siste chez quelques sujets après la guérison et s'accroît pour la cause la plus légère. Ce signe indique le renouvellement de l'irritation de l'iris, et devient par conséquent le signal de précautions contre l'action des causes.

L'iridite présente quelques particularités dans ses symptômes chez des individus affectés de maladie vénérienne. La douleur, l'impression de la lumière et le larmoiement paraissent plus considérables que ne l'indique l'intensité de l'inflammation. Il existe presque toujours une douleur fixe, profonde, paraissant siéger dans l'os frontal, et qui occupe le sourcil et la partie supérieur et antérieure du crâne. Cette douleur revient tous les soirs, s'accroît jusqu'à minuit, et se dissipe graduellement au commencement du jour; elle s'accompagne d'un accroissement de la rougeur de l'œil et de tous les symptômes de l'inflammation. La vue reste affaiblie pendant quelques heures après ces accès; le malade goûte à peine un peu de repos pendant le jour, et ses souffrances ne tardent pas à l'épuiser (1).

Durée, terminaisons et pronostic. La durée moyenne de l'iridite aiguë est de huit à dix jours; à l'état chronique, elle peut se prolonger indéfiniment. Cette phlegmasie se termine par résolution, par suppuration ou par le passage à l'état chronique. La suppuration peut avoir lieu de deux manières: ou bien il se forme un abcès dans l'épaisseur de la membrane, ou bien du pus est sécrété à sa surface, et s'épanche dans les chambres de l'œil en telle quantité parfois qu'il s'élève jusqu'au-dessus de la pupille. Lorsque l'iridite passe à l'état chronique, la membrane reste quelquefois contractée, ce qui rétrécit l'ouverture pupillaire; d'autres fois des productions fongueuses se développent à sa surface. Dans un très grand nombre de cas l'iris contracte des adhérences soit avec la cornée transparente, soit avec la capsule cristalline, soit avec les procès ciliaires; ou bien il est déchiré dans un ou plusieurs points, et il en résulte autant de pupilles qui nuisent à la vision. Plus souvent on voit la pupille occupée par une production pseudo-membraneuse qui constitue la variété de cataracte fausse appelée albumineuse. Lorsque l'iridite reconnaît le virus syphilitique pour cause, on voit se développer à la circon-

(1) Additions de MM. Bégin et Fournier au Traité des principales maladies des yeux, par Scarpa. Paris, 1821, t. I, p. 469. férence extérieure et au bord pupillaire de l'iris des excroissances arrondies, rougeâtres ou brunâtres qui acquièrent quelquefois un volume considérable et produisent des accidents graves. Il arrive encore, dans cette même circonstance, que l'iris s'ulcère, ainsi que la cornée et la sclérotique, et que la désorganisation cancéreuse s'empare de toutes ces parties. Enfin des ulcérations se forment parfois sur les paupières, en même temps que des exostoses se développent au contour de l'orbite et à la racine du nez, et que la carie s'empare des os voisins (1). Le pronostic de l'iridite est toujours grave; elle est plus difficile à guérir à l'état chronique qu'à l'état aigu.

Traitement. Le traitement doit consister à combattre l'inflammation, à s'opposer à la formation des fausses membranes, à prévenir la coarctation de la pupille et à calmer la douleur; mais comme le danger est des plus pressants, il faut employer les moyens antiphlogistiques les plus énergiques. Les saignées générales doivent être faites d'abord au bras, au pied ou à l'artère temporale, et l'on doit en seconder l'effet par l'application de nombreuses sangsues autour de l'orbite. Les émollients, les narcotiques appliqués froids, et même les topiques glacés, seront employés d'une manière permanente et continue sur le globe de l'œil. En même temps on tiendra le malade dans le repos le plus parfait, dans l'obscurité, à la diète la plus absolue, et on lui donnera des boissons délayantes et légèrement laxatives. On pourra même, si les voies digestives sont exemptes d'irritation, exercer une révulsion à l'aide des purgatifs et des lavements irritants. Les Anglais, les Allemands font un grand usage du proto-chlorure de mercure dans cette maladie, et disent en retirer d'excellents effets. Lorsque l'iridite dépend du virus syphilitique, on doit la traiter par les mêmes moyens antiphlogistiques tant que dure la période d'acuité; mais lorsqu'elle est passée à l'état chronique, il faut avoir recours aux mercuriaux. On fait usage avec succès d'une pommade d'onguent mercuriel et d'opium, ou d'une légère dissolution de deuto-chlorure de mercure avec addition de laudanum que l'on emploie sur l'œil même. On remédie fréquemment au retrécissement de la pu-

⁽¹⁾ Bégin et Fournier, ouvrage cité.

pille, qui persiste quelquefois après la guérison de l'iridite, par l'extrait de belladone. Enfin, quand du pus s'est accumulé dans les chambres de l'œil, s'il irrite les parties avec lesquelles il est en contact, s'il y entretient une phlegmasie chronique, il faut lui donner issue par une incision faite à la cornée transparente; dans les cas contraires, l'opération est inutile et pourrait devenir dangereuse. (Voir l'article Ophthalmite.)

