

porte l'obstacle. Les aliments sont rejetés sans efforts; c'est à peine si le diaphragme paraît entrer en action. Si l'on pèse la matière ingérée, et qu'on la soumette à une nouvelle pesée lorsqu'elle a été rendue, on constate une augmentation de poids, dont l'addition de la salive ne suffit pas à rendre compte. L'épigastre et l'hypochondre droits sont un peu sensibles à la pression. Pas de douleur autre part; pas de tumeur. *Il n'existe ni dyspnée ni toux.* La soif est vive; la langue est sèche et légèrement sale. Constipation; extrémités froides; pouls à 100, petit et très-faible; quinze respirations naturelles. Pendant les inspirations profondes, légère douleur dans l'hypochondre droit.

℞ Solutionis ichthyocolli. . . . . f. ʒ iij.  
Tincturæ opii. . . . . min. v.

Fiat enema bis in die injiciendum (1). Applicetur emplastrum Lyttæ epigastrio.

On passera la sonde œsophagienne.

31 août. — La sonde a été introduite par M. Collis, qui dit n'avoir rencontré aucun obstacle. Immédiatement après, le malade a pu prendre un peu d'eau; depuis lors il a bu un peu de petit-lait; il a eu quelques nausées en l'avalant, mais enfin il l'a gardé.

Une pinte de lait et d'ichthyocolle.

1<sup>er</sup> septembre. — Spears a essayé hier soir de manger un petit morceau de viande, mais il l'a rejeté aussitôt, après avoir éprouvé une vive douleur. Il peut garder le lait et l'ichthyocolle; il se trouve beaucoup mieux.

4 septembre. — Il n'y a pas eu de nouveaux vomissements. Le malade prend régulièrement son lait et sa colle de poisson; constipation; pas de toux; il a ressenti hier un élancement douloureux dans le côté droit, au-dessous du mamelon; il est survenu en même temps de la dyspnée.

7 septembre. — Il y a eu hier un vomissement; mais une partie du lait est toujours conservée. Le malade est très-faible; la douleur de côté est moins vive; il y a fort peu de toux. Langue sèche; pouls faible, à 76.

9 septembre. — Dysphagie absolue, tout est rejeté; douleur thoracique moins forte; 80 pulsations, pas de toux. La sonde passe sans difficultés.

(1) ℞ Solution d'ichthyocolle. . . . . 72 grammes.  
Teinture d'opium. . . . . 2

M. Pour un lavement. On en donnera deux par jour. (Note du TRAD.)

10 septembre. — Après le passage de la sonde, le malade conserve tout ce qu'il prend. Céphalalgie intense, douleur thoracique moindre; sensibilité épigastrique presque nulle.

11 septembre. — La nuit dernière, est survenue, avec de la dyspnée et de la toux, une douleur violente dans la région sous-mammaire droite. Pas de vomissements.

12 septembre. — Douleur très-vive; toux fréquente, expectoration rare; pas de vomissements.

13 et 14 septembre. — Même état.

18 septembre. — La douleur persiste toujours; faiblesse extrême; toux pénible, expectoration très-abondante; *pas de vomissements.*

25 septembre. — Etat stationnaire, *pas de vomissements*; la douleur est un peu moins forte.

30 septembre. — Rien de nouveau.

8 octobre. — Il s'est formé une tumeur au périnée; elle a été ouverte par sir Philip Crampton, et il en est sorti une grande quantité de pus séreux très-fétide; le malade s'est alors trouvé beaucoup mieux. Toux pénible; expectoration abondante.

12 octobre. — Même état; toux pénible, expectoration copieuse.

18 octobre. — Le malade a expectoré pendant la nuit une grande quantité de matière puriforme très-fétide; prostration extrême; pouls à 100, petit et filiforme. Émaciation considérable. Dans la région sous-mammaire droite, dans le point même occupé par la douleur, on entend aujourd'hui, pour la première fois, du gargouillement et une respiration caverneuse; un peu de pectoriloquie. Les extrémités sont froides.

Mort le 19, à trois heures.

