

CINQUANTIÈME LEÇON.

AFFECTIONS DES ORGANES DIGESTIFS.

GLOSSITE. — HYPERTROPHIE DES AMYGDALES. — AFFECTIONS DE L'ŒSOPHAGE. — DYSPHAGIE.

Observation de glossite. — Traitement. — Fréquence de la tuméfaction des amygdales chez les enfants. — Traitement.

Rareté de l'œsophagite. — Observation.

Squirrhe de l'œsophage. — Diagnostic et traitement. — Observations. — Lésions anatomiques. — Difficultés de la déglutition.

Dysphagie chez les sujets nerveux. — Influence de la distension gazeuse de l'estomac. — Dysphagie spasmodique.

MESSEURS,

Je n'ai point l'intention de vous décrire ici la symptomatologie complète des affections des organes digestifs, je me propose simplement de vous signaler les particularités caractéristiques présentées par chacun de nos malades ; je veux commenter avec vous les faits que vous observez dans les salles, et vous exposer les raisons du traitement que vous m'entendez prescrire.

Un cas de glossite que j'ai observé tout récemment en dehors de l'hôpital m'engage à vous dire quelques mots de l'inflammation de la langue.

Un élève en médecine, M. B..., me fit prier d'aller le voir. Je le trouvai sous le coup d'une fièvre intense, qui durait déjà depuis une semaine ; elle avait débuté par des frissons violents et une douleur vive dans le cou et à l'occiput ; une épistaxis abondante, qui avait eu lieu au second

jour, avait amené quelque soulagement. A ce moment, la moitié gauche de la langue était devenue sensible et douloureuse, puis elle avait commencé à se tuméfier. A ma première visite, le gonflement était énorme ; la langue remplissait presque toute la cavité buccale ; le malade ne pouvait plus fermer la bouche, en raison de la saillie que faisait l'organe malade entre les arcades dentaires. La moitié droite de la langue était intacte, et sa petitesse relative formait un étrange contraste avec le développement de la moitié gauche ; du reste, la ligne médiane établissait une limite très-nette entre les parties saines et les parties malades. Je fis faire trois applications successives de six sangsues sur l'organe enflammé, qui, lors de ma première visite, était sous l'imminence de la gangrène, et ce moyen amena un dégorgeement rapide de la tumeur. Les piqûres de sangsues avaient donné une grande quantité de sang.

L'articulation des sons et la déglutition, qui étaient devenues extrêmement difficiles, ont été promptement rétablies. Aujourd'hui cette maladie a deux ans de date, et ce jeune homme parle parfaitement bien, quoique la moitié gauche de la langue soit encore un peu plus développée que l'autre.

Ce fait, messieurs, est intéressant à divers titres. La glossite franche idiopathique est une maladie extrêmement rare. J. P. Frank n'en a vu qu'un exemple pendant tout le cours de sa pratique. Dans ces dernières années, on en a observé quatre cas dans différentes parties de l'Europe (1) ; l'un d'eux, qui a été rapporté dans un journal allemand, est dû à un de mes amis, le docteur Gattel (d'Elbing), en qui on peut avoir la plus entière confiance (2). Mais, dans aucun de ces faits, l'inflammation n'était limitée à une moitié de la langue ; dans aucun d'eux, le médecin n'a fait appliquer de sangsues sur l'organe malade : or, la supériorité de ce mode de traitement ressort d'elle-même, si l'on compare le fait que je viens de vous rapporter avec ceux qui sont décrits dans l'*Edinburgh Journal*. Il résulte aussi de cette relation que la glossite est une affection dangereuse, si l'on ne produit pas par des incisions un abondant écoulement de sang. Le docteur Gattel avait fait appliquer des sangsues sous le menton, et il avait institué un traitement antiphlogistique vigoureux ; telle avait été également la conduite

(1) *Edinburgh Journal of medical science*, I, 52.

(2) *Beobachtung einer wahren Glossitis*. (Graefe und Walther's *Journal für Chirurgie*, siebenter Band, zweites Heft). (L'AUTEUR.)

du docteur Maillier. Le docteur Olivet fit en outre des saignées locales : il pratiqua d'abord des incisions sur la face dorsale de la langue, puis il ouvrit les veines sublinguales. Le traitement par les sangsues me paraît préférable.