De la glossite.

La glossite est l'inflammation du tissu charnu de la langue. Nous ne donnons pas ce nom à l'inflammation de la membrane muqueuse qui recouvre cet organe; cette phlegmasie a été décrite à l'occasion de la stomatite, dont elle n'est en général qu'un symptôme. L'inflammation seule du tissu musculaire de la langue va nous occuper ici; elle est aiguë ou chronique, et toujours continue; Claudius cependant rapporte un exemple de glossite intermittente chez une jeune fille.

Causes. Les causes de la glossite sont d'abord toutes les plaies faites à la langue par un instrument piquant ou tranchant, un os aigu, une dent cariée et garnie d'aspérités, ou par les dents lors d'une attaque d'apoplexie ou d'épilepsie, le contact des substances irritantes ou caustiques, la pigûre d'un insecte ou d'un reptile venimeux, mais elle est plus ordinairement symptomatique d'une gastro-entérite violente. Quelquefois elle se développe par l'extension d'une phlegmasie des parties environnantes, celle des amygdales, par exemple; plus fréquemment, ce sont des aphthes ou des pustules varioliques développés sur la membrane muqueuse de la langue qui enflamment cette membrane, et par extension le tissu même de l'organe. Le mercure, en déterminant une salivation abondante, provoque parfois la glossite; une forte et subite congestion de sang vers la tête peut déterminer tout à la fois une hémorrhagie cérébrale ou apoplexie, la turgescence livide de la face et l'inflammation de la langue; enfin elle est quelquefois produite par la présence d'un calcul au sein de l'organe. Dans certains cas, elle survient sans cause connue : M. Sauque en cite deux exemples dans sa thèse (1).

(1) Dissertation sur la glossite. Faculté de Paris, 1818, nº 197.

Symptômes et marche. La glossite se manifeste ordinairement d'une manière subite. En quelques heures, la langue se gonfle au point de remplir la bouche; en arrière, elle repousse le voile du palais et déprime la glotte; en avant, elle franchit l'arcade dentaire et se porte plus ou moins hors de la bouche; sa surface est ordinairement sèche, rouge, quelquefois brune ou noirâtre, et lorsque la membrane muqueuse participe à l'inflammation, elle est parfois recouverte d'une couche de matière blanchâtre très adhérente, souvent disposée par plaques au-dessous desquelles les papilles sont rouges et très sensibles. La déglutition et l'exercice de la parole sont bientôt difficiles et plus tard impossibles; la respiration est gênée; une salive épaisse et plus ou moins abondante s'écoule; enfin, chez quelques sujets, le visage se gonfle et prend une teinte violette. Lorsque l'inflammation est parvenue à un certain degré d'intensité, le pouls devient dur et fréquent, la peau est brûlante et se couvre de sueur, et les urines sont rouges et déposent un sédiment briqueté. Enfin, la tuméfaction de la langue fait des progrès rapides, la respiration ne s'opère plus qu'avec une difficulté extrême; il y a imminence de suffocation, des symptômes de congestion cérébrale se manifestent, et le malade succombe si l'on n'y porte remède.

Assez fréquemment la glossite est accompagnée de l'inflammation du pharynx, des amygdales, du voile du palais, ou des glandes sous-maxillaires. Il n'est pas rare non plus de la voir exister avec une gastro-entérite, dont elle n'est souvent qu'un symptôme; mais, dans ce cas, elle n'acquiert jamais ce haut degré d'intensité que nous avons décrit. L'état de rougeur de la langue, et la sensation de picotement ou de brûlure que l'on observe chez quelques malades atteints de gastro entérite, constituent réellement un premier degré de glossite sympathique.

La glossite chronique est rare; elle n'est jamais primitive et succède toujours à l'aiguë. On voit alors la langue conserver le volume énorme qu'elle a acquis, pendre hors de la bouche, et conserver de la rénitence en cessant d'être douloureuse.

