

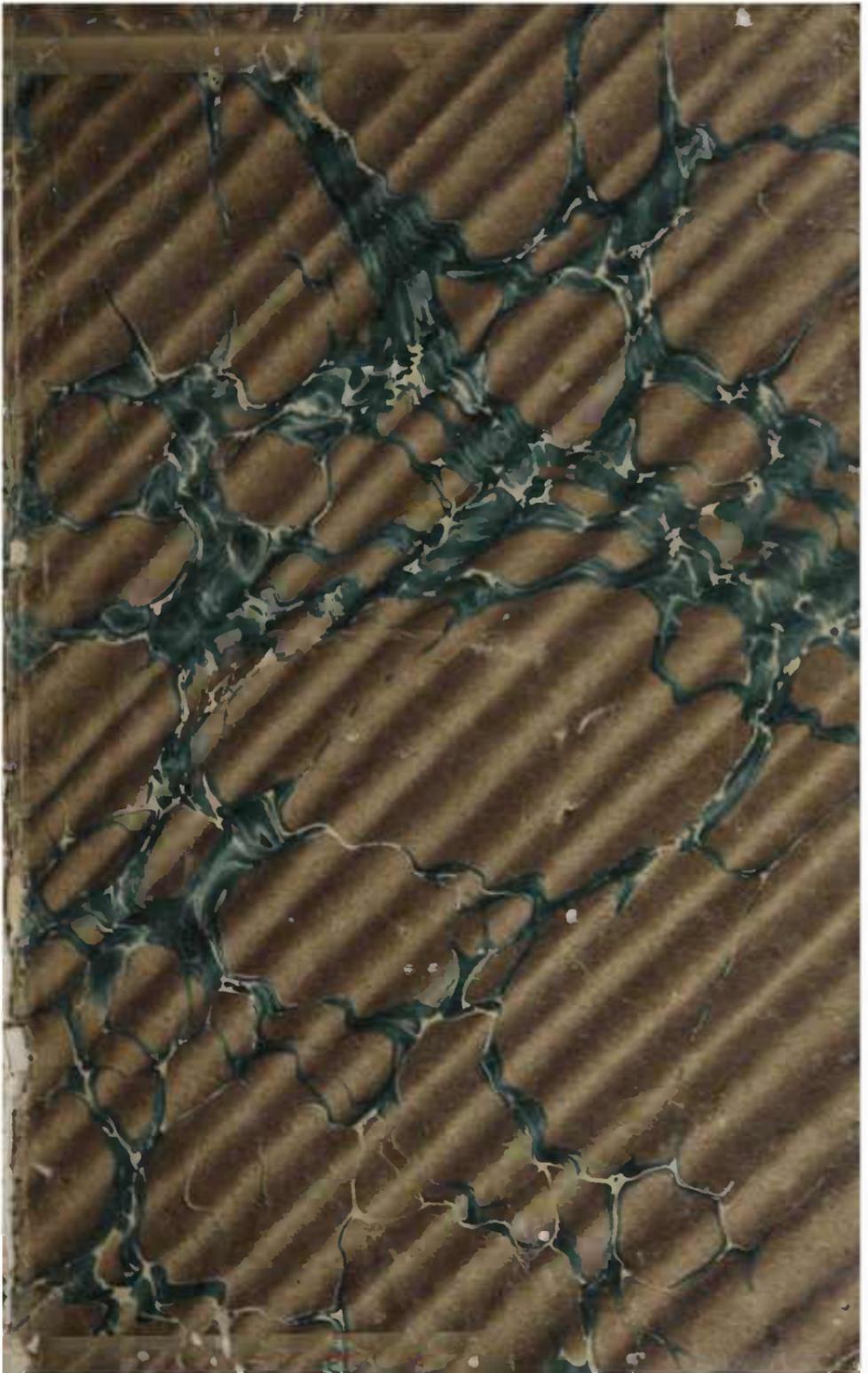


21



Nº 596

Nº 7
 Est. F
 Prat. 48



DEDALUS - Acervo FO



11500016176

MANUEL



DIAGNOSTIC MÉDICAL

GUIDE DE L'ÉTUDIANT EN MÉDECINE ET DU PRATICIEN

PAR

S. FENWICK

Médecin de London Hospital,
Membre du Collège Royal des Médecins d'Angleterre.

416.025
F395
1895
DE.



Traduit sur la troisième édition anglaise
et annoté avec l'autorisation de l'auteur

OSSIAN G. EDWARDS
EDGARD LACROIX ET JULES GERMAIN

avec 101 Figures intercalées dans le texte

Handwritten signature: H. Lauwereyn

PARIS
H. LAUWEREYN, EDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAUNAY, 2

875

Estante 2.
Prateleira 4.
Numero 28.

PRÉFACE DE L'AUTEUR

A LA

PREMIÈRE ET A LA TROISIÈME ÉDITION.

Les pages qui suivent étaient destinées, dans le principe, à guider les Etudiants en Médecine qui observent les malades traités dans le *London Hospital*. Le plan d'instruction que l'on suit généralement dans cet établissement consiste à confier à l'élève un certain nombre de cas analogues; par conséquent, pendant que l'un étudie la laryngoscopie, un autre s'adonne à l'auscultation, un troisième s'occupe des affections du système nerveux et ainsi de suite. Après avoir examiné le malade qui lui est confié, l'Etudiant est appelé à poser son diagnostic et à indiquer quel est le traitement qu'il juge convenable d'instituer. Bien que cette méthode *individuelle* soit de beaucoup préférable à un cours, elle nécessite de la part du Professeur de fréquentes répétitions. Pour obvier à l'inconvénient d'une telle pratique, nous avons écrit quelques règles générales pour faciliter le diagnostic, règles que l'élève peut apprendre, et dont il se servira pour se guider dans l'examen clinique. Plus tard nous avons donné de l'extension à ce travail et nous nous sommes décidé à publier ce petit volume.

Comme l'étudiant de troisième année n'est encore que fort peu versé dans les connaissances scientifiques,

si ce n'est en Anatomie et en Physiologie, nous nous sommes efforcé d'éviter les mots techniques et contenté d'employer un langage simple et clair. Des figures et des diagrammes ont été insérés dans le texte chaque fois que la nature du sujet en a permis l'usage.

Ce livre étant écrit *spécialement* pour les étudiants, nous nous sommes borné à indiquer les règles générales du diagnostic et nous n'avons prêté que très-peu d'attention aux exceptions que l'on rencontre dans la pratique. Nous avons été poussé en cela par le désir de rendre cet ouvrage peu volumineux et aussi parce que les cas exceptionnels, dits *cas intéressants*, forment le texte général des Conférences Cliniques et ne sont pas du ressort absolu d'un Manuel de ce genre.

Un certain nombre de cas d'un intérêt réel, tels que les diverses formes de la phthisie, etc., ont été omis, non parce que nous avons douté de leur importance, mais parce qu'il nous a semblé hors de propos de discuter ici les opinions de tels ou tels auteurs, opinions qui ne sont pas admises par la majorité des Praticiens.

Une Deuxième édition de ce livre ayant été épuisée, nous en avons profité pour introduire dans la troisième des changements considérables.

Nous avons prêté une plus grande attention aux sujets considérés par les étudiants comme étant particulièrement difficiles. Comme l'assistance est obligatoire aux cours de Physiologie Pratique, les élèves se sont rendu familier l'emploi du microscope. C'est ce qui nous a porté à amplifier les descriptions des altérations microscopiques observées dans les états mor-

bides par Rindfleisch et par d'autres auteurs d'Histologie Pathologique.

La plupart des gravures ayant trait à cette partie de l'ouvrage ont été exécutées d'après des préparations faites par nous ou par M. Needham, aide du Professeur de Physiologie de *London Hospital*. Nous remercions ce dernier pour ses dessins, ainsi que M. le Dr H. Jackson pour ses excellents conseils touchant le diagnostic des maladies du système nerveux.

S. FENWICK, M. D.
F. R. C. P.

Londres, juin 1873.

Molestias dos pulmões, coração,
estômago e fígado
Cirurgia das vias urinarias e do utero
Affecções da pelle e syphilis
Dr Victor Godinho
CONSULTORIO
Rua do Imperio, 11A - das 3 ás 4
RESIDENCIA
Rua da Barra Funda, 25

AVANT-PROPOS.



Le Manuel de Diagnostic du Dr Fenwick, dont nous offrons aujourd'hui la traduction au public studieux de nos Ecoles, a eu, de l'autre côté de la Manche, un légitime succès, que prouve l'écoulement rapide de trois éditions.

Destiné à servir de guide à l'élève qui aborde l'étude clinique, cet ouvrage se recommande par une clarté rare d'exposition. De plus, en tête de chaque chapitre, l'auteur a pris soin d'indiquer, dans un paragraphe spécial, l'anatomie pathologique des affections auxquelles il se rapporte, ainsi que les signes microscopiques qui caractérisent la maladie qu'il étudie. C'est là une innovation éminemment pratique qui, nous l'espérons, sera hautement appréciée.

D'autres livres, sur la matière, existent déjà en France; mais ils nous paraissent difficiles à étudier avec succès par les débutants, pour lesquels la brièveté, la concision sont nécessaires s'ils ne veulent pas se heurter, dès l'abord, contre les mille difficultés et les mille détails dont la science médicale est hérissée. A notre avis ces ouvrages, dont nous n'aurions garde de contester le mérite, sont plutôt destinés à éclairer des intelligences déjà formées qu'à instruire des commençants désireux d'apprendre.

Nous croyons donc répondre à un besoin. Etre uti-

les à nos camarades, tel est notre but; l'atteindre serait notre récompense.

Ce Manuel, quoique particulièrement destiné aux Etudiants, renferme aussi des règles précises et des principes précieux pour le Praticien. Sous un petit format, il contient les bases du Diagnostic.

Néanmoins, nous prions les Médecins et les Etudiants de toutes les Facultés et Ecoles de Médecine de France qui nous feront l'honneur de nous lire de vouloir bien nous indiquer les améliorations dont ils croiraient l'introduction désirable, ainsi que les lacunes qui peuvent exister dans le diagnostic de certaines maladies, les *cas intéressants* par exemple. Nous nous empresserons de faire droit aux exigences d'une science aussi vaste que l'est celle du diagnostic, qui, tous les jours, va en progressant et devient de plus en plus sûre et positive (1).

LES TRADUCTEURS.

(1) Adresser les communications chez l'Éditeur, au nom de MM. Ossian G. Edwards ou Jules Germain.

INTRODUCTION.

Il est de toute évidence qu'avant de prétendre au succès dans le traitement d'une maladie quelconque, il faut connaître et sa nature et les symptômes qu'elle présente. Avant de formuler une prescription destinée à soulager une douleur céphalalgique, par exemple, n'est-il pas indispensable de se rendre d'abord bien compte de la cause et du lieu d'origine de la douleur? Elle peut en effet résulter d'une irritation provenant d'une carie dentaire; or, la simple extraction de la dent malade soulagera le patient. Elle peut tenir à une inflammation du périoste dont l'iodure de potassium aura facilement raison. Elle peut provenir encore d'une constipation qui cédera à l'action d'un purgatif.

Quelquefois cette douleur sera symptomatique d'une affection incurable de l'encéphale que viendrait aggraver l'administration de plus d'un médicament, très-efficace pour combattre un désordre moins terrible. C'est le diagnostic qui nous enseigne à distinguer une maladie d'une autre et à rapporter les symptômes aux causes qui les ont provoqués.

Mais ce n'est pas seulement pour instituer un traitement que le diagnostic est utile, nécessaire; il permet de prévoir quelle sera la marche, la durée probable d'une maladie déterminée.

Deux personnes, par exemple, se plaignent de palpitations de cœur; chez la première, l'étude du dia-

gnostic mettra à même de démontrer l'intégrité de la structure de l'organe et de prouver que l'excitation est due à l'irrégularité seule de la digestion, tandis que chez la seconde elle montrera le cœur affecté d'un mal incurable qui, à un moment donné, sera cause d'une terminaison fatale pour le malade.

Pour entreprendre avec fruit l'étude des moyens propres à diagnostiquer la maladie dont un organe est affecté, il faut d'abord se familiariser avec l'anatomie normale de cet organe et les altérations morbides dont il peut être le siège. Il est impossible de comprendre pourquoi le thorax donne, à la percussion, un son clair chez un malade atteint de bronchite, tandis qu'il donne un son mat chez un malade affecté d'une pneumonie ; il est impossible de le comprendre, disons-nous, pour celui qui ignore que la poitrine doit sa sonorité à la présence de l'air dans les alvéoles pulmonaires qui restent indemnes et normales dans la bronchite, tandis qu'elles sont remplies de liquide ou de matière solide dans la pneumonie.— Il faut donc revoir l'Anatomie et la Physiologie de chaque organe à l'état sain et normal, relire avec soin les descriptions des diverses maladies dont ils peuvent être atteints avant d'entreprendre l'étude du diagnostic.

On trouvera aussi un avantage réel et un surcroît d'intérêt à comparer les résultats que donne l'étude de l'anatomie pathologique avec ceux que fournit l'examen microscopique. — On se rendra ainsi familières les altérations que présentent les organes malades.

D'une manière générale on peut diviser les états morbides en deux genres : ceux dans lesquels les organes eux-mêmes ou les sécrétions de ces organes

sont altérés (ce sont les *signes physiques* accessibles à l'œil de l'observateur), et ceux dans lesquels les fonctions des organes affectés sont troublées.

Les *signes physiques* sont moins susceptibles d'induire en erreur que les autres signes, par cela même qu'en y ayant recours on est à l'abri de tout malentendu, de toute exagération de la part du malade. Ainsi, quand on entend un bruit anormal dans la région cardiaque, quand la percussion du poumon provoque de la matité ou bien encore quand on vient à découvrir du sang dans les urines, on est certain que le cœur, les poumons ou les organes de la sécrétion urinaire sont dans un état anormal, morbide. — Depuis quelque temps on fait une large part à l'étude du diagnostic et on a inventé divers instruments, tels que le *stéthoscope*, le *laryngoscope*, etc., pour rendre plus facile et plus certaine l'appréciation de la nature et de l'étendue des altérations morbides.

Il faut une application constante pour arriver à se servir avec fruit de ces instruments. Dans le but de faciliter cette étude, nous avons placé en tête de chaque chapitre une notice sur les différentes méthodes usitées dans l'examen physique et nous y avons ajouté quelques conseils concernant le mode le plus utile et le mieux approprié de se servir de ces instruments.

Les symptômes physiques ne peuvent pas être employés exclusivement pour baser un diagnostic, mais les symptômes régnants doivent avec l'historique de chaque cas particulier être pris en sérieuse considération. Il est généralement très-difficile pour un débutant de guider le malade dans les renseignements qu'il doit fournir et de ne pas laisser échapper, au milieu de détails futiles, des informations précieuses à

recueillir. — La plupart des sujets n'ont aucune suite dans la description qu'ils font de leurs maladies et insistent trop souvent sur une opinion qu'ils se forment ou qu'ils empruntent à leur entourage au lieu de s'en tenir à la simple, mais exacte narration des faits ayant trait à la nature de leur affection. On évite ces difficultés en conduisant l'examen du malade et son interrogatoire d'une manière méthodique, et en ne posant que des questions dont le but est parfaitement défini.

En général, les étudiants croient qu'il suffit d'un seul signe, d'un seul symptôme pour caractériser une maladie; malheureusement, pour la facilité du diagnostic, il n'en est pas ainsi et le plus souvent on ne peut définir un état morbide sans prendre en considération de nombreux symptômes. Souvent, pour déterminer la nature d'une affection, on devra démontrer ce qu'elle n'est pas plutôt que ce qu'elle est.

Le plan adopté dans cet ouvrage est le suivant : Diviser par groupes les maladies de chaque organe en mettant en relief quelque caractère bien marqué qui se rencontre dans certains cas, mais qui manque dans d'autres; diviser et subdiviser chaque groupe de la même manière. Ainsi les maladies du foie sont d'abord groupées en aiguës et chroniques.— Les affections chroniques sont ensuite classées en suivant, ayant égard à l'état de développement exagéré ou d'atrophie de l'organe.— Les affections avec développement anormal sont alors subdivisées par l'étude des cas où la pression détermine un effet de sensibilité ou de douleur, et des cas où rien de pareil ne s'observe.

La Science du Diagnostic serait des plus faciles à mettre en pratique si dans toutes les circonstances les

symptômes étaient les mêmes pour une même maladie ; mais il n'en est nullement ainsi, et bien que les règles que nous donnons plus loin soient, en général, suffisantes, on se trouvera cependant plus d'une fois en présence d'affections dans lesquelles manqueront les signes les plus ordinaires ou qui présenteront au contraire des phénomènes très-peu communs. Aucune affection, par exemple, ne présente de symptômes mieux caractérisés que la péritonite : douleur excessive et généralisée de l'abdomen ; sensibilité des plus développées à la pression ; pouls rapide, filiforme. On pourra cependant se trouver en présence d'une péritonite très-grave avec douleur très-obtuse et même avec insensibilité au toucher ou encore présentant un pouls fort peu différent du pouls normal.

Pour acquérir l'habileté nécessaire dans l'art du diagnostic, il est indispensable de prendre de nombreuses observations. — Il faut noter les signes et les symptômes qui se présentent dans chaque cas, l'ordre dans lequel ils se développent, le traitement appliqué, le progrès du mal, et enfin, s'il y a terminaison fatale, on doit recueillir avec soin la description des lésions morbides découvertes après la mort. On comprend facilement que sans plan arrêté on court le risque d'encombrer ses descriptions d'un nombre considérable de détails oiseux, tandis qu'on laisse dans l'ombre ou même dans l'oubli des faits importants. — En conséquence nous conseillons aux étudiants d'adopter la méthode suivante qui rendra d'utiles services jusqu'à ce que la pratique ou l'expérience leur indiquent une forme meilleure.

D'abord il est bon de s'informer *du nom, du lieu de résidence, de l'âge, de la profession du sujet.* — Il est

important de connaître l'âge, car il est des maladies, le cancer par exemple, qui affectent plus spécialement les personnes arrivées à certaines périodes de l'existence. — La profession donne souvent la clef de la maladie; c'est ainsi que parfois les peintres, les ouvriers qui manient des préparations de plomb sont sujets à souffrir de coliques, à être atteints de paralysies, etc....

On doit noter l'*attitude du patient* : dans la pleurésie avec épanchement il reste le plus souvent couché sur le côté atteint; — dans plusieurs maladies du cœur, des poumons il est généralement assis sur son lit; dans les fièvres il est étendu sans force, sans énergie, etc. Il faut aussi constater l'*état externe* du corps : Est-il émacié comme dans la phthisie? œdémateux comme dans les affections cardiaques ou rénales? La peau est-elle jaune comme dans la jaunisse? sèche et rugueuse comme dans certaines maladies des reins? souple et couverte de sueur comme dans les fièvres rhumatismales? etc... Il faut aussi accorder de l'attention aux *traits* et à l'*expression de la face* : chaque trait peut en effet fournir de précieux indices sur la nature de la maladie; l'arc sénile accompagne souvent les affections du cœur et des artères; les narines sont dilatées quand la respiration est difficile; la commissure des lèvres tombe dans la paralysie et se trouve fixée par un sourire constant dans le tétanos.

Tout en notant ces signes ou d'autres qui se présentent il ne faut pas fixer trop longtemps le malade et on doit s'accoutumer à saisir rapidement le moindre changement survenu dans son état en même temps qu'on s'efforce de le mettre à l'aise afin de le mieux disposer à répondre aux questions qu'il faut lui poser.

Tout d'abord on s'informe comment débuta le mal. S'est-il déclaré soudainement ou peu à peu ? Suit-il une autre maladie telle que la scarlatine, la fièvre rhumatismale ? Peut-on raisonnablement lui attribuer une cause particulière, l'exposition dans un endroit froid, un accident, etc.

On s'assure si quelque membre de la famille n'a pas été sujet à une maladie déterminée, et si le patient a joui jusqu'alors d'une bonne santé. — Le meilleur moyen de porter, dès le début, ses recherches sur l'organe plus spécialement affecté, c'est de demander au malade où il souffre. Si, par exemple, il accuse une douleur au côté droit de la poitrine, sachant que le poumon se trouve en cet endroit, on examine l'état des fonctions respiratoires; on s'assure si le malade tousse, s'il crache, s'il a de la dyspnée s'il a éprouvé quelque hémoptysie, etc. Une fois l'organe malade déterminé on recherche quelle est la nature de l'affection suivant les règles qui se trouvent au chapitre qui concerne la région affectée. — Enfin on prend note des signes physiques, des symptômes particuliers au cas.

Il est rare qu'un organe reste longtemps malade sans que les autres s'intéressent à leur tour; aussi doit-on constater la façon dont s'opèrent les fonctions des principaux appareils, portant particulièrement son attention sur ceux qui sont le plus menacés, la première ou la principale affection étant déjà connue. Ainsi, si on soupçonne une dégénérescence graisseuse du foie, on s'appliquera surtout à constater l'état de la rate et des reins; tout comme dans le cas d'atrophie rénale on examinera le cœur.

Il est toujours indispensable d'observer l'état du

pouls, de la respiration, de la langue, de l'appétit en même temps que les conditions dans lesquelles se trouvent les intestins; la quantité et les caractères de l'urine; enfin il faut aussi noter, s'il existe un mouvement fébrile, quel est l'état de la température au creux de l'aisselle (1).

On doit toujours écrire ses observations, car un certain nombre de cas bien décrits sont d'un prix inestimable; ce sera là, pour plus tard, un guide où puiser les meilleurs renseignements sur la pratique médicale. — On ne doit écrire que ce qu'on voit, que ce qu'on entend, dans un langage simple, sans permettre à sa plume de s'égarer dans le labyrinthe d'opinions préconçues touchant la nature de la maladie en question. Il faut être exact dans la description des signes physiques et marquer autant que faire se peut, sur des diagrammes du corps humain, le point précis où on a découvert quelque signe d'un état anormal. Aidé d'une aptitude même ordinaire pour rassembler les cas de maladie et d'une parfaite honnêteté dans le récit de ses observations, on surmontera toutes les difficultés que présente le diagnostic médical.

(1) Il est préférable, quand faire se peut, de prendre la température rectale ou sous la langue.

MANUEL

DE

DIAGNOSTIC MÉDICAL

CHAPITRE I.

DE L'INFLAMMATION.

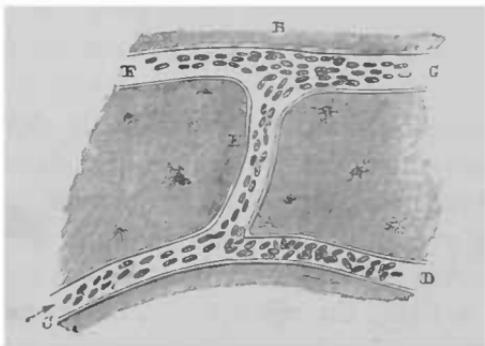
L'inflammation étant la cause de la plupart des changements morbides qui surviennent dans le corps humain, il est nécessaire d'entrer dans quelques considérations préliminaires pour indiquer quelles sont les découvertes qui ont été faites dans les régions enflammées, à l'aide du microscope. Le *processus* a été étudié avec soin sur les parties transparentes de certains animaux inférieurs : l'aile de la chauve-souris, le mésentère, la langue, la patte de la grenouille ont été le plus souvent choisis.

Dès que l'inflammation est produite, soit par l'exposition à l'air, soit par le contact d'un agent irritant, les petites artères se dilatent, deviennent volumineuses et sont parcourues par un flot de sang plus rapide. La dilatation s'étend aux capillaires et aux veines de la région affectée et s'accompagne, dès le début, d'une

augmentation dans le contenu des vaisseaux. Au bout d'un temps assez court le courant sanguin commence graduellement à ralentir sa course, des obstructions se forment çà et là, et, après quelques oscillations, toute progression du sang se trouve impossible.

Aussitôt que la circulation commence à se ralentir, on observe sur le point irrité une augmentation dans le nombre des globules blancs du sang (leucocytes). Ceux-ci se ramassent sur les côtés des vaisseaux dilatés, tandis que les globules rouges, pressés au centre, constituent bientôt une masse dans laquelle la forme particulière de chaque globule n'est plus reconnaissable. La stase des globules a le plus souvent lieu à une

FIGURE 1.



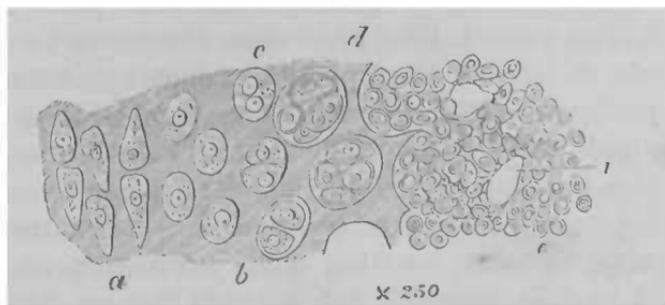
Stase due à l'inflammation (WHARTON JONES).

bifurcation des vaisseaux. Ainsi, dans la figure 1, les globules, en parcourant le canal C, viennent buter contre la paroi du capillaire, à sa bifurcation, et obturer le vaisseau D. Trouvant la route libre à travers la branche de communication, une foule de globules se rencontrent en B, venant de F ou de C, de manière à former une digue obturatrice au vaisseau F G. On

comprend facilement que la partie liquide du sang, soumise à la pression venant du cœur en C et F, et, d'autre part, arrêtée en D et G, force contre les parois des vaisseaux distendus et concourt à produire cette dilatation vasculaire, phénomène habituel de toute inflammation. Quant aux globules blancs, on les a vus passer, à travers les parois des vaisseaux, dans la trame voisine, où ils voyagent de place en place et produisent, par suite de leur divisibilité, de nombreuses cellules semblables à eux.

Quelques physiologistes attribuent aux globules blancs du sang toute nouvelle formation cellulaire s'opérant dans le voisinage d'une région enflammée. D'autres, au contraire, admettent que les éléments propres des tissus s'accroissent en nombre par division

FIG. 2.



Aspect d'un cartilage enflammé vu au microscope (gross. 250). *a*, cellules cartilagineuses normales; *b*, *c*, *d*, cellules cartilagineuses augmentées par division; *e*, *i*, groupes cellulaires de nouvelle formation. (CORNIL et RANVIER.)

et président à la formation des cellules du pus et des autres produits inflammatoires. Ce *processus* est représenté, figure 2, tel qu'il s'observe dans un cartilage enflammé.

CHAPITRE II.

MALADIES DU CŒUR ET DU PÉRICARDE.

1. — Les principales maladies du cœur sont : la *Péricardite*, la *Myocardite*, l'*Hydropéricarde*, l'*Hyper-trophie*, la *Dilatation*, la *Dégénérescence graisseuse*, l'*Endocardite* et les *Affections valvulaires*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Péricardite ou Inflammation du Péricarde.

2.—Si la mort survient à la première période, le feuillet séreux est rouge, rugueux, ramolli, sec, plus épais qu'à l'état normal ; il est généralement recouvert d'une couche de lymphé plastique qui se dépose sous forme de petites villosités, de granulations semblables à des grains de sable, et quelquefois même à des filaments. Toutes ces dispositions proviennent des mouvements du cœur, qui, sans cesse, séparent l'une de l'autre les surfaces séreuses, revêtues d'une exsudation molle. Plus tard, le péricarde est distendu par un liquide trouble, où flottent quelques flocons de lymphé. Ce liquide est quelquefois mélangé de pus ou de sang. Quand il se rencontre de petits tubercules sur le péricarde, la maladie prend le nom de *Péricardite tuberculeuse*.

La Péricardite a pour effets premiers d'accroître l'action cardiaque et de produire une fièvre générale. Si le liquide épanché est considérable, il restreint l'ac-

nergie du cœur et il détermine des congestions dans les poumons ou dans d'autres organes importants. Lorsque l'inflammation est terminée on trouve souvent des brides entre les deux faces du péricarde et même quelquefois une oblitération de la cavité séreuse, causée par des adhérences généralisées.

Pour les détails que fournit l'examen microscopique, nous renvoyons le lecteur au chapitre qui traite de la *Pleurésie*.

Hydropéricarde ou Hydropisie du Péricarde.

3.— Dans cette affection, un liquide ambré distend la cavité du péricarde sans que le feuillet séreux soit épaissi ou enflammé. Cet état dépend le plus souvent d'une maladie du cœur lui-même, ou quelquefois d'une affection des reins. La pression du liquide, dans le cas où il est abondant, entrave la libre action du cœur et provoque ainsi la congestion des poumons et du muscle cardiaque.

Hypertrophie du Cœur.

4.— Dans cette maladie le cœur prend une forme globuleuse; son volume s'accroît d'une manière considérable, et souvent il acquiert le double, le triple du poids qu'il possède à l'état normal. L'épaisseur des parois augmente aussi beaucoup, et, quand on les coupe, on les trouve fermes et résistantes; elles ne s'affaissent pas lorsque les cavités cardiaques sont à l'état de vacuité. L'examen microscopique, sauf le cas de dégénérescence graisseuse, montre des fibres musculaires à bords très-nets, à stries transversales marquées, mais dont le volume n'est en rien différent de celui qu'elles présentent habituellement.

Il y a trois formes d'hypertrophie : 1^o l'*Hypertrophie simple* avec épaissement des parois, sans agrandissement de la cavité ; 2^o l'*Hypertrophie excentrique* ou *Hypertrophie avec dilatation*, dans laquelle les parois sont épaissies et la cavité plus ou moins dilatée ; 3^o l'*Hypertrophie concentrique*, caractérisée par l'épaisseur plus prononcée des parois et la capacité moindre des cavités. La seconde forme est, de beaucoup, la plus fréquente, tandis que la troisième, plus rare, est même niée par quelques médecins.

L'Hypertrophie est produite par un obstacle qui s'oppose au cours du sang, obstacle assez puissant pour qu'une activité plus grande du cœur soit seule capable de le vaincre ; elle est, en d'autres termes, due à un travail exagéré auquel l'organe est soumis ; aussi le ventricule droit (Fig. 3, voir 3) est-il atteint plus particulièrement dans le cas d'emphysème, de bronchite chronique, d'affections du cœur gauche, alors que le passage du sang à travers les poumons (Fig. 3, v. 6) est entravé. Le ventricule gauche, s'hypertrophie (Fig. 3, v. 4), quand l'obstacle siège dans l'aorte (Fig. 3, v. 7). L'oreillette gauche, à son tour, devient malade quand la valvule mitrale est rétrécie.

Le cœur peut être hypertrophié soit en totalité, soit partiellement. C'est le plus fréquemment le ventricule gauche qui est affecté ; dans ce cas, le cœur est allongé. Si, au contraire, c'est le ventricule droit qui est atteint, il constitue la totalité ou la plus grande partie de la pointe du cœur, qui affecte alors la forme carrée. Dans le cas d'hypertrophie, l'énergie plus grande du cœur tend à produire certaines maladies du cerveau ou d'autres organes importants.

FIG. 3. — Diagramme de la circulation. (DALTON.)



- 1. Ventric. gauche.
- 2. Oreillette droite.
- 3. Ventricule droit.
- 4. Oreillette gauche.
- 5. Veines pulmonaires.
- 6. Pouxons.
- 7. Aorte.

- 8. Cerveau et extrémités supérieures.
- 9. Veines caves.
- 10. Rate.
- 11. Intestins.
- 12. Reins.
- 13. Extrémités inférieures.
- 14. Foie.

Dilatation du Cœur.

5. — Le cœur atteint de cette affection présente une forme plus carrée qu'à l'état sain ; l'accroissement d'une ou de plusieurs de ses cavités est cause que cet organe offre un volume supérieur à celui qui lui est propre normalement. A l'examen microscopique, on observe que les stries des fibres musculaires apparaissent souvent indistinctes et granuleuses ; d'autres fois, on constate qu'elles sont affectées de dégénérescence grasseuse.

On distingue trois formes de dilatations :

1° *La Dilatation simple*, avec augmentation dans le volume de la cavité, sans que cependant les parois soient plus épaisses qu'à l'état normal ;

2° *La Dilatation avec hypertrophie*, dans laquelle les parois de la cavité élargie sont plus épaisses que quand elles sont saines ;

3° *La Dilatation avec amincissement* des parois de la cavité anormalement volumineuse.

La Dilatation peut provenir de toutes les causes qui s'opposent à la complète déplétion d'une des cavités du cœur ; c'est ainsi que le ventricule gauche est atteint lorsqu'une occlusion imparfaite des valvules aortiques permet au sang qui vient d'être rejeté d'opérer un mouvement de reflux. Cette affection peut encore être due au manque de tonicité de la masse musculaire provenant d'une myocardite, d'un état de débilité générale, d'une dégénérescence grasseuse ou enfin de toute autre modification régressive du muscle cardiaque. La *Dilatation* atteint généralement les deux ventricules à la fois ; mais le droit est le plus ordinairement affecté quand la lésion est unilatérale. Les oreil-

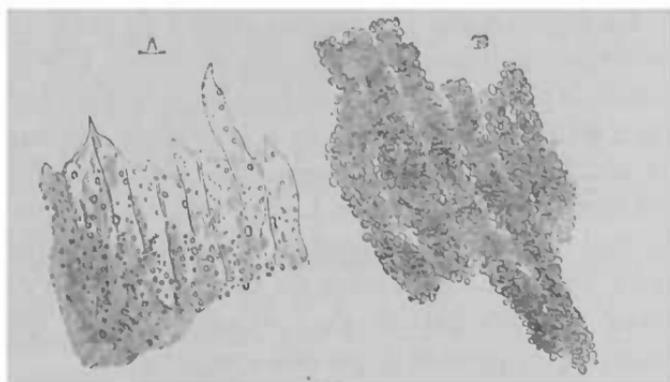
lètes participent le plus souvent à l'accroissement de capacité.

En raison de la faiblesse des contractions cardiaques, les poumons et le foie peuvent se congestionner et donner naissance à l'hydropisie.

Dégénérescence graisseuse.

6.—Le cœur, dans cette maladie, présente une coloration jaune pâle; son tissu est mou, flasque, gras, et se déchire facilement. Sous le microscope, les fibres apparaissent sans contours nets ni stries et plus ou moins chargées de graisse; d'autres fois, le sarcolemme est rempli de matière granuleuse (Fig. 4).

FIG. 4.



Spécimen de dégénérescence graisseuse du cœur. A, fibres du cœur prises dans les colonnes charnues des valvules mitrales. B, période extrême de dégénérescence graisseuse indiquant le changement complet de la fibre musculaire en molécules grasses, mais conservant encore la forme linéaire.

(JONES et SIEVEKING.)

La Dégénérescence graisseuse se présente sous quatre formes différentes. Elle peut être : 1° Bornée aux

couches superficielles du muscle, immédiatement au-dessous du péricarde et provenir, par exemple, d'une péricardite. 2° Elle peut se présenter par points ou taches blanchâtres, placées immédiatement au-dessous de l'endocarde ; cela s'observe surtout dans les affections valvulaires ou dans d'autres maladies du cœur. 3° On peut la rencontrer sous la forme d'une plaque isolée, siégeant en général sur les parois du ventricule gauche ; c'est, le plus souvent, le résultat d'une nutrition imparfaite provenant de l'obstruction des artères coronaires par un athérome ; 4° La *dégénérescence graisseuse* s'observe encore, étendue à l'organe tout entier, dans la fièvre, le cancer, ou dans quelque autre maladie apportant un obstacle à la nutrition générale.

La *Dégénérescence graisseuse* atteint de préférence le ventricule gauche et les colonnes charnues. Elle se rencontre le plus ordinairement chez les personnes âgées ou chez celles qui sont arrivées à la période moyenne de la vie. Elle est souvent compliquée d'autres affections du cœur ou des artères. L'effet le plus marquant de ce mal est l'affaiblissement de l'énergie cardiaque, duquel résulte l'insuffisance du sang dans le cerveau et dans d'autres parties de l'organisme, ainsi que des attaques fréquentes de pseudo-apoplexie.

Infiltration graisseuse.

7. — Il importe de ne point confondre l'*Infiltration graisseuse* avec la *Dégénérescence graisseuse*. C'est tout simplement une forme d'obésité locale, qui consiste en une accumulation de graisse sous le péricarde et entre les fibres musculaires. Les fibres restent saines et par-

faitement en état d'accomplir les fonctions qui leur incombent dans le jeu de l'organe.

Endocardite ou Inflammation du Péricarde.

8. — Dans l'ENDOCARDITE, la membrane interne du cœur (endocarde) est rouge, rugueuse, par suite de dépôts de lymphé plastique; on peut rencontrer les valvules opaques, épaissies ou rétractées. Des saillies analogues à de petites verrues et nommées *Végétations* s'observent souvent dans les cas récents et surtout dans les points où les valvules sont en contact au moment de l'occlusion de l'orifice. Parfois, on rencontre les valves soudées, les cordes tendineuses ou les valvules ramollies et déchirées. Plus rarement, on trouve des ulcérations dans l'endocarde ou des perforations valvulaires. Le cœur gauche est généralement le siège de cette affection, et la valvule mitrale est plus fréquemment atteinte que les valvules aortiques. Chez les vieillards, elles deviennent ordinairement épaissies, atrophiées, rétractées ou ossifiées par suite de dégénérescence.

Ces divers changements morbides ont pour résultat, soit en rétrécissant les orifices cardiaques d'entraver le libre passage du sang au travers de ceux-ci, soit en empêchant l'occlusion complète de l'appareil valvulaire, de permettre le reflux partiel du liquide, dans une cavité qui vient de l'expulser (régurgitation). On comprend donc qu'une lésion valvulaire ouvre la voie à l'hypertrophie et à la dilatation du cœur.

Myocardite ou Inflammation du Muscle cardiaque.

9. — La MYOCARDITE peut se présenter soit sous forme d'inflammation idiopathique et généralisée, soit sous

forme d'affection limitée aux fibres musculaires qui se trouvent immédiatement au-dessous du péricarde ou de l'endocarde. La première forme est excessivement rare ; la seconde, beaucoup plus commune, accompagne surtout l'*Endo-Péricardite*. La charpente musculaire est alors ramollie et présente une couleur rouge foncée ; parfois, cependant, on la trouve ferme et dense. L'examen microscopique montre les fibres privées de stries transversales et formées en grande partie de matière grasse et granuleuse.

Comme l'inflammation diminue le pouvoir contractile du muscle, l'action du cœur est affaiblie et irrégulière, d'où un ralentissement de la circulation générale.— LA MYOCARDITE peut se terminer par la formation d'un abcès ou par la dilatation du cœur.

Cancer du Cœur.

10. — Le CANCER DU CŒUR s'observe seulement comme extension d'une tumeur maligne du péricarde ou du médiastin, ou bien encore quand d'autres organes importants en sont simultanément affectés.

Tubercule du Cœur.

11.— Cette affection très-rare n'atteint généralement que les enfants affligés d'une tuberculose généralisée.

Thrombus.

12. — Le sang peut parfois se coaguler pendant la vie, sur un point du système vasculaire, principalement dans les veines ou dans le cœur, tout comme il advient en dehors de l'organisme après une saignée. — Ce coagulum, nommé *Thrombus*, peut être dû, soit à un ralentissement du courant sanguin comme dans l'anévrysme, soit au contact du sang avec une membrane interne rugueuse comme il arrive dans l'endocardite.

Le *Thrombus* peut ensuite s'organiser ou se ramollir. — S'organise-t-il? il s'y développe alors des vaisseaux sanguins et le coagulum se convertit en tissu connectif fortement adhérent aux parois du vaisseau. — Se ramollit-il? cette action débute généralement par la partie centrale du caillot, qui alors forme une masse molle, pulpeuse, présentant souvent l'aspect du pus, mais dans laquelle le microscope ne décèle que la présence de granulations, de globules graisseux ou de globules sanguins altérés. — Le résultat le plus grave produit par le ramollissement du thrombus, c'est que quelques parties, étant entraînées par le courant sanguin, viennent s'arrêter dans d'autres portions de l'appareil vasculaire. (Voir à l'article *Embolie*.)

Volume et bruits du Cœur.

13.— Il est important de se familiariser avec le volume normal du cœur et avec les bruits que provoque cet organe à l'état sain. On se rend compte du volume par la percussion; pour y procéder, le sujet doit être couché sur le dos, la tête un peu élevée. On frappe alors légèrement avec la pulpe de l'index de la main droite, la face dorsale de l'index de la main gauche appliqué sur la région précordiale; une percussion trop énergique détermine de la matité là où le cœur est déjà recouvert par le poumon. — On doit partir du point où la matité est le plus prononcée pour s'en éloigner graduellement jusqu'à ce qu'un son clair indique la présence du bord pulmonaire. On marque d'une raie à l'encre les limites de la matité. — Pour un cœur sain, la matité superficielle se termine, à droite, suivant une ligne verticale qui, commençant au niveau du

quatrième cartilage costal descend sur le milieu du sternum. Du côté gauche la limite est indiquée par une ligne qui s'étend du sternum, au niveau du quatrième cartilage costal, à la pointe du cœur. En bas, la matité est délimitée par une ligne allant de l'extrémité inférieure du sternum, au niveau du sixième cartilage costal, à la pointe du cœur qui, normalement, bat entre la cinquième et la sixième côte; c'est-à-dire, chez l'homme, à environ un ou deux pouces au-dessous et un peu à droite du mamelon gauche. Il faut pour percuter le cœur chez la femme refouler un peu le sein de côté.

14. — Le cœur, à l'état sain, fait entendre deux bruits : le premier est facilement perçu quand le stéthoscope est placé sur la partie qui correspond à la pointe; et le second est mieux entendu si l'instrument est appliqué vers le milieu du sternum au niveau du troisième cartilage costal (ce troisième cartilage est le plus proéminent à la partie supérieure de la poitrine). — Le premier bruit est plus sourd et plus prolongé que le second, il correspond à la sortie du sang : (*Systole*). Il coïncide avec le choc du cœur et précède un peu le pouls radial. Le second bruit accompagne l'occlusion des valvules semi-lunaires et le flot sanguin qui tombe passivement des oreillettes dans les ventricules (*Dias-tole*). — Les bruits sont généralement mieux perçus quand le patient est debout; mais dans certaines affections on doit, si faire se peut, procéder à cet examen dans des positions différentes. On fait coucher le sujet sur le dos, sur le côté gauche, ou bien asseoir sur son lit et pencher en avant, etc... Il est quelquefois plus facile de saisir les altérations qui se produisent dans les bruits du cœur en faisant promener vi-

vement le malade, dans la chambre, avant de se livrer à l'examen du cœur.

15.— Il nous paraît utile de donner ici un conseil sur le choix d'un stéthoscope. Le STÉTHOSCOPE en bois est le mieux approprié à l'examen ordinaire du cœur. Avant d'en acheter un, on doit s'assurer que l'embout destiné à recevoir l'oreille est assez large, qu'il s'applique exactement à sa propre oreille et que le côté opposé n'a qu'un diamètre modéré.

Le STÉTHOSCOPE FLEXIBLE du D^r Canman, dans lequel il y a deux extrémités, une pour chaque oreille, peut servir pour l'examen du cœur, mais il est plus commode pour l'auscultation des poumons. Le STÉTHOSCOPE double ou différentiel du D^r Scott Alison est très-utile dans les affections du poumon et peut être aussi employé avec avantage dans le diagnostic des lésions valvulaires. Lorsque l'on veut, par exemple, s'assurer si c'est la valvule mitrale ou les valvules aortiques qui produisent un souffle, on place une des extrémités de l'instrument sur la pointe du cœur et l'autre sur le sternum, au niveau du troisième cartilage costal. Si le souffle a son origine à l'orifice mitral, il sera perçu seulement ou mieux du côté de la pointe, tandis que si sa source est dans les valvules aortiques, il se fera entendre à l'autre extrémité du tube.

16.— L'état du Pouls fournit aussi de précieuses indications sur la manière dont le cœur accomplit ses fonctions. Règle générale : on ne doit jamais tâter le pouls d'une malade au moment où on commence à l'interroger, mais il faut lui laisser le temps de surmonter l'excitation nerveuse que peut lui causer l'arrivée du médecin. Un seul doigt placé sur l'artère suffit pour apprécier la rapidité du pouls ; mais il con-

vient d'en appliquer deux ou trois afin de pouvoir mieux apprécier tous les autres phénomènes qu'il peut présenter.

17. — On doit, en tâtant le pouls, observer s'il est *fréquent, régulier, ample, plus ou moins énergique* ou *dépressible*. Dans l'enfance, le pouls est fréquent (de 110 à 120 pulsations à la minute); à l'âge de 3 ans, il bat de 90 à 95 fois, tandis que chez l'adulte il n'arrive ordinairement qu'à 72. Il est généralement très-lent dans les compressions du cerveau, fréquent dans les fièvres, dans les cas d'inflammation ou de grande débilité.

Le **POULS** est dit **INTERMITTENT** lorsqu'une pulsation fait défaut de temps en temps; il est **IRRÉGULIER** quand les intervalles qui séparent les battements sont inégaux quant à la durée. La *force* et la *plénitude* du pouls offrent une grande importance à considérer, car elles indiquent le degré d'énergie avec lequel s'opère la circulation. **LE POULS EST FORT** chez les personnes jeunes ou qui sont atteintes d'une hypertrophie du cœur; **IL EST FAIBLE** dans les cas de dilatation de cet organe ou quand le sujet est atteint de débilité générale. La **DÉPRESSIBILITÉ** doit être aussi prise en sérieuse considération; si, par exemple, le pouls cesse de battre sous une légère pression des doigts, il indique que la circulation est dans un état d'excessive faiblesse. Chez les vieillards, on pourra prendre un pouls faible pour un pouls fort par suite de l'épaississement des parois artérielles. Pour se rendre un juste compte de la situation, il suffit de comprimer l'artère le long de laquelle on promène son doigt; s'il y a épaississement des parois, ce moyen permettra facilement de le constater.

18. — On est en droit de soupçonner une affection cardiaque si le malade accuse des douleurs dans le côté gauche, des palpitations; si les lèvres et la face sont cyanosées, s'il y a gêne dans la respiration, s'il y a de la toux, de l'expectoration, de l'œdème des jambes, un pouls irrégulier ou intermittent.

Il faut s'informer si les symptômes sont survenus brusquement (*Maladies aiguës*) et dans ce cas consulter le § 19 et suivants. Si la maladie a débuté lentement (*Maladies chroniques*) on se reportera au § 31.

SECTION I.

Maladies aiguës du cœur.

19. — Parmi les affections aiguës du cœur, on range la *Péricardite* à la première et à la deuxième période, l'*Endocardite* et les *Palpitations nerveuses*. En vue de faciliter le diagnostic, on commence par employer la percussion. En effet, si la matité cardiaque est de beaucoup plus étendue que la matité ordinaire, on a affaire à une péricardite avec épanchement, sinon à une autre maladie.

20. — A. PÉRICARDITE AVEC ÉPANCHEMENT. L'aire de la matité précordiale est augmentée, elle prend une forme pyramidale à sommet supérieur; les bruits du cœur, surtout le premier, sont moins intenses, le choc est plus faible, parfois ondulatoire, la pointe bat au-dessus et à gauche de sa position normale.

21. — Il est rare qu'à ce moment il existe une forte douleur, qu'elle soit spontanée ou qu'elle soit provoquée par la pression. En général, on observe de la

gêne respiratoire, de l'anxiété; le pouls est rapide ou irrégulier; le malade, couché sur le dos, ne change de position qu'avec peine.

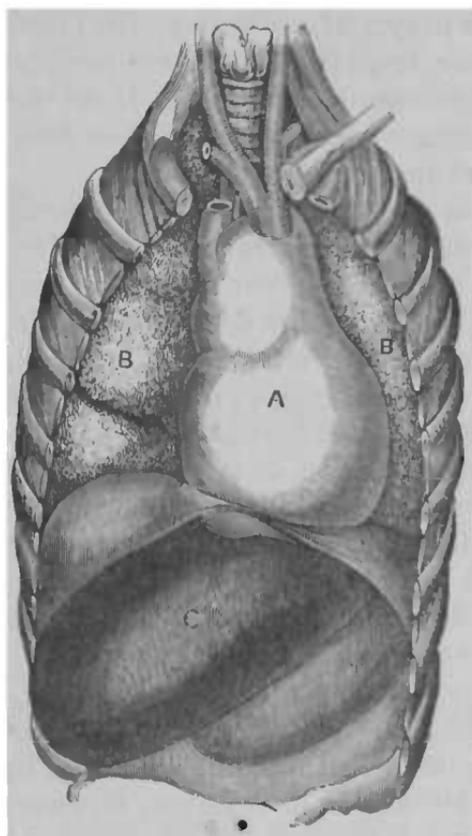
La faiblesse des bruits tient à leur transmission à travers le liquide dont la pression soulève et déplace le cœur. La constatation de la matité à gauche du point où bat normalement la pointe est un signe des plus certains. Les limites de la matité varient selon la position qu'occupe le malade; le décubitus dorsal est la situation dans laquelle cette matité occupe le plus d'espace. Il faut avoir soin de limiter à l'encre l'aire de la matité afin de pouvoir se rendre compte journellement si elle augmente ou si elle diminue.

22.— Il est assez facile de prendre, à cette période de la maladie, un Hydropéricarde pour une Péricardite; mais au début cette dernière affection s'accompagne de douleur et de sensibilité à la pression, ce qui n'existe pas dans l'Hydropéricarde. La Péricardite se déclare généralement après une affection rhumatismale aiguë, après une affection rénale, une pyémie, une scarlatine; tandis que l'Hydropisie du Péricarde ne survient guère qu'à la suite d'un hydrothorax. L'accroissement de la matité cardiaque peut aussi être dû à une pleurésie, mais dans ce cas on trouve aussi de la matité en arrière et dans le côté gauche de la poitrine avec absence de tout bruit vocal ou respiratoire.

23. — B. PÉRICARDITE AVEC EXSUDATION DE LYMPHE. La matité cardiaque est tout à fait normale ou à peine accrue en surface; les bruits n'offrent rien de particulier, mais s'accompagnent d'un double craquement superficiel; le choc du cœur est quelquefois plus énergique qu'à l'état normal.

24. — Dans la Péricardite on constate ordinairement une douleur précordiale qu'augmentent la pression,

FIG. 5.



Aspect du péricarde distendu par du liquide. A, cœur; B, poumons; C, foie (Sussor). — Entre la 4^e et la 5^e côte, il y a matité; au niveau de la 6^e l'impulsion est moins perceptible; au niveau de la 7^e, les bruits sont faibles, surtout le second.

le moindre mouvement, et même l'inspiration. En même temps il y a anxiété, gêne dans la respiration, fièvre caractérisée par la rapidité et souvent même par

l'irrégularité ou l'intermittence du pouls. Il faut toujours avoir présent à la mémoire que dans l'affection qui nous occupe le malade peut fort souvent n'accuser ni douleurs ni symptômes qui appellent l'attention du côté du cœur, tandis qu'on observe parfois du délire et des vomissements incoercibles. Il est donc nécessaire d'examiner fréquemment le cœur dans toutes les affections rhumatismales ou rénales.

23. — Les craquements ou les frottements sont dus aux rugosités des surfaces séreuses, encroûtées de lymphes et glissant l'une sur l'autre. On pourrait confondre ces bruits avec le souffle de l'Endocardite, mais on sait que dans la Péricardite le bruit est à la fois systolique et diastolique, qu'il est superficiel, variable dans ses caractères et borné à la région du cœur. De plus, la seule pression de la main ou du stéthoscope suffit souvent pour altérer ou renforcer le bruit ; enfin la Péricardite est le plus généralement escortée par la douleur ou par la sensibilité à la pression. D'ailleurs la Péricardite et l'Endocardite se rencontrent plus d'une fois ensemble.

Les frottements perçus dans la région cardiaque peuvent aussi être produits par une Pleurésie ; mais, tout au moins, on est toujours certain qu'ils ont pour cause l'inflammation de la plèvre, si, lorsque le malade suspend sa respiration, tout bruit cesse aussitôt. L'existence d'adhérences dans le péricarde n'est démontrée par aucun signe.

Les symptômes les plus caractéristiques de la PÉRICARDITE AVEC EXSUDATION DE LYMPHE sont : l'absence de toute modification dans l'aire de la matité cardiaque lorsque le malade change de position ou fait une inspiration profonde ; la fixité de la pointe malgré les

mouvements du sujet ou l'énergie des inspirations; enfin le retrait soit d'un ou de plusieurs espaces intercostaux, soit de l'épigastre, à chaque battement du cœur.

26.—**C.** L'un des bruits ou tous les deux sont accompagnés ou remplacés par un son étendu et soufflant (*murmure*) : on a dans ce cas affaire à une ENDOCARDITE.

27.— Le murmure que l'on perçoit provient de ce que les valvules sont épaissies, rugueuses ou insuffisantes.

L'ENDOCARDITE donne lieu à de l'anxiété et à une grande fréquence de la respiration, en même temps qu'elle détermine un accroissement dans la force du choc cardiaque, de la rapidité et souvent même de l'irrégularité du pouls, de la toux et de la fièvre. De même que la Péricardite, elle se développe généralement dans le cours des affections rhumatismales ou rénales. Elle peut aussi exister sans présenter de symptômes qui fassent penser à une maladie de cœur.

28.— La principale difficulté dans le cas qui nous occupe est de déterminer si le souffle est dû à une ENDOCARDITE *récente* ou à une lésion valvulaire *ancienne*. Le diagnostic est éclairé dans le cas d'ENDOCARDITE par la présence de la fièvre et l'absence du développement anormal que conserve toujours le cœur qui a été atteint d'une affection valvulaire d'une certaine durée. C'est à la pointe que le souffle est généralement plus intense, parce que la valvule mitrale est le plus ordinairement affectée. Dans l'ENDOCARDITE comme dans la Péricardite, l'énergie cardiaque est plus d'une fois accrue avant qu'on puisse percevoir le moindre signe stéthoscopique.

29.—**D.** Les bruits du cœur sont très-forts, très-clairs le choc est plus violent, brusque, vif et bref; la pointe bat à sa place normale; le pouls n'est pas irrégulier.

d'une manière permanente. Un malade présentant ces symptômes est atteint de **PALPITATIONS NERVEUSES**.

30.— Les **PALPITATIONS NERVEUSES** sont dues à l'existence de quelque autre état morbide; ordinairement le choc du cœur fatigue beaucoup plus le malade que s'il était porteur d'une lésion organique. Les causes productrices les plus fréquentes de cette affection sont : la dyspepsie, la goutte, les troubles de la menstruation, les rhumatismes, l'abus du tabac, du thé, des stimulants alcooliques, etc.

SECTION II.

Maladies chroniques du cœur.

31.— Les maladies chroniques du cœur sont : *l'Hypertrophie, la Dilatation, les Lésions valvulaires et la Dégénérescence graisseuse du cœur.*

Il faut tout d'abord mesurer par la percussion l'aire de la matité cardiaque et prendre note exactement du lieu où frappe la pointe. Les trois premières affections citées ci-dessus offrent d'une manière constante une matité plus étendue qu'à l'état sain; ce symptôme fait généralement défaut avec les deux dernières, mais, comme fort souvent elles sont associées à la première il se peut que l'aire de la matité soit accrue.

A.— *Cas où l'aire de la matité est plus étendue et le volume augmenté.*

32.— **A.** Le premier bruit du cœur est sourd, profond et prolongé; le second semble plutôt affaibli; le choc intense, ralenti, soulève la poitrine; la pointe frappe plus bas qu'à l'état sain. Ces signes indiquent une **HYPERTROPHIE DU CŒUR**.

33. — Le pouls est en général ferme et ample ; la force du choc provient de l'énergie plus considérable de l'organe ; l'affaiblissement des bruits tient à ce que leur transmission se fait à travers une épaisse couche musculaire. L'HYPERTROPHIE DU CŒUR s'accompagne très-souvent de toux, d'expectoration, de dyspnée ; mais, comme cette maladie se trouve très-rarement seule, produite qu'elle est le plus souvent par une affection antérieure des valvules, des poumons, ou des reins, les signes physiques et les symptômes varient suivant la complication existante. C'est ainsi qu'on rencontre quelquefois dans l'HYPERTROPHIE DU CŒUR les souffles parti-culiers aux lésions valvulaires ou les symptômes d'une maladie rénale. Quand le ventricule gauche est plus spécialement atteint, la pointe est refoulée au-dessous de sa position normale et les carotides battent violemment. Quand au contraire, c'est le ventricule droit qui est le plus sérieusement affecté, la pointe se projette en dehors, rarement en bas. L'épigastre peut être alors soulevé par les palpitations. Le second bruit est plus énergique à l'orifice pulmonaire qu'à l'orifice aortique ; enfin, on observe souvent de la turgescence et des battements dans les jugulaires.

34. — B. Le premier bruit est clair, bref, éclatant comme le second bruit normal, le fonctionnement du cœur, souvent irrégulier, s'accompagne d'un choc faible et parfois ondulatoire, la pointe est abaissée. On reconnaît à ces signes la DILATATION DU CŒUR.

35. — Le pouls est petit, faible, irrégulier ou intermittent. Les symptômes principaux sont : des palpitations fatigantes, de la dyspnée, de la toux, de l'expectoration, de la cyanose des lèvres et de la face, de l'hydropisie, des troubles digestifs et enfin une très-

notable diminution dans la quantité des urines émises. Tous ces phénomènes ont pour cause le peu d'énergie du cœur. La faiblesse du choc et l'intensité des bruits sont dues à des conditions absolument différentes de celles qui accompagnent l'hypertrophie. Des bruits de souffle sont souvent perçus par suite de lésions existantes. Le plus communément la DILATATION DU CŒUR est causée par les maladies affectant les valvules ou par l'emphysème pulmonaire. L'emphysème masque l'augmentation de volume de l'organe cardiaque en donnant à la région précordiale une résonance anormale et en refoulant le cœur, même quand il est sain, en bas, vers l'épigastre.

36. — L'HYPERTROPHIE et la DILATATION DU CŒUR se rencontrent très-fréquemment réunies. Si l'*Hypertrophie* prédomine, la matité cardiaque est plus étendue, surtout dans le sens vertical; tandis que si c'est la *Dilatation* qui l'emporte, l'aire de la matité s'étend dans le sens transversal.

37. — **D.** — Les bruits du cœur sont faibles, éloignés; le choc est moins énergique, parfois ondulatoire; l'aire de la matité affecte une forme pyramidale à base supérieure : on peut se trouver en présence d'un **HYDROPÉRICARDE** ou d'une **PÉRICARDITE CHRONIQUE**.

38. — L'**HYDROPÉRICARDE** ne survient guère que dans le cas d'hydrothorax ou d'hydropisie générale (pour le distinguer de la péricardite avec épanchement, voir § 22). — La **PÉRICARDITE CHRONIQUE** peut se confondre avec la dilatation du cœur. Dans les deux cas, en effet, l'étendue de la matité est agrandie et le choc est plus faible; mais, en raison de l'épanchement dû à la **Péricardite**, la matité prend une forme pyramidale, tandis que les bruits s'affaiblissent. Dans la Dilatation, au

contraire, les bruits plus clairs et plus éclatants coïncident avec une matité à forme carrée. La PÉRICARDITE débutant enfin comme une maladie aiguë détermine rarement de l'hydropisie, tandis que la DILATATION présente toujours une marche chronique et s'accompagne, le plus souvent, d'un œdème des membres inférieurs.

B. — *Cas où l'aire de la matité n'est pas nécessairement augmentée.*

39. — **A.** — L'un des bruits ou tous les deux sont accompagnés ou remplacés par un souffle : LA MALADIE AFFECTE, DANS CE CAS, L'UNE DES VALVULES DU CŒUR.

40. — Quand la percussion provoque un son anormal au niveau de la région cardiaque, on doit s'assurer, *tout d'abord*, s'il se produit dans les poumons ou dans le cœur. Il faut donc prier le malade de retenir, pour un moment, sa respiration ; si le bruit cesse immédiatement c'est qu'il prend naissance dans les poumons ; tandis que, s'il persiste après l'arrêt du jeu respiratoire, c'est qu'il est produit par le cœur.

41. — On reconnaît quelle est la valvule affectée en recherchant le point où le souffle est le plus intense, ce qu'on obtient facilement par l'examen comparatif des différentes régions cardiaques. Si le souffle est énergique à la pointe (A, fig. 6), à peine ou nullement perceptible au niveau du cartilage ensiforme et saisissable à l'angle inférieur de l'omoplate, c'est la valvule mitrale qui est lésée ou incapable de remplir ses fonctions. Si, au contraire, l'intensité est plus grande au niveau du cartilage ensiforme (C, fig. 6), s'il est peu ou point perceptible à la pointe, la valvule tricuspide est le siège du murmure ; s'il est plus énergique au niveau du sternum, juste au milieu du troisième cartilage costal, il dépend d'une affection des valvules ou de l'artère

pulmonaire (B, D, fig. 6). C'est l'aorte et ses valvules qui sont atteintes quand le bruit est plus intense à droite, au niveau du second cartilage costal; c'est au contraire l'artère pulmonaire ou ses dépendances qui

FIG. 6.

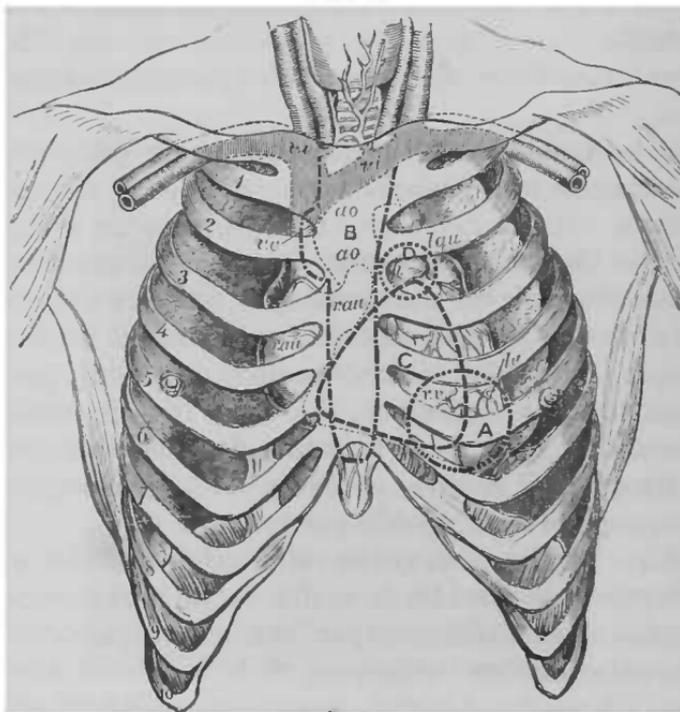


Diagramme montrant les points au-dessus desquels sont surtout entendus les murmures des différentes valvules. A, siège du murmure mitral; B, siège du murmure aortique; C, siège du murmure tricuspide; D, siège du murmure tricuspide; *v u*, ventricule droit; *l v*, ventricule gauche; *l au*, oreillette gauche; *l r au*, oreillette droite; *a o*, aorte; *v c*, veine cave (GAIRDNER).

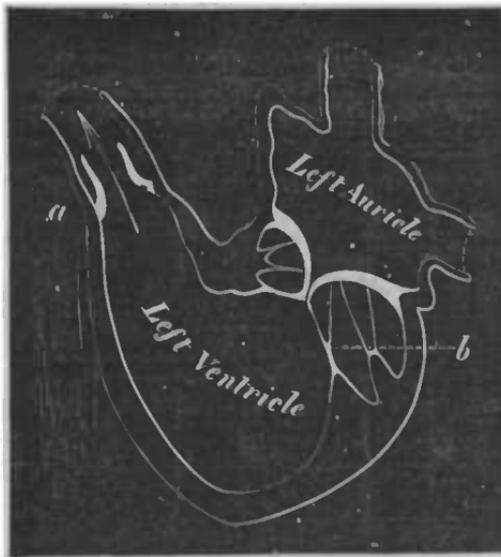
sont le siège d'une lésion quand un souffle est perçu au niveau du second cartilage gauche.

42. — Il faut avoir grand soin, pendant qu'on ausculte le malade à l'aide du stéthoscope, de le placer

doigt sur une des artères radiales, afin de s'assurer si le bruit anormal que l'on entend coïncide avec le pouls et le premier bruit du cœur (*souffle systolique*); s'il précède immédiatement ce premier bruit (*souffle pré-systolique*) ou bien s'il accompagne le second bruit (*souffle diastolique*).

43. — Plus d'un étudiant ne peut se rendre compte du siège d'un souffle parce qu'il ne connaît pas d'une

FIG. 7 (1).



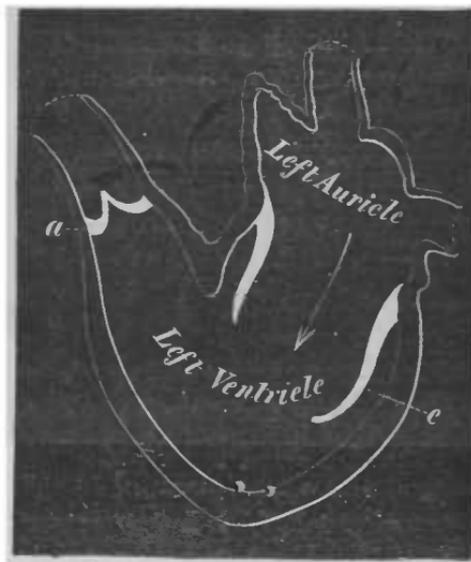
Ventricule au moment de la contraction (premier bruit) *a*, valvule semi-lunaire ouverte; *b*, valvule auriculo-ventriculaire fermée. *a*, sang passant dans les artères; pouls au poignet un peu après, oreillette remplie de sang (DALTON).

manière précise à quelles fonctions du cœur correspondent les deux bruits. On trouvera plus loin des dia-

(1) Les traducteurs ayant emprunté les planches de l'édition anglaise pour plus d'exactitude, on ne s'étonnera pas d'y voir des indications en anglais.

grammes destinés à faciliter cette étude. Avec le premier bruit (A, fig. 7) coïncident la contraction ventriculaire et l'ouverture des valvules semi-lunaires au travers desquelles le sang se trouve alors poussé dans les artères ; c'est ce qui détermine le pouls perceptible au poignet. Pendant ce temps, l'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires (*b*) empêche le reflux dans les oreillettes. Aussitôt que les ventricules cessent de se contracter (fig. 8), les valvules sigmoïdes (*a*) se ferment pour prévenir le retour du sang de l'aorte et des artères pulmonaires, dans les cavités cardiaques;

FIG. 8



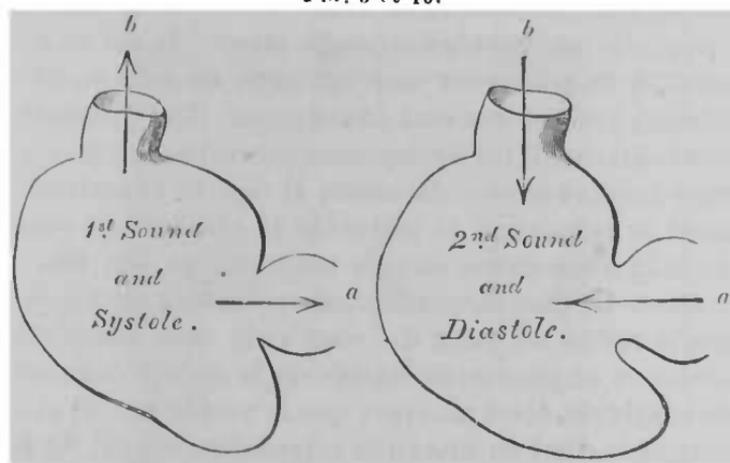
Ventricule après la contraction (après le second bruit). *a*, valvule semilunaire fermée ; *e*, valvule auriculo-ventriculaire ouverte. Le sang venant de l'oreillette dans le ventricule (DALTON).

dans ce temps les valvules auriculo-valvulaires (*e*) s'ouvrent, laissant couler le flot sanguin des oreillettes

dans les ventricules. Un souffle au premier bruit, c'est-à-dire, au moment de la contraction ventriculaire, doit donc être produit, soit par le passage du sang à travers les orifices normaux qui lui sont destinés (*a*, fig. 7), soit par le refoulement du liquide entre les valvules auriculo-ventriculaires imparfaitement closes (*b*). En d'autres termes le souffle est *direct* (*b*) ou dû à la *réurgitation* (*a*) (fig. 9).

Le souffle qui accompagne le second bruit provient du reflux entre les valvules sigmoïdes mal jointes

FIG. 9 et 10.



Murmures qui peuvent naître pendant la systole et la diastole (Hörre). Les flèches montrent la direction suivie par le courant sanguin. Ainsi, dans la pl. 9, pendant la systole il se produit un bruit direct dans l'aorte ou dans l'artère pulmonaire *b*; ou un murmure réurgitant dans les valvules mitrales et tricuspides *a*; tandis que dans la figure 10 ces bruits sont réunis dans le temps diastolique.

(fig. 8, *a*), ou du flot sanguin tombant de l'oreillette à travers un orifice rétréci (*c*), comme on le voit figure 10; il est alors dû à la *réurgitation* au niveau

des valvules semi-lunaires (*b*); ou *direct* (présystolique) dû au passage du sang au niveau des valvules auriculo-ventriculaires (1).

44. — Le SOUFFLE MITRAL SYSTOLIQUE tient au refoulement du sang dans l'oreillette à travers les valvules sigmoïdes incapables d'obstruer complètement l'orifice (*souffle de régurgitation*). Il peut être dû aussi à des dépôts siégeant sur la valvule, ou bien encore à l'épaississement de celle-ci, sans troubles fonctionnels à ce niveau (*a*, fig. 9).

45. — Le SOUFFLE MITRAL PRÉSISTOLIQUE est dû au flot sanguin traversant un orifice rétréci pour aller de l'oreillette au ventricule (*souffle direct*). Il est en général, à la pointe ou aux environs de celle-ci, plus intense, rude et souvent accompagné d'un frémissement cataire; il est brusquement terminé par le premier bruit et le choc du cœur. Il dénote l'épaississement de la valvule, et par suite un obstacle au cours du sang à son entrée dans le ventricule (*a*, fig. 10).

46. — Le SOUFFLE TRICUSPIDE SYSTOLIQUE est produit par le reflux du sang du ventricule dans l'oreillette droite ou au passage du liquide sur la surface rugueuse de la valvule. Il est plus rare que le souffle mitral et se perçoit surtout au niveau de la troisième côte (C, fig. 6).

47. — Le SOUFFLE SYSTOLIQUE AORTIQUE se produit par le passage du sang sur les parois aortiques et les valvules sigmoïdes (*souffle direct*). Il n'est pas perceptible à la pointe, mais il est assez souvent sensible dans les carotides (*b*, fig. 9).

48. — Le SOUFFLE DIASTOLIQUE AORTIQUE est le résul-

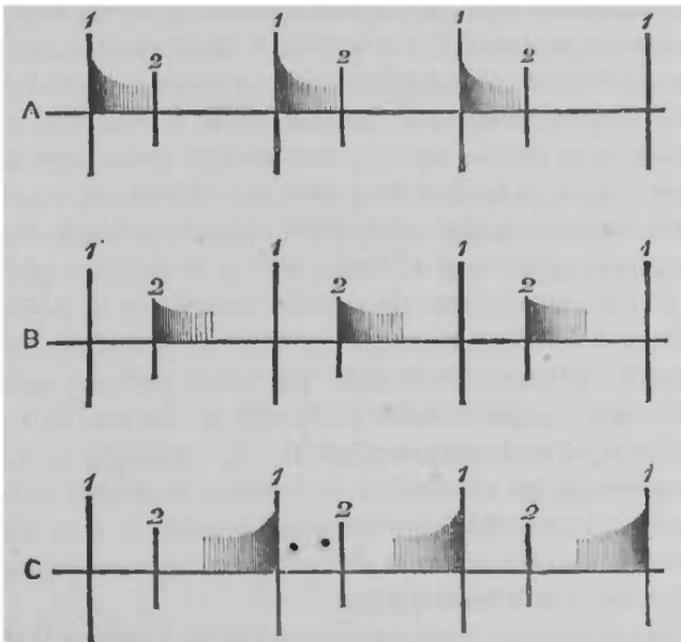
(1) Voir aussi *Manuel de Physiologie générale, spéciale et pratique*, par le Professeur J. Hughes Bennett (d'Edimbourg).
(N. d. T.)

tat d'un reflux (*souffle de régurgitation*) ; il est intense, surtout derrière le sternum, perceptible à la pointe, et remplit le silence ou repos qui sépare le second bruit du premier, à l'état normal (*b*, fig. 10).

49. Dans l'artère pulmonaire le souffle systolique se produit lors de l'entrée du sang dans l'artère (*b*, fig. 9). Le souffle diastolique aux orifices tricuspides ou pulmonaires est si rare que son étude n'offre aucun intérêt.

50. — Il est parfois difficile de distinguer un souffle

FIG. 11.



Rapport entre les bruits du cœur et le murmure systolique. A, rapport du bruit systolique ; B, rapport du bruit diastolique ; C, rapport du bruit présystolique. (GAIRDNER).

mitral présystolique d'un souffle mitral systolique ou d'un souffle diastolique dans l'aorte. En tenant le doigt

sur une artère et en étudiant avec soin les relations du souffle et du pouls, on peut facilement établir la distinction. Le diagramme précédent (fig. 11), emprunté au D^r Gairdner, montre en A un souffle systolique suivant immédiatement le premier bruit, et (ce que désigne la teinte décroissante) diminuant d'intensité jusqu'au deuxième, où il se termine. En B on voit le souffle diastolique suivre immédiatement le deuxième bruit pour prendre fin avant la systole cardiaque. En C, au contraire, le souffle présystolique débute un peu après le deuxième bruit, et va en augmentant d'intensité jusqu'à ce que la contraction subite du ventricule vienne y mettre un terme. Il faut ajouter encore que le souffle mitral présystolique est rude, accompagné généralement d'un frémissement perceptible à la main, et se trouve borné à une surface très-restreinte, vers la pointe. Le souffle systolique, d'ordinaire doux, s'accompagne rarement de *thrill*, et peut s'entendre dans le creux axillaire ou à l'angle inférieur de l'omoplate.

S'il y a coexistence de souffles systolique et présystolique à l'orifice mitral, le premier se perçoit surtout du côté de l'aisselle, tandis que le second est saisissable à la pointe ou à droite de celle-ci. Le souffle diastolique de l'aorte est, en général, doux, énergique, sous le sternum, au niveau du quatrième cartilage costal gauche. Il coïncide avec un pouls saccadé et avec l'absence presque constante de tout retentissement du second bruit à la base du cou.

51. — Comme il est rare de voir une lésion vulvaire persister longtemps sans donner lieu à l'Hyperthrophie ou à la Dilatation du cœur, les signes physiques et les symptômes de ces affections se rencontrent dans la plupart des cas où un souffle a été perceptible durant

un certain laps de temps. C'est pourquoi s'observent la toux, l'expectoration, la gêne respiratoire, l'hydro-pisie générale. Au début, le pouls peut être petit et régulier, mais vers la fin il devient irrégulier ou intermittent. Un obstacle à l'orifice aortique est en général compensé par l'hypertrophie du ventricule gauche; aussi les symptômes sont-ils souvent peu marqués jusqu'à ce que, la dilatation étant produite, les poumons se congestionnent, et le côté droit du cœur s'élargisse à son tour par suite de la déplétion incomplète de la cavité ventriculaire gauche. Le reflux du sang à travers les valvules de l'aorte, s'il est léger, peut pendant un temps assez long ne s'accompagner que de gêne respiratoire, de crampes douloureuses dans la poitrine ou dans les bras dès que le malade se livre au moindre effort. Le pouls provoque, sous les doigts, une sensation particulière de frémissement, et il est très-visible à chaque battement sur les artères superficielles. L'insuffisance de la valvule tricuspide, dû le plus souvent à la dilatation du ventricule droit, détermine une Hypertrophie généralisée; dans cette affection on peut constater aussi des battements dans les veines jugulaires externes. Quand ce sont les valvules mitrale ou aortique qui sont atteintes, la main appliquée sur la poitrine perçoit un *bruit de rouet* ou frémissement cataire.

§2. — Il peut arriver que sous l'impulsion du courant sanguin quelques lambeaux de végétation ou de fibrine se détachent des valvules affectées et viennent obstruer les petites artères; il y a alors EMBOLIE. C'est ainsi que l'obstruction d'une artère cérébrale provoque une paralysie, par ramollissement, du cerveau, ou bien un caillot obturant

l'artère principale du membre inférieur, détermine la gangrène de la jambe.

53. — Le souffle systolique perceptible au niveau du troisième cartilage costal ne dénote pas d'une manière absolue une altération de l'artère. Très-souvent il a pour cause une altération du sang lui-même. Si le malade est jeune et anémique, s'il ne présente aucun signe de maladie de cœur, ce souffle tient à la quantité trop peu considérable du sang ou à l'altération de ce liquide. Si, au contraire, l'organe cardiaque est élargi, si d'autres valvules sont lésées, si le malade a souffert d'un rhumatisme aigu, si le sujet a atteint ou dépassé la période moyenne de la vie, on peut attribuer à une lésion valvulaire la production du bruit morbide. Enfin tout souffle diastolique ou présystolique dénote l'existence d'une affection organique.

54. — **B.** — On est en droit de *souçonner* une DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE quand les bruits du cœur sont faibles et s'accompagnent d'un choc peu énergique; lorsque avec ces signes physiques et sans autre cause apparente, le malade est très-affaibli, qu'il souffre de palpitations, d'attaques de dyspnée intense et de syncopes répétées. Dans cette affection le pouls est très-petit, rapide, ou bien au contraire lent et irrégulier.

55. — Si nous nous sommes servi du terme *souçonner*, c'est que dans beaucoup de cas de cette nature, avec nos moyens actuels d'investigation, il est extrêmement difficile et même souvent impossible de poser un diagnostic certain. Il est généralement admis que la présence d'un cercle blanchâtre autour de la cornée (arc sénile), quand il coïncide avec les symptômes précités, permet de regarder comme très-probable l'existence d'une dégénérescence graisseuse. Dans le cours de cette mala-

die, la rupture d'un cœur gras, qui généralement a lieu au niveau du ventricule gauche, peut survenir, et provoquer une mort instantanée sous l'influence d'une hémorrhagie dans le péricarde. Il existe alors, mais fort rarement, une douleur très-vive et subite dans la région cardiaque, avec dyspnée intense qui persiste jusqu'à la mort.

56.— L'ANGINE DE POITRINE, ou SPASME DU CŒUR, est caractérisée par une crampe très-douloureuse dans la poitrine et dans les membres supérieurs, débutant en général brusquement et pendant un effort. Cette affection peut survenir dans le cours de toute maladie grave du cœur, telle que : lésion valvulaire, dégénérescence graisseuse et ossification des artères coronaires.

SECTION III.

Anévrysmes de l'aorte.

57. — On constate souvent sur le cadavre de sujets qui, durant la vie, n'ont présenté aucun des symptômes des maladies du cœur ou des artères, des altérations morbides dans l'aorte. L'une d'elles, et la plus importante, est l'ATHÉROME.

L'ATHÉROME débute sous la forme d'une tache épaisse au sein de la tunique interne. Cette tache, qui, le plus souvent, présente une consistance cartilagineuse, s'élève graduellement au-dessus de la membrane environnante. L'examen microscopique permet de constater que les lamelles de la tunique interne sont séparées par des amas de cellules mêlées à des couches d'un tissu connectif de nouvelle formation. Ces petites masses cellulaires peuvent se ramollir et se convertir en une pulpe graisseuse, molle, qui a reçu le nom

d'ATHÉROME. Si la portion de tunique interne qui recouvre la tache vient à s'ulcérer, la pulpe ramollie est entraînée par le sang, et il se forme une ulcération *athéromateuse*. Au lieu de se ramollir, les cellules peuvent subir la *calcification* par suite d'un dépôt des sels terreux du sang, et former de petites plaques osseuses. Les altérations que nous venons de signaler sont ordinairement les suites d'une inflammation chronique (endo-artérite chronique).

58. — On rencontre aussi quelquefois des points ou des taches de couleur jaune opaque sur la membrane interne de l'aorte et de quelques autres artères importantes : ils sont dus à une dégénérescence graisseuse de la membrane interne et n'ont aucun rapport avec le processus inflammatoire. Ces lésions artérielles se constatent principalement chez les personnes âgées ou chez les sujets ayant souffert de goutte, de rhumatismes, ou ayant été affectés de syphilis.

59. — Par suite de l'influence qu'exerce sur elles ces états morbides, les parois des vaisseaux perdent leur élasticité et se dilatent en raison de la résistance moindre qu'elles opposent à l'action excentrique du sang. Ces lésions peuvent s'observer sur tout le trajet de l'aorte, mais on les rencontre plus fréquemment au point où le choc du flot sanguin est le plus intense, c'est-à-dire à l'origine des branches volumineuses et à la naissance de la crosse de l'aorte. On dit que l'artère est *dilatée*, quand la lumière du vaisseau est *uniformément élargie*, ses membranes restant intactes. On nomme ANÉVRYSME une poche formée par la dilatation du vaisseau en un seul point. L'ANÉVRYSME DISSÉQUANT provient de ce que le sang, après avoir pénétré par une fissure produite anormalement, se glisse entre la tu-

nique interne et la tunique moyenne de façon à les séparer de l'externe.

60. — Une fois formé, l'ANÉVRYSME continue généralement à augmenter de volume, pendant que le sang renfermé dans la poche laisse déposer des couches de fibrine. Ce dépôt s'opère soit à cause des irrégularités qui existent à l'intérieur de la poche, offrant ainsi des points favorables pour provoquer un arrêt du coagulum, soit sous l'influence de l'état stationnaire du sang quand il a une fois pénétré dans le sac anévrysmal.

61. — Le premier effet de l'anévrysme est de comprimer les organes qui l'environnent. Se trouve-t-il placé à l'origine de l'aorte? il se porte en dehors et détermine la résorption du sternum ou des côtes, de manière à venir former une tumeur visible à la surface du thorax. D'autres fois la compression porte sur la trachée, les bronches, l'œsophage, les artères volumineuses; les veines du cou, de la tête et de la poitrine se trouvent souvent distendues; les nerfs récurrents et sympathiques deviennent ainsi paralysés. Enfin, à la période ultime, la mort peut survenir par suite de la rupture du sac dans le péricarde, la plèvre, l'œsophage ou d'autres organes; le malade peut encore succomber à une consommation lente.

62. — Poser le diagnostic d'un anévrysme aortique est souvent très-difficile. Il n'est pas rare, en effet, qu'on soit porté à soupçonner son existence par l'absence de toute autre affection capable d'engendrer les symptômes cités plus haut.

