

des ganglions sus-claviculaires du même côté ; les ganglions furent enlevés.

Quelques mois plus tard, apparition d'adénopathies et suppuration de ganglions du côté droit. Ces ganglions furent enlevés.

Ce n'est qu'à la suite de ces adénopathies successives et descendantes qu'apparurent les symptômes de l'étape pulmonaire.

*Obs. V.* — (Dix ans d'intervalle entre les étapes ganglionnaire et pulmonaire.) — Un garçon de vingt ans, cantonnier de son état, entre le 29 août 1894 dans mon service à Necker. Dès l'âge de dix à douze ans ce garçon était sujet aux maux de gorge, et plus tard, vers l'âge de dix-sept ans, il fut pris de double amygdalite.

Depuis bien des années, des ganglions ont apparu à la région cervicale. Ces ganglions étaient restés petits jusqu'au mois de janvier dernier, mais à ce moment ils ont augmenté de volume, ils ont suppuré et nécessité l'intervention chirurgicale.

Actuellement, nous constatons une double chaîne ganglionnaire cervicale, à droite les ganglions sont ramollis et du volume d'une noix : ils sont encore plus gros à gauche. On constate à la peau de la région cervicale des fistules et des cicatrices.

L'étape pulmonaire n'est apparue chez ce malade que dix ans environ après l'étape ganglionnaire. La tuberculose du poumon s'est présentée sous forme d'une bronchite, alors que le malade n'avait jamais toussé antérieurement, et nous constatons actuellement une tuberculose peu avancée du sommet gauche. M. Marion, interne du service, a constaté des bacilles dans le pus ganglionnaire et dans les crachats.

*Obs. VI.* — (Seize ans d'intervalle entre les étapes ganglionnaire et pulmonaire.) — J'ai vu, au mois de juillet 1894, un malade âgé de trente-six ans, atteint d'une tuberculose commençante au sommet du poumon droit. Les symptômes de tuberculose pulmonaire, la toux, l'expectation

légèrement sanguinolente, ne paraissent avoir débuté que tout récemment ; mais l'étape ganglionnaire a commencé, elle, il y a seize ans. En 1877, à l'âge de dix-huit ans, cet homme a eu une adénite à marche rapide, généralisée aux ganglions du cou, du côté gauche. Cette adénite a fini par suppurer. La suppuration a persisté pendant plusieurs mois, et je constate actuellement deux larges cicatrices, l'une sous la mâchoire, l'autre au bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoidien.

*Obs. VII.* — (Vingt-huit ans d'intervalle entre les étapes ganglionnaire et pulmonaire.) — Un malade de quarante-huit ans, que Potain est venu voir plusieurs fois en consultation avec moi, a été pris d'hémoptysies et de tuberculose pulmonaire au mois de mai 1895. La tuberculose a évolué assez rapidement et le malade a succombé un an plus tard. Quoique n'ayant jamais eu antérieurement le moindre symptôme de tuberculose pulmonaire, ce malade avait eu dans sa jeunesse de nombreuses adénopathies cervicales, tuberculeuses, suppurées. Il portait de larges cicatrices témoins de ses écrouelles. Après une période latente et silencieuse, la généralisation s'est faite et l'étape ganglionnaire a fini par aboutir vingt-huit ans après à l'étape pulmonaire.

*Obs. VIII.* — Tout récemment, j'ai eu à l'hôpital Necker une jeune femme qui reproduit le type le plus parfait de l'infection tuberculeuse que je viens de décrire dans ce chapitre. Mariée à un homme tuberculeux qui a succombé en quelques années à la phthisie pulmonaire, cette jeune femme a été atteinte d'hypertrophie, simple en apparence, et en réalité de tuberculose larvée de ses trois amygdales. Malgré le traitement usuel et énergique qui a été mis en usage, les ganglions cervicaux ont été envahis il y a un an environ, et depuis quelques mois sont survenus des signes et des symptômes de tuberculose pulmonaire. Le sommet du poumon gauche est tuberculeux.