Le docteur Néligan a bien voulu me communiquer un fait de glossite idiopathique, qu'il a observé en 1846, à l'hôpital de Jervis-street. C'était chez un campagnard âgé de quarante ans. Cet homme avait travaillé au drainage d'une rivière, et il avait été pendant plusieurs jours dans l'eau jusqu'à la ceinture. Comme chez M. B..., la maladie débuta par des frissons et un mouvement fébrile violent ; mais toute la langue était prise, et elle était le siège d'une tuméfaction si considérable, que l'articulation des sons, la déglutition et l'occlusion de la bouche étaient également impossibles. On fit de profondes incisions transversales qu'on laissa saigner librement, et l'on amena rapidement la saturation mercurielle. Ce traitement fit merveille, car le troisième jour le malade quittait l'hôpital ; il était parfaitement guéri.

La glossite n'est point une maladie dangereuse ; seulement elle exige un traitement rapide et énergique.

Lorsqu'une angine tonsillaire commune, une scarlatine, une rougeole ou toute autre maladie qui amène une détermination inflammatoire dans la gorge, s'est développée chez un individu scrofuleux, elle laisse très-souvent à sa suite une tuméfaction des amygdales. Beaucoup plus fréquente chez les enfants que chez les adultes, elle demande chez ceux-là de l'attention et des soins rapides, car si l'hypertrophie des tonsilles est laissée à elle-même, si elle persiste pendant plusieurs années, le volume de ces glandes devient de plus en plus considérable ; on peut les voir alors, arrivant presque au contact, ne laisser sur la ligne médiane qu'un petit espace libre ; de là une irritation incessante qui produit chez beaucoup de malades un léger *hem* ou un enrrouement passager, et qui devient pour tous une cause de danger, si une amygdalite aiguë survient dans ces conditions. Alors, en effet, l'inflammation sévit avec une violence peu commune, les glandes arrivent à des dimensions véritablement épouvantables, l'affection est aussi longue que redoutable.

Ce sont là tout autant de raisons qui démontrent la nécessité de combattre avec énergie le développement anomal des amygdales chez les enfants. Après les maladies aiguës, un régime tonique, l'air de la campagne, les bains salés tièdes, les bains de mer, donnent souvent de

très-bons résultats ; on pourra les assurer encore en ajoutant à ce traitement des gargarismes avec de l'eau salée chaude, du sulfate de zinc, ou avec des infusions végétales additionnées d'alun. Si tous ces moyens échouent, nous pouvons en venir à l'application quotidienne de la teinture d'iode, unie à un peu de thériaque.

Toutefois le remède vraiment héroïque en pareil cas, c'est le nitrate d'argent. Beaucoup de praticiens l'emploient en solution, mais je préfère la méthode suivante qui appartient à M. Cusack. On adapte à un instrument convenable un fragment de caustique lunaire, et on l'applique sur un point de l'amygdale hypertrophiée, pendant deux, trois ou cinq secondes consécutives ; à la chute de l'eschare, il reste une petite dépression de la grosseur d'une pustule de variole. Lorsque la cicatrisation est achevée, ce qui a lieu ordinairement au bout de cinq jours, on agit de la même façon sur l'autre amygdale ; et l'on continue de la sorte, en passant successivement d'une glande à l'autre, jusqu'à ce qu'on ait atteint le résultat désiré. Lorsque les amygdales sont très-développées, ce traitement demande environ six mois ; il est lent, mais il est certain. Il doit être interrompu si quelque cause accidentelle détermine une angine ou un rhume.

Quelques praticiens font usage de la ligature pour réduire le volume des amygdales tuméfiées, d'autres les enlèvent. Mais vous ne devez pas oublier, messieurs, que cette dernière opération n'est pas toujours sans danger. Malgré mes avis, un de mes clients se rendit à Paris pour se faire enlever les amygdales ; la gauche seule fut excisée, et le malade pensa mourir d'hémorrhagie.

L'inflammation aiguë de l'œsophage est une affection très-rare, et en raison même de cette rareté, les symptômes en sont mal décrits par les auteurs. Aussi le fait suivant mérite-t-il toute votre attention.