63. — Lorsqu'un anévrysme est assez avancé pour former une tumeur à la surface du thorax, son diagnostic devient facile. En effet, la tumeur est pulsatile, mate

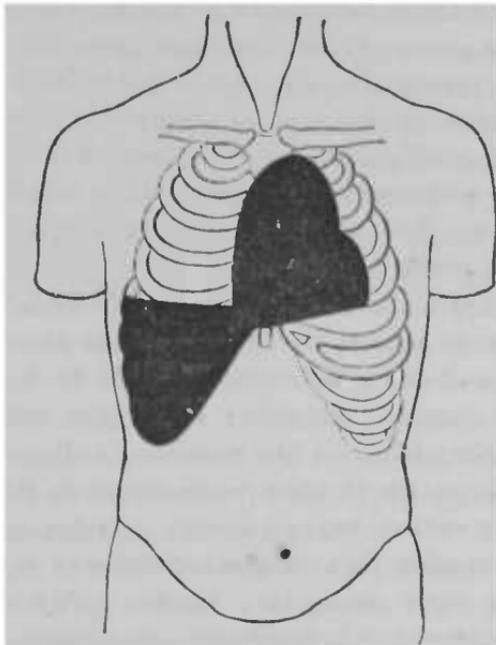
à la percussion; elle engendre un souffle systolique qui parfois se prolonge même pendant la diastole. Le plus souvent la douleur anévrysmale siège à droite du sternum, dans le deuxième espace intercostal, mais il arrive quelquefois qu'elle n'est pas apparente. La poitrine offrant au niveau de l'aorte une certaine matité, à la percussion et à l'auscultation, on peut aisément percevoir un murmure en cet endroit.

64. — Quand l'anévrysme siège sur la crosse de l'aorte, il peut arriver qu'il ne détermine ni matité, ni bruit de souffle, et le médecin n'a plus pour se guider que les phénomènes de compression siégeant sur les organes voisins de l'aorte. C'est à la compression de la trachée et des bronches qu'est due la dyspnée, si fréquente dans ce cas. Cette dyspnée offre souvent une marche paroxystique croissante ou décroissante, selon que le malade occupe telle ou telle position. Elle peut s'accompagner d'une hémoptysie légère, non continue. Parfois il existe une différence notable dans l'intensité du bruit respiratoire de l'un à l'autre poumon ou d'un lobe à l'autre. La déglutition peut se trouver gênée par suite de l'obstruction de l'œsophage. L'intensité de cette gêne est si variable, qu'un malade capable d'avaler des solides à un moment donné, se trouve ne pouvoir, quelques heures après, ingurgiter même des liquides. La toux; très-commune, peut offrir de violents paroxysmes. Dans nombre de cas la voix s'altère, devient rude, étouffée ou aiguë, par suite de la compression des nerfs récurrents qui amènent la paralysie des cordes vocales; la tonalité de la voix est du reste sujette aux variations les plus nombreuses et les plus fréquentes. Le défaut de concordance du pouls dans la carotide, l'artère sous-clavière ou l'artère ra-

diale est un signe d'une valeur très-grande. Le sphygmographe permet de se rendre compte de ces phénomènes. La dilatation des veines de l'un des côtés du cou et du thorax fournit souvent la première indication sur la nature de ce mal. On a quelquefois observé qu'une des pupilles se contractait.

65.—La DILATATION DE L'AORTE ne donne pas lieu aux phénomènes de compression observés dans l'anévrysme

FIG. 12.



Tumeur pulsatile, matité à la percussion, murmure respiratoire souvent diminué et paralysie de la corde vocale du côté affecté.

Anévrysme du côté gauche de la poitrine, le cœur étant dilaté. La teinte sombre indique la matité sur la tumeur; le cœur et le foie.

(S. MACKENZIE.)

sacciforme. Elle s'annonce généralement par un mouvement exagéré du pouls et par un *thrill* au niveau de

la fourchette sternale. D'autres fois le médecin est averti par le ton élevé, presque métallique du second bruit cardiaque, qui offre une grande énergie chez un sujet dont les artères radiales semblent épuisées et malades.

66.—Le SPHYGMOGRAPHE fournit des renseignements précieux dans les cas où l'anévrysme siège dans l'aorte ou dans l'artère sous-clavière. Comme, d'autre part, il est utile dans le diagnostic des maladies du cœur, on doit se familiariser avec son emploi.

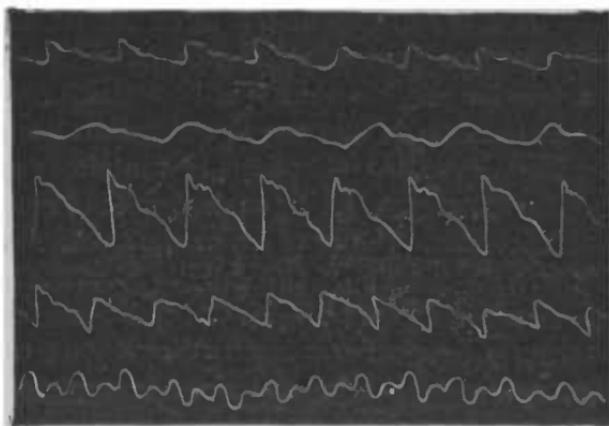
67.—Le SPHYGMOGRAPHE (1) se compose d'un ressort flexible en acier, reposant par son extrémité sur une plaque d'ivoire destinée à reposer sur l'artère que l'on veut explorer. Le mouvement communiqué au ressort par le battement du pouls est transmis à un levier qui enregistre les pulsations artérielles sur une bande de papier ou une lame de verre noircie à la lampe et mue par un appareil d'horlogerie.

68.—La principale difficulté consiste dans l'application exacte du ressort sur le pouls; c'est pour faciliter le maniement de cet instrument que le Dr Sanderson donne les conseils suivants : « L'artère radiale doit être explorée au lieu où elle passe sur le ligament qui recouvre la partie la plus proéminente de l'apophyse styloïde du radius; car, au-dessus, le vaisseau est entouré d'une assez forte masse cellulaire et repose sur le muscle *carré pronateur*, tandis qu'au-dessous, entre le ligament et le scaphoïde, elle s'engage sous le tendon du *long abducteur du pouce*. Afin que la partie centrale et convexe de la plaque d'ivoire presse direc-

(1) Voir, à la fin du volume, l'Appendice traitant des instruments employés pour le Diagnostic.

ment l'artère, il convient que le bord le plus voisin du ressort coïncide avec une verticale abaissée de l'épine radiale sur le poignet, pendant que le bord interne suit le tendon du *long fléchisseur du pouce* jusqu'à l'éminence du scaphoïde. »

FIG. 13.



Tracés sphygmographiques de diverses maladies.
(SANDERSON et FORSTER.)

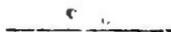
69. — Dans la figure 13, n° 1, se trouve consigné le tracé du pouls normal, qui représente une série de courbes dont chacune offre une ligne ascensionnelle, un sommet et une ligne descendante.

70. — Comme la ligne ascendante est due au flot sanguin poussé dans les artères par le ventricule gauche, il est évident qu'elle sera d'autant plus verticale que le cœur vaincra plus aisément les obstacles qui lui sont opposés, c'est-à-dire l'élasticité des vaisseaux et la tension sanguine. Ainsi, dans le tracé n° 3 (fig. 13) la ligne est verticale, parce qu'il s'agit d'un cas d'insuffisance aortique, dans laquelle le sang se trouve lancé

avec force dans les vaisseaux, en partie vides par suite de la régurgitation du sang dans le ventricule. Dans le n° 2 (fig. 13), la ligne est au contraire oblique, parce qu'un rétrécissement aortique empêche la distension brusque des artères. Les lésions mitrales provoquent une irrégularité du pouls telle qu'on la voit dans le tracé n° 4 (fig. 13).

71. — Dans le pouls normal, la ligne descendante est plus oblique que la ligne ascendante, parce que la tension artérielle persiste tant que l'élasticité des vaisseaux est capable de chasser le sang dans les capillaires. Dans le cas de reflux dans le ventricule gauche la chute est soudaine. La ligne descendante est généralement très-oblique quand les parois artérielles sont épaissies.

72. — On observe parfois des ondulations très-marquées dans la ligne descendante (*dicrotisme*); ce phénomène est surtout apparent dans le typhus (n° 5, fig. 13). Dans le cas d'anévrysme de l'aorte descendante dans le thorax, le dicrotisme du pouls est exagéré des deux côtés, surtout à droite.



CHAPITRE III.

MALADIES DE LA PLÈVRE ET DES POUMONS.

73. — Les principales maladies qui affectent la plèvre sont : *la Pleurésie, l'Hydrothorax, le Pneumothorax, les Dépôts Tuberculeux ou Cancéreux.*

Les maladies des poumons sont : *la Bronchite (aiguë ou chronique), la Dilatation des bronches, la Congestion et l'Apoplexie pulmonaire, la Pneumonie, les Tubercules et le Cancer.*

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

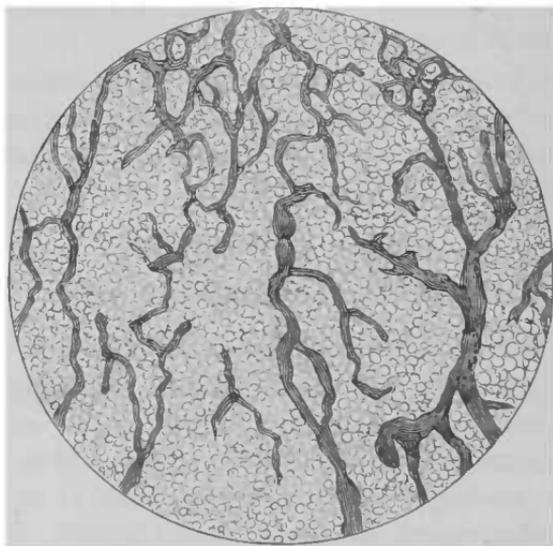
Pleurésie ou inflammation de la plèvre.

74. — Dans la première période ou période de sécheresse (1), la surface de la membrane est rouge, rugueuse, recouverte d'une couche de lymphé ou d'une matière semi-gélatineuse. Cette période peut se terminer par *résolution* ou par *adhésion*, mais il se forme plus généralement un épanchement liquide, trouble, contenant des flocons de lymphé coagulée; d'autres fois, la cavité pleurale se remplit de pus (*empyème*). L'examen microscopique permet de constater, dans la pleurésie, une dilatation considérable des capillaires de la membrane séreuse d'où résulte la production sur cette séreuse d'une rougeur que l'œil le plus inexpé-

(1) Voir Jaccoud, 4^e édition, *Traité de Pathologie*, p. 133 et suivantes.

menté peut apercevoir. L'épithélium tombe et, sur la membrane devenue rugueuse, s'épanche à travers les vaisseaux dilatés une couche de lymphe plastique. L'exsudation se compose de cellules, de noyaux et de fibres ténues. Ces dernières résultent de la coagulation de la fibrine du liquor sanguin. Les cellules et les noyaux sont des exsudations dues aux vaisseaux dilatés ou proviennent d'une prolifération des éléments épithé-
liaux.

Fig. 14.



Apparences microscopiques d'exsudation inflammatoire dans le processus organique (péricardite chez un cheval). Les vaisseaux sanguins de nouvelle formation (injectés) sont vus au milieu d'une matière composée de cellules. Ils varient de diamètre et semblent être plutôt des canaux que des vaisseaux.

Si les surfaces opposées et enflammées de la séreuse restent en contact, les cellules englobées dans la fibrine deviennent fusiformes, et leurs prolongements s'unissent pour former du tissu connectif. De nouveaux

vaisseaux se forment aux dépens de ceux de la plèvre voisine, et c'est ainsi que s'organise la fausse membrane (fig. 14). Les faces opposées se trouvant alors réunies, il se produit ce qu'on appelle des *adhérences*. Quand les surfaces de la plèvre sont séparées par un épanchement séro-fibrineux abondant, l'adhérence a lieu par l'activité propre du tissu connectif de la séreuse elle-même.

La fausse membrane est constituée superficiellement par de la fibrine coagulée ; au-dessous se trouve une couche de cellules dues à la prolifération des éléments conjonctifs sous-épithéliaux ; les cellules deviennent fusiformes et le tissu connectif se trouve ainsi formé. Les filaments et les flocons de fibrine nageant dans le liquide peuvent subir la dégénérescence graisseuse, se ramollir et être résorbés avec le liquide lui-même : les faces opposées se trouvant alors en contact, s'unissent comme dans le premier cas.

Si la suppuration survient, les globules du pus sont produits ; en partie par la migration des globules blancs du sang et leur division consécutive ; en partie par la prolifération des cellules de la fausse membrane et du tissu conjonctif avoisinant (1).

Le premier effet de la *pleurésie* est de déterminer de la fièvre. Plus tard, dans le cas où l'épanchement est considérable, les parois de la poitrine sont refoulées. Le poumon comprimé sur les vertèbres diminue de volume et prend l'apparence du cuir, sa surface externe est tapissée de lymphes, et quand on le sectionne son tissu paraît vide d'air. Généralement le poumon op-

(1) Les apparences microscopiques sont presque identiques dans l'inflammation de toutes les membranes séreuses. La description qui précède peut donc s'appliquer à la péricardite, à la péritonite, etc.. etc.. etc.

posé est fortement congestionné. Si l'épanchement siège du côté droit, le diaphragme et le foie sont abaissés; s'il occupe le côté gauche, le cœur est refoulé dans la partie droite de la poitrine. Une fois que le liquide est résorbé, si le poumon ne peut plus se dilater, les parois thoraciques du côté malade se déforment, et la colonne vertébrale s'incurve latéralement.

La pleurésie survient souvent pendant le cours d'une maladie des reins ou à la suite de la rougeole ou de la scarlatine. Les causes qui produisent le plus fréquemment cette affection sont : 1^o *des lésions telles que fractures des côtes, ouverture d'un abcès des poumons*; 2^o *l'inflammation des organes voisins (pneumonie et maladies des os)*; 3^o *le cancer et les tubercules des poumons ou d'autres régions*; 4^o *l'exposition au froid* (1).

75. — L'HYDROTHORAX OU HYDROPSIS PLEURALE est une forme d'hydropisie dans laquelle un liquide de couleur jaune paille est épanché dans la cavité pleurale. La pression qu'exerce ce liquide empêche la libre expansion des poumons et détermine la congestion de ces organes. Cette affection diffère de l'épanchement pleurétique en ce qu'on n'y observe ni flocons de lymphes, ni épaissement de la plèvre.

L'HYDROTHORAX accompagne habituellement les maladies du cœur, des reins ou du foie.

76. — Le PNEUMOTHORAX est dû à la communication anormale des tubes bronchiques ou des vésicules pulmonaires avec la cavité pleurale. La cause qui, le plus communément, produit cette maladie est la rupture d'une caverne pulmonaire. Cependant dans quelques

(1) Voir *Leçons Cliniques sur les Principes et la Pratique de la médecine*, par J. Hughes Bennett (d'Edimbourg). Tome I, trad. Lebrun. Paris. Masson, 1873. (N. d. T.)

cas rares l'air pénètre dans la plèvre par d'autres voies que celles-là. L'entrée de l'air dans la cavité pleurale détermine tout d'abord le collapsus du poumon et par suite une suffocation qui peut devenir fatale. Lorsque le malade survit, la séreuse s'enflamme et se couvre de lymphé plastique; alors apparaît l'épanchement du liquide ou du pus.

Bronchite ou inflammation des bronches.

77. — Dans la période aiguë de cette maladie, la muqueuse est rouge, rugueuse, ramollie, plus épaisse qu'à l'état normal et tapissée par du mucus ou par une matière muco-purulente. On y rencontre parfois des ulcérations.

Dans la BRONCHITE CHRONIQUE, la tunique musculaire est hypertrophiée, tandis que les bronches elles-mêmes sont épaissies et dilatées. Le microscope dénonce les altérations communes à toutes les inflammations des membranes muqueuses.

Il y a trois formes d'inflammations bronchiques (1) : 1^o l'*Inflammation catarrhale*; 2^o l'*Inflammation croupale*; 3^o l'*Inflammation diphthérique*. — C'est la première forme qui se rencontre le plus souvent. — Dans l'inflammation catarrhale aiguë, l'hyperémie des vaisseaux sanguins détermine sur la membrane du larynx, au milieu des parties accessibles au regard, une rougeur très-appreciable sans le secours du Laryngoscope. Le gonflement provient en partie de la dilatation des vaisseaux et en partie de l'œdème déterminé par l'exsudation séreuse. Les follicules lymphatiques grossissent sous l'influence d'un accroissement des parties centrales qui s'étendent graduellement. On observe aussi une hypersécrétion de mucus.

(1) Voir à l'Appendice le paragraphe qui traite de ce sujet.

Ce mucus offre un grand nombre de cellules nées soit de l'épithélium préexistant, soit de leucocytes échappés des vaisseaux distendus. Quand les globules du pus sont très-nombreux, ils proviennent sans doute d'une prolifération des cellules sous-épithéliales des éléments conjonctifs.

Dans le CATARRHE CHRONIQUE, les cellules conjonctives s'allongent pour constituer du tissu connectif de nouvelle formation et produisent ainsi un accroissement dans l'épaisseur et la densité de la membrane muqueuse.

La maladie prend le nom de BRONCHITE CAPILLAIRE quand l'inflammation attaque les plus petites bronches. L'affection est d'autant plus grave que le calibre des bronches affectées est plus petit, parce que la turgescence inflammatoire peut obstruer l'orifice des vésicules pulmonaires et empêcher ainsi l'hématose. Chez les enfants et chez les vieillards la *Bronchite aiguë* produit souvent le collapsus des alvéoles pulmonaires, tandis que la *Bronchite chronique* amène dans les bronches une dilatation soit ampullaire, soit uniforme.

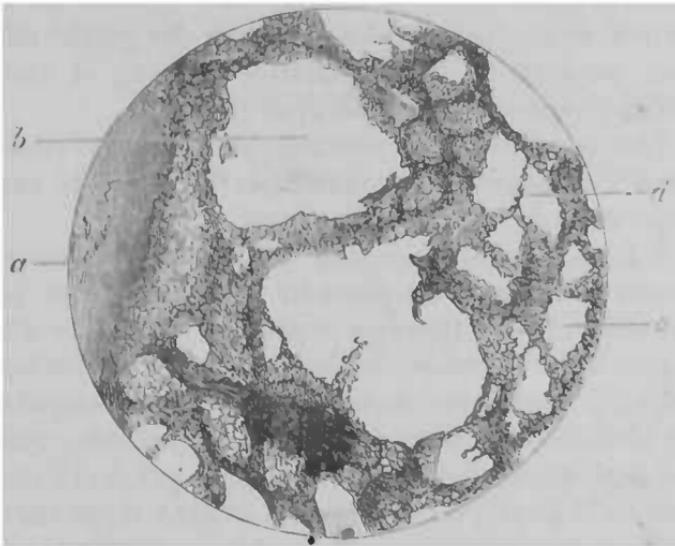
Les principales causes productrices de la bronchite sont : 1° la *Déplétion incomplète des veines des bronches*, comme cela se remarque dans le cas de lésion mitrale ; 2° une *Dilatation incomplète de la poitrine*, comme dans l'hydropisie abdominale par exemple ; 3° l'*Action de poussières ou de vapeur irritantes* ; 4° l'*Influence des fièvres, de la rougeole, de l'influenza* ; 5° le *Froid et les changements brusques de température*.

78. — L'EMPHYSÈME affecte deux formes distinctes : l'*Emphysème vésiculaire*, caractérisé par la dilatation des alvéoles pulmonaires ou la réunion de plusieurs d'en-

tre elles en une seule cavité ; l'*Emphysème interlobulaire*, dans lequel l'air s'introduit dans le tissu connectif qu'il distend. Dans l'EMPHYSÈME VÉSICULAIRE les poumons augmentent de volume, perdent leur élasticité et ne s'affaissent plus à l'ouverture de la poitrine. Les alvéoles largement dilatées forment de petites saillies vésiculeuses au-dessous de la plèvre.

A l'examen microscopique, on trouve les orifices alvéolaires dilatés. Deux ou plusieurs d'entre eux,

FIG. 15.



Aspect microscopique d'une coupe d'un poumon emphysemateux. *a*, tube bronchique, *b*, espace formé par un certain nombre de cellules dont les parois ont été détruites ; *c*, alvéole dilatée ; *d*, parois d'une alvéole en cours de destruction, les vaisseaux étant oblitérés.

entrant en contact, s'ouvrent les uns dans les autres et ne forment bientôt plus qu'une ouverture. D'autres fois le développement porte surtout sur les vésicules et alors,

sous la pression des alvéoles dilatées, les capillaires du poumon diminuent de volume, deviennent imperméables et finissent par n'être représentés que par des cordons fibreux (*tractus*), (fig. 5). Les poumons ainsi dilatés projettent les côtes en dehors, donnent à la poitrine la forme d'un tonneau et tendent à refouler en bas le cœur et le diaphragme.

Le manque d'élasticité dans les poumons réclame une activité plus grande de la part des muscles expirateurs qui, pour cette raison, augmentent de volume. D'autre part, la fusion de plusieurs alvéoles pulmonaires, en comprimant les vaisseaux des parties affectées, empêche la libre circulation du sang et amène l'*Hypertrophie du ventricule droit* (fig. 3).

Les bords libres des poumons étant surtout atteints dans l'*Emphysème*, recouvrent le cœur et la partie supérieure de la région hépatique.

L'*Emphysème vésiculaire* est appelé *compensateur* quand une partie du poumon affecté se dilate pour compenser le collapsus ou expansion imparfaite d'une région antérieurement malade. On le dit *idiopathique*, quand il tient à une cause agissant primitivement sur les alvéoles. C'est ainsi que dans la coqueluche, quand les aspirations forcées se produisent pendant l'occlusion de la glotte, on voit se dilater avec force les régions, telles que le sommet, ou les parois thoraciques résistent moins à l'action du poumon. L'absence d'élasticité dans le tissu pulmonaire ou dans les parois thoraciques produit les mêmes effets en maintenant les alvéoles dans un état de dilatation forcée. Dans quelques cas, l'*emphysème* semble être dû au ramollissement des parois alvéolaires sous l'influence d'une nutrition imparfaite.

79. — La CONGESTION PULMONAIRE est le mode d'altération morbide qu'on rencontre le plus fréquemment *post mortem*. Le poumon, rempli de sang, offre une couleur foncée. Il est lourd, bien qu'il crépite encore sous le doigt, et qu'il surnage dans l'eau. Lorsqu'elle a été lavée, la charpente pulmonaire paraît indemne. Si la congestion se prolonge, elle détermine l'œdème ou hydropisie pulmonaire. Dans ce cas, le poumon est rouge, volumineux; quand on le sectionne, il laisse s'échapper un liquide sanguinolent des bronches et des alvéoles où il est renfermé.

La congestion pulmonaire peut être *active* ou *passive*.

ACTIVE, on l'observe fréquemment quand la circulation du poumon opposé est gênée sous l'influence d'une inflammation, d'une pleurésie avec épanchement ou d'un pneumothorax.

PASSIVE, elle tient à ce que le sang ne trouve plus un libre passage dans les veines pulmonaires, comme dans les cas d'une lésion mitrale, ou d'affaiblissement des contractions cardiaques à la suite de fièvres.

80. — L'INDURATION BRUNE est une forme de congestion chronique due généralement à une maladie du cœur. L'examen microscopique constate que les capillaires sont fortement allongés et dilatés, de sorte que, projetés dans les alvéoles, ils en diminuent la capacité. Souvent le tissu connectif lui-même est épaissi. La coloration brune provient d'une altération dans la couleur du sang épanché dans le cours de congestions longtemps persistantes.

81. — Dans l'APOPLEXIE PULMONAIRE le poumon est foncé, rempli de sang et lourd. Lorsqu'on le sectionne, on observe, principalement dans les lobes inférieurs, de

nombreuses taches de sang extravasé, brunes et bien délimitées. Le tissu pulmonaire affecté est moelleux au toucher, plus friable que les parties voisines, ne crépite pas sous le doigt et tombe au fond de l'eau.

Sous le microscope, les alvéoles, au niveau des points plus foncés, apparaissent pleines de sang coagulé. L'APOPLEXIE PULMONAIRE est presque toujours consécutive à une maladie du cœur, surtout à une lésion mitrale.

82.—La PNEUMONIE OU INFAMMATION DU POUMON se présente sous trois formes : 1^o la *Pneumonie croupale* ou *lobaire* ; 2^o la *Pneumonie catarrhale* ou *lobulaire* ; 3^o la *Pneumonie chronique* ou *interstitielle*.

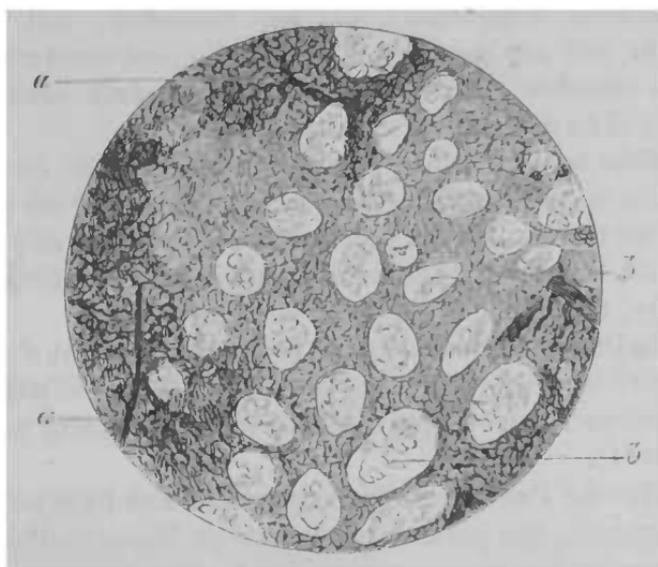
83.—La PNEUMONIE CROUPALE atteint une partie considérable du poumon, et présente trois stades ou périodes, savoir : l'*Engouement*, l'*Hépatisation rouge* et l'*Hépatisation grise*.

Dans l'*Engouement* les altérations sont identiques à celles que l'on rencontre dans le cas de *Congestion intense*. Dans l'*Hépatisation rouge*, le poumon est souvent turgescent, rouge, consistant comme le foie, lourd au point de tomber au fond de l'eau. Quand on y pratique une coupe ou quand on le déchire, il présente un aspect granuleux.

A l'examen microscopique, on observe que les vésicules pulmonaires sont pleines d'une exsudation composée de cellules à formes variées et réunies entre elles par de la fibrine coagulée. Les petites bronches se trouvent ordinairement obstruées par des masses de lymphe faisant office de bouchons (fig. 16). Les parois des alvéoles sont épaissies, non par suite d'une exsudation interstitielle, mais par suite de l'engorgement des capillaires.

Dans l'*Hépatisation grise* le tissu prend une coloration gris sale. Il est ferme, lourd, se déchire assez fa-

FIG. 16.



Aspect microscopique d'un commencement d'hépatisation rouge (chez un antilope). *a*, alvéoles remplies par l'exsudation, au sorte que leurs parois ne peuvent plus être distinguées; *b*, parois des alvéoles encore visibles, bien qu'en partie pleine d'exsudation. Les vaisseaux sanguins ne peuvent être injectés par suite de l'exsudation qui exerce une trop grande pression sur eux.

cilement sous la pression du doigt, et ne surnage pas sur l'eau. Le microscope y décèle une prolifération abondante des éléments connectifs et des cellules épithéliales qui tapisse les alvéoles. L'exsudation qui se produit dans ce cas est peu adhérente aux parois alvéolaires. Le contenu des vésicules se liquéfie par suite du changement qui s'opère dans la fibrine coagulée ou en conséquence de la dégénérescence graisseuse des

cellules contenues dans l'exsudat. De telle sorte que la masse étant ramollie peut disparaître par le fait de l'absorption ou de l'expectoration.

La PNEUMONIE CROUPALE peut se terminer de trois manières différentes : soit *par résolution*, soit *par abcès*, soit *par gangrène*. L'exsudation peut aussi n'être pas résorbée et se transformer en *produits caséux*, puis enfin déterminer la *Consumption*.

Dans le cas d'abcès, la région enflammée se creuse d'une cavité irrégulière que viennent remplir du pus et des débris du tissu pulmonaire. *Dans le cas de gangrène*, la portion du poumon malade prend une couleur noire, une odeur fétide et devient très-friable.

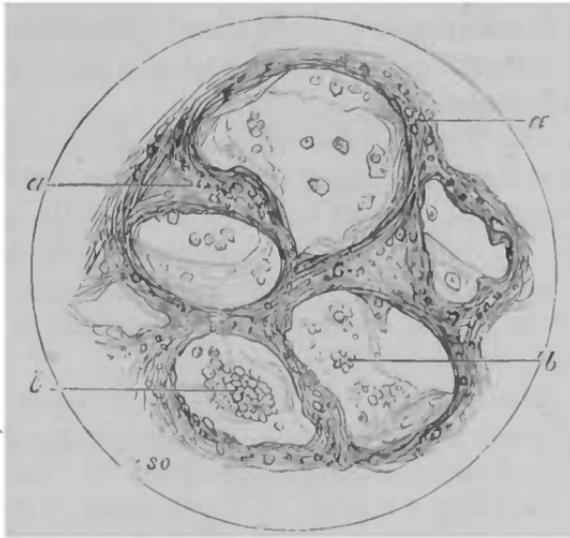
La PNEUMONIE CROUPALE se complique souvent d'une pleurésie. Elle débute par les lobes inférieurs, gagne le sommet et n'attaque généralement qu'un seul poumon (1).

84.—La PNEUMONIE CATARRHALE AIGÜE OU PNEUMONIE LOBULAIRE, qui porte aussi le nom de BRONCHO-PNEUMONIE, est fort commune chez l'enfant; on l'observe généralement dans les régions pulmonaires où la bronchite a déjà occasionné du collapsus. Les altérations morbides sont ordinairement limitées à quelques lobules qui prennent alors une consistance assez ferme et une coloration rouge. La coupe met à nu une surface unie, nullement granuleuse, de laquelle la pression fait écouler un liquide sanguinolent. Les capillaires qui entourent les alvéoles sont dilatés et distendus par le sang. Les cellules épithéliales gonflés, et devenues plus nombreuses par suite de la prolifération, rem-

(1) D'après Laënnec, c'est dans le poumon droit que se localise généralement cette affection.

plissent les cavités alvéolaires où elles baignent dans un liquide séreux, transsudé des vaisseaux (fig. 17)

FIG. 17.



Aspect microscopique d'un cas de pneumonie catarrhale aiguë quand les tubes bronchiques sont dilatés ; *a*, parois des alvéoles peu épaissies ; *b*, cellules formées dans les alvéoles.

85. — DANS LA PNEUMONIE CHRONIQUE INTER-TITIELLE ou SCLÉROSE DES POUMONS, la charpente pulmonaire est indurée, grisâtre ou brune, parcourue par des tractus fibreux, blanchâtres ou noirs, qui quelquefois entourent d'anciens amas tuberculeux. Parfois tout le tissu est parsemé de cavernes. La plèvre est généralement épaissie, les bronches plus volumineuses et fortement dilatées. Les parois alvéolaires sont considérablement augmentées par l'addition de tissu conjonctif de nouvelle formation venant remplacer les fibres élastiques. Ces éléments conjonctifs s'étendent fré-

quemment jusque dans les vésicules pulmonaires qui, dans certains cas, sont complètement obstruées par une prolifération de cellules épithéliales ou conjonctives. D'autres fois l'unique altération visible dans cette forme de pneumonie consiste dans l'épaississement du tissu conjonctif qui sépare des lobules remplis de dépôts tuberculeux.

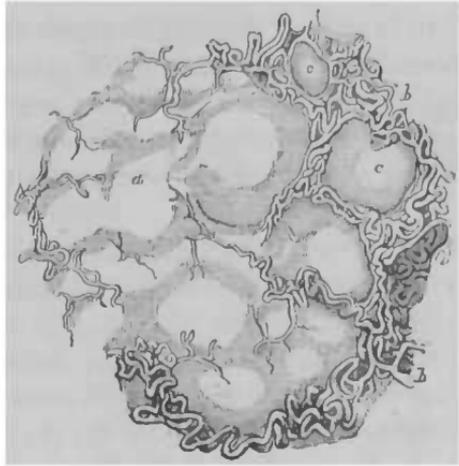
86. — La TUBERCULOSE DES POUMONS donne lieu à l'affection nommée PHTHISIE *pulmonaire* ou CONSOMPTION (1). Les tubercules peuvent naître dans plusieurs organes, mais on les rencontre le plus généralement dans les poumons, où leur développement présente trois périodes : 1^o la *période d'induration* ; 2^o la *période de ramollissement* ; 3^o la *période d'ulcération*.

Au début, le tubercule s'offre sous forme de petites granulations arrondies, rudes au toucher, grisâtres et semi-transparentes (tubercules gris ou miliaires). Etant ainsi formé il peut, en se réunissant à d'autres, constituer des amas rugueux, opaques, jaunes, de consistance caséuse (tubercules crus ou jaunes). D'autres fois, le tubercule se dessèche et donne lieu à la formation d'une masse crayeuse (tubercules dégénérés ou anciens). Cependant le plus ordinairement le ramollissement du produit morbide détermine l'inflammation des tissus environnants qui deviennent alors mous, friables et gorgés de sang : ce phénomène indique la seconde période, ou *période de ramollissement*. L'ulcération succède et donne lieu à la formation de cavités inégales et irrégulières, et la troisième période ou période d'ulcération se trouve constituée. — Ces cavernes peuvent se développer, et il peut arriver que

(1) Voir J. Hughes Bennett. *Pulmonary Consumption*. 2^e édit. Edimbourg. (N. d. T.)

l'on y rencontre, *post mortem*, du pus, ou des débris de tubercules ou de tissu pulmonaire. La guérison peut aussi se produire, et dans ce cas, l'inflammation

FIG. 18.



Dépôt tuberculaire dans le poumon vu au microscope (Rainey). *a*, tubercule qui a détruit les parois des vésicules aériennes dans lesquelles il était déposé ; *b*, vaisseaux sanguins ; *c*, cellules aériennes remplies de matière tuberculeuse.

des tissus environnants décline, et la caverne se revêt d'une membrane unie.

87.— Laënnec pense que le tubercule *gris ou miliaire* et le *tubercule cru ou jaune* ne sont que les manifestations d'une même maladie et proviennent toujours de la même affection constitutionnelle. Cette théorie est fortement ébranlée par la découverte qui a été faite de masses caséuses rencontrées dans le poumon et ne pouvant guère être distinguées des tubercules. Ces masses sont le produit de formations cellulaires qui, après avoir perdu leur vitalité, ne sont pas résorbées et subissent par la suite des altérations chimiques. De

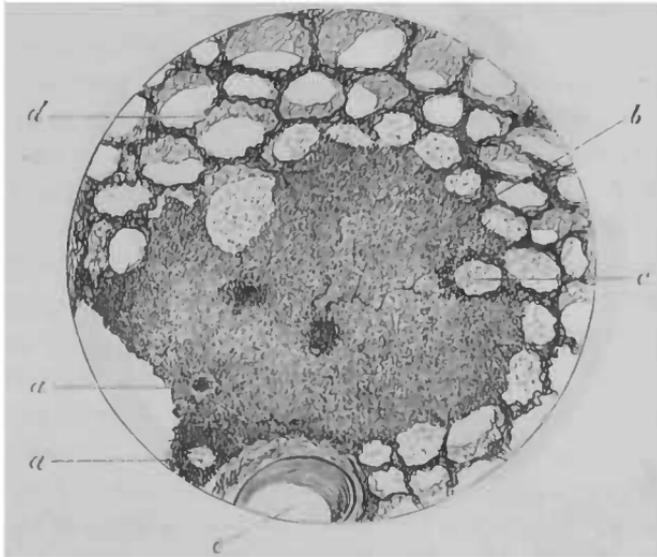
puis, Villemain a démontré que des granulations analogues aux tubercules gris peuvent se rencontrer chez des lapins ou chez des cobayes (cochons d'Inde) sous la peau desquels ont été insérés de petits tubercules jaunes.

Aujourd'hui la plupart des pathologistes n'emploient le terme *tubercule* que pour désigner le tubercule gris ou miliaire, considérant le tubercule cru ou jaune comme constitué simplement par les restes caséux des produits non résorbés de la pneumonie catarrhale chronique.

La PNEUMONIE CATARRHALE CHRONIQUE est considérée comme étant la suite ordinaire d'une inflammation des petites bronches. Les cellules épithéliales deviennent alors tellement nombreuses, qu'elles finissent par obstruer la lumière des tubes bronchiques dont les parois s'épaississent sous l'influence du processus inflammatoire. Si le bouchon épithélial reste fixé au même point, les cellules dont il se compose dépérissent, meurent et se changent en produit caséux. Des sels de chaux peuvent aussi s'y déposer et l'indurer. Les concrétions calcaires ainsi formées peuvent agir ensuite comme des irritants et provoquer de l'inflammation autour d'elles. Comme l'air ne peut plus circuler dans les alvéoles obstruées, celles-ci tombent dans le collapsus et sont bientôt remplacées par des cellules, comme il advient dans la *pneumonie catarrhale aiguë*. L'inflammation peut se porter d'abord sur les vésicules pulmonaires pour s'étendre de là aux tubes bronchiques. D'autres fois, le contenu des alvéoles ne pouvant plus être éliminé par les bronches rétrécies ou obstruées, subit la dégénérescence caséuse et forme ce que l'on appelait autrefois le tuber-

cule cru ou jaune. Les vaisseaux sanguins sont comprimés et s'oblitérent ainsi que le montre la figure 19.

FIG. 19.



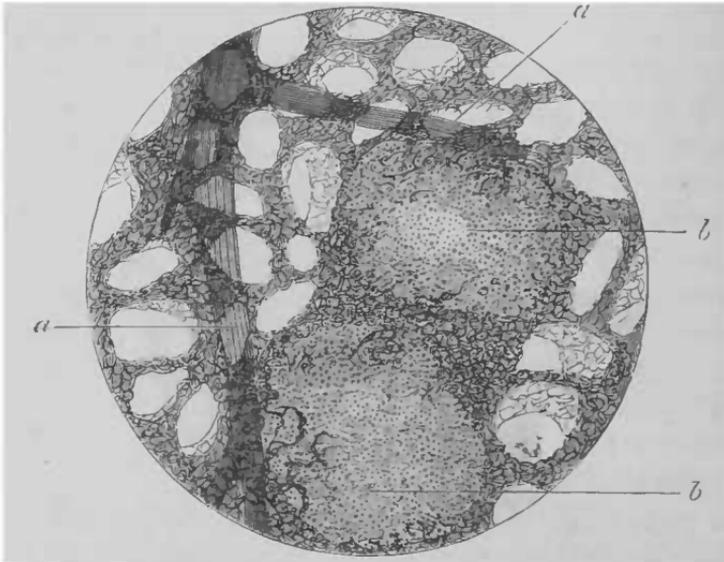
Allérations microscopiques observées dans la pneumonie catarrhale chronique (tubercule cru). *a*, tubes bronchiques, dont quelques-uns paraissent formés par une masse cellulaire, tandis que d'autres sont vides, leur contenu s'étant échappé lors de la section ; *b*, alvéoles remplies de cellules ; *c*, alvéoles partiellement remplies de cellules ; *d*, alvéoles à l'état normal. Très-peu de vaisseaux sanguins ont pu être saisis là où les alvéoles étaient pleines de cellules.

Une ulcération se produit enfin, et toute la masse caséuse est éliminée par l'expectoration.

Le tubercule miliaire auquel la plupart des auteurs réservent maintenant l'application du terme *tubercule* semble débiter par le développement des cellules contenues dans les parois des petites bronches et des ar-

térioles (fig. 20). Certains médecins décrivent ces productions morbides comme provenant des éléments

FIG. 20.



Aspect microscopique des tubercules miliaires déposés dans le poumon. *a*, branche injectée de l'artère pulmonaire comprimée par les formations tuberculeuses *b*, que l'on voit aussi empiéter sur les alvéoles voisines.

cellulaires de la tunique externe des artérioles. D'autres en font le résultat d'un accroissement exagéré du *tissu adénoïde* qui existe à l'état normal autour des vaisseaux et des bronches (1). Quoiqu'il en soit, ces petits groupes cellulaires comprimant les alvéoles voisines produisent une pneumonie catarrhale chro-

(1) Le tissu adénoïde se compose d'un réseau de fibres fines renfermant des cellules semblables à celles des vaisseaux lymphatiques. Ce tissu se rencontre dans les glandes lymphatiques, les glandes de Peyer, et dans d'autres organes analogues.
(N. d. T.)

nique qui bientôt détermine le ramollissement et l'ulcération comme nous l'avons expliqué plus haut. Le tubercule miliaire lui-même, n'étant plus irrigué par les vaisseaux sanguins, se ramollit à son centre, se change en une masse caséuse qui fond et laisse après elle une caverne.

Il ne faut jamais oublier que la *Tuberculose miliaire* est le résultat d'une affection constitutionnelle. Elle survient souvent sous forme de maladie aiguë et alors ce ne sont pas seulement les poumons qu'on trouve remplis de ces dépôts morbides, *post mortem*, mais encore les intestins, la pie-mère, les membranes séreuses, en un mot tous les organes du corps humain. Cette forme prend le nom de *tuberculose aiguë*. Lorsque la tuberculose suit une marche chronique, comme il arrive dans la consommation, quelques pathologistes la considèrent comme due à l'absorption par le sang de quelques débris de matière caséuse (*tubercule cru*) ayant persisté sans se résorber à la suite d'une inflammation des poumons ou de quelque autre organe.

88. — **CANCER DES POUMONS.** Le Cancer du poulmon, quoique relativement rare, peut néanmoins se présenter sous différentes formes. Le *Squîrre* est constitué par une tumeur dure, blanche, bien délimitée, de laquelle la pression fait soudre un liquide contenant des fibres allongées et des cellules irrégulières à noyaux.

Le **CANCER MÉDULLAIRE** est la forme que revêt le plus communément cette affection. Dans ce cas, la tumeur est lisse, friable, vasculaire et souvent teinte de sang. Le Cancer peut prendre naissance dans les glandes bronchiques ou dans le tissu pulmonaire lui-même. Il provient, dans quelques cas, de l'extension dans le

poumon d'une tumeur analogue, siégeant primitivement dans la poitrine ou dans quelque autre partie voisine. Le Cancer pulmonaire coïncide généralement avec des altérations semblables affectant d'autres organes. (Pour ce qui est de l'examen microscopique, voir au paragraphe qui traite du *Cancer de l'estomac*.)

89.—D'après ce que nous venons de dire sur les altérations morbides qui se constatent *post mortem* dans l'appareil respiratoire, il est facile de s'expliquer la valeur des signes physiques qui existent pendant la vie du malade.

90.—Quand on pratique la percussion sur un thorax sain, il rend un son clair à cause de l'air qui le distend. Mais le poumon étant vide de gaz, soit que du liquide vienne le comprimer comme dans la pleurésie; soit que la lymphe plastique obstrue les alvéoles, comme dans la pneumonie, le son obtenu par la percussion de la poitrine n'est plus clair, mais au contraire mat. Enfin la sonorité est plus grande qu'à l'état normal si la cavité pleurale est envahie par l'air ou bien si les vésicules pulmonaires sont distendues par ce fluide. Dans la phthisie, la matité varie d'intensité selon que les alvéoles sont remplies de dépôts tuberculeux en totalité ou en partie.

91.—Le MURMURE VÉSICULAIRE est le bruit produit au moment de l'inspiration par l'entrée de l'air dans les bronches et les vésicules pulmonaires qui se dilatent. Si, pour une cause quelconque, le poumon, dans sa totalité ou dans une de ses parties seulement, agit d'une façon plus énergique qu'à l'ordinaire, on constate de la *respiration puerile*, nom qui vient de l'intensité plus grande du bruit respiratoire pendant l'enfance. Quand, au contraire, l'activité du poumon se

ralentit, le murmure vésiculaire devient plus faible. Cet affaiblissement de la respiration tient communément à l'obstruction des alvéoles par des dépôts tuberculeux, à l'absence plus ou moins complète d'élasticité pulmonaire ou bien enfin à quelque obstacle empêchant le libre passage de l'air dans le larynx ou dans les bronches.

92.—A l'état de santé, le bruit dû au frottement de l'air qui parcourt les tubes bronchiques se trouve masqué par l'intensité du murmure vésiculaire. Mais si les alvéoles se trouvent obturées comme dans la pneumonie ou la phthisie, le bruit bronchique s'entendra pleinement et constituera la *respiration bronchique* ou *tubaire*. Les caractères de ce bruit changent naturellement en raison du volume et de la forme des conduits que l'air doit traverser. Ainsi, lorsqu'une bronche se trouve fortement dilatée ou quand elle aboutit à une caverne, LA RESPIRATION EST CAVERNEUSE.

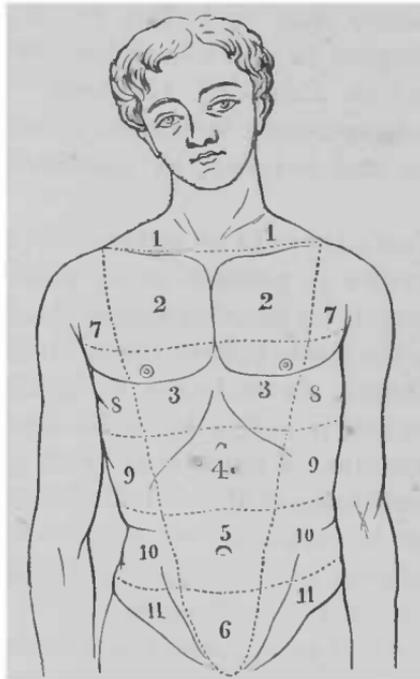
93.—La VOIX LARYNGÉE ne se transmet que très-faiblement à travers un poumon sain; c'est à peine, en effet, si on perçoit un bourdonnement sourd quand on applique l'oreille sur la poitrine d'un homme que l'on fait parler. Quand, au contraire, les alvéoles pulmonaires se trouvent remplies de dépôts solides, comme dans la pneumonie, le bruit vocal suit parfaitement les tubes bronchiques et il s'entend distinctement (*accroissement de la résonance vocale* ou *bronchique*). S'il existe une caverne considérable, la voix est renforcée à ce niveau et il y a PECTORILOQUIE.

94. — L'air, en passant sur une membrane lisse ne produit qu'un murmure doux; mais le caractère de ce murmure s'altère dès que la surface frottée par le fluide

devient rugueuse ou inégale. Dans la bronchite, alors que la muqueuse est dépouillée de son épithélium, que des flocons de mucus solidifiés sont projetés çà et là, alors enfin que le calibre des bronches n'est plus uniforme, il se produit des sons anormaux qu'on a appelés **RALES SECS**. De ces râles, les uns ayant pris naissance dans des bronches volumineuses, ont été nommés *rhonchus sonores* (râles sonores); les autres, nés dans des tubes étroits et offrant un caractère de roucoulement ou de sifflement, ont pris le nom de *rhonchus sibilants* (râles sibilants).

95.—Quand un liquide remplit les bronches ou les

FIG 21.



Régions : 1. Sus-claviculaire, 2. Intra-claviculaire, 3. Mammaire,
7. Axillaire, 8. Intra-axillaire. (PAXTON.)

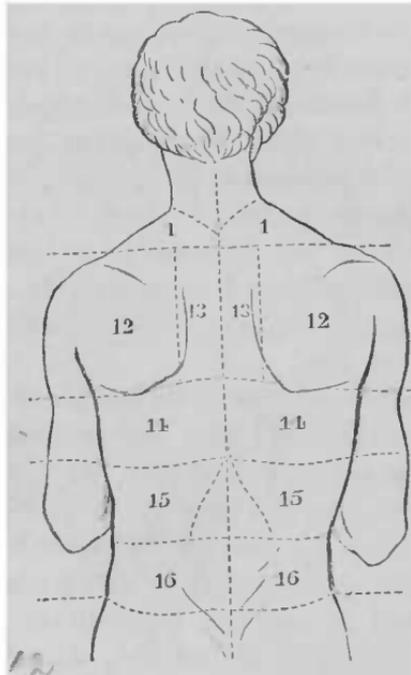
alvéoles, l'air en passant à travers, soit à son entrée, soit à sa sortie du poumon, donne naissance à des bulles et par suite à certains bruits nommés CRÉPITATIONS ou RALES HUMIDES. Les crépitations sont dites *grosses* ou *fines* ou prennent encore le nom de RALES MUQUEUX, suivant le point de l'appareil respiratoire où elles naissent. Beaucoup de médecins réservent le nom de *crépitations* aux râles légers qui se produisent au sein des alvéoles pendant la pneumonie. Ils admettent comme râles muqueux tous les bruits humides engendrés dans les bronches. Puisque les crépitations fines ne sont pas particulières à la pneumonie, il nous paraît plus simple de nommer *crépitations* tous les râles humides gros ou fins.

96. — Les parois du thorax varient dans leur amplitude, dans leur forme et dans leur mobilité, selon l'état des organes qu'elles enserrant. On doit donc mesurer les dimensions que présente la poitrine dans les diverses maladies. Le côté affecté présente une voussure dans la pleurésie et dans le pneumothorax; il est rétracté quand le poumon, d'abord refoulé par un épanchement, n'a plus été capable de se dilater au moment où le liquide épanché a été repris par résorption. Dans la phthisie, les côtes supérieures sont le plus souvent déprimées et peu mobiles, parce que les sommets des poumons sont envahis par les tubercules.

POUR PRATIQUER LA MENSURATION DU THORAX il faut d'abord marquer à l'encre les points médians sur les vertèbres et sur le sternum. Ensuite il suffit de mesurer la distance qui sépare ces points avec un ruban gradué, en ayant soin de faire opérer au malade des expirations forcées pendant tout le temps que dure l'opération. On a imaginé des instruments variés pour

rendre la mensuration plus exacte, mais ils sont rarement nécessaires (1).

FIG. 22.



1 Sus-épineuse, 2 Scapulaire, 13 Interscapulaire (droite et gauche),
14 Sous-scapulaire. (ΠΑΝΘΝ.)

97.—On a supposé le thorax divisé en plusieurs régions qu'il est bon de connaître. Les dessins représentés dans les figures 21 et 22 suffisent à nous les faire comprendre.

98.—Les symptômes qui autorisent à supposer que l'on est en présence d'une maladie des poumons sont : des douleurs dans la poitrine ou dans les régions cos-

(1) Voir à l'Appendice l'article qui traite des instruments usités dans le Diagnostic.

tales, la toux, l'expectoration, l'hémoptysie ou crachement de sang, la dyspnée, les sueurs nocturnes, l'amaigrissement.

99.—Il faut s'appliquer de bonne heure à observer des poitrines saines; tant par la percussion que par l'auscultation.

100.—Au point de vue de la PERCUSSION, il faut se souvenir que, sauf pour l'espace précordial, la résonance est égale dans les régions correspondantes de la poitrine. Le son percuté est plus faible si le thorax est en inspiration forcée; il est plus mat dans le cas contraire. La percussion doit être plus énergique au-dessus et au niveau de l'omoplate qu'à la partie antérieure de la cage thoracique.

101.—Pour ce qui est de l'AUSCULTATION, on doit agir de la manière suivante : on place d'abord le stéthoscope sur la trachée d'un homme sain et alors on entend un double bruit qui accompagne les deux actes respiratoires. L'un de ces bruits est dû à l'entrée de l'air dans la poitrine, tandis que l'autre est engendré par la sortie de ce fluide. Ils sont égaux en intensité; tous deux rudes, séparés l'un de l'autre par un silence bien prononcé. C'est là ce qu'on appelle la RESPIRATION TRACHÉALE OU CAVERNEUSE. Lorsque le stéthoscope repose sur la fourchette sternale, au niveau du point où la trachée se divise, on perçoit un son plus prolongé à l'inspiration qu'à l'expiration. Les deux bruits sont plus doux et moins creux que le son trachéal. L'intervalle qui les sépare est court mais appréciable; telle est la RESPIRATION BRONCHIQUE OU SOUFFLE TUBAIRE. Au niveau des autres régions de la poitrine, le bruit perçu est doux, filant pendant l'inspiration plus fort et beaucoup moins pro-

longé pendant l'expiration; les deux bruits ne sont séparés par aucun silence appréciable. Tel est le **MURMURE VÉSICULAIRE**.

102.—On doit faire parler le malade pendant qu'on ausculte ces différentes régions. Le stéthoscope étant sur la trachée, les mots semblent dits à l'oreille de l'observateur et souvent comme chuchotés. Il y a dans ce cas **PECTORILOQUIE**. A la fourchette sternale et à la région **INTERSCAPULAIRE** on entend la voix à l'extrémité du stéthoscope. C'est là de la **BRONCHOPHONIE**. Dans les autres régions de la poitrine, on n'entend plus qu'un bourdonnement, souvent presque imperceptible quand le malade parle. La main appliquée sur la poitrine saisit, au moment où le sujet émet quelques sons, une vibration particulière nommée **FRÉMISSEMENT VOCAL**.

103.—On doit autant que possible examiner le malade assis. Il faut avoir soin de bien appliquer les vêtements sur la peau, car le frottement de ceux-ci pourrait être pris pour un bruit morbide.

104.—Avant de procéder à l'examen du malade que l'on suppose atteint d'une affection pulmonaire, il importe de s'informer si la maladie a débuté brusquement (*aiguë*), ou si elle s'est développée d'une façon lente et graduelle (*chronique*), ou bien enfin si la marche de l'affection se caractérise par des *paroxysmes subits*, séparés les uns des autres par des périodes de calme complet. Dans le cas d'une maladie *aiguë*, voir au § 105; dans le cas d'une maladie *chronique*, consulter le § 133, et s'il y a des *paroxysmes*, se reporter au § 156.

SECTION I.

Maladies aiguës de l'appareil respiratoire.

105.—Les maladies aiguës qui affectent l'appareil res-

piratoire sont : la *Pneumonie*, la *Pleurésie*, la *Bronchite*, la *Croupeluche* et la *Phthisie aiguë*. Il faut, dans toutes ces affections, porter son attention sur les parties inférieures et postérieures de la poitrine au-dessous de l'omoplate. L'examen doit toujours commencer par la percussion.

106. — A. — Ya-t-il matité complète à la percussion? On peut avoir affaire à une *Pneumonie*, à une *Pleurésie* avec épanchement ou à un *Hydropneumothorax*. Dans le cas où il n'existerait pas de matité, il faut se reporter au § 117, tandis que s'il se présente une résonance exagérée, on doit se guider sur le § 129.

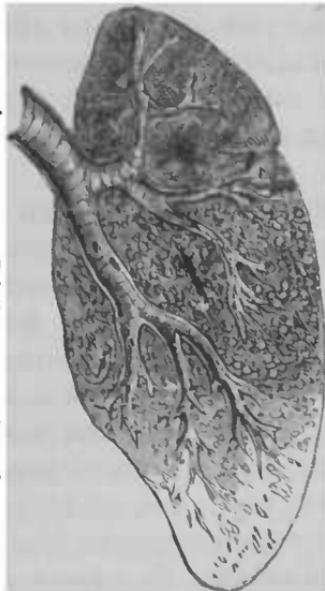
107. — a. — S'agit-il d'une *Pneumonie*? Il y a du souffle bronchique seul ou accompagné, soit de cra-

FIG. 23.

Légère matité à la percussion, crépitations.

Matité. Respiration tubaire, bronchophonie, augmentation du frémissement vocal.

Matité. Respiration tubaire, bronchophonie, frémissement vocal augmenté, râle muqueux.



Engorgement et hépatisation au début

Hépatisation rouge complète.

Hépatisation grise.

Différentes périodes de la *Pneumonie aiguë*.

quements fins, soit de râles bulleux pendant l'inspiration. En même temps on observe un accroissement dans la résonance de la voix et dans le frémissement vocal.

108.—Les craquements bulleux ainsi que les râles ont été nommés crépitations. Ils sont dus aux bulles qu'engendre le passage de l'air à travers l'exsudation liquide remplissant les alvéoles et les petites bronches.

Pour quelques auteurs, les crépitations de la Pneumonie tiennent au décollement des parois alvéolaires agglutinées par l'exsudat, au moment où l'air inspiré vient distendre le poumon. Ces bruits s'entendent au début et vers la fin (*hépatisation grise*) de la maladie. Dès que le tissu pulmonaire prend une consistance solide (*hépatisation rouge*), on n'observe plus que du souffle bronchique ou même une absence complète des bruits respiratoires. L'accroissement de la résonance vocale et du frémissement tient à ce que le poumon, devenu solide, conduit la voix bien mieux qu'à l'état sain.

109.—La PNEUMONIE débute par un frisson violent, suivi d'une sensation douloureuse dans le côté. La douleur n'offre pas ici le caractère aigu et déchirant que l'on constate dans la Pleurésie, à moins que cette dernière maladie ne vienne compliquer la situation. Le malade accuse de la soif; la peau est sèche et chaude; la langue est blanche; l'appétit est faible ou nul; l'abdomen rétracté; l'urine épaisse et rare. Le sujet, généralement étendu sur le dos, est fatigué par une toux fréquente et brève qui amène des crachats visqueux, rouillés ou sanguinolants. En même temps, on observe de la dyspnée, une fréquence considérable des mouve-

ments respiratoires, un pouls rapide et mou, enfin il y a souvent du délire nocturne. Dans le cas où il y a complication d'une Pleurésie, on trouve en plus les signes physiques de cette dernière affection. On peut soupçonner la formation d'un *abcès* dans le poumon quand des frissons plus ou moins intenses surviennent pendant la dernière période de la maladie et lorsque l'expectoration, prenant une coloration jaunâtre, contient des débris de tissu pulmonaire. La gangrène s'annonce par une fétidité repoussante de l'haleine et des érachats en même temps qu'une prostration subite et très-visible s'empare du malade.

110. — La température moyenne prise au creux de l'aisselle est de 104° Fahrenheit (40° centigrades), tandis que le pouls donne 120 pulsations environ à la minute au moment où la maladie est arrivée à son apogée. Si les chiffres indiqués ci-dessus sont dépassés, le cas est grave; il est bénin, si la température et le pouls n'atteignent pas à ces limites.

Tant que la Pneumonie est à son *summum*, il y a absence de chlorure dans les urines. Il est facile de s'en rendre compte en versant une solution de nitrate d'argent sur l'urine préalablement rendue acide par l'addition de quelques gouttes d'acide nitrique et en observant s'il se forme ou non un précipité.

Une crise ou défervescence soudaine de la fièvre peut survenir le quatrième, le sixième ou septième jour après le début. Ce phénomène s'accompagne souvent de diarrhée, de sueurs profuses ou de l'émission d'une grande quantité d'urines troubles. Le passage d'une certaine quantité d'albumine par l'appareil urinaire est un signe défavorable quand il précède la crise. Lorsque la fièvre persiste pendant un certain

temps avec des exacerbations nocturnes, se terminant le matin par des sueurs profuses, quand la matité ne disparaît pas rapidement, on doit craindre la consomp-tion, surtout si au début il y a eu d'abondants crache-ments de sang.

111. — L'ŒDÈME DU POUMON donne lieu aussi à de fines crépitations et à des râles muqueux qui s'accom-pagnent de dyspnée, de toux, de crachats abondants; mais ces derniers sont floconneux et clairs. D'ailleurs il n'y a pas de matité nette, ni de souffle tubaire. En-fin l'œdème s'observe surtout dans le cours d'une ma-ladie de cœur, des reins, ou du foie.

112. — LE COLLAPSUS DES ALVÉOLES PULMONAIRES se caractérise par la matité et l'absence de bruits respi-ratoires à la suite d'une bronchite ou d'une fièvre. On le rencontre surtout chez les enfants et les vieillards. Cet état se distingue de la Pneumonie par l'historique, l'absence de tout crachat et le mode suivant lequel l'affection débute.

113. — LA PLEURÉSIE AVEC ÉPANCHEMENT se reconnaît à ce qu'il y a affaiblissement, manque absolu de mur-mure vésiculaire, de la résonnance et des vibrations vocales.

114. — La matité et l'absence du bruit respiratoire tiennent à la compression du poumon refoulé par l'épanchement contre la colonne vertébrale. La matité occupe une surface d'autant plus étendue que le li-quide épanché est plus abondant. Du côté sain, la res-piration est plus intense qu'à l'état normal. Si l'épan-chement est peu considérable, la matité peut n'être perceptible que dans la station debout et disparaître quand le malade se couche sur le ventre. Quelquefois,

au contraire, tout le côté est mat. Si le siège de l'affec-
tion est à gauche, le cœur se trouve déplacé et peut

FIG. 24.

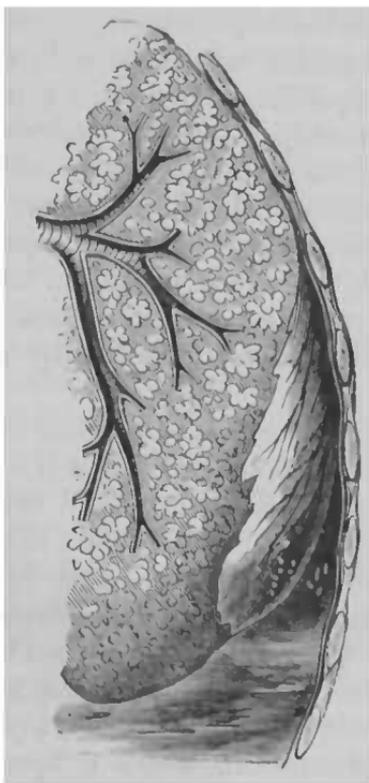


Diagramme montrant la partie supérieure de la plèvre avec
épanchement de liquide à la partie inférieure de la poitrine
(DOBELL) : bruit de frottement entre la 3^e et la 4^e côte; grande
matité; absence du bruit respiratoire, de la résonance vocale
et du frémissement entre la dernière et l'avant-dernière côte.

alors battre à droite de sternum. Quand c'est la plèvre
droite qui est remplie de liquide, le foie est refoulé de

manière à déborder quelquefois le rebord costal. — Le côté malade, plus ample que le côté sain, comme le prouve la mensuration, jouit d'une mobilité bien moindre. Les espaces intercostaux sont plus larges, moins visibles ou même projetés en dehors. On entend très-souvent du souffle tubaire dans la région inter-scapulaire. Quelquefois, pendant que le malade parle, on distingue un bruit particulier semblable à un bêlement (*œgophonie*) au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. Des frottements peuvent s'observer au début de cette période ; au reste, à mesure que l'épanchement se résorbe, les signes physiques disparaissent. Par la suite, le côté atteint peut diminuer de volume et se déformer ; le cœur peut aussi rester déplacé pour toujours.

115. — Le malade, couché sur le côté affecté, est fatigué par une dyspnée intense ; mais il ne présente ni toux, ni crachats rouillés, ainsi qu'il arrive dans la Pneumonie. Si du pus se forme dans la plèvre, le sujet se plaint de sueurs nocturnes et de frissons ; le pouls prend une fréquence et une petitesse caractéristiques, pendant que l'émaciation fait des progrès rapides. L'épanchement peut alors se faire jour à travers les parois thoraciques, ou bien, après avoir perforé le poumon, être expulsé sous forme d'expectoration purulente survenant brusquement et présentant une abondance particulière.

116. — Le foie hypertrophié peut remonter jusqu'à la quatrième côte et simuler ainsi un épanchement pleural du côté droit. Dans ce cas, la limite de la matité est plus élevée en avant qu'en arrière. De plus, elle descend pendant une inspiration un peu énergi-

que et remonte, lorsque l'expiration est forcée, ce qui n'arriverait pas s'il s'agissait d'un épanchement pleurétique.

Le Cancer médullaire, quand il occupe le poumon en totalité, donne aussi lieu à de la matité et à une absence complète du murmure vésiculaire; seulement la matité n'est pas uniforme et l'on trouve, par places, une résonance relative. D'ailleurs dans le cancer, l'absence des vibrations vocales n'est pas absolue, les crachats sont sanglants ou semblables à de la gelée de groseilles. De plus, il existe des signes manifestes de l'affection maligne dans d'autres organes, et l'aspect cachectique se trouve bien plus prononcé que dans un cas simple de pleurésie.

La toux, les crachats rouillés, l'élévation de la température permettront de distinguer la Pneumonie de l'Inflammation pleurale. En résumé voici les SIGNES PHYSIQUES LES PLUS CARACTÉRISTIQUES DE LA PLEURÉSIE: Voussure du côté malade avec dilatation des espaces intercostaux correspondants, refoulement du cœur ou du foie, faiblesse ou absence des vibrations vocales et des bruits respiratoires. Dans la *Pneumonie*, au contraire, le frémissement vocal est accru, tandis que la respiration prend le caractère bronchique.

117. — B. — Il n'existe pas de matité à la percussion. On peut alors penser à une *Pleurésie sèche* à une *Bronchite*, à une *Coqueluche* ou à une *Phthisie aiguë*.

118. — a. — Dans le cas de PLEURÉSIE SÈCHE, c'est-à-dire *sans épanchement liquide*, les bruits vocaux et respiratoires n'ont rien d'anormal; seulement la respiration s'accompagne de frottements ou de craquements superficiels assez faciles à entendre.

119. — Les craquements sont dus au froissement des surfaces pleurales rugueuses glissant l'une sur l'autre (fig. 24). Généralement ces craquements se perçoivent à la fois pendant l'inspiration et l'expiration ; pourtant on peut ne les entendre qu'au moment d'une inspiration forcée. On pourrait, à la rigueur, prendre ces bruits pour les râles secs de la bronchite ; mais, en faisant tousser le malade, il est facile d'être édifié. La toux, en effet, altère le caractère du rhonchus dans la bronchite, tandis qu'elle n'a aucune influence sur les frottements pleuraux. On peut observer des mouvements respiratoires fréquemment répétés à cause de la douleur ; ils sont superficiels et s'accompagnent d'un murmure vésiculaire peu énergique.

120. — La maladie débute, en général, par une sensation de froid ou frisson. Le malade, couché sur le côté sain, se plaint d'une dyspnée plus ou moins intense et d'une douleur dans le côté qu'exaspèrent les mouvements respiratoires et la toux. Le pouls est rapide, souvent dur. Avec tous les symptômes de la fièvre, on observe une toux brève, fatigante, mais non accompagnée de crachats rouillés. Cette période précède le plus souvent l'épanchement liquide. La Pleurésie peut présenter aussi une marche chronique, mais les signes physiques restent les mêmes.

121. — Il faut se souvenir que la douleur pleurétique peut être simulée par un rhumatisme musculaire ou par une névralgie. Parfois même un point de côté très-douloureux n'est que le précurseur d'une éruption d'herpès. Dans tous les cas, il n'y a pas de fièvre intense, pas de frottement pendant l'inspiration, pas de matité à la percussion.

122. — *b.* — DANS LA BRONCHITE AIGUE, les bruits respiratoires sont mêlés à des râles secs ou humides, sans que la voix et les vibrations vocales soient altérées.

123. — Le médecin doit s'habituer à distinguer dans la bronchite les bruits secs des bruits humides (1). Il ne faut pas prendre pour des crépitations les frottements du stéthoscope sur les poils de la poitrine, le froissement des habits ou bien encore le déplacement des gaz contenus dans le tissu cellulaire sous-cutané (emphysème).

124. — Dans la Bronchite aiguë, le malade qui présente plus ou moins de fièvre, accuse au niveau de la poitrine une douleur sourde et de l'oppression, parfois un sentiment de constriction bornée généralement à la région sternale. La toux amène l'expulsion de crachats muqueux, glaireux, transparents ou semi-transparentes au début, puis opaques et contenant du pus.

Les crachats ne sont jamais rouillés comme dans la Pneumonie, bien qu'ils soient parfois striés de sang. Chez l'enfant l'inflammation des petites bronches (*bronchite capillaire*) détermine une fièvre violente, s'accompagnant d'une gêne excessive dans la respiration et d'autres symptômes très-graves qu'on ne rencontre pas chez l'adulte. Lorsque, dans ce cas, l'épigastre se déprime, quand les côtes inférieures sont entraînées en dedans pendant l'inspiration, c'est que l'entrée de l'air dans les alvéoles pulmonaires est sérieusement compromise. Cette forme de Bronchite entraîne souvent le collapsus d'une portion plus ou moins considérable du poumon.

(1) Voir Parag. 94 et 95.

125. — *c.* — DANS LA COQUELUCHE, le malade est pris d'accès brusques d'une toux violente, rapidement interrompue et alternant avec des inspirations difficiles qu'accompagne une sorte de sifflement aigu et perçant. L'attaque se termine en général par l'expectoration d'un mucus filant et glaireux ou par le vomissement. Pendant l'accès, la face devient rouge ou violacée, les yeux s'injectent, et le sujet semble sur le point de suffoquer.

126. — Cette affection atteint surtout les enfants. Elle sévit sous la forme épidémique ; elle est très-contagieuse, mais n'attaque jamais plus d'une fois la même personne. Souvent LA COQUELUCHE suit la rougeole ou la scarlatine. Le bruit entendu pendant l'inspiration tient à l'occlusion spasmodique de la glotte. L'affection est précédée pendant un certain temps de fièvre, d'hypersécrétion des muqueuses oculaires et nasales et des autres symptômes du rhume. Bientôt la fièvre tombe, et la toux caractéristique apparaît (*période convulsive*).— Après quelque temps la violence des accès diminue, et l'expectoration moins abondante perd peu à peu sa viscosité (*période de déclin*). L'affection qui nous occupe coïncide souvent avec la Bronchite qui atteint plus d'une fois les petites bronches. Aussi, dans les cas funestes, trouve-t-on généralement des parties du poumon envahies par le collapsus. Parfois le malade peut rester avec un emphysème ou une consommation. La mort survient exceptionnellement au milieu des convulsions.

127.— *d.* — DANS LA PHTHISIE AIGUE, le malade, tout en présentant les signes physiques et les symptômes d'une Bronchite, se plaint d'une fièvre intense, d'une gêne excessive dans la respiration et de sueurs noctur-

nes ; il a la langue brune, et enfin, son embonpoint ainsi que ses forces disparaissent (1).

128. — LA PHTHISIE AIGUE se termine dans l'espace de trois à dix semaines. Dans tous les cas, il faut rechercher dans les crachats les débris des tissus pulmonaires sans lesquels on ne peut justifier le diagnostic en l'absence des signes physiques de la phthisie.

129. — C. — ON RECONNAIT LE PNEUMOTHORAX au son clair, analogue à celui d'un tambour, que rend la poitrine quand on la percute. Le son que l'on observe se nomme *son tympanique*.

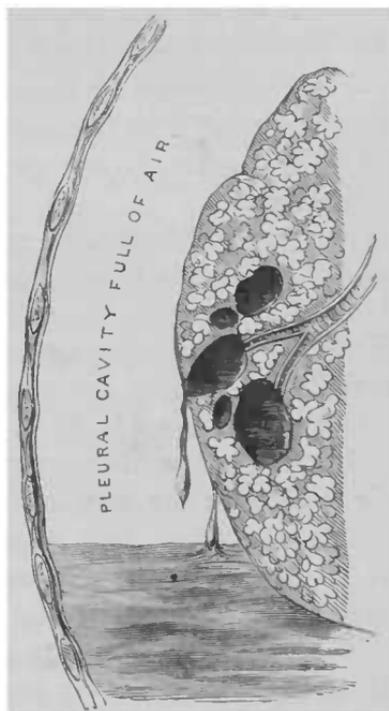
130. — Il existe un affaiblissement considérable ou un manque absolu des bruits respiratoires, de la résonnance des vibrations vocales. En même temps, on remarque une voussure marquée du côté malade, une convexité anormale des espaces intercostaux, une absence ou une diminution notable de la mobilité des côtes et souvent un déplacement du cœur.

131. — L'air contenu dans la plèvre comprime le poumon et gêne la respiration, tout comme le liquide épanché dans la pleurésie. La séreuse s'enflamme bientôt, et alors on observe de la matité à la base de la poitrine par suite d'une transsudation liquide, tandis que plus haut la percussion dénote une résonnance exagérée. Les limites de la matité varient beaucoup, suivant que le malade occupe telle ou telle attitude. Le niveau du liquide se trouve plus élevé en avant si le sujet est assis que s'il est couché sur le dos. Quelquefois il existe, quand le malade parle, une sorte d'écho dans la poitrine (*son amphorique*). UN TINTEMENT MÉTALLIQUE

(1) Voir *Traité Clinique des Maladies de la Poitrine*, par Walter H. Walsh (de Londres), trad. Fossagrives. Paris, G. Masson, 1870. (N. d. T.)

peut aussi se constater au moment où une goutte de liquide détachée des parois tombe dans le sac pleural. Dans d'autres cas, quand le malade se remue brusquement ou quand on le secoue (*succussion hippocrata-*

FIG. 25.



Signes physiques du pneumothorax. (DOBELL.) — Entre la 3^e et la 4^e côte son tympanique, respiration absente, ainsi que la résonance vocale et le frémissement. Entre la dernière et l'avant-dernière, bruit métallique, gargouillement, matité.

lique), on perçoit distinctement une sorte de gargouillement caractéristique.

132. — Dans la plupart des cas, l'air pénètre dans la plèvre par la rupture d'une petite caverne; les signes du Pneumothorax sont donc, en général, précé-

dés des symptômes de la Phthisie. La perforation a lieu le plus souvent pendant une quinte de toux ; le malade sent alors subitement une douleur vive dans le côté. En même temps se déclarent une prostration générale et une dyspnée intense. Le pouls devient faible et fréquent. Plus tard le sujet se couche sur le côté malade ; la face et les lèvres se cyanosent. Enfin s'observent des sueurs profuses et un œdème de la face et des jambes. La mort est la terminaison ordinaire de cette maladie.

La résonnance exagérée de la poitrine ne se rencontre que dans l'Emphysème et dans le Pneumothorax ; mais l'Emphysème offre une marche chronique. Il affecte à la fois les deux pounions, laisse à leur état normal les espaces intercostaux, et permet encore d'entendre le bruit respiratoire quoique affaibli. Le Pneumothorax, au contraire, est une affection aiguë, ne portant que sur un côté du thorax, élargissant les espaces intercostaux et faisant cesser tout bruit respiratoire.

SECTION II.

Maladies chroniques de l'appareil respiratoire.

133. — Les maladies chroniques qui affectent l'appareil respiratoire sont : la *Pleurésie chronique*, l'*Hydrothorax*, la *Phthisie*, la *Bronchite chronique* et l'*Emphysème*.

134.—On doit débiter dans l'examen par la percussion. Rencontre-t-on de la matité ? il faut se reporter au paragraphe 135 ; n'en rencontre-t-on pas ? voir au paragraphe 150. — Y a-t-il une résonnance exagérée ? voir le paragraphe 153.

A — *Cas dans lesquels la matité est manifeste.*

135.—a.—LA PLEURÉSIE CHRONIQUE OU L'HYDROTHORAX

peuvent être soupçonnés quand la matité occupe principalement ou uniquement les parties inférieures et postérieures du thorax ; cette matité s'accompagne d'une absence complète des bruits respiratoires, de la résonnance et des vibrations vocales.

136. — DANS L'HYDROTHORAX il existe un liquide, avons-nous dit ; les signes physiques sont par conséquent les mêmes que ceux que nous avons décrits comme existant dans la pleurésie avec épanchement (parag. 114). Pour distinguer l'une de l'autre, il faut se souvenir que la Pleurésie siège généralement d'un seul côté, tandis que l'Hydrothorax affecte les deux. Le début de la Pleurésie est brusque, accompagné de douleur et de frottements qui persistent pendant toute la première période ; l'Hydrothorax, au contraire, n'est qu'une scène de l'hydropisie générale, ou est lié à quelque affection cardiaque, rénale ou hépatique. L'épanchement occupant alors les deux côtés, le cœur ne peut plus être déplacé, comme il advient dans la Pleurésie.

137.—S'il n'existe pas de matité à la base de la poitrine, il faut percuter avec soin les régions claviculaires, ainsi que la fosse sous-épineuse, et comparer la résonnance des points correspondants des deux côtés. On doit pratiquer la percussion tantôt après une profonde inspiration, tantôt après une expiration forcée. Il importe d'observer si les régions sous-claviculaires se soulèvent également pendant l'inspiration, soit en plaçant la main à ce niveau, soit en mesurant l'amplitude du thorax avec un ruban ou avec un compas. Il est utile de tenir compte ensuite de l'énergie et de la tonalité des bruits respiratoires dans les régions indiquées plus haut et des deux côtés de la poitrine ; on y

arrive aisément en plaçant alternativement le stéthoscope sur un côté, puis sur l'autre, en des points symétriques, ou bien en examinant les deux côtés à l'aide du stéthoscope du Dr Scott Alison. Ensuite on observe si le murmure inspiratoire, au lieu de s'effectuer d'une manière continue, procède par saccades, s'il n'offre pas, par places, le caractère tubaire; s'il ne se produit pas à la fin d'une inspiration profonde une sorte de petit craquement particulier. Il faut encore comparer la résonance vocale des deux côtés. Il est indispensable enfin de faire tousser le malade et de lui faire pratiquer immédiatement après une profonde inspiration.

138. — *b.* — Si la matité siège dans les parties supérieures du thorax, elle coïncide avec une inspiration affaiblie et une expiration prolongée à ce niveau. L'inspiration est rude, s'opère par saccades. Les bruits respiratoires ont le caractère tubaire. En même temps s'observent des craquements secs et un accroissement de la résonance vocale. Enfin les régions sous-claviculaires, moins mobiles, paraissent déprimées. Quand tous ces signes se rencontrent, on peut avoir affaire à une INDURATION PULMONAIRE (1).

139. — On ne doit pas conclure à la non-existence des tubercules par cela seul qu'on n'a pas trouvé les signes propres à cette affection. Si les symptômes tendent à faire supposer la présence d'une tuberculose, il faut examiner la poitrine à plusieurs reprises et à des

(1) Les signes physiques d'une Induration pulmonaire sont les mêmes, que cette induration tienne à la Pneumonie catarrhale chronique seule, ou, ce qui est beaucoup plus fréquent, à cette Pneumonie, compliquée de tubercules miliaires.

(N. d. T.)

époques différentes avant de porter un diagnostic définitif.

FIG. 26.

Matité, inspiration faible, respiration augmentée, résonnance vocale augmentée.



Tubercule dans la première période (consolidation).

a, tubes brouchiques ; b, tubercules remplissant les alvéoles des poumons.

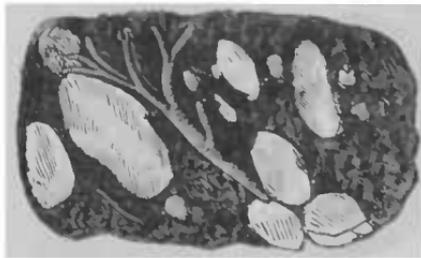
140. — Les symptômes généraux particuliers à la première période de la tuberculose (*induration*) sont : la toux se produisant surtout le matin ; l'expectoration, généralement abondante, formée d'un mucus filant et glaireux ; les hémoptysies ; l'essoufflement rapide au moindre effort ; la langueur de toutes les fonctions ; les points de côté ou les douleurs sous-claviculaires ; l'amaigrissement ; les sueurs nocturnes ; la fréquence anormale du pouls. Il faut examiner si les gencives n'offrent pas un liséré rouge au niveau des dents, et si les ongles ne sont pas recourbés sur la pulpe à leur extrémité libre. — Ces deux signes, en effet, peuvent se rencontrer dans le cas de phthisie. L'Hémoptysie est un symptôme des plus suspects. Dans le cas où on ne constate ni affection cardiaque, ni troubles menstruels, quand on a affaire à une femme, l'Hémoptysie annonce la présence ou l'imminence d'une lésion tuberculeuse. Le médecin doit s'enquérir des cas de

Phthisie qui ont pu atteindre des membres de la famille du sujet, et dans le doute rechercher dans les crachats des débris du tissu pulmonaire (voir § 162.) Il faut aussi tenir compte de la température, qui, si elle reste élevée (102° à 103° Fahrenheit ou 39° à 39°5 centig.) sans autre cause justificatrice, doit faire craindre la Tuberculose.

141. — *c.* — LORSQUE LES TUBERCULES SONT EN VOIE DE RAMOLLISSMENT, la matité occupe le sommet de l'un ou des deux poumons, il y a en même temps des crépitations, de la résonance vocale exagérée.

142. — Les crépitations ou râles tiennent au passage de l'air à travers des tubes étroits et des petites cavités remplies de liquide. La matité et l'accroissement de la résonance vocale distinguent cet état de la bronchite simple. Dans le cas où la matité serait douteuse pendant que les râles occuperaient les sommets pulmonaires, l'examen des crachats éclairerait le diagnostic. A cette période, il existe souvent un affaisse-

FIG. 27.



Tubercule des poumons (seconde période ou ramollissement). (Donna.) — Matité, respiration tubaire, crépitation, résonance vocale augmentées.

ment et une immobilité particuliers de l'une ou des deux régions sous-claviculaires.

ESCOLA DE PHARMACIA

ESCOLA DE PHARMACIA DE S. PABLO

CHAPITRE III.

143. — Le **CANCER** du **POUMON** donne lieu aux symptômes généraux de la phthisie, à la matité et au souffle tulaire. Seulement il s'accompagne généralement d'hémoptysies plus fréquentes et plus considérables; les crénelés du tissu pulmonaire manquent dans les bronches dans le cas de tumeur maligne; enfin, la plupart du temps, il existe des signes manifestes de l'affection cancéreuse dans d'autres organes.

144. — Une **CAVERNE TUBERCULEUSE** s'est formée dans le tissu pulmonaire quand on constate de la matité au sommet de l'un ou des deux poumons; quand la respiration offre le caractère de la *respiration caverneuse*;

FIG. 28.

Caverne partiellement remplie.

Matité à la percussion, respiration caverneuse, gargouillement, voix caverneuse.



Cavité vide de liquide.

Point de matité nécessairement à la percussion; respiration et voix amphoriques.

Cavité du poumon, s'ouvrant dans un large tube bronchique.
a, tube bronchique; *b*, cavité.

orsque la voix présente aussi les mêmes modifications,

(Pectoriloquie); quand enfin la toux détermine du gargouillement.

145. — Le CARACTÈRE TRACHÉAL de la respiration et de la voix est dû à l'existence d'une cavité en grande partie vide. Le GARGOUILLEMENT qu'on perçoit pendant la toux provient de ce que la caverne contient en même temps de l'air et du liquide.

146. — A mesure que la Phthisie progresse, la toux et l'expectoration augmentent, l'amaigrissement se prononce de plus en plus, les sueurs nocturnes deviennent plus abondantes et plus régulières. Il survient alors de fréquentes douleurs dans la poitrine et dans les côtés, à cause de pleurésies partielles. Le pouls s'accélère, la voix s'affaiblit, et bientôt est remplacée par un murmure à peine distinct; des vomissements fatiguent le malade, surtout à son réveil; l'œdème envahit les membres inférieurs; enfin une diarrhée incoërcible vient encore ajouter aux souffrances du patient.

147. — Les signes physiques sont les mêmes quand une caverne a été produite par une Pneumonie, ce qui est relativement rare. Dans ce cas, la cavité siège ordinairement à la base du poumon. D'ailleurs l'histoire de la Pneumonie (parag. 106) suffit pour guider le diagnostic.