*Autopsie.* — Toute la partie supérieure de l'œsophage est saine; à trois pouces et demi au-dessus de sa terminaison, existe un rétrécissement qui ne permet pas l'introduction du petit doigt, mais qui admet une grosse sonde métallique d'un quart de pouce (6 millimètres) de diamètre. La section du rétrécissement montre que la muqueuse est saine et sans aucune ulcération; une fois la muqueuse disséquée, on peut constater que le rétrécissement provient du dépôt d'un tissu cartilagineux dans les fibres circulaires de la tunique musculieuse; comme les longitudinales, ces fibres sont extrêmement minces; elles peuvent à peine être distinguées. Le dépôt cartilagineux est irrégulier, il est plus épais sur certains points que sur d'autres. Le rétrécissement a un pouce et demi de longueur; au-dessus les glandes mucipares sont un peu

développées. L'estomac est sain, mais il a diminué de capacité. Les intestins ne présentent rien de particulier. Le poumon droit est uni par de solides adhérences à la paroi thoracique. Celle-ci enlevée, on arrive dans une cavité superficielle et anfractueuse, qui correspond à la région sous-mammaire droite; le poumon est infiltré par places de tubercules crus; au sommet, on trouve quelques petits dépôts calcaires. Le poumon gauche est parfaitement sain (1).

(1) Meyer a publié en 1858 une observation remarquable de rupture de l'œsophage survenue après de violents efforts de vomissement. Le malade (c'était un homme de trente-huit ans) éprouvait depuis son enfance une dysphagie légère qui ne se manifestait qu'à intervalles assez éloignés; le bol alimentaire semblait alors s'arrêter au niveau de la fossette du cœur. Or, le 1<sup>er</sup> février 1858, cet homme mangeait son repas de midi, lorsqu'un morceau de saucisse s'arrêta dans le point ordinaire. Les efforts de vomissement n'aboutirent qu'à l'expulsion d'une certaine quantité de sang rouge vif; des vomitifs furent inutilement administrés, soit en poudre, soit en solution. Néanmoins cet accident n'a pas eu de suites immédiates. Mais, le 2 juillet, cet homme était apporté à l'hôpital dans un état désespéré; il avait le visage pâle et légèrement cyanosé; le tissu cellulaire sous-cutané de la face, du cou, et de toute la paroi thoracique antérieure, à l'exception de la région sternale, était emphysémateux. A droite en arrière, matité absolue à partir de la neuvième côte jusqu'au bas de la poitrine; à gauche, la percussion n'est pas possible à cause de l'emphysème sous-cutané qui s'étend jusqu'à la région du dos. Dans les points où l'on constate la matité, on n'entend pas le bruit respiratoire, les vibrations thoraciques ne sont plus perceptibles; 40 respirations. La pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal, l'impulsion est faible, les bruits sont normaux; 142 pulsations petites et faibles. Le malade se plaint d'une douleur très-vive qui, partant de la base du processus ensiforme, se prolonge verticalement jusqu'à un demi-pouce au-dessous du sommet de l'appendice, et s'étend de là aux vertèbres dorsales; les apophyses vertébrales ne sont pas sensibles à la pression. Le diagnostic fut ainsi formulé: rupture de l'œsophage, épanchement dans la plèvre droite et probablement aussi dans la gauche; emphysème sous-cutané déterminé par la solution de continuité du conduit œsophagien. Le malade succomba la nuit suivante: la durée totale des accidents avait été de cinquante heures.

Voici quels ont été les résultats de l'autopsie. A trois pouces au-dessus du cardia, la paroi antérieure de l'œsophage présente une ulcération béante (*Klaffende Geschwürsfläche*), longue d'un pouce un quart, large de trois huitièmes de pouce; les bords en sont lisses, et sur quelques points ils sont si aigus, qu'on les dirait taillés avec un instrument tranchant. La muqueuse n'est pas épaissie, même sur la limite de l'ulcération, et on la sépare facilement de la musculature. Le tissu sous-muqueux a sa consistance normale; le tissu musculaire présente sa fibrillation et sa coloration naturelles, jusqu'aux bords mêmes de la solution de continuité; l'examen microscopique démontre qu'il est parfaitement identique avec celui des parties saines. Dans le voisinage de l'ulcération, les tuniques ne sont pas ramollies. Les parties supérieures de l'œsophage sont légèrement dilatées; au-dessus du cardia existe un point rétréci avec hypertrophie de la tunique musculature. Au-dessous de l'ulcération décrite ci-dessus, la muqueuse est

