annoncent l'existence de chaque lésion. Leur cause. 1° Irritation catarrhale et phlegmasique des canaux et du foie. 2° Rétention de la bile.

Nous rappellerons très-succinctement les symptômes qui annoncent l'existence des cholélithes, parce que nous en avons présenté le tableau complet et détaillé en parlant de la cholécystite. Après des signes, longs ou de courte durée, d'un embarras gastrique ou bilieux, des troubles dyspeptiques de différente espèce, le malade est saisi, dans la soirée, ordinairement, de douleurs sourdes d'abord à l'épigastre ou à l'hypocondre, qui deviennent bientôt lancinantes, pongitives, et s'irradient plus ou moins loin, à la manière des névralgies. Elles s'accompagnent d'un accès fébrile très-nettement caractérisé par ses trois stades habituels : le frisson, la chaleur et la sueur, dont la Névralgie ou colique hépatique. Accès de fièvre.

durée et l'intensité sont très-variables. Rappelons que cette fièvre, à accès franchement intermittents d'abord, ne tarde pas à affecter une marche rémittente, dans laquelle les exacerbations sont quotidiennes, tierces, doubles quotidiennes. Elle nous paraît indiquer, sinon toujours, une phlegmasie des canaux biliaires, du moins une congestion hépatique fréquente, ou la transmission au foie d'un degré d'irritation suffisant pour mettre en jeu la propriété que cet organe possède, suivant nous, de déterminer l'intermittence dans les actes morbides. (Voir *Cholécystite.*)

Intermittence et exacerbation. Leur cause.

Ictère. Sa cause.

L'*ictère*, qui est un des signes les plus constants de la lithiase biliaire parvenue à un certain degré, ne tarde pas à paraître, non pas, comme on l'a cru et dit à tort, parce que la bile ne circule plus dans ses voies d'excrétion, mais parce que la cholécystite et les congestions des lobules et des lobes, allant parfois jusqu'à l'hépatite, provoquent l'arrêt de la sécrétion biliaire. La nature et le siége des altérations que nous avons longuement décrites ailleurs, prouvent surabondamment que telle est la véritable cause de l'ictère, nous dirons plus, de la fièvre hépatique, qui d'intermittente devient alors rémittente et continue, vers la fin, ou quand le mal se termine par la mort. Nous ne prétendons pas que les calculs, que la rétention de la bile et la distension des canaux ne soient pas la cause première de la phlegmasie dont ceux-ci sont le siége, mais l'irritation transmise au foie joue un rôle essentiel, et qui est démontré pour nous par les symptômes fébriles rémittents et les lésions cadavériques. C'est là précisément ce qui nous a décidé à mettre dans la description de la cholécystite ce que les auteurs placent dans la lithiase biliaire, commettant ainsi une erreur sur laquelle nous avons déjà insisté un grand nombre de fois.

De quelques autres symptômes.

Nous mentionnerons encore, parmi les symptômes, les vomissements plus ou moins répétés de bile, l'anorexie, les douleurs épigastriques et hypocondriaques continues, sourdes et distinctes des intermittentes, la constipation à tous les degrés, la flatulence souvent extrême, les renvois nidoreux, l'expulsion de gaz par le rectum, des phénomènes gastro-entéralgiques, des coliques nerveuses qui sont l'effet des irradiations névralgiques dont le foie est le point de départ, l'anémie, l'amaigrissement toujours très-rapide, la faiblesse, etc. On est surpris de n'observer que rarement, et à titre de complication accidentelle, les troubles nerveux propres à la nosomanie. Lorsque les symptômes douloureux de la colique sont passés, les malades retrouvent leur gaieté habituelle ; mais, quand la cholécystite s'établit d'une

manière chronique et s'avance vers une terminaison funeste, les sujets tombent dans un état de tristesse fort légitime, qui cependant ne nous a jamais offert tous les traits de l'hypocondrie.