Dans ses *Éléments de pathologie* (1, 228), le docteur Mackintosh nous dit que, « de tous les organes de l'économie, l'œsophage est peut-être celui qui est le moins exposé aux maladies. En général, il est fort difficile de découvrir l'inflammation du conduit œsophagien, avant qu'elle ait déterminé des ulcérations et un rétrécissement. Je n'ai vu qu'un cas d'œsophagite générale qui ne reconnût pas pour cause l'action d'un poison. » Dans ses *Leçons de médecine pratique*, le docteur Watson insiste également sur la rareté des affections de l'œsophage, et il ajoute qu'il n'a eu que bien peu d'occasions de supposer une œsophagite spontanée.

On ne peut s'étonner dès lors de ce que la description des auteurs soit extrêmement imparfaite. La meilleure histoire de l'œsophagite est celle que nous a donnée J. P. Frank dans son *Epitome*. Si ma mémoire est fidèle, Abercrombie a rapporté un exemple très-net de cette affection. Il est assez singulier que cette maladie ne soit pas même mentionnée dans la *Cyclopædia of practical medicine* (1).

Dans le fait actuel, l'inflammation de l'œsophage s'est développée sous l'influence du froid; née chez un sujet bien portant, elle a accompli son évolution dans l'espace de quelques jours. L'observation que je vais vous lire a été écrite, à ma demande, par le malade lui-même.

« 24 février 1835. — Depuis quelques jours, je me sens sous l'influence d'un refroidissement, et je souffre un peu de la gorge. Il me semble que la racine de la langue du côté gauche me fait mal. Peu à peu cette douleur descend plus bas; vers la partie la plus profonde du gosier, je sens un cercle qui est douloureux lorsque j'avale. La douleur est plus vive à gauche.

« 26 février. — J'ai mangé une bouchée de pain avant le dîner, et en l'avalant, j'ai éprouvé une douleur violente, qui, partant de l'ouverture de la gorge, descendait profondément vers la poitrine: il semblait que le passage était empêché par quelque obstacle; puis le morceau de pain semblait se diriger plus péniblement encore du côté du dos, entre les deux épaules. Je ne manquai pas d'appétit au dîner, mais les efforts de déglutition me causaient beaucoup de mal. Je passai une nuit très-

(1) Quoique l'œsophage soit une affection rare, surtout dans sa forme primitive et spontanée, la littérature médicale n'est point aussi pauvre que Graves veut bien le dire. On peut en juger par les indications suivantes, qui comprennent les meilleurs travaux sur ce sujet:

Honkoop, *Dissertatio de morbo œsophagi inflammatorio*. Lugd. Batav., 1774.

Bleuland, *Observationes anatomico-medicæ de sana et morbosa œsophagi structura*, cum fig. Leyde, 1785.

J. Pierre Frank, *De curandis hominum morbis epitome, prælectionibus academicis dicata*. Mannheim, Stuttgart et Vienne, 1792-1820.

Joseph Frank, *Præceps medicæ præcepta universa*. Lipsiæ, 1826-1832.

Mondière, *Recherches pour servir à l'histoire de l'œsophagite aiguë et chronique* (*Arch. gén. de méd.*, 1830, 1831, 1832, 1833).

Copland, *Dictionary of practical medicine*. London, 1835.

Gendron, *Observations pratiques sur la dysphagie, ses variétés et son traitement* (*Arch. gén. de méd.*, 1858).

Bamberger, *Krankheiten der Verdauungsorgane in Virchow's Handbuch der Pathologie und der Therapie* (en cours de publication).

(Note du Trad.)

agitée; j'avais mal à la tête, et en outre, toutes les fois que je changeais de position, j'éprouvais de vives douleurs comme si j'avais eu un lumbago. Ces douleurs paraissaient occuper toute la poitrine; elles s'étendaient jusque dans mon dos, et j'éprouvais entre les épaules une sensation de chaleur cuisante.