Avant de terminer notre conférence, je veux vous parler d'une affection singulière des organes de la déglutition, que j'ai observée chez un jeune pasteur pour lequel j'ai été consulté par le chirurgien Barker. Ce jeune homme éprouvait différents symptômes de dyspepsie; mais il était surtout incommodé par une lutte convulsive et douloureuse qui avait lieu, disait-il, entre le bol alimentaire, avant son entrée dans l'estomac, et un obstacle qui en empêchait le passage. Ce phénomène durait pendant quelques secondes, et il était aussi pénible pour le

couverte en plusieurs points de traînées jaunâtres, longues d'une demi-ligne à deux lignes; ces stries sont parallèles au diamètre longitudinal du conduit; l'examen microscopique y démontre une substance amorphe et l'absence d'épithélium. En avant de la perforation, on trouve dans le médiastin postérieur un foyer purulent, qui sépare l'œsophage des organes voisins, sur une longueur de cinq pouces et demi à partir du cardia; ce foyer contient du tissu mortifié et beaucoup de débris alimentaires, mais ses parois n'ont aucun des caractères des parois épaissies des abcès chroniques. Épanchement dans les deux plèvres. L'estomac et les intestins sont distendus par des gaz.

Meyer a donné cette observation comme un exemple de perforation spontanée de l'œsophage, et il a invoqué, pour justifier cette conclusion, les caractères de l'ulcération et du foyer purulent qui étaient inconciliables avec l'idée d'un travail morbide d'ancienne date, et le défaut d'épaississement du tissu sous-muqueux et de la tunique musculature. Ces arguments sont en effet d'un très-grand poids, et ils me semblent suffisants pour autoriser l'interprétation de l'auteur. Je ferai remarquer cependant qu'en raison du long intervalle (1<sup>er</sup> février-2 juillet) qui s'est écoulé entre l'accident primitif et le moment de la perforation, le fait de Meyer est un peu moins net, un peu moins démonstratif que la célèbre observation de l'amiral Wassenaer (Boerhaave); j'ai cru néanmoins le devoir signaler ici à cause de la rareté extrême des perforations primitives de l'œsophage, sans altération préalable des tuniques; il n'y en a en réalité que quatre exemples dans la science, en comprenant le fait de Meyer que je viens de rapporter; les trois autres appartiennent à Boerhaave, à Dryden et à Guersant. Il n'est pas inutile d'ajouter que l'observation de Meyer, qui diffère des trois autres sous certains rapports, se rapproche beaucoup de celle de Boerhaave au point de vue des manifestations symptomatiques.

Boerhaave, *Atrocis nec descripti prima morbi historia*. Lugd. Batav., 1724. — Cette observation est rapportée tout au long dans le *Traité de l'expérience* de Zimmermann.

Dryden, *Medical Commentaries of Edinburgh*, 1788.

Guersant, *Bullet. de la Faculté de Paris*, 1807.

Meyer, *Ueber Zerreissung der Speiseröhre (Medizinische Vereinszeitung in Preussen, 1858, et Canstatt's Jahresbericht, III, 1859)*.

Comparez, pour les ruptures de l'œsophage par ulcération des tuniques:

Ziesner, *Rarus œsophagi morbus*, Régiomont, 1732 (in *Halleri Collect. disput. pract.*, VII).

Bouillaud, *Observ. de rupture de l'œsophage (Arch. gén. de méd., 1823)*.