Marche, durée, terminaison. — La lithiase biliaire a une durée fort longue ; il est souvent impossible de dire à quelle époque elle a commencé. Les concrétions, d'abord très-petites, ne donnent lieu à des symptômes douloureux que lorsqu'elles ont acquis un certain volume. Nous sommes néanmoins porté à croire que les premiers signes du mal remontent à l'époque où la lithiase débute elle-même ; les douleurs intermittentes, les accès fébriles, d'abord éloignés, annoncent la formation des calculs, plus tard la rémittence et la continuité de ces mêmes accidents, l'apparition de l'ictère, sa persistance, à l'état chronique, ou des retours fréquents, indiquent une irritation chronique de la membrane interne des conduits biliaires et des congestions hépatiques. Il arrive enfin une époque où les phénomènes morbides sont continus, ou du moins n'offrent qu'une simple rémission : on peut alors diagnostiquer sûrement la phlegmasie, catarrhale, congestive ou suppurative des conduits, leur dilatation, et souvent quelqu'une des lésions hépatiques dont nous avons signalé l'existence.

Marche ; durée.

La *terminaison* de la lithiase biliaire est très-variable. Quand les symptômes nettement accusés qu'on avait observés d'abord se dissipent complétement et avec la même promptitude qu'ils étaient venus, on est fondé à croire que les concrétions se sont déplacées, et qu'après avoir parcouru les conduits excréteurs, elles sont remontées dans le vésicule ou ont été expulsées par l'intestin. On possède un assez grand nombre d'exemples de pierres, même volumineuses, qui sont sorties par le duodénum, avec les selles, ou par le vomissement, lorsqu'elles avaient gagné l'estomac au moyen de contractions antipéristaltiques de l'intestin. La cessation subite des symptômes, des douleurs et de l'ictère principalement, le retour à la santé et la disparition totale de tous les signes de la lithiase pendant plusieurs années ou la vie entière, témoignent de cette heureuse terminaison fort rare.

Terminaison.

Déplacement ou expulsion des calculs.

Malheureusement cette terminaison n'a été observée que dans un petit nombre de cas ; après des attaques de coliques répétées pendant plusieurs années, des désordres graves s'emparent des voies d'excrétion biliaire, et des symptômes variables comme le siége et la nature des lésions se manifestent alors. Si les conduits hépatiques s'enflamment, se dilatent, on voit paraître tous les symptômes aigus de la cholécystite que nous avons longuement décrite.

Symptômes et terminaison différents suivant leur siége.

Lithiase de la vésicule du fiel.

(Voyez ce mot.) Si la vésicule du fiel est distendue par des calculs, il est possible de la limiter par la percussion ; on a même prétendu qu'on y sentait la fluctuation et le frottement des calculs les uns contre les autres (Petit). Cette assertion théorique prouve que l'observation était fondée sur quelque erreur de diagnostic (frottement péritonéal ou fluctuation).

Fistules biliaires :

La vésicule enflammée contracte parfois des adhérences avec les tissus environnants, et il se forme une péritonite aiguë ou chronique, tantôt réparatrice, au moyen de laquelle s'établit une communication entre ce réservoir et un organe plus ou moins distant de lui, tantôt non adhésive, et alors, la bile et même des concrétions venant à tomber dans le ventre, il s'ensuit une péritonite mortelle.

(*a*) abdominales.

La fistule qui succède à un abcès ou à tout autre travail phlegmasique peut s'établir en différents points du ventre : 1° près de l'ombilic ; 2° au niveau de la vésicule ou dans ses environs ; 3° à l'hypogastre et près du clitoris ; 4° en arrière près des côtes ; 5° à la région inguinale. Les calculs conduits par ces voies insolites sont souvent très-volumineux et en nombre assez grand ; ils continuent pendant un temps fort long à être rejetés au dehors. Parfois ils séjournent dans le canal insolite où ils peuvent grossir et d'où l'on est obligé de les extraire. Un peu de bile mêlée à de la sérosité, à du pus, à du sang, s'écoule par le trajet fistuleux. Les fistules persistent pendant plusieurs années et finissent par se cicatriser lorsqu'on a soin de faciliter la sortie des calculs. Plus rarement ils s'enflamment, ainsi que la paroi abdominale ; et alors des érysipèles, des phlegmons profonds, des signes de résorption purulente, peuvent entraîner la mort des sujets.

Guérison. Mort.

Fistules gastro-intestinales.

Une autre espèce de fistule biliaire également très-fréquente est celle qui débouche de la vésicule ou du canal cholédoque dans le duodénum, le colon et dans l'estomac près du pylore. L'expulsion par les selles ou par le vomissement d'un ou plusieurs calculs est le signe certain de cette communication anormale. On a vu les signes d'un étranglement interne provoqués par l'obstacle qu'un calcul biliaire volumineux avait fait naître en un point de l'intestin.

Quelques perforations insolites.