Que d'observations de ce genre j'ai recueillies depuis que mon attention a été appelée sur ce mode d'action et de

BIBLIOTHECA  
MUSEI DE MED. V. N. L.



propagation de la tuberculose, et si une chose est surprenante, c'est que ce fait n'ait pas été plutôt expérimentalement démontré.

L'envahissement pulmonaire se révèle par les signes habituels de la tuberculose, hémoptysie, bronchite suspecte, pleurésie suspecte, amaigrissement, perte de l'appétit, diminution des forces, etc. La percussion, l'auscultation, la recherche des bacilles, font découvrir le foyer du mal à ses débuts.

En résumé, il est actuellement bien avéré que les amas lymphoïdes des trois amygdales offrent surtout, chez les jeunes sujets prédisposés, une porte d'entrée et un asile sûr au bacille de la tuberculose. Il en résulte une forme de tuberculose parfois presque latente, souvent larvée, qui prend le masque de la vulgaire végétation adénoïde ou de la vulgaire hypertrophie amygdalienne; assez souvent l'amygdale n'est même pas hypertrophiée, elle a son aspect normal. Cette *tuberculose larvée des trois amygdales* peut ne pas dépasser la première étape et guérir.

Dans d'autres circonstances, la tuberculose primitivement limitée aux amygdales envahit les réseaux lymphatiques et les ganglions lymphatiques du cou. Il en résulte de nombreuses variétés d'adénopathies cervicales tuberculeuses. Cette étape ganglionnaire peut n'être pas franchie et le malade peut guérir sans autre généralisation.

Mais parfois, trop souvent même, après une période qui s'étend de quelques mois à bon nombre d'années, la deuxième étape est franchie et la tuberculose, de ganglionnaire qu'elle était, devient pulmonaire ou généralisée.

Les trois amygdales devront donc compter, à l'avenir, comme une des *portes d'entrée les plus redoutables* de la tuberculose humaine.

**Traitement.** — Occupons-nous maintenant du traitement de la tuberculose larvée des trois amygdales. D'une façon générale, la première idée qui vient à l'esprit quand on s'occupe du traitement de la tuberculose, c'est de s'adresser d'abord aux moyens prophylactiques. Dans le cas actuel, les moyens prophylactiques doivent avoir pour but

d'éviter la pénétration du bacille par la respiration et par l'alimentation.

Il faut donc éloigner des enfants toutes les causes de contamination, et la plus puissante de toutes, nous le savons, c'est la poussière de crachats tuberculeux desséchés. Ceci revient à dire qu'il faut, dans la mesure du possible, transformer l'atmosphère tuberculeuse dans laquelle vit l'enfant en un milieu inoffensif pour lui. — Je sais bien que la chose est plus facile à dire qu'à faire; mais en fait de prophylaxie il faut toujours en revenir à l'éternelle question de la graine et du terrain; l'hérédité fournit surtout le terrain, c'est à nous d'écarter la graine<sup>1</sup>. L'alimentation, avons-nous dit, peut, dans une certaine mesure, être une cause de contamination des amygdales par le bacille tuberculeux. Au point de vue expérimental la question est jugée, j'y insistais plus haut en étudiant les modes de pénétration du bacille. Il faut donc entourer de mille précautions l'hygiène de l'enfant prédisposé.

Et alors même que la graine aurait déjà germé, alors même que l'ennemi serait dans la place, et que le bacille aurait déjà parcouru l'étape amygdalienne, ici encore, certains moyens prophylactiques doivent être employés. Ce n'est souvent qu'à la faveur d'infections secondaires qu'une tuberculose, jusqu'alors latente, va se révéler chez un sujet qui paraissait indemne. Que de fois une tuberculose semble éclater à l'occasion d'une rougeole, d'une coqueluche, d'une scarlatine, d'une grippe, d'une fièvre typhoïde, d'une syphilis, alors que ces maladies infectieuses n'ont été que la cause occasionnelle d'une tuberculose jusqu'alors ignorée! Voilà pourquoi les enfants et les jeunes sujets lymphatiques, issus de souche tuberculeuse, déjà effleurés dans leur tissu