(Note du TRAD.)

patient que pour les assistants ; ce jeune homme avait pris le parti de dîner seul. Dans un autre cas, ces accès de dysphagie momentanée étaient si fréquents, que le malade ne se hasardait à manger que s'il avait un verre d'eau à sa portée ; chez lui, la progression du bol alimentaire détermine la sensation d'une suffocation imminente. Ce gentleman, anatomiste consommé, pense que ce phénomène est purement nerveux, ou que, tout au moins, il n'y a pas lieu de songer à un obstacle mécanique. Dans ces deux faits, la dysphagie paraît dépendre de l'exagération, ou plutôt de la perversion de la sensibilité de l'œsophage. Dans les cas de blessure de la portion cervicale de la moelle, il arrive quelquefois que la sensibilité de l'œsophage est tellement accrue, que la déglutition devient impossible à cause de la douleur ; ce fait nous enseigne que, dans la dysphagie du genre de celle qui nous occupe, c'est sur la région du cou que nous devons appliquer nos agents thérapeutiques.

J'ai observé quelquefois dans le typhus fever une dysphagie toute particulière ; elle est évidemment occasionnée par la distension gazeuse de l'estomac, portée à tel point, que la partie inférieure de l'œsophage participe elle-même à cet état : ce qui me fait croire que les choses se passent ainsi, c'est que, pendant les efforts convulsifs de déglutition, on entend un bruit de gargouillement, comme si le bol alimentaire rencontrait des gaz vers la terminaison de l'œsophage. Mon ami le docteur Autenrieth (de Tübingen) a signalé ce même symptôme dans ce qu'il appelle le typhus abdominal des jeunes gens : il dit que, lorsque le malade boit, on entend un bruit de glouglou, comme si le liquide tombait dans un organe privé de vie. J'ai vu avec M. Rumley une jeune dame qui refusait absolument toute boisson, tant elle souffrait au moment de la pénétration des gaz dans la partie inférieure de l'œsophage ; chez cette dame, existait aussi le bruit de gargouillement dont je vous ai parlé. Ces phénomènes disparurent graduellement, et la malade guérit ; mais il est bon de vous dire que, dans les fièvres, cette dysphagie et le bruit signalé par le docteur Autenrieth sont d'un très-fâcheux augure.

## CINQUANTE ET UNIÈME LEÇON.

### DYSPEPSIE.—CONSTIPATION HABITUELLE.—COLORATIONS DIVERSES DES SELLES.—CALCULS INTESTINAUX.

Emploi du nitrate de bismuth dans la dyspepsie.—Procédé d'administration.—Indications de l'opium.—Dès 1823, l'auteur a découvert l'acide lactique dans l'estomac.—Gastrodynie.—Sa nature.—Son traitement.

Constipation habituelle.—Prescriptions.—Usage de l'huile de ricin à doses décroissantes.

De la coloration des selles.—Selles blanches.—Influence de la sécrétion muqueuse de l'intestin.—Selles noires.—Trois formes de mélæna.

Calculs intestinaux.

#### MESSIEURS,

Nous avons actuellement dans notre service un malade affecté d'une forme de dyspepsie pour laquelle j'ai prescrit de la magnésie. Cet homme a souffert pendant longtemps d'un rhumatisme chronique, et d'une dyspepsie caractérisée par l'exagération des sécrétions acides de l'estomac, par de la gastrodynie et des éructations aigres. Nous avons combattu son rhumatisme ; nous lui avons prescrit des lavements pour prévenir la constipation, et nous lui avons en outre ordonné du nitrate de bismuth et de la magnésie, pour calmer ses douleurs et corriger les sécrétions gastriques. Dans les cas de ce genre, en effet, le bismuth est l'un des meilleurs remèdes que nous puissions employer ; j'y ajoute habituellement de la morphine ou de la magnésie. Je prescris ordinairement 10 grains (60 centigr.) de magnésie, 20 grains de poudre de gomme arabique, 6 grains (36 centigr.) de nitrate de bismuth, à prendre deux ou trois fois par jour, selon les cas ; je fais prendre après la poudre une grande cuillerée d'eau contenant un seizième de grain (4 milligr.) de chlorhydrate de morphine.

Si le lait ne répugne pas au malade, vous pouvez lui donner sa poudre dans un peu de lait bouilli. J'emploie la gomme arabique en