C'est exceptionnellement que les calculs perforent les vaisseaux ambiants, la veine-porte, ou qu'ils arrivent dans les voies urinaires. Nous avons rencontré deux fois une perforation établie sur l'extrémité énormément amplifiée d'un conduit hépatique. La bile s'était épanchée à la surface convexe du foie, et quoique limitée, en partie, par des adhérences, le péritoine s'était enflammé dans une grande étendue et la mort s'en était suivie.

Diagnostic. — Rien ne ressemble plus à une fièvre intermittente que les premiers accès d'une lithiase biliaire; cependant l'existence de douleurs réellement névralgiques, leurs irradiations en différents points du ventre et de la poitrine, l'ictère, l'intégrité de la rate, et l'inefficacité relative du sulfate de quinine, font reconnaître immédiatement une colique hépatique. Les congestions et la phlegmasie du foie s'accompagnent de douleurs persistantes et d'un accroissement de volume qu'on ne retrouve pas dans la lithiase; celle-ci affecte d'ailleurs une forme chronique et intermittente, tandis que les deux autres marchent d'une manière aiguë. L'hépatalgie, maladie obscure et mal déterminée jusqu'à ce jour, s'annonce par une douleur en tout semblable à celle de la colique, mais les accès fébriles, les vomissements et un ictère durable font défaut. Le succès qu'on obtient, en pareil cas, avec les antispasmodiques et le sulfate de quinine, aiderait au diagnostic. Nous signalons, en terminant, la similitude imparfaite qui existe entre la maladie du foie que nous étudions et les suppurations profondes annoncées par une fièvre pseudo-intermittente, par l'ictère, par des symptômes rapides de collapsus et de résorption purulente qu'on ne trouve pas dans la lithiase, si ce n'est à l'époque où elle se termine d'une manière funeste.

Diagnostic. Fièvre intermittente.

Maladies du foie.

Hépatalgie.

Suppurations viscérales.

Pronostic. — La *cholélithiase* est toujours une maladie sérieuse, parce qu'après un temps variable et des retours plus ou moins multipliés, les canaux biliaires s'enflamment, suppurent, se dilatent, s'altèrent de différentes façons, et qu'il en résulte des accidents mortels. Nous ferons seulement remarquer qu'il ne faut pas toujours porter un pronostic grave en présence d'accidents qu'on juge formidables. Nous avons vu des malades guérir contre toute attente, après avoir offert une fièvre continue rémittente, un ictère chronique noir ou d'un vert bronze, des vomissements continuels, du marasme et des signes de colliquation. Pour asseoir un pronostic qui ait quelque valeur, il faut s'enquérir de l'état des canaux biliaires, du foie et de tous les organes environnants.

Causes. — On sait que la vieillesse offre plus fréquemment que tout autre âge des concrétions biliaires. Il est rare qu'on n'en trouve pas dans la vésicule du fiel, lorsqu'on pratique des nécropsies dans les hospices consacrés aux maladies des vieillards. Quoique la lithiase ait été vue chez de jeunes sujets de sept, dix-huit et vingt années, elle est rare et va en augmentant de fréquence à partir de trente ans.

Étiologie. Âge.

Les femmes y sont plus exposées que les hommes dans le rapport de trois à deux. Hoffman, Haller, Sœmmering, etc., attribuent cette

Sexe.

plus grande fréquence au repos et à l'inactivité musculaire, qui favorisent la stase de la bile dans ses voies d'excrétion et dans la vésicule en particulier. On a assigné les mêmes causes aux concrétions biliaires communes chez les animaux qui restent à l'étable pendant l'hiver.

État sédentaire.

Il faut ajouter qu'à ce moment ils se nourrissent de fourrages secs, et qu'on a donné à tort ou à raison quelque importance à ce mode d'alimentation. Il est sûr qu'on ignore entièrement la cause de la lithiase biliaire, et qu'on peut faire telle hypothèse que l'on voudra sur l'influence des vins acides, astringents, de la bière, des aliments chargés de fécule, de graisse, etc. Une supposition qui mérite d'être examinée de très-près est celle qui fait jouer un rôle essentiel à la diathèse goutteuse et à la rhumatismale. Quelques auteurs considèrent la lithiase biliaire comme un effet aussi fréquent de la goutte que l'est la gravelle chez ces mêmes goutteux. On la rencontre aussi chez les rhumatisants : est-ce une simple coïncidence?