148. — La dilatation des bronches peut aussi donner lieu à des phénomènes semblables à ceux qu'on trouve dans le cas de caverne pulmonaire. Mais les symptômes généraux sont alors bien moins graves. Les signes cavitaires n'existent qu'à la base du poumon ou à la région mammaire. Les quintes de toux, quoique violentes, peuvent ne survenir qu'à de longs intervalles. Enfin l'expectoration, qui souvent est très-fétide, contient des flocons caséeux d'une odeur repous-

sante, et ne renferme jamais de fibres élastiques.

149. — Quand il existe une large cavité vide près de la surface du poumon, la percussion donne un son très-clair, tandis que l'auscultation permet de constater que la respiration et la voix présentent un timbre amphorique.

150. — **B.** — Dans la BRONCHITE CHRONIQUE le son percuté est normal, mais il existe des râles secs ou humides.

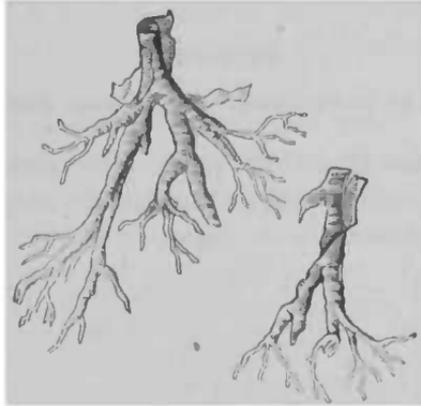
151. — La *Bronchite chronique* diffère de la *Bronchite aiguë* par sa marche, qui est plus lente, et par la gravité moindre que présentent les symptômes. L'existence de râles secs ou humides aux sommets doit, même en l'absence de matité, faire soupçonner la présence de tubercules et porter à rechercher dans les produits de l'expectoration les débris du tissu pulmonaire. Parfois le malade expulse, en crachant, des masses solides dont les ramifications rappellent celles des bronches où elles se sont moulées. Dans ce cas, la Bronchite, tenace et s'accompagnant de violents crachements de sang, prend le nom de *Bronchite plastique* (fig. 29).

142. — La Bronchite chronique peut présenter tous les symptômes généraux de la Phthisie : sueurs nocturnes, amaigrissement, etc., sauf l'Hémoptyisie abondante. Le diagnostic est complété par la différence des signes physiques et par l'absence de fibres élastiques dans les crachats de la Bronchite.

153. — **C.** — Dans l'EMPHYSEME, la percussion produit une résonance exagérée des deux côtés. Les bruits respiratoires sont affaiblis et peu nets. On rencontre parfois les rhonchus caractéristiques de la bronchite

ou bien une expiration rude et prolongée. La résonance vocale est amoindrie ; la poitrine prend une

FIG. 29.



Coagulum fibrineux d'un crachat et moules de tubes bronchiques expectorées dans un cas de bronchite plastique (PEACOCK).

forme globuleuse, et les côtes perdent en grande partie leur mobilité.

154. — La résonance envahit en avant la région précordiale, et se prolonge en arrière jusqu'aux dernières côtes. La partie supérieure de la région hépatique rend aussi un son clair à la percussion. Le foie, refoulé, dépasse souvent le rebord costal droit, tandis que le cœur, repoussé en bas, ne se sent plus battre à sa place normale et soulève l'épigastre à chaque pulsation. Tous ces phénomènes sont dus à la dilatation des poumons. Comme l'Emphysème se complique, en général, d'une bronchite, on trouve, surtout à la base, la plupart des signes physiques propres à cette dernière affection.

155. — Les principaux symptômes de l'Emphysème sont : la dyspnée, les accès analogues aux attaques

d'asthme, la toux, l'expectoration. Vers la fin, on observe souvent une dilatation du cœur avec cyanose des lèvres, pulsation des veines jugulaires, hydropisie et autres symptômes des lésions cardiaques.

SECTION III.

Maladies se présentant sous forme paroxystique.

156. — La Bronchite peut offrir des accès paroxystiques, mais il convient mieux de ranger l'asthme dans cette classe.

157. — A. — Dans l'ASTHME, la percussion pratiquée pendant l'accès ne dénote rien; l'auscultation fait constater que les bruits respiratoires sont faibles ou mêlés de rhonchus et de râles sibilants.

158. — Les accès sont ordinairement suivis d'une bronchite après laquelle le malade revient à l'état normal jusqu'à une nouvelle attaque. L'asthme est dû à la contraction spasmodique des muscles bronchiques qui diminuent ainsi la lumière des petites bronches, au point d'empêcher l'air d'arriver jusqu'aux alvéoles pulmonaires.

159. — Les symptômes observés pendant le paroxysme distinguent l'Asthme de la Bronchite commune. En effet, il existe alors une tension excessive des parois thoraciques et une gêne très-grande de la respiration. Le malade étreint tout objet solide placé à sa portée, afin de mettre en activité tous ses muscles inspireurs; la face est pâle; le front est couvert de sueur; le pouls devient rapide et petit, et la mort par suffocation semble imminente. L'Asthme s'accompagne souvent d'une lésion cardiaque ou d'un emphyseme

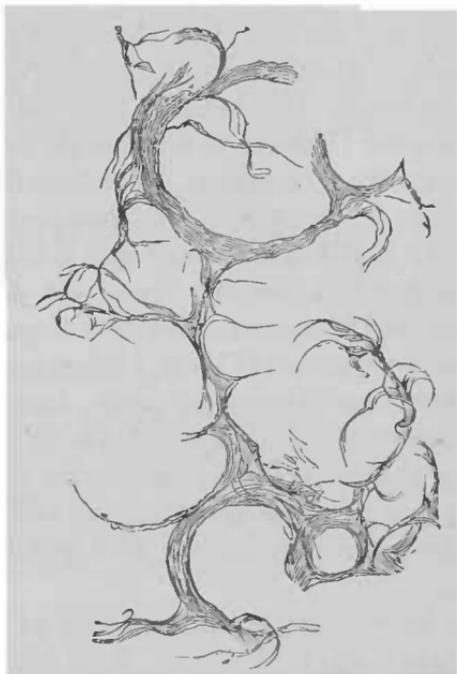
160. — Le SPIROMÈTRE est destiné à rendre compte de l'état des poumons quand on suppose une Phthisie. Il consiste en un tube gradué, rempli d'eau. Quand une personne souffle dans le tube, l'eau est déplacée, et on peut lire sur l'échelle le nombre de centimètres cubes d'air expulsé du poumon. Le malade doit, avant de souffler dans le spiromètre, faire une profonde inspiration. Le Dr Hutchinson admet que le volume d'air expiré ainsi par un homme haut de cinq pieds (1^m,52397) est de 174 pouces cubes (469 cent. cub.), et qu'il faut ajouter 8 pouces (17 cent.) cubes pour chaque pied de hauteur au-dessus de 5 pieds. Le spiromètre ne saurait être employé comme moyen de diagnostic parce que les chiffres donnés plus haut n'ont rien de bien exact et que certaines personnes ne peuvent faire une complète expiration sans y être préalablement exercées (1).

161. — Le Microscope fournit des notions beaucoup plus sûres dans le cas de Phthisie, à tel point que ses indications sont parfois plus caractéristiques que celles offertes par la percussion et par l'auscultation. Dès que le tissu pulmonaire est ulcéré, il s'en détache de petites particules que les crachats entraînent et qu'on sépare d'avec ceux-ci par la méthode suivante :

162. — On prépare une solution de soude caustique avec 20 grains (1 gr. 30) de soude pour une once (31 gr. 09) d'eau; on recueille tous les crachats expectorés par le malade dans un espace de douze ou de vingt-quatre heures. La période va de dix heures du soir à dix heures du matin. On mêle alors intimement ces crachats avec une égale partie de solution iodique, et on fait bouillir le tout dans un

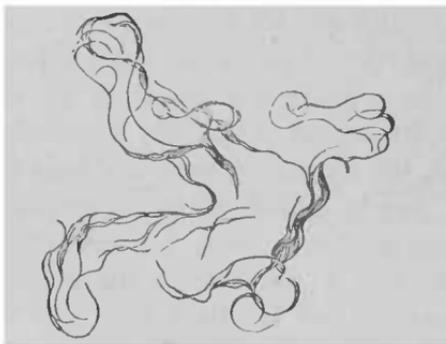
(1) Voir à l'appendice la description de divers spiromètres.

FIG. 30.



Dessin d'un groupe de vésicules (alvéoles) aériennes (tissu aréolaire), vues au microscope.

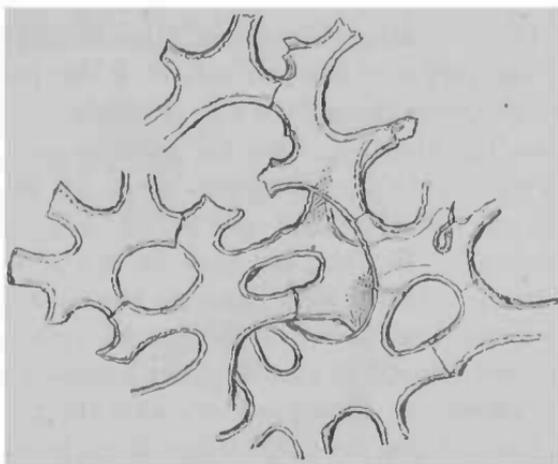
FIG. 31.



Dessin de cellules seules, dont les fibres sont accolées, vues au microscope.

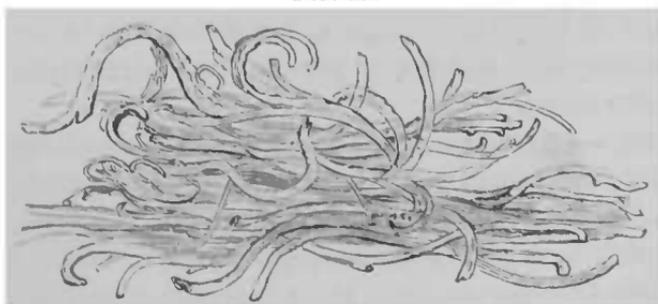
vase de verre, en ayant soin de remuer avec une baguette également en verre. Un vase de terre ne serait pas aussi bon qu'un vase de verre. Dès que le mélange a bouilli, on le verse dans un récipient conique, et on y ajoute 4 à 5 parties d'eau distillée froide. Si, après

FIG. 32.



Portion de structure végétale pouvant être prise pour des alvéoles, vues au microscope.

FIG. 33.



Fibres élastiques du poumon vues sous le microscope.

l'ébullition, le mélange reste gélatineux, c'est que la quantité de soude est trop faible ou que l'ébullition

n'a pas été assez longtemps prolongée. L'eau froide entraîne au fond du vase les fibres élastiques qui peuvent exister, et qui se déposent en une couche légère au bout d'un quart d'heure; on doit attendre qu'il se forme un dépôt, deux ou trois heures. Quand il est formé, on le prend avec un tube, on le place sur une capsule qu'on recouvre d'une lame également en verre, et on pratique l'examen microscopique. Les fibres élastiques sont souvent mêlées à des poils ou à d'autres matières étrangères aux crachats.

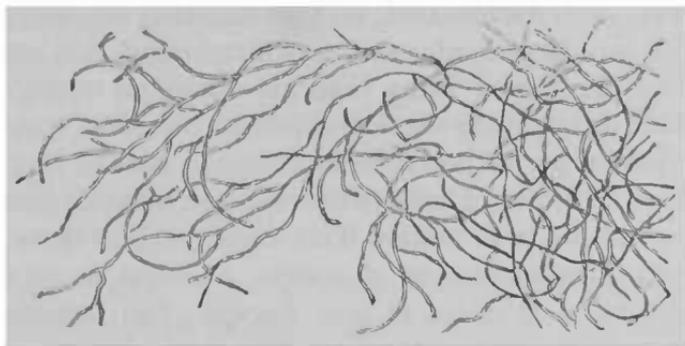
163. — Les alvéoles, vues au microscope, offrent l'aspect représenté par les figures 30 et 31, et se distinguent par l'arrangement des fibres fines dont elles sont composées. Parfois, on observe des groupes de vingt à trente alvéoles, dont chacune n'est aperçue que partiellement. Les tubes bronchiques se reconnaissent à leur aspect ramifié et sont souvent accolés à des débris de vaisseaux. Lorsque l'auscultation ne décèle dans le poumon que des crépitations fines, les crachats contiennent seulement des alvéoles pulmonaires; quand les signes d'une caverne apparaissent, les produits de l'expectoration peuvent renfermer des lambeaux de tubes bronchiques. Les débris des vaisseaux ne s'observent guère que pendant une hémoptysie ou un peu après.

164. — Après quelques examens, on arrive à reconnaître rapidement et facilement les alvéoles pulmonaires. Mais il faut prendre garde de les confondre avec des débris végétaux ou animaux qui se rencontrent parfois dans les crachats. On a représenté (fig. 32) un lambeau de tissu végétal, remarquable par la régularité de volume et de forme que présentent les cellules, l'épaisseur de leurs parois et l'absence de fibres fines.

Le tissu fibreux des autres organes se distingue, en général, par ses fibres grossières, non disposées en cellules (fig. 33).

165. — Ce mode d'exploration est très-utile dans la phthisie aiguë, alors que les autres méthodes donnent des résultats incertains ; dans le catarrhe bronchique et l'emphysème, pendant lesquels l'évolution tuberculeuse est masquée par les symptômes primitifs, et enfin dans les cas nombreux et difficiles où les signes physiques dénoncent seulement une bronchite, tandis que les symptômes généraux font supposer une consommation. Il faut aussi en tenir grand compte lorsque les

FIG. 34.



Portions de fungi, trouvées dans les crachats, vues sous le microscope.

hémoptysies fréquentes et les autres symptômes se rapportent autant au cancer pulmonaire qu'à la phthisie. C'est souvent aussi l'unique moyen de reconnaître une caverne d'une cavité due à la dilatation bronchique.

CHAPITRE IV.

MALADIES DE LA GORGE ET DU LARYNX.

166. — L'arrière-gorge est très-sujette aux inflammations. Le catarrhe, la scarlatine, la phthisie et bien d'autres maladies peuvent déterminer une affection inflammatoire au niveau de l'isthme du gosier.

167. — L'AMYGDALITE, ou inflammation des amygdales, peut se présenter soit sous forme aiguë, soit sous forme chronique. Dans la forme aiguë, on constate, autour de la glande considérablement tuméfiée, que la muqueuse prend une coloration rouge clair et se recouvre de mucus. L'amygdalite aiguë se termine généralement par la formation d'un abcès, perçant dans le larynx. L'inflammation chronique n'amène point de suppuration. Il existe, le plus souvent, une tuméfaction permanente des tonsilles. Cet accroissement de volume tient au développement exagéré du tissu fibreux et des éléments glandulaires. La surface de la luette est creusée de petites fossettes pleines de matière caséeuse.

168. — La DIPHTHÉRITE est une maladie fébrile, contagieuse, dans laquelle les lésions de la gorge sont secondaires et consécutives à une affection primitive du sang. L'isthme du gosier, principalement au niveau des amygdales et du voile du palais, se trouve alors

tapissé d'une membrane épaisse, rugueuse, de couleur blanc sale, qui se renouvelle très-rapidement après qu'on l'a enlevée. Au-dessous de l'exsudat, la muqueuse, d'un rouge plus ou moins foncé, se présente tuméfiée, parce que l'inflammation atteint non-seulement la surface muqueuse, mais la membrane elle-même. L'examen microscopique montre la fausse membrane uniquement formée de cellules intimement unies. Ces cellules, dont la forme et le volume varient, adhèrent fortement à la surface de la muqueuse qui les supporte. La trame conjonctive sous-épithéliale est très-souvent envahie par des éléments de nouvelle formation, dont l'abondance peut être telle qu'ils compriment les vaisseaux sanguins et produisent la gangrène du tissu.

169.— L'ŒDÈME DU LARYNX est causé par une effusion de lymphé ou de sérosité au-dessous de la muqueuse du larynx ou de l'épiglotte, sous l'influence de l'inflammation. La terminaison est souvent fatale, l'air ne pouvant arriver jusqu'aux poumons.

170. — Le CROUP se caractérise par la formation d'une fausse membrane dans le larynx et dans la trachée, qui, quelquefois, peut s'étendre jusque dans les bronches. Quand la muqueuse a été mise à nu, elle apparaît rouge, rugueuse, tuméfiée. L'INFLAMMATION CROUPALE a plus fréquemment son siège dans le larynx et dans la trachée que dans toute autre région. L'épithélium tombe au début même de l'inflammation, et il se produit aussitôt une exsudation qui se concrète dès qu'elle est en contact avec l'air. Cependant l'union de la fausse membrane avec les surfaces sur lesquelles elle repose n'est pas aussi intime que dans la diphthé-

rite. A l'examen microscopique, on trouve dans l'exsudat des couches de cellules alternant avec des lames de fibrine coagulée.

Cette affection, souvent compliquée de bronchite ou de pneumonie, peut généralement être attribuée au froid ou à l'humidité. Les symptômes constitutionnels sont ici consécutifs à l'affection locale.

171. — Le larynx est parfois atteint d'inflammation aiguë (LARYNGITE AIGUE). La mort, lorsque la maladie est grave, peut survenir par œdème de la glotte. Si la membrane muqueuse est seule enflammée, la maladie prend le nom de CATHARRHE LARYNGÉ. L'inflammation chronique et les ulcérations proviennent surtout de la syphilis ou de la phthisie. Il n'est pas rare de rencontrer des tumeurs, surtout dans le voisinage des cordes vocales (fig. 37).

172. — Le RÉTRÉCISSEMENT DE L'ŒSOPHAGE est rare, excepté dans le cancer ou dans l'anévrysme de l'aorte. Parfois une ulcération est produite par l'ingestion d'un liquide corrosif. La cicatrice qui en résulte se rétracte et produit un rétrécissement du canal œsophagien. Par exception, il peut exister une petite tumeur cancéreuse dans les parois œsophagiennes, et c'est un cancer épithélial que l'on rencontre dans ce cas. Ce cancer épithélial forme alors une tumeur saillante, bosselée, irrégulière, qui entoure le tube.

Quelquefois la tumeur fait adhérer l'œsophage à la colonne vertébrale, ou, en s'ulcérant, fait communiquer le conduit alimentaire avec la trachée ou avec les organes voisins.

SECTION I.

Maladies de la gorge et de l'œsophage.

173. — Les symptômes principaux qui portent à soupçonner une affection de la gorge ou de l'œsophage sont : la douleur ou la sensibilité dans le pharynx, la tuméfaction des ganglions qui avoisinent la mâchoire inférieure, une gêne douloureuse de la déglutition. Toutes les fois que l'on croit la gorge malade, il faut l'examiner en abaissant la langue à l'aide d'une cuiller ou d'une spatule, après avoir fait asseoir le malade en face d'une source assez intense de lumière.

174. — A. — La muqueuse pharyngienne est rouge, parsemée ou non de taches ulcérées. La déglutition est difficile et douloureuse. Les amygdales ne sont pas fortement tuméfiées, mais la luette est très-sensiblement allongée. Dans ce cas, on a affaire à une INFLAMMATION DE LA GORGE.

175. — Les symptômes généraux varient suivant la cause de l'inflammation. Celle-ci peut, en effet, être due à un catarrhe, à l'application de substances irritantes, à une affection constitutionnelle comme la rougeole, la scarlatine, la syphilis ou la goutte. Dans les fièvres éruptives, l'état de la peau suffit à indiquer la nature de la maladie qui affecte le larynx. La syphilis donne habituellement lieu à la formation d'ulcérations arrondies, profondes, élevées sur les bords, ou bien superficielles et irrégulières. L'inflammation chronique de la paroi postérieure du larynx accompagne souvent la phthisie. L'allongement de la luette peut souvent entretenir une toux rebelle et prolongée.

176. — B. — DANS L'AMYGDALITE OU ESQUINANCIE, les

amýgdales, ou l'une des deux seulement, sont rouges, tuméfiées et sensibles au toucher; la luette est gonflée, l'isthme du gosier est recouvert de mucus. La déglutition ne s'opère que difficilement et est accompagnée de douleur. Le malade parle du nez; le pouls est rapide, la langue est sale et la peau chaude.

177. — La fièvre varie beaucoup d'intensité, mais elle est généralement forte et succède toujours à des frissons plus ou moins marqués; la température atteint jusqu'à 104° Farenheit (40° centigrades) et au-dessus. La maladie se termine par suppuration et peut réapparaître de temps en temps. Dans le cas de tuméfaction chronique des amygdales, la fièvre n'existe pas, les glandes se projettent alors dans le pharynx et gênent la respiration. Il peut se produire de la surdité dans cette forme d'amygdalite.

178. — C. — Dans la ΔΙΡΗΘΗΡΙΤΗ, le palais, l'isthme du gosier ou le pharynx, prennent une coloration rouge vif; ils se revêtissent, par place, d'une exsudation gris blanchâtre. Quand ils sont mis à nu, on voit la muqueuse rouge, sanguinolente; mais bientôt elle se renouvelle. Il y a dépression rapide des forces; le pouls est fréquent et petit; la peau chaude et sèche; la soif grande et l'appétit nul.

179. — L'urine est souvent sanguinolente et chargée d'albumine; au début, il existe une fièvre légère, une tuméfaction des ganglions sous-maxillaires ou cervicaux, ainsi qu'une excessive sensibilité dans la gorge. Le malade, qui n'avale qu'avec peine, a souvent l'haleine fétide. Parfois la fausse membrane s'étend jusque dans le larynx et les bronches, et donne lieu au croup. Dans d'autres cas, une pneumonie vient compliquer la situation.

En général, la convalescence est lente. Dans les trois semaines qui suivent la DIPHTHÉRITE, il peut survenir une paralysie des muscles pharyngiens, de ceux de la face, de l'œil ou des membres. Il faut bien se garder de confondre les plaques de mucus qui se forment sur la gorge et sur les amygdales, pendant l'inflammation, avec une fausse membrane diphthéritique. Dans le premier cas, l'exsudat mou se laisse facilement enlever et ne se renouvelle pas aussi facilement que dans le second.

180. — D. — Dans le RÉTRÉCISSEMENT DE L'ŒSOPHAGE, il n'existe pas de lésion apparente à la gorge, mais le malade est dans l'impossibilité d'avalier les aliments solides, à moins qu'ils ne soient divisés en petits morceaux. L'introduction d'une bougie dans l'œsophage rencontre un obstacle.

181. — Le RÉTRÉCISSEMENT DE L'ŒSOPHAGE se développe, en général, d'une manière progressive et s'accompagne d'une grande émaciation. Les tentatives de déglutition causent de la douleur et sont habituellement suivies du rejet immédiat de la nourriture ingérée. Avant d'explorer avec une bougie, on doit s'assurer que les symptômes existants ne sont pas dus à un anévrysme de l'aorte (§ 64). Dans le cas de cancer, on trouve généralement une grande quantité de mucus mélangée aux déjections. Dans ce mucus, l'examen microscopique permet de constater des débris de tissu cancéreux.

182. — La déglutition peut être rendue difficile, soit par suite de paralysie, soit à cause de dyspepsie, sans qu'il y ait rétrécissement. Cependant il sera possible d'éviter toute erreur en tenant compte des symptô-

mes qui caractérisent ces dernières maladies et de la facilité avec laquelle la bougie s'introduit. Dans les spasmes de l'œsophage, les symptômes surviennent brusquement, se calment de temps en temps, et sont souvent liés à quelque désordre utérin.

SECTION II.

Maladies du Larynx.

183. — Le LARYNGOSCOPE est nécessaire pour procéder à l'examen du larynx et à celui de la trachée. Cet instrument, dans sa forme la plus simple, consiste dans un miroir concave fixé à une lunette ou attaché au front de l'observateur au moyen d'un ruban élastique, et dans un second miroir plus petit, muni d'un manche assez long (1).

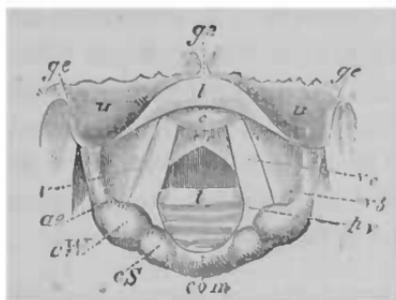
184. — Le sujet doit être assis sur une chaise; une lampe est placée à côté de lui, un peu en arrière de sa tête, qui doit être portée dans l'extension, de manière que la face regarde légèrement en haut. L'observateur s'assoit en face; il applique le miroir concave à son œil, ou il le fixe à son front. Cela fait, pendant que le malade tient la bouche largement ouverte, on dirige sur les amygdales la lumière réfléchie par le miroir concave, de façon à faire tomber le foyer lumineux sur la base de la lunette. Alors, avec sa main, préalablement enveloppée, l'observateur saisit la langue du malade qu'il attire doucement en dehors de la bouche où il la retient fermement. (Le malade peut faire cela lui-même.) On fait chauffer un moment, au-dessus de la lampe, le plus petit miroir, ou miroir la-

(1) Voir à l'appendice l'article qui traite des instruments usités dans le diagnostic.

ryngé, en ayant soin de ne point le trop chauffer, ce que l'on juge en le portant sur la joue. Alors, tenant le manche de la main droite, comme une plume, on fait passer l'instrument entre les amygdales, en soulevant doucement la luette, puis on dirige la lumière réfléchie par le miroir concave sur sa surface polie. On engage, en même temps, le patient à prononcer, après une large inspiration, la syllabe « Ah ! » En agissant ainsi, on voit se reproduire sur le miroir laryngoscopique l'image de l'intérieur du larynx.

185. — Sur un larynx sain, on observe que la muqueuse est légèrement rouge, et que les cordes vocales sont blanches. Les figures 35 et 36 montrent les régions visibles au laryngoscope.

FIG. 35.

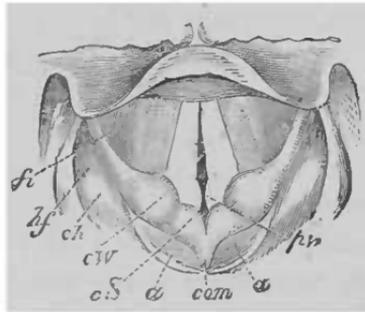


Dessin laryngoscopique, montrant les cordes vocales, largement écartées et la position des diverses parties au-dessus et au-dessous de la glotte, durant une respiration calme.

- | | |
|--|------------------------------------|
| <i>g. e.</i> Repli glosso-épiglotique. | <i>c. S.</i> Capitulum Santorini. |
| <i>u.</i> Surface supérieure de l'épiglotte. | <i>com.</i> Commissure arthénoïde. |
| <i>l.</i> Lèvre de l'épiglotte. | <i>v. c.</i> Corde vocale. |
| <i>v.</i> Ventricule du larynx. | <i>v. b.</i> Bande ventriculaire. |
| <i>a. e.</i> Repli ari-épiglotique. | <i>p. v.</i> Procès vocal. |
| <i>c. W.</i> Cartilage de Wisberg. | <i>c. r.</i> Cartilage cricoïde. |
| | <i>t</i> Anneaux de la trachée. |
- (Dr MACKENZIE.)

186. — Lorsqu'on soupçonne une maladie du larynx,

FIG. 36.



Dessin laryngoscopique montrant le rapprochement des cordes vocales et leur position pendant le chant.

<i>f. i.</i> Fosse innommée.		<i>a.</i> Cartilage arythénoïdien.
<i>h. f.</i> Fosse hyoïde.		<i>com.</i> Commissure arythénoïdienne.
<i>c. h.</i> Corne de l'os hyoïde.		
<i>c. W.</i> Cartilage de Wrisberg.		<i>p. v.</i> Processus vocal.
<i>c. s.</i> Capitulum Santorini.		(D ^r MACKENZIE.)

il faut d'abord observer si la muqueuse présente sa coloration normale, et si elle n'est pas ulcérée. On examine s'il n'existe pas quelque tumeur, soit dans le voisinage de la glotte, soit sur les cordes vocales ; puis, en faisant répéter au malade les syllabes « Ah ! Eh ! » on reconnaît si les cordes vocales se rapprochent normalement pendant la phonation.

187.—A.— Dans le CROUP, le malade souffre d'une dyspnée intense, avec violents paroxysmes ; la respiration est fréquente, la toux forte et métallique, la voix rauque, le pouls rapide, la peau sèche et très-chaude.

188. — La dyspnée tient non-seulement à la formation d'une fausse membrane dans le larynx, mais encore à la contracture ou à la paralysie des muscles laryngiens, sous l'influence de l'inflammation, ainsi que l'affirment certains auteurs.

189. — Le CROUP, maladie particulière à l'enfance

début ordinairement dans la nuit. Il s'annonce par un enrrouement et une toux éclatante. Dans les cas graves, la dyspnée s'accroît peu à peu, la respiration devient rapide et laborieuse, le pouls est petit et dépressible, enfin la face pâlit et les lèvres bleuissent. La mort est souvent précédée de convulsions. Dans quelques cas, le malade expulse des fausses membranes tubulées, moulées sur la trachée. Chez les adultes, les symptômes du croup sont produits par la laryngite, mais il n'y a point formation de fausses membranes dans les conduits aérifères.

190.— Le nom de LARYNGITE STRIDULEUSE est appliqué à une affection spasmodique du larynx, commune chez les enfants. Le malade, soit à l'état de veille, ou s'il dort, et alors il se réveille brusquement, est attaqué par une toux éclatante, croassante, qui peut durer plusieurs minutes et disparaître ensuite aussi vite qu'elle était venue. Parfois la mort survient par suffocation, pendant l'attaque. Cette maladie est une affection nerveuse que peuvent susciter diverses causes d'irritation agissant sur le système nerveux. Elle se présente fréquemment chez les enfants, pendant la dentition, surtout chez ceux qu'on élève au biberon. Il est facile de distinguer la *laryngite striduleuse* du vrai *croup* par la soudaineté de l'attaque et par l'absence de toux et de fièvre.

191. — B. — Dans l'ULCÉRATION DU LARYNX, la muqueuse du larynx, en totalité ou en partie, prend une coloration rouge anormale et se couvre, par places de petites ulcérations. Le malade présente un enrrouement ou une extinction de voix; il tousse et expectore.

192. — L'inflammation de la membrane muqueuse

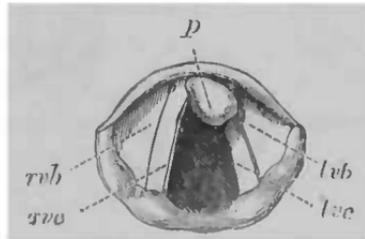
laryngée peut être aiguë ou chronique. Elle résulte souvent d'un catarrhe, mais les formes les plus graves se rencontrent surtout chez les phthisiques; elle peut se montrer dès les premières périodes de cette maladie; néanmoins, c'est généralement vers la fin qu'elle vient aggraver les souffrances du malade. D'autres fois, l'ulcération est due à la syphilis. Il faut donc, chaque fois qu'on est en présence d'un catarrhe laryngé chronique, examiner la poitrine et s'informer des accidents syphilitiques qui ont pu exister.

193. — C. — Dans l'ŒDÈME DE LA GLOTTE, il y a une tuméfaction rouge, demi-transparente de l'épiglotte, ou des plis aryéno-épiglottiques.

194. — L'ŒDÈME DE LA GLOTTE peut exister à l'état aigu ou à l'état chronique. Quand il est chronique, il est le plus ordinairement causé par une lésion des cartilages. Dans tous les cas, les symptômes sont très-graves, et la terminaison est le plus généralement fatale. Il y a, le plus souvent, dyspnée intense, enrrouement ou extinction de la voix, toux rude, aboyante; enfin gêne de la déglutition. L'inspiration est forte et bruyante; l'expiration se fait, au contraire, facilement. Les symptômes qui caractérisent l'œdème ressemblent beaucoup à ceux qui sont propres au croup. Mais cette dernière affection n'attaque ordinairement que des enfants en bonne santé ou convalescents de quelque fièvre éruptive, tandis que l'œdème affecte les adultes déjà atteints de lésions du larynx. Dans le croup, il existe souvent des plaques de fausses membranes, tandis que dans l'œdème le doigt peut toujours sentir l'épiglotte tuméfiée et rigide. — Si on peut employer le laryngoscope, le diagnostic n'en sera que plus certain.

195. — Divers genres de tumeurs peuvent envahir le larynx, surtout dans le voisinage des cordes vocales. Ces tumeurs présentent, en général, un caractère de nature épithéliale ou fibreuse (fig. 37). Dans d'autres cas, elles proviennent d'une hypertrophie des follicules muqueux.

FIG. 37.



Petit polype attaché immédiatement au-dessous de l'insertion antérieure de la corde vocale.

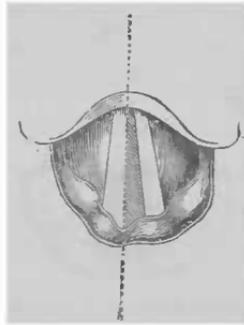
r. v. b.	Bande du ventricule droit.		l. v. c.	Corde vocale gauche.
r. v. c.	Corde vocale droite.		p.	La tumeur.
l. v. b.	Bande ventriculaire gauche.			(D ^r MACKENZIE.)

196. — D. — Dans l'APHONIE, il existe une immobilité anormale de l'une ou des deux cordes vocales, quand le malade essaie de parler. En dehors de ce phénomène, le larynx semble sain; l'émission vocale est nulle ou remplacée par un chuchotement.

197. — Si les deux cordes vocales ne peuvent plus se porter vers la ligne médiane du larynx au moment où le malade veut parler, c'est qu'il y a paralysie des muscles adducteurs des cordes vocales (muscles crico-aryténoïdiens latéraux et aryténoïdiens propres). Cette paralysie provient très-souvent d'une faiblesse excessive ou de l'hystérie; d'autres fois elle est due à la phthisie ou à quelque catarrhe. Lorsqu'une seule corde se meut pendant la phonation, c'est que le muscle crico-aryténoïdien latéral du côté opposé est paralysé. Les

causes les plus communes de cette affection sont l'empoisonnement par le plomb, la syphilis, la diphthérie ou la phthisie; quelquefois elle est causée par une affection du cerveau (fig. 38).

FIG. 38.



Aspect d'un cas de paralysie de l'adducteur de la corde vocale gauche. Lorsque le malade essaie de parler, la corde vocale gauche n'étant pas rapprochée de la ligne médiane, un espace reste entre les cordes vocales, et la voix ne peut être claire. (Dr MACKENZIE.)

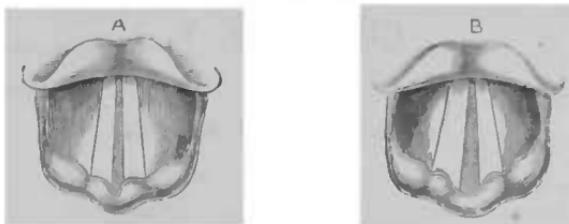
198. — E — Dans la PARALYSIE DES MUSCLES ABDUCTEURS DES CORDES VOCALES (*crico-aryténoïdiens postérieurs*), le malade ne respire qu'avec une très-grande difficulté. Le moindre effort aggrave ce symptôme. Pendant une inspiration, on peut voir l'une des cordes ou toutes les deux rester immobiles.

199. — La paralysie des muscles abducteurs des cordes vocales se rencontre rarement des deux côtés à la fois. On ne l'observe guère que dans les maladies du cerveau. Lorsqu'un des côtés est seul affecté, cela résulte, en général, de ce que le nerf récurrent est comprimé, soit par un anévrysme, soit par une tumeur de nature glandulaire ou cancéreuse.

200. — La voix peut être éteinte ou profondément altérée dans sa tonalité par la paralysie des muscles

chargés de tendre (crico-thyroïdiens) ou des muscles chargés de relâcher les cordes vocales (thyroï-aryténoï-

FIG. 39 et 40.



Aspect présenté dans un cas où les abducteurs des deux cordes vocales sont écartés l'un de l'autre.

A. Inspiration.

B. Expiration forcée.

(D^r MACKENZIE.)

diens). Dans le premier cas, les cordes ne sont plus horizontales et leurs bords sont plus ou moins rectilignes ; dans le second, une petite ouverture elliptique peut être aperçue entre les deux cordes.

CHAPITRE V.

MALADIES DES REINS.

201. — Les principales maladies auxquelles les reins sont sujets sont : *la Congestion, la Pyélite, la Néphrite suppurative, la Maladie de Bright aiguë ou chronique, la Dégénérescence graisseuse ou lardacée, la Dilatation, les Affections tuberculeuses et cancéreuses.*

202. — CONGESTION DES REINS. L'organe présente une coloration rouge foncé et offre un volume considérablement augmenté ; la structure en est souple quand la congestion existe depuis longtemps. Quand on y pratique une coupe, le sang coule librement, et sa substance, aussi bien que la membrane du bassinnet et des calices, est très-congestionnée. L'examen microscopique montre que la souplesse provient d'un développement exagéré du tissu connectif, qui se présente surtout dans la portion corticale. — La congestion des reins est généralement déterminée par une maladie cardiaque ou pulmonaire, ou par toute autre cause qui empêche le retour libre du sang veineux de cet organe.

203. — DANS LA PYÉLITE, ou Inflammation de la muqueuse qui tapisse les bassinets et les calices des reins, la membrane est rouge, épaissie, quelquefois ulcérée et couverte d'une sécrétion muco-purulente ou de pus.

LA PYÉLITE est généralement produite par un calcul rénal ou par l'extension d'une inflammation de la vessie ou de l'urèthre, ou bien par l'accumulation et la décomposition de l'urine dans les bassinets, ou enfin, par des dépôts urinaires sur la muqueuse. **LA PYÉLITE** peut occasionner une dilatation rénale, et elle existe habituellement dans tous les cas de maladie des reins.

204. — **LA NÉPHRITE SUPPURATIVE**, ou Inflammation de la substance rénale, se terminant par suppuration, est une affection rare, excepté comme conséquence d'une maladie de la vessie, de l'urèthre, d'une pyémie (1), ou d'une inflammation due à des calculs. Les apparences morbides sont les mêmes que dans la congestion, accompagnées de dépôts de pus, surtout dans les parties corticales. En général, elle coïncide avec la Pyélite.

205. — **NÉPHRITE TUBULAIRE AIGUE**, ou **MALADIE DE BRIGHT AIGUE**. Le rein est très-augmenté quant à son volume et à son poids ; la capsule qui l'enveloppe se détache facilement. Dans quelques cas, l'organe offre une coloration rouge foncé ; d'autres fois, il est d'un jaune clair, ou bien la surface est irrégulièrement congestionnée et présente çà et là de petites plaques rouges. En y pratiquant une section, on constate une couleur rouge sombre, entourée de points plus vifs, ou l'on y remarque que la partie corticale est pâle, et les pyramides rouges et striées. A l'examen microscopique, on voit les tubes remplis de larges cellules épithéliales, granuleuses, mêlées et rendues adhé-

(1) *Pyémie*, affection fébrile produite par l'entrée du pus dans le sang et occasionnant la formation d'abcès dans les viscères et dans d'autres organes.

rentes par de la fibrine et des corpuscules sanguins. Le contenu des tubes, entraîné par l'urine, constitue les résidus fibrineux et cellulaires qui caractérisent la maladie (fig. 43). Les capsules des corpuscules de Malpighi sont quelquefois remplies de sang; d'autres fois, ces corpuscules sont denses et granuleux, tandis que leurs capillaires sont fortement congestionnés. Cette affection entraîne souvent la maladie chronique de Bright. Elle est généralement la conséquence de la scarlatine ou de l'exposition au froid.

206. — NÉPHRITE CHRONIQUE. Une grande confusion règne dans la science depuis que diverses maladies des reins ont été décrites sous le nom de maladie de Bright. Quatre formes au moins d'affections chroniques des reins ont été tour à tour ainsi confondues; ce sont: *la Néphrite tubulaire chronique*, ou comme certains auteurs l'ont appelée, *la Néphrite chronique desquamative*, *le Rein gras*, *le Rein lardacé*, et *la Néphrite intertubulaire* ou *Rein granuleux*.

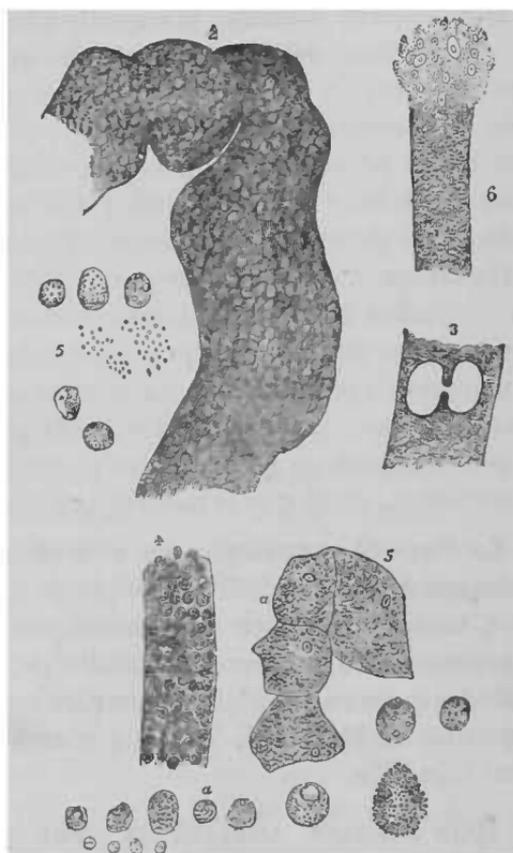
On trouve, dans toutes ces affections de l'albumine dans l'urine, ainsi que des fontes de tubes urinaires. Toutes les formes de la *maladie de Bright*, soit chroniques, soit aiguës, peuvent s'accompagner d'hydropisie, qui consiste en un épanchement du sérum du sang dans le tissu aréolaire sous-cutané (œdème), ou dans les cavités du corps. On suppose que cela provient d'une altération qui s'opère par suite de la rétention de diverses substances excrémentielles (urée, etc.) que les reins, à l'état sain, sont chargés d'éliminer; ou d'un excès d'eau se formant par suite d'une expulsion insuffisante de l'urine. Dans le premier cas, il y a empoisonnement urémique, dont les conséquences les plus graves sont l'apoplexie et les convulsions.

207. — NÉPHRITE TUBULAIRE CHRONIQUE. L'organe rénal est augmenté de volume, la capsule s'enlève facilement, la surface est blanche et veloutée, avec des taches rouges, ou sillonnée de veines affectant une forme arborescente. Vue sur une coupe, la portion corticale présente un grand accroissement de volume; sa couleur est jaune pâle; elle est fortement striée, et les pyramides sont souvent congestionnées. — L'examen microscopique montre les tubes dilatés et distendus par des cellules et des masses graisseuses et granuleuses. A une période plus avancée de la maladie, ils perdent leur membrane enveloppante et s'atrophient; les corpuscules de Malpighi deviennent plus opaques qu'à l'ordinaire et sont agrandis démesurément, ainsi que le montre la figure 41.

208. — LE REIN GRAS présente des altérations morbides analogues à celles qu'offre la Néphrite tubulaire chronique; mais à l'examen microscopique on constate la présence d'une grande quantité de matière grasse dans les cellules tubulaires et sur les capillaires des corpuscules de Malpighi. Toute la glande est généralement très-pâle.

209. — REIN LARDACÉ, AMYLACÉ OU CIRRHOSÉ. Dans cette affection, le rein est habituellement volumineux et dur, et sa capsule est facilement enlevée. Sur une coupe on constate un aspect translucide, cirrhosé, anémié. Une solution d'iode fait prendre aux tissus une coloration rouge brun. Sous le microscope on voit que les artérioles sont généralement épaissies. — Les changements morbides affectent d'abord les corpuscules de Malpighi et leurs vaisseaux afférents. Cette maladie coïncide ordinairement avec un état analogue du

FIG. 41.



Cette fig. montre les tubes du rein dans la néphrite tubulaire chronique. 2. Tube cortical, distendu, élargi par l'épithélium et bombé dans une bonne partie de son étendue. 3. Tube cortical renfermant un large cristal en forme d'haltère. 4. Tube cortical élargi par de l'épithélium, en *a* (en dessous), quelques cellules isolées sont montrées beaucoup plus agrandies. 5. Epithélium en masse, provenant d'un tube cortical; le groupe en *a* est remarquablement élargi; ceux en dessous sont plus ou moins gras. 6. Tube médullaire très-élargi, dont le contenu s'échappe par la partie supérieure

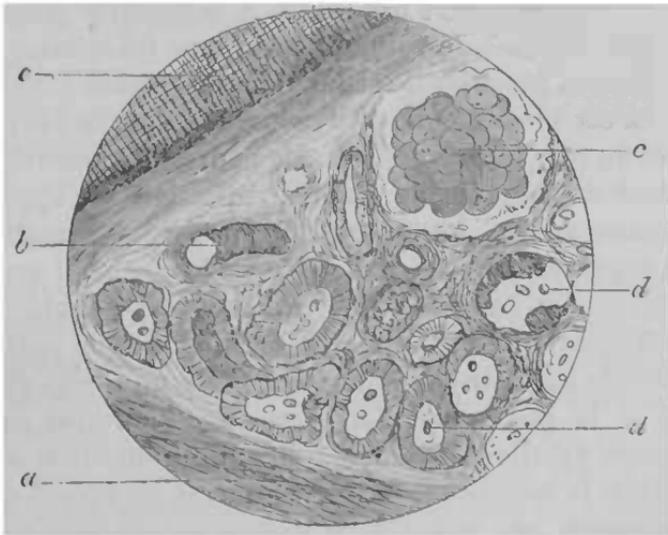
(JONES et SIEVEKING.)

foie et de la rate chez les personnes affectées de phthi-

sie, de syphilis, de carie osseuse ou d'autres affections. La production d'urée est moins considérable dans cette forme de la maladie de Bright que dans les autres.

210. — NÉPHRITE INTERTUBULAIRE, GRANULEUSE OU REIN CONTRACTÉ. Tout l'organe diminue de volume. La capsule est épaissie; elle adhère fortement, et quand on l'enlève elle abandonne une portion de son tissu sur la partie externe de la glande. Dans certains cas, la surface est irrégulièrement couverte de petites éminences; dans d'autres, de petits *kystes* sont apparents. Quand on fait une coupe, on remarque que l'épaisseur de la partie corticale est de beaucoup amoindrie et que tout le tissu est dense, flexible et fibreux.

FIG. 42.



Section d'un rein affecté d'une néphrite intertubulaire, tel qu'on le voit sous le microscope. *a* Capsule très-épaissie. *b* Petite artère avec tuniques épaissies. *c* Corpuscule de Malpighi. *d* Tubes entièrement ou en partie couverts d'épithélium. *e* Grande artère paissie.

L'examen microscopique permet de constater que, dans les premières périodes, le tissu connectif est très-vasculaire et formé de cellules qui bientôt se convertissent en tissu fibreux. La pression qu'exerce ce tissu de nouvelle formation détermine l'atrophie des corpuscules de Malpighi, le rétrécissement et la distorsion des tubes rénaux que l'on rencontre souvent dépourvus d'épithélium. Les artères sont généralement épaissies et dilatées. Dans quelques cas, il existe un tel nombre de kystes que l'organe paraît en être entièrement constitué; ils semblent naître dans l'expansion de certaines portions des tubes urinifères qui ont été englobés, ou bien dans des corpuscules dilatés de Malpighi.

211. — DILATATION DES REINS. A la dernière période de cette maladie, le volume de l'organe est considérablement augmenté; il est lobulaire et semble converti en un sac plein de pus ou d'urine. Lorsque ce sac contient du pus, la maladie prend le nom de PYONÉPHRITE; quand il renferme de l'urine, l'affection est appelée HYDRONÉPHRITE. Le volume du rein peut s'accroître à un degré tel, par sa conversion en kyste, qu'il arrive à présenter l'aspect d'une tumeur abdominale. En pratiquant une coupe sur un rein dilaté, la portion corticale peut être tellement atrophiée qu'il soit difficile de la distinguer. La partie médullaire est comprimée, aplatie; le bassin et l'infundibulum sont dilatés; la membrane enveloppante est ulcérée et congestionnée par le fait de la Pyélite qui souvent complique la dilatation rénale. Cette affection est produite chaque fois qu'un calcul fait obstacle à l'écoulement de l'urine ou à pour cause une affection de l'uretère,

de la vessie, ou de l'urèthre. D'autres fois, elle résulte d'une tuberculose du bassin.

212. — **AFFECTION TUBERCULEUSE DU REIN.** Dans quelques cas, il existe dans la partie corticale de l'organe, en même temps qu'une tuberculose générale, des dépôts de petits tubercules éparpillés. D'autres fois, on y rencontre des nodules gris ou jaunes qui se ramollissent et s'ouvrent dans l'infundibulum. Enfin, il peut arriver que tout l'organe soit détruit et l'on trouve, *post mortem*, une masse de tubercules et quelques débris des tissus primitifs renfermés dans la capsule. Quelquefois l'affection débute par des dépôts tuberculeux qui s'opèrent dans les bassins.

L'affection tuberculeuse rénale est très-souvent associée à une maladie de même nature siégeant aux testicules ou à la prostate.

213. — **LE CANCER DU REIN** appartient au genre médullaire. Il débute, en général, dans les glandes lymphatiques avoisinantes et forme souvent dans l'abdomen une tumeur volumineuse, surtout chez les enfants.

214. — Les symptômes qui doivent faire soupçonner une maladie des reins sont: l'Anémie, l'Hydropisie, les Vomissements survenant de bonne heure le matin, des attaques de Bronchite, la Diarrhée, des Indigestions rebelles, de fréquents besoins d'uriner. En effet, comme la plupart des maladies qui affectent cet organe ne sont point accompagnées de douleur, il est prudent d'examiner l'état des reins, dans tous les cas où les symptômes sont menaçants ou obscurs. L'urine fournit les meilleurs moyens de reconnaître si les reins sont dans leur état normal. C'est pourquoi on doit

s'exercer aussi sérieusement à pratiquer cet examen qu'on s'exerce à la percussion et à l'auscultation.

215. — Il faut observer quelle est la coloration de l'urine, si elle est plus claire ou plus foncée qu'à l'ordinaire, ou si elle est teinte de sang ou de bile.

216. — Il importe d'observer sa densité spécifique au moyen d'un urinomètre et de marquer quel est le nombre que l'on constate au niveau du liquide. Cet instrument est construit de façon que dans l'eau distillée il flotte avec l'index à zéro. Dans l'urine normale il indique une densité de 1015 à 1025. En multipliant ces deux derniers nombres par 2, on obtient une estimation à peu de chose près exacte de la quantité des matières solides contenues dans l'urine. Ainsi, mille grains d'urine ayant une densité spécifique de 1020, contiendront 40 grains de matière solide. Mais, comme la densité de l'urine varie beaucoup suivant l'époque de la journée où elle a été émise, il importe de faire garder toutes celles de vingt-quatre heures, afin d'arriver à un résultat certain.

217. — Pour s'assurer s'il y a de l'albumine on ait bouillir environ un gramme d'urine acidulée avec 10 ou 12 gouttes d'acide nitrique (AzO^5) dans une éprouvette. Si l'urine renferme de l'albumine, le liquide devient opaque. On note la proportion de cette substance quand elle s'est déposée au fond du tube; elle entre d'ordinaire pour un quart dans la quantité du liquide examiné. L'opacité est plus promptement obtenue, en inclinant le tube en partie rempli du liquide soupçonné au-dessus de la lampe à esprit de vin, de telle sorte que la couche supérieure soit chauffée la première. La méthode de Heller consiste à verser dans une éprouvette un peu d'acide nitrique et à faire

ensuite couler doucement l'urine dans le tube, de manière que les deux liquides se rencontrent sans se mélanger. Il se produit alors, à leur point de jonction, une couche opaque, dans le cas où il y a de l'albumine. Il est meilleur d'employer la chaleur et en même temps l'acide nitrique. La chaleur seule ne produit pas toujours la coagulation quand l'urine est alcaline, et la présence d'une ou de deux gouttes d'acide nitrique tend plutôt à empêcher qu'à favoriser la coagulation. D'un autre côté, il se produit comme un nuage résultant de la précipitation des phosphates, mais il disparaît par l'addition de quelques gouttes d'acide.

L'acide nitrique seul produit parfois un liquide trouble en précipitant l'acide urique ou des cristaux de nitrate d'urée. — Si l'on constate la présence de l'albumine, il faut se reporter au paragraphe 220.

218. — Si l'analyse ne démontre pas l'existence de l'albumine dans les urines, on doit rechercher si elles contiennent du sucre. Pour cela, on verse dans une éprouvette une petite quantité de l'urine suspecte; on y ajoute quelques gouttes d'une solution diluée de sulfate de cuivre, et de liqueur potassique à peu près à moitié de l'urine employée. S'il y a du sucre, le précipité d'abord formé se redissout, et le liquide prend une coloration bleu foncé; puis, en le faisant bouillir, il se dépose un précipité rouge d'oxyde de cuivre. Le même phénomène s'opère sans qu'il y ait besoin de faire bouillir, pourvu qu'on laisse au dépôt vingt-quatre heures pour s'opérer.

Si l'urine contient de l'albumine elle se sépare quand on filtre après la coagulation obtenue avec la chaleur et l'emploi de l'acide nitrique, car la présence de l'albumine empêche la précipitation de l'oxyde

de cuivre. — Au cas où on constate du sucre, voir le paragraphe 258.

219. — Bien qu'on ne constate ni albumine ni sucre, on pourra obtenir de sérieuses notions par l'examen des urines. On en verse une certaine quantité dans un verre, et on laisse ce liquide reposer pendant quelques heures, de manière à laisser au précipité qui peut se former le temps de se faire, et alors voir au paragraphe 262.

SECTION I.

Cas dans lesquels l'urine est albumineuse.

220. — On ne doit pas conclure à une affection rénale, par la seule raison que l'urine d'un malade contient de l'albumine, car un tel phénomène morbide peut s'observer dans les fièvres, la goutte, le choléra, la grossesse et d'autres maladies. Mais si, après des examens répétés, on trouve de l'albumine, du pus ou du sang ou si avec l'albumine on constate l'existence de fontes de tubes urinifères et que les symptômes généraux soient bien caractérisés, on peut en toute sûreté diagnostiquer un état morbide des organes urinaires.

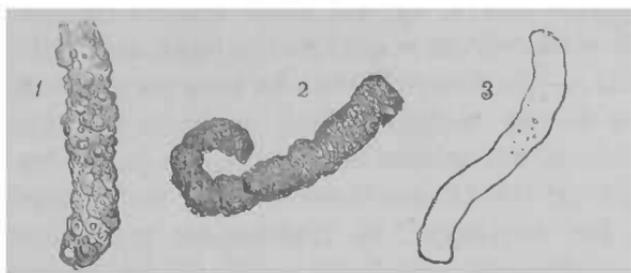
221. — Afin de reconnaître si l'urine contient des fontes de tubes urinifères, on en verse une certaine quantité dans un verre et on la laisse reposer pendant quelques heures. Ensuite on aspire, à l'aide d'une pipette, une petite quantité des matières déposées au fond du vase, et on en place une partie sur une plaque porte-objet que l'on recouvre d'un verre, puis on l'examine au microscope. On peut découvrir les moules des tubes avec un objectif de un pouce de diamètre, mais un objectif d'un quart permet d'étudier plus sérieusement leurs dimensions.

222. — Sous le microscope, les fontes apparaissent sous forme de moules solides ou de long tubes creux. Ils sont produits par la coagulation de la fibrine du sang dans les tubes urinifères, lesquels, étant entraînés par les urines, emportent avec eux des portions d'épithélium. On peut ainsi juger jusqu'à un certain point de la condition dans laquelle se trouve la partie sécrétante du rein d'après l'aspect des fontes.

223. — *On distingue trois formes principales de fontes :*

1° LES FONTES CIREUSES OU DE TRANSPARENCE HYALINE dans lesquelles on ne constate aucune trace de structure. Leur diamètre varie de $\frac{1}{3000}$ à $\frac{1}{500}$ de pouce, et il est très-probable qu'une variation aussi grande existe quant à leur composition chimique. Celles qui sont représentées n° 3 (fig. 43) peuvent facilement échapp-

FIG. 43.



1. Fonte dans la dégénérescence graisseuse du rein. 2. Fonte granuleuse noire dans la néphrite chronique. 3. Fonte cireuse. (LIONEL BEALE).

per à l'observation, mais on les rend plus visibles en faisant converger sur elles des rayons lumineux obliques ou en les additionnant d'une goutte de solution aqueuse d'iode.

2° LES FONTES CELLULAIRES sont couvertes par des cellules épithéliales et par des tubes urinifères, comme

on le voit en *b*, fig. 46. Leur présence montre que les tubes sont encore recouverts d'épithélium et que la maladie est récente. Les cellules sont généralement granuleuses et opaques.

3° LES FONTES GRANULEUSES présentent un aspect granuleux et ont généralement un diamètre de $\frac{1}{700}$ de pouce. Elles se produisent dans des tubes dont l'épithélium subit la désagrégation (2, fig. 43). Dans des cas de maladie récente, on peut rencontrer de ces fontes, provenant de dépôts formés sur elles par de l'urate d'ammoniaque. La chaleur les rend transparentes.

4° LES FONTES CHARGÉES DE GRAISSE sont couvertes de granules graisseuses et indiquent la dégénérescence graisseuse du rein, si toutefois elles sont *nombreuses* et *persistantes* (1, fig. 43). Dans les cas récents eux-mêmes on rencontre quelquefois des fontes huileuses.

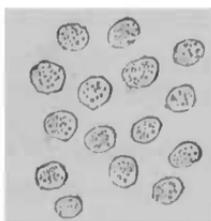
224. — On trouve parfois du sang ou même des cellules de pus englobées dans les fontes des tubes. Le volume de ces moules varie suivant la partie des reins où ils ont été formés et selon l'état de la membrane qui les enveloppe. Si l'épithélium est anormalement adhérent, la fonte est petite; s'il est détaché, elle est plus grande.

L'épithélium de la vessie, de l'urèthre et du bassin des reins peut aussi se présenter dans l'urine, toutes les fois qu'une inflammation existe dans ces organes. L'aspect qu'offrent ces cellules est si semblable à celui qui caractérise les cellules du cancer, qu'on peut facilement commettre une erreur de diagnostic.

225. — Au lieu de contenir des fontes, le dépôt peut être purulent. On reconnaît l'existence du pus, soit en

traitant le dépôt suspect par la liqueur potassique sous l'influence de laquelle il se forme une masse épaisse et glaireuse, soit par l'examen microscopique. Les cellules du pus sont rondes, présentent un diamètre de $\frac{1}{2000}$ à $\frac{1}{3000}$ de pouce et offrent l'aspect granuleux (fig. 44). L'action de l'acide acétique ($C^4H^3O^2$) les

FIG. 44.



Cellules du pus, vues sous le microscope (BOWMANN).

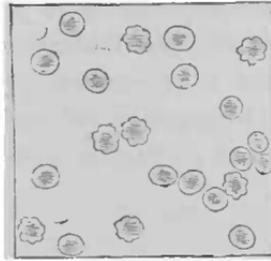
rend transparentes, ce qui permet d'apercevoir de un à quatre noyaux concentriques. Si c'est par du pus qu'est formé le dépôt, consulter le paragraphe 240.

226. — Le dépôt peut consister en du sang ou de l'urine teinte de sang; il prend alors une coloration brun rouge et est formé par de la fibrine. Après un long séjour dans l'urine, les globules sanguins affectent un contour irrégulier et ébréché; leur diamètre est d'environ $\frac{1}{3000}$ et ils ne possèdent pas de nucleus. Dans le cas où on constate du sang, voir au paragraphe 247.

A. — *L'urine est-elle albumineuse et contient-elle des fontes du tube?*

227. — A. — S'informer si la maladie est récente ou ancienne. — Est-elle récente? C'est une NÉPHRITE TUBULAIRE AIGUE. — Est-elle chronique? Consulter le paragraphe 231.

FIG. 43.



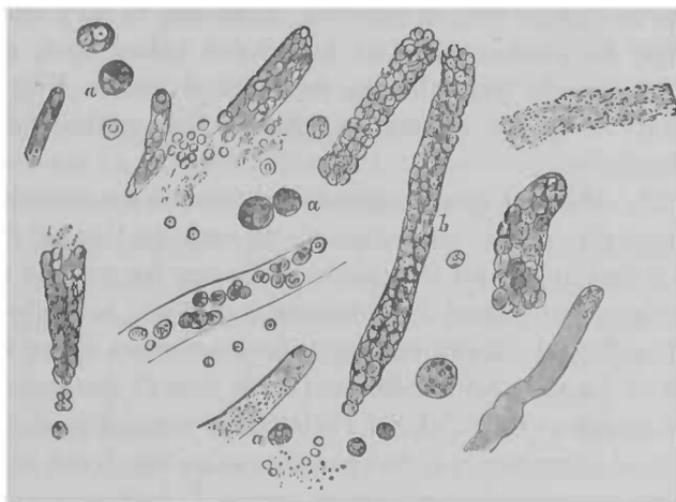
Corpuscules sanguins dans l'urine, quelques-uns ayant un contour irrégulier (BOWMANN).

228. — *a a.* — Dans la NÉPHRITE TUBULAIRE AIGUE, ou MAL DE BRIGHT AIGU, l'urine est rare, fortement colorée; elle possède une pesanteur spécifique élevée; elle est très-chargée d'albumine, puante, quelquefois sanguinolente, laissant déposer un sédiment brun sale. Les fontes tubulaires sont cellulaires ou transparentes, et mélangées de cellules sanguines et de parcelles de fibrine. Le sujet offre des gonflements hydropisiques sur le corps, sur la face et sur les membres; il a soif; le pouls est rapide, et la peau sèche.

229. — Cette forme de la maladie de Bright débute généralement par un froid ou frisson suivi de céphalalgie; la soif est intense; il existe des nausées ou des vomissements; la face et les membres sont enflés; les reins sont le siège d'une douleur. D'ordinaire, cette affection survient, chez les enfants, à la suite de la scarlatine, et chez les adultes sous l'influence du froid et de l'humidité. Elle se complique fréquemment d'une inflammation de la plèvre, du péricarde et du péritoine. La présence du sang dans l'urine indique que l'affection est récente, mais que la congestion est grave. Si la *Néphrite tubulaire aiguë* est combinée avec

une hydropisie, on observe toujours de la toux et de la dyspnée. Si d'autres organes viennent à s'enflammer, les symptômes des affections intercurrentes s'ajoutent à ceux déjà existants. La guérison est souvent accompagnée de l'émission d'une grande quantité d'urine.

FIG. 46.



Dessin d'un dépôt rouge de l'urine dans la néphrite tubulaire aiguë. *b.* Fontes fibrineuses couvertes d'épithélium rénal.

(JONES et SIEVERING).

230. — On doit se rappeler que la *Néphrite tubulaire aiguë* se déclare, le plus souvent, durant le cours du mal chronique de Bright; c'est pourquoi il faut, quand on a affaire à une affection de ce genre, s'enquérir soigneusement de l'histoire de la maladie avant de se prononcer sur son ancienneté ou sa non-ancienneté. Souvent la *Néphrite tubulaire aiguë* se change en mal de Bright chronique et présente alors les symptômes caractéristiques de cette dernière affection.

231. — **B.** — Les affections chroniques comprises sous ce titre sont : la *Néphrite tubulaire chronique*, le *Rein gras*, le *Rein lardacé*, la *Néphrite intertubulaire* ou *Dégénérescence granuleuse*.

232. — *a a.* — Dans la NÉPHRITE TUBULAIRE CHRONIQUE OU NÉPHRITE DESQUAMATIVE CHRONIQUE, la quantité d'urine émise n'est pas diminuée. La pesanteur spécifique de l'urine est, en général, moindre, et on y rencontre de l'albumine. Les fontes des tubes sont, en grande partie, granuleuses ou transparentes. Il y a œdème du tronc et des membres, et le malade est anémié.

233. — Dans quelques cas, on constate un accroissement du volume des reins. Cette constatation est facile à établir quand le malade reste sur les genoux et les mains, ou quand il est couché à plat sur le ventre. Cette affection atteint rarement les personnes âgées de plus de 45 ans. Le gonflement de la face et des membres frappant tout d'abord l'attention, permet de deviner quel diagnostic on doit poser sans qu'on ait été déjà dans la nécessité d'examiner les urines. L'hydropisie qui commence par affecter d'abord les pieds, les paupières et les chevilles, est un des symptômes qui s'établissent de bonne heure. La *Néphrite tubulaire chronique* est souvent compliquée de bronchite, d'hydrothorax, de digestion difficile, de vomissements le matin, ou de diarrhée. Le malade court le danger d'être atteint d'inflammation dans plusieurs de ses organes; c'est pourquoi, quand on constate une augmentation de chaleur à la peau ou d'autres symptômes inflammatoires, on doit soigneusement examiner, à l'aide du stéthoscope, l'état du cœur et des poumons.

234. — *b b.* — On est en droit de diagnostiquer un

REIN GRAS quand, à l'état albuminurique des urines, se joignent les symptômes généraux des maladies rénales, et lorsqu'on rencontre de nombreuses fontes chargées de graisse, ou une certaine quantité d'huile libre.

235. — *cc.* — On peut soupçonner l'existence d'un **REIN LARDACÉ** quand l'urine, pâle et albumineuse, présente une pesanteur spécifique inférieure à la densité normale (1005 à 1015); quand on rencontre des fontes, la plupart de forme cireuse, chez une personne atteinte de diarrhée, de phthisie, ou souffrant d'une affection des os; quand elle a la rate ou le foie élargis, ou bien enfin quand elle a été affectée de syphilis.

236. — *dd.* — Dans la **NÉPHRITE INTERTUBULAIRE** OU **REIN GRANULEUX**, l'urine est pâle, la quantité émise est augmentée; elle est albuminoïde et présente une densité spécifique faible. Les fontes tubulaires sont, en grande partie, larges, granuleuses ou cireuses. Le malade est maigre, pâle, faible; il souffre de dyspnée et de dyspepsie. Un léger œdème envahit les membres inférieurs. La peau est rude et sèche.

237. — La marche de cette maladie est plus lente que celle des affections que nous venons de décrire. On rencontre souvent la *Néphrite intertubulaire* chez les personnes âgées ou chez celles qui sont sujettes à la goutte. A mesure que le rein devient incapable d'accomplir ses fonctions, d'autres organes sont atteints; aussi y a-t-il souvent complication d'affection de la rétine, paralysie ou hypertrophie du cœur, bronchite, ou hydropisie. Dans cette maladie, l'urine émise peut ne point contenir d'albumine, sa quantité est plus considérable et renferme quelques débris de fontes de tubes. Le malade maigrit et ses forces déclinent; il

est incommodé par des vomissements et est atteint de dyspepsie. L'hydropisie est moins commune que dans la néphrite tubulaire chronique, qu'elle complique presque toujours.

238. — Le REIN GRANULEUX se distingue principalement des autres formes du mal chronique de Bright : 1° par la pâleur, par l'augmentation de la quantité de l'urine, par sa pesanteur spécifique (souvent au-dessous de 1,000) et par le peu d'albumine qu'elle renferme ; 2° parce que cette maladie affecte plus particulièrement les personnes d'un âge moyen, celles qui déjà sont dans la vieillesse, ou celles qui souffrent de la goutte ou qui y sont prédisposées par hérédité ; 3° par la lenteur de sa marche, par l'absence fréquente ou par le peu de développement de l'hydropisie et enfin par sa coïncidence avec une névro-rétinite, une hypertrophie du cœur ou une cirrhose du foie.

Le REIN LARDACÉ est caractérisé par l'abondance de l'urine, qui est pâle, d'une densité faible ; par le petit nombre des fontes tubulaires ; par son association avec la diarrhée et la phthisie, ou par son apparition chez les personnes ayant été atteintes d'une syphilis ou de maladies des os. L'hydropisie n'est pas commune, à moins qu'il n'y ait complication d'une néphrite tubulaire aiguë.

239. — L'INTOXICATION URÉMIQUE peut facilement se produire dans toutes les formes morbides des reins décrites plus haut, par suite de l'élimination moins grande qui se fait des parties solides de l'urine (urée, etc.). Elle s'annonce d'ordinaire par de la céphalalgie ou par un sentiment de pesanteur ou de resserrement siégeant à la partie frontale ; par un affaiblissement de la vue ou par une confusion de la mémoire. Les con-

vulsions peuvent survenir brusquement, ou bien l'apoplexie surprend parfois le malade. Dans ce dernier cas, il se produit une grande gêne dans l'acte respiratoire, causée par l'œdème des poumons. Le patient est dans un état de prostration qui résulte des vomissements et de la diarrhée. Enfin on constate des signes d'inflammation aiguë de la plèvre, du péricarde ou du péritoine.

B. — Cas dans lesquels l'urine est albumineuse, ne contient pas de fontes de tubes et dépose du pus.

240. — On trouve souvent, à l'aide du microscope, des corpuscules de pus dans l'urine des personnes en bonne santé, ou bien ils sont englobés dans les fontes des tubes, dans le cas de néphrite aiguë ou chronique. Ceci n'a trait qu'aux dépôts de pus qui sont appréciables pour l'œil de l'observateur.

241. — Le pus peut résulter d'une inflammation ayant son siège dans quelques parties des organes génito-urinaires autres que les reins, à la suite d'abcès qui s'y sont ouverts. Si l'on a affaire à une femme, on doit s'assurer si elle souffre d'une leucorrhée ou de toute autre affection utérine ou vaginale. Chez l'homme, l'urèthre, la prostate ou la vessie peuvent subir des altérations. Il faut alors s'informer si le sujet n'a jamais été affecté de rétrécissement de l'urèthre, de calcul vésical, s'il a des envies fréquentes d'uriner et si l'émission se fait sans difficulté, si les régions périméales ou hypogastriques sont sensibles. Dans le cas où on ne constate rien de morbide du côté de l'utérus, du vagin, de la vessie, ou de l'urèthre, on peut croire que le pus vient du rein.

242. — Les deux maladies des reins capables d'introduire du pus dans l'urine sont chroniques et ce sont :

la *pyélite* (avec ou sans dilatation du rein) et le *tubercule rénal*.

243. — *a a.* — Dans la **PYÉLITE AVEC DILATATION DU REIN**, en même temps qu'on constate des dépôts de pus dans l'urine, on sent comme de la plénitude ou comme une tumeur dans la région lombaire. Il y a une certaine sensibilité à la pression ; le malade accuse des douleurs dans les lombes, dans les cuisses et dans les testicules. Il existe ordinairement de la fièvre, des frissons, de la faiblesse et des sueurs nocturnes.

244. — Le volume de la tumeur siégeant dans les lombes varie de temps en temps et correspond à la quantité de pus émise avec l'urine. Chez les personnes fortes, ou quand la dilatation est peu développée, il peut être difficile de sentir le rein élargi. Cette affection est, en général, causée par un rétrécissement de l'urèthre, par un calcul dans les conduits urinaires, par la tuberculose rénale, et chez la femme, par un cancer de l'utérus venant comprimer les uretères. Quand cette maladie est due à un rétrécissement, son diagnostic est très-difficile, parce que la vessie est aussi généralement malade. Si le mal provient d'une pierre dans les reins, et c'est la cause la plus commune, on peut apprendre, par l'historique, qu'il y a de fortes douleurs lombaires, suivies d'attaques accidentelles d'hématurie, ce qui peut guider le diagnostic.

Lorsqu'une *Pyélite* se présente sans que le rein soit dilaté, on ne constate pas, tout naturellement, de tumeur, et on doit rechercher dans les urines les cellules épithéliales des bassinets. Si l'urine est acide et qu'il n'y ait pas d'affection de l'urèthre, de la vessie ou de la prostate, on peut rapporter la présence du pus dans l'urine à la *Pyélite*. Le diagnostic sera renforcé s'il

existe de la douleur à la pression de la région lombaire ou encore si le malade a présenté quelques symptômes de calcul rénal.

246. — *b b.* — Dans le TUBERCULE DES REINS, on trouve du pus dans l'urine des malades, bien qu'ils n'aient pas souffert des accidents propres au rein dilaté, mais qui présentent les symptômes de la tuberculose pulmonaire.

246. — Cette affection, comparativement rare, n'existe probablement jamais chez les adultes, si ce n'est quand ils sont déjà atteints d'une tuberculose pulmonaire. Le rein peut augmenter de volume, mais il n'en est pas généralement ainsi. L'hématurie est quelquefois le symptôme qui se présente le premier. Comme la tuberculose conduit parfois à la dilatation rénale, il est prudent d'examiner l'état des poumons toutes les fois que l'on rencontre du pus dans l'urine. La présence, dans le produit de la sécrétion rénale, d'une matière jaune, caséuse, insoluble dans l'acide acétique, est considérée, par beaucoup d'auteurs, comme indiquant la présence d'une tuberculose. Cette maladie est si souvent associée à un état analogue de la prostate ou des testicules que ces organes doivent toujours être examinés.

C. — *Cas dans lesquels l'urine contient de l'albumine, mais non des fontes; où elle dépose du sang, ou en est teinte.*

247. — On doit d'abord s'assurer par le microscope que la matière colorante est bien celle du sang, parce que parfois une coloration analogue peut se produire après que le malade a mangé des betteraves ou du bois de Campêche, etc. Chez la femme on trouve souvent du sang dans l'urine, provenant d'affections utérines

ou vaginales ; chez l'homme il vient d'affections de la prostate ou de la vessie. Quand le sang provient de la vessie, il n'est pas diffusé dans l'urine, mais il arrive vers la fin de la mic-turition, et se montre souvent sous forme de caillots. Ensuite, après s'être assuré qu'il n'y a pas d'autres organes affectés de manière à produire une hématurie et en ayant soin de se souvenir que dans la néphrite le sang est contenu dans les fontes ou accompagné par elles, on s'informe si la maladie est récente (§ 248) ou ancienne (§ 251). L'absence de fontes indique que les organes sécréteurs des reins sont indemnes. Il importe de ne pas oublier que l'*Hématurie* (nom donné au passage du sang dans l'urine) peut provenir de l'ingestion de médicaments irritants, tels que la térébenthine, etc.

La matière colorante du sang peut se rencontrer dans l'urine sans qu'on y puisse découvrir des corpuscules sanguins. Ce phénomène s'observe dans la jaunisse, la fièvre typhoïde, ainsi que dans d'autres états morbides. Pour s'assurer de la présence du sang, on traite l'urine suspecte par l'acide acétique ; on fait bouillir, et il se forme, dans le cas où il y en a, un coagulum rouge brun, qui devient presque noir en le faisant sécher.

248. — a. — *Le Passage d'un calcul dans l'uretère et l'Hématurie intermittente* sont les seules formes récentes de ces maladies qui peuvent présenter ces symptômes.

249. — a. a. — QUAND IL Y A PASSAGE D'UN CALCUL DANS L'URETÈRE, le malade ressent de fortes douleurs lombaires et dans la direction suivie par l'uretère, avec engourdissement de la cuisse et rétraction des testicules. Il ne s'observe point de fièvre, mais il y a des vomissements. Le besoin d'uriner est fréquent ;

cependant, les urines sont rares, sanguinolentes ou albumineuses.

250.— La douleur n'est pas toujours ressentie dans la région lombaire, mais quelquefois vers le sacrum ou dans l'abdomen. Généralement, elle cesse de se faire sentir dès que le calcul est arrivé dans la vessie. Cette affection peut être confondue avec la colique, le passage d'un calcul biliaire ou le lumbago. La soudaineté de l'attaque, la violence de la douleur, l'altération de l'urine, permettent de distinguer cette maladie de la dernière. On doit encore s'informer si le malade a souffert antérieurement d'une affection analogue.

251.— *b.*— Les maladies chroniques capables de produire l'hématurie sans fontes de tubes sont les fièvres rhumatismale, typhoïde, et quelques autres; on peut encore ajouter à cette nomenclature le purpura, le scorbut, la pierre, le cancer rénal et l'hématurie intermittente. Cependant, nous devons dire que l'on rencontre parfois du sang dans l'urine des personnes affectées de fièvres, de purpura, de scorbut, et qu'il faut se garder de prendre, en pareil cas, ce symptôme pour une indication de maladie des reins.

252.— *a. a.*— Il est probable qu'il existe une PIERRE DANS LE REIN quand l'urine est sanguinolente et amyloïde, surtout après que le malade s'est livré à un certain exercice ou à un effort. Le malade ressent de fortes douleurs dans le dos, dans la hanche, dans la cuisse ou dans les testicules, douleurs qui varient d'intensité suivant certaines époques.

253.— La présence d'une pierre dans le rein peut déterminer une pyélite avec ou sans dilatation de l'organe (§ 243), ou bien le calcul peut se rendre dans la vessie. Les symptômes varient suivant les ef-

fets produits. Il est nécessaire de s'informer si quelque petit calcul ou quelque gravier ont antérieurement passé. On s'assure si l'urine renferme des cristaux d'acide oxalique (C^2O^3), ou lithique ($C^{40}H^4Az^{40}O^6$), ou des cellules épithéliales provenant des bassinets. Souvent on constate des nausées et des vomissements, et beaucoup de malades sont sujets à une grande irascibilité et à une certaine altération mentale.

254. — *b. b.* — Dans le CANCER DU REIN, l'urine contient presque toujours du sang; le malade accuse de fortes douleurs dans les lombes; il est sujet à des vomissements. Il maigrit, il est pâle, blême, affaibli. On peut constater la présence d'une tumeur à la région lombaire.

255. — Le diagnostic de cette affection est, en général, difficile à établir. Y a-t-il une tumeur à la région lombaire? Il faut distinguer entre un cancer et une dilatation du rein. Le cancer affecte une marche plus rapide, détermine un amaigrissement plus considérable et une perte plus grande des forces. Dans le cas de dilatation, l'urine, au lieu de sang, charie du pus, et la tumeur diminue de volume proportionnellement à la quantité de pus écoulée. Quand on soupçonne la présence d'un cancer, il importe d'examiner le foie, afin de savoir s'il est affecté de tumeurs cancéreuses. Dans les dernières périodes du cancer, on observe souvent de l'hydropisie des membres inférieurs et de l'abdomen, et fréquemment on rencontre dans l'urine des portions de tissu cancéreux; mais il faut se rappeler que les cellules épithéliales des bassinets sont quelquefois semblables, quant à la forme, à des cellules cancéreuses.

Le plus souvent, le cancer du rein, accompagné

d'Hématurie, affecte les personnes ayant dépassé la cinquantaine.

256. — *c. c.* — Dans l'HÉMATURIE INTERMITTENTE, le malade souffre d'attaques occasionnelles d'Hématurie, produites sans causes apparentes. La santé générale n'est pas altérée, et l'urine contient ordinairement des oxalates. On ne constate aucune tumeur dans la région lombaire.

257. — Souvent on a attribué la venue de ces attaques à l'influence du froid, mais dans beaucoup de cas elles affectent certains rapports avec la goutte et la fièvre intermittente. En même temps que dans l'urine on constate du sang, on y rencontre aussi des cristaux d'acide oxalique et d'acide lithique. L'Hématurie est une affection commune dans quelques pays : par exemple, au cap de Bonne-Espérance. Souvent elle semble dépendre de la présence dans le rein d'un parasite (*bilharzia hæmatobia*),

SECTION II.

Cas dans lesquels les urines contiennent du sucre.

258. — Cette section ne comprend qu'une seule maladie : le DIABÈTE ou DIABÈTES.

On constate que la présence du *chlorure d'ammonium*, de l'*urate ammoniacal* ou d'autres sels d'ammoniaque, dans l'urine, empêche la réussite de l'analyse par la liqueur cupro-potassique, si le sucre n'existe qu'en petite quantité. Dans un cas douteux, on doit recourir à un des essais ci-après indiqués.

On mêle à l'urine contenue dans une éprouvette une certaine quantité de levûre allemande; on couvre l'ouverture de l'éprouvette avec une assiette et on

renverse le tout; puis on remplit l'assiette d'urine, et, si une bulle d'air est entrée dans la colonne de liquide, on marque avec de l'encre la hauteur de ce liquide; enfin on laisse reposer vingt-quatre heures dans un endroit chaud. S'il y a du sucre, il se dégage du gaz qui vient s'accumuler au haut de l'éprouvette.

Ou bien on additionne l'urine d'une solution de carbonate de soude, dans la proportion de $\frac{1}{3}$, et on y ajoute un peu de sous-nitrate de bismuth. On porte au point d'ébullition; on s'y arrête quelque temps, et, si le bismuth est réduit et déposé sous forme de poudre noire, c'est qu'il y a du sucre.

259. — a. — DANS LE DIABÈTE, l'urine contient du sucre; elle est pâle, d'une couleur jaune paille; elle a une haute pesanteur spécifique (1030 à 1050). Elle possède une odeur fade et est émise en grande quantité. Le malade est amaigri et a perdu ses forces; il se plaint d'une soif intense, de tiraillements d'estomac; la peau est rude et sèche, le dos et les membres sont douloureux. L'appétit est vorace, et les intestins sont habituellement resserrés.

260.— On doit examiner l'urine à plusieurs reprises et à des époques différentes, parce que la présence du sucre peut être simplement temporaire, ou provenir de l'ingestion d'un aliment impropre. Il ne faut donc jamais se prononcer d'une manière décisive sur la nature de cette maladie avant de s'être assuré, par des essais chimiques, de la présence du sucre. L'émission des urines est très-considérable dans le DIABÈTE INSIPIDE, dans la *Néphrite intertubulaire chronique*, dans l'*Hystérie* et dans d'autres affections. Dans le Diabète, la quantité d'urine émise durant vingt-quatre heures peut aller jusqu'à 8 et 10 pintes (4 litres 55 centilitres

à 5 litres 70 centilitres), ou même davantage. Le malade peut donc rendre ainsi de 1 à 2 livres et demie de sucre dans cette période (454 gr. à 1,135 gr.). La maladie débute graduellement, et le sujet accuse de la soif, de la faiblesse; on constate de l'amaigrissement avant que l'augmentation dans la quantité d'urine émise soit observée. Il y a souvent complication de furoncles ou d'anthrax, de gonflement dans les jambes, et de cataracte. Le patient meurt généralement de consommation ou d'apoplexie. Très-fréquemment, le sucre disparaît des urines fort peu de temps avant la mort.

261.— Le DIABÈTE INSIPIDE est caractérisé par l'émission d'une grande quantité d'urine claire, incolore, ayant une pesanteur spécifique faible (1,003 à 1,007), dépourvue de sucre et d'albumine. L'affection est ordinairement accompagnée de soif; la peau est sèche et rude; il y a affaiblissement physique et intellectuel.

SECTION III.

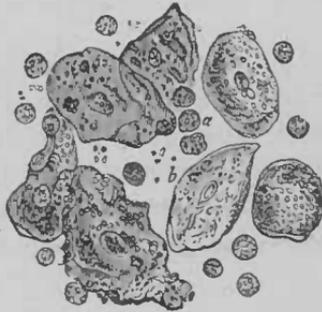
Cas dans lesquels l'urine forme un dépôt.