Quelquefois le volume de l'organe n'est pas aussi considérable, à beaucoup près; la maladie est alors peu grave. M. le docteur Sauque rapporte dans sa thèse l'exemple d'une dame qui, à la suite d'aphthes compliqués de glossite, a conservé un gonflement de la langue peu considérable, mais qui l'est cependant assez pour gêner la parole (1).

La désorganisation cancéreuse est quelquefois la suite de la glossite chronique, mais elle survient plus communément dans d'autres circonstances que nous ferons connaître lorsque nous traiterons des désorganisations. Enfin, il existe une espèce de gonflement de la langue dont les crétins offrent plusieurs exemples, qui est plutôt une irritation nutritive, une hypertrophie de cet organe, qu'une inflammation. Dans cette affection, la langue pousse les dents en avant, les renverse et les use; elle est sillonnée par les os, s'avance hors de la bouche, la salive s'écoule de chaque côté, et le visage offre l'aspect le plus hideux. Cet état est irremédiable.

Durée, terminaisons et pronostic. La durée de cette phlegmasie, à l'état aigu, n'est en général que de quelques jours; à l'état chronique, elle dure indéfiniment, ou du moins très longtemps. Son mode de terminaison le plus ordinaire est la résolution; quelquefois elle se termine par suppuration; très rarement par gangrène. Ce n'est que lorsqu'elle accompagne une affection scorbutique, ou lorsqu'elle dépend d'une gastro-entérite intense, qu'elle peut avoir quelquefois cette dernière terminaison. Enfin, nous avons vu qu'elle est parfois mortelle, et que, dans quelques cas, elle passe à l'état chronique. La glossite est souvent une maladie grave, mais l'art possède des moyens presque assurés d'en arrêter les progrès funestes. L'anatomie pathologique n'a rien appris sur l'état de la langue après la mort.

Traitement. Lorsque la glossite est légère, il suffit en général de la diète, des boissons délayantes mucilagineuses ou acidules, nitrées ou légèrement laxatives, de gargarismes également acidulés et émollients, enfin de pédiluves sinapisés et de lavements laxatifs, pour la dissiper. Mais comme très souvent elle est symptomatique d'une irritation gastro-intestinale, c'est contre cette dernière affection qu'il faut diriger les moyens thérapeutiques : ils suffisent presque toujours alors pour faire cesser les deux phlegmasies en même temps. Mais lorsque la glossite est intense, on ne saurait employer des moyens trop prompts ni trop actifs; il faut

en toute hâte pratiquer une saignée de la jugulaire, du bras ou du pied, et y revenir promptement, si la violence des symptômes et la force du sujet y autorisent. On obtient presque toujours des effets beaucoup plus rapides de la saignée des veines ranines, lorsqu'elle est possible, ce qui est rare, ou de l'application de nombreuses sangsues au cou, et mieux sur la langue elle-même. En même temps, on a recours aux moyens simples précédemment indiqués; seulement lorsque les voies digestives sont saines, on administre avec succès un émétique ou des purgatifs drastiques, qui produisent des révulsions promptes et salutaires. Dans les cas où le gonflement trop considérable de la langue rend la déglutition impossible, on apaise la soif du malade par des bains, des lavements, et en humectant la langue avec des tranches de citron ou d'orange. Enfin, si, malgré tous ces moyens, la tuméfaction de la langue augmente sans cesse, et s'il y a danger de suffocation, il faut sans hésiter pratiquer deux profondes scarifications dans le tissu de l'organe, depuis sa base jusqu'à sa pointe. La diminution du gonflement, de tous les symptômes inflammatoires et des accidents qui en dépendent, suit promptement cette opération, et les incisions pratiquées se réduisent considérablement. S'il arrivait cependant que ce moyen restât sans effet, et que la suffocation devint de plus en plus imminente, on devrait ouvrir la membrane crico-thyroïdienne.

Lorsque la glossite se termine par suppuration, on donne issue au pus par le moyen d'une incision pratiquée avec le pharyngotome ou le bistouri, et on prescrit les gargarismes émollients, miellés, acidulés, puis astringents; et si la suppuration se prolonge, on les remplace par des injections toniques de décoction de quinquina avec le miel rosat, ou de teinture de myrrhe ou de baume du Pérou. Quand la gangrène a été la suite de l'inflammation, on emploie les gargarismes faits avec la décoction de quinquina, et acidulés avec un acide minéral, et l'on retranche les portions gangrenées.