Influence de la diathèse goutteuse.

Obstacle mécanique au cours de la bile.

On ne peut s'empêcher de tenir compte, dans la cholélithiase, de la gêne mécanique que ne manquent pas de provoquer, tantôt les maladies cancéreuses des conduits biliaires, de la vésicule, du foie, du pancréas et de l'estomac, tantôt les tumeurs de diverse nature situées dans les organes précédents ou ailleurs, la pyléphlébite et peut-être l'hépatite. On a prétendu que les corps étrangers, venus des organes environnants, un caillot sanguin, des amas d'épithelium, etc., pouvaient devenir le noyau qui servait alors d'appel aux cristaux de cholesterine. On a supposé aussi un changement de composition chimique survenu dans la bile, qui a dès lors plus de tendance à cristalliser ou à se déposer. Toutes ces opinions ne manquent pas d'importance; il leur faut seulement la sanction de l'expérience, qu'elles n'ont pas.

Diverses hypothèses.

Traitement: **Traitement.** — Le médecin, appelé le plus ordinairement pour la première fois auprès d'un malade en proie à une colique hépatique douloureuse, s'occupera d'abord de la faire cesser; plus tard de combattre, s'il se peut, la lithiase biliaire.

1° de la colique hépatique.

On prescrit les boissons glacées ou très-froides, acidulées, coupées avec l'eau de Seltz, de Condillac, de Saint-Galmier, de Renaison, etc.; des potions dans lesquelles entrent les sels de morphine, le laudanum, l'opium; des lavements rendus narcotiques avec les substances précédentes, lorsque l'estomac les rejette opiniâtrément. Quelques malades sont rapidement calmés à l'aide de cette médication; chez d'autres il faut lui préférer les boissons aromatiques très-chaudes, les infusions de tilleul, de feuilles d'oranger, le thé et les applications de cataplasmes chauds et laudanisés, etc. L'agitation et les mouvements

Froid intus et extus.

Calorique utile dans quelques cas.

auxquels se livrent les malades rendent souvent difficiles et incertaines les applications sur le ventre et l'hypocondre. La réfrigération extrême du corps, des mains et des pieds exige l'emploi de corps fortement chargés de calorique, qu'on met sur ces parties. Les bains tièdes ou chauds, prolongés pendant un temps variable, parfois très-longtemps, calment la plupart des malades.

Indications des émissions de sang;

Ni la saignée générale, ni les sangsues dirigées sur l'hypocondre, ne conviennent dans les coliques hépatiques. Plus tard elles sont indiquées lorsqu'on a acquis la certitude que les voies biliaires sont enflammées, que le foie participe à la maladie par ses congestions, à plus forte raison par sa phlegmasie. Le praticien ne doit pas oublier non plus que le sang s'altère vite dans cette maladie, qu'il coule souvent d'une manière immodérée et s'extravase dans l'épaisseur de la peau et des muscles. Aussi est-il souvent préférable de recourir aux ventouses sèches et surtout aux vésicatoires volants répétés un grand nombre de fois. Une médication locale, tantôt émolliente et narcotique, tantôt révulsive, doit être employée avec persévérance et pendant longtemps.

et surtout des vésicatoires.

Perturbation vomitive.

Un autre traitement qui nous a réussi un grand nombre de fois, que les malades et souvent les médecins ont une grande répugnance à employer, est la médication vomitive. Indiquée par l'état gastrique et bilieux très-fréquent dans la lithiase biliaire, elle est encore utile, à titre de traitement perturbateur, pour faire sécréter et couler la bile arrêtée dans ses réservoirs. Nous avons même employé, avec un notable succès, l'émétique à haute dose, administré pendant huit à dix et douze jours (30 à 40 centigr.); nos essais n'ont pas été assez nombreux pour que nous puissions juger cette méthode de traitement.

Lithotriptiques.

Nous avons dit que les causes de la lithiase biliaire étaient entièrement inconnues. Toutes les tentatives faites jusqu'à ce jour pour dissoudre les calculs de la bile ou pour en prévenir la formation n'ont eu aucun résultat. Hoffmann préconise l'usage des alcalins; Durande, les bons effets de son remède. Il était composé de parties égales d'huile essentielle de térébenthine et d'éther; plus tard, de trois parties d'éther et de deux d'essence. Le praticien doit doser ces médicaments suivant les indications, les augmenter ou les diminuer suivant leurs effets et la manière dont il sont supportés, absolument comme on le fait pour les autres remèdes. Nous n'avons pas besoin de dire que les prétendues propriétés dissolvantes de ces deux agents sont nulles, que leur action tant vantée par Durande est fort douteuse et généralement mal supportée par les malades.