262.— Il faut observer si l'urine contenue dans un verre reste claire, ou si elle dépose un sédiment. S'il y en a un, il faut plonger au fond du vase un tube dont l'ouverture, retournée en bas, est fermée avec le pouce; une fois au fond, on ôte le pouce, et on laisse monter dans le tube un peu du dépôt, que l'on dépose ensuite sur une plaque de verre bien propre, qu'on recouvre d'une lame mince; alors on porte sous le microscope (un objectif de 1/2 à 1 1/4 de pouce est le meilleur pour cet usage). Quand on veut constater quels

sont les effets des réactifs sur le dépôt, on laisse tomber sur le verre porte-objet une goutte d'acide, et on surveille ce qui se passe.

263.— Dans l'urine parfaitement saine, on peut avoir un dépôt de mucus légèrement nuageux, et l'examen microscopique y décèle, en général, des cellules épithéliales provenant de la vessie et de l'urèthre. Celles qui viennent de la vessie sont plates et échelonnées, les autres sont en colonne (fig. 47).

FIG. 47.



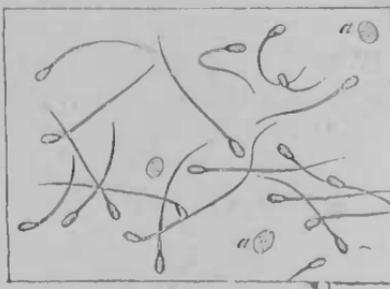
Lamelles d'épithélium vues sous le microscope (BOWMANN).

264.— Dans les maladies rénales, on a souvent une certaine quantité d'épithélium provenant des tubes urinifères. Ces cellules sont petites, rondes ou polygonales, et possèdent un nucléus bien défini. Les cellules épithéliales provenant des bassinets et des uretères affectent la forme de colonnes, et souvent adhèrent par petites plaques.

265.— Dans quelques cas, on constate la présence de spermatozoïdes. Leur forme est ovale avec de longs filaments (queues) délicats, qui exigent un objectif de 1/4 de pouce pour être aperçus (fig. 48). Ce n'est seu-

lement que lorsqu'ils sont nombreux et que leur émission est constante, qu'ils peuvent être symptomatiques d'une affection morbide.

FIG. 48.



Spermatozoïdes et granules spermatiques (GROSS, 400 diam.)

266. — Quand on procède à l'examen d'un dépôt urinaire, on doit d'abord s'occuper de savoir s'il est cristallisé, granuleux ou amorphe. Dans le cas de cristaux, voir § 267. — S'il y a des granulations, se reporter au § 277.

A. — DÉPÔTS CRISTALLISÉS.

267. — Les cristaux qui se rencontrent le plus communément sont ceux formés par l'Acide urique, l'Oxalate de chaux, le Triphosphate de chaux, et la Cystine.

268. — a. — LES CRISTAUX SONT DUS A L'ACIDE URIQUE quand le dépôt est rouge et que les grains sont presque semblables à ceux du poivre de Cayenne. Sous le microscope, ils apparaissent rougeâtres, en forme de tables rhomboïdales jaunes, comme des losanges (fig. 49).

269. — En cas de doute, on ajoute une goutte ou deux d'acide nitrique à une petite quantité de sédiment placé sur un verre porte-objet; on la sèche à la

lampe à alcool, et on ajoute, quand elle est froide, une goutte d'ammoniaque ou de liqueur potassique. Si les cristaux sont composés par de l'acide urique, il se forme une belle coloration rouge.

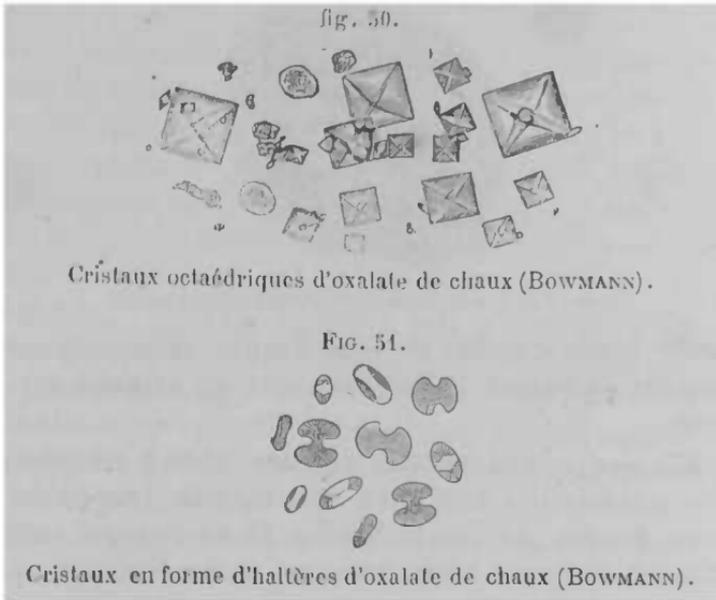


270. — Ce dépôt, excepté quand il existe en grande quantité, n'indique pas forcément un excès d'acide urique parce que, chaque fois que l'on ajoute un acide quelconque à de l'urine, l'acide urique se précipite (1). Lorsqu'il existe en grande quantité et d'une manière constante, l'urine possède une acidité plus grande; c'est pourquoi cette altération se rencontre dans un grand nombre de cas tels que l'indigestion, le rhumatisme, la goutte, les fièvres, etc. Si le dépôt s'opère immédiatement après l'émission de l'urine, on peut craindre une tendance à la formation de pierres d'acide urique dans le rein.

271. — QUAND LES CRISTAUX SONT DUS A L'OXALATE DE CHAUX, l'examen microscopique les montre octogones, ou affectant une forme d'haltère et de grosseur moyenne (fig. 50 et 51).

(1) Voir *Éléments d'Urologie*, par Rabuteau. Paris. Lavyereyans, 1875 (N. d. T.)

272. — Ce dépôt est en général peu abondant, et, à l'œil nu, il apparaît comme un mucus. Les cristaux sont insolubles dans l'acide acétique et dans la liqueur potassique, mais ils se dissolvent dans l'acide azotique

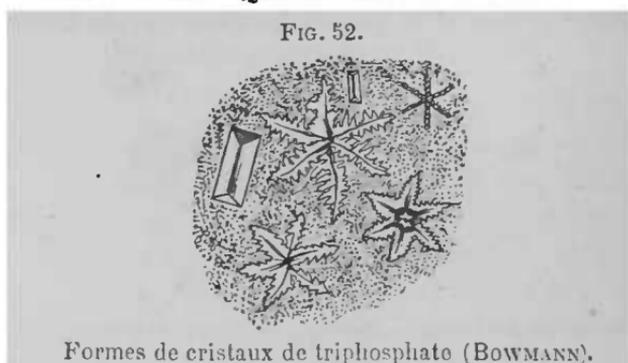


dilué. On rencontre très-fréquemment des cristaux d'oxalate de chaux en petite quantité dans l'urine de personnes bien portantes, et alors ce dépôt peut être le résultat de certaines substances nutritives telles que la rhubarbe. Quand ils se rencontrent nombreux et constamment, ils indiquent une irritation du système nerveux et une digestion difficile et incomplète.

273. — LES CRISTAUX DUS AU TRIPHOSPHATE DE CHAUX affectent une forme prismatique transparente ou étoilée (fig. 52).

274. — Ces cristaux sont solubles dans l'acide acétique. Leur présence coïncide avec un état neutre ou

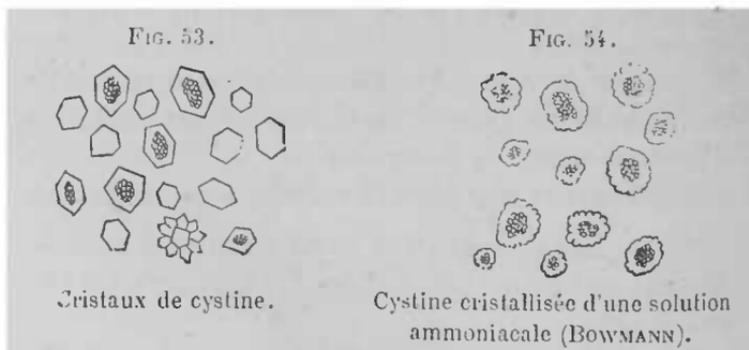
alcalin de l'urine; ils peuvent provenir de la décomposition de l'urine qui charrie du mucus sécrété par une vessie malade. Quand on ne constate aucune



cause locale capable de leur donner naissance, ces cristaux indiquent l'affaiblissement du système nerveux.

275. — *d.* — Les cristaux sont des tables à six côtés, très-peu solubles dans l'eau chaude, mais très-facilement dissous par l'ammoniaque. Ils se déposent sans changer de forme à l'évaporation spontanée de la solution.

De tels cristaux sont composés de Cystine (fig. 53, 54).



276. — L'emploi de l'ammoniaque permet de dis-

tinguer la cystine de l'acide urique, celui-ci se déposant sous la forme *granuleuse* de sa solution ammoniacale.

B. — DÉPÔTS AMORPHES.

277. — Les substances capables de produire ce genre de cristaux sont le pus, l'urate de soude ou d'ammoniaque et le phosphate terreux. Pour les distinguer les uns des autres, on ajoute au dépôt, préalablement placé dans une éprouvette, moitié de son volume de liqueur potassique, et on secoue vivement.

278. — *a.* — On peut distinguer le pus à l'aide du microscope (fig. 44). Il forme une masse glaireuse lorsqu'on le secoue, mélangé avec de la liqueur potassique.

279. — *b.* — Le dépôt se dissout dans la liqueur potassique quand il est formé d'*urate de soude*, d'*ammoniaque* ou de *chaux*.

280. — Les urates sont les dépôts les plus communs; ils ont une importance clinique très-peu sérieuse. Ils indiquent que les urines sont acides et concentrées. Ils forment facilement un dépôt dans les temps froids et humides.

281. — LES DÉPÔTS FORMÉS PAR LE PHOSPHATE TERREUX ne se dissolvent pas dans la liqueur potassique.

CHAPITRE VI.

MALADIES DU FOIE.

282. — Les principales maladies qui affectent cet organe, sont : le *simple élargissement* ou *Congestion*, l'*Hépatite aiguë*, l'*Abcès*, l'*Atrophie aiguë*, la *Cirrhose*, les *Tumeurs* ou *Kystes hydatiques*, le *Cancer*, les *Dégénérescences graisseuses* ou *lardacées*. — A ces affections nous avons à ajouter et à considérer l'*Inflammation des canaux hépatiques*, la *Dilatation de la vésicule biliaire* et les *Calculs biliaires*.

283. — ÉLARGISSEMENT SIMPLE OU CONGESTION DU FOIE.

Le foie est sujet à trois formes de congestions :

1° *La Congestion passive* produite par un obstacle à l'écoulement du sang dans le cœur.

2° *La Congestion active* déterminée par suite de l'entrée d'une grande quantité de sang dans l'organe.

3° *La Congestion dans laquelle les conduits sont gorgés de bile.*

Dans les deux premières formes tout l'organe est élargi ; sa surface est unie et présente une coloration rouge foncé ; son bord antérieur est dur et proéminent.

Lorsqu'on y pratique une coupe, le sang s'écoule librement par l'ouverture de l'incision. Quand la con-

gestion existe depuis un certain temps, la stase prend un aspect tacheté connu sous le nom de *Foie muscade*, c'est-à-dire des points rouges entourés d'une matière jaunâtre ou d'un blanc sale.

A l'examen microscopique, *la Congestion passive* est caractérisée par une grande dilatation des veines hépatiques et l'épaississement de leurs parois. — Par suite de la pression que les veines dilatées exercent sur les parois avoisinantes, les cellules internes des lobules sont réduites quant à leur volume et présentent une coloration jaune foncé, tandis que les cellules externes sont plus grandes, pâles et grasses. Dans quelques cas les cellules centrales des lobules sont absorbées, et il ne reste qu'une matière granuleuse offrant une coloration foncée.

Les causes productrices les plus fréquentes de *la Congestion passive* sont les affections valvulaires, la dilatation du cœur, l'emphysème et d'autres maladies pulmonaires mettant obstacle au passage du sang veineux dans le côté droit du cœur (fig. 3). *La Congestion active* résulte généralement de fièvres intermittentes, d'indigestion ou d'ingestion immodérée de boissons alcooliques. Les conduits biliaires s'engorgent lorsqu'un obstacle quelconque, tel qu'un calcul, empêche l'écoulement de la bile dans l'intestin.

284. — L'HÉPATITE AIGUE OU INFLAMMATION AIGUE DU FOIE est surtout commune dans les régions tropicales. Dans nos contrées elle revêt ordinairement la forme d'abcès qui coïncide généralement avec une maladie du côlon ou qui résulte d'une pyémie. Dans le premier cas, l'abcès est habituellement simple et présente un volume considérable. Le pus peut être contenu dans du tissu hépatique inégal, rugueux, ou il peut loger

dans une membrane épaisse et souple. Quand il provient de la pyémie, il se forme un certain nombre de petits abcès dans le trajet des veines portes. Quand un abcès hépatique est seul, il siège d'ordinaire dans le lobe droit. Il peut se former sur la limite extérieure ou fuser dans le péritoine, la poitrine, dans quelque partie du canal intestinal, ou bien encore le pus peut se dessécher et se changer en une matière caséuse blanche et sèche.

285. — LA PÉRIHÉPATIQUE OU ÉPAISSISSEMENT DE LA CAPSULE DU FOIE est le résultat de l'inflammation. Elle est souvent accompagnée d'adhérences à quelques-uns des organes voisins. Cette affection peut coïncider avec une péritonite générale ou provenir d'une irritation du foie par abcès; quelquefois aussi elle est due à une tumeur cancéreuse ou hydatique.

286. — DANS L'ATROPHIE AIGUE, le volume de l'organe est de beaucoup au-dessous de la normale. Sa coloration est jaune vert; son tissu est flasque et uni.

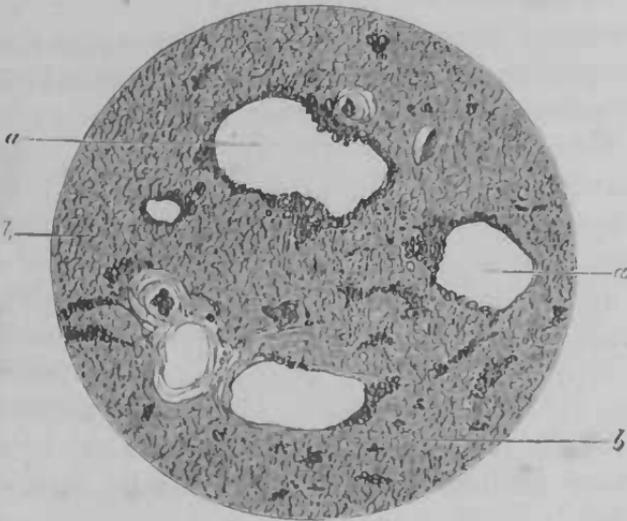
A l'examen microscopique on ne peut distinguer les lobules les uns des autres; les cellules hépatiques ont disparu et sont remplacées par une masse confuse de pigment, de matière granuleuse et de globules huileux (fig. 55).

Dans la première période de la maladie, il semble se faire autour des lobules une exsudation qui comprime les plus petites branches des conduits biliaires.

La rate est en général élargie. On rencontre dans le foie et dans l'urine des cristaux de tyrosine ($C^{16}H^{9}O^5Az$) et de leucine ($C^{12}H^{12}O^4Az$). Quelquefois même on en rencontre dans le sang provenant des veines hépatiques (fig. 60 et 61).

La véritable cause productrice de cette affection est inconnue; mais la plupart des pathologistes la considèrent comme une variété de l'hépatite aiguë.

FIG. 55.



Section du foie dans un cas d'atrophie aiguë (vue sous le microscope). Les divisions entre les lobules ont disparu, et tout le tissu semble être composé de matière granuleuse et grasse. *a* indique les veines interlobulaires, dont les ouvertures, par suite de la mollesse et de l'atrophie de leur texture sont très-larges, d'une forme irrégulière et très-près l'une de l'autre; quelques cellules de graisse peuvent encore être vues en différents points (*b*).

287. — LA CIRRHOSE OU HÉPATITE CHRONIQUE est une forme d'inflammation chronique dans laquelle l'enveloppe fibreuse du foie et le tissu connectif qui accompagnent les vaisseaux dans son intérieur, s'épaississent et produisent, par ce fait même, une atrophie de l'organe sécréteur. — Le foie est dur, coriace; son volume est ordinairement diminué, surtout pour le lobe gauche que l'on rencontre souvent ratatiné au

point de ne paraître qu'un simple appendice membraneux. — La capsule est opaque et intimement adhérente; quand on la déchire, elle montre souvent la substance couverte de protubérances de diverses grosseurs, pareilles à des têtes de clous.

L'examen microscopique montre que la plus grande partie de l'organe est formée de tissu connectif produit par l'inflammation qui siège autour des canaux portes. Par suite du rétrécissement de ce tissu de nouvelle formation, les lobules sont comprimés, les cellules du foie deviennent grasses ou sont absorbées et disparaissent. Les branches de l'artère hépatique sont souvent dilatées et ramifiées dans la texture épaissie de l'organe; tandis que les ramifications de la veine porte sont souvent comprimées et oblitérées. Les protubérances que l'on observe sur la surface sont formées de groupes de lobules isolés et comprimés par la constriction du tissu connectif de nouvelle formation (fig. 56).

Dans la première période de cette affection, le foie est habituellement élargi; il offre aussi ce phénomène quand la cirrhose est combinée avec une dégénérescence grasseuse ou lardacée. — Par suite de la compression exercée dans le foie sur les ramifications de la veine porte, tous les vaisseaux du système porte s'engorgent. De là la production d'une exsudation de sérum dans la cavité péritonéale déterminant de l'hydropisie (ascite). Le volume de la rate est en général accru, et la muqueuse intestinale et stomacale est tellement congestionnée qu'il se produit souvent de grandes hémorrhagies.

288. — LA CYSTITE HYDATIQUE (*maladie parasitaire*)

affecte plus souvent le foie que tout autre organe. Dans ce cas, le foie atteint un volume énorme ; cette augmentation n'est pas uniforme, mais se produit sur-

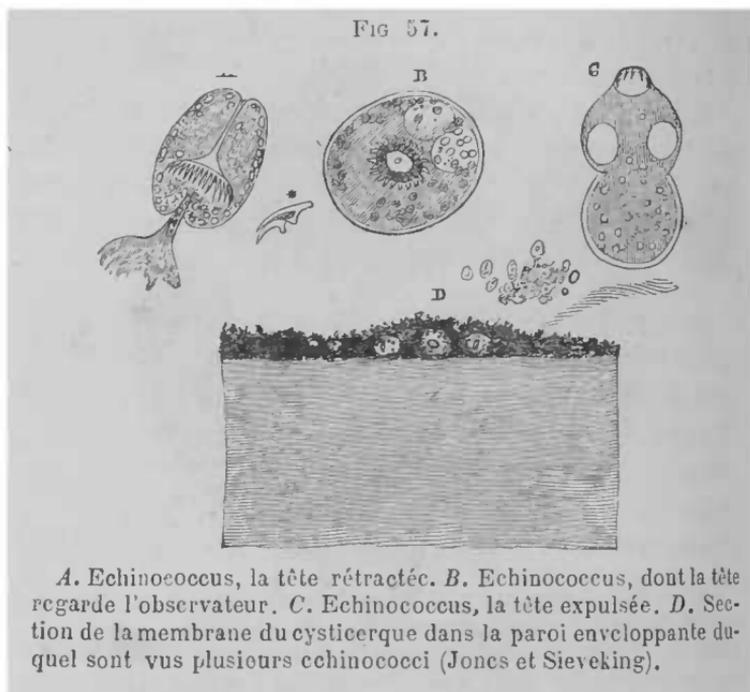
FIG. 56.



Section du foie dans une période précoce de cirrhose. *a.* Lobules du foie, les cellules étant dans un état de dégénérescence graisseuse. *b.* Tissu connectif de nouvelle formation entre les lobules, prenant son origine dans une inflammation des canaux-portes et comprimant les vaisseaux et les régions sécrétantes.

tout d'une manière plus prononcée près de la partie où siège le cyste. La structure de l'organe est saine. La membrane qui unit le cyste est unie et gélatineuse. Elle renferme un liquide clair et ordinairement aussi de petits kystes dont le volume varie beaucoup et qui flottent dans ce liquide. Le kyste est entouré, sans y adhérer, par une enveloppe de tissu aréolaire serré qui est en rapport intime avec le tissu hépatique. De petites excroissances de cette membrane y sont attachées. Ces excroissances présentent, sous le microscope, une

forme ovale, une tête entourée d'une couronne de fins crochets calcaires (fig. 57). Dans quelques cas l'hydatide meurt et se change en une masse condensée que



l'on peut distinguer des restes d'un abcès en observant parmi leur contenu les petits crochets des *Echinococci* (ainsi se nomment ces animalcules). LES KYSTES HYDATIQUES sont produits par l'œuf du *tænia echinococcus* qui, probablement, pénètrent dans les veines par les intestins, et cheminent après jusque dans le foie.

289. — DANS LE FOIE GRAS l'organe est uniformément élargi, ses contours sont arrondis; sa coloration est pâle; sa texture est douce et grasse au toucher. L'examen microscopique y montre les cellules hépati-

ques remplies d'huile et leurs noyaux obscurcis ou disparus. Dans la première période, les cellules qui se rencontrent à la surface des lobules, là où se ramifie la veine porte, sont seules affectées, mais à mesure que la maladie s'aggrave, les altérations morbides gagnent le centre des lobules.

Cette affection coïncide généralement avec la Phthisie ou avec quelque autre maladie consomptive. On suppose que la graisse est absorbée au détriment des tissus qui subissent bientôt la désintégration et qu'elle est déposée dans les cellules du foie.

290. — LE FOIE LARDACÉ, OU DÉGÉNÉRESCENCE AMYLOÏDE OU CIRRHEUSE dépend de la présence dans les parois des plus petits vaisseaux et des cellules sécrétantes d'une substance qui, traitée par l'iode et l'acide sulfurique, prend une coloration bleue. Cette réaction a fait supposer que la matière morbide était de nature amyloïde, mais on sait maintenant qu'elle n'est qu'une modification de la fibrine.

Le volume de l'organe est uniformément accru. Le foie est lourd, ferme, souple et pâle à la surface. Quand on y pratique une coupe, la surface sectionnée est sèche, exempte de sang ; elle présente une apparence diaphane. Une solution d'iode seul donne au tissu une coloration rouge brun.

Vues au microscope les cellules apparaissent très-adhérentes ; le contenu granuleux est remplacé par une substance liquide, le noyau est invisible et les parois des petits vaisseaux sont durcies et épaissies. Les cellules qui occupent le centre du lobule sont les premières affectées parce que les ramifications de l'artère hépatique y sont plus particulièrement distribuées ; ensuite l'altération morbide s'éloigne peu à peu du

centre du lobule. Les parois des petites artères présentent aussi les caractères de la dégénérescence amyloïde.

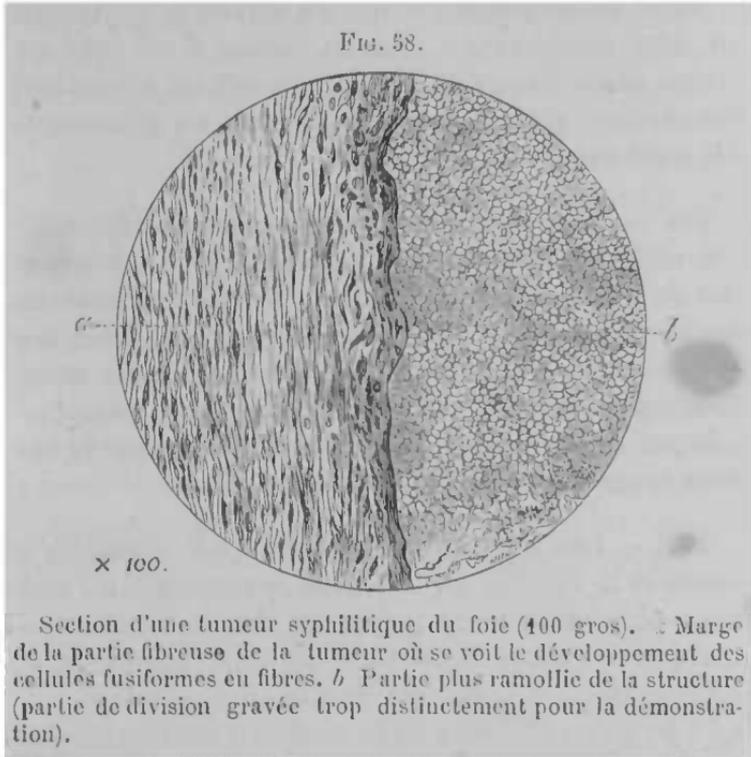
Cette affection coïncide souvent avec une dégénérescence graisseuse et se présente généralement dans des conditions analogues à celles qui caractérisent les maladies de la rate ou des reins, chez les personnes qui ont souffert de la scrofule, des affections osseuses, de la syphilis ou de la phthisie.

291. — LA SYPHILIS affecte souvent le foie et détermine la production de tumeurs bien définies, d'une couleur jaune blanc et d'une consistance ferme. Elles ont leur siège habituel sur la partie externe de l'organe, s'étendant de la capsule à l'intérieur.

L'examen microscopique montre que la partie externe de la tumeur est formée de fibres, tandis que plus profondément on rencontre des cellules, des matières granuleuses et grasses et dans quelques cas des plaques de cholestérine ($C^{52}H^{44}O^2$) (fig. 58). Parmi les organes internes influencés plus particulièrement par la syphilis, il faut noter le foie, le cerveau, les testicules et le rein.

292. — LE CANCER DU FOIE est rare comme affection primitive, mais on l'observe souvent comme résultat de maladies malignes d'autres organes. Dans le *Cancer médullaire* le foie est habituellement très-élargi par suite de l'accroissement que prennent les parties affectées. Dans le *Squirrhe* des nodules légèrement proéminents et durs sont semés çà et là dans l'organe. Le *Cancer colloïde et épithélial*, qui est très-rare, semble être simplement l'extension morbide d'un mal affectant d'autres organes; — le Cancer du foie produit

d'ordinaire des *Ascites* et détermine fréquemment l'apparition de la jaunisse résultant de la compression des conduits biliaires. La Péritonite locale est toujours la



conséquence du voisinage des tumeurs par suite d'adhérence entre le foie et les organes voisins.

293. — LES CONDUITS BILIAIRES et LA VÉSICULE BILIAIRE sont sujets à l'inflammation et aux affections malignes; c'est pourquoi on les trouve épaissis, ulcérés ou atteints d'autres altérations. Si le libre passage de la bile a été empêché, la vésicule se distend et peut atteindre un volume considérable. On trouve souvent, *post mortem*, des calculs biliaires dans la vessie. Cal-

culs qui sont ordinairement composés de cholestérine (de 80 à 90 0/0), de pigment biliaire et de matières terreuses. Leur volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'un œuf de poule. Quand un seul calcul existe dans la vessie, il est rond ou ovale, mais lorsqu'ils sont nombreux ils présentent des surfaces plates et unies par suite du glissement des unes sur les autres.

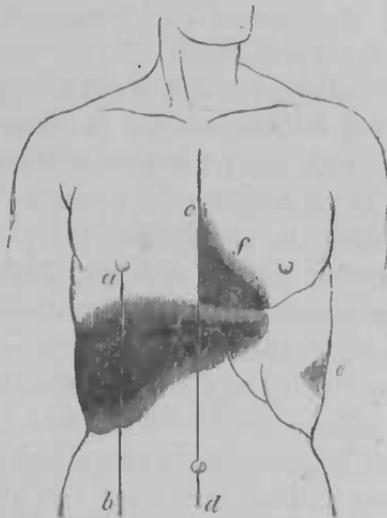
294. — Les symptômes qui doivent faire soupçonner une maladie du foie sont : une *douleur* ou une *sensation de pesanteur* dans l'*épigastre*, à l'*épaule gauche* ou *droite*, des *déjections* d'une *coloration pâle*, de l'*ictère*, des *vomissements*, des *flatulences*, de l'*hydropisie* des membres inférieurs ou de l'abdomen, l'*hémorrhagie* stomacale ou intestinale. On doit toujours examiner le foie dans le cas d'affection cardiaque ou rénale.

295. — Les moyens à employer pour connaître la forme et le volume du foie sont la percussion, l'ausculto-percussion et la palpation. On commence par marquer à l'encre le contour du bord supérieur en commençant où le son est clair et en descendant jusqu'à ce qu'on obtienne de la matité. Avant de rencontrer le son *complètement* mat, on trouve un endroit où il est plus clair que juste au-dessous, cela tient à ce que le bord supérieur du foie est recouvert par une légère couche de poumon.

Les deux bords du foie sont recourbés. La ligne supérieure, en partie mate, s'étend de la dixième ou onzième vertèbre en arrière, au sixième espace intercostal, sur une ligne partant du centre de l'aisselle, et au cinquième espace intercostal sur une ligne partant du mamelon droit; à partir de cet endroit la matité

s'étend jusqu'au sommet du cœur. Le bord inférieur correspond, sous le mamelon droit, à la marge inférieure des côtes; vers l'épigastre il s'étend généralement à deux ou trois pouces au-dessous de la jonction du sternum avec le cartilage costal le plus inférieur, (fig. 59). Pour délimiter le bord supérieur, il faut per-

FIG. 59.



Aire de la matité hépatique, vue antérieurement. *a b* ligne mammaire droite. *c d* ligne médiane, *e* matité splénique. *f*, matité cardiaque (Murchison).

cuter fortement; pour le bord inférieur on applique intimement le doigt ou le plessimètre (1) et on frappe légèrement. On doit comprendre que l'ausculto-percussion est d'un grand secours dans cet examen. Chaque fois que cet organe est malade, il faut s'assurer des dimensions de la rate.

(1) Voir à l'appendice l'article qui traite des instruments usités dans le diagnostic.

296. — C'est découvrir une source importante de renseignements que de pouvoir constater que le volume du foie est accru. On place le malade sur le côté gauche, les deux genoux repliés, le dos supporté par un coussin. On glisse le bout des doigts ou la paume de la main, de bas en haut, au-dessous du bord inférieur du foie et on ordonne au malade de faire une pleine respiration. De cette façon on peut examiner les surfaces internes et externes de l'organe et saisir toute irrégularité qui s'y trouverait.

297. — La maladie de foie s'accompagne souvent d'ICTÈRE qui est déterminé par la présence de pigment biliaire dans le sang. La couleur jaune est visible sur la peau, sur la conjonctive et dans l'urine. Dans quelques maladies, la peau peut revêtir une couleur qui simule l'ictère, mais le symptôme caractéristique est la couleur jaune qui teint la conjonctive, ce qui n'existe que dans l'ictère. Comme il peut arriver que les urines soient colorées par d'autres substances, on doit rechercher si elles contiennent de la bile ou non, à l'aide de l'acide nitrique. Pour procéder à cette analyse on verse un peu du liquide suspect sur une assiette et on y laisse tomber goutte à goutte une petite quantité d'acide nitrique. Si le pigment de la bile est présent, il se forme autour de chaque point où est tombée une goutte d'acide nitrique un liséré brun, vert, violet, rouge et jaune.

298. — L'ICTÈRE peut provenir : soit de l'absorption de la bile, soit de la rétention et de la décomposition dans le sang de certaines substances qui, à l'état de santé, sont sécrétées par cet organe. L'absorption de la bile a lieu chaque fois que les canaux biliaires sont affectés d'un rétrécissement considérable ou bien chaque fois qu'ils sont complètement obstrués par un cal-

cul, par la pression qu'exerce une tumeur, par un tampon de mucus, par un gonflement inflammatoire de la membrane muqueuse ou encore quand l'un des larges conduits intérieurs du foie est comprimé, soit par suite d'une congestion vasculaire, soit par une autre cause.

La seconde forme qu'affecte l'*Ictère* se présente dans la *Pyémie*, dans l'*Atrophie aiguë* ainsi que dans d'autres maladies fébriles. Les selles sont blanches dans la première forme, par la raison que la bile n'arrive plus dans l'intestin tandis que dans la seconde leur couleur n'est pas altérée. Quand on a affaire à une jaunisse, on doit toujours examiner quel est l'état du cœur, des reins et du côté droit de la poitrine.

299. — Il faut tout d'abord s'informer si la maladie s'est déclarée soudainement (§ 300) ou graduellement (§ 313).

SECTION I.

Maladies à début soudain.

300. — Cette section comprend la *Congestion aiguë*, l'*Abcès du foie*, l'*Ictère* provenant de l'obstruction du conduit biliaire commun et l'*Atrophie aiguë du foie*. Dans les trois premiers cas l'aire de la matité hépatique est augmentée tandis que dans le dernier elle est diminuée.

301. — a. — DANS LA CONGESTION AIGUE DU FOIE ON constate un accroissement dans le volume de cet organe, qui est un peu mou et flexible à la palpation. Il y a douleur ou sentiment de pesanteur dans le côté droit. On observe une légère teinte ictérique, de la céphalalgie, des nausées ou des vomissements; la langue

est sale ; il y a anorexie, constipation, peu ou point de fièvre.

302. — Cette affection est souvent le résultat d'une maladie de cœur ; mais elle peut être aussi occasionnée par des coups reçus sur le côté, par la fièvre intermittente, par l'abus des stimulants alcooliques. Elle précède ou accompagne fréquemment la cirrhose ou d'autres désordres hépatiques. Dans des cas de ce genre il faut examiner le poumon droit, parce que des symptômes analogues accompagnés de jaunisse se présentent quelquefois dans la Pleuro-pneumonie.

303. — *b.* — On a probablement affaire à un **ABCÈS DU FOIE** quand, en plus des signes propres à la congestion aiguë, on détermine de la douleur par la palpation de l'organe ainsi que de la sensibilité, quand il y a des vomissements subits, des frissons, des sueurs abondantes pendant le sommeil, polydipsie, amaigrissement, émaciation, fréquence du pouls et quelquefois délire.

304. — *L'Abcès du foie* est simplement le résultat d'une inflammation aiguë ou la conséquence d'une pyémie quand il y a de nombreux dépôts de pus. Le premier cas se rencontre fort rarement en Angleterre excepté chez les sujets qui ont longtemps vécu dans les pays tropicaux et qui y ont souffert de la dysenterie. Quand il n'existe qu'un seul abcès on peut constater du gonflement, de la sensibilité, une fluctuation peu sensible au-dessus d'une portion quelconque du foie. Mais il peut arriver qu'on ne rencontre aucun signe ou que les symptômes soient si obscurs qu'il soit impossible de seulement conjecturer quelle est la nature de l'affection. La forme pyémique est ordinairement occasionnée par des contusions externes ou par

des opérations chirurgicales, ainsi que, quelquefois, par un abcès ou des ulcérations internes. L'abcès peut encore être dû à un ulcère de l'estomac, des intestins ou du pancréas.

305. — *c.* — DANS L'ICTÈRE PROVENANT DE L'OBSTRUCTION DU CONDUIT CHOLÉDOQUE, la peau et la conjonctive sont jaunes. L'urine est jaune aussi et dépose souvent un sédiment épais. Les selles sont pâles; la chaleur de la peau n'est pas augmentée; le pouls est normal. Le malade ne souffre pas de céphalalgie. La matité est augmentée au-dessus du point où est située la vésicule biliaire.

306. — LA JAUNISSE est accompagnée d'amaigrissement, de flatulence, d'inappétence et d'autres signes propres à l'indigestion. Souvent il y a assoupissement. La démangeaison cutanée est un symptôme des plus communs. Cette forme d'Ictère peut être occasionnée soit par l'occlusion du canal cholédoque par un calcul, soit par l'inflammation du canal lui-même ou par des tumeurs qui le compriment.

Par conséquent la jaunisse peut être temporaire ou permanente, et elle peut venir aggraver une autre affection hépatique. Le volume du foie est souvent augmenté par suite de la congestion des conduits biliaires; mais sa surface est toujours unie.

307. — Lorsque l'*Ictère* est déterminé par un calcul biliaire, il s'annonce par de très-violentes douleurs qui augmentent par paroxysmes et que le patient rapporte à la vésicule biliaire ou à l'omoplate-droit. Durant les paroxysmes la face est pâle et couverte de sueur, le pouls est lent; la pression n'augmente pas la douleur; souvent il y a des vomissements de liquide acide. En général, la douleur cesse brusquement pour

ne reparaitre qu'un ou deux jours après. Dans de tels cas il faut bien mélanger les selles avec de l'eau, les filtrer à travers une mousseline afin que si quelque calcul a été émis il soit possible de le découvrir. Les calculs biliaires sont des plus communs chez les personnes d'un âge moyen ou d'un âge avancé et sont plus fréquents chez la femme que chez l'homme.

308. — Si l'occlusion du conduit cholédoque est produite par une inflammation de la muqueuse qui tapisse l'estomac et le duodénum, l'ictère est précédé de sensibilité épigastrique, de vomissements biliaires ou de diarrhée; la langue est blanche; il y a anorexie. Quand un sujet jeune est atteint par des attaques répétées d'ictère, sans qu'il soit affecté d'aucune maladie du foie, on peut être sûr que la jaunisse provient de l'inflammation des conduits; quand au contraire le sujet est arrivé à la période moyenne de l'existence ou quand il est âgé, on peut regarder comme cause une irritation produite par des calculs biliaires.

309. — Dans quelques cas la vésicule biliaire, par suite de distension prolongée, provoque la formation d'une tumeur en poire, s'étendant vers le bas. On peut la prendre pour une tumeur hydatique, mais cependant sa situation, l'ictère, l'historique, qui rend probable la présence de calculs biliaires, le cancer ou autres maladies du foie, sont autant de causes qui aident à la diagnostiquer.

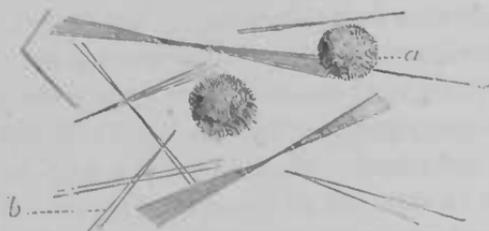
310. — *d.* — DANS L'ATROPHIE AIGUE DU FOIE le malade est atteint de jaunisse, l'aire de la matité hépatique est diminuée; il y a douleur épigastrique, vomissements souvent sanguins, inquiétude, délire ou coma. Le pouls est rapide; la température de la peau est élevée. La Polydipsie est accentuée; la langue

présente une coloration brune. Le sujet a des épistaxis, des hémorrhagies stomacales, intestinales ou utérines, il peut enfin se produire des extravasations sous-cutanées. L'urine contient le plus souvent de la leucine et de la tyrosine.

311. — Cette maladie débute généralement par de la céphalalgie, des nausées, des vomissements. La langue est sale et le pouls rapide. La terminaison en est ordinairement fatale. L'*Atrophie aiguë du foie* survient fréquemment dans le cours de la grossesse. Sa durée se borne habituellement à un septénaire.

312. — On constate la présence de la *Leucine* et de la *Tyrosine* en faisant évaporer l'urine. Ces deux substances se déposent en cristaux perceptibles au microscope. La **TYROSINE** se cristallise en aiguilles réunies en faisceaux ou en étoiles, tandis que la *Leucine* forme des masses cristallines laminées (fig. 60 et 61).

FIG. 60.



Cristaux de tyrosine obtenus par l'évaporation de l'urine.
(Frerichs).

FIG. 61.



Cristaux de leucine (Beale).

SECTION II

Maladies dont la marche est graduelle.

313. — Quand on soupçonne qu'un malade est atteint d'une affection de ce genre, on s'assure, par la percussion, si l'aire de la matité est augmentée ou diminuée. Dans le cas où elle est augmentée, on se reporte au § 314, tandis que, dans le cas contraire, ou quand on constate de l'hydropisie, il faut consulter le § 328. — Il faut toujours examiner et délimiter le volume de la rate.

A. — Cas où le volume du foie est augmenté.

314. — S'il y a douleur et sensibilité à la pression, voir le § 322. — S'il n'y a aucun de ces deux signes physiques, passer au § 316.

315. — Il faut être prévenu contre certaines erreurs qui peuvent être commises dans l'examen du volume du foie. Quelquefois le bord inférieur est mal délimité par suite d'une accumulation des fèces dans le côlon. L'ausculto-percussion empêche habituellement de se tromper à cet égard; mais, quand il y a doute, on vide le côlon, à l'aide d'un purgatif ou d'un laxatif. Il peut aussi arriver que l'organe hépatique soit refoulé en bas par le fait d'une pleurésie, d'un emphysème, d'une dilatation du cœur ou d'une distension du péricarde (fig. 5); ou enfin par l'usage de ceintures ou de corsets trop serrés. Pour établir le diagnostic d'une pleurésie avec épanchement dans le cas d'élargissement du foie, il faut se souvenir que, dans la pleurésie, le bord supérieur de la matité est plan, nullement arqué, et que le foie n'est pas déprimé lors d'une inspi-

ration forcée. Si le phénomène est dû à l'emploi d'un corset ou d'une ceinture trop serrée, on trouve ordinairement des traces extérieures de cette pratique.

a. — Quand on est en présence d'un accroissement dans le volume du foie, sans cependant qu'il y ait douleur ni sensibilité à la pression, on peut avoir affaire à un *foie gras*, à un *foie lardacé* ou à une *tumeur hépatique*. Dans les deux premiers genres d'affection, l'augmentation de volume est uniforme, tandis qu'elle est irrégulière dans le dernier.

316. — *a. a.* — DANS L'AFFECTION DU FOIE GRAS il n'y a de douleur ni dans l'épigastre ni dans l'hypochondre droit. L'organe est *uniformément* élargi, paraît souple et plutôt ramolli, mais il est insensible à la pression. On ne rencontre ni hydropisie, ni ictère; ni albumine dans les urines. Le malade est habituellement faible et sujet à des diarrhées.

317. — Cette maladie atteint plus particulièrement les phthisiques, les personnes qui s'alcoolisent, qui ont été ou sont affectées de syphilis grave ou d'autres maladies débilitantes. On peut dire que son principal caractère est l'absence même de tout symptôme permettant de soupçonner un désordre hépatique.

318. — *b. b.* — DANS LA DÉGÉNÉRESCENCE LARDACÉE DU FOIE il existe un sentiment de plénitude dans l'hypochondre droit; l'organe est *uniformément* élargi; la palpation le fait sentir dur et uni, mais insensible à la pression. La rate est volumineuse, l'ictère est rare, mais, au contraire, l'hydropisie abdominale existe souvent. Les urines sont abondantes et albumineuses le plus généralement. Le malade est pâle, anémié, sujet à des nausées, à des vomissements, à de la diarrhée.

319. — Cette affection attaque généralement les personnes qui ont été gravement atteintes par le virus syphilitique, par la scrofule, par des affections des os, par la Phthisie, ou qui ont été affectées de longues suppurations provenant d'autres causes. L'état où se rencontrent la rate et l'urine est un point important pour l'établissement du diagnostic, et il faut se souvenir que le foie lardacé affecte un volume plus considérable que le foie gras. Chez quelques sujets syphilitiques, la surface hépatique n'est pas tout à fait uniforme, sillonnée qu'elle se présente par plusieurs cicatrices profondes.

320. — *c. c.* — Dans la TUMEUR HYDATIQUE DU FOIE il n'y a point de sensibilité à la pression, mais l'organe est augmenté *non uniformément*. Il présente, en quelque endroit de sa surface, un gonflement ou une tumeur unie, élastique qui, quelquefois, donne à la percussion une vibration particulière ressentie par les doigts de l'observateur. On ne constate ni accroissement de l'organe splénique, ni ictère, ni hydropisie, et la santé générale du malade n'est pas affectée.

321. — Si l'accroissement de la tumeur n'est pas combattu par un traitement, la mort peut survenir, soit parce que, à travers le diaphragme, elle pénètre dans la cavité péritonéale; soit parce que son contenu peut s'évacuer ou par les conduits biliaires, ou par quelque portion du canal intestinal. On peut prendre cette tumeur pour un abcès du foie, pour un élargissement de la vésicule biliaire ou pour une tumeur cancéreuse. L'historique et l'absence de symptômes constitutionnels la distinguent de l'abcès. L'ictère, le siège de la tumeur et peut-être l'existence antérieure de coliques, servent à la différencier de l'élargissement

de la vésicule biliaire. La tumeur maligne sera reconnue par l'irrégularité de sa surface, par la présence de la douleur et la sensibilité à la pression, par l'amai-grissement rapide et la perte des forces; souvent aussi on tiendra compte de l'existence d'un cancer dans d'autres organes.

B. Cas dans lesquels on trouve un élargissement chronique du foie, suivi de douleurs dans l'hypochondre droit ou dans l'épigastre et de sensibilité à la pression.

322. — Dans cette catégorie rentrent les *Congestions chroniques*, l'*Abcès*, le *Cancer*, la *Cirrhose*, suivis de *Dégénérescence graisseuse* ou *amyloïde* (287). On peut, dans tous ces cas, rencontrer l'*Ictère*, et, à l'exception de la congestion chronique, le bord de l'organe est sujet à une grande *irrégularité* de contours. L'*hydropisie* accompagne habituellement la cirrhose et assez souvent le cancer du foie.

323. — La *Congestion chronique* est caractérisée par les mêmes symptômes que la congestion aiguë (301), mais ils sont en général moins graves. Elle peut provenir: soit d'une affection cardiaque, soit de fièvres intermittentes, soit de l'abus des liqueurs fortes. Bien que l'hépatite aiguë (303) débute d'une manière soudaine, un abcès, produit par elle, peut durer un certain temps. Dans un cas de ce genre, on trouve un élargissement du foie avec irrégularité dans la forme de l'organe; on constate de la douleur et de la sensibilité à la pression. Mais, outre que le diagnostic peut s'éclairer par l'historique de la maladie, il peut s'aider de la présence de la fièvre, des frissons, des sueurs et de l'émaciation.

324. — *a. a.* — Dans le **CANCER DU FOIE** il existe une forte douleur dans l'hypochondre droit et dans l'épigastre, et de la sensibilité à la pression. Le volume de l'organe est augmenté ; sa forme est irrégulière, et ses bords ou ses surfaces sont inégaux. La rate est rarement élargie, mais on rencontre souvent l'ictère et l'hydropisie des jambes et de l'abdomen. Le malade est livide, faible, et émacié.

325. — Dans les trois quarts de ces cas, il existe en même temps une tumeur cancéreuse ayant son siège dans quelque autre organe. Le plus habituellement c'est sur les seins, sur l'utérus, dans l'estomac ou dans les glandes du cou qu'elles s'observent. Le Cancer se déclare rarement avant l'âge de 40 ans, et se termine généralement d'une façon fatale, dans les douze mois. Quand il y a un ictère, il provient de la pression que des glandes élargies exercent sur le canal cholédoque.

326. — Le **CANCER DU FOIE** peut être confondu avec une *Affection amyloïde*, avec une *Hydatide*, ou avec une *Cirrhose hépatique*. Dans la dégénérescence amyloïde, la maladie progresse lentement. Il n'y a ni douleur ni sensibilité. La rate et les reins sont en général affectés aussi ; et l'historique fait souvent connaître des antécédents morbides, tels que carie des os, syphilis constitutionnelle ou longues suppurations. Lorsque le cancer revêt le caractère médullaire, on peut le confondre avec une tumeur hydatique ; mais sa surface unie, l'absence de douleur et les symptômes constitutionnels permettent d'établir le diagnostic du cancer du foie. La période d'accroissement de la cirrhose se reconnaît au peu d'intensité de la douleur, à la lenteur du progrès morbide, à l'absence d'autres tumeurs

malignes et aux antécédents d'alcoolisme. Quand l'ictère résulte d'une affection maligne, la peau prend une coloration jaune très-foncé, tirant vers le gris brun.

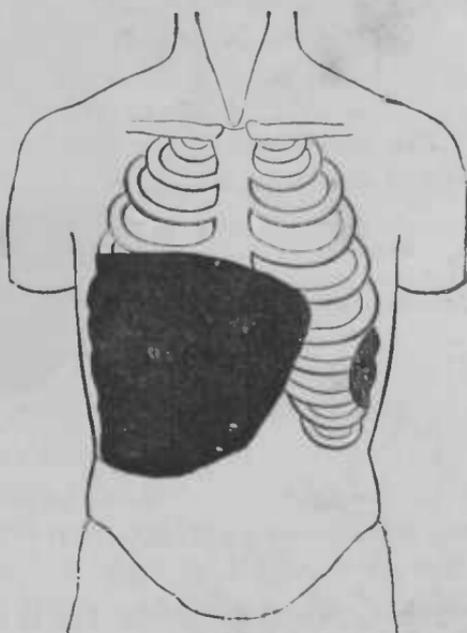
FIG. 62.

Non douloureux.

Foie gras.
Foie lardacé.

Douloureux.

Congestion.
Cirrhose dans la période
précoce.

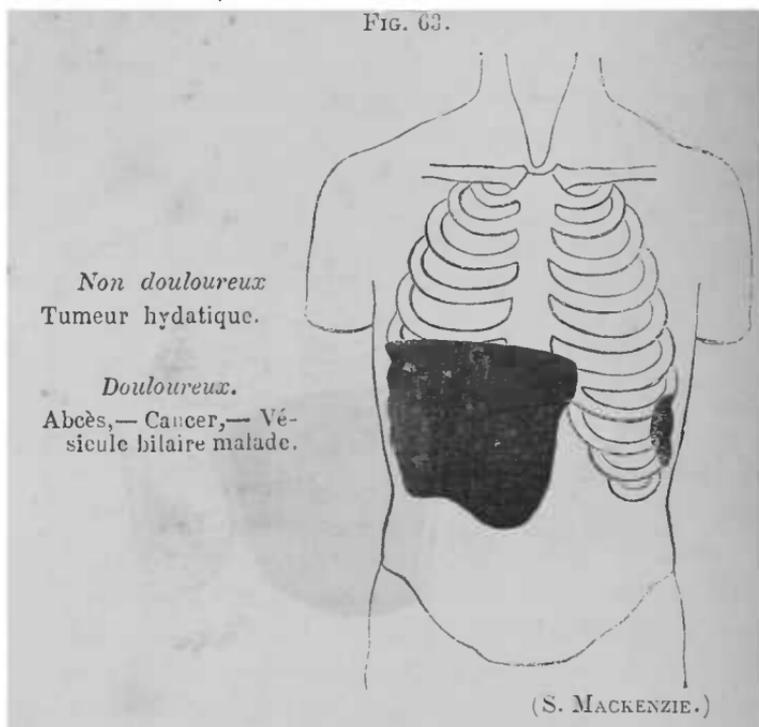


(S. MACKENZIE).

B. — Cas dans lesquels le foie a augmenté de volume.

327.—On peut classer les accroissements de volume du foie en deux groupes principaux : 1° *Le groupe dans lequel l'organe est affecté d'un accroissement uniforme*; 2° *le groupe dans lequel l'organe est irrégulièrement augmenté de volume*. La figure 62 représente un foie atteint d'une affection du premier groupe, et la figure 63 un

organe hépatique affecté d'une maladie du second groupe.



Non douloureux
Tumeur hydatique.

Douloureux.
Abscess, — Cancer, — Vésicule biliaire malade.

328. — Avant de décider que le foie est diminué de volume, il faut se rappeler la possibilité de commettre des erreurs par suite des conditions anormales suivantes : 1° l'estomac et le côlon peuvent être tellement distendus qu'on ne puisse déterminer la juste position qu'occupe le bord inférieur du foie; 2° une portion de l'intestin peut passer par-dessus et le couvrir. Quand le bord inférieur est très-mince et qu'on le percute fortement, la résonance que produit une portion d'intestin placée au-dessus de l'organe hépatique peut induire une erreur. De plus, dans quelques cas,

la partie antérieure du foie est rétractée par le fait de cicatrices, tandis que la portion postérieure est élargie. C'est pourquoi, dans tous les cas douteux, on fait coucher le malade à plat ventre, et on délimite l'organe en arrière, aussi bien que latéralement et qu'en avant.

329. — *a.* — Dans la CIRRHOSE l'aire de la matité hépatique est diminuée, particulièrement au-dessus du petit lobe. Quand on peut sentir le bord inférieur, on constate qu'il est rude et irrégulier. Il existe ordinairement de l'ascite, et les veines superficielles sont dilatées. Le malade est dyspepsique, livide, très-émacié. Il est quelquefois affecté d'hémorrhagies stomacales ou intestinales.

330. — Dès les premières phases de la maladie, le diamètre du foie est souvent augmenté, et sa surface, unie, peut être sentie au-dessous des côtes. Il y a douleur dans l'hypochondre droit, émaciation, fièvre, anorexie, flatulence. Le sujet accuse un sentiment de douleur après l'ingestion des aliments. Les fonctions des intestins se font irrégulièrement; l'urine est chargée d'urates. Cette maladie attaque presque spécialement les buveurs de spiritueux. On peut confondre l'ascite provenant de la cirrhose avec celle qui dépend d'une péritonite tuberculeuse ou cancéreuse. Dans le cas de cirrhose, on constate généralement un fort penchant pour les boissons alcooliques; les urines sont chargées d'urates, et la matité est augmentée dans la région splénique. Ces phénomènes manquent dans le second cas. Dans la Péritonite cancéreuse il y a aussi sensibilité à la pression, perte rapide des forces et de l'embonpoint, développement précoce d'ascite. Enfin, on rencontre souvent des tumeurs dans l'abdomen.

331. — Il y a une forme d'atrophie hépatique qui,

quelquefois, résulte de la congestion chronique produite par une lésion cardiaque. Il existe aussi une autre variété qui est due à la péritonite chronique. Dans les deux cas les symptômes sont analogues à ceux qui caractérisent la cirrhose. Cependant ils en diffèrent en ce sens qu'ils ne sont pas le résultat d'habitudes spiritueuses.

CHAPITRE VII.

MALADIES DE L'ESTOMAC.

332. — Les principales affections qui atteignent l'estomac sont : *la Congestion, la Gastrite aiguë, subaiguë et chronique, l'Ulcération, la Dilatation, le Cancer, les Altérations graisseuses et lardacées.*

333. — Si l'acte de la digestion suit son cours au moment de la mort, la membrane muqueuse se rencontre en grande partie ou même entièrement dissoute par le suc gastrique ; aussi doit-on se tenir en garde et ne point confondre les altérations ainsi produites avec les altérations morbides qui résultent de la maladie. Lorsqu'il se fait une dissolution *post-mortem*, la muqueuse se trouve moelleuse, très-mince, plus transparente qu'à l'ordinaire, ramollie ou entièrement dissoute, en sorte que la paroi musculaire sous-jacente est mise à nu. Les veines sont remplies d'un sang noir, et leur contenu peut être facilement pressé au dehors. En général, la région splénique est le plus communément affectée, et souvent une ligne irrégulière, bien marquée, indique la hauteur à laquelle les produits de la digestion ont atteint. Quelquefois les sommets des irrégularités sont seuls ramollis ; mais, dans d'autres cas, toutes les parois sont dissoutes, et on trouve les contenus de l'estomac extravasés dans la cavité péritonéale ou même dans la plèvre gauche.

L'extrême degré de ramollissement se constate chez les enfants ou chez les personnes mortes à la suite d'une maladie cérébrale, ou enfin chez les sujets qui ont succombé pendant la digestion. On doit se souvenir que la muqueuse stomacale est presque entièrement composée de glandes à forme tubulaire; or, suivant le peu d'adhérence que présentent ces glandes entre elles, on peut facilement constater la première altération qu'offre cette maladie. On a donc ainsi une occasion favorable d'étudier les altérations morbides telles qu'elles affectent généralement les tissus glandulaires.

334. — CONGESTION DE L'ESTOMAC. — Dans cette affection, la membrane muqueuse est tapissée par une couche très-adhérente de mucus. Elle est épaissie, offre une coloration rouge foncé, presque pourpre. Les rugosités qu'elle porte sont très-saillantes, et les vaisseaux sont dilatés et gorgés de sang. De petits points d'un rouge foncé se remarquent principalement dans la région pylorique.

L'examen microscopique montre les vaisseaux congestionnés, les parois des veines souvent épaissies. Le contenu des tubes n'est composé que de cellules de suc gastrique.

La *Congestion* a pour effet de diminuer la sécrétion du suc gastrique et de rendre la digestion difficile. Elle provient ordinairement d'un obstacle quelconque empêchant le cours du sang dans les veines de l'estomac, obstacle qui résulte le plus souvent d'une affection cardiaque, hépatique, ou pulmonaire.

335. — LA GASTRITE SUBAIGUE OU INFLAMMATION SUBAIGUE DE LA MUQUEUSE STOMACALE est beaucoup

plus commune que la gastrite aiguë, qui se rencontre rarement, excepté comme conséquence de l'action des poisons irritants. Dans cette maladie, l'estomac est petit et contracté; les altérations morbides sont analogues à celles que l'on observe dans la congestion, mais il y a parfois production d'ulcérations superficielles.

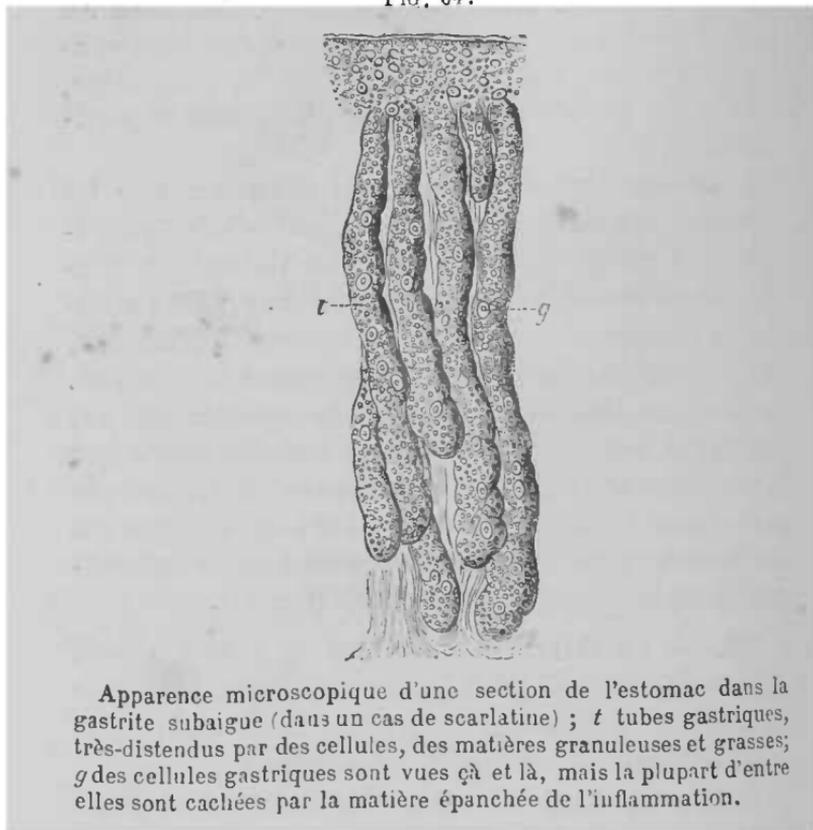
A l'examen microscopique, on remarque que les vaisseaux sanguins sont injectés, que les tubes gastriques sont gorgés de cellules pleines de matière granuleuse ou grasse, et quelquefois de sang. Cette affection s'attaque souvent aux personnes anémiques, atteintes de maladies rénales, cardiaques ou utérines. La présence des altérations qui la caractérisent est pour ainsi dire constante chez les malades morts par le fait d'une scarlatine, d'une rougeole, ou de quelque autre fièvre éruptive (fig. 64). — On peut voir que ces altérations morbides sont analogues à celles qui siègent dans le rein, dans la néphrite (fig. 41).

336. — LA GASTRITE CHRONIQUE se présente sous différentes formes. Dans les cas très-graves, l'organe est diminué de volume; il offre une forme globulaire; il est très-épaissi, et quand on y opère une coupe, il ne s'affaisse pas sur lui-même. Généralement ce genre d'épaississement est limité à la région pylorique. Lorsque la muqueuse est seule affectée d'une inflammation chronique, elle présente une coloration gris-ardoise ou gris foncé, une surface inégale, comme variqueuse (*mamillaire*), épaissie et dure.

L'examen microscopique montre que les tubes gastriques sont primitivement unis d'une manière intime les uns aux autres, que les vaisseaux sanguins sont dilatés, souvent épaissis. A une période ultérieure, ces

tubes sont remplacés par des tissus fibrineux, ou bien

FIG. 64.



Apparence microscopique d'une section de l'estomac dans la gastrite subaigüe (dans un cas de scarlatine) ; *t* tubes gastriques, très-distendus par des cellules, des matières granuleuses et grasses; *g* des cellules gastriques sont vues çà et là, mais la plupart d'entre elles sont cachées par la matière épanchée de l'inflammation.

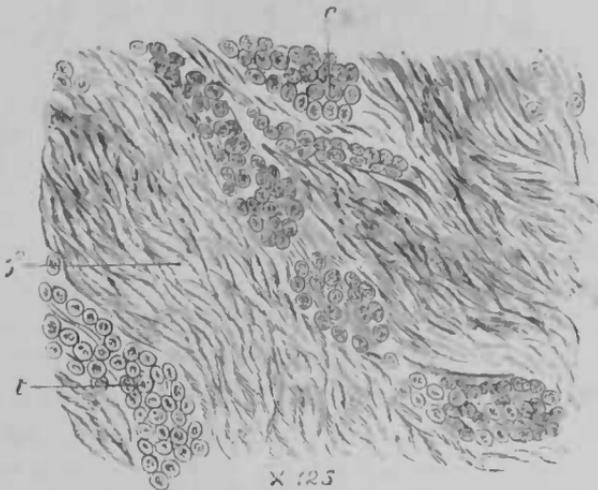
sont simplement représentés par des lignes irrégulières formées de cellules (fig. 65).

Les glandes isolées sont, en général, dilatées et pleines de nucléus et de cellules, et paraissent être souvent cause, par la pression qu'elles exercent, de l'atrophie des tubes gastriques.

LA GASTRITE CHRONIQUE est la conséquence habituelle d'une congestion de longue durée. Elle accompagne

fréquemment les affections cardiaques et hépatiques.

FIG. 65.



Apparences microscopiques d'une section de l'estomac dans la gastrite chronique ; *t* tubes gastriques tirés de leur position normale et dont la forme est altérée, *f* tissu fibreux entre et au-dessous des tubes, *c* cellules des tubes gastriques.

L'alcoolisme en est aussi une cause très-commune. Pendant le développement du tissu connectif qui se forme entre les glandes et les tubes sécréteurs, atrophiés par suite de la contraction qu'exercent des tissus de nouvelle formation, il se produit un *processus* morbide analogue à celui qui s'opère dans le rein, dans la néphrite intertubulaire (fig. 42) et dans la cirrhose (fig. 56).

337. — L'ULCÉRATION DE L'ESTOMAC s'offre sous plusieurs aspects : 1° *Sous forme d'érosions superficielles* résultant des taches ou points ronds qui accompagnent si souvent la congestion et la gastrite subaiguë. 2° *Sous forme d'ulcère perforant*, qui se compose de un

ou de plusieurs ulcères perforants qui pénètrent dans les parois de l'estomac. Leurs bords sont tranchants. Le diamètre de la plaie diminue au fur et à mesure que l'ulcère perfore la membrane, si bien qu'une fois le péritoine traversé, c'est à peine si la perforation offre une ouverture grande comme le trou que ferait une épingle. Ce genre d'ulcère se rencontre surtout chez les personnes jeunes. Il peut déterminer une péritonite fatale par suite des perforations qu'il occasionne. 3° *Sous forme d'ulcère gastrique chronique.* Dans ce genre d'affection, les bords de l'ulcère sont généralement élevés, et les tissus environnants sont durs et serrés. La surface est formée par la membrane elle-même non encore perforée ou par tout autre organe, tel que le pancréas ou le foie, desquels s'étendent des adhérences. Le volume d'un ulcère de cette espèce varie beaucoup. Son siège est le plus ordinairement dans la petite courbure près du pylore. 4° *Les ulcères gangréneux* se rencontrent exceptionnellement chez les personnes très-affaiblies par la syphilis ou par une maladie rénale, et qui, de leur vivant, n'ont présenté aucun des symptômes particuliers aux affections gastriques. Les ulcères de l'estomac peuvent se cicatriser. Si leur diamètre est grand, les cicatrices peuvent se contracter et donner à l'organe une forme irrégulière d'où résulte souvent la dilatation. La mort peut survenir par suite d'épuisement, d'hémorragie causée par la perforation d'un vaisseau sanguin volumineux ulcéré, ou par suite de péritonite due à une perforation du péritoine.

338. — LA DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE DE L'ESTOMAC est une maladie assez commune. Dans cette affection, la muqueuse est pâle, molle, se déchire facilement.

L'examen microscopique y montre les tubes gastriques remplis de cellules dilatées, graisseuses et granuleuses. La membrane principale est mince et très-transparente. A une période plus avancée de la maladie, elle semble formée entièrement par du tissu graisseux. Un tel état accompagne souvent le cancer, la phthisie et d'autres affections consomptives.

339. — LA MALADIE LARDACÉE DE L'ESTOMAC est ordinairement associée à un état analogue du foie, de la rate et des reins. On la distingue grâce à la teinte rouge brun que prennent les tissus soumis à l'action d'une faible solution d'iode. En général, les plus petites artères sont épaissies et sont les parties les plus particulièrement affectées.

340. — DANS LA DILATATION DE L'ESTOMAC, l'organe présente un volume beaucoup plus considérable qu'à l'état normal; quelquefois même, il est tel que la cavité abdominale en est complètement remplie. Ses parois sont minces, et l'examen microscopique y montre que les tubes gastriques, séparés les uns des autres, sont dans un état de dégénérescence graisseuse. *La Dilatation* est généralement produite par un rétrécissement du pylore ou du duodénum empêchant l'évacuation spontanée des contenus de l'organe. Cette altération peut être déterminée soit par l'épaississement fibreux ou musculaire de la partie, soit par la cicatrisation d'un ulcère, soit par la dilatation des glandes ou d'autres tumeurs venant comprimer l'orifice de l'estomac.

341. — L'estomac est le siège le plus fréquent du cancer, et comme la structure de cet organe est favorable à l'étude du mode de développement des tumeurs,

il est bon de décrire ici les altérations morbides de ce genre de maladie. — Vus au microscope, tous les cancers se ressemblent, en ce qu'ils présentent des cellules de forme et de diamètre variés, avec de larges noyaux distincts et souvent des nucléoles. Les cellules appartiennent au type épithélial et sont groupées ensemble *sans l'intervention d'aucune matière qui les unisse entre elles* (1). C'est l'absence des fibres ou de toute autre substance entre les cellules qui sert à distinguer le cancer de beaucoup d'autres espèces de tumeurs. Les cellules cancéreuses sont contenues dans des espaces creux formés de tissu connectif, qui communiquent librement entre eux. Des vaisseaux sanguins existent dans le tissu connectif, mais ne pénètrent pas dans les cellules. Tous les cancers ont le caractère de malignité, c'est-à-dire qu'ils attaquent les tissus avoisinants, récidivent habituellement après l'extirpation, et ont une certaine tendance à affecter les glandes lymphatiques et à donner naissance à des tumeurs situées dans d'autres organes.

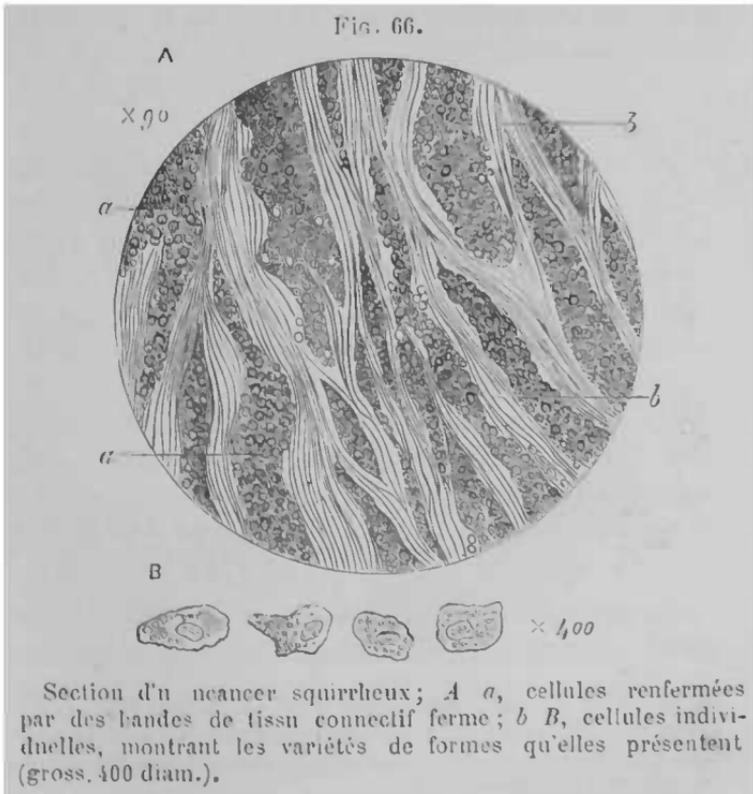
D'autres tumeurs, présentant une structure différente, peuvent revêtir les caractères de malignité ci-dessus décrits, en sorte que l'extirpation d'une partie malade n'est pas une preuve qu'on ait eu affaire à un cancer.

Les affections cancéreuses se rangent en trois groupes principaux :

1° LE GENRE SQUIRRHÉ, qui offre une tumeur dure, ferme, qui, lorsqu'on y pratique une coupe, présente une surface fibreuse, brillante. — Vues au microscope,

(1) Voir J.-H. Bennett : *On Cancroid and Cancerous Growths*. Edimbourg (N. d. T.)

les cellules affectent des formes et des diamètres divers, et sont renfermées dans des cavités pratiquées dans du tissu connectif épais. Dans la première période, elles sont abondantes, mais, plus tard, elles subissent la dégénérescence grasseuse, de telle sorte que, dans la suite, ces cellules paraissent former des bandelettes dures et épaisses de tissu fibreux. Ce cancer siège presque spécialement sur les seins, dans l'estomac et le foie (fig. 66).



2° **CANCÈR ENCÉPHALLOÏDE, MÉDULLAIRE OU MOU.** Il forme une tumeur molle qui a l'aspect d'une coupe du

cerveau humain. Il se développe plus rapidement que le squirrhe. Par l'examen microscopique, on voit que cette excroissance morbide est formée, en grande partie, par des cellules nucléolaires à formes et diamètres variés. Les cavités qui les contiennent sont composées de fibres plus minces, mais en moindre quantité que dans le squirrhe. Les vaisseaux sanguins sont souvent très-abondants. Cette forme de cancer est d'une extrême gravité et affecte plus particulièrement les testicules, les ovaires, les seins, l'estomac et quelques autres organes (fig. 67).

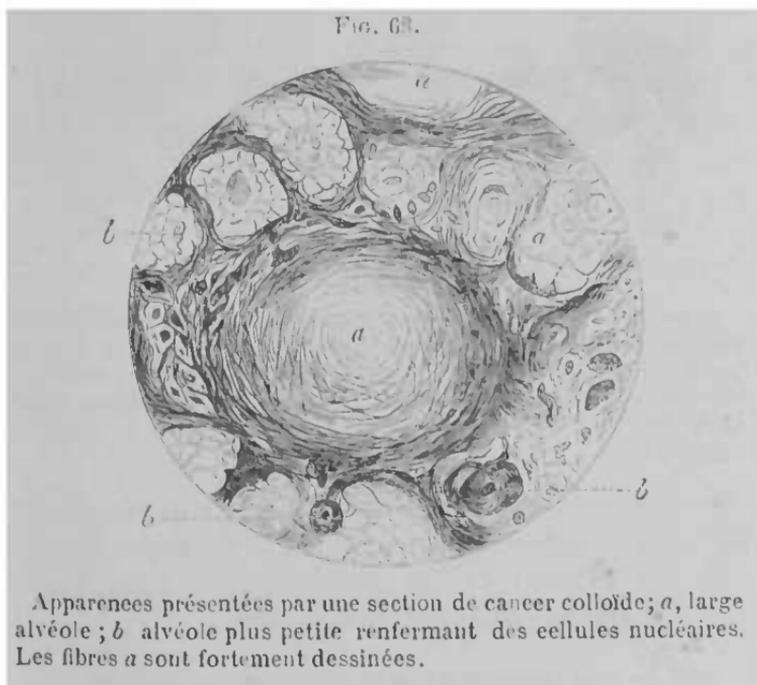
FIG. 67.



Section d'un cancer encéphaloïde d'un os (gross. 150 diam.)
a, fibres de tissu connectif, renfermant des masses de cellules nucléaires. *b*, cellules en forme de fuscau pouvant être observées en *a*, mêlées à des fibres fines.

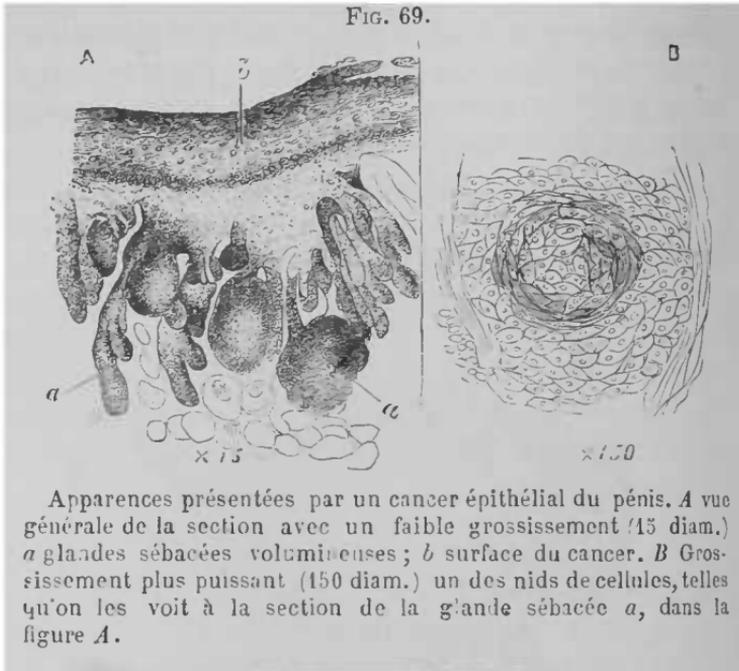
3° LE CANCER COLLOÏDE présente de nombreuses cavités remplies d'une matière gélatineuse. — L'examen

microscopique montre que les cavités renferment des cellules nucléaires remplies de matière gélatineuse et mélangées avec elle. Quelques pathologistes considèrent cette production comme due à une des variétés de cancer précédemment décrites, mais dans laquelle s'opère une dégénérescence colloïde (fig. 68).



4° LE CANCER ÉPITHÉLIAL OU ÉPITHÉLIOMA siège toujours sur une surface muqueuse ou cutanée. Il se présente d'abord sous forme d'une petite tumeur dure qui s'ulcère par la suite. A l'examen microscopique, on peut, sur une coupe, observer un certain nombre de nids de cellules, dont les plus externes sont aplaties et affectent une forme circulaire, tandis que les plus internes sont rondes ou ovales. La figure suivante

(fig. 69) montre la maladie, à son début, dans les glan-



des sébacées, d'où des masses de cellules se sont étendues dans différentes directions. Cette apparence de nids est produite par un croisement des masses sectionnées qui se projettent latéralement.

342. — LE CANCER DE L'ESTOMAC siège le plus souvent à l'orifice pylorique ou cardiaque, ou à la petite courbure. *Le Squirrhe* se rencontre le plus ordinairement au pylore ; il forme une tumeur dure, semblable à du cartilage, encerclant et resserrant l'entrée du duodénum. Quand on pratique une section sur ce produit morbide, on trouve généralement la membrane ulcérée, et la tumeur présente une apparence fibreuse que traversent des bandelettes. L'ul-

cère est dur, rond, à bords proéminents et à surface inégale. *Le Cancer médullaire* se trouve plus fréquemment à l'orifice cardiaque, où il forme une tumeur molle, fongueuse et vasculaire.

On rencontre souvent deux tumeurs de genres différents associées. Ainsi une tumeur peut être *squirrheuse avec projection médullaire*. Le cancer de l'estomac peut affecter les glandes voisines, le foie, le pancréas ou le péritoine. Il se forme habituellement des adhérences avec les organes voisins, lors même que le cancer ne s'étend pas jusqu'à eux. Quand l'orifice cardiaque est obstrué, l'estomac est réduit de volume par suite de la petite quantité d'aliments qui y entre. Lorsque le pyllore est rétréci, tout l'organe est dilaté par suite du séjour trop long que font les aliments dans la cavité stomacale.

343. — L'estomac sympathise avec à peu près tous les organes ; aussi le trouve-t-on fréquemment dans un état anormal. Les symptômes qui doivent attirer l'attention et la fixer sur lui sont : *douleur* ou *sentiment de gêne* soit dans l'*epigastre*, soit dans l'*hypochondre gauche* ou *droit*, *anorexie*, *nausées*, *vomissements*, *éructations*, *flatulence excessive*.

344. — L'état de la langue fournit des indications précieuses sur la situation dans laquelle se trouve l'appareil gastro-intestinal et aussi sur tout le système. Les principaux signes dont il faut prendre note sont : le *volume* et la *coloration*, l'*humidité* ou la *sécheresse*, l'*épaisseur* de l'épithélium qui recouvre la langue. Cet organe est large, mollasse, garde l'empreinte des dents sur ses bords chez les personnes très-anémiques ou atteintes d'affections chroniques de l'appareil digestif.

Dans des cas de gastrite subaiguë, la langue est souvent petite et pointue. Elle est pâle dans l'anémie; rouge à sa surface, couverte de papilles dans la gastrite subaiguë ou chronique. Quand la langue est furfuracée, on peut généralement supposer un état analogue de la muqueuse stomacale. Lorsque, comme dans la scarlatine, elle est humide, les autres parties de l'appareil gastro-intestinal sont dans le même état.

Cependant il faut se souvenir que les signes anormaux de la langue peuvent provenir de causes purement locales, telles que l'inflammation du gosier ou des gencives, ou l'habitude de dormir la bouche ouverte. — Dans le cancer et dans l'ulcère de l'estomac, la langue présente rarement des apparences caractéristiques.

345. — Pour s'assurer de l'état de l'estomac, on peut employer les moyens physiques suivants : la *palpation*, la *percussion*, l'*ausculto-percussion* et l'*examen microscopique des matières vomies, des selles et des urines*.

346. — La pression sert à reconnaître si la région stomacale est le siège d'une sensibilité anormale; la palpation indique la présence ou l'absence d'une tumeur.

Le meilleur moyen de constater l'état de la sensibilité, c'est d'appliquer successivement le *bout des doigts* en différents points, car souvent, si c'est une femme, la malade, par un mouvement nerveux, fera un soubresaut quand c'est la main entière qui lui sera appliquée sur l'estomac. Dans le cas de surexcitation nerveuse, on procède à cet examen en distrayant le sujet par une conversation. On sent mieux une tumeur en faisant coucher le patient sur le dos, la tête et les genoux élevés. Il faut toujours observer le volume et la

consistance de la tumeur rencontrée; remarquer si elle est mobile ou non, si elle est sensible au toucher et si elle est pulsatile.

347. — Après avoir mesuré l'estomac, on percute le bord inférieur du foie et la partie droite de la rate. Le son clair que rend l'estomac se perçoit entre ces deux organes. On distingue ce bruit de celui que donne le côlon par sa tonalité plus claire.

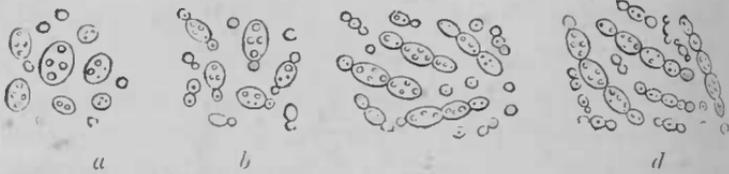
L'ausculto-percussion des régions moyennes et pyloriques se pratique en couchant le sujet sur le côté gauche et en appliquant le stéthoscope sur un point de l'épigastre où, par la percussion, on s'est déjà assuré que la résonnance est claire. On marque alors à l'encre la limite où la percussion cesse de transmettre à l'oreille un bruit de même tonalité. Ensuite on fait retourner le malade, et, par une pratique analogue, on marque la grosse tubérosité de l'estomac. Dans tous les cas douteux, il faut examiner cet organe quand il est plein et quand il est vide. Aussi, trouve-t-on souvent un avantage réel à vider d'abord les intestins à l'aide d'un purgatif ou d'un laxatif.

348. — Il est nécessaire d'examiner au microscope les matières vomies pour savoir si elles contiennent des fongosités, des moules de tubes gastriques ou quelques portions de membranes muqueuses arrachées de la surface interne stomacale. — Pour procéder à cet examen, on place sur un verre porte-objet un peu de la matière vomie, que l'on mouille d'une goutte de solution très-diluée d'iode qui bleuit toute trace d'amidon et brunit les fongosités qui sont des *sarcines* ou des *torules*.

349. — Les *Torules* se montrent comme des vésicules rondes ou ovales, dont plusieurs portent de petits

bourgeons qu'ils projettent, ou bien dans une période plus avancée, ils s'unissent pour former des cha-pelets. Ils apparaissent toutes les fois qu'une fermentation a eu lieu dans les contenus de l'estomac (fig. 70).

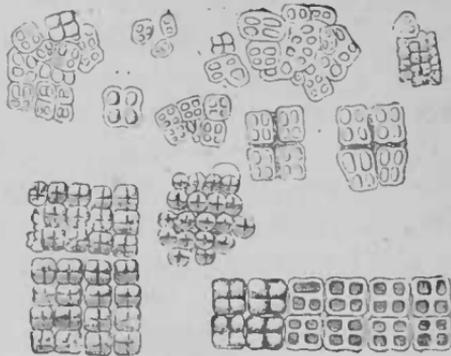
FIG. 70.



Torula Cerevisiæ ou levûre comme elle se développe pendant la fermentation ; *a b c d*, périodes successives de multiplication cellulaire (Carpenter).

350. — *Les Sarcines* sont des corps oblongs ou carrés, divisés en cellules d'un diamètre égal, par des lignes s'entrecroisant à angle droit. On les rencontre plus fréquemment dans l'obstruction pylorique ou dans celle du duodénum ; mais ils peuvent aussi s'observer toutes les fois que les aliments sont retenus dans l'estomac durant une période un peu longue (fig. 71).

FIG. 71.



Sarcina ventriculi (Carpenter).