On obtient difficilement la guérison de la glossite chronique. Cependant, par la persévérance dans l'emploi des saignées locales et de tous les moyens antiphlogistiques conseillés pour l'état aigu, par des révulsions exercées sur le tube intestinal, et plus tard par l'emploi des topiques narcotiques et des astringents, des

⁽¹⁾ Dissertation citée.

vapeurs aromatiques dirigées sur la langue, d'incisions nouvelles pratiquées sur cet organe, et des ventouses sèches et scarifiées autour des mâchoires et à la nuque, on peut espérer de la guérir quelquefois. La compression a paru produire de bons effets chez une malade. Quelquefois on est forcé d'avoir recours à l'extirpation d'une portion plus ou moins considérable de la langue. (Voyez Désorganisations.)

De la cardite (1).

La cardite, ou l'inflammation du tissu même du cœur, est une maladie sur laquelle il règne encore beaucoup d'obscurité. Cette phlegmasie est rare: on l'a cependant observée à l'état aigu et à l'état chronique.

Causes. Les plaies du cœur, les contusions, la rupture d'un des piliers de cet organe, les efforts violents et la disparition subite d'une phlegmasie musculaire, en sont quelquefois les causes, mais elle est plus fréquemment produite par l'extension de la phlegmasie d'une partie voisine, et principalement du péricarde. et bien plus souvent encore par l'influence sympathique des inflammations graves, qui augmentent beaucoup les contractions du cœur ou qui les accélèrent pendant longtemps, et surtout par celle de la membrane muqueuse gastro-intestinale. L'inflammation occupe quelquefois, dit-on, toute l'étendue du cœur; mais il n'en existe pas d'exemple bien avéré. Quant à l'inflammation partielle, on en possède des observations assez nombreuses : c'est à elle qu'il faut rapporter les abcès circonscrits développés dans le tissu même du cœur; les ulcérations qui pénètrent plus ou moins profondément dans sa substance, ainsi que le ramollissement et l'endurcissement de quelques points de cet organe.

Caractères anatomiques. Les altérations que l'on observe à la suite de la cardite aiguë et chronique sont nombreuses et assez bien connues. Ainsi on a trouvé le tissu du cœur ramolli partiellement et dans toute son étendue; flasque, mou, facile à déchirer, et d'un rouge foncé ou même brunâtre après la cardite aiguë; décoloré, pâle ou jaunâtre, après la cardite chronique. On a vu des portions plus ou moins étendues de cet organe, un ventri-

cule, une oreillette, les valvules, ayant acquis la consistance des fibro-cartilages ou celle des cartilages, quelquefois ossifiées, et d'autres fois incrustés de matière calcaire. On a rencontré des érosions, des ulcères superficiels et étroits à la partie interne ou à la partie externe du cœur, des ulcérations pénétrant profondément dans sa substance, au point d'en perforer les parois, et de netites collections purulentes logées dans l'épaisseur du tissu ou entre les piliers. L'inflammation de la membrane interne du cœur, ou celle du péricarde qui le recouvre, accompagnent toujours les altérations que nous venons de décrire, et celles-ci existent constamment du côté de celle de ces deux membranes qui est enflammée. On en a conclu, avec raison, que ces altérations étaient, dans le plus grand nombre des cas, et peut-être dans tous, précédées par la phlegmasie des membranes; en un mot, que l'inflammation du tissu propre du cœur n'était que très rarement et peut-être jamais primitive. Il faut en excepter peut-être les cardites qui succèdent à la disparition subite d'une phlegmasie musculaire, l'irritation qui abandonne un tissu avant toujours plus de tendance à se développer dans un tissu de même

Symptômes. Si l'anatomie pathologique de la cardite laisse peu de chose à désirer, il est loin d'en être de même du diagnostic. Corvisart dit positivement que les signes de la cardite aiguë ne diffèrent pas de ceux de la péricardite (1); et tous les médecins qui ont écrit sur cette maladie depuis ce savant observateur, font le même aveu. Les symptômes sont seulement plus violents, disent-ils; l'anxiété est des plus considérables, le pouls d'une fréquence, d'une petitesse et d'une faiblesse extrêmes; il est intermittent; les lipothymies sont fréquentes; mais il est évident que ces symptômes appartiennent aussi à la péricardite très aiguë. Cependant, lorsqu'une douleur vive, poignante et profonde se fait sentir dans la région du cœur, que les syncopes sont très fréquentes, que l'anxiété est extrême, que le pouls est serré, petit, tremblant, dur et très variable, on ne peut douter de l'existence d'une inflammation du cœur; mais il est plus que probable que le péricarde est en même temps enflammé. Chaque fois du moins

⁽¹⁾ Bouillaud, Traité clinique des maladies du cœur. Paris, 1841, t. I, p. 575.