Remède de Durande.

Eaux alcalines.

On a surtout préconisé, contre la diathèse biliaire, les eaux plus ou

moins chargées de sels alcalins. Celles qui ont obtenu le plus de vogue sont les eaux fortement alcalines de Carlsbad, de Marienbad, d'Ems, d'Eger, de Vichy, de Contrexéville, et les eaux plus faibles de Pougues, de Sulzmatt, de Saint-Galmier, de Schalwheim, de Condillac, etc. Quoiqu'on ait beaucoup exagéré les bons effets de ces eaux, elles sont incontestablement utiles dans la lithiase biliaire, aiguë et chronique, chez les sujets goutteux, disposés à cette maladie, ou qui en ont eu déjà plusieurs attaques. Elles ont l'avantage de donner de l'appétit, de faciliter les digestions, surtout de vaincre la constipation et de ramener le cours naturel des évacuations alvines; tel est leur principal mérite; quant à leur action dissolvante sur la cholestérine, la cholépyrrhine, et sur un grand nombre de concrétions qui en sont formées, bien qu'elle soit réelle en chimie, elle est plus que douteuse dans le laboratoire humain. On doit néanmoins en conseiller l'usage en boissons, en bain; leur substituer les eaux artificielles préparées avec le bicarbonate de soude, quand on ne peut s'en procurer autrement. Nous ne croyons pas que l'action de ces eaux doive être portée très-loin et être continuée pendant longtemps. Elles sont contre-indiquées dans les cas graves, lorsque les parois des conduits biliaires, et à plus forte raison le tissu du foie et les organes environnants, sont devenus le siége de désordres aigus ou chroniques. Il en est de même lorsque les fonctions digestives s'accommodent mal de l'emploi de ces eaux. Elle servent au contraire merveilleusement à remplir toutes les indications chez les goutteux ou chez les malades qu'on suppose atteints de la même diathèse.

Leurs avantages.

Contre-indications.

On a aussi préconisé les sels alcalins à acides végétaux, le citrate, l'acétate, la magnésie calcinée, les sulfates de magnésie, de soude, à titre d'alcalins ou de purgatifs, les jus d'herbes, les extraits amers de rhubarbe, de trèfle d'eau, de gentiane, d'aloès, soit seuls, soit associés à un savon médicinal; le calomélas, les pilules bleues des hôpitaux d'Angleterre, ou celles de Sédillot, et à l'extérieur les frictions avec l'onguent mercuriel, etc.

De quelques autres remèdes.

Les aliments conviennent tous à peu près également; on ne doit exclure que ceux qui sont indigestes, les viandes grasses surtout. Les fruits de toute espèce, les légumes frais, les viandes noires et blanches, le vin rouge coupé avec l'eau alcaline, doivent servir à l'alimentation. L'exercice musculaire quotidien, la gymnastique, la marche, tout ce qui peut rétablir l'énergie fonctionnelle de la peau et des membranes muqueuses urinaires et intestinales, doit être recommandé aux malades inactifs et surtout surchargés de graisse.

Régime.

Musculation; exercice musculaire.

Bibliographie. — Les auteurs ont écrit un grand nombre d'ouvrages sur les concrétions biliaires ; nous citerons particulièrement les suivants : Sœmmering, *De concrementis biliariis corporis humani*, 1795 ; — Bricheteau, *Mém. de la Soc. méd. d'Émulation*, t. IX, p. 194, 1826 ; — Vimont, *Des calculs biliaires*, *Th.*, n° 53, Paris, 1847 ; — Copland, *Dictionary of practical medecine*, part. II, p. 393 ; — Vogel, *Anatomie pathologique générale*, p. 335 ; — Fauconneau-Dufresne, *Traité de l'affection calculeuse du foie et du pancréas*, in-8, Paris, 1851. Bibliographie.

MALADIES DE LA BILE.