351. — On ne peut distinguer les fontes des débris de la muqueuse que quand les déjections sont claires et libres d'aliments. — Pour procéder à cet examen, on place le liquide suspect dans un verre conique; on enlève toutes les particules qui s'y trouvent à l'aide d'un tube à aspiration, puis on les examine au microscope. — Les fontes prennent la forme des trous qui existent à la surface de l'estomac ou des tubes gastriques. Quelquefois deux ou trois sont réunies. On peut confondre avec elles le sarcolemme des fibres musculaires digérées; mais ces dernières sont différentes en ce qu'elles sont transparentes et renferment souvent quelques globules de graisse. Les parcelles de membrane muqueuse détachées par l'ulcération, sont habituellement tachées de sang et portent les orifices caractéristiques des tubes gastriques. On peut encore confondre les fontes avec des parcelles de pain qui offrent aussi de petites cavités; mais les trous qu'on y observe sont irréguliers de forme et de capacité, et, en les écrasant, on constate que ces débris ne proviennent pas d'origine animale.

352. — L'examen de l'urine, dans le cas de désordres digestifs, est très-important. Par exemple, dans le diabète, le malade accuse plus fréquemment des désordres dans le phénomène de la digestion que de l'augmentation dans la quantité d'urine émise. On doit donc examiner si le produit des sécrétions rénales contient de l'albumine. On en prend la pesanteur spécifique; on observe s'il se dépose un sédiment, et, s'il y en a un, de quelle nature il est (parag. 262).

353. — L'aspect des déjections alvines indique souvent, avec évidence, dans quelles conditions anormales se fait la digestion. Quelquefois la présence de

masses de fibres musculaires insolubles indique la dissolution imparfaite des matériaux albuminoïdes des aliments ingérés. D'autres fois (surtout chez les enfants) les évacuations contiennent des masses amylicées inaltérées dont la nature est facilement reconnaissable par l'addition d'une faible solution d'iode.

Le diagnostic du cancer et de l'ulcère de l'estomac est souvent facilité par l'aspect poisseux des vomissements quand on les remue, ce qui dénote la présence du sang.

354. — Il faut commencer par s'assurer si la maladie a débuté soudainement ou d'une manière lente et graduelle. Dans le premier cas, voir le paragraphe 355; dans le second, consulter le paragraphe 361.

SECTION I.

Maladies aiguës de l'estomac.

355. — Dans cette catégorie rentrent seulement *les vomissements bilieux et la gastrite subaiguë*. Ces deux affections sont généralement accompagnées de vomissements; mais comme ce symptôme se constate aussi dans les affections cérébrales, on peut être embarrassé pour savoir quel est l'organe atteint par la maladie. Il faut se souvenir que les vomissements nerveux s'accompagnent de sensibilité à l'épigastre, de nausées ou d'un sentiment de pesanteur à l'estomac, ce qui n'a pas lieu dans les affections du cerveau. Dans les désordres digestifs, la langue est sale et il y a quelquefois diarrhée, tandis que dans les affections cérébrales la langue est propre, et on constate de la constipation parfois opiniâtre. Dans les maladies de l'estomac la

céphalalgie n'est pas persistante, l'étourdissement, s'il y en a, est soulagé par le vomissement, tandis que dans les maladies cérébrales des symptômes variés tels que : trouble de la vision, perte de la mémoire, convulsions, etc., peuvent survenir. Quand on examine un malade qu'on suppose atteint d'une affection cérébrale, il ne faut jamais négliger de constater l'état de l'œil à l'aide de l'ophthalmoscope.

356. — *a.* — DANS L'ATTAQUE BILIEUSE, le malade est sujet à des vomissements de bile, de mucus ou de matières acides qu'accompagnent de la céphalalgie, une langue sale, de l'anorexie, de la polydipsie, un resserrement des intestins. L'urine est peu abondante et chargée d'urates. Le pouls est rarement vif et la chaleur de la peau n'est pas augmentée.

357. — Souvent, avant de se déclarer, cette maladie est précédée d'assoupissement et de l'émission fréquente d'une urine pâle. Entre les attaques, il se présente généralement des symptômes de gastrite chronique ou de dyspepsie atonique. Les attaques peuvent être occasionnelles et provenir de quelque faute de régime et même elles ont fréquemment lieu sans causes apparentes. Chez les femmes, elles sont communes aux époques menstruelles. Lorsque, dans ce cas, les vomissements persistent au-delà de vingt-quatre heures, il devient indispensable d'examiner les déjections afin de savoir si elles contiennent des *torules* dont la présence entretient quelquefois l'irritation de la muqueuse.

358. — *b.* — DANS LA GASTRITE SUBAIGUE des vomissements constants fatiguent le malade qui accuse de la douleur ou du malaise, et de la sensibilité à la région

épigastrique. La langue est rouge ou chargée. Le sujet est frappé d'anorexie et de polydipsie ; le pouls est vif, faible, et on constate une rapide dépression des forces.

359. — La matière vomie est principalement composée de mucus souvent strié de sang. Dans quelques cas on peut y distinguer, à l'aide du microscope, des fontes de tubes gastriques ou même des parcelles de la membrane muqueuse. — Cette forme, fort grave, se rencontre particulièrement chez les personnes longtemps en proie à des maladies du cœur, des reins, du foie ou de l'utérus, et se termine souvent d'une manière fatale. Une variété moins dangereuse se présente dans le rhumatisme, la goutte, et chez les jeunes femmes dont le flux menstruel est dérangé.

La gastrite subaiguë peut persister pendant de longs mois, surtout chez les jeunes personnes, et le vomissement des aliments est le symptôme le plus caractéristique.

360. — Quand on constate la présence des symptômes décrits ci-dessus, il faut examiner l'état du cœur, car la péricardite peut ne se manifester que par de la douleur, de la sensibilité à la région épigastrique et des vomissements. *La Gastrite subaiguë* se distingue des attaques biliaires par la persistance des symptômes, par l'absence d'une céphalalgie intense, par la polydipsie et par la rapidité du pouls, tous symptômes qui existent dans la première affection. Dans le cas d'attaques bilieuses, le malade a souvent été atteint de la même manière ou tout au moins il peut assigner, comme cause de sa maladie, un violent écart de régime. Il est permis, lorsque dès vomissements persistent sans cause apparente qui les explique, de

penser à la possibilité d'un empoisonnement. Dans un tel cas, il faut s'enquérir si les vomissements ont commencé immédiatement, ou non, après l'ingestion des aliments ou d'un médicament quelconque, et il est nécessaire d'examiner soigneusement les déjections stomacales.

SECTION II.

Maladies chroniques de l'estomac.

361. — Il faut, tout d'abord, examiner s'il y a de la douleur dans la région stomacale débutant ou s'aggravant peu après l'ingestion des aliments ; si l'épigastre est sensible ; si aucun de ces symptômes ne s'offre à l'observateur. voir au § 362. Dans le cas contraire, consulter le § 366. Si la percussion indique un certain élargissement de l'estomac, recourir au § 377.

A. — Cas dans lesquels il n'y a pas de douleur, ou quand elle existe, elle ne débute ni ne s'aggrave peu après l'ingestion des aliments, et dans lesquels il n'y a pas de sensibilité épigastrique.

362. — Deux maladies rentrent dans cette catégorie, ce sont : *la Dyspepsie atonique et la Névralgie gastrique.*

363. — DANS LA DYSPEPSIE ATONIQUE, le malade accuse de la pesanteur, de la constriction ou un sentiment de malaise pendant la digestion. La langue est large, molle et dentelée sur les bords ; souvent elle est légèrement furfuracée. L'appétit est mauvais ; il y a flatulence. Les extrémités sont froides ; l'intelligence

est déprimée ; le pouls est faible et les intestins sont contractés.

364. — La douleur est rarement forte. Elle peut être causée par de la flatulence. Il y a soulagement quand des vents s'échappent du corps ou bien il y a douleur quand l'estomac est vide, et l'ingestion d'aliments ou de stimulants l'apaise. Enfin elle peut précéder le rejet d'un liquide insipide aqueux (*Pyrosis*). Il y a très-fréquemment surexcitation nerveuse, irrésolution, dépression mentale. L'urine laisse déposer des sédiments chargés d'oxalate et de triple phosphate. Cette affection se rencontre communément chez les vieillards et chez les personnes faibles. Souvent elle est produite par une alimentation insuffisante, par l'anémie, la leucorrhée, l'usage abusif du thé et par toutes les causes productrices de la débilité.

365. — LA NÉVRALGIE GASTRIQUE non compliquée d'une affection organique de l'estomac est une maladie comparativement rare. La douleur est très-forte, habituellement périodique, et le désordre semble, dans la plupart des cas, lié à des fièvres intermittentes. Le diagnostic est particulièrement affirmé par la violence de la douleur, l'absence de sensibilité et l'ignorance complète où l'on est d'en déterminer la cause provocatrice.

B. — *Cas dans lesquels la douleur est augmentée peu après l'ingestion des aliments et dans lesquels la sensibilité est constatée par la pression sur l'épigastre.*

366. — On range dans ce groupe trois affections qui sont : *la Gastrite chronique, l'Ulcère et le Cancer de l'estomac.*

367. — a. — DANS LA GASTRITE CHRONIQUE le malade ressent, peu après avoir mangé, une douleur sourde ou de l'oppression. Il vomit quelquefois un liquide acide ou muqueux. La langue est chargée, dentelée ou rouge à la pointe et sur les bords. Le malade est sujet à des éructations acides, à des crampes d'estomac, à de la flatulence, à de la soif. Les pieds et les mains sont brûlants. Les intestins sont généralement contractés; les urines, fortement colorées, déposent des urates, de l'acide urique ($C^{40}H^4Az^4O^6$) ou de l'oxalate de chaux ($C^2O^3, CaO, 2H^2O$).

368. — L'intensité des symptômes est très-variable. Dans quelques cas la douleur est vive; dans d'autres à peine la malade la ressent-il. Quelquefois la sensibilité est exaltée, tandis que parfois elle est obtuse. Il y a plus de probabilités pour croire à l'existence d'une congestion qu'à une inflammation de la muqueuse lorsque la douleur et la sensibilité sont peu fortes, quand la langue est sale, lorsqu'il y a polydipsie, éructations acides, flatulence marquée. Il faut se souvenir que, lorsque le malade est convalescent d'une gastrite, l'estomac reste encore un certain temps incapable d'accomplir régulièrement et avec efficacité les fonctions qui lui incombent. *La Gastrite chronique* accompagne presque toujours les affections cardiaques, hépatiques ou rénales, et atteint la plupart des ivrognes. On la rencontre souvent dans la Phthisie et elle peut distraire l'attention du véritable mal; c'est pour cela que, lorsqu'on est en présence de symptômes persistants de la gastrite chronique suivis d'amaigrissement considérable, il faut soigneusement examiner l'état des poumons.

369. — La principale difficulté qui se présente dans

le diagnostic des maladies qui nous occupent consiste à distinguer *la gastrite chronique de la dyspepsie atonique*.

DANS LA GASTRITE CHRONIQUE, le malaise, que le malade éprouve après l'ingestion des aliments, est plus prononcé que dans la dyspepsie atonique; l'épigastre est plus sensible; le pouls souvent est rapide; il se manifeste un certain état fiévreux vers le soir; la langue est sale et l'urine dépose quelquefois de l'acide urique.

DANS LA DYSPEPSIE ATONIQUE, il n'existe point de sensibilité exagérée; le pouls est lent et faible; les extrémités inférieures sont froides; la langue est humide, peu furfuracée et l'urine dépose de l'oxalate de chaux ou des phosphates.

370. — *b.* — DANS L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC le malade ressent des douleurs fixes, vives, lancinantes ou tranchantes, localisées dans l'épigastre, le dos et l'hypochondre, débutant ou s'aggravant fort peu de temps après les repas. La région épigastrique est souvent le siège d'une sensibilité que détermine la pression, et la douleur s'atténue par le vomissement des matières ingérées. Parfois du sang est expulsé de l'estomac, et les selles offrent un aspect poisseux. Le sujet s'émacie; le pouls devient faible; la peau est froide et les intestins sont généralement resserrés.

371. — Dans la première période, la douleur est perçue sous forme d'un resserrement qui se manifeste aussitôt après le repas et qui augmente d'intensité jusqu'à produire une sensation d'extrême lassitude ou de brûlure. Quelquefois un changement de position

soulage le malade ; ainsi le décubitus dorsal soulage un sujet affecté d'un ulcère dont le siège est à la partie antérieure de l'estomac, tandis que, s'il occupe la paroi postérieure, la position assise est celle dans laquelle le patient souffre le moins. — Les vomissements de sang ou hématomèses (1) sont encore symptomatiques d'affections cardiaques ou hépatiques ; mais si ces dernières affections ne se constatent pas, et si, de plus, les autres symptômes particuliers à l'ulcère stomacal existent, le diagnostic devient à peu près certain.

L'ulcère de l'estomac affecte plus particulièrement les personnes jeunes, et, dans de tels cas, les symptômes en sont fort obscurs. — Chez les vieillards ou chez les sujets d'un âge moyen, sa durée est généralement longue, les signes en sont bien marqués ; cependant les symptômes peuvent quelquefois disparaître pendant un certain temps.

Cette affection peut amener la mort, soit par épuisement, soit par hémorrhagie, soit par perforation, soit enfin par péritonite consécutive. S'il se produit la cicatrisation de l'ulcère, la contraction du pylore et la dilatation de l'estomac peuvent en être la conséquence.

372. — L'ulcération de l'estomac se distingue de la névralgie, en ce que l'ingestion des aliments et la pression de la région épigastrique provoquent une exacerbation de la douleur dans celle-là, tandis qu'elle la diminue dans celle-ci. Dans la névralgie, il y a des alternatives de douleur ou de sensibilité ner-

(1) On dit aussi gastrorrhagie (N. d. T.).

veuse siégeant dans d'autres parties du corps, sans perte de l'embonpoint et des forces.

373. — *L'Hématémèse* débute ordinairement par des nausées, des douleurs au creux de l'estomac, du malaise. Elle est caractérisée par un pouls faible, par de la pâleur de la face, des soupirs et d'autres signes de syncopes. Il est quelquefois difficile de reconnaître si le sang provient des poumons ou de l'estomac. Lorsqu'il vient de l'appareil respiratoire, il est floconneux, clair. Quand il est fourni par l'estomac, il est foncé, caillebotté, souvent acide.

Dans l'hémoptysie, l'attaque est précédée de toux, d'expectoration qui, durant plusieurs jours, donne des produits sanguinolents et muqueux. *L'Hématémèse* s'annonce par une douleur à l'estomac ou par une indigestion et est suivie de selles noires, poisseuses, qui indiquent que le sang s'est extravasé de l'estomac au travers des intestins.

374. — Quand il se produit une perforation des intestins ou de l'estomac, le sujet ressent une douleur subite des plus violentes qui a son siège dans les intestins, et bientôt surviennent de la prostration des forces, des syncopes, des nausées ou des évanouissements. Ces symptômes sont rapidement aggravés par l'exagération de la douleur qui s'étend à toute la région abdominale, laquelle se distend et acquiert une sensibilité des plus vives. Les traits sont tirés; la peau est froide; le pouls se fait rapide et faible.

375. — *c.* — Dans le CANCER DE L'ESTOMAC, le malade ressent de fortes douleurs lancinantes. La région de l'épigastre ou de l'hypochondre est sensible, mais cette sensibilité est souvent limitée à un seul point.

On perçoit parfois une tumeur dure. Il y a des vomissements de liquide, ressemblant à du marc de café, qui ne soulagent pas la douleur. Le patient est faible, livide; il s'émacie d'une façon marquée et progressive.

376. — Il est rare que cette affection n'ait pas une terminaison fatale dans les douze ou dix-huit premiers mois à dater du jour du début. Elle atteint plus spécialement les personnes âgées. Le foie peut être affecté secondairement, de même que l'ictère peut se produire. Les orifices de l'estomac sont plus généralement affectés que les autres parties de cet organe. Si le mal siège à l'orifice cardiaque, les aliments semblent arrêtés derrière le sternum, et sont immédiatement rejetés; si, au contraire, le pylore est atteint, il y a douleur après le repas, et l'estomac est sujet à la dilatation.

La principale difficulté qui s'offre dans le diagnostic consiste à établir la distinction entre le cancer et l'ulcère de l'estomac. Pour faire cette distinction, il suffit de se souvenir que le cancer est souvent héréditaire, et survient rarement à un âge inférieur à celui de quarante ans. Il évolue rapidement; la douleur qu'il provoque est plus vive, névralgique; elle subit moins l'influence des aliments, et se trouve moins soulagée par les vomissements que l'ulcère simple; enfin il faut se rappeler que, s'il y a des vomissements de sang, ce liquide vient en moins grande quantité et offre une couleur plus foncée. De plus, il est impossible de découvrir des tumeurs dans l'ulcère simple; et dans le cancer la couleur livide de la peau et l'émaciation sont marquées. Dans la période ultime du cancer, l'haleine est quelquefois fétide.

Il peut cependant arriver qu'on ait affaire parfois à un *cancer de l'estomac non accompagné de douleur ni de*

vomissements, mais le malade n'en perd pas moins rapidement ses forces et son embonpoint ; son visage est blême, maladif ; il y a anorexie et les symptômes de la dyspepsie atonique se rencontrent.

C. — *Cas dans lequel le volume de l'estomac est de beaucoup accru.*

377. — a. — Dans le RÉTRÉCISSEMENT PYLORIQUE, la percussion indique une grande dilatation de l'estomac. Le malade se plaint d'une douleur croissante ; il est sujet à des vomissements composés d'un liquide brun, aigre, floconneux, muqueux, dans lequel le microscope décèle la présence de *torules* et de *sarcines*. Le patient est maigre, pâle, faible et émacié.

378. — Cette affection peut provenir d'un épaississement fibroïde ou musculaire, d'un cancer, d'une tumeur cicatrisée du pylore ou du duodénum. Par conséquent, l'historique du cas peut varier, mais à l'aide des symptômes décrits précédemment on arrive, en général, à déterminer quelle est la cause de l'obstruction. Les vomissements n'ont pas lieu, comme dans le cancer et l'ulcère de l'estomac, peu après le repas ; mais ils peuvent se produire deux ou trois fois par jour, tout comme ils peuvent manquer plusieurs jours de suite, quand ils fournissent *une grande quantité* de liquide floconneux, fermenté, aigre, chargé de sarcines et de torules (fig. 70, 71). Cette affection est toujours éminemment chronique, et quelquefois on peut l'attribuer à des contusions ou autres accidents survenus à l'épigastre.

L'abdomen est, en général, fortement distendu, les veines superficielles sont élargies et quelquefois les

mouvements opérés par un estomac dilaté peuvent s'observer à travers les parois abdominales.

Le pylore épaissi se distingue aussi parfois, et présente la forme d'une tumeur dure, qui n'est pas nécessairement située dans l'épigastre, car on la peut rencontrer dans la région hypogastrique ou inguinale déplacée par le poids même de l'estomac.

CHAPITRE VIII.

MALADIES DU PÉRITOINE ET DES INTESTINS.

379. — Les maladies les plus fréquentes auxquelles ces organes sont sujets sont : la *Péritonite*, l'*Entérite*, la *Typhlite*, l'*Inflammation* et l'*Ulcération* de l'intestin grêle, l'*Invagination* ou *Intussusception*, l'*Etranglement intestinal*, le *Resserrement*, la *Dyssenterie*, les *Maladies malignes et tuberculeuses*.

380. — Dans la PÉRITONITE AIGUE OU INFLAMMATION DU PÉRITOINE, la membrane séreuse est opaque, rouge et ramollie ; les intestins sont plus ou moins adhérents et recouverts de lymphé ; la cavité abdominale contient un liquide trouble ou du pus.

Dans la PÉRITONITE CHRONIQUE, la cavité abdominale tout entière peut être tapissée d'adhérences, et du pus se ramasse dans les replis que forment les intestins ; ou bien l'inflammation se localise, et quelque organe vient adhérer soit aux parois abdominales, soit à quelque partie adjacente.

A l'examen microscopique, on constate que les altérations morbides qui se présentent sont analogues à celles qui s'observent dans l'inflammation des autres séreuses (voir Pleurésie).

Le premier effet que détermine la péritonite est de la fièvre. La paroi musculaire se paralyse et, par conséquent, les intestins se trouvent distendus par des

gaz. Le diaphragme est refoulé en haut et la respiration est gênée. Quand le malade guérit, il peut se produire des adhérences en forme de brides dans lesquelles un repli intestinal vient quelquefois s'accrocher et s'étrangler. La *Péritonite aiguë* est généralement due à l'extension de l'inflammation, qui affecte un organe quelconque, à une séreuse qui le recouvre; à l'extravasation du contenu de l'estomac et des intestins dans la cavité péritonéale, par suite d'ulcération, à des plaies ou autres accidents survenus à l'abdomen. Elle se présente encore, comme complication, dans la maladie de Bright, dans la pyémie ou dans la consommation tuberculeuse. La *Péritonite chronique* peut résulter du tubercule ou du cancer. Le tubercule se dépose dans ce cas, sur la séreuse, sous forme de petites granulations; les replis intestinaux adhèrent intimement; la muqueuse s'ulcère, et il se produit souvent un abcès fécal.

381. — La membrane muqueuse de l'intestin grêle (*duodenum, jéjunum, iléon*) présente des altérations inflammatoires analogues à celles qui s'observent dans l'estomac. La *Congestion* est fréquemment le résultat d'affections cardiaques ou hépatiques. Dans l'*Inflammation* ou *Catarrhe intestinal*, la muqueuse est molle, rouge, recouverte d'une couche intimement adhérente de mucus. Dans les cas chroniques, cette membrane est souvent grise, épaissie, plus ferme et plus résistante qu'elle ne l'est à l'état normal.

Lorsque l'inflammation est aiguë, l'examen microscopique montre les vaisseaux sanguins congestionnés; les tubes de Lieberkhün sont obstrués par des amas de cellules et de matières granuleuses; quelquefois même ils sont entièrement atrophés. La dilatation des

glandes salivaires se rencontre dans l'inflammation de toutes les muqueuses. Les vaisseaux sanguins qui entourent le follicule se dilatent ; les cellules intérieures augmentent considérablement en nombre et déterminent ainsi l'accroissement de volume du follicule. L'*Ulcération* accompagne le plus habituellement la phthisie et la fièvre typhoïde, affections dans lesquelles les plaques de Peyer et les glandes sont le plus particulièrement attaquées. La perforation de l'intestin, qui est assez fréquente dans la fièvre typhoïde, est ordinairement rare dans la phthisie.

Le catarrhe intestinal est dû à la congestion veineuse qui se produit dans les maladies du cœur, du poumon, du foie, par suite du froid, de l'humidité, de l'irritation que cause une nourriture impropre. L'état anormal de la bile ou des autres sécrétions qui se déversent dans le canal digestif peut aussi produire cette maladie. Un état morbide des glandes mésentériques accompagne généralement l'inflammation et l'ulcération des intestins.

382. — La dénomination d'ENTÉRITE est ordinairement réservée aux cas dans lesquels toutes les tuniques membraneuses d'une portion du canal intestinal sont enflammées. *Post mortem*, on trouve la partie affectée dilatée par suite de la paralysie de la couche musculaire ; le péritoine, qui la recouvre, est enflammé, adhérent parfois aux parties avoisinantes de l'intestin ; la muqueuse enfin est congestionnée et couverte d'une couche de mucus.

383. — Dans l'INVAGINATION, une portion de l'intestin entre dans la partie qui se trouve immédiatement au-dessous d'elle. D'ordinaire l'iléon s'invagine dans le cæcum, et celui-ci, à son tour, s'intussuscepte dans

le côlon ; chez les sujets morts d'une affection cérébrale, on trouve de ces lésions, mais encore peu graves. Il est probable que le début de cet état morbide a lieu peu de temps avant que le malade succombe. Ces cas sont graves et souvent se terminent fatalement chez les enfants. La surface péritonéale de la tumeur ainsi produite est enflammée, et, quand on en fait l'ouverture, l'intestin invaginé apparaît avec une couleur foncée et parfois est gangréné. Dans quelques cas rares, une scarification s'opère et la partie étranglée est rejetée avec les selles.

L'*Obstruction* de l'intestin peut aussi être produite par l'étranglement d'adhérences anciennes provenant de péritonites antérieures, par la constriction du tube intestinal, par la pression exercée par les tumeurs, ou enfin par la torsion de l'intestin. La portion inférieure de l'iléon est le plus habituellement la partie étranglée dans l'*étranglement interne*, tandis que la constriction siège ordinairement dans le gros intestin (*cæcum, côlon, rectum*).

384. — L'INFLAMMATION DU CÆCUM est aussi nommée TYPHILITE ou TYPHILENTÉRITE, tandis que l'*Inflammation du côlon* s'appelle COLITE. La membrane muqueuse du gros intestin présente des apparences morbides analogues à celles qui s'observent dans les autres parties du canal intestinal. On rencontre souvent des ulcérations chroniques chez des personnes mortes d'une autre maladie des intestins.

385. — La DYSSENTERIE débute, en général, par une inflammation des glandes solitaires du côlon qui s'ulcèrent et se détruisent. La muqueuse des parties affectées devenant rouge, épaisse, molle ou pulpeuse, et se couvrant d'un enduit muco-purulent, quelques patho-

logistes en concluent que cette maladie n'est qu'une simple inflammation catarrhale compliquée d'eschares dues au contact des fèces avec la muqueuse irritée. Sur les sujets, morts d'une dyssenterie contractée dans des pays chauds, on trouve souvent la membrane intestinale très-épaissie, indurée et même détruite par places, par suite d'ulcération. Quand cette affection est guérie, les sujets sont parfois atteints par une constipation opiniâtre, provenant des constrictions dues à la cicatrisation des ulcères. Parfois le côlon est affecté d'une inflammation *diphthéritique*, la membrane est couverte d'une couche assez résistante de lymphes qui forme une autre membrane interne à la muqueuse normale.

386. — La PÉRITYPHLITE est l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure le cæcum. Elle résulte ordinairement des perforations de l'appendice vermiforme produites, soit par des ulcérations, soit par des concrétions renfermées dans cette partie du canal intestinal. Ces concrétions sont, dans leur plus grande partie, composées de phosphate et de carbonate de chaux. Il arrive que souvent cette perforation détermine la péritonite.

387. — La CONSTRICTION ou resserrement peut s'observer dans le gros intestin, ainsi que dans l'intestin grêle; mais il siège plus fréquemment dans celui-là que dans celui-ci. Il résulte généralement d'un cancer formé dans la paroi sous-muqueuse, surtout dans le rectum ou dans le repli sigmoïde du côlon. Dans d'autres cas, il est dû à la cicatrisation d'ulcérations étendues.

388. — Les AFFECTIONS TUBERCULEUSES du canal intestinal sont excessivement communes; on en rencon-

tre chez la plupart des sujets qui succombent à la phthisie. Les tubercules se déposent d'abord dans les glandes solitaires et dans celles de Peyer, puis le ramollissement a lieu, et les ulcérations se produisent. On en constate un très-grand nombre dans la partie inférieure de l'intestin grêle et souvent la première partie du côlon est aussi attaquée.

A l'examen microscopique, on constate l'existence de nodules miliaires sur les parois externes des petites artères. On croit aussi que les tubercules qui se trouvent dans d'autres endroits prennent naissance dans le tissu lymphatique avoisinant les parois artérielles (fig. 75).

389. — Les symptômes qui doivent faire soupçonner une maladie du péritoine ou des intestins sont : la *douleur* ou la *sensibilité* de quelque portion du tube intestinal, le *gonflement* de l'abdomen, les *vomissements*, la *constipation* ou la *diarrhée*, la *présence de sang* ou de *mucus* dans les selles.

390. — Dans tous les cas, il faut s'informer de quelle manière les intestins accomplissent leurs fonctions. Quand le malade accuse de la diarrhée ou de la constipation, il importe de s'assurer de ce qu'il entend par les termes qu'il emploie. Chez quelques personnes bien portantes, les fonctions évacuatrices ne se font que tous les deux ou trois jours. La constipation, trop longtemps prolongée, peut produire un gonflement du côlon, que l'on pourrait confondre avec des excroissances morbides. Ces excroissances se rencontrent communément dans le cæcum et dans la courbure sigmoïde; elles sont ordinairement mobiles, insensibles, et on sent qu'elles sont molles en les pressant avec le

doigt (fig. 72). Dans le cas où il y a diarrhée, on doit examiner les évacuations alvines, car beaucoup de malades accusent, comme diarrhéiques, des selles répétées, mais insignifiantes, qui sont, au contraire, occasionnées par de la constipation.

391. — Il importe de s'assurer si la maladie est récente ou ancienne. Dans le premier cas, voir § 392; dans le second § 416.

SECTION I.

Maladies aiguës du péritoine et des intestins.

392. — Le malade ressent-il des douleurs vives? voir § 394. — N'y a-t-il point de douleur, ou est-elle légère? recourir au § 409.

393. — Y a-t-il douleur? — Il faut observer si elle est continue, intermittente ou paroxystique; si le sujet a déjà été atteint de la même manière. On doit rechercher si l'abdomen est sensible et en quel point. Parfois une simple pression du doigt suffit pour déterminer de la douleur, tandis que d'autres fois il faut l'application un peu forte de la main pour la provoquer.

394. — A. — *Quand l'attaque a été soudaine et accompagnée d'une douleur excessive, on peut hésiter entre une Péritonite, une Entérite, une Colique, une Obstruction intestinale, une Dysenterie, ou le passage d'un calcul biliaire (307) ou rénal (249).*

395. — a. — DANS LA PÉRITONITE AIGUE, l'abdomen est le siège d'une douleur continue, diffuse, vive, d'une sensibilité intense. Il est distendu; la respiration est fréquente (de 40 à 60 à la minute), thoracique. Le malade est couché sur le dos, les genoux élevés. Il est fatigué par des vomissements répétés; la langue est

sale, le ventre est resserré; le pouls est rapide, filiforme; il y a polydipsie; la peau est chaude, sèche et l'appétit nul.

396. — Cette maladie débute souvent par du froid et par une douleur fixe, et quelquefois par une difficulté d'uriner qui détermine une sensation des plus pénibles. Dans l'un ou l'autre cas, cette douleur s'irradie dans toute l'étendue de l'abdomen. On peut aussi parfois percevoir un bruit en plaçant un stéthoscope sur la partie enflammée. Peu de temps avant la mort la face exprime l'angoisse, le pouls devient rapide, concentré; des sueurs froides couvrent la peau, et des hoquets apparaissent.

Les causes productrices les plus fréquentes de la Péritonite sont: *des Coups reçus sur l'abdomen*, le *Froid*, la *Pièrre puerpérale*, la *Perforation de l'estomac* ou des *intestins* et les *Affections rénales*. Dans le cas de perforation, le sujet est brusquement saisi par une douleur violente dans l'abdomen, accompagnée d'un extrême abattement; le pouls est faible, rapide; le malade a des nausées et des vomissements; le patient a l'aspect anxieux; il est déprimé, sa peau est froide, visqueuse. L'historique révèle généralement l'existence antérieure d'hématémèse, de douleur après les repas, de diarrhée et d'autres symptômes relatifs à l'ulcération de l'estomac ou des intestins. Mais la perforation peut se produire chez des personnes qui semblaient être en bonne santé avant l'accident.

397. — LA PÉRITONITE AIGUE peut être confondue avec une inflammation de la vessie, un rhumatisme des muscles abdominaux, l'hystérie, l'entérite, et la colique. Dans la *Cystite*, la douleur est limitée à la vessie, et l'introduction d'un cathéter suffit quelquefois à

la faire disparaître. Dans le *Rhumatisme*, la douleur est à peine sentie, excepté quand il y a mouvement, et la sensibilité est aussi facilement constatée avec une légère pression qu'avec une forte; on n'y observe ni fièvre, ni rapidité du pouls, ni la dépression générale particulière à la Péritonite. Dans l'*Hystérie*, la *surface cutanée est sensible*, la douleur est comparativement légère, la rapidité du pouls n'est pas très-augmentée, et les vomissements font défaut.

398. — Une Péritonite partielle peut se produire au-dessus du foie, de l'estomac, de l'utérus et d'autres organes abdominaux; mais la douleur et la sensibilité sont restreintes à la partie affectée, et la fièvre est comparativement légère.

399. — *b.* — DANS L'ENTÉRITE, le malade accuse une douleur abdominale restreinte à une partie, et que la pression exaspère. Il s'observe des nausées, ou des vomissements; le ventre est contracté; le pouls rapide, filiforme; il y a polydipsie, anorexie; la peau est sèche, chaude; le décubitus dorsal avec les genoux relevés est le plus habituel aux malades atteints d'Entérite.

400. — Cette affection débute généralement par une colique accompagnée d'une douleur vive et intermittente qui peut provenir : soit d'un étranglement interne de l'intestin, soit d'une hernie, soit d'un cumulus fécal ou d'aliments non digérés, tels que des pommes crues. On peut confondre l'*Entérite* avec une péritonite aiguë, une colique ou une obstruction intestinale. Cependant cette affection se distingue de la Péritonite aiguë par le caractère de localisation que revêtent la douleur et la sensibilité; localisation qui provient de ce que la douleur est en général restreinte au nombril

et de ce que les symptômes sont moins aigus et moins violents. Elle se distingue de la colique par la sensibilité que détermine la pression, la rapidité du pouls, la présence de la fièvre et une prostration générale; elle diffère de l'obstruction intestinale par l'apparition précoce de la sensibilité et de la douleur, ainsi que par l'acuité rapide et croissante des symptômes. Comme les intestins sont habituellement resserrés dans l'entérite, il faut toujours s'assurer s'il n'existe pas une hernie, car les symptômes qui la caractérisent sont analogues. Dans quelques cas d'entérite on a observé un accroissement de la force pulsatile de l'aorte abdominale.

401. — *c.* — DANS LA COLIQUE, la douleur est vive, paroxystique, localisée aux environs de l'ombilic, se déclarant soudainement, et s'exaspérant par la pression. Le malade est souvent fatigué par des vomissements. Le ventre est en général contracté; l'état du pouls est peu changé; la peau n'est pas le siège d'une chaleur plus grande et on ne perçoit pas de pulsations abdominales. Souvent le malade gémit, crie, se roule ou se couche sur le ventre pour soulager la douleur qu'il éprouve.

402. — Beaucoup de personnes sont sujettes aux coliques, principalement celles qui sont ordinairement constipées. Cette affection est une complication commune de l'intoxication saturnine (*Colique de plomb*): c'est pourquoi on la rencontre souvent chez les peintres et chez les ouvriers qui travaillent dans des manufactures où du plomb est employé, ainsi que chez ceux qui sont en contact habituel avec ce métal. Dans le cas où la colique est symptomatique d'une intoxica-

tion saturnine, on constate l'existence d'une ligne bleuâtre sur les gencives, aux parties avoisinant les dents.

403. — On peut confondre la COLIQUE avec la péritonite, l'obstruction intestinale, le passage de calculs biliaires ou rénaux, la névralgie des nerfs dorsaux ou avec la hernie. *On la distingue de la Péritonite* par l'absence de douleur à la pression, douleur qui se localise, et par le peu de dépression qui affecte le malade. *Elle diffère du passage des calculs biliaires* par le début brusque et la terminaison soudaine du mal, par la douleur qui se ressent au moment même du passage de ce calcul; par les vomissements qui sont en général plus graves et plus acides dans le cas de calcul, qui s'accompagne souvent d'un ictère. — La douleur causée par le passage d'un calcul rénal se distingue de la colique par la douleur que le malade ressent dans le dos, dans la cuisse, dans le testicule; elle diffère par le besoin fréquent d'uriner et dans la petite quantité d'urine émise qui est très-fortement colorée, sanguinolente, et aussi par le passage antérieur de calculs ou graviers. La névralgie simule parfois la colique; mais dans la première des ces deux affections, il existe ordinairement des points sensibles correspondant au parcours suivi par les nerfs, et la douleur n'affecte qu'une seule moitié du corps. — Dans la hernie, on rencontre rarement une douleur très-vive. On doit dans tous les cas, où on constate des coliques, examiner tous les points de protusions herniaires.

404. — *d.* — DANS L'OBSTRUCTION INTESTINALE, il existe de la constipation rebelle à l'action des purgatifs. L'abdomen est très-distendu; les nausées sont fréquentes.

Il y a polydipsie, anorexie, rapidité du pouls. Il survient ordinairement, à certaine période, une douleur fixe dans l'abdomen.

403. — *L'Obstruction* peut provenir de la strangulation d'une partie des intestins causée par une adhérence ancienne, ou par une position vicieuse du canal; d'étranglement, de rétrécissement dû à des cicatrices; d'inflammation des diverses membranes intestinales, de cancer, etc. Elle peut encore résulter de l'accumulation des fèces ou d'un dépôt de calculs biliaires.

Quand l'obstruction est due à un étranglement interne, les symptômes se déclarent brusques et soudains après une fatigue musculaire, et le malade peut, dans le principe, indiquer exactement dans quel point se trouve la douleur.

Quand il y a torsion des intestins, les symptômes augmentent graduellement, et la douleur peut manquer durant plusieurs jours après que la constipation s'est déclarée.

Quand il y a invagination, le premier symptôme qui apparaisse est, en général, une douleur colique suivie ordinairement d'une déjection alvine muqueuse, sanguinolente, mais d'efforts stériles de défécation. Dans quelques cas une tumeur molle peut être perçue dans le point où la douleur se fait sentir; ce symptôme est cependant excessivement rare chez les adultes.

Si l'occlusion est causée par une constriction, l'histoire révèle ordinairement de fréquents vomissements, de la perte d'embonpoint ou bien une constipation obtinée, selon que c'est la partie supérieure ou la partie inférieure qui est affectée.

Quand enfin c'est un calcul qui détermine l'appari-

tion des symptômes ci-dessus décrits, ils sont habituellement précédés d'une douleur vive dans la région de l'hypochondre droit, de vomissements, et d'ictère.

406. — Si l'obstruction a lieu dans la partie supérieure de l'intestin, les vomissements apparaissent de bonne heure et sont de nature bilieuse; l'abdomen n'est que légèrement distendu, et la quantité d'urines émises est faible. Quand au contraire c'est dans le gros intestin que se produit cette lésion, les vomissements surviennent plus tard, bilieux dans le principe, ensuite fécaux (1). L'abdomen est fortement distendu et on peut, quelquefois, distinguer à travers les parois abdominales la forme et les mouvements des intestins. Enfin les urines sont émises en plus grande quantité.

Dans tous les cas d'occlusion intestinale, il importe d'examiner soigneusement si le malade n'est pas atteint de hernie; il faut s'assurer de l'état du rectum et du côlon, par le toucher rectal aidé d'un long tube flexible.

407. — *e.* — DANS LA DYSSENTERIE l'abdomen est le siège de tranchées et d'une certaine sensibilité correspondant à la région du côlon. Le malade éprouve de fréquentes envies d'aller à la selle avec efforts et expulsion de sang, de mucus gélatineux, mélangés à des matières fécales (*scybales*). Le sujet ne peut jouir d'aucun repos, la langue est chargée; il y a polydipsie. La peau est froide; le pouls est petit, mais régulier.

408. — Cette affection est très-commune dans les

(1) Des cas d'obstructions suivies de vomissements de matières fécales ont été décrits sous le nom de vomissements iléux.

pays chauds, mais on l'observe assez rarement dans nos contrées (1). Cette maladie peut se terminer promptement par la mort ou bien passer à l'état chronique. Les premiers symptômes sont généralement du froid, des frissons, de la diarrhée. Quand une terminaison fatale approche, l'abdomen devient sensible, le pouls faible et rapide. La langue est sèche, rouge, vernissée. Les selles s'échappent involontairement et offrent une coloration verdâtre ou l'apparence de l'eau avec laquelle on aurait lavé de la viande crue. Dans quelques cas, par suite de l'ulcération d'une grosse artère, il se produit des hémorrhagies considérables. D'autres fois (surtout dans la dysenterie tropicale) il se forme ultérieurement un abcès du foie.

On peut confondre la dysenterie avec des hémorrhoides, des excroissances morbides, un cancer du rectum ou du côlon. Mais un examen attentif du rectum soit avec le doigt, soit avec une bougie, empêche de commettre une erreur. On distingue la dysenterie de la diarrhée par la distension de l'abdomen, la douleur vive et la nature des selles. Dans nos pays (2) nous rencontrons généralement la dysenterie sous la forme chronique, résultant ordinairement de la forme aiguë précédemment contractée dans les pays tropicaux. Le malade est émacié, pâle, épuisé. Cette affection se complique habituellement d'une diarrhée chronique.

B. — Cas dans lesquels l'attaque est soudaine, mais non accompagnée de douleur.

409. — Dans cette catégorie rentrent : le Choléra asiatique, le Choléra sporadique, et la Diarrhée aiguë.

(1-2) Ne pas oublier que Fenwick parle de l'Angleterre.
(N. d. T.)

410. — *a.* — DANS LE CHOLÉRA ASIATIQUE le malade est affecté de vomissements bilieux répétés et d'une diarrhée constante, fournissant des selles aqueuses (eau de riz). La face est bleuâtre, cadavérique; la voix n'est plus qu'un murmure; la peau est froide ainsi que l'haleine; la sécrétion urinaire est supprimée; le pouls excessivement faible ou même insaisissable. Cependant l'intelligence est conservée. Le sujet éprouve des crampes violentes dans les extrémités.

411. — Cette maladie ne se présente sous forme épidémique que dans les climats tempérés. Il suffit de l'avoir vue une fois pour ne jamais en oublier les caractères. Le malade est généralement atteint dans la nuit ou le matin de bonne heure; il éprouve, au début, de l'oppression, des nausées ou des vomissements que suit une forte diarrhée. Ce dernier symptôme précède ordinairement, de quelque jours, la période de collapsus; mais quelquefois cependant l'invasion est soudaine. Exceptionnellement il y a dépression rapide sans que la diarrhée intervienne. Si le sujet triomphe de la période de collapsus, il est généralement atteint de fièvre typhoïde dont la terminaison est le plus souvent fatale. Dans cette période la température varie de 90° à 95° Fahrenheit (32°,2 et 35° centigrades).

412. — *b.* — DANS LE CHOLÉRA SPORADIQUE le malade est atteint de vomissements répétés; il rend des selles bilieuses ou blanchâtres, parfois aqueuses, précédées ou accompagnées de tranchées ou de crampes douloureuses dans les membres. Le pouls est faible, la voix enrouée, la dyspepsie est prononcée et la dépression marquée.

413. — Cette maladie est généralement fatale aux enfants, mais les adultes en triomphent ordinairement,

bien que les symptômes soient, en apparence, aussi graves que dans le choléra asiatique.

414. — *c.* — DANS LA DIARRHÉE, le malade est atteint d'un flux diarrhéique, sans vomissements, accompagné habituellement de tranchées. La soif est vive, l'appétit presque nul, la dépression peu marquée, et la fièvre fait généralement défaut.

415. — Cette dernière affection est le plus souvent due à une indigestion, et dans quelques cas les selles sont presque exclusivement composées de bile.

SECTION II.

Maladies chroniques du péritoine et des intestins.

416. — Dans les affections péritonéales et intestinales chroniques, si la douleur est vive, voir au § 417; dans le cas contraire recourir au § 422.

A. — *Cas dans lesquels le malade ressent de vives douleurs.*

417. — Les maladies appartenant à cette catégorie sont : la *Péritonite chronique*, le *Cancer du péritoine*, la *Dysenterie chronique* (§ 408), les *Affections du cæcum et de l'appendice vermiforme*.

418. — *a.* — DANS LA PÉRITONITE CHRONIQUE le malade ressent de la douleur dans l'abdomen, qui est distendu, sensible. La percussion y provoque un son clair, et quelquefois cependant de la matité dans certaines parties. Il garde sa forme, même quand le corps est ballotté.

Les intestins sont en général vidés; le pouls est rapide, faible; la peau chaude; l'appétit presque nul. Le sujet est émacié et polydipsique.

419. — La péritonite chronique succède parfois à la péritonite aiguë ou est produite par une lésion de l'abdomen; mais la cause la plus fréquente est la tuberculose du péritoine. Dans ce cas, il y a peu de liquide épanché, et les intestins sont adhérents entre eux et aux parois abdominales. Il en résulte que l'abdomen prend une forme sphérique et donne, à la percussion, un son clair. Ces symptômes et l'absence d'affection cardiaque, hépatique ou rénale suffisent à distinguer la péritonite chronique de l'ascite.

Cette affection est des plus communes chez les enfants, chez lesquels la douleur et la sensibilité sont peu intenses. Elle est souvent accompagnée d'une tuméfaction des glandes mésentériques fort rarement appréciable pendant la vie. Chez les adultes la difficulté réside dans la distinction qu'il faut faire entre la péritonite chronique et le cancer péritonéal. Dans le cancer, la quantité de liquide épanché est très-grande, l'émaciation est marquée, les vomissements répétés, la douleur et la sensibilité de l'abdomen vives. Dans la forme colloïde, les symptômes sont les mêmes que dans les autres maladies de cette espèce; mais on y observe plus souvent une tumeur siégeant dans l'abdomen, et la fluctuation y est peu sensible.

Chaque fois que l'on soupçonne l'existence d'une péritonite chronique chez un adulte, on doit examiner la poitrine au point de vue de la tuberculose, et les urines au point de vue de l'albumine.

420. — *b.* — DANS L'INFLAMMATION DU CÆCUM, le malade accuse une douleur continue, sourde, dans la région iliaque droite, qui s'exaspère à la pression ou par suite du mouvement. On peut percevoir une tumeur dans cet endroit qui, à la percussion, rend un son mat

et qui sur ses limites donne un son tympanique. Les intestins sont en général contractés; le pouls est plus rapide; la soif est grande, l'appétit manque, et on observe parfois des vomissements.

421. — Cette maladie, habituellement précédée de constipation, débute d'une façon soudaine et présente, de prime abord, des symptômes d'une grande acuité. Elle peut se terminer fatalement par suite d'ulcération et de perforation du cæcum ou de son appendice, ou déterminer une inflammation du tissu cellulaire qui enveloppe l'intestin (*Pérytiphlite*). Enfin un abcès peut se former et s'ouvrir, soit extérieurement, soit à travers l'intestin. Lorsque le pus qui en provient fuse sous le *facia iliaque*, le mouvement du membre inférieur cause une très-vive douleur (1).

B. — *Cas dans lesquels le malade ne ressent pas une douleur très-aiguë.*

422. — Dans cette catégorie nous rangeons la *Constipation* et la *Diarrhée chronique*.

423. — Parmi les causes habituellement productrices de la constipation, on doit noter le manque d'exercice, l'ingestion d'aliments malsains, l'intoxication saturnine, l'atonie du côlon, les affections cérébrales, l'étranglement du gros intestin. Quelle que soit la cause à laquelle est due la constipation, cette affection peut donner naissance à de la flatulence et autres signes d'indigestion, à des palpitations, à de la dyspnée, à des vomissements, à de la céphalalgie, à de la

(1) On peut confondre l'inflammation avec le cancer du cæcum, mais dans cette dernière maladie, la tumeur est très-dure et souvent il existe une affection maligne dans le foie ou d'autres organes. (N. d. T.)

pesanteur après le repas, au froid aux pieds et aux mains, et dans beaucoup de cas à une incapacité complète d'accomplir un travail aussi bien manuel qu'intellectuel.

424. — LA DIARRHÉE CHRONIQUE peut résulter de la *Malaria*, de l'ingestion d'aliments malsains, de l'emploi abusif des purgatifs, de l'ulcération de quelque partie du tube digestif et d'autres causes générales ou locales. Cette altération accompagne généralement les maladies chroniques du foie, du rein, la phthisie, la fièvre typhoïde, la péritonite aiguë, et d'autres désordres. Quand elle persiste plus de trois semaines chez un adulte, on doit en conclure qu'elle est symptomatique d'une affection plus sérieuse que ne l'est sa cause la plus habituelle, le catarrhe intestinal.

CHAPITRE IX

TUMEURS ABDOMINALES

425.— Avant d'entreprendre l'étude du diagnostic des tumeurs abdominales, il est nécessaire d'indiquer quels sont les changements morbides auxquels les organes abdominaux sont sujets, et par quels signes on peut les constater.

Dans le cas où l'accroissement de volume de la région atteinte est général et uniforme, voir au § 426; au cas où l'abdomen est contracté, passer au § 437.

SECTION I.

Accroissement uniforme et général du volume de l'abdomen.

426.— Cet accroissement peut être dû soit à la *présence d'une quantité anormale d'air dans l'estomac ou les intestins*, soit à *l'épanchement d'un liquide dans la cavité péritonéale*, soit à *l'existence d'une tumeur*.

427.— Lorsque le son produit par la percussion abdominale est partout *tympanique*, le gonflement est dû à une accumulation d'air. Si le son est mat partout ou sur une partie de l'abdomen, on a affaire à un épanchement de liquide ou à une tumeur solide. Pour s'assurer de la présence d'un liquide, on doit procéder de la

manière suivante : on place la main gauche sur une région mate, et avec les doigts de la main droite on frappe sèchement une autre partie mate. La présence d'un liquide propagera le choc des doigts jusqu'à la main gauche. Cette méthode donne de bons résultats lorsque la cavité péritonéale est *pleine* de liquide; mais, quand elle ne l'est qu'en partie, il faut agir de la manière que voici : on fait incliner le malade sur un côté, tandis qu'on percute l'autre côté, et on trouve alors une résonnance normale. Puis on le fait incliner du côté opposé où on percute, et on perçoit cette fois de la matité là où le son était tympanique. Quand il y a une tumeur solide, le gonflement est dur et résistant, et on ne sent aucune fluctuation.

428. — a. — *Le gonflement peut être causé par une agglomération considérable d'air dans les intestins* (tympanite) quand l'abdomen est uniformément et généralement accru de volume, et que la percussion détermine partout un bruit tympanique.

429. — L'atonie du côlon, la péritonite chronique ou l'obstruction intestinale peuvent déterminer une grande distension flatulente de l'abdomen. Dans le premier cas, les intestins sont contractés, et le malade est sujet à des coliques; mais il ne se produit ni fièvre ni amaigrissement. La Péritonite chronique résulte souvent de la Tuberculose (419), et quand elle est la cause productrice, l'abdomen est sensible à la pression et sa forme ne varie pas, quelle que soit la position que l'on fait prendre au malade. Il y a émaciation, diarrhée, perte des forces, rapidité du pouls, polydipsie, et quelques traces d'affection pulmonaire. Quand la distension est produite par une obstruction intestinale, on rencontre les symptômes particuliers

à cette affection (404) pour se guider dans le diagnostic. La distension flatulente est un symptôme commun à cette maladie et à la dyspepsie; elle est souvent très-pénible lorsque le malade est corpulent.

430. — *b.* — *Lorsqu'il y a un liquide épanché dans la cavité abdominale*, l'abdomen présente un gonflement général et uniforme dans toute son étendue; la percussion provoque un bruit mat, et il existe une fluctuation sensible.

431. — Quand le liquide est contenu dans la cavité péritonéale, la maladie prend le nom d'*Ascite*. Cette affection peut se confondre avec l'hydropisie de l'ovaire, le kyste rénal, et la dilatation de la vessie.

432. — Dans l'hydropisie de l'ovaire, on observe tout d'abord le gonflement de la partie inférieure de l'abdomen, qui s'étend graduellement vers le haut. Quand la malade est couchée sur le dos, la percussion donne un son mat à la partie antérieure de l'abdomen, tandis que l'on perçoit un son clair vers les flancs, parce que le liquide contenu dans le kyste ne peut se déplacer, et subir ainsi l'influence de la pesanteur. Dans l'*Ascite*, au contraire, le malade étant étendu dans le décubitus dorsal, la percussion provoque de la matité dans les régions latérales, tandis que la partie supérieure offre de la résonance. Cela se comprend, car le liquide, se déplaçant en raison du changement de position du corps, vient à la région postérieure de l'abdomen, tandis que les intestins flottent à la partie antérieure. Il faut encore tenir compte de l'historique du cas qui fournit des indications susceptibles de faire reconnaître si on a affaire à une maladie intestinale pouvant déterminer une hydropisie du péritoine, telle qu'une *affection rénale, cardiaque,*

ou *hépatique*. Le kyste des reins siège d'ordinaire dans l'un des côtés de l'abdomen, de sorte que si ce côté donne un son mat, l'autre produit de la résonnance, quelle que soit la position que prenne le malade.

Afin de savoir si la fluctuation résulte d'une distension de la vessie, il suffit de vider cet organe à l'aide d'une sonde pour être fixé à cet égard.

433.— Les causes habituellement provocatrices de cette affection sont : les *maladies du Foie*, du *Cœur* et des *Reins*, la *Péritonite chronique* et le *Cancer du péritoine*.

434.— La dilatation du cœur ou une lésion mitrale donne fréquemment naissance à l'*Ascite*. Dans ce cas, l'œdème des pieds précède l'hydropisie abdominale, et le malade a été antérieurement affecté de toux, de dyspnée et de palpitations. L'*Ascite* produite par une maladie des reins est, en général, accompagnée d'œdème des membres, de la face, et d'épanchement pleurétique ou péricardique. L'état de l'urine permet de décider quelle est la nature de l'affection (§ 220).

435.— De toutes les causes productrices de l'*Ascite* que nous avons citées, les plus communes sont les maladies du foie, par suite de l'obstacle qu'elles mettent à la circulation dans la veine porte. Elle résulte, le plus souvent, de la cirrhose, à laquelle est due la dilatation des veines superficielles de l'abdomen, ainsi que l'émaciation du malade et les autres symptômes qui caractérisent cette maladie (§ 329). L'*Ascite* peut être causée par le cancer hépatique, et plus rarement par la dégénérescence amyloïde de cet organe. On la rencontre rarement à la suite d'une congestion chronique, excepté, toutefois, quand cette congestion résulte d'une affection cardiaque ou pulmonaire. Elle n'ac-

compagne jamais l'hydatide, le foie gras, ou l'abcès hépatique.

436.— *c.*— Quand une tumeur solide est suffisamment grande pour remplir toute la cavité abdominale, elle est, en général, de nature maligne. Néanmoins, chez la femme, on doit avoir présent à l'esprit qu'il peut s'offrir l'état de grossesse.

SECTION II.

Accroissement partiel du volume de l'abdomen, la tumeur étant limitée à une partie de l'abdomen.

437.— Il n'y a qu'un examen attentif et souvent répété, limité à une partie de l'abdomen, qui puisse prémunir contre une erreur de diagnostic dans le cas de tumeur de cette espèce. Chez quelques sujets, et particulièrement chez les femmes qui ont eu un certain nombre d'enfants, les muscles abdominaux se contractent à la moindre application de la main sur le ventre, et peuvent donner la sensation que fournit une tumeur quand cependant il n'en existe pas. Lorsque l'on soupçonne qu'une telle chose a lieu, on examine la malade dans différentes positions, en fixant son attention par une conversation quelconque. Le D^r W. Jenner recommande, pour obtenir le relâchement des muscles abdominaux, de placer le sujet sur le dos, les épaules un peu élevées, la tête soutenue et fléchie en avant, de façon que le menton touche le sternum, les genoux repliés et tenus par un aide, les pieds à plat. Dans quelques cas rares, il est vrai, on est obligé de recourir au chloroforme pour faire cet examen.

438.— L'accumulation de matières fécales simule quelquefois des tumeurs malignes et autres; elles

semblent molles, flasques; elles sont souvent situées dans le cæcum ou dans la courbure sigmoïde du côlon. Dans tous les cas douteux, il faut vider les intestins, soit à l'aide de purgatifs, soit à l'aide de laxatifs, avant de se prononcer d'une manière définitive. La

FIG. 72.

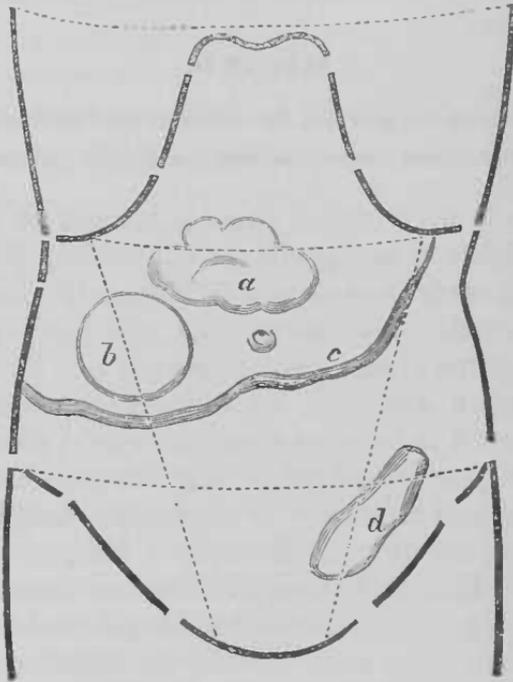


Diagramme représentant la situation de différentes tumeurs dans quatre cas d'accumulations fécales dans le gros intestin; *a*, élargissement noduleux existant depuis plusieurs semaines, par suite de fèces arrêtées dans la courbure du côlon; *b*, tumeur ronde augmentant lentement pendant plusieurs mois, par suite de fèces arrêtées dans le côlon ascendant; *c*, concretion étendue occupant tout l'espace compris dans la double ligne de l'ombilic, provenant surtout d'une grande accumulation de fèces dans le côlon; *d*, tumeurs provenant d'une accumulation récente de matières fécales dans la courbure sigmoïde du côlon (Bright).

figure 72 indique le siège habituel de ces tumeurs.

439.— La présence d'une tumeur abdominale est souvent cachée par l'existence de l'Ascite. Lorsqu'il existe une trop grande quantité de liquide dans la cavité abdominale, il est quelquefois impossible de reconnaître l'existence d'une tumeur avant d'avoir obtenu l'évacuation de ce liquide par une ponction. Mais, quand l'épanchement est peu considérable, on peut atteindre la masse solide en exerçant fortement, d'une manière soudaine, une pression avec le bout des doigts, de façon à déplacer la couche liquide intermédiaire.

440.— Lorsqu'on a pu déterminer, d'une manière positive, la présence d'une tumeur, il reste à considérer quels sont les organes situés dans la région où on l'a trouvée et à se rendre compte des rapports qui existent entre eux. Ainsi, si elle siège dans l'hypochondre droit, on doit rechercher s'il y a quelque rapport entre le foie et l'excroissance morbide.

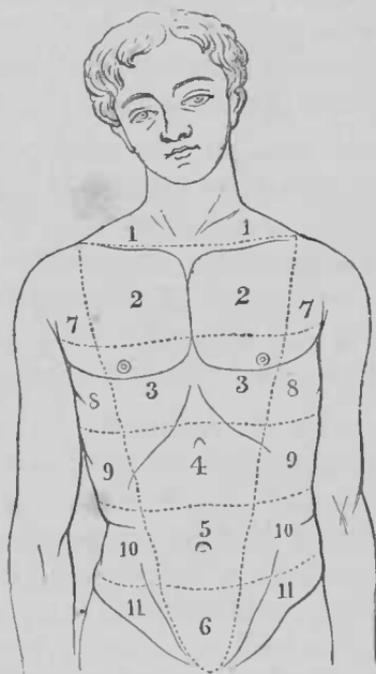
441.— Il importe de reconnaître si la tumeur est mobile ou non, pendant l'acte respiratoire. Se meut-elle? On en peut conclure qu'elle a un rapport avec le diaphragme ou avec quelque autre organe, tel que le foie, l'estomac ou la rate. Est-elle fixe? Elle peut être due à la dilatation d'un élément organique, tel que l'aorte ou les glandes lymphatiques retenues immobiles, ou enfin elle peut tenir à l'immobilisation d'un organe fixé par des adhérences.

442.— On doit surtout porter son attention sur les organes abdominaux dont les fonctions sont dérangées. Ainsi, si le malade est atteint de vomissements répétés, composés en grande partie de liquides fermentés, et d'une dilatation abdominale, on peut con

clure à une tumeur dure, en rapport avec le pylore, bien qu'elle soit éloignée quelquefois de la position normale qu'occupe cette partie.

443.— De même que la poitrine, l'abdomen est divisé en régions. Un coup d'œil jeté sur les fig. 73 et 74 suffit pour s'en rendre compte et les connaître.

FIG. 73.



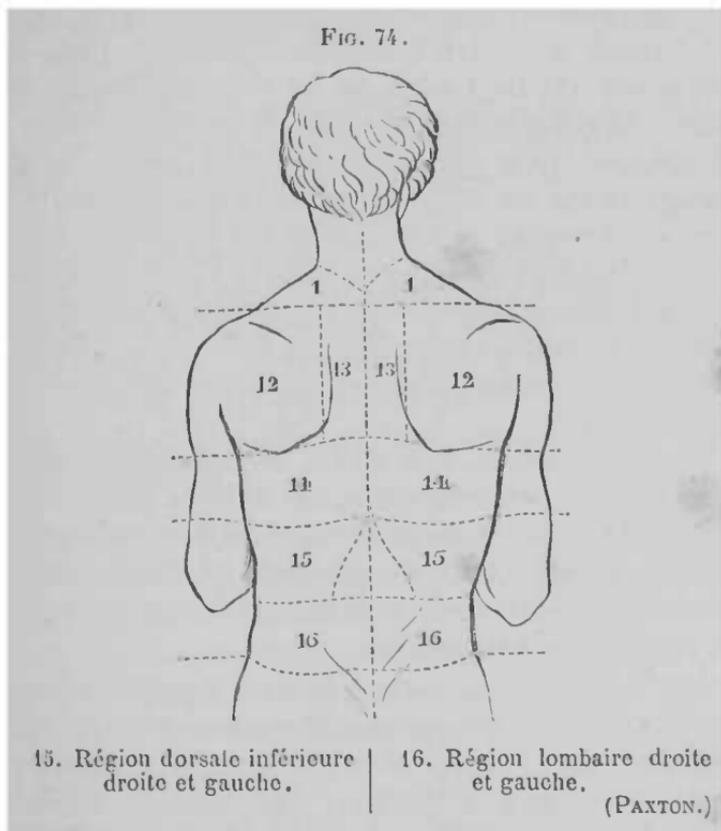
4. Région épigastrique.
 5. Région ombilicale.
 6. Région hypogastrique.
 9. Région hypochondriaque
 droite et gauche.

10. Région iliaque droite et
 gauche.
 11. Région inguinale droite
 et gauche.

(PAXTON).

444.— **HYPOCHONDRE DROIT.**— Cette région est le siège le plus habituel des *tumeurs du foie, des reins et de la*

vésicule biliaire. On doit se souvenir que le foie peut être déplacé par suite d'emphysème, d'épanchement dans la plèvre droite, dans le péricarde (fig. 5), de dilatation du cœur, et que ces altérations peuvent simuler ainsi un élargissement hépatique. Les maladies du foie susceptibles de produire une tumeur sont la *Con-*



gestion, la *Cirrhose*, lors de sa première période, les *Dégénérescences graisseuse* ou *lardacée*, l'*Abcès*, le *Kyste hydatique* et le *Cancer*, ainsi que la dilatation et le cancer de la vésicule biliaire. Les kystes, le cancer et les

maladies de la vésicule biliaire peuvent souvent être confondus avec des tumeurs affectant d'autres organes (fig. 63). Les maladies des reins qui peuvent produire une tumeur dans l'hypochondre droit sont la dilatation, le kyste et le cancer de ces organes. Lorsque la tumeur est due à une lésion du foie, elle n'est pas recouverte par les intestins, et sa continuité avec le reste de l'organe peut être facilement tracée; de plus, il existe souvent de l'ictère ou de l'ascite. Lorsque la lésion primitive affecte les reins, la percussion détermine un son clair dans quelques points, par la raison qu'une partie du côlon la recouvre en différents endroits; on constate la présence de pus ou de sang dans les urines, ou l'historique en indique l'existence antérieure. L'étiologie révèle les symptômes de la constriction, d'une maladie calculaire ou de la vessie. Il peut y avoir complication d'une affection des testicules ou de la prostate.

Chez les enfants, la maladie médullaire des reins peut offrir de grandes difficultés dans le diagnostic, par la raison que la tumeur se trouve derrière les intestins, semble constituée par deux ou trois gonflements séparés, et aussi en raison de l'absence du pus ou du sang dans les urines.

445. — ÉPIGASTRE. — On rencontre aussi dans cette région des tumeurs hépatiques. Le cancer de l'estomac se reconnaît à la dureté et à l'irrégularité du gonflement, ainsi qu'à la douleur, aux vomissements et autres signes particuliers à cette maladie (§ 375). Le cancer du pancréas forme exceptionnellement une tumeur dans cette région, mais les symptômes varient tellement, suivant les tissus qui sont atteints, que son diagnostic est très-difficile. Dans un grand nombre

de cas, on n'a pu découvrir extérieurement aucune tumeur; cependant, l'urine était sucrée, et le malade rendait beaucoup de graisse dans les selles.

446.— **HYPPOCHONDRE GAUCHE.**— Bien que l'accumulation de matières fécales soit ce que l'on observe le plus souvent dans cette région, on y rencontre pourtant assez fréquemment des tumeurs du foie, de la rate et du rein.

447.— On s'assure du volume de la rate par la percussion et par la pression de la main exercée sur l'abdomen, au-dessous de l'hypochondre gauche. Quand on percute, il faut se souvenir que, chez une personne saine, les bords antérieurs de cet organe correspondent à deux lignes tirées perpendiculairement en bas des plis de l'aisselle gauche. On trouve ordinairement un espace d'environ 2 pouces sans résonance. Quand on constate que l'organe est projeté au-dessous de l'hypochondre gauche, on peut être presque certain qu'il est malade.

448.— La *Congestion de la rate* accompagne habituellement les fièvres intermittentes et quelques autres maladies du foie. Ce dernier organe est fréquemment le siège d'une dégénérescence lardacée, d'où il s'ensuit que le foie et les reins sont affectés en même temps. Quand la rate est hypertrophiée, elle atteint fort souvent un volume considérable; elle forme une tumeur ovulaire, à surface unie, portant habituellement une profonde échancrure sur son bord antérieur.

A l'examen microscopique, on voit que tout l'organe est congestionné, et que les corpuscules de Malpighi sont très-tuméfiés, par suite d'augmentation dans le nombre des cellules du tissu fibreux dont ces corps sont

composés. Le sang offre des signes évidents d'altération; sa pesanteur spécifique est faible, il est plus aqueux, et la quantité d'éléments solides qui le constituent est diminuée. Les globules blancs y sont en tel excès qu'ils atteignent, s'ils ne le dépassent, le nombre des globules rouges. Cette maladie du sang se nomme *leucocythémie* ou *leukémie* (1).

(1) Nous saisissons l'occasion pour redresser ici une erreur ayant cours dans le monde scientifique à propos de la découverte de la *Leucocythémic*. Certains écrivains français, pour qui les idées allemandes font article de foi scientifique, ont fait de la *Leucocythémie* une *découverte allemande*. Il n'en est rien. Tout l'honneur en revient au professeur J. Hughes Bennett (d'Edimbourg), lequel a décrit le premier, d'une façon précise, cet état morbide dans un article publié le 1^{er} octobre 1845, qu'il baptisa du nom de *Leucocythémie*.

Ce n'est que *six semaines après*, et lorsque le travail de Bennett avait eu déjà un grand retentissement, que le professeur Virchow publia un autre cas analogue, dans lequel, cependant, il confond les globules blancs normaux du sang avec la production de nombreuses cellules sanguines incolores, suite d'un état morbide particulier.

Néanmoins, M. Isambert, dans le *Dictionnaire Encyclopédique* et d'autres auteurs, sans prendre la peine de remonter aux véritables sources d'informations, continuent à faire de la leucocythémie une découverte allemande, induits en erreur par les journaux et les publications d'Outre-Rhin; les auteurs de ces derniers articles se sont servis « *de tristes expédients* » comme le dit Bennett, pour représenter la leucocythémie comme une découverte de Virchow. Ils n'y sont point parvenus. (Voir *Physiologie spéciale*, par J.-H. Bennett et *Leçons cliniques sur les principes et la pratique de la médecine*, p. 550.) Paris, Masson.

(N. d. T.).

Le malade est pâle, anémié, faible. Il est souvent atteint d'hydropisie des jambes et de l'abdomen; il est sujet à des épistaxis abondantes, à des hémorrhagies. Quelquefois le thymus et les glandes lymphatiques sont dilatés en même temps que la rate, et le malade meurt d'épuisement. (Maladie de Hodgkin.)

449.— On distingue la tuméfaction de la rate d'une tumeur du rein gauche en ce que la première n'est pas couverte par le côlon, et par conséquent donne de la matité à la percussion. De plus, la rate se meut avec facilité pendant l'acte respiratoire; son bord antérieur est tranchant, souvent échancré, et non pas rond comme celui du rein. En plus de ces signes, le malade est, en général, anémié, sujet aux hémorrhagies, tandis que, quand il y a tumeur du rein, on rencontre du sang ou du pus dans les urines. La tumeur splénique peut habituellement se déplacer, se reporter en avant et laisser un espace libre entre l'organe et l'épine dorsale, phénomènes qui ne se rencontrent pas dans le cas de tumeur rénale. Le lobe gauche du foie peut être aussi tuméfié et venir en contact avec une tumeur splénique; mais, dans un tel cas, on observe que le lobe droit est aussi plus volumineux, et, par suite d'une forte inspiration ou d'une pression avec la main, on peut faire cesser le rapport qui existe entre le foie et la rate.

450. — RÉGION OMBILICALE. — Les tumeurs qui se développent dans cette région sont dues à l'accroissement de certaines excroissances locales en rapport avec le foie ou l'estomac.

451. — Les glandes mésentériques tuméfiées ne produisent que rarement une tumeur abdominale, et

même on pourrait dire qu'elles n'en produisent jamais. Le D^r Jenner dit que « l'on peut quelquefois découvrir la présence des glandes tuméfiées en saisissant les deux côtés de l'abdomen entre les deux mains ou entre les doigts de la même main, et en serrant graduellement. » Quand les glandes lymphatiques sont assez tuméfiées pour former une tumeur sensible, cette dernière est fixe, ne peut être mue ni par la respiration, ni par la pression.

452. — Des anévrysmes de l'aorte et de ses ramifications se rencontrent généralement dans cette région, ainsi que dans la région épigastrique. Ils sont accusés par des fortes douleurs névralgiques, par des pulsations et un murmure systolique dont elles sont accompagnées. Cependant il faut prendre garde de confondre un anévrysme de ce genre avec un accroissement de force pulsatile de l'aorte, phénomène qui se produit fréquemment chez les dysepsiques (surtout chez les femmes), ou encore avec la pulsation d'une tumeur située sur ce vaisseau. Pour établir cette distinction, il faut chercher à saisir la tumeur entre les doigts, et si c'est un anévrysme, comme l'anévrysme se dilate en tous sens, à chaque pulsation cardiaque on sentira les pulsations aussi bien en avant qu'en arrière. Il faut aussi se souvenir qu'un bruit peut être produit par la pression qu'exerce le sthétoscope. Enfin, quand on a affaire à un anévrysme, on entend ce murmure aussi bien en avant de l'abdomen qu'en arrière du corps, près de la colonne vertébrale.

453. — RÉGIONS LOMBAIRES. — Dans ces régions, les tumeurs peuvent être dues à des maladies des reins, du foie ou de la rate, ou être simulées par une accumulation de matières fécales. Quelquefois une inflam-

mation se produit dans le tissu cellulaire qui entoure les reins, et un abcès s'ensuit. D'autres fois un cancer affecte l'épine dorsale ou les glandes lombaires, et une tumeur se forme dans les lombes.

454. — Il faut examiner quel est le volume des reins, en prenant entre les doigts les régions lombaires, le malade étant couché à plat sur le ventre ou se reposant sur les genoux et les mains. Sir W. Jenner recommande « de placer une main sur le dos du sujet, au niveau de la dernière côte, en dehors des muscles lombaires, dans la gouttière dorsale ; l'autre main se pose juste à l'opposé de la première du côté droit, sur le bord inférieur du foie. Ayant ainsi placé ses mains de façon à bien tenir le rein, on presse autant que possible sur la paroi antérieure de l'abdomen, en distrayant l'attention du malade afin d'annuler la tension musculaire de cette partie. Ensuite, après avoir, par tous les moyens, porté cette compression à son maximum, on fait glisser en avant la main qui se trouve en arrière. » De cette manière, le rein est porté sous les doigts d'une façon presque toujours complète, dans la grande majorité des cas.

455. — Il faut se souvenir que les tumeurs rénales s'étendent presque toujours *en avant*, là où existe une pression moindre. Donc, quand une tuméfaction est ressentie *en arrière*, près de la colonne vertébrale, on peut être sûr que ce n'est pas le rein qui est affecté.

456. — RÉGIONS ILIAQUES. — Les *maladies du cæcum*, l'*inflammation du tissu cellulaire qui l'entoure* (420), ou les *maladies de l'ovaire*, sont les causes les plus communes des tumeurs qui se rencontrent dans cette région. Les tumeurs ovariennes, à moins qu'elles ne

soient cancéreuses, sont faciles à reconnaître, grâce à leur mobilité, à leur rapport avec l'utérus, et au peu de désordre qu'elles semblent susciter dans l'état général de la santé.

457. — RÉGION HYPOGASTRIQUE. — Les tumeurs qui siègent dans cette région sont dues aux *maladies de l'utérus* ou de la vessie. Quelquefois, dans la Péritonite chronique, on trouve du pus renfermé dans un sac formé par les replis de l'intestin adhérents l'un à l'autre (1).

(1) Voir l'excellent ouvrage du Professeur A. Courty. *Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes*. 2^e édition. Paris 1875, chez Asselin (N. d. T.)

CHAPITRE X

MALADIES DE L'ENCÉPHALE ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE

458. — Les maladies principales auxquelles le cerveau et ses membranes sont sujets sont : *la Méningite aiguë ou chronique, l'Hydrocéphale, la Congestion cérébrale, l'Encéphalite, l'Absès, l'Hémorrhagie, le Ramollissement, les Tumeurs tuberculeuses, cancéreuses* ou autres. La moelle épinière peut être affectée de *Méningite, d'Inflammation, de Ramollissement, de Dégénérescence grise* et de *Tumeurs*.

459. — DANS LA CONGESTION DU CERVEAU, les vaisseaux des membranes sont gorgés de sang, et un nombre considérable de points sanguinolents s'observent sur la substance de l'organe quand on y pratique une section. Lorsque la congestion a eu une durée continue, ou qu'elle a affecté le malade à plusieurs reprises, les vaisseaux sanguins se dilatent, et il y a plus ou moins de perte de substance.

La Congestion active peut être déterminée par un accroissement dans l'activité cardiaque, comme il arrive dans l'hypertrophie, ou par une diminution d'activité dans la circulation cutanée ou d'autres organes, comme

cela se produit dans la fièvre intermittente, phénomènes qui tous deux causent l'arrivée d'une quantité considérable de sang dans le cerveau. La congestion aiguë peut aussi survenir par suite d'un travail intellectuel excessif, ou par épuisement de cet organe.

La Congestion passive est la conséquence du retour trop lent du sang veineux du cerveau, comme il peut arriver quand une tumeur détermine de la pression ou quand le sujet est atteint d'une maladie de cœur ou des poumons.

460. — DANS L'ANÉMIE CÉRÉBRALE, la substance grise est ordinairement pâle, et présente, sur une coupe pratiquée sur un cerveau affecté, des points sanguinolents. Elle peut être provoquée par tout ce qui diminue la quantité du sang, comme des hémorrhagies abondantes, de la diarrhée, etc..., ou par une altération morbide qui affecte la cavité crânienne, telle qu'une tumeur. Quelques portions du cerveau peuvent être privées de la quantité de sang dont elles ont besoin par suite de l'oblitération des vaisseaux par des caillots, ou d'œdème, ou par la compression exercée par des tumeurs, ou enfin par l'extravasation du sang, etc.

461. — MÉNINGITE OU INFLAMMATION DES MEMBRANES DU CERVEAU. Dans les affections de ce genre, les vaisseaux sanguins de la pie-mère sont fortement dilatés et gorgés de sang, l'arachnoïde est opaque; de la lymphe et, dans quelques cas, du pus se rencontrent au-dessous d'elle. La pie-mère se sépare difficilement de la surface du cerveau, qui est ramolli et qui se déchire aisément.

L'examen microscopique montre les plus petits vais-

seaux sanguins couverts de matière grasse et granuleuse, et souvent dilatés dans plusieurs endroits de leur parcours. Ils sont remplis d'une quantité innombrable de globules blancs, et leur membrane externe, ainsi que les tissus avoisinants, sont infiltrés de cellules.

Le premier effet de la *Méningite* est de déterminer une fièvre générale. Les exsudations qui en résultent sont susceptibles de produire la compression à laquelle peuvent être dues des convulsions ou une paralysie. Cette affection est presque toujours associée à une inflammation de la surface du cerveau lui-même, qui, lorsqu'il n'y a pas de tubercules, est particulièrement restreinte à la partie convexe de l'organe. L'inflammation de la dure-mère est des plus rares, si ce n'est comme résultat d'une lésion traumatique ou d'une maladie des os du crâne.

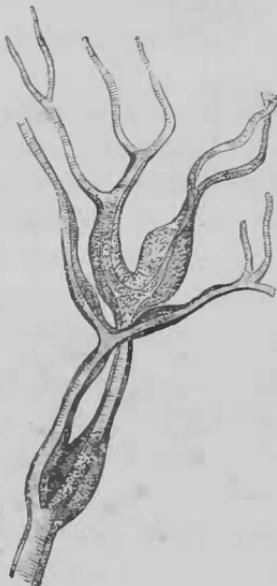
462. — HYDROCÉPHALIE OU HYDROCÉPHALE. Cette affection consiste dans l'épanchement d'un liquide dans les ventricules du cerveau; elle peut se présenter à l'état aigu ou à l'état chronique.

463. — HYDROCÉPHALIE AIGUE OU MÉNINGITE TUBERCULEUSE. Dans cette maladie, la surface du cerveau est aplatie, les ventricules sont remplis de liquide, et la substance cérébrale est molle et pulpeuse, surtout dans le voisinage des ventricules; les membranes de la base de l'organe, principalement à la commissure optique et à la scissure de Sylvius, sont épaissies, opaques et parsemées de petits tubercules miliaires. Les membranes de la partie supérieure sont généralement peu affectées.

A l'examen microscopique, les tubercules paraissent

être des amas de cellules à noyaux, autour de la tunique externe des artères (fig. 75). Les excroissances

FIG. 75.



Dégénérescence tuberculeuse d'une branche de l'artère de la commissure de Sylvius. Le tubercule est développé dans la paroi externe et comprime le canal de l'artère (Rindfleisch).

ainsi produites compriment ces vaisseaux, et, dans quelques-uns, les enveloppes des artères sont perforées par suite de l'extension, de dehors en dedans, de ces tumeurs. L'obstacle ainsi apporté à la circulation détermine d'abord la congestion, puis l'inflammation de la membrane.

On rencontre en général des tubercules dans les poumons ou dans d'autres organes, quand un malade a succombé à une méningite tuberculeuse.

464. — DANS L'HYDROCÉPHALE CHRONIQUE, le volume

de la tête augmente considérablement, les os qui forment la boîte crânienne sont largement séparés, les fontanelles sont ouvertes, les ventricules du cerveau sont distendus par le liquide épanché, la substance de l'organe est ramollie et comme comprimée par suite de la pression qu'exerce sur elle ce liquide.

465. — L'ENCÉPHALITE OU INFLAMMATION DE LA SUBSTANCE CÉRÉBRALE peut affecter tout ou partie du cerveau. L'Encéphalite générale est associée le plus souvent à une Méningite, et elle est limitée à la surface située juste au-dessous de la membrane enflammée. L'Encéphalite locale peut déterminer la formation d'un ramollissement rouge ou d'un abcès.

466. — DANS LE RAMOLLISSEMENT ROUGE OU INFLAMMATOIRE, la matière cérébrale est molle, pulpeuse, rouge; sa densité est plus grande qu'à l'état sain, et elle est souvent chargée de nombreux points sanglants.

A l'examen microscopique, on voit les tubes nerveux brisés et mêlés à des cellules sanguines, à de la matière granuleuse et à des corpuscules granuleux, gras, semblables à des mûres, nommés corpuscules exsudatoires. Les artérioles sont couvertes de matière granuleuse et grasse.

Lorsque l'Encéphalite s'est terminée par un abcès, on trouve (dans les cas récents) une cavité irrégulière, remplie d'un liquide jaune, gris ou rougeâtre, environné de tissu cérébral ramolli. Dans les cas anciens, du pus est enkysté dans une poche formée par du tissu connectif. On ne trouve pas nécessairement de véritables cellules de pus dans le contenu de l'abcès, mais souvent on y rencontre de simples granulations

et des corpuscules d'exsudat, à divers degrés de dégénérescence.

L'abcès cérébral résulte ordinairement de coups ou d'affections osseuses. La cause la plus commune est la carie de l'oreille interne.

467. — DANS LE RAMOLLISSEMENT BLANC, JAUNE, OU NON INFLAMMATOIRE, la substance cérébrale est molle, pulpeuse, d'une couleur blanche ou jaune. Quelquefois on constate des hémorrhagies capillaires en dehors des parties affectées.

A l'examen microscopique, on constate la présence de débris de fibres nerveuses ramollies, de matière granuleuse résultant de la destruction des tissus, des vaisseaux sanguins gras et des cellules graisseuses, dues à la dégénérescence des cellules nerveuses et des cellules du tissu connectif. Cet état de choses est toujours le résultat d'une nutrition imparfaite de la partie affectée. Il est le plus fréquemment la conséquence de l'oblitération d'une artère par un caillot, mais il provient souvent aussi de la pression exercée par une tumeur ou par un caillot sanguin sur l'appareil circulatoire des parties adjacentes à la substance cérébrale. Le *ramollissement jaune* ne diffère du *ramollissement blanc* que par la couleur due à une plus ou moins grande quantité de graisse ou de sang extravasé dans la matière cérébrale.

468. — L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE est fréquemment la cause de l'apoplexie et de la paralysie. L'hémorrhagie peut se produire : soit au-dessus de la dure-mère, soit dans le sac arachnoïdien, soit dans la substance même du cerveau. Elle s'observe en général dans ou autour du corps strié ou de la couche optique. On dis-

tingue habituellement *l'hémorrhagie capillaire* et *l'hémorrhagie en caillots*.

Dans l'hémorrhagie capillaire, la partie malade est rougeâtre ou jaunâtre, molle, pulpeuse et parsemée de petits points sanglants. Ces petites extravasations de sang se rencontrent dans toutes les inflammations aiguës du cerveau, au voisinage de l'endroit obstrué par un caillot (dans les artérioles). On l'observe aussi comme résultat de l'athérome de la membrane d'enveloppe des plus petits vaisseaux. L'hémorrhagie capillaire peut aller jusqu'au ramollissement jaune, jusqu'à la suppuration ou jusqu'à l'organisation des caillots sanguins.

Dans le cas d'organisation de caillots, on voit, à l'examen microscopique, que le sang épanché est recouvert d'une membrane fine, et que les globules rouges que ce fluide contient sont peu à peu remplacés par des cellules incolores. Cette membrane se change en tissu connectif, et les cellules ou dégèrent, ou sont absorbées, ou se développent et se convertissent en tissu connectif fibrineux.