« 27 février. — En essayant d'avaler, j'ai ressenti une telle douleur que j'ai poussé des cris; il semble que tout le conduit qui va du gosier à l'estomac soit enflammé, et que liquides et solides se frayent péniblement une voie dans ce canal. En avalant, je me demandais si les aliments pourraient aller jusqu'au bout. »

Tels sont les détails fournis par le malade lui-même. J'ajouterai que, dès le 28, l'inflammation avait commencé à diminuer, et que quelques jours plus tard, elle était entièrement éteinte. La diète et les diaphorétiques antimonialux avaient constitué tout le traitement. Pendant que l'inflammation était à son summum, on n'apercevait aucune rougeur dans la partie de l'arrière-bouche qui est accessible à la vue.

Nous avons eu, au même moment, dans le service, deux cas de squirrhe de l'œsophage; il ne sera pas inutile d'en comparer la marche et les symptômes.

Pour l'un de ces malades, Benjamin Spears, nous avons cru pendant longtemps que la dysphagie était purement spasmodique, tant la déglutition devenait facile (et cela pendant plusieurs jours), après le passage d'une bougie œsophagienne. L'autre malade, Thomas Berry, a pu jusqu'à la fin avaler les liquides avec la plus grande facilité. Il buvait un grand verre d'eau aussi aisément que quiconque; mais, peu de temps après, il rejetait l'eau par gorgées: or, comme le liquide n'était rendu qu'après être arrivé dans l'estomac, le diagnostic était assez obscur, et j'avais conclu à une affection gastrique. Aussi le cathétérisme ne fut-il pas pratiqué; une seule fois, M. Murphy, qui était chargé de ce malade, tenta de passer une sonde dans l'œsophage, et il ne put y réussir. Mais comme c'était la première fois qu'il essayait de pratiquer cette opération, nous n'attachâmes aucune importance à cet insuccès.

J'espère que l'observation de ces deux malades vous sera d'une grande utilité pour le diagnostic des rétrécissements de l'œsophage. Ces faits nous montrent en outre une fois de plus l'inconstance, je dirai même l'opposition des manifestations symptomatiques chez plusieurs individus atteints de la même affection. Il est essentiel que le médecin soit prévenu de ces variétés sans nombre, il faut qu'il sache qu'il existe

pour la même maladie autant de modalités expressives que de malades, et qu'il ne doit pas compter, lorsqu'il cherche à poser un diagnostic, sur un terme de comparaison fixe et invariable. Les différences qu'ont présentées les symptômes chez nos deux malades peuvent-elles être expliquées par quelque dissemblance dans les lésions anatomiques? C'est ce qu'il est difficile de conjecturer.

Thomas Berry, âgé de soixante-quatre ans, entre à l'hôpital le 23 septembre; il est malade depuis quatre mois. Il dit avoir toujours joui d'une bonne santé; il prétend avoir constamment mené une vie très-sobre. Il y a cinq mois, après avoir été exposé au froid, il fut pris de toux et de douleur dans le côté; ces symptômes persistèrent avec quelques oscillations, pendant un mois, puis survint une légère douleur au niveau de l'appendice xiphoïde. Cette douleur n'était pas constante, elle se montrait ordinairement après le repas; du reste, elle allait croissant de jour en jour. Au bout de cinq semaines, le malade éprouva de la difficulté à avaler, et il la rapportait au point même où siègeait la douleur; il dit que les aliments s'arrêtaient là pendant deux secondes environ, et qu'ils étaient ensuite rejetés. Cet homme n'a jamais éprouvé d'autres symptômes que cette douleur au niveau de l'appendice ensiforme, et cette dysphagie absolue. Il ne fit aucun traitement avant d'entrer à l'hôpital.

État actuel. — Le malade est très-faible et considérablement amaigri, car il n'a gardé presque aucun aliment depuis deux mois; les liquides arrivent sans trop de difficultés dans l'estomac, mais ils n'y restent qu'une demi-minute environ, et ils sont rejetés petit à petit sans efforts. Depuis quelques jours toux pénible avec expectoration muqueuse abondante. Il n'y a jamais eu de vomissements noirs; Berry ne rend que ce qu'il prend. Constipation depuis le début de la maladie; il se passe souvent une semaine entière sans qu'il y ait aucune évacuation alvine. L'appétit est conservé; pouls à 54, ventre plat et déprimé; aucune tumeur appréciable. La peau est fraîche, sèche et ridée; elle a conservé son élasticité; langue nette et humide; sommeil assez bon.