Généralités. — Si l'étude des fonctions du foie et des propriétés de la bile était plus avancée, on pourrait, dans un traité de pathologie interne, décrire les maladies qui sont déterminées par l'augmentation, la diminution primitive des quantités de la bile, ou quelques-uns de ses principes immédiats, ou par leur suppression complète, temporaire ou prolongée. La pathologie hépatique est loin d'être aussi avancée ; nous ne connaissons que l'ictère idiopathique qu'on soit en droit de considérer comme une maladie essentielle dans un petit nombre de cas. D'ailleurs à la pathologie générale seule est réservée l'étude des altérations consécutives deutéropathiques de la bile et de l'ictère symptomatique. C'est ce qu'avait parfaitement compris M. Andral, lorsque, dans son cours de pathologie générale, il consacrait plusieurs leçons importantes à la description des altérations de quantité, de qualité de la bile, à l'ictère et aux théories humorales qui avaient régné, soit dans les temps anciens, soit aux époques modernes, pour expliquer le développement d'un certain nombre de maladies générales, et des bilieuses plus spécialement. Nous suivrons cet exemple ; nous renvoyons à la pathologie générale la relation des ictères, *symptomatiques et sympathiques*, nous réservant seulement quelques détails pour l'ictère idiopathique. (Voyez *Traité de Patnologie générale*, t. III, page 652, in-8, Paris 1861.) Du reste, si l'on veut se convaincre des inconvénients nombreux rattachés à la méthode suivie jusqu'à ce jour par les auteurs de traités de pathologie interne, on n'a précisément qu'à ouvrir leur livre, lorsqu'ils donnent la description de l'ictère. Ils écrivent alors, sans le savoir, ou volontairement, une page qui appartient à la pathologie générale, ou bien ils présentent, d'une manière confuse et stérile, l'histoire de la maladie, rapprochant les symp-

Étude obscure et description impossible des maladies de la bile.

Distinction plus que jamais nécessaire entre la pathologie interne et la générale.

tômes, le diagnostic, le pronostic, le traitement, comme ils pourraient le faire pour la pneumonie ou pour la pleurésie. Il nous semble que le temps de ces descriptions hétérogènes est passé, et qu'il faut dorénavant rendre à la pathologie interne et à la pathalogie générale ce qui leur appartient strictement, si l'on veut renfermer chacune d'elles dans des limites précises.

Définition.

Ictère idiopathique. — On décrit sous le nom d'ictère idiopathique la coloration jaune des téguments extérieurs par la matière pigmentaire de la bile, accumulée, en plus grande proportion, dans le sang, soit qu'elle cesse d'en être séparée par le foie, soit qu'elle afflue en quantité insolite dans le liquide circulatoire.

Étiologie.

Spasme, convulsion des conduits excréteurs.

Causes. — On a pendant longtemps désigné sous le nom d'ictère spasmodique celui qu'on supposait déterminé par la suspension momentanée de la sécrétion, l'acrinie des matières pigmentaires, ou par le spasme convulsif des conduits excréteurs; ces faits, que les uns ont admis trop facilement, les autres rejetés d'une manière trop absolue, dans tous les cas, méritent cependant une attention réelle de la part des observateurs. Ils sont fondés sur l'analogie puissante qui nous montre d'autres appareils sécréteurs et excréteurs, dans lesquels les produits sont supprimés, ou, au contraire, coulent plus abondamment, sous l'influence du trouble du système nerveux (larmes, salive, sueurs, mucosités intestinales, etc.). Il faut ajouter cependant que l'ictère spasmodique n'est souvent qu'une hypérémie légère du foie; on le rencontre après des émotions morales subites ou prolongées, après l'action du froid et de toutes les causes qui agissent sur le système nerveux cérébral. Des expériences physiologiques récentes, celles de M. Cl. Bernard principalement, qui consistent à porter divers irritants sur la moelle allongée, l'excitation électrique du bout central du pneumogastrique, l'intoxication par le curare, l'éthérisation, la contusion de la tête, ont produit l'hypérémie hépatique; les mêmes agents dirigés sur la moelle épinière, au-dessous du plexus cervical, n'aboutissent pas aux mêmes résultats. Il suit de là qu'un certain nombre d'ictères, par cause morale ou par innervation cérébrale, dépendent probablement de l'hypérémie cérébrale légère, et d'une simple modification passagère de l'influx nerveux; tel serait précisément le véritable ictère spasmodique.

Ictère fonctionnel idiopathique.

Simple hypercrinie idiopathique.