Dans le cas de caillots hémorrhagiques, on trouve le sang répandu dans la substance ramollie ou brisée, décolorée; on le rencontre encore quelquefois dans les ventricules, qu'il remplit après s'y être extravasé. Lorsque le patient survit, la partie fluide du sang est résorbée; le coagulum se dessèche; la substance cérébrale environnante, d'abord déchirée et ramollie, reprend sa consistance normale, et il se forme un kyste, ou il ne reste qu'une simple cicatrice.

L'hémorrhagie cérébrale généralisée est habituellement causée par une affection graisseuse ou fibreuse

des vaisseaux sanguins, par des anévrysmes artériels ou par un ramollissement des tissus cérébraux. Cette maladie accompagne le plus souvent la dégénérescence des reins et l'hypertrophie du cœur.

469. — Toutes les fois qu'un produit morbide d'un diamètre supérieur à celui d'un globule sanguin, que ce soit une excroissance située dans une valvule cardiaque ou un caillot inclus dans une veine, toutes les fois, disons-nous, que ce produit morbide entre dans la circulation, il est entraîné par le courant sanguin jusqu'à ce que, rencontrant un vaisseau dont le calibre est trop petit pour lui livrer passage, il s'arrête et s'immobilise dans sa nouvelle position. Cette altération prend le nom d'*Embolie*. Naturellement ce phénomène est plus susceptible de se produire dans cette partie du système vasculaire que le tampon doit traverser aussitôt après qu'il est détaché de son point d'origine. Par conséquent, les vaisseaux du cerveau sont très-sujets à être ainsi obstrués dans les maladies du cœur, du foie et des organes dont le sang retourne par la veine porte, etc.

Le premier effet de l'oblitération apportée au cours du sang par un obstacle est la perte de tout fonctionnement dans les parties ainsi privées de leur nourriture. C'est ainsi que la paralysie survient quand une portion du cerveau se trouve subitement anémiée. Si le sang peut, de nouveau, suivre son cours par des branches collatérales et que la circulation soit rétablie, il ne se produit pas de lésion persistante. Mais, s'il n'en est pas ainsi, les vaisseaux avoisinants se congestionnent outre mesure, et l'hémorragie survient le plus habituellement (fig. 76). Les tissus, privés trop longtemps de sang, se ramollissent ou entrent en sup-

uration. Le ramollissement se produit le plus fréquemment dans le cerveau, parce que la plupart des embolies qui entrent dans sa circulation sont des excrois-

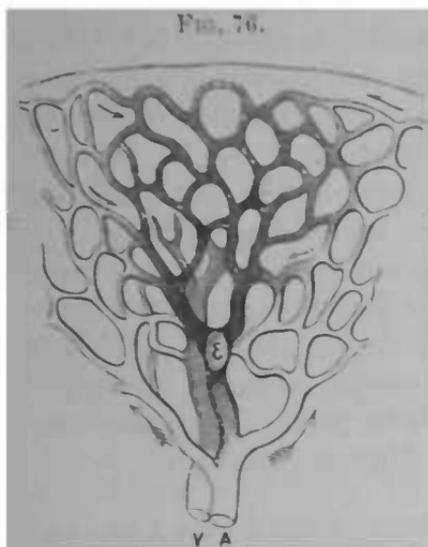


Diagramme d'une hyperémie embolique du poumon; A, petite artère obstruée en E, par un embolus; V, veine contenant un caillot sanguin provenant de l'arrêt de la circulation. Les flèches indiquent les voies latérales par lesquelles chemine la congestion (Rindfleisch).

sances ou des caillots venus du cœur. La suppuration a lieu plus communément dans les poumons et dans le foie, parce que les caillots arrêtés dans leurs vaisseaux proviennent, pour la plus grande partie, des veines obstruées par du sang décomposé, comme cela a lieu dans l'inflammation puerpérale et dans la dys-

entre fréquemment
t le cerveau et pro-
duit la *Méningite tuberculeuse*. Chez les enfants on

trouve dans la matière cérébrale une tumeur ferme, jaune, caséeuse, généralement appelée *Substance tuberculeuse*.

A l'examen microscopique, il semble exister deux espèces différentes de ces tumeurs tuberculeuses. Dans l'une, laquelle renferme ordinairement les plus petits nodules, on distingue de nombreux tubercules miliaires unis ensemble (fig. 75). L'autre ne présente aucun des caractères des vrais tubercules et semble être due à une croissance anormale de cellules provenant du tissu connectif du cerveau (névroliè); elle devient caséeuse vers le centre de sa masse. La tumeur est enveloppée par un tissu cellulaire amplement fourni de vaisseaux sanguins, tandis qu'à l'intérieur, ainsi que dans les parties plus anciennes, on ne trouve que du tissu fibreux résistant.

471. — GLIOMA. Nom donné à une sorte de tumeur qui naît dans le tissu connectif de la substance nerveuse. Elle affecte le cerveau, les nerfs et la rétine. Sa croissance est lente, et on l'observe principalement dans l'enfance. L'examen microscopique fait voir qu'elle consiste en de petites cellules rondes entremêlées de quelques fibres ténues (fig. 77).

472. — Le CANCER MÉDULLAIRE se présente parfois comme une tumeur cérébrale, mais la forme connue sous le nom de *squirrhe* est très-rare. Ces tumeurs peuvent prendre naissance dans le cerveau lui-même ou dans ses membranes, dans les os, dans les orbites ou dans les autres cavités avoisinantes.

473. — La MÉNINGITE SPINALE, ou inflammation des membranes de la moelle épinière, offre des altérations

FIG. 77.



Section d'une tumeur gliomateuse du cerveau.

morbides analogues à celles causées par l'inflammation des membranes du cerveau.

474. — La MYÉLITE, ou inflammation de la moelle épinière, se termine en général par le ramollissement. Les apparences morbides sont aussi analogues à celles du ramollissement cérébral.

475. — DÉGÉNÉRESCENCE GRISE DE L'ENCÉPHALE OU DE LA MOELLE ÉPINIÈRE. — La substance blanche de ces organes est susceptible de présenter deux formes de dégénérescence grise : la *Dégénérescence grise non inflammatoire* et la *Dégénérescence grise inflammatoire*. Dans les deux cas, la couleur grise vient de la disparition de la substance blanche de Schwann laissant intacte le cylinder axis des fibres nerveuses qui est grisâtre.

La *Dégénérescence grise non inflammatoire* affecte très-

fréquemment la moelle épinière, commençant habituellement à la partie inférieure du cordon spinal et gagnant le haut. Elle débute généralement par la surface, en sorte qu'une coupe de la moelle montre les cordons postérieurs convertis en une matière gris-rougeâtre qui s'irradie intérieurement à une profondeur variable. L'examen microscopique permet de constater une augmentation dans la quantité de tissu connectif, formant un réseau de fibres fines qui comprime les fibres nerveuses et détermine leur dégénérescence. La substance blanche de Schwann se détruit d'abord, mais le cylinder-axis peut être reconnu, souvent même à une période avancée de la maladie.

La *Dégénérescence grise inflammatoire* affecte habituellement une étendue plus limitée que la forme précédente. Elle détermine une certaine dureté dans les parties malades qui sont épaissies et atrophiées. Le microscope fait voir les enveloppes externes des vaisseaux sanguins très-épaissies, la quantité de tissu connectif accrue, les fibres nerveuses comprimées et dégénérées, comme dans la forme non inflammatoire.

476. — DANS L'ATAXIE LOCOMOTRICE, le microscope montre une atrophie et une dégénérescence des cordons et des racines postérieures des nerfs spinaux et quelquefois de la corne postérieure de la substance grise. Les membranes restent en général dans leur état normal. L'altération morbide semble toujours commencer par la surface de l'organe et de là s'étendre vers le centre.

477. — DANS LA PARALYSIE PROGRESSIVE, des parties isolées de la moelle épinière ont été rencontrées en état de dégénérescence. Les muscles des membres atteints

sont complètement atrophiés ; ils sont pâles, ramollis, et sous le microscope les fibrilles paraissent grasses et granuleuses.

478. — Les symptômes qui doivent faire soupçonner l'existence d'une affection des centres nerveux sont : une *altération dans les facultés intellectuelles* ou dans les *fonctions de mouvement et de sensation* ; une *douleur forte, continue* dans la tête ou dans l'épine dorsale, *des altérations de la vue* ou de *l'ouïe*, sans que cependant la structure de ces organes soit en rien changée. Comme on doit surtout se baser sur les symptômes, le diagnostic de cette maladie est plus difficile à établir que celui des affections décrites plus haut. Il faut accorder une très-sérieuse attention à l'étiologie de ces cas.

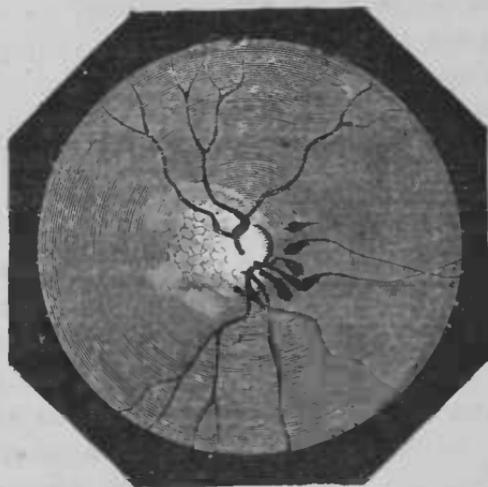
579. — Un des moyens les plus sûrs de diagnostic est de faire usage de l'ophtalmoscope, mais son emploi, pour être utile, exige une grande pratique. L'instrument dont on se sert le plus communément consiste en un miroir légèrement concave et une lentille bi-concave. Pour user de l'ophtalmoscope on place le malade sur une chaise dans une chambre obscure, en ayant soin de s'asseoir en face de lui sur un siège un peu plus élevé que le sien. Une lumière vive (produite par un bec de gaz ou par une lampe) est disposée au niveau de l'œil que l'on veut examiner, du même côté et un peu en avant. Soit, par exemple, l'œil gauche qui est soumis à l'examen, on prend l'instrument de la main droite et on applique le trou central à son œil droit (1). Alors on projette la lumière du miroir sur l'œil, et on cherche quelle est la distance qui donne le meilleur éclairage, puis on place

(1) Voir à l'appendice le paragraphe qui traite de l'ophtalmoscope.

la lentille à une petite distance, un peu en avant. On dit au sujet de regarder le mur un peu au-dessus de l'oreille gauche de l'observateur et, en changeant légèrement la distance de la lentille, on perçoit distinctement les vaisseaux sanguins de la rétine ; on suit le parcours de ces derniers depuis le point où ils sont affectés d'épaississement jusqu'à l'endroit où on trouve une plaque blanche, circulaire, de laquelle ils semblent émerger.

La papille optique est une plaque à peu près circulaire, bien définie, d'une coloration blanc rougeâtre, au travers de laquelle les artères et les veines de la rétine entrent dans l'œil. Les artères sont plus petites et plus clairement colorées que les veines. Les troncs

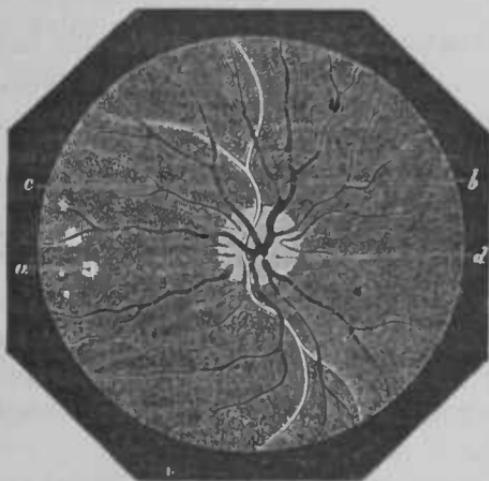
FIG. 78.



Cas de rétinite dans l'albuminurie. Le disque optique est mal délimité ; les vaisseaux élargis et tortueux ; dans la partie interne apparente sont plusieurs petites ecchymoses, provenant évidemment des vaisseaux rétinien. Du côté apparent externe est un cercle nuageux indiquant un épanchement sous-rétinien, et des taches blanches se trouvent à divers points. (POWER.)

principaux passent en haut et en bas avant de se diviser en branches secondaires (fig. 78 et 79).

FIG. 79.



Cas de tubercule de la choroïde, vu à l'ophthalmoscope ; *a*, tubercule dans la choroïde ; *b*, artère de la rétine ; *c*, veines de la rétine ; *d*, disque optique. (BOUCHUT.)

480. — Dans tous les cas qui s'offrent à l'observation il faut, tout d'abord, examiner si l'état intellectuel du malade est altéré. Dans une telle occurrence, voir § 481. — Si ce sont les fonctions de relation qui sont atteintes, voir au § 513 ; s'il subsiste des doutes quant à la nature de la maladie, il importe de s'assurer si la tête présente un volume anormal, et alors recourir au § 546 ; quand il y a altération du système sensitif, c'est au § 550 qu'on doit consulter.

Durant la marche d'une maladie de ce genre, tout le système nerveux se trouve affecté, mais par l'historique il est facile de savoir quel fut l'organe atteint de prime abord.

SECTION I.

Cas dans lesquels le sujet est atteint d'aliénation mentale.

481. — On peut constater un arrêt des facultés intellectuelles (482) ou un état de délire (502). — Dans *le coma* profond, le malade est incapable de répondre aux questions qu'on lui pose. Il est insensible à l'action de la lumière et des autres stimulants. La respiration est lourde, souvent stertoreuse, la déglutition difficile et parfois même impossible.

Dans le délire, le malade est dans un état excessif d'excitation intellectuelle; il parle constamment, vite, sans suite; il change à tout moment de position; il est ordinairement si violent qu'on est obligé de l'attacher (1).

A. Cas dans lesquels on constate que les facultés intellectuelles sont affaiblies ou anéanties.

482. — Cette catégorie comprend l'*Apoplexie*, l'*Insolation*, la *Catalepsie*, la *Méningite tuberculeuse*, les *Convulsions* et l'*Epilepsie*.

Dans les trois premières maladies, la perte de connaissance est généralement rapide; dans l'épilepsie le malade n'est atteint que de temps en temps. Dans la fièvre typhoïde, la méningite et dans beaucoup d'autres affections, la perte de la connaissance survient aussi au moment ultime de la maladie, et on doit éclairer le diagnostic à l'aide de l'étiologie.

(1) Nous ne traiterons pas ici de la folie en général, ce genre de maladie ne se rencontrant pas d'ordinaire dans les salles d'hôpitaux.

483. — *a.* — DANS L'APOPLEXIE le malade tombe, soudain, dans un état complet de stupeur; les pupilles sont dilatées; la respiration laborieuse, stertoreuse; la déglutition difficile; les membres sont sans forces; le pouls est lent, irrégulier et intermittent. Il y a rétention des urines, ou bien celles-ci s'échappent involontairement avec les fèces.

484. — L'attaque apoplectique est généralement précédée de céphalalgie, de vomissements, d'étourdissements, de gêne dans l'émission de la voix, d'engourdissement ou de tremblement des membres ou de la face, d'altérations de la vue ou enfin d'épistaxis. La durée de l'évanouissement varie beaucoup; il peut n'être que temporaire, peu profond, ou au contraire se prolonger jusqu'à la mort. Les pupilles peuvent ne présenter rien d'anormal; d'autres fois elles sont contractées, d'autres fois aussi elles sont dilatées.

485. — L'apoplexie peut provenir d'une congestion cérébrale (*congestive*), de la rupture d'un vaisseau sanguin dans le cerveau ou dans ses membranes (*sanguine*) ou d'un épanchement séreux, lequel, dans beaucoup de cas, dépend d'une affection rénale.

Lorsque l'apoplexie est déterminée par la congestion, l'attaque est habituellement précédée de nausées, d'étourdissements, de céphalalgie, d'insomnie, d'affaïssement physique et intellectuel. Lorsque le malade recouvre la santé, l'attaque est de courte durée, les fonctions intellectuelles se rétablissent promptement, et il ne reste ni paralysie des membres, ni gêne de la parole.

Dans le cours des affections rénales, des convulsions se produisent fréquemment. Elles ont une marche plus graduelle; il n'y a souvent aucun stertor, et l'urine est albumineuse. Quand l'attaque d'apoplexie a été produite par une hémorrhagie cérébrale, le malade est en général atteint d'hémiplégie, reconnaissable, pendant le coma, par la torsion de la bouche, l'impuissance de mouvoir les membres d'un côté.

Il peut arriver souvent que l'attaque ne soit pas précédée de symptômes prodromiques. L'intelligence, en cas de guérison, est lente à se rétablir, et un côté du corps reste d'ordinaire paralysé.

486. — Quand l'hémorrhagie se produit dans les ventricules, il y a coma profond, paralysie générale et rigidité musculaire. Si l'épanchement sanguin a lieu dans l'arachnoïde, les symptômes sont analogues à ceux qui caractérisent l'hémorrhagie ventriculaire, et de violentes convulsions s'observent souvent. La rigidité ou contraction tonique des muscles est le signe d'une hémorrhagie étendue avec déchirure de la matière cérébrale.

Lorsque l'hémorrhagie se fait dans le pont de Varole, les pupilles sont ou contractées ou dilatées, et il peut n'y avoir ni stertor ni paralysie.

487. — Le *coma* est quelquefois le résultat d'une lésion cérébrale, de l'urémie, de l'alcoolisme, de l'empoisonnement par l'opium, aussi bien que de la congestion cérébrale ou de l'hémorrhagie. Quand on possède une histoire claire du cas, il faut s'assurer si le malade a été affecté d'une affection rénale, s'il s'enivrait, s'il a été antérieurement atteint de paralysie ou

de quelques symptômes prodromiques de l'apoplexie. Mais si l'on a trouvé le malade dans un état déjà complet d'insensibilité et qu'on ne puisse obtenir aucun renseignement sur les antécédents du sujet, il importe d'examiner la face et la tête pour s'assurer si des traces de sang ne feraient pas découvrir des contusions reçues sur le crâne. Cet examen doit aussi se porter aux oreilles. On observe aussi si la bouche est tordue ou si l'un de ses côtés est paralysé. Ce signe indique une lésion cérébrale. Quand ces signes font défaut, on peut diagnostiquer une hémorrhagie du cerveau ou de ses membranes.

Lorsqu'il n'y a pas de traces de paralysie locale, on doit observer si la langue a été mordue. Les convulsions résultent alors, soit d'une hémorrhagie, soit de l'épilepsie, soit de l'urémie. Dans ce cas il est indispensable de rechercher si les urines contiennent de l'albumine.

Quand le coma est dû à des excès alcooliques, la face est en général d'un rouge vif, au lieu d'être pâle; le pouls est rapide; l'haleine sent l'alcool. On peut souvent réveiller le malade pour le questionner; la perte du pouvoir moteur est rarement complète et il n'y a point de convulsions (1).

Dans l'empoisonnement par l'opium, les pupilles sont contractées, il n'y a pas de stertor, et le coma

(1) Le Dr Astié assure qu'il est possible de reconnaître la présence d'une dose toxique d'alcool, en ajoutant à une goutte d'urine 15 gouttes de la solution chromique acide. Il se produit immédiatement une couleur vert-émeraude, brillante. On prépare la solution d'acide chromique en dissolvant une partie de bichromate de potasse dans 300 parties d'acide sulfurique concentré.

s'accroît de plus en plus. Cependant, comme les pupilles sont contractées partiellement et que le coma est très-profond dans l'hémorrhagie du pont de Varole, le diagnostic peut être rendu impossible si on n'a, pour s'éclairer, un historique bien fait. Il faut, dans tous les cas où il y a doute, recourir à la pompe stomacale.

488. — L'inflammation de la rétine est très-commune dans les maladies des reins (236) et l'examen ophtalmoscopique de cette membrane peut fournir de sérieux renseignements pour établir un diagnostic(1).

Dans la période d'invasion, les veines de la rétine sont pleines, dilatées et tortueuses, des extravasations se rencontrent sur différents points de leur parcours; la papille est hypérémiée ou gris blanchâtre par suite d'infiltration graisseuse. A une période plus avancée, ce disque se gonfle, et son rebord se confond peu à peu avec le reste de la rétine. Des plaques ou points blancs apparaissent à une petite distance de ce disque, ou bien il se forme autour de lui-même une large auréole blanche, rayonnée. La figure 78 montre une rétine ainsi disposée.

489.—*b.* INSOLATION. Le malade devient hébété après avoir été exposé au soleil; la face est pâle, les pupilles sont contractées, la respiration est stertoreuse, le pouls est fréquent, faible, intermittent.

490.— Cette affection est très-rare dans nos contrées. Habituellement elle est suivie d'amaigrissement, d'in-

(1) Voir *Pathologie générale* et article *Cérébroscopie*, par Bouchut et Després, in *Dictionnaire de Thérapeutique*.

somnie, d'étourdissements, de chaleur, de sécheresse de la peau, de désirs fréquents d'uriner et dans quelques cas de convulsions. En cas de guérison, la paralysie ne persiste pas, mais l'attaque laisse après elle une céphalalgie assez intense, de l'incapacité mentale, des étourdissements, et dans quelques cas il en résulte des attaques épileptiques ou de la folie.

491. — *c.* — DANS LA CATALEPSIE, le malade, ordinairement du sexe féminin, semble inconscient; les yeux sont ouverts; le corps est rigide; les membres restent fixés dans quelque position qu'ils se rencontrent au moment de l'attaque. Ils gardent aussi la position qu'on leur donne pendant l'accès même. Le pouls et la respiration sont normaux, mais très-faibles.

492.--Cette maladie est très-rare et elle est, en général, en rapport avec un trouble des fonctions utérines. Les attaques peuvent ne durer que quelques minutes ou plusieurs heures. Elles résultent ordinairement d'une forte émotion; elles ne débutent jamais par des convulsions et ne sont point suivies de paralysie.

Une forme un peu différente de cette affection s'observe parfois chez les personnes des deux sexes atteintes de ramollissement cérébral.

493. — *d.* — DANS LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE (*hydrocéphale aiguë*), le malade (un enfant), après avoir présenté les symptômes de la méningite tuberculeuse, tombe graduellement dans un état complet d'insouciance. Les yeux s'abaissent, louchent; les pupilles sont dilatées; la fontanelle est convexe et proéminente; la respiration est entrecoupée de soupirs. Le

pouls est lent, quelquefois irrégulier, mais il devient plus rapide quand l'enfant est soulevé de son lit.

494. — Chez les tout jeunes enfants, les premiers symptômes qui attirent l'attention sont habituellement des vomissements et de la constipation; les sourcils sont contractés, la tête est chaude et renversée en arrière, le pouls rapide. Le petit malade est de mauvaise humeur et pousse tout à coup des cris, comme s'il ressentait des douleurs violentes. Il se détourne de toute lumière, tressaille au moindre bruit, ne veut pas se laisser toucher, et souvent la respiration est entrecoupée de soupirs.

A un âge plus avancé, les enfants accusent tout d'abord une forte douleur dans la tête, et l'affection est ordinairement précédée de convulsions. A mesure que le mal approche du moment ultime, le coma se fait de plus en plus profond, et le patient meurt d'épuisement ou dans des convulsions.

La Méningite tuberculeuse s'annonce presque toujours par de l'amaigrissement, de l'incapacité de se mouvoir, de la tristesse, de la toux et d'autres signes caractérisant une santé languissante. Ces phénomènes s'observent quelques semaines et même quelques mois avant la première attaque. Habituellement cette maladie atteint les membres d'une famille dans laquelle plusieurs personnes ont été scrofuleuses ou affectées de consommation.

495. — La Méningite tuberculeuse attaque accidentellement les adultes phthisiques. De fortes douleurs lancinantes dans la tête, accompagnées de fièvre, de délire et de vomissements, sont ordinairement les premiers symptômes qui attirent l'attention. Il faut se

souvenir que, dans les cas de ce genre, la constipation n'existe souvent pas, une affection tuberculeuse attaquant en même temps les intestins.

496. — L'Hydrocéphale aiguë peut être confondue avec un certain état d'épuisement dû à de la diarrhée ou à une nourriture insuffisante. Dans cette espèce d'*hydrocéphale*, le malade est insensible, la fontanelle est déprimée, la tête est froide, la face pâle, les intestins sont habituellement vides.

497. — On peut s'aider de l'ophthalmoscope pour éclairer le diagnostic de la méningite aiguë ou de la méningite chronique.

Dans la Méningite tuberculeuse, le disque optique est œdémateux, les veines de la rétine sont dilatées, des épanchements ont lieu, et, dans quelques cas, on peut distinguer, sur la choroïde, de petits tubercules circulaires et proéminents (fig. 79).

Dans la Méningite chronique, des auteurs assurent que l'on peut rencontrer une infiltration séreuse de la papille, des hémorrhagies et des exsudations graisseuses.

498. — *e.* — DANS L'ÉPILEPSIE, le malade est sujet à des attaques. Lorsqu'elles surviennent, il tombe soudain à terre; il est hébété; la face est convulsionnée; les pupilles dilatées. Les membres sont agités de mouvements convulsifs; les lèvres sont bleues; il vient de l'écume à la bouche; la langue est souvent mordue, et quelquefois le pouls est à peine perceptible.

499. — Les attaques durent rarement plus d'un quart d'heure et sont suivies d'un sommeil profond. Dans l'intervalle de l'une à l'autre, l'épileptique peut

jouir d'une bonne santé, mais en général l'intelligence s'affaiblit graduellement, et l'énergie intellectuelle et physique s'anéantit peu à peu.

500. — L'*Epilepsie* peut être déterminée : soit par une affection cérébrale, soit par la syphilis, soit par l'irritation d'un organe quelconque. Souvent cette maladie est héréditaire. Une peur est parfois la cause productrice de la première attaque.

Les attaques sont précédées, de quelques secondes, par une sensation (*aura*), ayant son origine dans une partie quelconque du corps et remontant au cerveau. D'autres fois elles sont précédées d'étourdissements, de douleurs à la tête, de convulsions dans les membres. D'ordinaire les symptômes qui accompagnent le début de l'accès sont un cri perçant, une torsion du col d'un côté, une contraction des traits. Chez certains sujets, la perte de connaissance ne dure que quelques minutes; le malade ne tombe pas, il n'a point de convulsions (*vertige épileptique*). Il peut arriver que les accès déterminent un violent délire ou de l'hémiplégie.

501. — L'*Épilepsie* peut se confondre avec l'hystérie; mais, dans cette dernière maladie, l'évanouissement n'est pas complet; le sujet est sensible quand on lui jette de l'eau au visage; les convulsions sont, en quelque sorte, dépendantes de la volonté; la langue n'est pas mordue, et les attaques ne se présentent pas la nuit. Dans l'intervalle des accès, l'hystérique est sujette à des palpitations, à des douleurs dans le côté gauche, à de l'étouffement et à des paroxysmes de rires et de pleurs.

B. — *Cas dans lesquels le malade a le délire.*

502. — Il faut se souvenir qu'un léger délire accompagne (surtout pendant la nuit) un état de fièvre intense; aussi en rencontre-t-on dans les cas inflammatoires des organes importants. Chez les malades jeunes, un délire temporaire peut exister même dans la dyspepsie, et il peut être aussi provoqué par l'usage de narcotiques, tels que le chanvre indien. Il faut examiner l'état du cœur et des poumons, car il arrive souvent que, lorsque l'inflammation de ces organes est accompagnée de délire, les autres symptômes sont masqués par lui.

503. — Dans la fièvre typhoïde (575), dans le typhus (581), dans la méningite aiguë et dans le délirium tremens (toutes ces maladies sont aiguës), le délire est le symptôme principal. Il dure nuit et jour pendant un certain temps.

504. — *a.* — DANS LA MÉNINGITE AIGUE, en même temps que l'on constate un délire souvent furieux, le malade se plaint de fortes douleurs à la tête, qui s'exaspèrent par moments. Il ne peut tolérer ni la lumière, ni le bruit. Les pupilles sont contractées. Il y a insomnie, agitation. La face est bouffie, les conjonctives sont rouges, la tête chaude, le pouls rapide et dur, la langue chargée. Toute nourriture est vomie aussitôt qu'elle est prise, et les intestins sont resserrés.

505. — Dans la première période, le malade est saisi par le froid, suivi de céphalalgie et de vomissements. La peau est rouge et sèche; il y a de la fièvre. Quand une terminaison fatale est proche, la céphalal-

gie diminue; il survient des convulsions; le coma commence; le pouls est rapide, filiforme; la langue sèche et brune.

La Méningite aiguë peut se produire à la suite de coups reçus à la tête, d'excès alcooliques, d'affection syphilitique, d'inquiétude, de chagrins. Souvent elle fait suite à une maladie de l'oreille ou du nez; aussi faut-il toujours examiner très-soigneusement ces organes.

La Méningite tuberculeuse a déjà été décrite dans le § 493.

506. — La fièvre typhoïde se distingue de la méningite par le relâchement des intestins, la moindre intensité de la céphalalgie, l'absence de vomissements, les taches lenticulaires et la lenteur que mettent les symptômes à s'affirmer.

Dans le typhus, le malade parle tout bas, mais n'a point de délire furieux; il y a prostration des forces, et l'éruption caractéristique se montre rapidement.

La manie aiguë diffère de la méningite par la netteté de la langue, par l'absence de la céphalalgie, de la soif, des vomissements et par la moins grande rapidité du pouls. Les indications fournies par le thermomètre sont d'une très-grande utilité dans le diagnostic des fièvres.

507. — *b.* — DANS LE DÉLIRIUM TREMENS, outre qu'il y a du délire, le malade est extrêmement agité, et il lui est impossible de dormir. Il a des hallucinations (il voit des animaux tels que des rats, des hannetons, etc.); ses mains tremblent; la face est pâle; la peau est couverte de sueurs; le pouls est faible et rapide; la lan-

gue est humide et crêmeuse. L'étiologie révèle des habitudes d'ivrognerie.

508. — La principale difficulté dans le diagnostic est d'établir la distinction entre cette maladie et la méningite, car cette dernière peut aussi être déterminée par l'ivrognerie, bien que cela soit comparativement très-rare. On les distingue par les violents maux de tête, le pouls rapide, dur, la chaleur et l'état frénétique de la méningite.

509. — Une espèce de délirium tremens se rencontre chez les personnes dont les occupations les exposent à l'empoisonnement par le plomb. Dans ces cas, on observe une ligne bleuâtre sur les gencives, autour des dents. Les malades sont atteints de coliques et de paralysie saturnine ou de tremblements nerveux, et le délire survient surtout la nuit.

C. — *Cas dans lesquels le patient est sous le coup d'une diminution graduelle des facultés mentales.*

510. — On peut avoir affaire à un ramollissement chronique du cerveau ou à une méningite chronique, ou enfin à une paralysie des aliénés (524).

511. — a. — DANS LE RAMOLLISSEMENT CHRONIQUE DU CERVEAU, l'intelligence du malade s'affaiblit graduellement et surtout la mémoire des choses récentes. Il est irritable ; la face est abattue et sans expression. Le patient a une grande tendance à rire ou à pleurer sous le moindre prétexte. Souvent enfin il y a de la céphalalgie et des vomissements.

512. — Cette affection est fréquemment la conséquence d'une hémorrhagie cérébrale ou d'un ramollis-

sement aigu. Elle peut aussi provenir d'une obstruction des vaisseaux sanguins par des tampons fibreux, ou d'une débilité générale, d'un travail ou d'un effort intellectuel excessif. Elle est aussi parfois le résultat de tumeurs tuberculeuses ou autres, d'attaques d'épilepsie, de la congestion cérébrale ou de la syphilis.

§13. — DANS LA MÉNINGITE CHRONIQUE, on observe à peu près les mêmes symptômes que ceux qui se présentent dans le ramollissement cérébral; mais la céphalalgie est plus aiguë, le caractère plus irritable. La dépression mentale et le délire sont accidentels. Elle n'est pas précédée de tremblement, et l'historique révèle ordinairement la réception de coups sur la tête, ou l'existence antérieure de rhumatismes ou de syphilis.

SECTION II.

Cas dans lesquels les principaux symptômes dénotent une altération dans la puissance motrice.

§14. — Le pouvoir musculaire peut être diminué ou anéanti (§ 515), ou être augmenté et indépendant de la volonté (§ 536).

A. — Cas dans lesquels il y a diminution ou perte du pouvoir musculaire.

§15. — Il y a divers moyens de s'assurer de la perte du pouvoir musculaire. On prie le malade de mouvoir la partie paralysée et on voit les muscles obéir parfaitement à sa volonté, ou refuser tout service. Ainsi, quand un côté de la face est paralysé on engage le patient à rire, et on constate que la face est tirée du côté

opposé. On peut dans quelques cas rechercher si le pouvoir réflexe est intact, en chatouillant, par exemple, la plante du pied, et en observant si le sujet retire sa jambe. Chez d'autres personnes, on met en usage l'électricité afin de voir si les muscles répondent à ce stimulus. Il importe de toujours observer si, avec la paralysie, il existe des crampes ou des contractions musculaires, et s'il en est ainsi à quelle époque de la maladie ces phénomènes se sont produits.

516. — La sensibilité est souvent affaiblie quand le pouvoir moteur est altéré. On s'en assure en questionnant le malade, ou mieux et plus exactement, en mesurant avec un compas la plus petite distance à laquelle les deux pointes sont senties séparément.

La sensibilité musculaire peut être affaiblie, bien que la sensibilité de la surface cutanée reste normale. Dans ce cas les mouvements de la partie malade sont irréguliers, faits mal à propos, et ne peuvent être accomplis que par un violent effort de la volonté, ou quand les muscles sont dirigés par la vue.

517. — Dans *l'Hémiplégie, les Tumeurs cérébrales et la Paralysie des aliénés*, la perte du pouvoir moteur est un symptôme prédominant et provient d'une affection cérébrale. *La Paraplégie et l'Ataxie locomotrice*, sont dues à des maladies de la moelle épinière.

518. — a. — DANS L'HÉMIPLÉGIE, le malade est paralysé d'un côté de la face, de la langue et du corps. Le visage est tiré du côté opposé; le parler est, en général, imparfait, et le bout de la langue, quand le malade la sort, est attiré du côté affecté.

519. — Cette affection se déclare d'ordinaire d'une manière brusque. Elle est précédée de symptômes apo-

plectiques. D'autres fois, il y a perte soudaine de la parole, et du mouvement sans que la connaissance soit altérée. Le sujet peut se rétablir peu à peu, ou être atteint d'un ramollissement du cerveau. Le bras est la dernière partie qui, en cas de guérison, regagne son pouvoir normal.

520. — *L'Hémiplégie* peut suivre la chorée, l'épilepsie, l'hystérie, le ramollissement, l'abcès et la tumeur du cerveau, ou l'hémorrhagie cérébrale.

Dans la Chorée, la perte du pouvoir moteur est précédée de torsions musculaires particulières à cette affection. L'hémiplégie venue à la suite de l'épilepsie, suit l'accès pour disparaître bientôt, mais est susceptible de se reproduire après chaque attaque. Dans la Paralyse hystérique, la face et la parole sont rarement affectées. Tout le côté n'est pas également paralysé, et le malade présente d'autres symptômes propres à l'hystérie. Lorsque l'hémiplégie est due au ramollissement, le sujet garde sa connaissance, et les muscles des parties atteintes sont relâchés. L'attaque est précédée d'étourdissements, de céphalalgie, d'affaiblissement des facultés mentales. Les battements du cœur sont habituellement faibles, et chez les jeunes personnes on constate souvent des affections valvulaires.

Quand une hémorrhagie s'est déclarée dans le cerveau, il y a perte de la connaissance au commencement de la paralysie, qui se montre au moment où le malade se croit encore dans le meilleur état de santé possible. Les muscles des membres paralysés sont souvent contractés, et on observe fréquemment des signes évidents d'affections granuleuses des reins, ou la sensation dure que produit l'épaississement de l'artère radiale. Enfin un cercle blanc, entourant la cornée, in-

dique que les artères cervicales sont aussi probablement atteintes.

Lorsque l'hémiplégie a été déterminée par une hémorragie, l'état des facultés mentales et celui des articulations s'améliorent après une première attaque; mais, quand elle est causée par un ramollissement, l'intelligence reste affaiblie, et le rétablissement complet est fort lent.

L'hémiplégie est fréquemment déterminée par l'obstruction de quelques artères cervicales, par des caillots ou des végétations qui se sont détachés des valvules malades, et ont été entraînés dans la circulation.

521. — On peut avoir affaire à une forme incomplète d'hémiplégie par suite de congestion cérébrale. Quelquefois cette maladie est précédée d'une perte de mouvement dans les organes soumis à des nerfs spéciaux, tels que la langue ou la paupière. La paralysie de la *portio dura* survient à la suite de froid, et dans ce cas le malade ne peut ni abaisser la paupière à cause de l'incapacité où il est de mouvoir l'orbiculaire, ni plisser le front. D'autre part les muscles ne répondent plus à l'action de l'électricité, ainsi qu'ils le font dans la paralysie d'origine cérébrale.

522. — L'étendue de la paralysie varie selon les nerfs qui sont affectés. Si un nerf de la troisième paire est atteint, il y a abaissement de la paupière supérieure, dilatation de la pupille, le regard est porté en dehors; si c'est un nerf de la cinquième paire, les muscles de la mastication agissent avec moins de force du côté affecté que du côté opposé.

La difficulté d'avaler indique que l'affection atteint les nerfs vagues et glosso-pharyngiens. Quand l'altération se produit au-dessus des pyramides, là où les

nerfs moteurs s'entrecroisent, la paralysie a lieu du côté de la face du corps opposé à celui qui est lésé. Dans quelques cas rares, la lésion siège juste au-dessous de l'entrecroisement, et alors la paralysie se produit du même côté, et les nerfs de la face ne sont pas atteints.

523. — Les muscles des membres paralysés peuvent être *relâchés*, au moment de l'attaque, comme il arrive par exemple dans le ramollissement du cerveau ; ou *contractés*; quand la matière nerveuse est irritée par un caillot. Enfin les muscles, d'abord relâchés, peuvent ultérieurement se contracter par suite de l'irritation ou de l'inflammation due à la cicatrisation des parties lésées du cerveau. Cependant, lorsque la maladie dure longtemps, les muscles des membres peuvent se contracter par suite de changements survenus dans ces muscles eux-mêmes, et dans les tendons des parties atteintes.

524. — *b.* — DANS LA PARALYSIE DES ALIÉNÉS, le malade, tout en présentant les symptômes de dérangement mental, perd graduellement la sensibilité et le pouvoir moteur, la langue et les lèvres sont tremblantes; il est incapable d'articuler ou il n'émet que des mots imparfaitement prononcés.

525. — Dans quelques cas, les altérations mentales ne sont pas très-évidentes pendant la première période, et l'attention est plus attirée par la difficulté de parler que présente le malade et la paralysie graduelle qui s'observe. Souvent on constate une atrophie du nerf optique.

526. — Dans l'atrophie du nerf optique, « il existe une décoloration pâle, blanche, ou blanc bleuâtre de

la papille; une diminution dans le calibre et dans le nombre des vaisseaux sanguins nutritifs qui se trouvent sur l'extension de ce disque, une atrophie des vaisseaux de la rétine (plus spécialement des artères), et fréquemment une excavation particulière dans le nerf optique » (1).

527. — On doit toujours avoir présent à la mémoire que de l'intégrité de la moelle épinière dépendent les mouvements, les sensations et la coordination de forces musculaires. — Ces diverses fonctions sont altérées dans les maladies suivantes :

528. — *c.* — DANS L'ATAXIE LOCOMOTRICE, le patient a une démarche vacillante; les pieds sont jetés en avant. Les talons touchent les premiers la terre. Quand le malade ferme les yeux, il chancelle et tombe. Lorsqu'il est assis, il peut mouvoir ses jambes avec force : la sensibilité dans les membres affectés est très-obtuse ; le pouvoir locomoteur se perd peu à peu, et les bras sont généralement atteints plus tard que les jambes.

529. — Le malade est tout d'abord affecté de douleurs paroxystiques, fortes, lancinantes, errantes, dans les jambes. Souvent il est atteint de diplopie, et les pupilles sont inégalement contractées. Il y a quelquefois, non toujours, altération dans les fonctions de la vessie et des intestins. La marche de l'ataxie locomotrice est très-lente. Dans beaucoup de cas, le nerf optique s'atrophie, mais ce phénomène se produit rarement dans le cours de la première période.

530. — *d.* — DANS LA PARAPLÉGIE, la perte du pou-

(1) Soelberg-Wells. *Sur les maladies des yeux.*

voir moteur et l'insensibilité complète des membres inférieurs surviennent après un léger engourdissement ou une diminution de la sensibilité des jambes et des pieds. Le malade traîne ces membres en marchant, ou se trouve dans l'impossibilité de les mouvoir. Les fonctions intestinales ainsi que celles de la vessie se font involontairement. Les jambes sont souvent agitées de soubresauts brusques, et cela en dehors de la volonté du paraplégique. Un séjour prolongé dans le lit peut déterminer la formation d'eschares.

531. — L'étendue de la paralysie est en rapport direct avec l'étendue de l'altération de la moelle épinière. Selon le siège qu'occupe la lésion, les membres inférieurs peuvent être seuls affectés, ou les membres inférieurs et les supérieurs sont atteints simultanément.

L'urine est habituellement ammoniacale et dépose un sédiment épais et visqueux. La paraplégie peut résulter de l'hystérie, d'une affection des organes urinaires, d'un ramollissement de la moelle ou d'une tumeur exerçant une compression sur cette dernière.

Quand l'hystérie est la cause de cette maladie, la paralysie est rarement générale; son intensité varie selon la période où se trouve le sujet, et enfin d'autres symptômes sont présents.

Lorsque la Paraplégie est due à une maladie des reins ou de la vessie, l'altération des fonctions urinaires a précédé la paralysie. Quelquefois l'inflammation de la moelle épinière se présente sous forme aiguë, mais dont le développement est en général très-lent.

Dans quelques cas, l'affection de la moelle épinière provient d'une maladie des vertèbres ou de leurs cartilages; c'est pourquoi il faut examiner si la colonne

vertébrale est fléchie; si un choc brusque porté en une de ses parties, ou l'application d'une éponge, pressée après avoir été mouillée dans l'eau chaude, y provoque une douleur. Il importe aussi de s'informer si, quelque temps avant de ressentir la première douleur, le malade n'a pas été victime d'un accident quelconque.

532. — On distingue l'*Ataxie locomotrice* de la *Paraplégie* par les douleurs caractéristiques ressenties dans les membres, par les troubles de la vue, qui accompagnent habituellement ou précèdent le début, par le dérangement des fonctions de la vessie, et enfin par l'intégrité que conserve le pouvoir musculaire quand le malade reste assis.

533. — *e.* — DANS L'ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE, il se produit graduellement une certaine faiblesse dans un groupe de muscles, qui bientôt s'atrophient peu à peu (c'est habituellement le globe du pouce, ou le deltoïde qui sont les premiers affectés). La sensibilité de ces parties n'est pas diminuée, et on observe parfois des vibrations dans les muscles affaiblis.

534. — La marche de cette maladie est ordinairement très-lente (elle dure de neuf mois à cinq et six ans), et la mort ne survient souvent que lorsque les muscles des organes de la respiration sont atteints.

535. — Parfois, sous l'influence d'autres causes, la paralysie est seulement locale, ainsi la gorge est quelquefois paralysée à la suite de diphthérie; ou bien chez les jeunes enfants, au temps de la dentition, la paupière supérieure ou même tout un côté du corps, peut être atteint de paralysie.

Les ouvriers qui travaillent le plomb sont sujets à

la paralysie des extenseurs de l'avant-bras; mais la chute particulière des poignets, l'existence d'une ligne bleue autour des gencives, la présence antérieure de coliques et la nature des occupations dirigeront le diagnostic d'une façon certaine en pareil cas.

B. — *Cas dans lesquels l'action musculaire est augmentée et involontaire.*

536. — Lorsqu'une partie seule d'un membre est affectée, on nomme ce phénomène *Spasme*; quand au contraire l'action musculaire est involontaire, violente, générale accompagnée de perte de connaissance, on a affaire à des *Convulsions*. Les spasmes peuvent être continus et se nomment alors *Spasmes toniques*, ou ils alternent avec des moments de relâchement, et prennent dans ce cas, le nom de *Spasmes cloniques*.

Les convulsions se produisent à tout âge et dans différentes maladies. Les enfants y sont plus spécialement sujets, et dans la première période de la vie elles accompagnent les fièvres éruptives au début. La dentition peut encore en provoquer, ainsi que la présence de vers intestinaux ou de toute autre cause d'irritation. Elles viennent souvent aussi compliquer certaines affections cérébrales.

537. — Dans le *Tétanos*, l'*Hydrophobie* et la *Chorée* tout ou partie du système musculaire est affecté d'augmentation dans la puissance motrice qui n'est plus sous la dépendance de la volonté.

Dans la *Paralysie agitante*, le *Tremblement mercuriel*, la *Crampe des écrivains*, l'affection revêt ordinairement un caractère local.

538. — a. — DANS LE TÉTANOS, les muscles sont rai-

des, rigides; les traits sont contractés par une grimace caractéristique; des spasmes douloureux font souffrir le malade à intervalles rapprochés. Une forte douleur, s'étendant de l'épigastre au dos, est ressentie et l'intelligence reste intacte.

539.—Bien que le Tétanos soit quelquefois idiopathique, il peut survenir à la suite d'un coup. Le premier symptôme est la rigidité qui affecte la partie postérieure du cou et la mâchoire, d'où elle s'étend à tout le corps. Le pouls est rapide, petit; les intestins resserrés. Le malade souffre de polydipsie; il est atteint de fièvre, et la température est toujours fort élevée, (dans quelques cas elle arrive jusqu'à 43°,3 centigrades, (110° Fahrenheit) un peu avant la mort.

Lorsque la colonne vertébrale est tellement arquée en arrière que le corps repose sur la tête et sur les talons, cet état se nomme *Opisthotonos*; quand elle est recourbée en avant, il se désigne sous le nom de *Emprosthotonos*; quand la courbure se fait latéralement on l'appelle *Pleurothotonos*.

Des symptômes analogues peuvent être déterminés par l'ingestion d'une forte dose de strychnine; mais les spasmes surviennent brusquement; ils attaquent immédiatement tout le corps; sont paroxystiques, et non pas continus comme ils le sont dans le tétanos.

540. — *b.* — DANS L'HYDROPHOBIE, il se produit, au moment de la déglutition, un spasme violent du gosier; les malades ont horreur des liquides; ils sont agités, ont de l'insomnie et sont souvent atteints d'une véritable excitation maniaque. Le pouls est faible, la peau est couverte de sueurs, et la salive est sécrétée en grande quantité. Le sujet a été mordu par un chien

ou par un chat, quelques mois ou quelques semaines auparavant.

541. — Cette affection est rare et se reconnaît en général facilement à l'horreur de boire qu'ont les malades.

542. — *c.* — DANS LE CHORÉE, les muscles sont atteints d'un mouvement incessant, saccadé, fatigant, involontaire; la langue sort et rentre dans la bouche par saccades aussi. Les membres ne peuvent rester en repos; les muscles de la face sont tirillés et la parole est hésitante.

543. — C'est habituellement par les bras et par les mains que cette affection débute; souvent très-légère au commencement, elle s'accroît graduellement et s'étend aux autres parties du corps. Quelquefois un seul côté est affecté, mais le plus souvent les deux le sont à la fois. Dans beaucoup de cas, on perçoit un murmure à la valvule mitrale.

La densité de l'urine est ordinairement élevée et ce liquide renferme une grande quantité d'urée. Cette maladie atteint rarement les personnes âgées de plus de 20 à 25 ans. Elle est très-commune chez la femme.

Le Dr Hughlings Jackson pense que la Chorée est due à une embolie des capillaires cérébraux.

544. — *d.* — DANS LA PARALYSIE AGITANTE, les parties affectées sont dans un perpétuel état de mouvement. Tout d'abord un effort de la volonté peut enrayer cette agitation, mais bientôt la maladie prend une force telle que rien ne peut mettre obstacle à ce mouvement continu.

545. — Lorsque les mains sont attaquées, il y a impossibilité d'écrire; quand c'est le cou qui est atteint,

la tête se meut sans arrêter, et s'affaisse par instants. Beaucoup de malades ont une tendance à tomber en avant, qui fait qu'ils sont obligés de courir quand ils veulent seulement marcher. La paralysie agitante est une maladie particulière aux vieillards.

546. — LE TREMBLEMENT MERCURIEL est une forme de paralysie agitante, qui se rencontre chez les personnes qui manient du mercure.

LA CRAMPE DES ÉCRIVAINS est une crampe douloureuse, qui affecte les mains et les doigts des écrivains, toutes les fois qu'ils essaient de se servir d'une plume. Elle est probablement due à une action trop prolongée des muscles.

SECTION III.

Cas dans lesquels le volume de la tête est très-augmenté.

547. — Cette classe ne comprend que deux maladies : l'*Hydrocéphale chronique* et l'*Hypertrophie du cerveau*.

648. — a. — DANS L'HYDROCÉPHALE CHRONIQUE, le volume de la boîte du crâne est considérablement augmenté, surtout à sa partie supérieure; les fontanelles ne sont généralement pas fermées; les yeux sont saillants et dirigés en bas.

549. — Dans la première période, l'enfant paraît jouir d'une santé parfaite, mais à mesure que la maladie progresse il devient irascible, faible de corps et d'esprit, sujet à des convulsions. La nutrition est altérée. Le malade est habituellement incapable de marcher; les sens sont peu ouverts, et dans quelques cas, il se produit des convulsions. Cette affection se dé-

clare le plus souvent chez les enfants de moins de six mois.

550. — *b.* — L'HYPERTROPHIE DU CERVEAU est une affection rare dans laquelle, à part l'accroissement anormal du volume de la tête, il n'existe tout d'abord aucun symptôme frappant. L'hypertrophie commence par la nuque; les yeux restent enfoncés et les fontanelles ne sont point proéminentes.

SECTION IV

Cas dans lesquels le malade ressent de fortes douleurs dans la tête, sans cependant avoir de fièvre, sans que l'intelligence ni les mouvements soient altérés.

551. — La douleur ressentie dans la tête peut être due, soit à une dyspepsie, soit à un rhumatisme, soit à une névralgie, soit enfin à une maladie chronique du cerveau.

552. — On reconnaît la douleur provoquée par la dyspepsie en ce qu'elle s'exaspère après le repas, ou s'accompagne de constipation obstinée, de vomissements bilieux, d'acidité ou d'autres signes de maladie de l'estomac.

Dans le cas de rhumatisme, le cuir chevelu est sensible, et le malade a déjà ressenti des douleurs dans d'autres régions. Si la douleur est nocturne et qu'il existe des gonflements sensibles, elle est probablement causée par la syphilis, et on doit s'enquérir des antécédents morbides du sujet.

La névralgie se ressent particulièrement sur le trajet de quelque nerf de la face ou de la tête, et il se produit des exacerbations périodiques. Son siège le

plus ordinaire est la tempe, et on constate très-fréquemment une complication d'affections des gencives ou des dents.

On peut quelquefois attribuer cette douleur à la goutte ou à la fièvre intermittente. Plusieurs maladies chroniques du cerveau et de ses membranes sont suivies de douleurs ; mais on doit, pour les diagnostiquer, s'éclairer des autres symptômes présents.

553. — Dans beaucoup de cas le diagnostic des tumeurs cérébrales est très-difficile à établir par la raison que les symptômes varient quant à leur nature et à leur siège.

En général, les tumeurs sont accompagnées de douleurs fortes, persistantes, restreintes à une partie de la tête, et d'une paralysie de un ou de plusieurs nerfs crâniens, paralysie qui se développe graduellement. Les nerfs optiques sont très-fréquemment affectés, mais l'ouïe, l'odorat et le goût peuvent aussi l'être. Les nerfs de la troisième paire sont assez fréquemment attaqués. D'autres fois des vomissements, des étourdissements, des attaques épileptiques sont les symptômes les plus saillants. Cependant, des signes analogues peuvent être présentés par un abcès, par un ramollissement ou par d'autres maladies locales du cerveau.

On comprend donc qu'il faut toujours s'informer si le patient n'a point reçu de coups à la tête, si les oreilles ou le nez n'ont point été affectés d'écoulements, et s'assurer enfin s'il n'a pas une affection valvulaire.

554. — Si une personne, jeune et saine d'apparence, accuse une douleur de tête datant de quelques mois, accompagnée de vomissements fréquents, et qu'à l'aide de l'ophthalmoscope on découvre une *névrite optique double*, il est probable que le malade a une tumeur

siégeant dans une partie quelconque du cerveau. Le diagnostic sera rendu plus facile par l'existence d'une paralysie d'un ou de plusieurs nerfs crâniens.

555. — On ne peut déterminer la nature d'une tumeur par les seuls symptômes qu'elle produit ; mais il est toujours bon de se souvenir que les tumeurs tuberculeuses sont particulières aux enfants ; le glioma ne s'observe que dans l'enfance et dans la jeunesse, et le cancer, qui est fort rare, ne se rencontre que chez les personnes âgées.

556. — La syphilis affecte la moelle épinière et le cerveau, soit en altérant les membranes enveloppantes des artères, soit en donnant naissance à des tumeurs. On rencontre, comme conséquence de ces altérations morbides, soit une paralysie de tout un côté du corps (hémiplegie), soit des membres inférieurs (paraplegie), soit enfin d'un ou de plusieurs nerfs crâniens. Dans d'autres cas, il survient des convulsions épileptiformes. Quand une personne jeune a eu la syphilis et qu'elle n'a été affectée ni de maladie de cœur, ni de maladie des reins, on est autorisé à assigner à l'hémiplegie une origine syphilitique.

« En ce qui regarde les paralysies des nerfs crâniens, notre opinion est que ce soupçon est très-justifié lorsque la cinquième paire est atteinte. Viennent ensuite les nerfs du rocher, surtout dans le cas de surdité sans écoulement par l'oreille ; puis la troisième, la sixième, la huitième et enfin la neuvième paire. Si plusieurs de ces nerfs sont affectés l'un après l'autre ou en même temps, le soupçon sera plus affirmé et il le sera même davantage si la paralysie est limitée à un seul côté. Des convulsions de toute espèce peuvent être déterminées par la syphilis ; mais cette maladie est plus

souvent accompagnée d'accès qui commencent par des spasmes dans une des mains, dans un des pieds ou dans un des côtés de la face et qui ne sont pas suivis d'hémiplégie pendant un certain temps » (1).

Comme presque toujours les malades nient avoir eu la syphilis, on doit examiner la tête et la peau afin de s'assurer s'il y a des nodosités, des perforations au palais, une éruption cuivrée sur la peau ou de l'iritis.

Les altérations produites dans l'œil dans le cas de tumeur au cerveau, et que l'on observe à l'aide de l'ophtalmoscope, sont dues, soit à une névrite optique, soit à une atrophie du nerf optique. Dans beaucoup de cas le sujet n'a point de troubles visuels, en sorte que l'ophtalmoscope doit être employé chaque fois qu'on suspecte une affection cérébrale quelconque.

« Selon Von Græfe, l'engorgement de la papille se reconnaît au gonflement partiel, mais très-volumineux, et à la proéminence du disque optique, aux hémorrhagies nombreuses et copieuses qui se font sur la papille et alentour. Les veines sont largement dilatées, tortueuses et *d'une couleur foncée*; les artères, au contraire, sont très-petites; leur calibre est amoindri et souvent elles ne contiennent point de sang. L'infiltration inflammatoire de la rétine est restreinte au voisinage immédiat de l'entrée du nerf.

« Les signes ophtalmoscopiques qui caractérisent spécialement l'atrophie du nerf optique sont une décoloration blanche ou bleue blanchâtre de la papille, une diminution dans le nombre et le calibre des petits vaisseaux sanguins nourriciers qui se rencontrent sur

(1) Dr Hughlings Jackson. Sur les affections syphilitiques du système nerveux. *Medical Times and Gazette*, 23 mai 1862.

l'expansion du disque, l'amointrissement des vaisseaux de la rétine ainsi que des artères, et très-fréquemment une excavation particulière du nerf optique » (2).

337. — Le tableau suivant donnera une idée claire du siège des lésions cérébrales et de la moelle épinière dans les cas de paralysie.

Siège des lésions dans les paralysies dues à des coups ou à des maladies du cerveau ou de la moelle épinière (en grande partie emprunté à Brown-Séguard.)

SYMPTÔMES.	SIÈGE DES LÉSIONS.
Paralysie du nerf facial (Roehér) sans surdité ni anesthésie (Paralysie de Bell.).	Le tronc nerveux est habituellement atteint en dehors du crâne.
Anesthésie partielle partie du 5 ^e nerf) et paralysie partielle des autres nerfs crâniens, perte de l'odorat, strabisme (action de loucher) ptosis (paupière abaissée).	
Paralysie d'un nerf crânien quelconque, particulièrement toute la 5 ^e , 7 ^e , 8 ^e paires.	Dito.
Bras et jambe <i>droits</i> paralysés totalement, la moitié de la face <i>partiellement</i> (bouche tirée du côté opposé) hémiplégié droite, <i>vice versa</i> .	
	Presque toujours centrale, généralement du même côté du cerveau (probablement que tous les nerfs se croisent ainsi qu'il est certain que quelques-uns le font).
	Couches optiques <i>gauches</i> ; corps strié ou lobe cérébral <i>gauche</i> ou moitié <i>gauche</i> du pont de Varole, <i>au-dessus</i> de l'entrecroisement des nerfs de la face.

(2) Soelberg Wells (*Sur les maladies des yeux*).

- Jambe et bras *droits* paralysés } Moitié *gauche* du pont de Va-
avec le côté *gauche* de la face. } role, au-dessous de l'entre-
croisement du facial.
- Jambe et bras *droits* paralysés } Côté *gauche* du pont de Varole
avec les deux côtés de la face. } au niveau de l'entrecroise-
ment des nerfs de la face.
- Bras et jambe *droits* *impotents*, } La moelle allongée au niveau du
sensibilité et *chaleur* dimi- } pont de Varole sur le côté *gau-*
nuées. Température et sensi- } *che*, *au-dessus* de l'entrecroi-
bilité de la main et de la } sement des pyramides anté-
jambe *gauches* augmentées. } rieures.
- Perte du mouvement avec *hyper-* } Lésion du côté *gauche* de la
esthésie et augmentation de } moelle allongée *au niveau* de
chaleur au bras et à la jambe } l'entrecroisement des pyra-
droits, etc., et perte, anesthé- } mides antérieures.
sie et abaissement de tempé-
rature dans la jambe et le bras
gauches, etc.
- Jambe et bras *droits* paralysés } A la moitié *gauche* de la moelle
(quant au mouvement) plus } épinière, au-dessus du plexus
sensibles et plus chauds; mais } brachial, au-dessous de l'en-
jambe et bras *gauches* plus } trecroisement des pyramides
froids, moins sensibles ou tout } antérieures.
à fait anesthésiés.
- Les deux jambes paralysées, } Les deux moitiés de la moelle
mouvement et sensibilité abo- } épinière *au-dessous* du plexus
lies. Paralyse des sphincters, } brachial.
de la vessie et du rectum.

(Dr WOODMANN)

CHAPITRE XI.

FIÈVRES.

558. — Presque tous les états inflammatoires sont accompagnés des symptômes particuliers à la fièvre, savoir : pouls rapide, polydipsie, augmentation de chaleur à la peau, anorexie; les urines sont peu abondantes et très-colorées; les intestins sont resserrés et le malade est en proie à une inquiétude générale ainsi qu'à une grande faiblesse.

On doit donc, en présence de symptômes semblables, examiner les organes principaux de manière à constater à quelle cause locale on peut les rapporter. Il faut se rappeler que chez les enfants la moindre indisposition, telle qu'une indigestion ou la dentition, peut déterminer un état fébrile souvent assez intense. Cependant il ne faudrait pas, parce que l'on constate qu'un organe est affecté, conclure que la fièvre est produite par l'altération qu'il porte, car souvent c'est la fièvre elle-même qui provoque l'état inflammatoire.

Pour poser un diagnostic sérieux, il importe de s'informer soigneusement de l'étiologie de chaque cas en particulier et de s'appliquer à découvrir si ce sont les symptômes du désordre local ou si ce sont ceux de la fièvre qui se sont développés les premiers.

559. — Dans l'examen des fièvres, on est appelé à

utiliser tous les moyens de diagnostic physiques qui ont déjà été décrits dans les pages précédentes, en parlant des maladies des autres organes. De plus, le thermomètre est nécessaire pour connaître exactement la température propre au malade. L'emploi de cet instrument exige un certain soin.

On place la boule du thermomètre sous l'aisselle, après l'avoir réchauffée dans la main; on le fait tenir, en priant le malade de serrer le bras. Il faut que cet instrument soit en contact intime avec la peau pendant au moins cinq minutes.

On lit en marge, *avant d'enlever* le thermomètre, le degré de température auquel le mercure s'est élevé, à moins qu'il n'y ait un index maxima. On doit pratiquer cette observation deux fois par jour : de 7 à 9 heures du matin et de 5 à 7 heures du soir; ce sont les moments les plus favorables. La température normale est, au creux de l'aisselle, de 37° 5 centigrades (98°-6 Farenheit). Or, toute température au-dessus de 37°-5 centigrades (99°-5 Farenheit), et au-dessous de 36°-1 contig. (97° Farenheit) indique un état morbide. On doit aussi, en plus de ces observations, noter à chaque visite l'état du pouls et le nombre des respirations que le malade fait en une minute.

§60. — On ne peut déduire aucune conclusion de l'observation d'une seule température, à moins qu'elle ne soit accompagnée d'autres symptômes. Les maladies fébriles présentent certaines périodes ou *stades* que la température peut aider à reconnaître.

Les stades les plus facilement appréciables quand elles se produisent sont :

1° La *Période* ou *Stade initiale* ou *Pyrogénétique*, qui commence généralement par des frissons, et dans la-

quelle, bien que la température soit élevée, le malade accuse du froid. Dans la fièvre typhoïde, cette période atteint en quatre jours une température de 40° centigrades (104 Farenheit.)

2° La *période d'état* ou *acmé*, dans laquelle la température atteint son plus haut degré d'intensité ;

3° La *période de perturbation critique* ou *stade décroissante* qui est suivie de la *période de défervescence*. Cette dernière peut survenir tout à coup, et, dans ce cas, se nomme *crise* ; ou ne se produire que lentement (quelquefois après un développement de plusieurs jours), et se désigne alors par le terme *lysis*.

561. — Pour ce qui a trait à la température, voici quelles sont les règles les plus générales : 1° les températures très-hautes ou très-basses doivent être considérées comme signes très-graves. Arrivées à un point extrême, que ce soit en plus ou en moins, elles indiquent une terminaison fatale. — 2° Les changements brusques sont suspects et parfois graves. — 3° Une nouvelle élévation de température, après que le thermomètre était resté stationnaire, à un point suffisamment bas pendant quelque temps, fait connaître qu'il va se déclarer une autre maladie. — 4° Une chute soudaine accompagne en général l'hémorrhagie, la perforation de la plèvre ou du péritoine, ou encore une diarrhée opiniâtre. — 5° Une élévation excessive dans une affection non considérée comme fébrile (épilepsie, chorée, tétanos, cancer, etc.) est ordinairement signe de mort.

562. — Il est parfois nécessaire de s'assurer, par l'analyse chimique, jusqu'à quel point les tissus sont altérés. On y arrive en examinant ce que les urines

émises pendant 24 heures contiennent d'urée. La méthode suivante est la plus facile à suivre : — « On se procure un tube qui puisse se boucher avec le pouce ; on le gradue en centimètres et en millimètres (1). On verse dans cette éprouvette environ un tiers de son contenant de mercure et on ajoute de 3 gr. 2 à 3 gr. 8 (50 à 60 grains) d'urine, puis on remplit vivement avec une solution d'hypochlorite de soude ; on bouche l'ouverture avec le pouce et on renverse sur une cuvette contenant une solution saturée de chlorure de sodium (laquelle étant plus dense que le liquide renfermé dans le tube, l'empêche de s'échapper). On laisse ainsi pendant quatre à cinq heures jusqu'à ce que la formation de l'azote cesse de se produire, et on calcule la quantité d'urée trouvée (1,549 de pouce cube d'azote représente 1 grain d'urée) (42 centimètres 794 millièmes de centimètre cube d'azote équivalent à 0 gr. 0647 de gramme). — Dans cette expérience l'acide carbonique est retenu par l'excès de chlorure de sodium employé.

Pour préparer la solution d'hypochlorite de soude, on mélange avec de l'eau bouillante 32 grammes, 35 centig. de chlorate de chaux ; on filtre, on lave une ou deux fois le résidu avec de l'eau bouillante et on ajoute 64 gram. 7 décig. de carbonate de soude cristallisé dissous dans un peu d'eau ; ensuite on filtre et on ajoute de l'eau de manière à avoir un tout de 622 gr. (2).

563. — Après s'être assuré que les symptômes fébriles ne dépendent d'aucun désordre local, il faut exa-

(1) Pour éviter au lecteur un calcul à faire, nous avons remplacé les poids et les mesures usités en Angleterre par les poids et mesures en usage en France.

(N. d. T.)

(2) Bowman, Chimie médicale. »

miner si le corps, la face ou les extrémités portent une éruption marquée.

Y a-t-il production de taches éruptives dans les quatre premiers jours de la maladie? Voir au § 564. — L'éruption n'apparaît-elle qu'à une époque plus tardive ou même n'y en a-t-il point, et les symptômes fébriles ont-ils persisté? Se reporter au § 581. — Si enfin il n'y a point d'éruption, et que la fièvre cesse par instants pour réapparaître à intervalles réguliers, passer au § 598.

SECTION I.

Cas dans lesquels la fièvre est accompagnée d'une éruption marquée dans les quatre premiers jours de la maladie.

564. — Cette classe comprend : *la Scarlatine, la Rougeole, l'Érysipèle, la Variole et la Varicelle.*

Toutes ces fièvres sont contagieuses, et il y a entre le moment de l'infection et celui où se déclare la maladie une *période* dite d'*incubation*. Le début de ces affections est habituellement brusque, accompagné de frissons et suivi d'une série de symptômes particuliers à chaque genre de fièvre. Cette *période*, dite aussi *fébrile*, se termine par une éruption qui disparaît après un certain nombre de jours (*période d'éruption*).

En règle générale, une personne n'est ordinairement qu'une seule fois dans sa vie atteinte par chacune de ces maladies. Quand on doit poser un diagnostic, il ne faut pas s'en tenir à examiner de quelle espèce est l'éruption, il faut encore s'informer quels furent les prodromes, quand le malade a été (s'il l'a été) infecté, et enfin l'interroger dans le but de savoir s'il a déjà été atteint d'une fièvre éruptive.

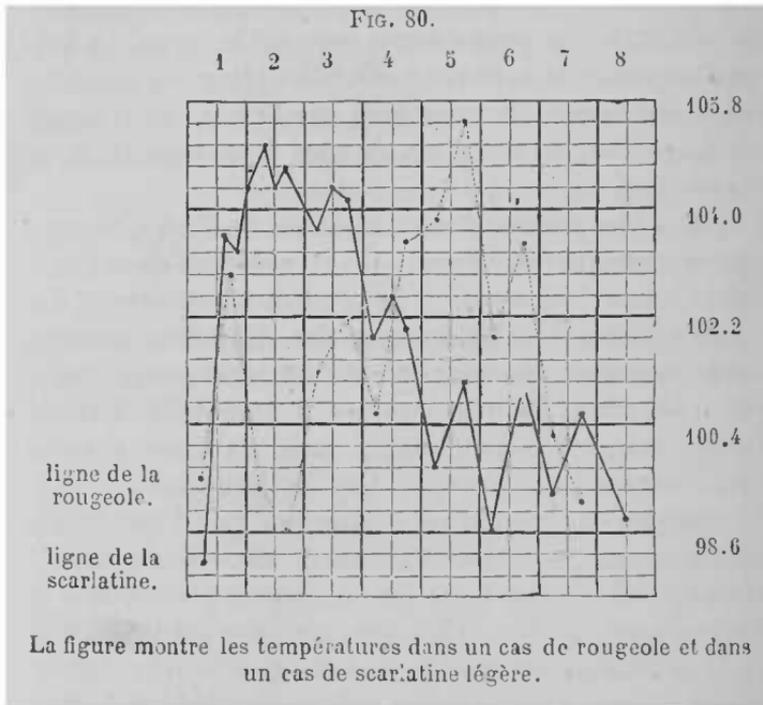
565. — *a.* — **ROUGEOLE.** Au quatrième jour apparaissent des points rouges, un peu proéminents, qui se réunissent et forment des macules présentant l'aspect de eroissants ; cette éruption couvre d'abord la face et le cou, puis s'étend sur tout le corps. La langue est chargée, la fièvre forte. L'éruption est précédée ou accompagnée d'écoulement par le nez, de rougeur et de gonflement des yeux, de toux et de rapidité dans la respiration.

566. — La période d'incubation est de dix à quatorze jours. Quelquefois l'éruption est précédée de convulsions, et parfois aussi il se produit des épistaxis. La toux et les autres symptômes des désordres siégeant dans la poitrine ne sont en rien soulagés par la venue de l'éruption. La température s'élève tout d'abord d'une manière considérable, puis s'abaisse ensuite pour remonter de nouveau lors de l'éruption (fig. 80).

Dans les cas ordinaires, le plus haut point que donne le thermomètre est 103° Fahrenheit (39°, 4 centigrades). Quand elle dépasse cette limite, on peut prévoir que le cas sera grave ; quand au contraire elle est inférieure à ce nombre, c'est que le malade ne sera que légèrement atteint. Le maximum thermométrique s'observe généralement vers le cinquième jour, après lequel la température baisse rapidement. L'éruption disparaît du cinquième au sixième jour de son apparition, et il s'ensuit une desquamation cutanée furfuracée.

567. — *La Rougeole* peut n'être pas accompagnée de symptômes catarrhaux. Les principales complications qui sont à craindre durant son existence, sont : la bronchite capillaire, la pneumonie, et l'inflammation diphthéritique du larynx. Cependant la phthisie, la diphthérie, les affections des os et des muscles, et l'ophthal-

mie chronique, sont quelquefois déterminées par la rougeole. Les papilles de la peau semblent être les premières attaquées, et c'est ce qui fait que l'éruption



se montre sous forme de petits points rouges et élevés. Il y a deux formes de rougeole : 1° la *Rougeole bénigne* 2° la *Rougeole grave*. Dans la dernière, l'éruption est d'un rouge pourpre foncé, le pouls rapide et faible, la langue sale, brune; le malade peut périr d'épuisement.

568. — *b.* — SCARLATINE. Au second jour de la fièvre apparaît sur la face et sur le cou une éruption diffuse, écarlate qui, en vingt-quatre ou trente-six heures, s'étend sur tout le corps. La gorge est enflammée,

les amygdales sont tuméfiées et souvent ulcérées. Le pouls est très-fréquent, la peau est sèche et chaude; la langue est d'abord chargée, sa pointe et ses bords sont rouges ainsi que les papilles de cet organe qui sont rouges et élevées; ensuite elle devient propre, et prend l'aspect de chair crue. Chez les enfants, l'éruption est généralement précédée par des vomissements.

369. — L'incubation dure de quatre à six jours. La période fébrile débute habituellement par des frissons et quelquefois par du délire, et des convulsions viennent compliquer la situation. D'ordinaire l'éruption décline à dater du quatrième ou du cinquième jour de son apparition, et il en résulte une desquamation de la peau, surtout de celle qui recouvre la main et les pieds. La température atteint rarement 105° Fahrenheit (40°,5 centigrades); mais cependant elle peut y arriver dans les premiers jours de l'éruption.

La température s'élève tout d'abord rapidement et d'une manière continue, jusqu'à ce que la période éruptive soit finie. Son abaissement est très-lent, et nécessite de cinq à six jours (fig. 80). En général, elle atteint son maximum le troisième jour de la fièvre; du troisième au neuvième, elle varie entre 102°,9 et 103°,8 Fahrenheit (39°,4 et 39°,8 centigrades), et tombe du dixième au douzième, à moins que la gorge ne soit sérieusement affectée, auquel cas elle peut rester élevée indéfiniment. Le pouls perd en même temps de sa fréquence.

Dans la période d'invasion de la scarlatine, le danger est proportionnel à la gravité de l'affection de la gorge, mais une terminaison fatale peut avoir lieu dès le début dans la scarlatine maligne.

Dans l'examen *post mortem*, le microscope montre

un épaissement considérable de la couche muqueuse de la peau, qui contient un grand nombre de cellules à noyaux de nouvelle formation. L'épithélium des glandes sudoripares est tellement augmenté qu'il remplit leur cavité. D'autres fois, la couche muqueuse et les glandes sudoripares sont teintes de sang par suite d'hémorragies survenues dans leur intérieur. Un état inflammatoire analogue existe dans l'estomac et dans les intestins. Les glandes gastriques (fig. 64), sont distendues par des cellules et de la matière granuleuse, et souvent on trouve dans le contenu de l'estomac des fontes membraneuses des tubes de Lieberkhun. Ces tubes sont aussi fréquemment obstrués par de l'épithélium, et les glandes mésentériques sont en général dilatées.

Quand la fièvre a cessé, du dixième au neuvième jour ordinairement, le malade est sujet à contracter une néphrite aiguë, que font découvrir les urines albumineuses ou sanguinolentes, aussi bien que de l'hydropisie des membres et du corps (§ 228), affections qui parfois se compliquent de convulsions ou d'hydrothorax. D'autres fois la scarlatine détermine l'apparition de rhumatismes, de perforation du tympan, de surdité consécutive et de diphthérie. Aussitôt que l'éruption a disparu, on doit analyser journellement les urines, au point de vue de l'albumine.

370. — *La Scarlatine* peut être confondue avec *la Roséole, la Rougeole ou la Variole*.

L'éruption de la *Roséole* consiste en taches irrégulières, roses; on ne les rencontre que sur la poitrine. Le gosier est moins sérieusement affecté, et la fièvre qui l'accompagne est moins intense.

On distingue la *Scarlatine* de la *Rougeole* à l'absence

d'altération dans les yeux et le nez, et dans les bronches; et aussi par l'aspect différent de l'éruption.

La **VARIOLE** présente quelquefois une éruption semblable à celle que l'on observe dans la scarlatine, mais la douleur prodromique des reins et la forme papuleuse servent à établir la distinction.

571. — On connaît trois formes de **SCARLATINE** : la *Scarlatine simple*, *angineuse* et *maligne*. Dans la forme *simple*, la gorge est enflammée, mais non ulcérée, et la fièvre modérée. Dans la forme *angineuse*, la gorge est ulcérée, la température élevée, le pouls rapide, et la prostration des forces est grande. Dans la forme *maligne*, l'éruption est à peine visible, le pouls est faible, rapide, irrégulier; la langue est brune. Il arrive fréquemment que le gosier se gangrène; les glandes du cou sont tuméfiées et suppurent. On comprend donc que la vie est en très-grand danger.

572. — Le tableau suivant peut être utile pour faciliter le diagnostic de ces maladies (1) :

ROUGEOLE.	SCARLATINE.
L'éruption apparaît le 4 ^e jour.	L'éruption apparaît au 2 ^e jour.
L'éruption se montre tout d'abord près de la racine des cheveux et offre l'aspect de points légèrement proéminents.	L'éruption commence par se faire sur le cou et sur la face.
Couleur rouge, brunâtre.	Couleur rose-rouge, ou framboisée.
Arrangement en forme de croissants, la peau gardant son apparence normale entre les points atteints.	Arrangement punctiforme à peu près uniforme.
Desquamation partielle surfu- racée; symptômes concomitants: coryza, toux, chaleur modérée à la peau.	Desquamation en plaques; symptômes concomitants : mal de gorge, langue framboisée, grande chaleur à la peau, pouls rapide.

(1) Hyllier, « Manuel des maladies de la peau. »

573. — Il existe une fièvre éruptive (*Rubéole*), qui paraît participer de la rougeole et de la scarlatine. La rubéole est précédée de catarrhe. L'éruption apparaît vers le troisième ou le quatrième jour, sous forme de petits points rouges réunis en plaques, irrégulières. L'hydropisie survient quelquefois à sa suite.

574. — *c.* — ÉRYSIPELE. Le malade est atteint d'un gonflement d'une partie quelconque du corps qui est rouge et est le siège d'une grande chaleur ; il se forme des vésicules et il se produit une inflammation qui s'étend graduellement. Les parties affectées sont éminemment sensibles et comme durcies, les glandes lymphatiques avoisinantes sont tuméfiées, et la fièvre est généralement intense.

575. — On observe dans la pratique ordinaire que le siège habituel de l'érysipèle est la tête et la face. Il se déclare tout d'abord une fièvre assez intense, un gonflement existe au-dessus de la racine du nez, ou tout près de l'une des oreilles, gonflement qui s'étend de proche en proche jusqu'à affecter toute la face et tout le cuir chevelu. La température, prise à l'aisselle, varie beaucoup dans le cours de cette maladie, mais elle est cependant toujours élevée. Dans nombre de cas, il s'établit une suppuration du tissu cellulaire sous-cutané, et il se forme des abcès à mesure que l'inflammation décroît d'intensité. Parfois les membranes du cerveau sont atteintes, et les symptômes de la méningite ne tardent pas à apparaître.

576. — *d.* — VARIOLE. Au troisième ou quatrième jour de la maladie, une éruption de forme papuleuse apparaît sur la face, sur le cou et sur les poignets. Au

second ou troisième jour de l'éruption, les taches deviennent vésiculaires, puis pustuleuses. Cette éruption est précédée d'une vive douleur céphalalgique, de frissons, de vomissements, de douleurs en ceinture, d'inquiétude, de fièvre et quelquefois de délire.

577. — La période d'incubation dure de dix à seize jours. Habituellement la fièvre est un peu diminuée par l'apparition de l'éruption. Les points deviennent pustuleux, vers le cinquième ou sixième jour, à dater de leur manifestation; au huitième, ces boutons commencent à laisser suinter du liquide par leurs bords, et la fièvre augmente d'intensité (*Fièvre secondaire*). La période de suppuration qui arrive du onzième au douzième jour, est spécialement marquée par une élévation sensible de la température, quand la maladie s'aggrave (voir fig. 82). Des croûtes se forment et tombent du quatorzième au quinzième jour, laissant après elles des cicatrices.

Lorsque l'éruption se manifeste, la température baisse de 106° à 100° Fahrenheit (41°,1 à 37°,8 centigrades), pour remonter sous l'influence de la fièvre secondaire.

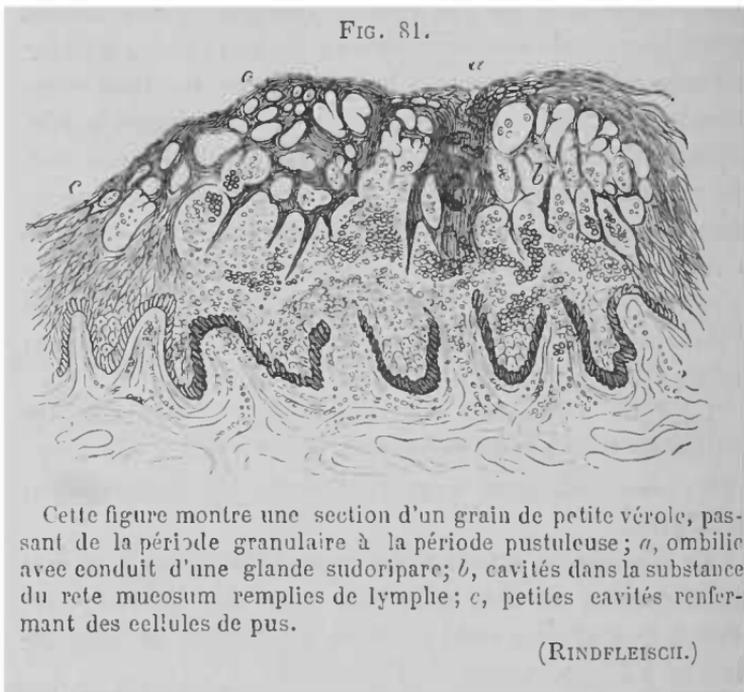
La Variole est dite *discrète* quand les taches sont peu nombreuses, et distinctes les unes des autres; *confluente* quand elles sont réunies. Le danger est proportionné à l'importance de l'éruption.

Lorsque la maladie est *modifiée* par la vaccination (varioloïde), bien que la fièvre puisse être très-grave, les taches forment des croûtes qui, vers le dixième jour, tombent sans que la fièvre secondaire ait paru. *La petite vérole* peut se compliquer (spécialement dans le temps de la fièvre secondaire) de pneumonie ou de bronchite. Elle peut encore être suivie d'abcès dans

diverses parties du corps, d'ulcération de la cornée ou enfin de pyémie.

L'examen microscopique montre que, dans la première période, les papilles de la peau sont le siège d'une inflammation. Une exsudation des papilles se produit entre les couches muqueuses qu'elles séparent les unes des autres (fig. 81). Si quand la suppuration

FIG. 81.



Cette figure montre une section d'un grain de petite vérole, passant de la période granulaire à la période pustuleuse; *a*, ombilic avec conduit d'une glande sudoripare; *b*, cavités dans la substance du rete mucosum remplies de lymphé; *c*, petites cavités renfermant des cellules de pus.

(RINDFLEISCH.)

se fait, les couches muqueuses sont seules détruites, il n'y a point de cicatrices. Mais, lorsque les vaisseaux sanguins des papilles sont comprimés, par suite d'une infiltration de cellules de nouvelle formation, la cicatrisation se fait, les parties malades sont rejetés de chaque point qui s'ulcère, et il en résulte une cicatrice.

578. — La petite vérole se distingue des autres fièvres éruptives, dans la première période, par la douleur vive que les malades ressentent dans le dos et par les vomissements qui l'accompagnent. Un signe d'une très-grande valeur, pour établir la distinction entre la variole et la rougeole, ou la scarlatine, c'est qu'au premier temps de l'éruption, les taches donnent au toucher la sensation que percevrait le doigt, si un grain de plomb était enkysté sous la peau. Dans les formes graves de cette fièvre, l'éruption est parfois précédée d'une coloration livide de la peau, couleur plus ou moins prononcée. Le délire, quelques symptômes typhiques ou une hémorrhagie sur les membranes muqueuses, peuvent suivre cette maladie.

579. — *e.* — VARICELLE. Au deuxième jour d'une fièvre bénigne, une éruption apparaît; d'abord papuleuse, elle devient en peu d'heures vésiculeuse. Les taches, à la première période, ne sont pas entourées d'un anneau inflammatoire.

580. — Cette maladie est particulière à l'enfance et à la première période de l'âge adulte. L'éruption consiste dans une série de petites taches, qui se succèdent par intervalles de vingt-quatre heures, pendant cinq à six jours. Chaque tache forme une croûte vers le quatrième jour de la fièvre qui, en général, se modère peu à peu. Il ne reste ordinairement pas de cicatrices, à la suite de cette maladie.

Elle se distingue des autres formes de la variole par la bonté de ses symptômes précurseurs, par le caractère vésiculeux et distinct des taches, par l'absence de résistance sous le doigt, et enfin par la marche qu'elle affecte.