℞ Extracti conii granum.
 Sirupi. } aa quantum sufficit ut fiat bolus quater in die
 Mucilaginis. } sumendus (1).
 (1) ℞ Extrait de ciguë. 6 centigr.
 Sirop. } aa q. s. pour un bol.
 Mucilage. }

On en prendra quatre par jour. (Note du TRAD.)

26 septembre. — Le malade a gardé le médicament, ainsi qu'une petite quantité de bouillon; il se trouve un peu mieux; la sensibilité et la douleur épigastriques sont diminuées; l'urine est haute en couleur.

27 septembre. — La toux, de plus en plus pénible, empêche le sommeil; expectoration séro-muqueuse très-abondante. (*Applicetur vesicatorium abdomini. Capiat pulveris conii grana duo ter in die.*)

29 septembre. — Le vésicatoire n'a pas pris, quoiqu'on l'ait laissé vingt-quatre heures en place. Le lait n'est plus rejeté, mais tous les solides sont rendus immédiatement. Douleur et sensibilité très-vives à l'épigastre. Le malade nous dit qu'il sait d'avance, d'après la sensation que déterminent les matières à leur passage, si elles seront rejetées, oui ou non; et ses prédictions à cet égard sont tellement exactes, que plusieurs personnes supposent qu'il vomit à volonté. Lorsque le vomissement doit avoir lieu, il y a une espèce de spasme qui paraît être très-douloureux. Pouls à 70; toux pénible, expectoration d'un mucus jaunâtre mêlé d'une grande quantité de sérum. L'auscultation de la poitrine ne fait entendre aucun bruit anormal. On appliquera des sinapismes sur le ventre.

30 septembre. — Les sinapismes sont restés sans effet. Berry a pris hier un peu de thé et de petit-lait qu'il a rejetés immédiatement. Bientôt après, il a éprouvé une douleur violente au niveau des fausses côtes; il l'attribue aux efforts de déglutition. Cette douleur et la toux ont tenu le malade éveillé pendant la plus grande partie de la nuit. (*Fomentations avec la térébenthine; puis un sinapisme.*)

1^{er} octobre. — Berry nous raconte que hier soir il a senti « que la faculté d'avalier lui était revenue, et que son estomac était ouvert », et aussitôt il a bu un plein bol de lait qu'il a gardé. Il y a eu une selle. Il est à remarquer que tous les symptômes s'aggravent pendant les périodes de constipation. (*Frictions sur l'abdomen avec la solution acétique de cantharides.*)

3 octobre. — Ce dernier moyen a enfin amené la vésication. Le malade est beaucoup mieux aujourd'hui; il garde les solides et les liquides.

6 octobre. — Hier soir, Berry a mangé un peu de pain, mais il n'a pu le garder; depuis lors il a eu de fréquents vomissements. Il est tourmenté par la toux. Douleur au niveau des fausses côtes et à l'épigastre, qui est toujours sensible. Langue humide. (*Capiat acidi hydrocyanicis minima tria ter in die.*)

24 octobre. — Rien de nouveau depuis la dernière note. Un jour le malade peut conserver quelques aliments, le lendemain il ne le peut plus. La nuit dernière il a été pris, au niveau des fausses côtes droites, d'une violente douleur qui l'empêche de faire une inspiration complète. Toux fatigante, expectoration abondante. Tout le côté droit présente une sensibilité telle que la moindre pression y est intolérable. Soif vive, langue chargée et humide. Pouls à 56.

26 octobre. — Pendant la nuit, la douleur du côté droit a été si violente, qu'elle a déterminé un accès de convulsion, lequel s'est prolongé pendant deux heures. Langue sale et humide, soif intense. Le malade peut à peine parler, il est profondément abattu. Il n'a rien mangé depuis trois jours.