⁽¹⁾ Essai sur les maladies du cœur, 3º édition, p. 258.

que Corvisart a observé ces symptômes, il a rencontré sur les cadavres la double inflammation du cœur et de son enveloppe (1). L'auscultation n'ajoute malheureusement que peu de chose à ces signes; elle nous apprend seulement que les contractions du cœur sont vives, précipitées et comme convulsives. Le docteur Bolchi donne comme symptôme constant de cardite, un pouls d'une telle vitesse qu'il est difficile d'en compter les battements, et un tressaillement de l'artère sous le doigt, où elle produit la sensation de légers soubresauts. Il semble, dit-il, qu'à chaque pulsation l'artère revienne sur elle-même avant que sa dilatation ait eu lieu complétement, de manière que le mouvement confus qui en résulte s'oppose à ce qu'on puisse compter exactement les battements (2).

La cardite chronique est bien plus difficile encore à diagnostiquer. Si elle a produit le ramollissement de l'organe, les contractions en sont faibles, tantôt précipitées et tantôt lentes sur le mème individu; leur son est plus sourd, plus obscur, plus obtus que dans l'état normal; les battements du pouls sont fréquents, mais mous et sans vigueur; et il existe des signes d'obstacle à la circulation, comme étouffements, palpitations et infiltrations séreuses. Si, au contraire, la cardite chronique est très ancienne et a entraîné l'endurcissement d'une portion du cœur, la force et surtout le bruit considérable des contractions peuvent faire soupconner cette altération.

La cardite est une maladie grave; à l'état aigu, elle est presque constamment mortelle, et la mort survient quelquefois d'une manière subite.

Traitement. Soit que l'on parvienne à reconnaître d'une manière certaine l'existence d'une cardite aiguë, soit que l'on ne puisse pas acquérir la certitude positive de son existence, comme elle ne peut être confondue qu'avec la péricardite ou l'endocardite, il faut immédiatement soumettre le malade au traitement antiphlogistique le plus actif. On doit employer d'abord, et presque exclusivement, les saignées générales: on peut ensuite faire des applications de nombreuses sangsues à la région

Ouvrage cité, même page.
Archives générales de médecine, t. VI, p. 282 et snivantes.

précordiale, et l'on prescrit en même temps la diète absolue, les boissons délayantes, gommeuses ou acidules, et le repos le plus parfait. La conduite du médecin doit encore être la même dans le cas de cardite chronique; seulement les moyens indiqués sont proportionnés à l'intensité de la phlegmasie, et l'on peut y joindre l'emploi des révulsifs, tels que les pédiluves, les vésicatoires, les cautères, les sétons et les moxas, et à l'intérieur, les purgatifs ou les diurétiques.

Inflammations du système fibreux.

Considérations générales.

Les membranes fibreuses proprement dites, les membranes fibro-séreuses, les capsules fibreuses, les gaînes tendineuses, les aponévroses, les tendons et les ligaments appartiennent tous à ce même système.

Formé de fibres blanches ou jaunes, tantôt parallèles et tantôt entre-croisées en divers sens, dures et légèrement élastiques, le tissu fibreux est partout d'une densité remarquable et d'une consistance assez grande. On ne lui connaît point de vaisseaux sanguins dans quelques unes de ces parties, telles que les tendons; il en existe très peu dans les autres portions, excepté dans la dure-mère et le périoste; enfin les dissections le plus délicates n'ont pu faire découvrir de nerfs dans aucun point de ce système, et les vaisseaux lymphatiques n'ont été rencontrés que dans les plus gros faisceaux. Non contractile, il est insensible à l'action des stimulants de toute espèce, et ne cause de la douleur que lorsqu'on le soumet à une extension violente et subite accompagnée de torsion. Ses fonctions sont purement mécaniques; il sert de moyen d'union et d'attache solide entre les os (ligaments); il transmet à ces leviers, d'une manière tout-à-fait passive, les efforts musculaires (tendons); enfin, il forme des enveloppes solides à différentes parties (périoste, dure-mère, sclérotique, aponévroses, capsules fibreuses, gaînes tendineuses, etc.).

Presque toutes les parties de ce système sympathisent entre elles, les tendons exceptés, qui de toutes possèdent le moins de vitalité. Cette relation est surtout très active entre celles qui entourent les articulations des membres, comme l'observation de