SECTION II.

Cas dans lesquels aucune éruption n'est apparue dans la première période de la fièvre, ou, quand elle se présente, elle n'est que fort légère.—Les symptômes fébriles ont persisté depuis le commencement.

581. — Dans cette classe rentrent : *le Typhus, la Fièvre typhoïde, la Fièvre de rechute, la Fièvre cérébro-spinale, l'Influenza, la Fièvre simple et continue.*

582. — *a.* — **TYPHUS.** Le malade est couché sur le dos, dans un état de demi-inconscience ou de faible subdélirium; les yeux sont injectés; les joues sont uniformément colorées d'un rouge éclatant, foncé; les lèvres sont couvertes de saburres; la langue est sèche et brune. Le malade souffre de polydipsie, d'anorexie, de constipation. Le pouls est faible, rapide; la peau chaude; la respiration fréquente. Une éruption cutanée apparaît le plus habituellement du cinquième au septième jour. Les taches en sont persistantes, et d'une couleur foncée. Elles sont d'abord légèrement proéminentes, mais au bout de quelques jours, elles s'aplatissent, et ne disparaissent pas sous la pression, bien qu'elles pâlissent.

583. — En général *le Typhus* débute brusquement par des frissons et de la lassitude, du bruit dans les oreilles, des étourdissements, de la céphalalgie, des douleurs dans les membres. Le pouls est rapide, la peau sèche. D'autres fois cette maladie est précédée pendant quelques jours de faiblesse, de céphalalgie, d'anorexie; la perte des forces se montre de bonne heure, et est très-notable. La langue est d'abord large et pâle, mais elle se couvre bientôt d'un furfur jaune

brun. A mesure que la maladie suit son cours, la stupeur augmente, les pupilles se contractent, les muscles se tordent, les mains sont agitées d'un tremblement nerveux ou se saisissent des draps du lit; le pouls est si rapide et si faible, qu'on le sent à peine. La matité splénique est considérablement augmentée en étendue.

L'urine et les fèces s'échappent la plupart du temps malgré la volonté des malades, ou bien la vessie se distend outre-mesure, par suite de la perte de sa contractilité, et enfin des eschares peuvent se former aux hanches et aux fesses, par suite du séjour dans le lit.

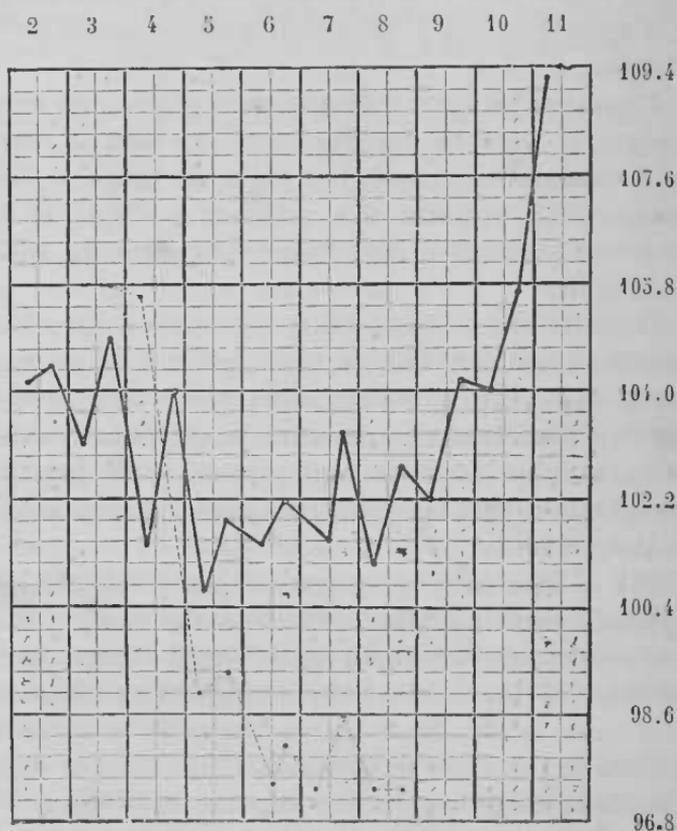
Dans les cas graves, l'impulsion du cœur et son premier bruit sont faibles, quelquefois à un tel point, qu'on ne peut les entendre, alors que le second bruit est clair et distinct. La pneumonie ou les convulsions viennent fréquemment compliquer cette affection. Chez les enfants et chez les personnes jeunes, l'éruption fait souvent défaut.

384. — Une subite élévation de température se fait habituellement au début de cette maladie, et celle du soir présente avec celle du matin une différence moins notable que dans la fièvre typhoïde, bien qu'ici elle soit plus haute le soir. Dans les cas bénins, la température atteinte le troisième ou quatrième jour reste la même jusqu'à la fin de la première semaine, et, après le huitième ou neuvième jour, il y a une rémission marquée. Dans les cas graves, la température augmente après le quatrième jour, et il n'y a point de rémission au septième.

La fièvre augmente d'intensité au commencement du second septénaire; dans les cas bénins, cet accrois-

sement dure seulement quelques jours, mais dans les cas graves, il continue jusqu'à la fin de la seconde semaine et, dans les cas très-graves, jusqu'au commen-

FIG. 82.



Températures dans un cas de petite vérole terminée par la mort dans la période suppurante et dans un cas de varioloïde.

cement de la troisième. Le summum fébrile est généralement atteint vers le quatorzième jour de la maladie et la période de déclin est fort souvent très-courte

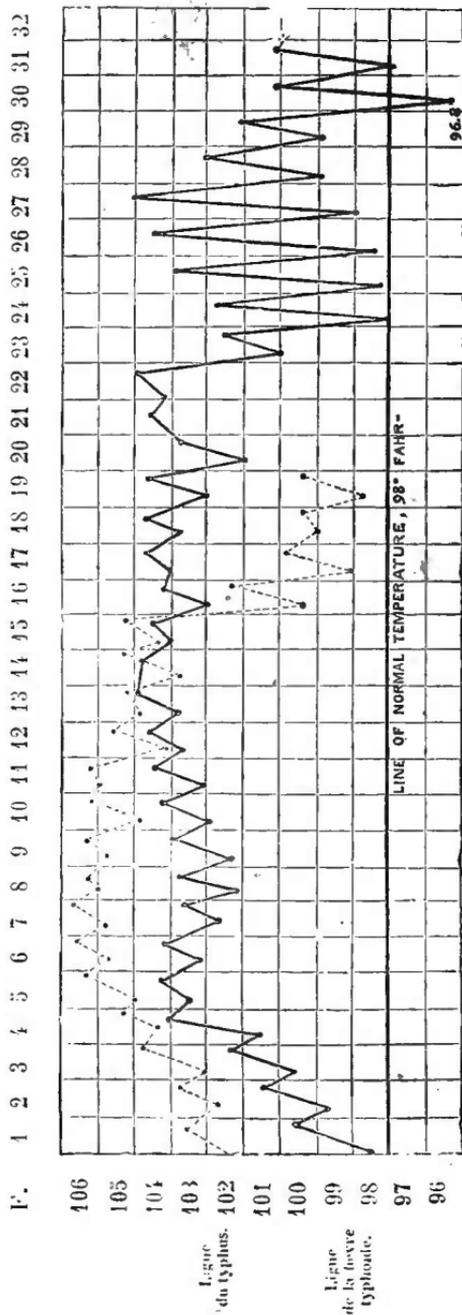
quand il doit y avoir guérison, provoquant ce qu'on appelle une crise (fig. 83). Si la température n'excède pas 103°,6 Fahrenheit (39°,7 centig.), avant le quatrième jour, on peut espérer que le cas ne sera pas grave.

385. — Il ne faut pas confondre le *typhus* avec la fièvre typhoïde, la pneumonie ou la méningite (parag. 506). On reconnaît le typhus compliqué de pneumonie accompagnée des symptômes typhiques en s'assurant quelle est celle de ces deux affections qui s'est développée la première et si l'éruption caractéristique existe ou non. Le délire est un symptôme particulier à un grand nombre de maladies, mais, dans le typhus, le malade parle bas et est en proie à une grande inquiétude. La présence de cette altération de l'entendement peut rendre difficile le diagnostic et faire hésiter entre le typhus et la méningite; cependant la première affection diffère de la seconde par l'aspect de la langue, la présence d'une éruption et une très-grande faiblesse du pouls. La deuxième s'accompagne de vomissements, d'une céphalalgie plus intense et plus persistante que dans le typhus. On doit, enfin, tenir présent à la mémoire que la méningite peut survenir comme complication dans le cours de la fièvre qui nous occupe.

386. — *b.* — FIEVRE TYPHOÏDE, ENTÉRIQUE, DOTHIÉNTÉRIE TYPHOÏDE. Le malade est très-faible; il divague, les joues sont d'un rouge éclatant. La langue est rouge, sèche, fendillée. Le patient souffre d'une céphalalgie intense, de polydipsie, d'anorexie, de diarrhée; les selles sont jaunes. Le pouls est rapide et faible; la peau sèche; l'abdomen est ballonné, sensible et on entend un gargouillement particulier quand on

FIG. 83.

Températures typiques dans des cas de typhus et de fièvre typhoïde. La ligne à nœuds (pointillée) indique celle du typhus; la ligne noire (continue) celle de la fièvre typhoïde; les deux points dans chaque ligne indiquent les températures du matin et du soir. (WUNDERLICH and TRAUBE.)



presse la fosse iliaque droite et une matité exagérée dans la région hépatique.

Vers le septième jour, ou un peu après, il apparaît une éruption de taches dites lenticulaires, roses, qui disparaissent momentanément à la pression. Cette éruption siège spécialement sur la poitrine et sur l'abdomen et les taches s'effacent au bout de peu de jours pour donner place à d'autres.

587. — La *dothiéntérie* affecte plus particulièrement les personnes âgées de moins de quarante-cinq ans, tandis que le typhus peut survenir à toute époque de la vie, quelle qu'elle soit.

Le début de la *fièvre entérique* est généralement insidieux et les premiers symptômes sont : *dyspepsie, insomnie, langueur, céphalalgie intense, délire nocturne, anorexie et diarrhée.*

588. — La température s'élève graduellement pendant le premier septénaire et celle du matin est fréquemment de 1^o, 1 centigr. au-dessous de celle du soir; et le lendemain matin, elle n'est que de 0,36 centigr. au-dessous de celle de la soirée précédente (fig. 83). A la fin de la première semaine, il n'y a plus élévation de température le soir, mais celle du matin est toujours plus basse.

Dans la seconde semaine, il s'opère une légère rémission. Au commencement du troisième septénaire, il se fait souvent une nouvelle augmentation, et quand la maladie s'améliore la différence entre le matin et le soir est frappante. Lorsque la guérison doit être obtenue, la température baisse peu à peu et non d'une manière soudaine comme il arrive dans le typhus. Les cas bénins se terminent habituellement en vingt et un jours, mais quand cette affection revêt un caractère

marqué de gravité, elle peut se prolonger pendant quatre, cinq ou même huit et dix semaines. Une température permanente de 104° Fahrenheit (40° centigr.), ou une augmentation de celle du matin sur celle du soir sont des signes défavorables.

589. — La maladie peut se terminer d'une manière fatale au moment même où le sujet paraît recouvrer la santé. Cette issue malheureuse est due en général à une perforation ou à une hémorrhagie intestinale. La convalescence est ordinairement lente et l'intelligence du malade reste affaiblie durant plusieurs semaines. La fièvre typhoïde se complique souvent de pneumonie, ou peut être suivie de phthisie.

L'examen *post mortem* montre les traces que cette maladie laisse dans l'iléon. La membrane muqueuse de cet intestin est enflammée, les glandes solitaires et les plaques de Peyer sont tuméfiées ou proéminentes, entourées d'un cercle inflammatoire et encore dans un état complet d'ulcération; les glandes mésentériques sont aussi ramollies et gonflées. La perforation de l'intestin qui survient à la fin de cette maladie est le résultat de ces ulcérations.

Sous le microscope, on observe que, dans la première période, toute la membrane muqueuse est dans un certain état d'inflammation catarrhale; les follicules lymphatiques sont élargis par suite d'une augmentation dans le nombre de leurs cellules, tandis que les vaisseaux sanguins qui les entourent sont considérablement congestionnés. Le tissu connectif environnant est ensuite infiltré de cellules et s'unit aux follicules élargis pour former une masse moléculaire molle.

Les follicules peuvent revenir à leur état normal,

soit par dégénérescence et absorption ultérieure de leurs cellules, soit en s'ouvrant et en laissant écouler leur contenu. Dans d'autres cas, la cicatrisation des parties affectées a lieu, les produits mortifiés sont rejetés et les ulcères décrits plus haut se guérissent. Quelques auteurs prétendent que les cellules du typhus diffèrent des corpuscules lymphatiques ordinaires en ce qu'elles contiennent une beaucoup plus grande masse de matériaux protoplasmiques.

390. — On peut très-aisément confondre la *fièvre typhoïde* avec une *méningite*, une *péritonite tuberculeuse*, une *phthisie aiguë* et le *typhus*.

On la distingue de la *méningite* par l'absence ou la violence moindre des vomissements, la céphalalgie moins intense, la faiblesse du pouls, la sécheresse de la langue et la diarrhée qui se rencontre dans la *dothiérientérie*.

Bien que, dans la *fièvre typhoïde* et dans la *péritonite tuberculeuse*, le visage puisse être amaigri, les traits pincés, qu'il puisse y avoir une douleur de l'abdomen et de la diarrhée, la *péritonite* se distingue par une langue habituellement nette, et il n'existe point d'éruption.

La *phthisie aiguë* se distingue de la *fièvre typhoïde* par la *toux*, la *difficulté de la respiration* qui apparaissent de meilleure heure et dont l'intensité est plus grande dans la première que dans la seconde; on la reconnaît à la température qui est plus basse et par les signes stéthoscopiques qui dénotent la présence de tubercules quand toutefois ces derniers existent, comme aussi par l'absence de l'éruption typhique et l'élargissement de la rate.

Le *typhus* diffère de la *fièvre typhoïde* en ce qu'il attaque les personnes au-dessus de quarante-cinq ans. L'attaque est plus soudaine, la durée plus courte; le délire et la stupeur apparaissent plus tôt. Le malade est d'ordinaire constipé, et l'éruption, plus foncée, plus généralisée, ne disparaît plus à la pression, dès le second ou troisième jour, et n'apparaît pas d'une manière successive. Chez les enfants, la *fièvre typhoïde* prend le nom de *fièvre rémittente infantile*.

591. — *c.* — FIÈVRE DE RECHUTE. Le malade est soudainement pris de froid, de céphalalgie, de douleurs dans les reins et dans les membres; la langue est blanche, le patient souffre de la soif, il est en proie à des vomissements et les intestins sont contractés; le pouls est très-rapide, la peau chaude et sèche, il se produit des sueurs accidentelles. Il n'y a pas d'éruption, mais souvent il y a de l'ictère. Les symptômes disparaissent après une transpiration abondante du cinquième au huitième jour, pour réapparaître de nouveau à peu près vers le quatorzième jour de la maladie. La rechute peut être fréquemment suivie d'autres rechutes.

592. — Cette maladie n'apparaît que rarement, si ce n'est à l'état épidémique et on la rencontre plus particulièrement dans la partie pauvre et mal nourrie de la population. Il est quelquefois impossible de la distinguer des autres fièvres avant la venue de la crise. La convalescence est, en général, très-lente et elle peut se compliquer de graves affections rhumatismales ou ophthalmiques. Bien que l'affection s'accompagne quelquefois d'ictère, les selles conservent leur coloration naturelle ou sont plus foncées qu'à l'état sain. La température baisse de 10° Fahrenheit (5°,5 centigrades),

et plus même parfois dans le temps de la crise.

593. — *d.* — FIÈVRE CÉRÉBRO-SPINALE. Après un temps assez court, pendant lequel le malade a souffert de fortes douleurs de tête, d'étourdissements, de vomissements, il est pris de violentes douleurs dans le dos et dans le cou qui s'exaspèrent au moindre mouvement ou à la plus légère pression exercée dans ces régions. La tête est tirée en arrière; les mâchoires souvent serrées; la déglutition est difficile; le dos est voûté et douloureux, et des spasmes tétaniques affectent les muscles; enfin, le pouls et la respiration deviennent bientôt rapides et fréquents.

594. — L'invasion de cette maladie est presque toujours soudaine. La fièvre cérébro-spinale se présente le plus souvent sous forme épidémique. Elle s'attaque particulièrement aux personnes jeunes ou d'un âge moyen et n'affecte que rarement les sujets avancés en âge; la mortalité est grande quand elle règne.

Dans d'autres épidémies, il se présente une éruption herpétique sur la face et sur les membres. La température s'élève rarement au-dessus de 103° Fahrenheit (39°,4 centigrades). Dans les cas d'une certaine gravité, il se fait une exsudation de lymphé plastique sur a membrane du cerveau et sur celle de la moelle, et la substance de ces parties est le plus souvent anormalement ramollie et vascularisée.

595. — *e.* — FIÈVRE SIMPLE ET CONTINUE. Dans cette affection, le malade éprouve de la céphalalgie. Le pouls est fréquent et plein; la langue est blanche et chargée; le sujet accuse de la soif, de l'anorexie. La peau est sèche, chaude. Il ressent des douleurs dans le dos et dans les membres et est incapable d'aucun effort in-

tellectuel ou corporel. Cette fièvre n'est pas accompagnée d'éruption et se termine habituellement par une abondante transpiration. Avant de poser le diagnostic de *fièvre simple et continue*, il importe d'examiner l'état de tous les organes importants, afin de s'assurer si la fièvre n'est pas symptomatique de quelque inflammation, dont l'existence aurait tout d'abord échappé à l'observateur.

596. — *f.* — INFLUENZA. Le malade tombe soudain dans une grande prostration et il éprouve des douleurs dans les membres, une céphalalgie intense; il est affecté de larmoiement et d'enchifrènement; il souffre à la gorge, a de la dyspnée, de la toux, de la fièvre et expectore.

597. — Le malade accuse tout d'abord, et le plus souvent, une douleur violente au front; les symptômes catarrhaux arrivent à leur summum d'intensité vers le deuxième ou vers le troisième jour, et déclinent du cinquième au septième. La toux et l'expectoration persistent fréquemment pendant un certain temps, après que la fièvre a disparu.

L'*influenza* se complique quelquefois de bronchite capillaire ou de pneumonie et sévit généralement d'une manière épidémique. Les cas suivis de mort ne se rencontrent guère que chez les enfants ou chez les personnes âgées déjà affaiblies par quelque maladie grave du cœur ou des poumons. La durée moyenne de cette fièvre est de trois à cinq jours pour les cas bénins, et de sept à dix pour les cas les plus graves.

SECTION III.

Cas dans lesquels le malade est sujet à des attaques de fièvre.

On ne rencontre, dans nos contrées, que la fièvre intermittente.

598. — *a.* — FIÈVRE INTERMITTENTE. Le malade est pris, à intervalles réguliers, de frissons accompagnés d'une certaine fréquence du pouls, d'inquiétude, de gêne de la respiration et de fatigue générale. A ces symptômes succèdent, après une période qui dure de trente minutes à deux heures, une grande chaleur à la peau, de l'inquiétude, de la soif. Le pouls est plein, rapide; la sécrétion urinaire se ralentit; ensuite se produit une sueur abondante qui tempère l'intensité de tous ces symptômes.

599. — La durée moyenne du premier stade est d'environ trois à huit heures. Lorsque l'attaque se renouvelle chaque jour, elle est dite *quotidienne*; si les accès se répètent toutes les quarante-huit heures, elle prend le nom de *tierce*; si elle ne survient que toutes les soixante-douze heures, elle se nomme *quarte*; on l'appelle *double tierce*, quand elle se produit chaque jour, et lorsque les attaques survenues les jours alternes se correspondent en intensité et en durée. En outre, le premier accès est semblable au troisième, le deuxième au quatrième, ainsi de suite.

La *fièvre intermittente* se complique quelquefois ou est suivie d'une augmentation du volume du foie et de la rate. On observe que l'élévation de température pré-

cède la période de froid ou commence avec elle ; lorsque la sueur est en pleine sécrétion, la chaleur baisse rapidement. Le thermomètre peut atteindre 106° Fahrenheit, et même, dans quelques cas, 108° (41°,1 et 42°,2 centigrades).

CHAPITRE XII.

RHUMATISME ET GOUTTE.

600.— Ces maladies sont caractérisées par l'inflammation qui affecte les tissus musculaires, fibreux ou séreux. Rarement elle arrive à la suppuration, mais elle est susceptible de fréquemment voyager d'une partie du corps à l'autre. Elle s'attaque à tous les organes si ce n'est aux organes internes. Le sujet peut être pris brusquement ou bien la maladie se déclare graduellement.

601. — RHUMATISME AIGU OU FIÈVRE RHUMATISMALE. Les articulations sont gonflées, chaudes, rouges, douloureuses, excessivement sensibles; les plus grosses sont les plus fréquemment attaquées, elles le sont *toutes* simultanément ou successivement. La douleur s'exaspère à un tel point par le moindre mouvement que le patient reste couché sur le dos dans un état d'impuissance complète. La peau est couverte d'une sueur abondante et acide, d'une saveur aigre. Les urines sont rares, fortement colorées et chargées d'urate. Le sujet est constipé; le pouls est rapide et rebondissant (de 90 à 110). La soif est ardente et la langue est blanche.

Le sang contient une quantité anormale de fibrine; dans l'urine on constate une augmentation dans la

quantité d'urée et d'acide urique, tandis qu'il y a diminution dans la quantité des chlorures ou même suppression complète.

Comme la *péricardite* ou l'*endocardite* complique très-souvent ces affections, et comme la douleur n'est pas toujours ressentie du côté du cœur et que le plus souvent aucun signe n'appelle l'attention vers cette région, il faut examiner l'organe cardiaque à l'aide du stéthoscope. D'autres fois le sujet est encore affecté de *pneumonie*, de *pleurésie* ou de *délire*.

L'attaque de RHUMATISME ARTICULAIRE est précédée, en général, de trente-quatre à quarante-huit heures, par des frissons, de la langueur, de la chaleur à la peau et par d'autres symptômes fébriles ; dans quelques cas le cœur est atteint dès cette période. Beaucoup de pathologistes pensent que le *Rhumatisme aigu* est dû à la présence d'acide lactique dans le sang. Cette maladie est habituellement héréditaire et est déterminée par l'influence de l'humidité ou du froid. Elle vient parfois à la suite de la scarlatine.

602. — RHUMATISME SUBAIGU. La douleur est moins intense et le gonflement des articulations moins marqué que dans le cas précédent ; la fièvre est moins forte, et les complications cardiaques ne sont pas si fréquentes.

On rencontre souvent chez les personnes atteintes de blennorrhagie une variété de rhumatisme dite : *Rhumatisme blennorrhagique*.

603. — RHUMATISME CHRONIQUE. Il peut rester comme conséquence d'un rhumatisme aigu ou attaquer des personnes antérieurement en bonne santé. Il ne s'accompagne pas de fièvre, mais les parties atteintes sont

douloureux, sensibles, et les mouvements exaspèrent la douleur. Quand il siège dans une articulation, il peut donner naissance à des adhérences et restreindre l'amplitude normale des mouvements du membre affecté, et on peut ressentir du frottement en appliquant la main sur l'articulation que l'on fait mouvoir. Ce genre de rhumatisme se rencontre le plus habituellement chez les personnes âgées.

604. — Le *Rhumatisme* est différemment nommé selon qu'il affecte telle ou telle partie de l'organisme. On nomme, par exemple, le *lumbago* ou *rhumatisme des muscles lombaires* : RHUMATISME MUSCULAIRE. Quand c'est le périoste qui est enflammé, il est dit RHUMATISME PÉRIOSTIQUE.

Dans le diagnostic du Rhumatisme local, on doit tout d'abord mettre de côté toutes les autres causes susceptibles de provoquer les douleurs dont le malade se plaint. Par exemple, une douleur dans les lombes peut être due à une maladie de la colonne vertébrale ou des reins, à un anévrysme de l'aorte, à une affection des testicules ou de l'utérus et des ovaires. C'est pourquoi il importe, quand on rencontre une douleur depuis longtemps existante dans cette région, d'examiner si aucune des maladies sus-énoncées n'est présente, avant de décider que le rhumatisme est la cause de la douleur accusée par le sujet.

605. — GOUTTE. Elle siège surtout aux petites articulations et peut s'offrir sous la forme aiguë ou sous la forme chronique. Quand elle revêt le caractère *aigu*, la fièvre est peu intense, mais la douleur est aussi violente que dans le rhumatisme. Habituellement deux articulations sont prises à la fois ; à l'inflammation succède

l'œdème et ensuite survient la desquamation cutanée. Des dépôts calcaires se forment souvent auprès des articulations, ainsi que dans les cartilages des oreilles.

L'examen microscopique montre que, lorsque les cartilages des oreilles sont affectés, les cellules cartilagineuses sont chargées de dépôts d'urate de chaux. Les dépôts rencontrés dans les os et dans les parties membraneuses des articulations se trouvent généralement dans la trame même de ces organes.

Les goutteux sont ordinairement sujets aux indigestions. Ces attaques sont habituellement précédées de nonchalance, de langueurs, d'anorexie, de renvois acides après le repas, de flatulence et de constipation. L'accès se déclare le plus souvent dans la nuit et, les premières fois, la douleur est généralement limitée au gros orteil. La goutte est héréditaire, n'attaque jamais les enfants et ne se montre guère chez les personnes âgées de moins de trente ans. Elle est très-commune chez les sujets qui ont des habitudes de bonne chair, qui vivent dans le luxe et dont la conduite est peu réglée.

606. — Le D^r Garrod a proposé la méthode suivante pour s'assurer de la présence de l'acide urique dans l'urine des goutteux, cause probable de cette maladie : « On reçoit dans une capsule de verre ou dans une assiette trois ou quatre grammes de sérum du sang (ou du sang normal obtenu par une piqûre). A ce sérum on ajoute de l'acide acétique commun concentré ($C^4H^3O^3, H^2O^2$) dans la proportion de six gouttes pour chaque gramme de sang, ce qui cause habituellement le dégagement de quelques bulles de gaz. Quand les deux liquides sont bien mélangés, on y introduit un fil de un pouce environ de longueur pris sur un linge de

fil non lavé. On le laisse pendre dans le contenu du vase, en ayant soin de le fixer sur un des bords, puis on laisse le sérum se dessécher, ce qui demande de vingt-quatre à quarante-huit heures. S'il y a de l'acide urique dans le sérum, il cristallise et vient se déposer sur le fil à la manière du sucre candi sur une ficelle.

Pour observer ces cristaux, on les examine sous un microscope grossissant de cinquante à soixante fois, ce qui est suffisant.

607. — L'OSTÉO-ARTHRITE CHRONIQUE OU ARTHRITE RHUMATISMALE CHRONIQUE est une maladie longue, douloureuse, affectant les grandes et les petites articulations. Il se forme d'abord un épanchement dans la jointure, puis les cartilages se prennent, les membres deviennent rigides, contournés, et souvent restent impropres à toute action.

Cette forme s'attaque particulièrement aux personnes délicates; les femmes sont plus communément atteintes au moment où la menstruation s'établit et à la ménopause (1).

(1) Voir Grisolle : *Traité de Pathologie interne*, 9^e édition. Paris, G. Masson. (N. d. T.)

CHAPITRE XIII.

MALADIES DE LA PEAU.

608. — On rencontrera probablement plus de difficulté dans le diagnostic des maladies de la peau que dans celui de toutes les autres affections que nous avons décrites dans ce livre. Cela provient principalement des classifications multiples et du nombre considérable de noms différents que l'on a donnés à la même maladie. Dans ce chapitre, nous adoptons le système de classification proposé par Willan et Bateman, qui est le plus usité en Angleterre, et dont la simplicité le fait plus facilement retenir (1).

Il faut ne jamais oublier qu'une éruption peut changer d'aspect durant son développement, et que, par conséquent, il est bon, dans les cas douteux, de s'informer de ce qu'elle fut dans les périodes précédentes à celle que l'on voit. Si l'éruption est généralisée, on l'examine en différentes parties du corps, car son caractère peut être altéré par le frottement des vêtements ou par d'autres causes. Dans beaucoup de cas il importe que, pour éclairer le diagnostic, on s'assure si l'éruption est due à la contagion ou à une irritation locale. Une bonne méthode, c'est de se familiariser

(1) Voir *Dictionnaire de Ch. Robin et Littré*.

avec toutes les formes des maladies cutanées en étudiant sur des planches colorées ou sur des pièces en cire, avant de commencer ses observations sur le vivant, de manière à pouvoir saisir les caractères distinctifs des cas qui se rencontreront.

609. — Quand une inflammation attaque la peau, il se produit une plus grande variété d'altérations que lorsqu'elle affecte les muqueuses ou d'autres parties de l'organisme. Ces altérations servent de signes pour établir une classification ; c'est pourquoi il est indispensable de les étudier avec soin. Les définitions suivantes sont tirées de l'ouvrage de Willan et Bateman.

610. — PAPULE, BOURGEON. Très-petite élévation de l'épiderme à forme pointue dont la base est enflammée. Elle contient très-rarement du liquide et suppure fort peu souvent. Elle se termine en formant une croûte (*desquamation farineuse*).

VÉSICULE. Petite élévation orbiculaire de l'épiderme, contenant de la lymphe qui tantôt est claire et incolore, tantôt est blanche et opale et tantôt enfin couleur perle. Elle se termine par *desquamation farineuse* ou par une *croûte laminée*.

PUSTULE. Élévation de l'épiderme, à base enflammée et contenant du pus.

TUBERCULE. Petite tumeur superficielle, dure, circonscrite et permanente ou suppurant partiellement.

BULLE. Large portion de l'épiderme, détachée de la peau par l'interposition d'un liquide aqueux, transparent.

Dans toutes les variétés qui précèdent on voit que de petites portions de la peau sont soulevées au-dessus

de la surface et ne diffèrent entre elles que par le volume et le diamètre.

EXANTHÈME. Plaques superficielles rouges, de formes variées, irrégulièrement répandues sur le corps, séparées par des intervalles de couleur normale et se terminant par *exfoliation cuticulaire*.

SQUAME. Lamelle d'épiderme morbide, dure, épaisse, blanchâtre et opaque.

MACULE (*Tache*). Coloration anormale persistante d'une portion quelconque de la peau, laquelle est souvent altérée quant à sa texture.

611. — Outre les altérations sus-mentionnées dans l'aspect général de la surface cutanée, chaque tissu qui la compose est susceptible d'être affecté. Les papilles de la peau sont considérablement élargies dans *les Verrues* et *les Cors*, et la description des altérations qui en résultent nous semble utile à consigner ici.

VERRUES. Ce sont des hypertrophies des papilles cutanées dont chacune renferme un ténon de vaisseaux sanguins et quelques nerfs.

LES CORS sont de la même nature que les verrues, mais l'épiderme qui les recouvre est considérablement épaissi par la pression que la chaussure y exerce.

612. — La sécrétion est fréquemment retenue dans les follicules sébacés, dont la surface se recouvre d'impuretés, et forme un point noir sur la peau. Cette matière noire peut être facilement expulsée au dehors, par une pression qui semble faire sortir un petit ver. Si la petite tumeur ainsi formée n'est pas le siège d'une inflammation, elle prend le nom de *Comedo*; si elle est enflammée on la nomme *Acné*.

Lorsque la sécrétion n'est pas limitée aux canaux extérieurs, mais distend les glandes sébacées, la petite tumeur qui est produite, prend le nom de *MOLLUSCUM*. Un animalcule variant entre $\frac{1}{130}$ et $\frac{1}{80}$ de pouce (1) de longueur, se rencontre souvent dans les follicules sébacés (*Acarus folliculorum*). Il est couché dans la longueur, la tête au bas, mais il ne semble pas donner naissance à de l'irritation, et on le rencontre souvent sous la peau de personnes non sujettes à l'*Acné*.

613. — Les auteurs décrivent trois genres de parasites végétaux qui se rencontrent dans les maladies de la peau. Deux de ces formes sont particulières au cuir chevelu, la troisième à la surface cutanée en général.

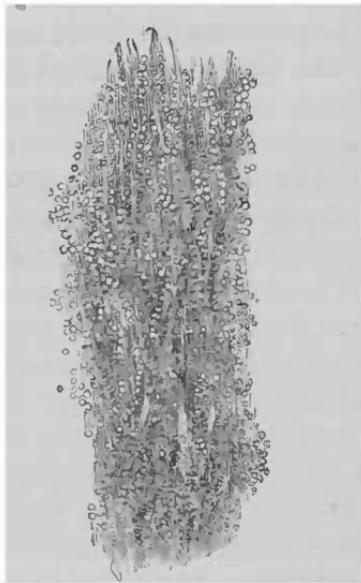
Le meilleur moyen d'étudier ces altérations est d'arracher quelques cheveux, ou, dans le cas de *Pityriasis versicolor*, de gratter un peu d'épiderme, et de porter ces parties sous le microscope en les imbibant avec une ou deux gouttes de liqueur potassique. Un objectif de $\frac{1}{4}$ de pouce suffit à cet examen.

614. — Quand une couche de *Favus* est ainsi préparée, on voit un certain nombre de cellules végétales, nommées *Spores*, mêlées à une grande quantité de matière granuleuse. Les spores sont de forme ovale ou ronde, ayant environ un diamètre de $\frac{1}{3000}$ de pouce. Elles sont légèrement déprimées vers leur centre, et sont mêlées à des tubes en branches; quelques-unes sont vides, d'autres sont pleines de matière granuleuse, dont le diamètre varie depuis $\frac{1}{7000}$ à $\frac{1}{15000}$ de pouce. Ce parasite est nommé *Achorion Schaeleinii*, et on le rencontre dans la substance même du cheveu.

(1) Le pouce anglais vaut 2 c. 539^a

615. — Le parasite trouvé dans la *Teigne tonsurante*, dans la *Teigne circinée*, et suivant quelques auteurs dans le *Sycosis* offre l'aspect de spores rondes ou ovoïdes, d'un diamètre d'environ $\frac{1}{7000}$ de pouce, pour la plupart isolées, mais unies quelquefois sous forme de chaîne. Il prend le nom de *Tricophyton*, et diffère de l'*Achorion*, par le nombre plus restreint de ses tubes, et par la quantité plus grande de ses spores (fig. 84).

FIG. 84.

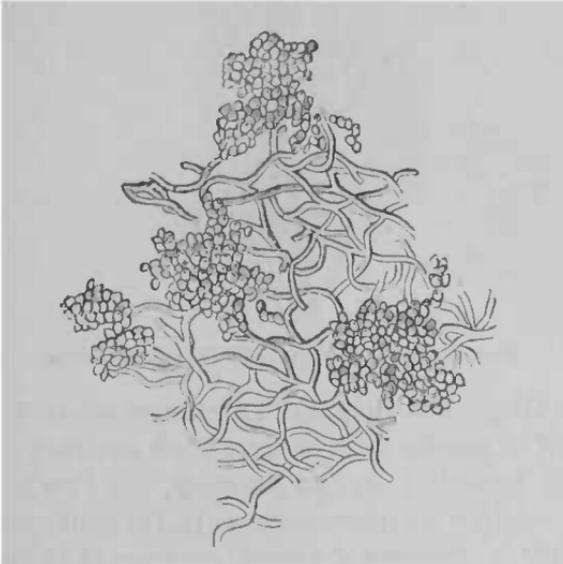


Cheveux chargés de spores provenant d'un cas du *tinea tonsurans* (M'Call Anderson).

616. — Le *Microsporon furfur* se trouve dans les plaques que présente la peau affectée de *Pityriasis versicolor*. Il offre un grand nombre de spores d'un assez fort diamètre, réunies en grappes comme des grappes de raisin, et mêlées à de nombreux tubes en branches (fig. 85).

617. — *Les Pous* sont des causes fréquentes d'irritation de la peau. On en mentionne trois variétés dont l'aspect est différent : *le pou de tête*, *le pou du pubis* et *le pou de corps*. Ce dernier détermine souvent du Pru-

FIG. 85.



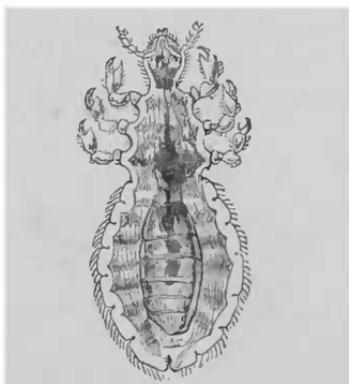
Spores et tubes de *microsporon furfur* provenant d'un cas de pityriasis versicolor (M'Call Anderson)

rigo chez les personnes âgées. On doit rechercher avec soin ces parasites, ainsi que leurs œufs, dans les plis des vêtements appliqués sur la peau (fig. 86). Le *pou* de tête est souvent rencontré chez les enfants affectés d'éruptions à la tête.

618. — *L'Acarus scabiei* ou *Sarcopte de la Gale* est la cause ordinaire de la gale. Dans cette maladie on aperçoit des sillons (*Cuniculi*) formés par l'insecte. « Pour parvenir à découvrir ces sillons, on doit faire laver les

malades, et alors on voit une petite éminence blanchâtre à l'extrémité de chaque *Cunicule*, qui n'est autre que l'*Acarus* recouvert d'une couche fine d'épi-

FIG. 86.



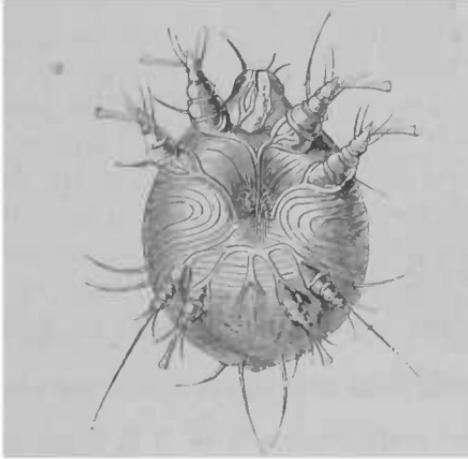
Pou du corps (femelle) (M^cCall Anderson).

derme. On peut facilement l'enlever en soulevant avec un canif la couche épidermique et en insérant la lame que l'on conduit jusqu'au *Sarcopte*, que l'on peut ensuite examiner au microscope » (1). On peut encore reconnaître la présence d'*Acarus*, en suivant la méthode indiquée par le Dr Hilton Fagge. On fait bouillir un morceau de croûte galeuse dans une solution de soude caustique, jusqu'à dissolution complète. On verse ce liquide dans un verre conique, on laisse déposer, et on porte une petite partie du dépôt sous le microscope. L'*Acarus* développé porte huit pattes situées sur un corps arrondi offrant une tête projetée en dehors (fig. 87). La femelle est plus grande que le mâle et sa longueur varie entre $\frac{1}{2}$ à $\frac{3}{4}$ de ligne. Les œufs que l'on rencontre généralement dans les sillons, présen-

(1) Anderson, *Des Maladies de la peau*.

tent une largeur de $\frac{1}{35}$ sur une longueur de $\frac{1}{11}$ de ligne.

FIG. 57.



Acarus mâle (M'Call Anderson).

619. — Si la partie où siège la maladie est couverte de cheveux, de poils, voir le § 694. Si la peau offre une coloration anormale sans cependant qu'il y ait douleur, chaleur ni gonflement, passer au § 687. Si l'éruption est accompagnée de signes inflammatoires, de douleur, de démangeaisons, se reporter au § 620. La production exagérée de l'épiderme, et l'épaississement de la peau seront ici considérés, comme déterminés par l'inflammation.

SECTION I.

Cas dans lesquels l'éruption est accompagnée d'inflammation, de douleur et de démangeaisons.

620. — On doit rechercher tout d'abord s'il existe quelque éminence dure de la peau (*tubercules*), et s'in-

former si ces dernières étaient déjà constatées, quand la maladie s'est déclarée. S'il n'y a point de tubercules, voir le § 681. Si tel n'est pas le cas, il importe de savoir si l'éruption est sèche ou humide. Si elle existe depuis longtemps, l'étiologie en informe, et on s'en assure par l'inspection des croûtes ou des lamelles qui se forment à la surface de la peau. Il faut se souvenir que les croûtes sont dues à la dessiccation du produit des sécrétions séreuses, purulentes ou sanguines, tandis que les lamelles proviennent d'un épaissement exagéré de l'épiderme desséché. Si l'éruption est sèche voir § 621, dans le cas contraire aller au § 652.

A. — *Cas dans lesquels l'éruption est sèche.*

621. — On peut avoir affaire à la forme *papuleuse*, *lamelleuse* ou *cranthémateuse* de la maladie, et chacune de ces formes se subdivise en *trois genres*.

Si l'éruption se produit sous forme de boutons, voir au § 622. Si tel n'est pas le cas et qu'il y ait augmentation dans la production de l'épiderme, se reporter au § 631 ; dans tous les autres cas recourir au § 641.

Il faut se souvenir que les maladies papuleuses sont souvent suivies de croûtes ; on les distingue des formes squameuses en ce que dans ces dernières l'éruption n'est pas boutonneuse.

a. — *Cas dans lesquels l'éruption est papuleuse.*

622. — Cette catégorie comprend trois affections différentes, savoir : *le Lichen*, *le Prurigo* et *la Gale*.

623. — a. a. $\frac{1}{4}$ LICHEN. L'éruption consiste en un certain nombre de petits boutons qui, en général, sont d'une coloration rouge. Quelquefois ils sont groupés

ou séparés, les uns des autres, et s'accompagnent d'une démangeaison semblable à des fourmillements.

624. — Parfois l'affection débute par une fièvre légère, et elle ne dure guère plus de huit à dix jours ; cependant sa marche est habituellement plus lente. Elle siège d'ordinaire sur les parties les plus épaisses de la peau comme, par exemple, à la face dorsale de la main, à la partie postérieure de l'avant-bras, à la partie externe de la cuisse et de la jambe. Lorsque le lichen se rencontre chez les enfants, il prend le nom de *Strophulus* ; il dépend le plus souvent de la dentition ou de désordres de la digestion.

625. — Les principales variétés de Lichen sont :

Le Lichen circumscriptus : éruption de boutons en groupes d'une forme irrégulièrement circulaire.

Le Lichen agrius est une irritation vive de la peau (1).

626. — *Le Lichen* se distingue de la gale en ce que, dans cette dernière maladie, l'éruption est aussi bien vésiculeuse que papuleuse, et qu'elle siège aux régions dans lesquelles la peau est fine, comme entre les doigts. On y observe des acarus ou de leurs œufs.

On le distingue de l'*Eczéma* en ce que les bords des plaques de lichen sont constitués par des papules et non par des vésicules, en ce que la peau est épaissie, sèche, rugueuse et qu'elle ne forme pas de croûtes jaunes comme dans la première affection.

627. — *b. b.* — PRURIGO. L'éruption se présente sous forme de papules disséminées, aplaties, dont la couleur diffère à peine de celle de la peau à l'état normal, mais elles sont habituellement couvertes de petites croûtes noires. La peau est généralement épaissie,

(1) Voir *Dictionnaire de Robin et Littré*. (N. d. T.)

molle, comme sale. La démangeaison est vive et s'exaspère par la chaleur.

628. — Dès le début de la maladie quelques pustules peuvent se présenter, et le symptôme le plus marquant est alors la démangeaison. Les croûtes noires qui recouvrent les boutons sont déterminées par l'action de se gratter. Les parties où siège le plus fréquemment le prurigo sont : les faces externes des membres, le cou, la poitrine, le dos, l'anus et les organes génitaux.

629. — Les principales variétés de prurigo sont :

Le Prurigo mitis dans lequel la démangeaison est légère, tolérable.

Le Prurigo formicans dans lequel la démangeaison est vive, accompagnée de picotements insupportables.

Le Prurigo senilis qui se rencontre chez les personnes âgées.

Cette maladie prend des noms différents suivant qu'elle siège à telle ou telle partie du corps; ainsi, que l'affection occupe le pourtour de l'anus, elle se nomme *Prurigo podicis*; quand elle affecte les organes génitaux de la femme : *Prurigo pudentis*, et ceux de l'homme : *Prurigo scroti*.

630. — Dans le plus grand nombre des cas, et surtout chez les vieillards, le *Prurigo* est déterminé par la présence de pous; telle est sa cause la plus commune quand il occupe le cou, le dos ou les épaules. Il faut, dans tous les cas suspects, examiner les vêtements du malade afin d'y rechercher les œufs ou les insectes eux-mêmes (fig. 87).

b. — Cas dans lesquels l'éruption revêt la forme lamellaire.

631. — Cette catégorie renferme aussi trois formes distinctes de maladies de la peau : le *Psoriasis*, l'*Ichthyosis* et le *Pityriasis*. On s'assure en pinçant un replis de la peau si le tégument est épaissi ; s'il en est ainsi, on peut avoir affaire à un cas de *Psoriasis* ou d'*Ichthyose* ; si l'affection est superficielle, on est en présence d'un cas de *Pityriasis*.

632. — a. a. — PSORIASIS. L'éruption consiste en plaques proéminentes d'épiderme sec et blanc. Quand on enlève les lamelles superficielles, on trouve de petites élevures un peu épaissies, offrant une coloration rouge. Des gerçures se produisent souvent quand la maladie siège aux mains, aux pieds ou sur d'autres parties soumises à des mouvements répétés. La démangeaison est légère.

633. — On avait autrefois coutume d'appeler *Lèpre* les cas de ce genre dans lesquels l'éruption affectait une forme circulaire, mais ce terme est aujourd'hui rarement employé.

Le *Psoriasis* commence sous forme de petites proéminences de la peau, encapuchonnées d'une épaisse couche de lamelles épidermiques, qui s'étendent graduellement, en forme circulaire. Cette affection s'attaque surtout aux personnes bien portantes. Elle est parfois héréditaire.

Les principales variétés tirent leur nom de la forme des plaques ou du siège qu'elles occupent ; ainsi il y a :

Le *Psoriasis guttata*, dans lequel les points sont comme des grains de sable.

Le Psoriasis capitis, dans lequel le cuir chevelu est seul affecté.

Le Psoriasis palmaire, qui siège dans la paume de la main.

Le Psoriasis diffusa, dans lequel une assez grande surface cutanée est atteinte.

634. — *Le Psoriasis* se rencontre le plus habituellement au-dessous du coude ou du genou. Quand il affecte la paume de la main ou les pieds, c'est qu'il est d'origine syphilitique. Quand le cuir chevelu est altéré on peut le confondre avec *l'Eczéma*, mais il suffit de se souvenir que dans cette dernière maladie, les cheveux sont agglutinés par la sécrétion qui se dessèche, ce qui ne se produit pas dans le *Psoriasis*.

635. — *b. b.* — *ICHTHYOSE*. Toute la surface cutanée affectée est recouverte d'une couche épidermique épaisse, sèche, dure, presque cornée, irrégulièrement élevée au-dessus de la peau, mais conservant les fendillements particuliers aux téguments. Quand on enlève l'épiderme la peau mise à nu est rouge. L'affection n'est accompagnée ni de douleurs, ni de démangeaisons.

636. — Le nom donné à cette maladie vient de la ressemblance qu'offre la peau, par elle affectée, avec celle des poissons. Elle paraît consister en un épaississement et une altération de l'épiderme. Elle est souvent héréditaire et dans quelques cas congénitale. Quand elle est généralisée, elle n'atteint cependant pas les mains, les pieds et les aisselles; lorsque *l'Ichthyose* est locale, elle affecte plus particulièrement les jambes et les avant-bras, près des coudes.

637. — *L'Ichthyose* se distingue du *Psoriasis*, en ce

qu'elle ne se présente pas en plaques séparées entre elles par des parties saines ; par l'absence d'exfoliation tranchée de l'épiderme, et par la rougeur de celui-ci.

638. — *c. c.* — PITYRIASIS. La partie affectée est recouverte d'une^e quantité anormale d'épiderme qui tombe sous forme de poudre blanche. L'épiderme n'est pas épaissi, et la démangeaison que le malade éprouve est en général très-vive.

639. — Quelques auteurs regardent cette maladie comme n'étant autre chose qu'une forme de l'érythème. Elle a reçu son nom en raison de la ressemblance qu'offrent ses produits desquamateux avec du son.

Les différentes variétés sont dénommées diversement selon qu'elles siègent dans telle ou telle partie du corps. Ainsi on lui donne le nom de *Pityriasis capitis*, quand elle affecte le cuir chevelu ; celui de *Pityriasis versicolor* lorsque la maladie dépend d'un végétal (fig. 83) et siège sur le corps.

Le *Pityriasis* se présente comme une éruption de plaques irrégulièrement formées, d'une coloration rouge brun, desquelles on peut enlever facilement des lamelles par des frictions.

Vues au microscope, ces lamelles semblent des végétaux. On rencontre cette maladie le plus habituellement sur le tronc, et elle n'est que rarement accompagnée de démangeaisons.

640. — Chez les enfants, les plaques du *Pityriasis* du cuir chevelu peuvent être confondues avec celles de l'*impétigo* (§ 699) ; mais la forme circulaire de ces dernières, l'élevation de leurs bords, et les caractères microscopiques dans cette dernière maladie suffisent à établir la distinction.

c. — Cas dans lesquels la maladie revêt le caractère exanthémateux.

641. — Les éruptions accompagnées d'une fièvre intense ont déjà été décrites (§ 563). On ne rencontre que trois formes d'éruption dans lesquelles la fièvre est absente ou tout au moins modérée; ce sont : la *Roséole*, l'*Erythème* et l'*Urticaire*. Il faut tout d'abord examiner s'il existe des plaques proéminentes et brillantes, plus rouges ou plus pâles que la peau environnante et accompagnées de démangeaison vive et de cuisson ardente. Si l'on en constate, voir au § 650, et dans le cas contraire se reporter au § 642.

642. — a. a. — ROSÉOLE. La peau est couverte de plaques irrégulières, d'une couleur rouge-rose plus ou moins prononcée, légèrement ou nullement élevée. Quelquefois la gorge est atteinte d'une éruption semblable, et souvent il existe une fièvre légère; le malade ressent de fortes démangeaisons et des fourmillements.

643. — L'éruption peut se produire sur tout le corps, comme il arrive dans la rougeole et la scarlatine, ou se limiter à une région déterminée. Elle apparaît souvent dans le cours d'autres maladies, mais elle n'influe ni sur leur marche, ni sur leur terminaison.

644. — Les variétés de *roséole* se divisent en deux classes; les unes sont *idiopathiques* et les autres *symptomatiques*.

IDIOPATHIQUES.

Roséole infantilis particulière aux enfants.

Roséole Estiva affectant les adultes en été.

Roséole Autumnalis se déclarant en automne.

Roséole Annulata dont l'éruption revêt la forme annulaire.

SYMPTOMATIQUES.

Roséole Variolosa.

— *Rheumatica*.

— *Vaccina*.

— *Arthritica*.

— *Cholleraica*.

645. — On peut confondre facilement la *Roséole* avec la rougeole ou la scarlatine. On distingue la première de la seconde par le peu d'intensité de la fièvre, par l'absence des symptômes catarrhaux et par la couleur plus foncée des plaques. Elle diffère de la scarlatine par le peu d'inflammation dont la gorge est le siège et par le peu d'intensité de la fièvre qui l'accompagne.

646. — *b. b.* — ERYTHÈME. Les plaques qui recouvrent la peau sont rouges, et disparaissent sous la pression. Elles sont quelquefois un peu élevées, et le malade accuse assez souvent de la chaleur et des démangeaisons.

647. — L'*Erythème* diffère de la *Roséole* en ce qu'il ne siège que sur une surface limitée de la peau et en ce que la fièvre manque complètement.

648. — Cette maladie se présente sous plusieurs formes qui sont les suivantes :

Erythème leve que l'on rencontre sur les membres inférieurs des hydropiques.

E. Fugax. Plaques qui apparaissent et disparaissent soudainement.

E. Intertrigo. Eruption au frottement de certaines parties du corps les unes sur les autres.

E. Nodosum. Plaques élevées qui ne se rencontrent jamais sur le tronc, mais au-dessus du tibia et aux bras.

649. — L'*Erythème* se distingue de l'Erysipèle en ce qu'il n'a pas de tendance à s'étendre, par le peu de gonflement, de chaleur et de douleur qu'on y observe.

et enfin par l'absence de fièvre et de picotements.

650. — *c. c.* — **URTICAIRE.** La peau se couvre de plaques proéminentes rondes, ovales ou allongées et semblant dues à des piqûres d'orties. Elles apparaissent et disparaissent d'une manière soudaine. Cette maladie peut quelquefois se déclarer quand on s'est trop gratté; il ne s'ensuit aucune desquamation; la chaleur est intense et les démangeaisons sont vives.

651. — L'urticaire est souvent produite par une indigestion, et, chez certaines personnes, quelques aliments la causent immédiatement.

B. — Cas dans lesquels l'éruption est humide.

652. — Cette catégorie comprend les formes d'inflammations vésiculeuse et pustuleuse. Pour les distinguer il faut se souvenir que le contenu des pustules est, de *prime abord*, *purulent*, et que le liquide des vésicules, quoique limpide au début, se trouble à mesure que la maladie avance. Si l'éruption est vésiculeuse, voir au § 653; si elle est pustuleuse, aller au § 669.

a. — Cas dans lesquels l'éruption est vésiculeuse.

653. — Sous ce titre on range cinq affections distinctes, qui sont l'*Eczéma*, l'*Herpès*, le *Sudamina*, la *Gale* et le *Pemphigus*.

Le *Rupia*, classé parmi les maladies vésiculeuses parce qu'il renferme tout d'abord un liquide, est placé par d'autres auteurs dans le groupe pustuleux. La varicelle qui se présente avec la forme vésiculeuse a été

décrite au § 578. Si les vésicules dépassent en diamètre un centimètre, on les nomme *bulles*, et dans ce cas, il faut se reporter au § 667.

654. — *a. a.* — **ECZÉMA.** L'éruption consiste en plaques irrégulières composées de très-petites vésicules de la grosseur d'une tête d'épingle, qui, lorsqu'on les ouvre, laissent écouler un liquide qui tache le linge et le rend raide. Ce liquide se dessèche en croûtes minces et jaunes. L'éruption s'accompagne de douleurs, de cuisson et de démangeaisons.

655. — Il peut arriver que les vésicules ne soient pas apparentes; mais la maladie se reconnaît à l'épaisseur anormale de la peau et à la nature de l'écoulement, à la formation de croûtes minces et foncées et à la démangeaison qui l'accompagne.

C'est une des plus fréquentes parmi les éruptions qui souvent sont héréditaires et se rencontrent dans la bronchite ou dans les affections rhumatismales.

656. — Les principales variétés sont :

L'Eczéma simplex. — La démangeaison et l'inflammation sont peu intenses.

L'Eczéma rubrum. — Il y a plus d'inflammation; il se rencontre sur les jambes affectées de varices.

L'Eczéma impétigineux. — Complication d'eczéma et d'impétigo; différemment nommé suivant l'endroit où il siège.

L'Eczéma de la tête.

657. — *L'Eczéma chronique* peut parfois simuler le psoriasis, mais quand on soupçonne avoir affaire à un cas de ce genre, on observe que, dans la première af-

fection, les lamelles proviennent de la sécrétion desséchée et non pas d'une production exagérée d'épiderme sec, ainsi que cela se passe dans la seconde. Lorsque l'*Eczéma* affecte le cuir chevelu, il peut être confondu avec le pityriasis ; mais, dans ce dernier, la surface est desséchée dès le début et les cheveux ne sont pas agglutinés.

638. — *b. b.* — HERPÈS. L'éruption est constituée par un certain nombre de larges vésicules groupées ensemble sur une surface enflammée. Ces vésicules subissent des périodes successives de maturité et de desquamation et ne se reproduisent pas. Cette maladie est accompagnée de chaleur, de cuisson et de fortes douleurs d'un caractère névralgique.

639. — L'*Herpès* débute habituellement sous forme de plaques rouges sur lesquelles se forment bientôt de petites vésicules. Dans quelques cas, l'éruption est précédée, dans d'autres, elle est suivie, de douleurs névralgiques. D'ordinaire, elle siège sur le trajet d'un nerf sensitif, tel que le frontal ou l'un des nerfs dorsaux.

660. — L'*Herpès* se divise en deux variétés qui sont : l'*Herpès circiné* dans lequel l'éruption est plus ou moins circulaire ; l'*Herpès phlycténoïde* dans lequel la forme de l'éruption est irrégulière. La forme *circinée* est une affection *parasitaire* et sera décrite avec les maladies des cheveux. Dans l'*Herpès Zoster* ou *zona* les plaques présentent la forme de bandes siégeant sur une moitié du corps ou sur un membre. L'*Herpès preputialis* a été souvent confondu avec la syphilis.

661. — L'*Herpès* diffère de l'eczéma par la localisa-

tion des plaques éruptives, par l'absence d'un suintement visqueux et en ce que les vésicules ne se reproduisent pas.

662. — *c. c.* — SUETTE MILIAIRE. L'éruption est constituée par des vésicules disséminées affectant la forme de gouttes d'eau qui, dans trois ou quatre jours, se rident et se dessèchent. Cette variété ne s'accompagne ni d'irritation, ni de démangeaison.

663. — Quand les vésicules ne présentent pas une coloration rouge, les auteurs les nomment *sudamina* ; et quand elles sont légèrement enflammées *miliaires*. Cette éruption se produit dans les maladies fébriles ou autres, dans lesquelles il y a production de sueurs ; mais elle semble n'influer en rien sur la marche de la maladie à laquelle elle vient s'associer.

664. — *d. d.* — GALE. Cette éruption est constituée par des vésicules mêlées à des papules et quelquefois même à des pustules. Elle siège dans les régions où la peau est fine. Elle est accompagnée d'une vive démangeaison qui s'exaspère sous l'influence de la chaleur. On peut découvrir sur les galeux soit des *acarus scabiei*, soit de leurs œufs.

665. — Comme *la gale est éminemment contagieuse*, on doit s'informer, chaque fois qu'on en soupçonne la présence sur un sujet, si des membres de la même famille n'en sont pas affectés. Les points de prédilection de cette maladie sont les espaces interdigitaires, les surfaces internes des poignets, des avant-bras, des cuisses et les parties inférieures de l'abdomen, le pénis chez l'homme et les mamelles chez les femmes. Chez les enfants, les fesses et les faces internes des pieds

sont le plus souvent atteintes. La face et la tête sont rarement le siège de la gale.

666. — Les maladies que l'on est susceptible de confondre avec la gale sont le *Lichen*, le *Prurigo* et l'*Eczéma*. Le siège, la contagion, la présence d'acarus ou de leurs œufs sont les signes les plus sûrs de diagnostic (§ 617). Le *Lichen* se distingue par la nature essentiellement papuleuse de son éruption, par le siège qu'elle occupe le plus souvent, comme le dos, la face externe des bras et des cuisses, par l'état rugueux et sec de la peau. Dans le *Prurigo*, c'est habituellement le cou et les épaules qui sont affectés, et on rencontre fréquemment des poux sur le malade. L'*Eczéma* peut être ordinairement rapporté à l'action d'un irritant local, comme la chaux, le sucre, etc., et son éruption est plus spécialement vésiculeuse que dans la gale.

667. — *e. e.* — PEMPFIGUS. Un certain nombre de petites ampoules apparaissent sur un fond rouge. Le liquide qu'elles contiennent est transparent ou jaunâtre, et, après une évacuation, il reste une couche mince ou une ulcération superficielle. Il y a quelquefois, non toujours, de la douleur, de la chaleur ou des démangeaisons.

668. — La forme chronique de *Pemphigus* était autrefois nommée *Pempholyx*, mais ce terme est à présent peu employé. Les ampoules attaquent rarement le cuir chevelu, la paume des mains ou la plante des pieds. Il est ordinairement divisé en *aigu* et en *chronique*.

b. — *Cas dans lesquels l'éruption débute par des pustules:*

669. — Dans cette catégorie, on observe l'*Impétigo*,

l'*Ecthyma*, l'*Acné* et le *Rupia*. Il faut observer si les pustules sont pointues et situées sur une base élevée et dure. S'il en est ainsi, voir au § 675 ; si elles sont globulaires ou recouvertes d'une croûte épaisse, terminée en cône, consulter le § 678.

670. — *a. a.* — IMPÉTIGO. Il se produit une éruption de petits tubercules très-légèrement élevés, souvent réunis en plaques ; le pus se dessèche sous forme de croûtes vert-jaunâtres, irrégulières. La desquamation ne laisse pas de cicatrices. Généralement il existe de la chaleur et des démangeaisons.

671. — L'*Impétigo* est considéré par certains auteurs comme une forme pustuleuse de l'eczéma. Dans la variété du nom d'*Eczéma impétiginodes* ou *Porriço*, on rencontre les caractères communs à l'eczéma et à l'impétigo.

672. — *b. b.* — ECTHYMA. — L'éruption consiste en larges pustules rondes et isolées reposant sur une surface enflammée et rouge. Le pus se dessèche et forme des croûtes brunes et épaisses qui tombent par la suite et laissent de légères cicatrices. Souvent le malade éprouve de la chaleur, des démangeaisons et des picotements.

673. — L'*Ecthyma* siège le plus habituellement sur les extrémités, le dos et les épaules. Dans la gale des pustules ecthymateuses se rencontrent fréquemment sur les mains et sur les pieds, mais elles sont accompagnées alors de vésicules, et on trouve d'ordinaire des acarus.

674. — On distingue l'*Ecthyma* de l'*Impétigo* par le

petit volume qu'offrent les pustules de cette dernière maladie et en ce que leur base n'est pas dure.

675. — *c. c.* — ACNÉ. L'éruption consiste en de petites projections de la peau, isolées, dures, coniques. Quelques-unes suppurent à leur sommet où sont recouvertes d'une croûte; d'autres sont rouges, dures. L'éruption est restreinte à la face, au cou et aux épaules.

676. — L'acné se montre rarement sur les sujets qui n'ont pas encore atteint l'âge de la puberté. On peut la confondre avec l'*Echtyma*, l'*Impétigo* et l'*Eczéma*. L'*Echtyma* est reconnaissable par ses pustules larges, aplaties et non pointues, qui ne sont point séparées par des points blancs, comme il se produit dans l'*Acné*. Dans l'*Impétigo* les pustules ne sont pas dures et proéminentes. L'*Eczéma* se distingue par son aspect vésiculaire, par la démangeaison et la cuisson que ressent le malade et aussi en ce que l'éruption n'est pas restreinte aux épaules et à la face.

677. — Les variétés d'acné sont les suivantes :

L'*Acné simple* : de petites taches noires entourées d'une légère inflammation.

L'*Acné indurée* : élevures dures, rouges avec sommets suppurants.

L'*Acné rosacea* : plaques rouges, souvent associées à une dilatation des veines.

678. — *d. d.* — RUPIA. L'éruption consiste en des boutons plats renfermant d'abord un liquide limpide qui devient purulent et sanguinolent. Dans la suite chacun d'eux se recouvre d'une croûte dure, de couleur foncée, souvent de forme conique. Cette croûte cache une ulcération plus ou moins profonde.

679. — Le *Rupia* est presque toujours dû à la syphilis. Les membres inférieurs, les lombes et les épaules sont les régions les plus habituellement affectées. On distingue cette éruption du *Pemphigus* en ce que les vésicules sont aplaties, la croûte plus épaisse et les ulcérations ultérieures, au lieu d'être en forme de boutons distendus, sont recouvertes de croûtes lamellaires, tandis qu'elles sont superficielles dans la première forme.

680. — Les principales variétés de *Rupia* sont :

Le *Rupia simple* ayant les croûtes minces.

Le *Rupia proéminent*, dont les boutons sont larges, les croûtes épaisses et proéminentes, et les ulcérations profondes.

c. — Cas dans lesquels l'éruption présente le caractère tuberculeux.

681. — Dans cette catégorie rentrent l'*Acné* (§575), le *Molluscum* et le *Lupus*. Les verrues et les cors ont déjà été indiqués. Le *Chéloïde*, l'*Éléphantiasis* et le *Frambæsia* sont généralement compris dans cette classe.

682. — a. a. — MOLLUSCUM. — Un certain nombre de tumeurs dures, mobiles, d'un diamètre qui varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noisette, se sentent sur la peau. En général, un point noir ou une légère dépression se remarque à leur sommet, et elles sont quelquefois attachées à la peau par un pédicule.

683. — « (a.) » Ces tumeurs s'offrent sous la forme circulaire et présentent le diamètre d'un pois, avec une dépression marquée à leur centre. On les rencontre le plus ordinairement sur le visage (ou sur d'autres par-

ties du corps exposées à l'air) de plusieurs enfants de la même famille ou aussi sur la face d'un nourrisson et sur le sein de sa nourrice (d'où son nom de *molluscum contagieux*). Si l'on coupe une de ces tumeurs et qu'on la presse, on voit sourdre une matière analogue à celle que contiennent les glandes lobulaires. Cette forme peut se guérir spontanément.

« (b.) » Le *Molluscum fibreux* (*simple* ou *congénital*), consiste en un certain nombre de tumeurs à forme circulaire, du diamètre d'une noix et au-dessous. Elles sont disséminées sur le corps et sur les extrémités. Elles sont, à leur surface, ponctuées de points noirs et transmettent aux doigts une sensation semi-fluctuante. Il n'y a pas tendance à la guérison spontanée.

« (c.) » Réunis ou séparés, la dernière forme peut se rencontrer avec des tumeurs à diamètre variable formées d'une extension de la peau et du tissu cellulaire et tenant à celui-ci par des pédicules grêles, longs ou courts » (1).

684. — *b. b.* — *Lupus*. L'éruption consiste en plaques rouges sur lesquelles sont de petits tubercules ronds, ramollis, qui peuvent être recouverts d'une croûte brunâtre, ou qui peuvent aussi donner naissance à des ulcérations ou à des cicatrices blanches et ridées.

685. — Cette maladie s'observe le plus souvent sur la face, et très-fréquemment les ulcérations qu'elle détermine produisent des difformités en détruisant des portions du nez, etc.

686. — Les variétés du *lupus* sont :

Le *Lupus érythémateux* : plaques rouges irrégulières,

(1) Dr Tay.

à surface unie, brillante, se terminant par des escharcs, mais non par des ulcérations.

Le *Lupus non excedens* qui se termine par des escharcs et non par des ulcérations.

Le *Lupus excedens* qui donne naissance à des ulcérations et à des escharcs.

SECTION II.

Cas dans lesquels la peau offre un simple changement dans sa couleur, sans qu'il y ait de fièvre ni de signes inflammatoires.

687.— Cette section comprend les *Taches de rousseur* (*éphélides*), les *Lentilles* qui n'exigent pas de description, le *Pityriasis versicolor* décrit au § 639, et enfin le *Purpura* et la maladie d'*Addison*.

688.— *a. a.*—PURPURA.—L'éruption consiste en un certain nombre de points ou de plaques d'un rouge brun ou pourpre, qui ne disparaissent pas sous la pression.

689.— Cette affection est souvent accompagnée d'une grande débilité, et quelquefois elle peut se terminer fatalement par suite d'hémorrhagie dans les poumons ou dans le cerveau. On pense qu'elle est due à une condition anormale du sang qui s'extravase des vaisseaux de la peau. Quand les points sont très-petits, ils se nomment *Stigmata*; ceux qui présentent la grosseur d'une piqûre de mouche prennent le nom de *Pétéchies*; plus larges, on les désigne par le terme de *Vibices*; et enfin, quand ils occupent une surface étendue. *Echymoses*.

690. — Les principales variétés de *Purpura* sont les suivantes :

Le *Purpura simple* : points petits ; faiblesse générale.

Le *Purpura hémorrhagique* : points plus grands ; gencives et muqueuses sujettes à des hémorrhagies.

Le *Purpura urticans* : élevures rondes suivies de points d'un noir livide.

691. — La couleur particulière de l'éruption et sa persistance sous la pression suffisent à faire distinguer le *Purpura* de toutes les autres maladies de la peau.

692. — *b. b.* — MALADIE D'ADDISON (*Melasma Addisoni*). — Certaines portions cutanées revêtent une coloration brunâtre ou gris-olive. Le malade souffre d'une extrême débilité, de palpitations, de gêne respiratoire au moindre effort, d'anorexie, de nausées, parfois de vomissements. Les lèvres sont décolorées et le pouls est très-faible.

693. — Dans cette maladie, que le Dr Addison a décrit le premier, les capsules sus-rénales sont affectées. Les régions, telles que l'aisselle, l'ombilic, le scrotum qui, à l'état normal, sont plus foncées que le reste du corps, présentent une teinte bronzée. La face, le cou, les membres supérieurs participent aussi à cette coloration. Les lèvres et les surfaces internes des joues offrent aussi fort souvent des taches brunes.

La teinte bronzée se remarque rarement quand les capsules sont atteintes de cancer. Les ulcérations morbides que l'on observe, dans les maladies des capsules rénales associées à la maladie d'Addison, ont été décrites par le Dr Wilks qui dit : « On trouve d'abord

un dépôt de matière transparente, molle et homogène ; plus tard cette substance se change en une autre matière opaque, blanc-jaunâtre ; elle se ramollit et dégénère en abcès, ou se dessèche et devient une masse crayeuse.* »

SECTION III.

Cas dans lesquels l'éruption se produit sur le cuir chevelu ou sur des parties couvertes de poils.

694. — Les parties du corps qui sont couvertes de poils sont sujettes aux diverses éruptions décrites dans les pages précédentes ; ainsi le cuir chevelu est souvent affecté de Psoriasis, de Pityriasis, d'Eczéma et d'Impétigo. Mais, de plus, ces régions sont sujettes à des affections parasitaires qui doivent être soigneusement étudiées à cause de la fréquence avec laquelle elles se présentent et en raison de leur importance. Dans les cas suspects, on doit examiner les cheveux au microscope.

695. — *a. a.* — FAVUS (*Tinea favosa*). La partie affectée est recouverte d'un certain nombre de croûtes rondes, sèches, d'un jaune brillant, déprimées au centre, ou présentant une surface non interrompue, mais irrégulière, de croûtes sèches, couleur de soufre. Les cheveux, secs, s'arrachent facilement, et, examinés au microscope, ils montrent des *Achorions Schanleinii*. Le malade ressent quelques démangeaisons et exhale une odeur de moisi analogue à l'odeur de la souris.

696. — Cette affection débute par de petites taches jaunes, situées à la base des cheveux ; après un cer-

tain temps de la calvitie est souvent produite par suite de la destruction des follicules pileux.

697. — Il y a trois variétés de *Favus* :

Le Favus pileux qui siège à la tête.

Le Favus épidermique qui siège dans d'autres parties du corps.

Le Favus des ongles qui siège aux ongles.

698. — *Le Favus* peut être confondu avec l'impétigo, mais dans ce dernier il se produit rarement des plaques de calvitie, la couleur des cheveux n'est pas altérée, et le microscope ne révèle la présence d'aucun parasite végétal.

Le Psoriasis peut simuler le *favus*, mais dans le premier les cheveux ne sont pas altérés, et ils ne portent pas d'odeur de moisi. De plus, on rencontre généralement sur les coudes et sur les genoux des plaques d'une éruption lamellaire.

699. — *b. b.* — *TINEA TONSURANS (Impétigo)*. Il existe sur le cuir chevelu des plaques rondes sur lesquelles les cheveux desséchés se sont brisés de façon à s'élever de quelques lignes seulement au-dessus de la surface qui est couverte de lamelles fines, blanches, poudreuses. L'examen microscopique des cheveux et des croûtes décèle la présence de *Tricophytons* (voir fig. 84). Habituellement il y a des démangeaisons au début de l'éruption.

700. — Des plaques de calvitie permanentes peuvent être le résultat de cette maladie, mais cela arrive rarement. *L'Impétigo*, quand il s'attaque au cuir chevelu, est particulier à l'enfance. On peut le confondre avec

Peczéma impétiginode, mais dans cette dernière affection les plaques ne sont pas rondes et les cheveux sont sains; la démangeaison est vive, et une éruption analogue peut être rencontrée sur d'autres parties du corps.

701. — Les principales variétés sont :

Le Tinea tonsurans affectant le cuir chevelu.

Le Tinea circinata (Herpes circinatus), affectant le tronc ou les extrémités.

Le Tinea sycosis affectant la barbe et s'accompagnant de pustules et de tubercules.

702. — *c. c.* — ALOPECIA AREATA (*Porriço decalvans*). Il existe des plaques rondes ou ovales dégarnies de cheveux, ou bien ceux-ci sont tombés, mais ont été remplacés par d'autres plus fins. La peau est blanche et il n'y a qu'un peu de démangeaison.

703. — Dans le principe la peau est ridée et légèrement rouge. En général, le mal n'affecte que le cuir chevelu, mais cependant il peut attaquer les cils, les sourcils, la barbe et les poils situés aux organes génitaux. Quelques auteurs pensent que cette maladie est due à la présence d'un parasite végétal, tandis que d'autres repoussent cette supposition.

FIN

DU

MANUEL DE DIAGNOSTIC

DE

S. FENWICK.

APPENDICE. ¹

CHAPITRE PREMIER.

MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX CHEZ LA FEMME.

704. — Les maladies qui affectent les organes génitaux chez la femme, et qui sont du ressort de la médecine, peuvent être aiguës ou chroniques.

PARMI LES MALADIES AIGUES, nous ne traiterons que de la *Congestion*, de la *Métrite aiguë*, du *Catarrhe aigu du vagin ou de l'utérus* et de la *Ménorrhagie*.

PARMI LES MALADIES CHRONIQUES, nous nous occuperons de la *Métrite chronique*, des *Néoplasmes de l'utérus*, du *Catarrhe chronique du vagin et de l'utérus* (leucorrhée), de la *Dysménorrhée* et de l'*Aménorrhée*.

705. — PENDANT LA CONGESTION, le volume général de l'organe est augmenté; si on en examine une coupe, on y voit que les vaisseaux sanguins sont élargis et les sinus veineux gorgés de sang. La muqueuse utérine, épaisse et rouge, laisse souvent, sous une légère pression, transsuder quelques gouttelettes de sang. La muqueuse vaginale qui tapisse le col de l'utérus est, en général, plus ou moins hyperémiée. L'injection peut gagner les annexes de l'utérus, les trompes, qui alors se tuméfient, les ovaires, qui grossissent, et jus-

¹ L'Appendice, tiré des auteurs classiques français, a été ajouté par les traducteurs dans le but de compléter ce Manuel.

qu'aux ligaments larges dans lesquels Aran a rencontré des paquets de veines dilatées.

706. — LA MÉTRITE AIGUE, ou *Inflammation aiguë du parenchyme de l'utérus*, se caractérise anatomiquement par une augmentation dans le volume de l'organe dont le tissu, d'un rouge clair ou foncé, prend une consistance plus ou moins considérable qu'à l'état normal, en même temps qu'une friabilité facile à constater; ou bien se ramollit au point de céder facilement ou de se déchirer sous le doigt. On trouve parfois du pus, soit infiltré entre les fibres musculaires, soit collecté en un foyer enkysté ou libre. Cette dernière altération, quoique rare, a été observée par Lisfranc, Depaul, Scanzoni. Dans la métrite parenchymateuse, la muqueuse utérine peut être intacte, mais le plus souvent elle s'hyperémie, devient faible et se couvre d'une couche de mucus ou de muco-pus plus ou moins adhérente. L'inflammation peut gagner les annexes de l'utérus, et même le péritoine. La métrite peut au reste être généralisée ou bornée à une partie seulement de la matrice.

707. — On a rarement l'occasion d'examiner les altérations anatomo-pathologiques que portent les matrices affectées de CATARRHE AIGU. Tout ce que l'on sait c'est que la muqueuse génitale (utérus et vagin) subit, dans ce cas, des altérations analogues à celles que l'on rencontre sur les muqueuses atteintes de catarrhe aigu. Elle est hyperémiée, épaisse, plus friable. Elle se déchire facilement; au début elle est sèche, plus tard elle se recouvre d'une sécrétion d'abord séreuse, puis muqueuse ou muco-purulente.

708. — DANS LA MÉTRITE CHRONIQUE, l'utérus est augmenté de volume au point de devenir deux ou trois

fois plus gros qu'à l'état normal. Il se déforme en partie ou en totalité, suivant la région envahie par l'inflammation. L'organe est plus dur, plus pesant qu'à l'état normal; sa surface externe est lisse, sans bosselure, grisâtre ou rougeâtre. Le tissu de l'utérus se laisse couper facilement sans crier sous le scalpel. Au microscope, on n'observe aucune altération. Les fibres musculaires, nettement délimitées, semblent plus volumineuses, et sont réunies les unes aux autres par une substance albumineuse qui les baigne. Rarement la cavité de l'utérus est agrandie. L'organe, en augmentant de volume, se déplace ou se dévie de sa direction naturelle. Le col peut rester indemne ou participer à l'affection du corps utérin. Il est assez fréquent dans ce dernier cas, d'observer sur le col des érosions et des ulcérations plus ou moins profondes. La phlegmasie se propage parfois aux annexes de l'utérus et au péritoine.

709. — Quand la matrice est affectée de CATARRHE CHRONIQUE, la muqueuse est épaissie et hypertrophiée; les plis, formés par cette membrane dans l'utérus et surtout dans le vagin, constituent des rebords saillants, souvent recouverts de végétations polypeuses. La muqueuse présente une coloration brunâtre ou ardoisée. Il existe une hypersécrétion de mucus, mélangé à du pus ou même à du sang. Au niveau du col, la sécrétion, plus visqueuse, forme des bouchons qui obstruent l'orifice utérin.

On rencontre très-souvent sur le col des petites tumeurs arrondies, de la grosseur d'un grain de millet ou même plus fermes, dures, pleines d'un liquide visqueux. Ces tumeurs, nommées *wufs* ou *glandes de Na-*

both, sont dues à la distension des follicules muqueux qui oblitérent l'orifice de l'utérus.

Parfois le col est le siège d'ulcères catarrhaux, se présentant sous forme d'érosions particulières et superficielles, ou d'ulcérations plus profondes et arrondies, nées à la suite de la perforation d'un follicule muqueux. En même temps, ou séparément, peuvent exister des ulcères granuleux, caractérisés par leur surface inégale, granuleuse, et que le moindre contact fait saigner.

710. — DANS LE CAS DE NÉOPLASMES, l'utérus ne porte aucune altération particulière. Les néoplasmes les plus remarquables sont les *Tumeurs fibroïdes* ou *fibro-musculaires*. Ces tumeurs, uniques ou multiples, peuvent varier depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une tête d'adulte. La surface d'une section pratiquée dans un néoplasme est blanche ou rose pâle; on y distingue facilement des tractus fibreux. Au microscope on les trouve constitués par un mélange d'éléments conjonctifs et d'éléments musculaires.

Le néoplasme peut être interstitiel, sous-séreux, c'est-à-dire siégeant sous le péritoine ou sous-muqueux, pédiculé ou non. Les fibroïdes s'incrustent parfois de sels calcaires. On donne aussi à ces tumeurs le nom de *polypes fibreux*.

A côté des polypes fibreux se placent les polypes muqueux, constituant de petites tumeurs dues à une excroissance de la membrane muqueuse, dépassant le volume d'une noisette et siégeant surtout au niveau du col. Ces tumeurs sont composées de tissu conjonctif riche en vaisseaux ou sont constituées par des follicules hypertrophiés.

Enfin, dans les néoplasmes utérins se placent, le *carcinome* qui affecte ici le plus souvent la forme encéphaloïde; le *cancer* qui débute habituellement par le col (1).

711. — Les anomalies de la ménstruation : dysménorrhée, aménorrhée, ménorrhagie ne sont pas à proprement parler des maladies, mais bien plutôt des symptômes. Elles n'offrent pas d'anatomie pathologique.

SECTION I.

Maladies aiguës des organes génitaux chez la femme.

712. — Ainsi que déjà nous l'avons dit, les affections aiguës des organes génitaux chez la femme, sont : la *Congestion*, la *Métrite aiguë*, le *Catarrhe aigu de l'utérus et du vagin*, la *Ménorrhagie* ou *Métrorrhagie*.

713. — a. — CONGESTION UTÉRINE. La malade accuse un sentiment de pesanteur dans le bassin, et au niveau du périnée, des tiraillements dans les lombes, dans les aines et dans les cuisses. L'utérus est abaissé et un peu plus volumineux qu'à l'état normal.

714. — La *Congestion* peut être active ou passive. Dans le premier cas, les douleurs sont plus vives; la malade éprouve une sensation de chaleur plus ou moins intense, parfois même insupportable dans les organes génitaux. Souvent il y a prurit de la vulve; parfois coliques utérines avec écoulement séreux ou sanguinolent. L'utérus plus volumineux comprime la vessie et le rectum, de là un besoin fréquent d'uriner, avec ardeur au moment du passage de l'urine dans

(1) Voir *Leçons cliniques* de Bennett et *Toxicité pratique des maladies de l'utérus* de A. Courty.

l'urèthre; constipation plus ou moins prononcée, parfois épreintes et tésnesme. Mais ces symptômes sont toujours moins accusés que dans la métrite aiguë. Tous ces phénomènes cessent, en général, au bout de deux ou trois jours, et le plus souvent, à la suite d'un écoulement sanguin par la vulve.

Dans la congestion passive, les douleurs, les tiraillements, la sensation de pesanteur, sont moins intenses que dans la congestion active. La chaleur de l'utérus et du vagin est moins considérable. Les troubles de la miction sont ceux que nous avons décrits plus haut. Les hémorrhagies sont fréquentes et parfois prennent une grande gravité.

La métrite aiguë se distingue de la simple congestion par l'intensité des symptômes, par les phénomènes généraux qui l'accompagnent, enfin par sa durée qui est beaucoup plus considérable que celle de la congestion.

715. — b. — MÉTRITE AIGUE OU INFLAMMATION DU PARENCHYME UTÉRIN. On constate, par le toucher, la pesanteur et la tuméfaction de l'utérus. Il existe des douleurs hypogastriques plus ou moins vives, souvent assez intenses pour forcer la malade à rester au lit.

716. — La MÉTRITE AIGUE débute souvent par un frisson suivi de chaleur et annonçant une fièvre plus ou moins prononcée. Les douleurs utérines s'irradient dans les lombes, les aines, les cuisses. La compression exercée par l'utérus sur la vessie et le rectum amène des troubles dans les fonctions de ces organes. Le besoin d'uriner devient très-fréquent; l'urine ne passe souvent qu'avec difficulté dans l'urèthre et y détermine un sentiment pénible de brûlure; de faux besoins

viennent tourmenter la malade, qui, plus d'une fois, éprouve, en voulant les satisfaire, un ténesme douloureux. Par la palpation de l'abdomen, par le toucher vaginal et rectal, on peut connaître la région principalement affectée. Si la pression n'exaspère pas trop les douleurs, on peut sentir, à travers les parois de l'abdomen, la matrice grossie et remontant au-dessus du pubis.

Au début, il peut n'exister aucun écoulement, mais, tôt ou tard, il sort, par la vulve, un liquide plus ou moins jaunâtre, parfois sanguinolent ou formé de muco-pus.