On a fait remarquer, avec juste raison, qu'il existe une grande analogie entre le diabète sucré et l'ictère simple, du moins dans certains cas; on sait que le passage du sucre a lieu lorsqu'on pique le quatrième ventricule cérébral. Quelque chose de semblable existe

peut-être dans certaines formes d'ictère. Le trouble de l'innervation, au lieu de suspendre, précipiterait la sécrétion biliaire.

Altération du sang.

On ignore entièrement à quelles altérations dans la composition de la bile tiennent les colorations ictériques symptomatiques d'une maladie du sang. Certains virus, celui de la morve, du charbon, le venin de la vipère et des serpents, le pus, les liqueurs septiques, déterminent souvent l'ictère ; nous sommes dans une ignorance complète au sujet du mode suivant lequel il se forme dans ce cas. On ne saurait douter que la bile, comme les autres liquides, ne puisse subir de notables altérations, spontanément, par l'effet d'un vice de sécrétion ou de composition des matériaux du sang; mais nous ne saurions fournir aucune preuve décisive à l'appui de cette opinion. Les expériences déjà anciennes, tentées sur les animaux, avec de la bile prise chez des pestiférés ou d'autres malades, celles plus récentes qu'on doit à Kulme, Hallwachs, à Frerichs, et à d'autres, n'ont pas, jusqu'à ce jour, fourni de données certaines sur le rôle que jouent les altérations de la bile dans la production des maladies.

Expériences physiologiques.

Symptômes de l'ictère idiopathique.

Sans accepter, comme un être de raison, l'ictère spasmodique ou par simple trouble dynamique de la sécrétion, on peut cependant incliner à croire qu'il existe, et que ses symptômes purement négatifs se réduisent à la manifestation d'un ictère subit, léger, apyrétique, sans changement appréciable dans le volume du foie, et rarement douloureux. Il s'accompagne de troubles dyspeptiques, tels que l'anorexie, la nausée, le vomissement, la constipation, et souvent de tous les signes d'un embarras gastrique et d'un état bilieux. C'est contre ces conditions morbides sympathiques qu'il convient de diriger la médication ; elle doit être vomitive et suivie de l'emploi des purgatifs. Les boissons froides acidulées, gazeuses, et les bains, constituent les agents de cette médication, en général prompte et facile.

FIN DU PREMIER VOLUME.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE PREMIER VOLUME.

PRÉFACE..... 1
PROLÉGOMÈNES..... 5
Classification des maladies en : locales et générales... 6
Constitution de la maladie locale... 8

I. MALADIES LOCALES.

Maladies du système nerveux.

MALADIES DE L'ENCÉPHALE..... 11
Hypérémie cérébrale..... 12
Encéphalite 1° aiguë..... 20
— 2° chronique..... 29
Hémorrhagie..... 32
Ramollissement du cerveau..... 42
Cancer..... 49
MALADIES DES MÉNINGES CÉRÉBRALES. 49
Méningite..... 49
— cérébro-spinale ou épidémique..... 55
Méningo-encéphalite chronique..... 61
Hémorrhagie méningée..... 67
Tubercule des méninges..... 72
Hydrocéphale..... 78
NÉVROSES CÉRÉBRALES..... 81
Généralités sur les maladies mentales. 81
Classification..... 81
Altérations anatomiques..... 85
— Symptômes..... 87
— Causes..... 89
Monomanies..... 93
Nostalgie..... 95
Satyriasis..... 97
Nymphomanie..... 97
Hallucination..... 98
Nosomanie ou hypocondrie..... 103
Polymanie..... 111
Démence..... 113
Idiotie..... 116
Crétinisme..... 120

Névroses de l'intelligence, du mouvement et du sentiment.

Épilepsie..... 123
Hystérie..... 132
Catalepsie..... 148

Maladies de la moelle épinière.

Myélite..... 149
Méningite et hémorrhagie méningée. 155

Névrose des nerfs de la sensibilité.

De la névralgie en général..... 157
Névralgie en particulier..... 161
— de la face..... 161
— cervico-occipitale..... 162
— brachiale..... 162
— dorso-intercostale..... 163
— lombaire..... 163
— crurale..... 163
— sciatique..... 163
— cutanée..... 165
Névrosthénie..... 166

Maladies des muscles.

Atrophie musculaire progressive.... 168
Tétanos..... 172
Contracture des extrémités..... 174
Crampe des écrivains..... 175
Convulsion des enfants..... 176
— clonique de la face..... 179
Convulsions ataxiques..... 179
Chorée..... 180
Ataxie locomotrice..... 184
Tremblement..... 190
Paralysie..... 191
— ascendante aiguë..... 192
— des enfants..... 193
— des nerfs de la face..... 194
— du nerf facial..... 195

Maladies du système vasculaire.