Mort le 27

Autopsie dix-huit heures après la mort. — Le ventre, qui pendant la vie était déprimé et presque concave, est maintenant très-distendu. L'estomac est rempli de gaz ainsi que le tube intestinal ; ce dernier renferme en outre des matières fécales dures. Les tuniques de l'estomac sont si minces et si ramollies, que le doigt passe à travers lorsqu'on veut enlever l'organe ; la muqueuse très-molle se déchire par lambeaux. L'œsophage est enflammé dans les deux derniers pouces de sa longueur : immédiatement au-dessus de la portion enflammée, existe une masse squirrheuse d'une longueur de trois pouces environ ; elle a rétréci l'œsophage au point de ne lui laisser que le calibre d'une plume d'oie ; plus haut, la muqueuse est épaissie et ramollie ; on peut la séparer aisément des tuniques sous-jacentes.

Le poumon gauche est sain. Des adhérences solides unissent le poumon droit à la plèvre pariétale ; la cavité pleurale de ce côté renferme près d'une pinte de liquide, mêlé de flocons fibrineux récents. Le lobe inférieur du poumon est tapissé d'une exsudation plastique ; la rate est grosse et ramollie. Les deux vertèbres qui correspondent au rétrécissement de l'œsophage présentent des nodosités sur leur face antérieure. Ces productions s'avancent de trois quarts de pouce (2 centimètres) au delà du corps des vertèbres ; elles sont couvertes d'une lame mince de tissu osseux ; à l'intérieur, elles présentent un tissu spongieux normal qui se continue avec celui des corps vertébraux. Ces productions sont donc constituées par une hyperformation de tissu osseux normal, et chacune d'elles répond à une portion des deux vertèbres contiguës. La substance intervertébrale a pris un développement proportionnel, et elle se prolonge en avant de façon à diviser chaque ostéophyte en

deux portions. Ces protubérances osseuses avaient-elles quelque rapport avec le rétrécissement ? C'est ce que je ne saurais vous dire. Ce fait a présenté une autre particularité fort singulière : le rejet des matières avait lieu *alors qu'elles avaient dépassé le point rétréci*. Peut-être faut-il admettre, pour expliquer cette circonstance, que l'inflammation de l'œsophage s'était propagée à l'estomac. Les parois de cet organe étaient réduites à l'état de membrane extrêmement mince ; comme tous les muscles du corps, elles étaient complètement émaciées.

La tumeur squirrheuse était volumineuse, et elle avait amené la dégénérescence presque complète de tous les tissus de l'œsophage. C'est en arrière qu'elle présentait son maximum d'épaisseur ; là elle avait trois quarts de pouce, et elle était arrivée à un état très-voisin de l'ulcération ; ce tissu n'était ni résistant ni élastique. Ces particularités rendent compte non-seulement du petit calibre du rétrécissement, mais elles expliquent en outre l'inflammation de la muqueuse de l'estomac et de l'œsophage. Une sonde n'aurait pu passer.

A tous ces points de vue, cette observation contraste étrangement avec l'histoire de notre second malade : chez lui, en effet, le tissu morbide était élastique, le rétrécissement dilatable ; il n'existait à son niveau aucun travail inflammatoire.

Benjamin Spears, âgé de cinquante ans, entré dans le service le 29 août. Il a mené la vie intempérante du soldat, et il a servi pendant plusieurs années dans les Indes orientales. Il paraît s'être toujours bien porté ; il n'a jamais toussé, il n'a jamais éprouvé de dyspnée. Il a échappé également à la fièvre intermittente et à l'ictère. Il y a un mois environ, il s'aperçut pour la première fois d'une légère douleur en avalant ; cette douleur, qu'il rapportait à la région épigastrique, persista pendant quatre ou cinq jours. Lorsqu'il avale un morceau de pain, le malade a conscience d'un obstacle en un point qui correspond au centre de l'appendice xiphoïde, et immédiatement il rejette son aliment : depuis ce moment, il n'a pu conserver dans l'estomac aucune substance solide ; au bout de quelques secondes et sans efforts, il rejette tout ce qu'il prend. Ce malheureux n'a rien mangé depuis trois semaines. Constipation, une seule selle par semaine. L'appétit est mauvais, le sommeil est à peu près perdu.

État actuel. — 30 août. — Amaigrissement considérable, physiologie abattue et anxieuse, ventre déprimé. Les liquides et les solides sont également rejetés. Lorsqu'il avale, le malade éprouve de la douleur au niveau de la pointe du processus ensiforme ; c'est là qu'il rap-