1. M. Daremberg a vu plusieurs fois, chez les enfants, des amygdalites tuberculeuses avec adénopathies tuberculeuses du cou. Les amygdales étaient volumineuses et revêtues d'un enduit contenant le bacille de Koch. « Ces enfants, dit l'auteur, contractent assez aisément ces amygdalites dans la cohabitation avec leurs parents tuberculeux. » *Congrès de la tuberculose*, 1888, p. 404.



adénoïde, devront être soigneusement préservés des maladies infectieuses que je viens d'énumérer.

Après avoir indiqué le traitement prophylactique, occupons-nous du traitement curatif. Un individu, enfant ou adulte, ayant une tuberculose larvée des amygdales, comment faut-il intervenir? Avant d'aborder cette discussion, à la fois médicale et chirurgicale, j'ai le regret d'avouer que les moyens dont nous sommes armés n'offrent pas toujours une réelle efficacité. Un jour viendra sans doute où, munis d'un sérum bienfaisant, nous pourrons lutter avec l'infection tuberculeuse comme nous luttons avec l'infection diphthérique, et comme nous commençons à lutter avec l'infection streptococcique. Jusque-là, mettons en usage les moyens que nous possédons et voyons quels sont ceux qui paraissent les meilleurs.

Commençons par les moyens médicaux. Ces moyens médicaux concernent le traitement général, ils ont pour but de mettre l'économie en état de défense; ils la préparent pour la lutte, et ils l'aident parfois à sortir victorieuse de cette lutte. Je ne connais, pour ma part, aucune médication comparable à celle qui a pour base une alimentation riche en substances grasses et huileuses, huile de foie de morue, émulsions, caviar, sardines à l'huile, thon mariné, huîtres, pâté de foie gras, tartines de beurre, etc.

Les moyens *hygiéniques* tiennent une place importante au cas de scrofulo-tuberculose amygdalienne et ganglionnaire. L'air marin, le séjour au bord de la mer, ont une action puissante. Sur 1295 cas d'engorgements ganglionnaires cervicaux et maxillaires, entrés à l'hôpital de Berek, on a obtenu dans 900 cas la disparition de ces engorgements ganglionnaires. Dans le même ordre d'idées, rentrent la cure d'Arcachon, les eaux de Salies-de-Béarn, de Salins, de Creuznach, etc.

Reste le traitement *chirurgical*. Quelle conduite doit-on tenir, en cas d'hypertrophie des amygdales et de végétations adénoïdes? Faut-il pratiquer l'ablation, la cautéri-

sation, la destruction au galvano-cautère? Les avis sont très partagés sur ce point. Bien que j'aie plusieurs fois constaté l'utilité et même la nécessité de l'intervention chirurgicale, il faut agir avec une grande prudence et s'inspirer de chaque cas particulier.

---

### CHAPITRE III

#### MALADIES DE L'ŒSOPHAGE

##### § 1. ŒSOPHAGITE

---

**Anatomie pathologique. — Étiologie.** — *L'œsophagite* ou inflammation de la muqueuse œsophagienne est primitive ou secondaire. *Primitive*, elle est toujours d'origine traumatique; elle est provoquée par l'ingestion de liquides bouillants, de liquides corrosifs (acide sulfurique, solution de potasse), de substances irritantes (tartre stibié), ou par la présence d'un corps étranger (fragment d'os, arête, épingle). *Secondaire*, l'œsophage se développe comme propagation du muguet, d'une angine diphthérique; elle survient dans le courant d'une autre maladie (variolo, fièvre typhoïde).

Les lésions de l'œsophagite sont plus fréquentes au tiers supérieur de l'œsophage et très différentes suivant les causes qui les ont produites. La muqueuse est rouge, épaissie, érodée, ulcérée, quelquefois même les parois de l'œsophage