Maladies du cœur..... 198
Hypertrophie..... 200
Rupture..... 209
Maladie bleue..... 209
Névroses du cœur..... 213
Palpitations..... 216
Névralgie..... 217
Angine de poitrine..... 218

Maladies de l'endocarde et des valvules du cœur.

Généralités..... 219
Endocardite..... 221
Hypérémie, hémorrhagie..... 222
Symptômes..... 224
Concrétions..... 210

Maladies du péricarde.

Inflammation..... 212

Maladies de l'aorte.

Inflammation..... 246
Dilatation et anévrisme..... 247

Maladies des veines.

Phlébite..... 254
Phlegmasia alba dolens..... 260

Maladies des vaisseaux lymphatiques.

Lymphangite..... 265

Maladies de l'appareil respiratoire.

MALADIES DES FOSSES NASALES.

Hypérémie..... 270
Coryza..... 272
Ozène..... 273
Épistaxis..... 275

MALADIES DU LARYNX.

Hypérémie..... 280
Laryngite aiguë..... 284
— chronique..... 287
Ulcérations..... 294
Œdème..... 294
Névrose..... 298
Spasme..... 299

MALADIES DES BRONCHES.

Hypérémie..... 301
Bronchite aiguë..... 310
— capillaire..... 316
— chronique..... 323
Bronchorrhagie..... 330

MALADIES DU POUMON.

Hypérémie..... 335
Pneumonite..... 345
— des nouveau-nés..... 363
— des enfants..... 365
— des vieillards..... 368
Pneumonie chronique..... 372
Hémorrhagie..... 377
Œdème..... 382
Asthme essentiel..... 385
Emphysème..... 390
Gangrène..... 404
Mélanose..... 409

MALADIES DE LA PLÈVRE.

Pleurésie ; — aiguë..... 415
— chronique..... 429
Hydrothorax..... 436
Pneumo-thorax..... 438

Maladies de l'appareil digestif.

MALADIES DE LA BOUCHE.

Hypérémie..... 445
Stomatite..... 446
Hémorrhagie..... 456
Ulcération..... 457
Aphthe vésiculeux..... 459

Gangrène..... 460
Maladies de la dentition..... 462

MALADIES DU PHARYNX.

Hypérémie..... 465
Pharyngite..... 466
Gangrène..... 469
Herpès..... 469
Angine folliculeuse..... 470
Amygdalite..... 472

MALADIES DE L'OESOPHAGE.

Œsophagite..... 476
Spasme..... 479

MALADIES DE L'ESTOMAC.

Hypérémie..... 482
Gastrite aiguë..... 484
— chronique..... 490
Gastrorrhagie..... 492
Gastrorrhée..... 497
Névrose..... 498
Anorexie..... 499
Boulimie..... 499
Altérations de la soif..... 501
Polydipsie..... 501
Gastralgie..... 503
Vomissement..... 517
Dyspepsie..... 519
Hypertrophie de la membrane muqueuse..... 529
Ulcération..... 530
Perforation..... 534
Ramollissement..... 535

MALADIES DE L'INTESTIN.

Entéro-colite..... 541
Entéro-colite des enfants..... 545
Entérorrhagie..... 548
Entérorrhée..... 552
Pneumatose..... 558
Entéralgie..... 563
Perforations..... 570
Invagination..... 573
Oblitération..... 576
Animaux parasites..... 584
— Tænia..... 584
— Ascaride..... 589
— Oxyure..... 591

MALADIES DE L'APPAREIL BILIAIRE.

Généralités..... 592

MALADIES DU FOIE.

Hypérémie..... 593
Hépatite aiguë..... 606
— chronique..... 612
Abcès..... 619
Cirrhose..... 635
Dégénérescence graisseuse..... 645
Acéphalocyste..... 648

MALADIES DE LA VEINE-PORTE.

Pyléphlébite..... 656

MALADIES DE L'APPAREIL EXCRÉTEUR DE LA BILE.

Cholécystite..... 659
Lithiase biliaire..... 672

MALADIES DE LA BILE.

Généralités..... 683
Ictère idiopathique..... 684

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

M. ED. MONNERET

PATHOLOGIE

INTERNE

I

16.260