A côté de ces symptômes locaux se placent des symptômes généraux caractérisés par de l'inappétence, de la soif, de la fièvre, parfois des vomissements, de l'insomnie et de l'agitation. La constipation, plus rarement des selles dysentériques, dénoncent l'action de la phlegmasie utérine sur les voies digestives inférieures. L'issue est généralement favorable; pourtant l'inflammation peut se propager aux organes voisins et même au péritoine, ce qui rend le pronostic plus grave. Du reste, comme il est facile de le comprendre, l'intensité des symptômes généraux et locaux dépend de l'étendue de la région affectée.

717. — c. — CATARRHE AIGU DE L'UTÉRUS. Dans cette affection, il s'écoule par la vulve un liquide d'abord séreux, puis plus épais et jaunâtre. La malade accuse des douleurs hypogastriques et un sentiment de pesanteur dans le bassin.

718. — Dans les formes peu intenses de *Catarrhe aigu de l'utérus*, il n'y a pas de fièvre; celle-ci apparaît chez les sujets irritables ou lorsque la phlegmasie est

vive. Les douleurs hypogastriques sont moins violentes que dans la métrite et s'irradient beaucoup moins. Ce n'est qu'après trois ou quatre jours, pendant lesquels s'observent tous les symptômes d'une congestion utérine que l'écoulement commence. Il est d'abord visqueux et clair, gommant à peine le linge, puis il devient opaque et puriforme; sa réaction est alcaline. Après quelques jours, il perd son aspect purulent et cesse bientôt, à moins que le catarrhe chronique ne succède à l'aigu.

Le catarrhe du vagin accompagne souvent celui de l'utérus. Dans ce cas la malade éprouve une sensation de chaleur dans le canal vaginal, un prurit plus ou moins intense à la vulve, puis la muqueuse se recouvre de muco-pus, plus crémeux que celui de l'utérus auquel il se mêle. L'examen au spéculum montre seulement la muqueuse vaginale hyperémiée, le col boursouflé, l'orifice utérin légèrement élargi.

719. — *d.* — MÉNORRHAGIE OU MÉTRORRHAGIE. Dans cette maladie un écoulement de sang se fait par les organes génitaux externes. L'hémorrhagie s'établit peu à peu ou arrive brusquement à son apogée.

720. — Il est rare que la ménorrhagie survienne sans prodromes, à moins de blessure directe de l'utérus. Le plus souvent la malade accuse auparavant les troubles qui précèdent le flux menstruel, c'est-à-dire les symptômes de la congestion utérine. L'écoulement une fois établi peut se faire d'une manière continue, c'est ce qui arrive le plus souvent; ou bien cesser par moments pour recommencer ensuite. De temps en temps, il y a expulsion par la vulve de caillots qui, nés dans le vagin, ne déterminent pas de douleurs expulsives (coliques utérines).

Lorsqu'il ne se forme pas de caillots dans l'utérus, la malade se plaint seulement de douleurs lancinantes et contusives à l'hypogastre, aux aines, aux lombes et à la partie supérieure des cuisses. Lorsque le sang se coagule dans la cavité utérine, les caillots, agissant comme corps étrangers, suscitent de violentes contractions de la matrice et provoquent des douleurs très-vives, analogues à celles de l'accouchement.

Dans le cas de métrorrhagie idiopathique, c'est-à-dire qui n'est provoquée ni par un avortement, ni par la présence d'un néoplasme, le toucher ne dénonce aucune altération de la matrice. L'orifice du col est seulement un peu dilaté.

Les phénomènes généraux varient suivant la quantité de sang perdue par le sujet. Si la perte est petite, il y a seulement fatigue, céphalalgie, courbature; mais l'appétit reste bon. Dans le cas contraire, il y a tous les symptômes d'une hémorrhagie intense.

Lorsque les ménorrhagies se répètent soit à chaque époque menstruelle, soit dans l'intervalle de celles-ci, il faut examiner avec soin la malade, pour s'assurer s'il n'existe pas quelque affection organique de la matrice.

SECTION II.

Maladies chroniques des organes génitaux chez la femme.

721. — Les maladies chroniques qui peuvent affecter les organes génitaux de la femme et que le médecin doit connaître sont : LA MÉTRITE CHRONIQUE, LES NÉOPLASMES UTÉRINS, LE CATARRHE CHRONIQUE DE L'UTÉRUS ET DU VAGIN, LA DYSMÉNORRHÉE ET L'AMÉNORRHÉE.

722. — A. — L'UTÉRUS EST AUGMENTÉ DE VOLUME.

Dans ce cas, on peut avoir affaire à une métrite chronique, ou à un néoplasme utérin.

723. — *a.* — Dans la MÉTRITE CHRONIQUE, le toucher vaginal fait reconnaître un abaissement plus ou moins marqué de l'utérus, lequel est plus lourd qu'à l'état normal; le col est ferme et volumineux. La malade accuse de la pesanteur et des douleurs sourdes dans le bassin, des tiraillements dans les lombes et les aines. Les symptômes s'exaspèrent après une fatigue et à l'époque menstruelle.

724. — Dans la MÉTRITE CHRONIQUE, l'utérus, augmenté de volume, comprime les organes contenus dans le bassin; de là une constipation habituelle, une certaine difficulté dans la miction avec besoin fréquent d'uriner, parfois des épreintes et même du ténésme anal. Le toucher vaginal et le toucher rectal permettent de reconnaître une augmentation dans le volume et le poids de la matrice. L'examen au spéculum ne fournit aucune donnée si le col n'est pas malade. Dans le cas contraire, on trouve le col tuméfié, plus ou moins rouge ou ardoisé, parfois recouvert d'érosions et d'ulcérations. Il existe un écoulement séreux, muqueux ou muco-purulent, quelquefois teint de sang, mais on n'observe pas de véritable leucorrhée. La menstruation est suspendue ou irrégulière; rarement surviennent des métrorrhagies.

Les symptômes généraux sont, le plus souvent, nuls au début. Lorsque la maladie dure depuis longtemps, on peut observer des troubles dans les fonctions digestives (inappétence, vomissements, diarrhée dysentéri-

forme), ou dans l'innervation (céphalalgie, névralgies, convulsions). La marche de l'affection est en général très-longue.

725. — 7. — NÉOPLASME UTÉRIN. Dans cette maladie, il existe de fréquentes hémorrhagies, qu'accompagnent des coliques utérines. L'utérus est augmenté de volume, lourd et abaissé.

726. — Le diagnostic de ces affections est loin d'être toujours facile, surtout au début. Nous allons essayer de donner une idée des troubles les plus communs dans les affections qui nous occupent. Les néoplasmes qu'on peut rencontrer le plus fréquemment dans la matrice sont : les polypes fibreux, les polypes muqueux et les tumeurs cancéreuses. Dans tous les cas, on observe des hémorrhagies violentes qui, le plus souvent, attirent les premières l'attention du sujet.

Lorsqu'on a affaire à un polype fibreux, les douleurs utérines sont peu vives, la matrice augmente peu à peu de volume, devient bosselée et inégale, et se dévie de sa position normale, surtout si le polype est sous-séreux ou interstitiel. Le plus souvent, il existe dans les organes digestifs et dans l'appareil de l'innervation des phénomènes réflexes analogues à ceux qu'on rencontre dans la grossesse. C'est ainsi qu'on observe des vomissements, de l'inappétence, des goûts bizarres; ou bien des troubles nerveux, tels que convulsions, névralgies, etc.

L'utérus, en augmentant de volume, comprime la vessie, le rectum, les nerfs et les vaisseaux des membres inférieurs. Cela explique les troubles de la fonction urinaire, de la défécation, les douleurs dans les cuisses, l'œdème des membres inférieurs, etc. L'exa-

men direct montre, seulement lorsque le néoplasme est volumineux, un effacement plus ou moins complet du col dont l'orifice est élargi.

Les polypes muqueux, moins volumineux que les fibroïdes, distendent rarement la cavité utérine. Ils siègent surtout dans le col et, comme ils sont pédiculés, on les voit souvent faire issue dans le vagin sous forme d'une tumeur rougeâtre ou violacée. Ces polypes déterminent le plus souvent une leucorrhée rebelle et de fréquentes hémorrhagies.

L'utérus a, chez la femme, le triste privilège de servir à la localisation du cancer. Les tumeurs malignes de la matrice se rencontrent principalement à l'époque critique ou après la ménopause. La forme encéphaloïde est surtout fréquente. Le cancer débute, en général, par le col, qui se tuméfie, s'engorge, se ramollit et bientôt s'ulcère. Les hémorrhagies sont ici encore plus répétées et plus violentes que dans le cas de polypes fibreux ou muqueux. L'examen direct permet de constater, si le col est atteint, la tuméfaction, le ramollissement et l'ulcération de la partie inférieure de l'utérus. Le diagnostic est alors facile.

Si le cancer débute par le corps, il est rarement possible de poser un diagnostic certain, tant que le cancer ulcéré ne laisse pas écouler l'ichor, caractéristique par son aspect séreux et son odeur fétide.

Le squirrhé, plus rare que l'encéphaloïde, est le plus souvent infiltré dans les parois utérines. Les hémorrhagies sont abondantes et répétées, mais l'ulcération est moins fréquente, ce qui rend le diagnostic souvent douteux.

Dans toutes les formes de cancer, les douleurs uté-

MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX CHEZ LA FEMME. 369
rinessent vives et s'irradient dans les lombes, les aines
et les cuisses.

727.—A côté de ces affections, caractérisées surtout
par l'accroissement de volume de l'utérus, viennent se
ranger d'autres maladies qui ont le même caractère :
ce sont l'*hydromètre* (hydropisie de l'utérus), l'*hémométre*
(rétention du sang dans la matrice), le *physométre*
(distension de l'utérus par des gaz); mais ces
maladies très-râres, niées même par quelques-uns,
sont du domaine de la chirurgie et ne doivent pas nous
arrêter dans un manuel pratique ne traitant surtout
que des affections communes et usuelles.

728. — B. — L'UTÉRUS N'EST PAS SENSIBLEMENT AUG-
MENTÉ DE VOLUME.

Il peut y avoir CATARRHE CHRONIQUE de l'utérus et
du vagin, DYSMÉNORRHÉE OU AMÉNORRHÉE.

729. — a. — Dans le *Catarrhe chronique* de la mu-
queuse de l'appareil génital ou *leucorrhée*, il s'écoule
par les organes génitaux externes un liquide muqueux,
blanc jaunâtre ou verdâtre, inodore ou d'une odeur
fade.

730. — Parfois le catarrhe chronique succède à un
catarrhe aigu; mais le plus souvent l'affection est
chronique d'emblée; dans ce cas, il est difficile de
savoir au juste à quelle époque le mal a commencé,
parce qu'à ce moment la malade ne se préoccupait
pas d'un écoulement faible et à peine perceptible.

Une fois le catarrhe établi, il existe, nous l'avons
dit, un écoulement muqueux. Les qualités physiques
et la quantité du liquide écoulé varient beaucoup sui-
vant les malades. Quelquefois cet écoulement est le
seul signe d'une affection des organes génitaux, sur-

tout au début ; mais la plupart des femmes atteintes de leucorrhée se plaignent d'un sentiment de pesanteur dans le bassin et de tiraillements aux aines, à la partie supérieure des cuisses et aux lombes.

Le vagin semble élargi ; la muqueusē est pâle ou bleuâtre ; le col, parfois boursoufflé, présente un orifice béant lorsque l'écoulement vient de la matrice. Souvent la peau de la vulve et de la partie interne des cuisses se trouve excoriée par le contact du liquide qui s'écoule du vagin.

Le catarrhe chronique affecte le plus souvent le vagin et le col de l'utérus, plus rarement il atteint la face antérieure du corps, exceptionnellement les autres parties de la matrice.

Beaucoup de femmes gardent pendant longtemps une leucorrhée sans que leur santé générale soit troublée. Chez d'autres, la chlorose survient après un certain temps et s'accompagne de douleurs névralgiques et même de troubles graves de l'innervation ou des fonctions digestives. La menstruation perd souvent sa régularité et devient pénible.

La marche du catarrhe chronique est longue. L'affection très-rebelle persiste plus d'une fois pendant toute la vie.

731. — **DYSMÉNORRHÉE** (Règles difficiles). A l'époque menstruelle il existe des douleurs vives dans l'utérus et le bassin ; en même temps se présentent des phénomènes insolites, tels que vomissements, syncopes, convulsions, mais le flux menstruel a encore lieu assez abondamment.

732. — Les principaux symptômes de cette affection s'observent soit du côté de l'utérus, soit du côté de quelque autre organe plus ou moins éloigné. Dans le

premier cas, la malade se plaint de violentes douleurs dans le bassin, les lombes, les aines. Les souffrances se calment plus ou moins par la pression ou l'application de la chaleur. En même temps il y a malaise général et perte d'appétit.

Dans le second cas, à ces phénomènes viennent se joindre d'autres troubles. Ce sont, soit une céphalagie violente, soit des vomissements glaireux ou bilieux; d'autres fois on observe des lipothymies, des syncopes, même des phénomènes convulsifs.

Ces accidents ne durent pas pendant toute l'époque menstruelle, ils la précèdent de un ou deux jours et cessent une fois que le flux cataménial est bien établi. L'écoulement sanguin peut se faire avec assez d'abondance, ou bien s'écouler goutte à goutte. Dans ce dernier cas, les douleurs persistent pendant toute la période. Le sang des menstrues n'a rien de spécial dans la dysménorrhée. Mais parfois les malades rendent, en même temps que le sang, des fausses membranes dont l'expulsion cause des douleurs très-vives (coliques utérines). On dit alors qu'il y a *dysménorrhée membraneuse*.

La dysménorrhée est souvent liée à un état général tel que la chlorose.

733. — AMÉNORRHÉE. Au moment de l'époque menstruelle l'écoulement sanguin ne se fait pas, ou, s'il se fait, il est très-peu abondant.

L'*aménorrhée* n'est pas, à proprement parler, une maladie spéciale, c'est le plus souvent un symptôme d'une affection plus ou moins grave, soit générale, soit locale.

Parfois l'absence du flux menstruel appelle seule l'attention; mais en général il existe d'autres troubles.

Ces troubles sont, soit des symptômes de pléthore vers la tête, la poitrine ou le ventre, soit des phénomènes nerveux caractérisés par un malaise général, des bouffées de chaleur, des vertiges avec éblouissements et tintements d'oreille. Il peut y avoir somnolence ou insomnie. En même temps la malade éprouve de la pesanteur dans le bassin, des douleurs dans les aines et les lombes. On observe alors assez fréquemment des hémorrhagies plus ou moins considérables, s'effectuant dans divers organes (épistaxis, hémoptysie, etc.).

Les troubles nerveux peuvent prendre une certaine gravité et se présenter sous forme d'attaques convulsives, de névralgies, de contractures, de névroses des organes digestifs.

Il ne faut pas confondre l'aménorrhée vraie avec l'aménorrhée apparente, due à la rétention du sang menstruel dans l'utérus obstrué par une cause ou par une autre.

Le toucher vaginal et rectal est indispensable pour s'assurer si l'aménorrhée est idiopathique ou si elle tient à une affection des organes génitaux, ou à une grossesse qu'on voudrait dissimuler.

CHAPITRE II.

ANOMALIES GÉNÉRALES DE LA NUTRITION.

Ce chapitre comprendra l'étude de trois affections très-communes. Ces maladies sont la *Chlorose*, la *Scrofulose* et le *Rachitisme*.

734. — CHLOROSE. L'anatomie pathologique de la chlorose réside tout entière dans les altérations que subit le sang. Le sérum ne présente pas d'anomalies particulières, et sa constitution propre est ordinairement normale. Cependant il est des cas où la quantité d'albumine est moindre et d'autres où elle est supérieure à celle que l'on constate chez une personne saine. Les corpuscules sanguins sont très-diminués et, dans certains cas, sur 100 parties de sang, au lieu de rencontrer 13 parties de corpuscules secs, on n'en trouve guère plus de 5 ou 6. Les organes internes sont habituellement pâles, et quelquefois les gros vaisseaux sont affectés d'une dégénérescence graisseuse assez prononcée.

735. — SCROFULOSE. Les ganglions lymphatiques

s'enflamment facilement et peuvent suppurer par la suite. Mais nous n'entrerons pas dans d'autres détails, cette maladie ne se caractérisant point par des altérations spéciales.

736. — RACHITISME. Les os longs et plats sont déviés de leur direction normale, les saillies épiphysaires sont excessives; et, de plus, le squelette est arrêté dans son développement. Les membres supérieurs sont éminemment disproportionnés d'avec les membres inférieurs. Ainsi que le dit Schaw le volume de la tête est moindre que le volume normal, et cette diminution est plus facilement appréciable sur la face que partout ailleurs.

M. Guérin dit que dans la première période de la maladie tous les os, mais surtout les longs, sont imprégnés, dans leur tissu, d'une grande quantité de sang noir qui, à une époque plus avancée, perd sa couleur, prend une consistance gélatineuse, devient transparent, vasculaire et adhérent.

Dans la seconde période, qui est celle de déformation, le tissu spongieux se gonfle, le sang s'extravase entre les lames du tissu compacte; un tissu nommé tissu spongoïde apparaît; les os se ramollissent de plus en plus et atteignent bientôt à leur maximum.

737. — LA CHLOROSE est excessivement commune chez les femmes qui habitent dans les lieux malsains, marécageux, ou dans les centres populeux. La peau et les muqueuses visibles sont très-pâles. Chez les femmes brunes le teint est gris ou jaunâtre, tandis que chez les blondes il est d'un blanc mât. Quelquefois les joues revêtent une coloration d'un rouge vif

qui se prononce au moindre effort ou à la moindre émotion. La respiration est gênée. Les malades s'es-soufflent facilement, se fatiguent vite, sont sujettes aux névralgies. L'application du stéthoscope sur la carotide permet d'entendre un bruit de souffle particulier nommé *bruit de diable*, ainsi appelé parce qu'il ressemble au bruit que fait un jouet d'enfant nommé diable.

L'urine est très-légère et limpide. La chlorotique le plus généralement est affectée d'aménorrhée. La chlorose se complique fréquemment d'ulcère chronique de l'estomac, de cardialgie et de dyspepsie.

La malade a peu d'appétit ou même a un appétit dépravé. Elle est constipée, elle a des crampes, des nausées, des aigreurs. Les personnes affectées de cette maladie sont tristes, nonchalantes, abattues.

738. — DANS LA SCROFULOSE, la face est bouffie, infiltrée, les yeux sont larmoyants. Il existe des tumeurs dures, mobiles, indolentes, situées dans les glandes lymphatiques du cou et de l'oreille. La surface cutanée qui les recouvre offre une coloration bleuâtre, s'ulcère, se cicatrise pour s'ulcérer de nouveau en d'autres points.

Les malades pâlissent et s'affaiblissent beaucoup. Ils sont souvent atteints de diarrhée, et leurs digestions sont difficiles. M. Vanwerlood a signalé une odeur particulière de la perspiration cutanée.

739. — DANS LE RACHITISME les petits malades deviennent tristes, moroses, ils ne se plaisent que couchés. Ils maigrissent, pâlissent, et sont parfois atteints de boulimie. On constate quelquefois une diarrhée rebelle. Les urines sont abondantes, chargées en phosphates

calcaires. La fièvre survient et s'accompagne de sueurs abondantes et continuelles. Les fontanelles sont longues à se souder. L'abdomen atteint un volume excessif; le foie est saillant. Les extrémités des membres se gonflent, la dentition s'arrête ou se fait irrégulièrement.

CHAPITRE III.

DES INSTRUMENTS USITÉS DANS LE DIAGNOSTIC. (1)

740. — Les instruments les plus usités dans le diagnostic sont: *le Cyrtomètre, le Dynamomètre, l'Endoscope, le Laryngoscope, le Microscope, l'Ophthalmoscope, le Plessimètre, le Spéculum, le Sphygmographe, le Stéthoscope, le Spiromètre, le Thermomètre et le Spiroscope.*

741. — LE CYRTOMÈTRE est un instrument proposé par M. le professeur Piorry pour mesurer les saillies anormales que présente dans quelques cas la périphérie du tronc. Le cyrtomètre, inventé par Woillez, se compose d'une série de petites baleines articulées à la manière d'une chaîne sans fin. Chaque pièce est de 2 centimètres de longueur. On applique cet instrument de champ, c'est-à-dire sur l'épaisseur des pièces articulées.

On l'emploie de la manière suivante : on glisse avec la main droite le bout initial derrière le thorax contre l'épine dorsale, et de la main gauche on porte l'autre bout en avant de la poitrine. Cela fait, on prie le sujet de pratiquer une forte expiration, et on note le nombre de pièces articulées comprises pendant cet acte entre la colonne vertébrale et l'articulation sternoxiphoidienne, préalablement marquée au moyen du

(1) Nous devons à l'obligeance de M. Collin, successeur de Charrière, les planches suivantes. Nous le prions de recevoir ici tous nos remerciements. (N. du T.)

crayon au nitrate d'argent. Alors on prie le patient de retenir sa respiration, jusqu'à ce qu'on ait eu le temps de retirer cet instrument, ce qui se fait en relevant l'extrémité primitivement dirigée avec la main gauche.

Il existe trois articulations faites de manière à s'écarter en dehors jusqu'à un certain point, mais qui ne peuvent se replier en dedans, ce qui fait qu'une fois l'instrument enlevé on peut le ramener à la forme prise sur le thorax, et en porter ainsi le dessin sur le papier.

742. — LE DYNAMOMÈTRE consiste en un ressort d'acier trempé, qui a la forme ovale. Les deux arcs se rapprochent plus ou moins, suivant qu'ils sont plus ou moins fortement serrés dans la main du sujet. Au milieu de cet arc se trouve un cadran gradué, muni d'une aiguille mobile à son centre, et qui correspond à l'un des arcs en acier; or, quand on rapproche les deux arcs du ressort, le levier fait mouvoir l'aiguille sur le cadran qui porte une graduation kilogrammique.

743. — L'ENDOSCOPE est un instrument inventé par Desormeaux pour l'exploration des cavités profondes du corps. «Cet instrument dit M. Littré, se compose : 1° d'un tube renfermant un miroir métallique incliné à 45° sur l'axe de l'instrument et percé à son centre; ce tube se termine à une extrémité par une douille qui sert à l'adapter à des sondes que l'on introduit dans les organes, par l'autre bout il est muni d'un diaphragme percé, comme le miroir, d'une petite ouverture centrale; 2° d'une petite lampe à gazogène placée dans une sorte de lanterne, que l'on réunit à la pièce précédente au moyen d'un tube latéral.

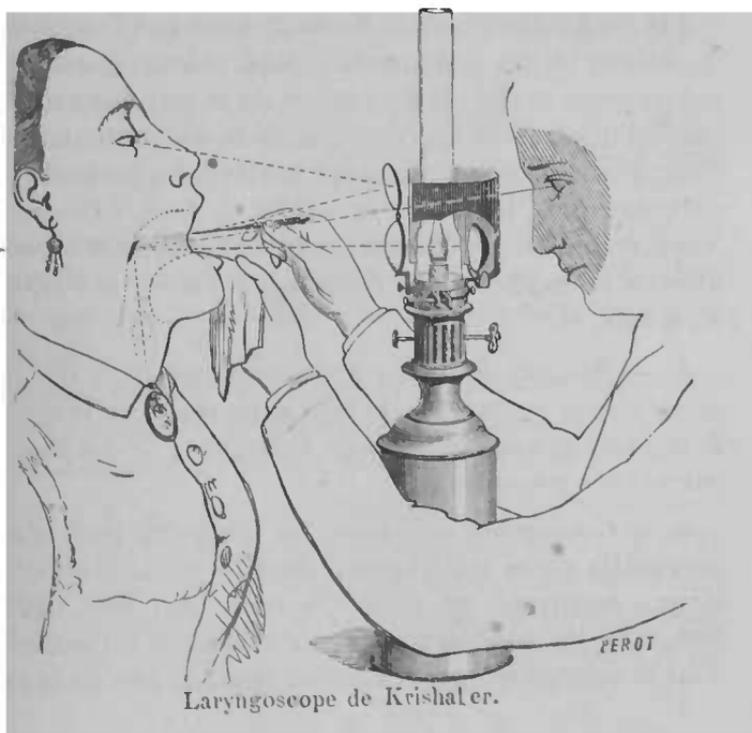
La lumière de la lampe, réfléchié par un réflecteur

concave, vient tomber sur le miroir incliné qui le dirige vers les objets placés au bout de la sonde; 3° d'une lentille destinée à faire converger les rayons lumineux sur l'objet, que l'on veut éclairer.

On fixe dans la douille à vis de pression l'extrémité de la sonde, puis sur le tube latéral on adapte la lampe, préalablement réglée, de façon que sa flamme réponde au centre du miroir concave. Les objets placés à l'extrémité de la sonde se trouvent alors éclairés, et on les voit distinctement, en regardant par l'ouverture du diaphragme, munie ou non d'instruments grossissants.

744. — LE LARYNGOSCOPE est destiné à examiner le

FIG. 88.



Laryngoscope de Krishaler.

larynx. Il se compose essentiellement d'un miroir réflecteur concave que l'observateur tient entre ses dents ou se fixe au front et à l'aide duquel il dirige dans le larynx du sujet assis en face de lui la lumière fournie par une lampe. Un second miroir plus petit, monté sur une tige à angle obtus, que l'on chauffe avant de s'en servir, est introduit dans la bouche sur le voile du palais.

On a soin afin de n'en être pas gêné de maintenir la langue à l'aide d'un abaisse-langue ou du spéculum bivalve de Labordette. Lorsque l'on doit examiner un sujet dont la sensibilité pharyngienne est excessive, on doit lui administrer pendant quelques jours un gramme de bromure de potassium.

745. — LE MICROSCOPE. Nous n'avons pas l'intention de décrire ici cet instrument, dont chacun connaît le mécanisme, et qui est du ressort de la physique médicale ou des traités spéciaux; nous nous contenterons donc d'étudier sommairement les liquides normaux et pathologiques, tels que: *la Salive, le Lait, l'Urine, le Sang, le Sperme, les Vomissements, les Fèces, les Sécrétions utérines et vaginales, les Éruptions cutanées, le Pus, les Crachats, etc.*

A. — SALIVE. Avec un grossissement de 2 0/0 de diamètre on y observe: 1° les Corpuscules salivaires; 2° des Cellules épithéliales de la bouche; 3° des Molécules et des granules.

a. — *Corpuscules salivaires.* On donne ce nom à de très-petits corps sphériques, dont le contour est uni, et qui mesurent un diamètre d'environ 0^{mm}, 012 à 0^{mm}, 009. Ils sont incolores et renferment un nucleus dont le volume est généralement égal au tiers de la ca-

pacité de la cellule. L'espace compris entre le noyau et les parois de ces corpuscules est rempli d'une grande quantité de granulations.

Les corpuscules se gonflent quand on les mouille avec de l'eau, tandis que leurs parois se dissolvent sous l'action de l'acide acétique ($C^4H^3O^3, H^2O$). La matière albumineuse contenue dans la salive se coagule et prend l'aspect de fibres moléculaires quand on traite cette humeur par l'acide acétique étendu d'eau.

b. — Cellules épithéliales. Elles sont dues à la bouche et se présentent souvent réunies en plaques d'un diamètre d'environ $0^{mm}, 030$ à $0^{mm}, 050$. On y trouve un nucleus rond ou ovale entouré de nombreuses molécules. L'acide acétique détermine de la transparence, tandis qu'il provoque l'apparition d'une légère teinte brune autour du noyau.

c. — Molécules ou granules. Le nombre varie suivant les sujets et sur les mêmes personnes selon les heures de la journée où la salive a été recueillie.

Il faut bien se garder de prendre pour des produits morbides les débris d'aliments que l'on observe fort souvent dans la salive, et qui se sont arrêtés dans la bouche.

Cette humeur peut présenter diverses altérations sous l'influence de certaines maladies, attaquant les membranes muqueuses de la bouche et de la langue.

B. — LAIT. Le lait montre sous le microscope un grand nombre de petits corps nageant au sein d'un liquide clair. Quand le lait est normal, ces corps sont entièrement sphériques, à bords foncés, unis, abrupts. Le centre est transparent et réfracte fortement la lu-

mière. Leur diamètre est éminemment variable depuis le corpuscule le plus petit jusqu'à $0^{\text{mm}}, 006$ ou $0^{\text{mm}}, 008$. L'éther en excès les dissout et ils disparaissent. L'acide acétique coagule le caséum.

Les globules sont formés d'une fine couche de caséum contenant une goutte d'huile ou de beurre. Plus le lait contient de globules, plus il est riche. L'eau ajoutée au lait se reconnaît à ce qu'elle sépare les globules beaucoup plus qu'à l'état normal. La farine se distingue par ses corpuscules amylicés qui bleussent par l'action de l'iode. La craie forme de nombreux corpuscules minéraux, solubles dans les acides minéraux. La cervelle écrasée se reconnaît aux fragments de filets nerveux qu'on trouve dans ce cas.

C. — URINE (1). L'urine humaine ne présente, au microscope, aucune trace d'organisation. Pour examiner les dépôts qui se forment dans l'urine, il faut faire uriner le malade dans un verre et laisser reposer pendant un certain temps. Alors on décante et on porte sous le microscope un peu du sédiment.

a. — *Urate d'ammoniaque.* Il est en fine poussière granuleuse d'un diamètre qui varie entre $0^{\text{mm}}, 001$ à $0^{\text{mm}}, 003$. Il offre une couleur qui se nuance du blanc au jaunâtre, ou du blanc rosé au blanc rouge. A l'œil nu ce sédiment pourrait être pris pour du pus ou du sang, mais il importe de le reconnaître afin d'éviter de graves erreurs dans le diagnostic.

b. — *Phosphate de chaux des os.* Il se présente en grains amorphes, d'un volume très-variable, d'une couleur blanchâtre, grisâtre ou jaunâtre. Son existence

(1) Voir pour plus de détails le *Traité d'Urologie*, par le Dr Rabuteau, chez H. Lauwereyns.

coïncide le plus habituellement avec la présence de calculs de même espèce.

c. — Phosphate ammoniaco-magnésien. Le dépôt en est abondant et offre à l'œil nu l'aspect du pus. Il se présente sous la forme de cristaux prismatiques triangulaires. Ils se rencontrent en grande quantité dans certains cas d'altérations du rein par des calculs.

d. — Oxalate de chaux. On en trouve toujours une certaine quantité dans les urines des malades qui ont mangé de l'oseille. Généralement sa présence est l'indice de pertes séminales. On le reconnaît facilement à la forme octaédrique qu'affectent les cristaux.

e. — Acide urique. ($C^{40}H^4Az^4O^6$). Il se présente en cristaux de formes diverses et qui offrent une coloration qui varie du jaune clair au rouge orange foncé.

f. — Acide hippurique. ($C^{18}H^8O^5Az, H^2O$). Cet acide est rare, mais on le rencontre dans les mêmes cas que le précédent, ou encore quand l'urine est fortement acide. On le reconnaît à ses cristaux en forme d'aiguilles ou prismes, réunies en groupes irradiés.

g. — Cystine ($C^6H^6O^4S^2Az$). Cette substance, blanchâtre, inodore, insipide, insoluble dans l'eau et l'alcool, mais soluble dans l'ammoniaque, se dépose en lames hexagonales. On l'observe dans le cas de calculs vésicaux.

h. — Sperme. Des spermatozoïdes se rencontrent parfois dans l'urine, mais il ne faut s'en occuper qu'au cas où le malade serait atteint de spermatorrhée.

D. — SANG. Le sang présente à l'examen microscopique

pique un grand nombre de granules colorés d'un diamètre qui varie entre $0,^{\text{mm}}003$ et $0,^{\text{mm}}008$. Les globules incolores du sang sont sphériques et présentent un diamètre qui varie entre $0,^{\text{mm}}009$ et $0,^{\text{mm}}011$. En ayant la précaution de les traiter par une goutte d'acide acétique, on les rend transparents et on y aperçoit un noyau. Dans le sang d'une personne saine, on rencontre peu de ces globules.

E. — SPERME. Il est constitué par un sérum spermatique, par des spermatozoïdes, des vésicules et d'autres liquides dont nous n'avons pas à nous occuper ici.

a. — Spermatozoïdes. Ils contiennent une tête, un corps ou disque et une queue qui se termine par un filament. Leur longueur est d'environ $0,^{\text{mm}}010$; la tête, d'après Littré, a $0,^{\text{mm}}003$ de long, $0,^{\text{mm}}003$ de large, et $0,^{\text{mm}}001$ à $0,^{\text{mm}}002$ d'épaisseur.

F. — VOMISSEMENTS. Ils consistent : 1° en éléments ingérés arrivés à divers degrés de décomposition ; 2° en débris membraneux provenant soit de l'estomac, soit de l'œsophage ; 3° en certaines substances élaborées dans l'estomac ; 4° en du sang ; 5° en cellules de cancer ; 6° en bile ; 7° en pus, etc.

G. — FÈCES. On peut y rencontrer : 1° des débris membraneux des parois intestinales ou stomacales ; 2° un grand nombre de produits morbides ; 3° des éléments alimentaires digérés ou non ; 4° de la bile ; 5° du sang ; 6° du mucus, etc.

H. — SÉCRÉTIONS UTÉRINES ET VAGINALES. Elles consistent en : 1° liquide menstruel constitué par des cellules en formation, des globules sanguins, des plaques épithéliales, du pus, du mucus, etc.

I. — ÉRUPTIONS CUTANÉES. Les éruptions squameuses cutanées sont de trois ordres différents, savoir : le *Psoriasis*, le *Pityriasis*, l'*Ichthyose*.

Les squames sont sèches, en forme de plaques épidermiques. Le favus est sec, dur, cassant ; son intérieur est d'un blanc jaunâtre. Il présente un petit trou à son centre. Sa texture montre des tubes flexueux, ramifiés, vides, ou contenant quelques granules ; des tubes droits ou courbés, mais non flexueux, quelquefois ramifiés. On y voit aussi des spores de formes diverses, libres ou réunies en chapelet.

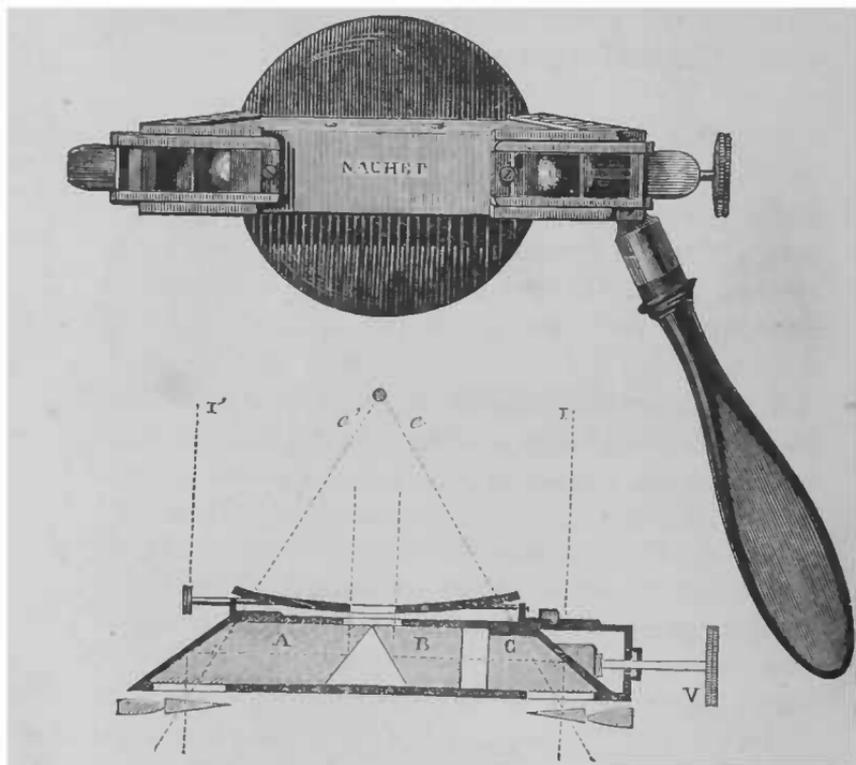
J. — Pus. On y aperçoit de nombreux corpuscules qui nagent dans un liquide clair nommé *liquor puris*. Ils ont la forme globulaire et ont un diamètre qui varie entre 0^{mm}011 et 0^{mm}020. Ces corpuscules sont à noyau rond ou ovale. On peut rendre la paroi des globules transparente en traitant le pus par de l'acide acétique.

K. — CRACHATS. Bennett dit avoir rencontré dans les crachats : « 1° tous les éléments qui entrent dans la composition des poumons : tissu filamenteux, cellules épithéliales jeunes ou anciennes, globules de sang, etc. ; 2° du mucus provenant de l'œsophage, de la gorge, de la bouche ; 3° des produits morbides : pus, cellules pyoïdes et granulaires, corpuscules tuberculeux, granulations et matière moléculaire amorphe, dépôts pigmentaires de formes diverses, végétations parasitaires développées parfois sur la membrane qui tapisse les excavations tuberculeuses ; 4° toutes sortes de particules alimentaires de provenance végétale ou animale. »

OPHTHALMOSCOPE.

746. — L'ophthalmoscope est un instrument destiné à constater l'état anatomique du fond de l'œil. Il sert à la recherche des opacités du cristallin, guide sûrement à la découverte des corps flottants du corps vitré; il permet enfin de préciser les lésions de la rétine, de la choroïde et de la papille du nerf optique.

FIG. 89.



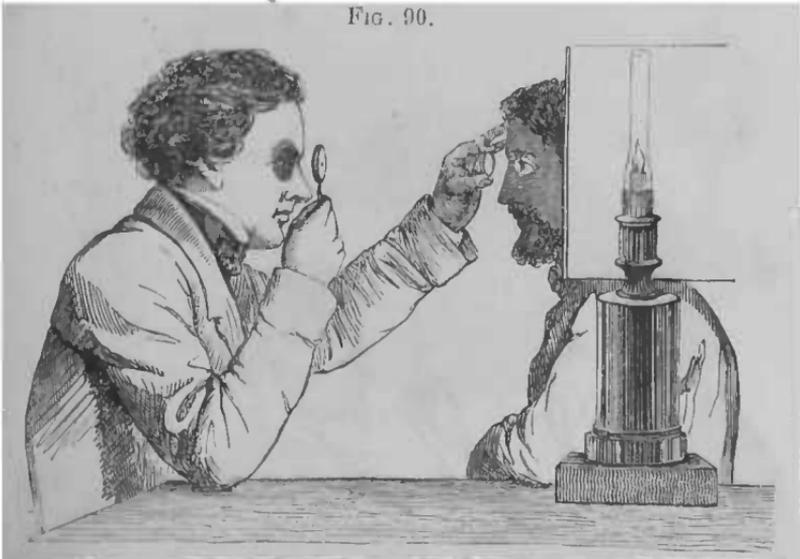
● Ophthalmoscope binoculaire.

D'abord employé pour l'examen des altérations profondes de l'œil, l'ophthalmoscope, à la suite de saga-

ces investigations et d'observations rigoureuses, entre les mains de Bouchut et Follin, en France (1), de John Ogle et de H. Jackson, en Angleterre, un moyen précieux du diagnostic des maladies cérébro-spinales (2).

L'ophtalmoscope inventé par Helmholtz, le célèbre physiologiste d'Heidelberg, se compose d'un miroir

FIG. 90.



Examen du fond de l'œil avec l'ophtalmoscope simple.

concave réflecteur destiné à éclairer le fond de l'œil, d'une lentille intermédiaire qui donne à l'image plus de netteté et d'une lampe dont les rayons réfléchis pénètrent dans l'œil. Pour la théorie de l'ophtalmoscope, nous renvoyons aux traités spéciaux qui don-

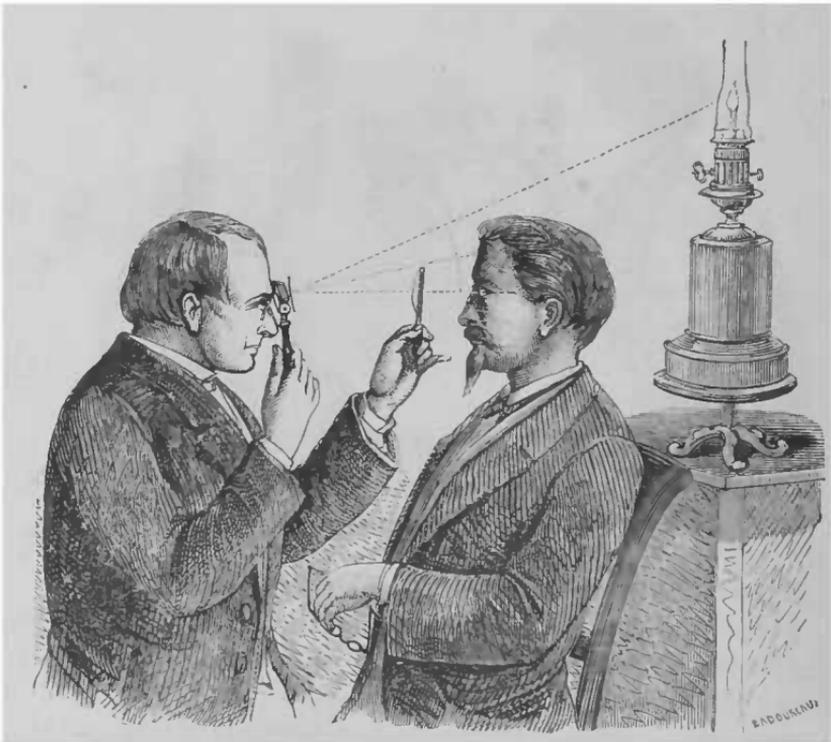
(1) Bouchut. *Du diagnostic de la méningite par l'ophtalmoscope*. — Bouchut et Després. *Art. Cérétyoscopie*. Dictionnaire de thérapeutique. — Follin. *Leçons sur l'exploration de l'œil*.

(2) Voir Bouchut, *Pathologie générale*.

nent la description des divers instruments imaginés.

Pour employer l'instrument, on doit : 1^o dilater la pupille en instillant sur l'œil une solution d'atropine (eau 30 gr., sulfate d'atropine de 0 gr. 05 à 0 gr. 10), à plusieurs reprises; 2^o se mettre, avec le sujet à examiner dans une chambre obscure; 3^o bien éclairer

FIG. 91.

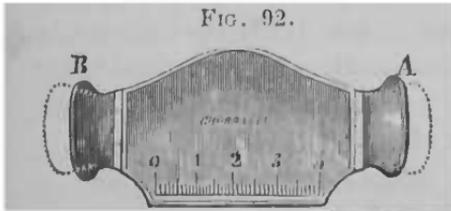


Examen du fond de l'œil avec l'ophthalmoscope binoculaire.

l'œil; 4^o se placer devant le malade pour l'examiner soit à l'image droite, ou à l'image renversée. Ce dernier procédé est le meilleur.

PLESSIMÈTRE.

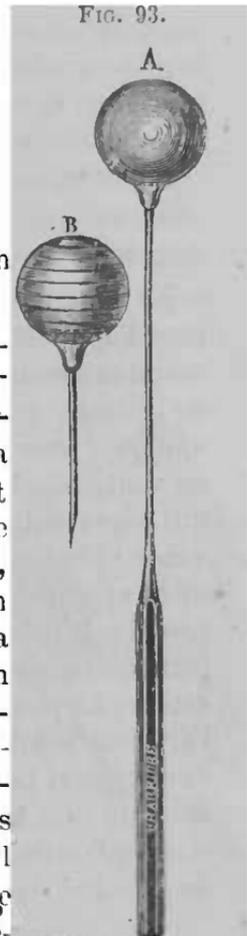
747. — Le *Plessimètre*, imaginé par Piorry, est un instrument dont on se sert dans la percussion, afin



Plessimètre de Piorry.

d'établir la résistance et la dimension des organes.

La percussion peut être directe ou médiate, dit Bennett, selon qu'elle se pratique sans ou avec interposition quelconque. La percussion médiate est la seule qui mérite d'être employée. Avant tout, il faut apprendre la manière de percuter et de produire des sons clairs, puis il reste encore à faire l'éducation de l'oreille et à exercer les doigts à la sensation de résistance. Cette éducation préliminaire exige une certaine dextérité que plusieurs ont de la peine à acquérir. La difficulté paraît tenir chez quelques-uns à un défaut de proportion dans la longueur relative des doigts. Ainsi il est des personnes qui ont l'index de 2 centimètres plus court que le médius et qui ne sauraient, par conséquent,



Marteau de Trousseau.

frapper comme il convient avec la pulpe des deux doigts réunis.

Le plessimètre est alors d'une aide incomparable. Cet instrument, inventé par le professeur Piorry et modifié par Maillot, consiste en une plaque en ivoire de 5 centimètres de long sur 2 1/2 de large. Il présente deux petits rebords pour le tenir et porte une petite échelle graduée de 4 centimètres. Il s'applique avec précision sur tous les points du thorax, même chez les sujets très-amaigris (1).

Le D^r Winterich, de Wurtzbourg, lui a adjoint un marteau qui rend les sons plus clairs qu'avec les doigts.

En tout cas, voici les conseils que donne Piorry pour l'application du plessimètre : « L'instrument sera maintenu solidement fixé entre le pouce et l'indicateur de la main gauche et très-exactement sur les parties, *afin qu'il fasse corps en quelque sorte avec elles*. Quand on veut obtenir beaucoup de son d'un organe, les doigts qui percutent doivent être tenus de la manière suivante : l'indicateur et le médium doivent être exactement appliqués l'un contre l'autre, en fléchissant un peu plus le médium, à cause de sa longueur plus grande, pour que son extrémité ne dépasse pas celle de l'indicateur. Le pouce est alors arc-bouté avec force contre l'articulation de la phalange et de la phalange de l'indicateur. Ces trois doigts ainsi réunis constituent alors un tout très-solide, et dont la surface de percussion, si l'on fléchit un peu le médium, n'a que l'étendue de la pulpe de l'indicateur seul. Elle présente la di-

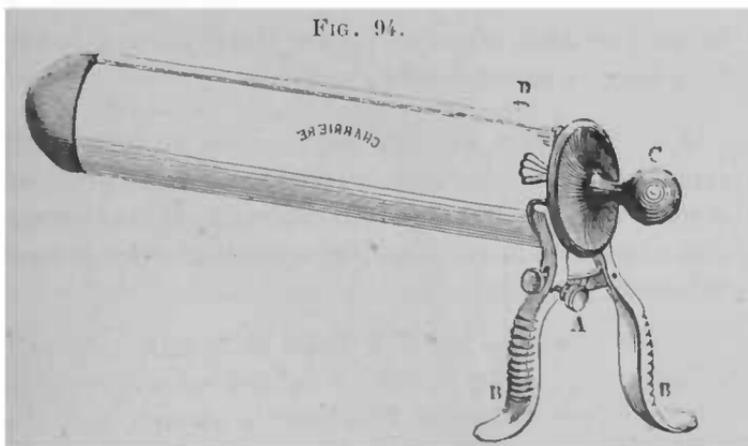
(1) Bennett. Leçons, *loc. cit.*

mension de l'extrémité de ces deux doigts réunis, si on les tient sur un même niveau (1).

Ces règles s'appliquent aussi à la percussion directe ou digitale. Le petit marteau est plus sûr. Suivant l'opinion de Beiliett, les avantages du plessimètre sont : 1^o De produire un son qui, par sa clarté et sa qualité, surpasse de beaucoup celui que le praticien le plus exercé peut faire rendre par les autres moyens ; 2^o d'être surtout utile dans une Clinique. En effet, l'étudiant même le plus éloigné est à même de distinguer les variations du son avec la plus grande facilité ; 3^o de permettre dès l'abord la percussion à ceux qui, par suite d'une conformation particulière des doigts, de manque d'occasion, de temps, d'habitude, etc., n'ont pu acquérir la dextérité nécessaire.

SPÉCULUM.

748. — On donne ce nom à des instruments des-



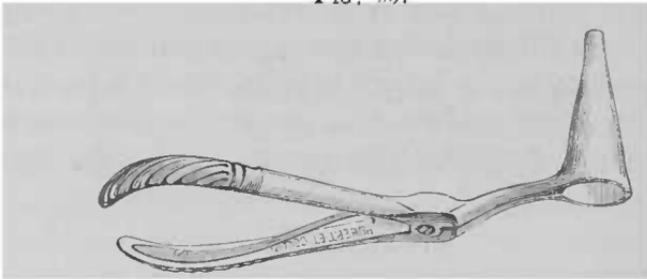
Spéculum Charrière.

(1) Piorry. Du procédé opératoire à suivre dans l'exploration des organes de la percussion.

tinés à dilater l'entrée de certains orifices naturels, soit pour en faciliter l'examen, soit pour permettre l'introduction de topiques ou d'instruments de chirurgie. Tels sont les spéculum *auris*, *ani*, *uteri*.•

a. — *Spéculum auris*. Ce dilateur, dit Bouchut, n'est autre chose qu'un tout petit spéculum à deux valves de courtes dimensions. Il y a aussi un spéculum plein de l'oreille qui a la forme d'une petite corolle de fleur,

FIG. 95.



Spéculum auris d'Itard.

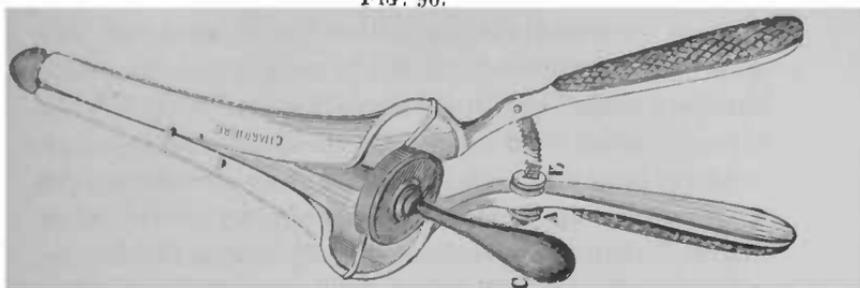
large d'un côté, étroit de l'autre et qui permet de voir très-bien la membrane du tympan.

b. — *Spéculum ani*. On nomme ainsi un tube à deux lames un peu recourbées, s'adaptant à angle droit sur deux leviers à charnières. En rapprochant les charnières, on dilate le rectum. Ce spéculum est à présent rarement employé.

c. — *Spéculum uteri*. « Tube de métal, très-poli, « légèrement conique, dont le calibre est proportionné « à l'ampleur du vagin. L'extrémité utérine doit être « à bords arrondis.

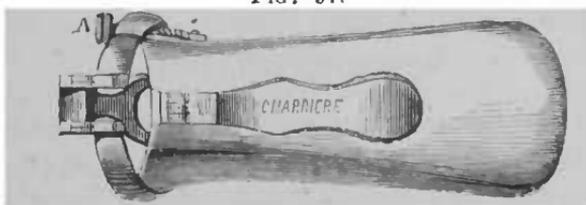
« Pour faire usage du spéculum, le médecin place la « femme à peu près dans la même position que pour

FIG. 96.



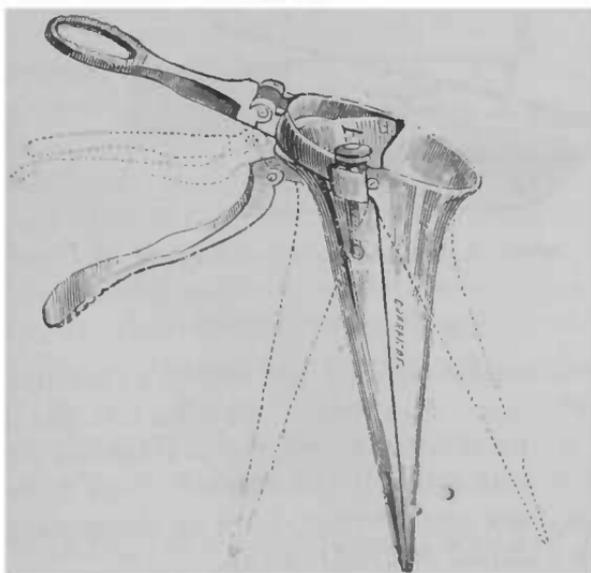
Spéculum de Ricord.

FIG. 97.



Spéculum modèle Charrière.

FIG. 98.



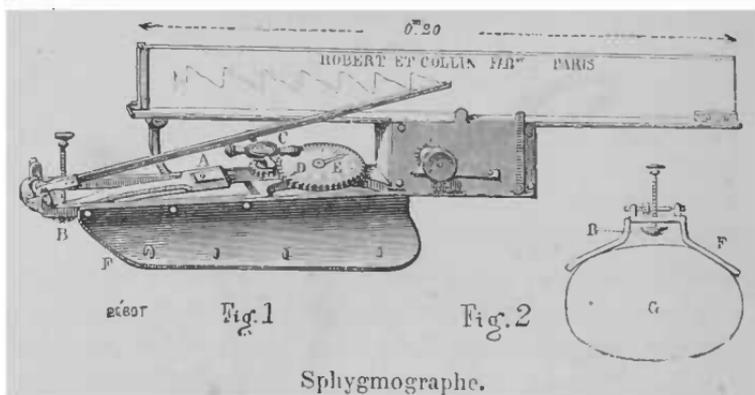
Spéculum de Cusco.

« l'accouchement ; assis au-devant d'elle, il écarte d'une
 « main les grandes et les petites lèvres, en ayant soin
 « de bien effacer le pli que fait la membrane muqueuse ;
 « puis, prenant de l'autre main le spéculum préalable-
 « ment enduit d'un corps gras quelconqué, il le fait pé-
 « nétrer lentement, d'abord d'avant en arrière, puis un
 « peu de bas en haut, selon l'axe de la vulve et du va-
 « gin ; lorsque l'instrument est en place, sa face interne
 « faisant office de réflecteur, éclaire d'une vive lumière
 « les parties auxquelles aboutit son extrémité uté-
 « rine. »

SPHYGMOGRAPHE.

749. — Cet instrument enregistre les pulsations des artères. Celui de Marey se compose d'un levier

FIG. 99.



d'une excessive légèreté qui résiste à l'action de l'artère au moyen d'un ressort. Chaque fois que le pouls bat, le ressort est impressionné et transmet son mouvement à un appareil enregistreur. Nous ne saurions mieux faire que de reproduire la description et le mode d'emploi de l'instrument.

L'instrument, fabriqué par Collin, s'applique sur le poignet, autour duquel il est fixé par un lacet jeté alternativement d'un côté à l'autre sur de petits crochets. Ceux-ci sont placés, trois de chaque côté, sur les bords d'un cadre métallique qui constitue le support de l'appareil.

Dans l'intérieur du cadre se trouve un ressort d'acier très-flexible, qui descend obliquement et porte à son extrémité libre une plaque d'ivoire ; cette plaque doit reposer sur l'artère ; elle la déprime, grâce à la force élastique du ressort. Chaque pulsation de l'artère va donc imprimer à la plaque des mouvements très-petits, il est vrai, mais qu'il s'agit maintenant d'amplifier et d'écrire.

Pour les amplifier, on se sert d'un levier très-léger, fait de bois et d'aluminium, qui pivote autour d'un point. Il reçoit l'impulsion très-près de son centre de mouvement par une pièce intermédiaire. Une vis sert à régulariser le contact du levier avec l'artère. L'extrémité du levier est celle qui doit écrire le tracé. Elle est terminée par un bec rempli d'encre qui frotte contre une plaque couverte de papier ; cette plaque se meut horizontalement, glissant dans une rainure au moyen d'un mouvement d'horlogerie placé au-dessous(1).

Le papier qu'on doit employer est glacé, très-uni ; la plume doit glisser sur lui sans frottement appréciable et laisser une trace nette au moyen d'encre ordinaire. La plaque qui porte ce papier met dix secondes à passer dans la rainure, d'un mouvement uniforme. La longueur qui correspond à six secondes est indiquée sur cette plaque. Elle sert à évaluer immédiatement la

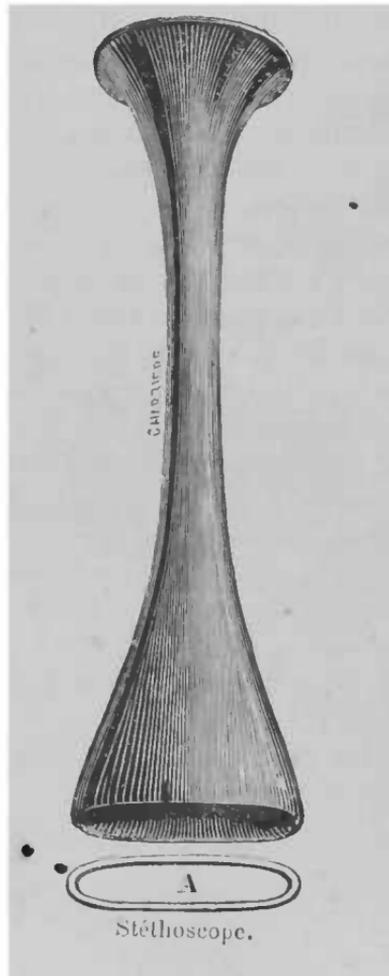
(1) Physiologie de la circulation, par le Dr T.-J. Marey.

fréquence du pouls pour une minute. Pour obtenir ce chiffre, il suffit d'ajouter un zéro au nombre des pulsations obtenu dans les six secondes.

STÉTHOSCOPE.

750. — Il y a deux moyens de procéder à l'auscultation. On peut ausculter *directement* un organe situé

FIG. 400.



profondément en appliquant l'oreille sur la partie soumise à l'examen, ou indirectement par l'emploi d'un *stéthoscope*.

En règle générale, dit Bennett, l'éminent professeur d'Édimbourg, dans ses *Leçons cliniques sur les principes et la pratique de la médecine* (1), l'auscultation directe répond à tous les besoins, sauf quand la surface est inégale, ou quand l'on veut limiter les bruits dans une petite région, comme pour l'auscultation du cœur. Dans ces cas, il est nécessaire d'employer le stéthoscope. L'instrument est d'un bon usage quand il s'agit de confirmer ou d'infirmer l'existence de certains bruits très-faibles, que l'oreille nue aurait découverts. Il offre encore l'avantage de permettre au médecin de tenir la tête à une distance respectueuse du corps des personnes qui ne brillent point par leur propriété. Enfin, chez les femmes, c'est le procédé le plus convenable d'ausculter la partie antérieure de la poitrine.

Le stéthoscope n'est qu'un moyen d'arriver à l'appréciation exacte des changements pathologiques indiqués par certains bruits. La forme de cet instrument est connue de tout le monde ; le perfectionnement n'a porté que sur l'embout plus ou moins évasé. L'étudiant et le praticien doivent se guider pour le choix d'un stéthoscope sur les avis donnés page 29.

Nous recommandons cependant le stéthoscope susceptible de raccourcissement, une partie rentrant et se vissant dans l'autre. Il peut être très-utile aux personnes dont l'acuité d'ouïe est plus ou moins bien conservée; on peut aisément l'*adapter*.

(1) Traduction française de Leroy, chez Masson. Paris, 1873. t. I. p. 75.

Lestéthoscope différentiel de Scott Alison, rend aussi de réels services dans bien des cas où les bruits sont douteux avec les instruments ordinaires. Avec ce dernier instrument, on parvient du premier coup à les apprécier positivement.

SPIROMÈTRE.

751. — Hutchinson, dont les travaux cliniques sur les maladies de poitrine sont en quelque sorte classiques, a posé la loi physiologique suivante, que l'observation a démontrée et prouvée :

« La capacité des canaux bronchiques est en rapport exact avec la stature des individus. »

Se basant sur ce principe, Hutchinson inventa un nouveau moyen pour explorer la poitrine, qu'il a appliqué au diagnostic des maladies des poumons. Le procédé a pris le nom de *spirométrie*. Il n'a été connu et mis en pratique, en France, que vers 1850. Depuis lors divers *spiromètres* ou instruments destinés à cet effet ont été imaginés. Il y a le *compteur à gaz* modifié de Bonnet (de Lyon), la vessie *spirométrique* de Boudin, le *spiromètre* de M. J. Cuyet, le *pnéomètre* de Maréchal.

Le plus simple et le plus commode est le *spiromètre* de Boudin.

Il se compose d'un sac de caoutchouc vulcanisé, muni d'un tube de 30 à 40 centimètres, dont l'extrémité est garnie d'une embouchure d'ivoire. Le sac se monte sur une tige d'acier recourbée sur elle-même. Une tige de bois très-léger, sur laquelle sont gravés des degrés, se place d'un côté dans un godet que pré-

sente à son milieu le sac de caoutchouc et traverse d'autre part la tige d'acier. Lorsque le sac de caoutchouc est vide d'air, le niveau de la tige marque 0. Pour déterminer la capacité des cellules pulmonaires, on fait faire au sujet que l'on examine une forte inspiration, appliquant immédiatement la bouche sur l'embouchure d'ivoire, de façon à expirer tout l'air contenu dans la poitrine sans reprendre haleine; le chiffre indiqué sur la tige d'acier représente la quantité de centimètres cubes d'air expiré. Pour plus de précision, on fait inspirer et expirer très-fort deux ou trois fois de suite, en ayant soin de noter exactement le chiffre de l'échelle indiquant la quantité d'air introduit dans les poumons et chassé par eux.

Cette quantité est en rapport, comme l'a démontré Hutchinson (1), avec la taille de l'individu et les maladies dont les poumons sont atteints. Elle varie d'après des lois fixes (2).

THERMOMÈTRE.

750. — Quoique d'une invention ancienne, il était tombé en désuétude, et ce n'est que depuis quelques années qu'il est devenu d'un usage fréquent en médecine, grâce à Andral, Gavarret et Bouillaud, qui, ayant repris l'usage de cet instrument, ont montré tout le parti qu'on en pouvait tirer dans le diagnostic physique des maladies. L'appréciation exacte des variations de température du corps dans certaines affec-

(1) Analyse de la spirométrie de Hutchinson, par Lasègue.

(2) Voir Bouchut. Pathologie générale. p. 1137-38.

tions fournit des éléments précieux pour le diagnostic et pour le pronostic.

La température s'abaisse durant le sommeil et s'élève dès le réveil. Toute espèce d'émotion provoque une élévation. Toute élévation de température au-dessus de $37^{\circ}2$, ou tout abaissement au-dessous de $36^{\circ},1$ doit être considéré comme anormal.

Le thermomètre doit être appliqué sous la langue, dans le rectum, et plus commodément dans le creux de l'aisselle. Dans le rectum, la température est de 1° plus élevée que sous l'aisselle; dans l'aisselle elle est un peu plus élevée que dans la bouche. D'après des observations soigneuses du Dr Haldon, la plus forte élévation de température s'observe dans l'aîne, où la boule de l'instrument se laisse parfaitement recouvrir en pliant la cuisse sur l'abdomen.

SPIROSCOPE.

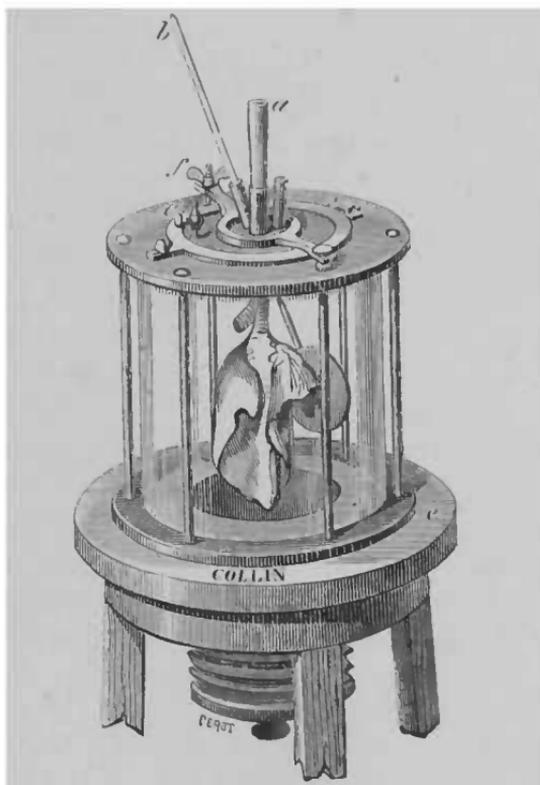
Le Spiroscope, inventé par M. Woillez et construit par Collin, est un appareil des plus ingénieux, destiné à l'étude de l'Auscultation, de l'Anatomie et de la Physiologie du poumon. Quoiqu'il n'intéresse pas directement le diagnostic, comme application au lit du malade, il peut être d'une très-grande utilité pour les études de laboratoire et de cabinet.

Cet instrument dont l'invention est pour ainsi dire toute récente, a été présenté par M. Woillez à l'Académie de médecine, dans la séance du 20 avril 1875 (1). Il se compose d'un cylindre en verre (fig. 100), dans

(1) Voir Bulletin de l'Académie de médecine du 25 avril 1875.

lequel on fait le vide. — A. — Tube sur lequel est fixé le poumon dans l'intérieur de l'appareil. — B. — Palette mobile destinée à rapprocher le poumon des parois du manchon de cristal pour faciliter l'auscultation. — C. — Robinet dont le but est de faciliter le jeu du soufflet situé inférieurement. — D. — Soufflet

FIG. 101.



Spiroscope.

cylindroïde, destiné à faire le vide dans le manchon. — E. — Support de l'appareil. — F. — Traverse pour la fermeture hermétique du couvercle.

En opérant le vide dans l'appareil, le poumon se dilate, et il se produit une véritable *inspiration*, l'air pénétrant librement dans les vésicules au moyen d'un tube qui fait communiquer la trachée avec l'intérieur. Ensuite l'air sort des vésicules en vertu du retrait élastique du tissu pulmonaire. On obtient ainsi les deux temps d'une véritable *respiration artificiellement induite*.

FIN DE L'APPENDICE.

NOTES

SUR

L'INFLAMMATION DES MUQUEUSES.

Il ne faudrait pas confondre l'inflammation catarrhale des muqueuses, telle que l'entend Fenwick, avec ce que certains auteurs du siècle dernier appelaient affection catarrhale. Pour ces derniers toute maladie née au milieu d'une certaine constitution médicale où domine le froid humide, rentre dans le domaine du catarrhe, depuis le croup et la méningite, jusqu'aux rhumatismes et aux fièvres typhoïdes. Ils définissent le mot catarrhe par l'étiologie. Fenwick au contraire, comme beaucoup de médecins français, comme la plupart des pathologistes allemands, prend pour base de sa définition l'anatomie pathologique. Pour lui, le terme catarrhe désigne l'inflammation superficielle d'une muqueuse avec irritation sécrétoire des follicules muqueux, c'est-à-dire qu'il correspond la plupart du temps à la terminaison *ite* dont nous nous servons dans *bronchite, laryngite, etc.*

En étudiant l'inflammation des membranes muqueuses, les médecins anglais, comme les médecins allemands, se sont placés à un point de vue totalement différent de celui des médecins français. Tandis qu'en France, on s'appuie principalement sur l'étiologie pour déterminer la nature de la maladie et lui donner un nom, en Angleterre et en Allemagne, on s'attache surtout à l'anatomie pathologique, de là des différences dans la signification des termes employés par les pathologistes de ces divers pays.

En France, les mots inflammation croupale ou croup servent à désigner la localisation de la diphthérie au larynx. Par diphthérie les auteurs français entendent une maladie générale, non inoculable, quoique contagieuse, spécifique, pouvant envahir toutes les

muqueuses et même la peau, se caractérisant enfin par la présence de fausses membranes sur les points où siège la localisation. Le croup ne diffère pas de la diphthérie : il n'en est qu'une forme, il n'y a donc pas de différence de nature, à ce point de vue, entre l'inflammation croupale et l'inflammation diphthérique.

Fenwick parle bien de la diphthérie, comme d'une affection générale; en effet, il la définit une maladie fébrile, contagieuse, dans laquelle les localisations au niveau de la gorge sont consécutives à une infection générale du sang, mais il donne au mot diphthérique une signification tout autre, dont nous allons parler.

Quant au croup, il existe pour lui du moment qu'une fausse membrane existe dans le larynx. Cette fausse membrane dépend le plus souvent, il est vrai, de la diphthérie considérée comme maladie générale; mais ce n'est pas ce qui lui mérite le nom de membrane croupale. En effet, Fenwick fait des mots *inflammation croupale* et *inflammation diphthérique* deux formes d'un même processus, l'*inflammation*, sans que l'une ait une nature plus spécifique que l'autre. Quand il parle d'une inflammation croupale siégeant sur une muqueuse, il ne s'agit plus d'une localisation de la maladie générale, nommée diphthérie, mais d'une inflammation telle que la muqueuse laisse transsuder un liquide riche en fibrine et très-coagulable. Que l'exsudat soit dû à une cause spécifique ou à une cause accidentelle, du moment que la phlegmasie est superficielle et détermine une exsudation fébrile à la surface de la muqueuse affectée, il y a inflammation croupale. Aussi la pneumonie lobulaire prend-elle l'appellation de pneumonie croupale au même titre que la laryngite avec fausses membranes prend le nom de croup.

L'inflammation devient diphthérique dès que l'exsudat se fait non-seulement à la surface de la muqueuse, mais aussi dans la profondeur de la membrane. Il n'est pas nécessaire alors qu'il y ait maladie générale spécifique, qu'il y ait diphthérie en un mot. Il suffit que l'exsudation soit interstitielle. On comprend qu'à ce moment peuvent se produire des érosions et des ulcérations de la membrane par mortification du tissu, ce qui n'arrivera jamais dans le cas d'inflammation croupale pure.

TABLE DES MATIERES



Préface de l'auteur.....	4
Avant-propos des traducteurs.....	5
Introduction.....	7

CHAPITRE PREMIER.

De l'inflammation.....	15
------------------------	----

CHAPITRE II.

Maladies du cœur et du péricarde.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

Péricardite.....	18
Hydropéricarde.....	19
Hypertrophie du cœur.....	19
Dilatation du cœur.....	22
Dégénérescence graisseuse.....	23
Infiltration graisseuse.....	24
Endocardite.....	25
Myocardite.....	25
Cancer du cœur.....	26
Tuberculo du cœur.....	26
Thrombus.....	26

DIFFÉRENTES MÉTHODES DE DIAGNOSTIC PHYSIQUE :

Volumes et Bruits du cœur.....	27
Stéthoscopes.....	29 et 396
Pouls.....	29

MALADIES AIGUES DU CŒUR :

Péricardite avec épanchement.....	31
— — exsudation de lymphe.....	32
Endocardite.....	35
Palpitations nerveuses.....	35

MALADIES CHRONIQUES DU CŒUR :

Cas où l'aire de la matité est plus étendue et le volume augmenté :

Hypertrophie du cœur.....	36
Dilatation —	36
Hydropéricarde et Péricardite chronique.....	38

Cas où l'aire de la matité n'est pas nécessairement augmentée :

Affection des valvules.....	39
Dégénérescence graisseuse.....	48
Angine de poitrine ou spasme du cœur.....	49

ANÉVRYSMES DE L'AORTE :

Diagnostic	49
Sphygmographe.....	54 et 394

CHAPITRE III.

Maladies de la plèvre et des poumons.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

Pleurésie.....	57
Hydrothorax.....	60
Pneumothorax.....	60
Bronchite.....	61

TABLE DES MATIÈRES.

407

Emphysème.....	62
Congestion pulmonaire.....	65
Induration brune.....	65
Apoplexie pulmonaire.....	65
Pneumonie.....	66
Broncho-Pneumonie.....	68
Sclérose des poumons.....	69
Tuberculose des poumons.....	70
Cancer des poumons.....	75

DIFFÉRENTES MÉTHODES DE DIAGNOSTIC PHYSIQUE :

Percussion.....	76
Auscultation.....	77

MALADIES AIGUES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE :

Pneumonie.....	84
Œdème du poumon.....	86
Pleurésie avec épanchement.....	86
— sèche.....	89
Bronchite aiguë.....	91
Coqueluche.....	92
Phthisie aiguë.....	93
Pneumothorax.....	93

MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE :

Cas dans lesquels la matité est manifeste :

Pleurésie chronique.....	95
Hydrothorax.....	96
Induration pulmonaire.....	97
Tubercules en voie de ramollissement.....	99
Cancer de poumon.....	100
Caverne tuberculeuse.....	100
Bronchite chronique.....	102
Emphysème.....	102

MALADIES SE PRÉSENTANT SOUS FORME PAROXYSTIQUE :

Asthme.....	104
Spiromètre.....	105 et 308

CHAPITRE IV.

Maladies de la gorge et du larynx.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

Amygdalite	110
Diphthérie	110
Œdème du larynx.....	111
Croup.....	111
Rétrécissement de l'œsophage.....	112

MALADIES DE LA GORGE ET DE L'ŒSOPHAGE :

Inflammation de la gorge.....	113
Amygdalite.....	113
Diphthérie	114
Rétrécissement de l'œsophage.....	115

MALADIES DU LARYNX :

Laryngoscope.....	116 et 379
Croup	118
Laryngite striduleuse.....	119
Ulcération du larynx.....	119
Œdème de la glotte.....	120
Aphonie.....	121
Paralyse des abducteurs des cordes vocales.....	122

CHAPITRE V.

Maladies des reins.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

Congestion des reins.....	124
Pyélite.....	124
Néphrite suppurative.....	125
— tubulaire aiguë.....	125

TABLE DES MATIÈRES.

469

Néphrite chronique	126
— tubulaire chronique.....	127
Rein gras.....	127
— lardacé, amylicé ou cirrhosé.....	127
— contracté.....	129
Néphrite intertubulaire ou granuleuse.....	129
Dilatation des reins.....	130
Tuberculose du rein.....	131
Cancer du rein.....	131

MÉTHODE DE DIAGNOSTIC PHYSIQUE :

Analyse de l'urine.....	132
-------------------------	-----

CAS DANS LESQUELS L'URINE EST ALBUMINEUSE :

Fontes.....	133
-------------	-----

L'urine est albumineuse et contient des fontes :

Néphrite tubulaire aiguë.....	138
— — chronique.....	140
Rein gras.....	140
— lardacé.....	141
— granuleux.....	141
Intoxication urémique.....	142

L'urine est albumineuse, ne contient pas de fontes, mais du pus :

Pyélite avec dilatation du rein.....	144
Tubercule du rein.....	145

L'urine est albumineuse, ne contient pas de pus, mais du sang :

Passage d'un calcul dans l'uretère.....	146
Pierre dans le rein.....	147
Cancer du rein.....	148
Hématurie intermittente.....	149

L'URINE CONTIENT DU SUCRE :

Diabète.....	149
--------------	-----

L'URINE FORME UN DÉPÔT :

Spermatozoïdes.....	151
<i>Dépôts cristallisés :</i>	
Acide urique.....	153
Oxalate de chaux.....	154
Triphosphate de chaux.....	155
Cystine.....	156
<i>Dépôts amorphes :</i>	
Pus.....	157
Urate de soude et d'ammonium.....	157
Phosphates terreux.....	157

CHAPITRE VI.

Maladies du foie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

Élargissement simple.....	158
Hépatite aiguë.....	159
Perihépatite.....	160
Atrophie aiguë.....	160
Cirrhose.....	161
Cystite hydatique.....	162
Foie gras.....	164
Foie lardacé.....	165
Syphilis.....	166
Cancer du foie.....	166
Maladies des conduits biliaires.....	167

MÉTHODES DE DIAGNOSTIC PHYSIQUE :

Percussion.....	168
Palpation.....	168
Ausculto-percussion.....	168

MALADIES A DÉBUT SOUDAIN :

Congestion aiguë du foie.....	171
Abcès du foie.....	172
Ictère provenant de l'obstruction du conduit cholé- doque.....	173
Atrophie aiguë du foie.....	174
Présence dans l'urine de leucine ou de tyrosine... ..	175

MALADIES CHRONIQUES DU FOIE :*Cas où le volume du foie est augmenté :*

Foie gras.....	177
— lardacé.....	177
Tumeur hydatique du foie.....	178
Congestion chronique du foie.....	179
Cancer du foie.....	180

Cas dans lequel le volume du foie est diminué :

Cirrhose.....	183
---------------	-----

CHAPITRE VII.

Maladies de l'estomac.**ANATOMIE PATHOLOGIQUE :**

Digestion <i>post mortem</i>	185
Congestion de l'estomac.....	186
Gastrite subaiguë.....	186
— chronique.....	187
Ulcère de l'estomac.....	189
Dégénérescence graisseuse.....	190
Maladie lardacée.....	191
Dilatation de l'estomac.....	191
Cancer de l'estomac.....	192

MÉTHODES DE DIAGNOSTIC PHYSIQUE :

État de la langue.....	197
Palpation.....	198
Percussion.....	199
Examen des matières vomies.....	199
Torules.....	199
Sarcines.....	200
Examen de l'urine.....	201

Maladies aiguës de l'estomac :

Attaque bilieuse.....	203
Gastrite subaiguë.....	203

Maladies chroniques de l'estomac :

Dyspepsie atonique.....	205
Néuralgie gastrique.....	206
Gastrite chronique.....	207
Ulcère de l'estomac.....	208
Hématémèse.....	209
Cancer de l'estomac.....	210

Le volume de l'estomac est augmenté :

Rétrécissement pylorique.....	212
-------------------------------	-----

CHAPITRE VIII.

Maladies du péritoine et des intestins.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

Péritonite.....	214
Catarrhe intestinal.....	215
Entérite.....	216
Invagination.....	216

TABLE DES MATIÈRES.

113

Typhlyte.....	217
Dyssenterie.....	217
Pérityphlite.....	218
Constriction intestinale.....	218
Affection tuberculeuse.....	218

MALADIES AIGUES DU PÉRITOINE ET DES INTESTINS :

L'attaque a été soudaine et accompagnée d'une vive douleur :

Péritonite aiguë.....	220
Entérite.....	222
Colique.....	223
Obstruction intestinale.....	224
Dyssenterie.....	226

L'attaque a été soudaine, non accompagnée de douleur :

Choléra asiatique.....	228
— sporadique.....	228
Diarrhée.....	229

MALADIES CHRONIQUES :

Le malade ressent de vives douleurs :

Péritonite chronique.....	229
Inflammation du caecum.....	230

Le malade ne ressent pas une trop vive douleur :

Constipation.....	231
Diarrhée chronique.....	232

CHAPITRE IX.

Tumeurs abdominales.

ACCROISSEMENT GÉNÉRAL ET UNIFORME DU VOLUME DE L'ABDOMEN

Tympanite.....	234
Ascite.....	235
Tumeur maligne.....	237

ACCROISSEMENT PARTIEL DE L'ABDOMEN :

Méthode d'examen.....	237
Accumulation de matières fécales.....	237
Tumeurs dans la région de l'hypochondre droit.....	240
— — — — l'épigastre.....	242
— — — — l'hypochondre gauche.....	243
— — — — du foie.....	244
— — — — de l'ombilic.....	245
— — — — des lombes.....	246
— — — — iliaque.....	247
— — — — hypogastrique.....	248

CHAPITRE X.

Maladies de l'encéphale et de la moelle épinière.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

Congestion du cerveau.....	249
Anémie cérébrale.....	250
Méningite.....	250
Hydrocéphale aiguë.....	251
— chronique.....	252
Encéphalite.....	253
Ramollissement rouge.....	253
— blanc, jaune.....	254
Hémorrhagie cérébrale.....	254
Tubercule.....	257
Glioma.....	258
Cancer médullaire.....	258
Méningite spinale.....	258
Myélite.....	259
Dégénérescence grise.....	259
Ataxie locomotrice.....	260
Paralysie progressive.....	260

MÉTHODE DE DIAGNOSTIC PHYSIQUE :

De l'ophtalmoscope.....	261
-------------------------	-----

CAS DANS LESQUELS LE SUJET EST ATTEINT D'ALIÉNATION MENTALE :

Affaiblissement ou anéantissement des facultés intellectuelles :

Apoplexie.....	265
Insolation.....	268
Catalepsie.....	269
Méningite tuberculeuse..	269
Epilepsie.....	271

Cas dans lesquels le malade a du délire :

Méningite aiguë.....	273
Delirium tremens..	274

Diminution graduelle des facultés mentales :

Ramollissement chronique.....	275
Méningite chronique.....	276

CAS DANS LESQUELS LES PRINCIPAUX SYMPTÔMES DÉNOTENT UNE ALTÉRATION DANS LA PUISSANCE MOTRICE :

Diminution ou perte du pouvoir moteur :

Hémiplégie.....	277
Paralyse des aliénés.....	280
Ataxie locomotrice.....	284
Paraplégie.....	281
Atrophie musculaire progressive.....	283

L'action musculaire est augmentée ou involontaire :

Tétanos.....	284
Hydrophobie.....	285
Chorée.....	286
Paralyse agitante.....	286
Tremblement mercuriel.....	287
Crampe des écrivains.....	287

LE VOLUME DE LA TÊTE EST TRÈS-AUGMENTÉ :	
Hydrocéphale chronique.....	287
Hypertrophie du cerveau... ..	288
FORTES DOULEURS DANS LA TÊTE, SANS FIÈVRE, SANS ALTÉRATION DES MOUVEMENTS NI DE L'INTELLIGENCE :	
Causes de la douleur.....	288
Tumeur du cerveau.....	289
Affections syphilitiques du cerveau.....	290

CHAPITRE XI

Fièvres.

MOYENS PHYSIQUES DE DIAGNOSTIC :	
Thermomètre.....	295
Etat de l'urine.....	295
LA FIÈVRE EST ACCOMPAGNÉE D'UNE ÉRUPTION MARQUÉE DANS LES QUATRE PREMIERS JOURS :	
Rougeole.....	299
Scarlatine.....	300
Erysipèle.....	304
Variole.....	304
Varicelle.....	307
CAS DANS LESQUELS AUCUNE ÉRUPTION N'EST APPARUE DANS LA PREMIÈRE PÉRIODE DE LA FIÈVRE, OU QUAND ELLE SE PRÉSENTE, ELLE N'EST QUE FORT LÉGÈRE. — LES SYM- PTOMES FÉBRILES ONT PERSISTÉ DEPUIS LE COMMENCE- MENT.	
Typhus.....	308
Fièvre typhoïde.....	311
— de rechute.....	316
— Cérébro-spinale.....	317
— Simple et continue.....	317
Influenza.....	318
LE MALADE EST SUJET A DES ATTAQUES DE FIÈVRE :	
Fièvre intermittente.....	319

CHAPITRE XII.

Rhumatisme et goutte.

Rhumatisme aigu.....	321
— subaigu.....	322
— chronique.....	322
Goutte.....	323
Ostéo-arthrite chronique.....	325

CHAPITRE XIII.

Maladies de la peau.

Papule, bourgeon.....	327
Vésicule.....	327
Pustule.....	327
Tubercule.....	327
Bulle.....	327
Exanthème.....	328
Squame.....	328
Macule.....	328
Verrues.....	328
Cors.....	328
Tricophyton.....	330
Achorion.....	330
Microsporion furfur.....	330
Poux.....	331
Acarus scabiei.....	331

ÉRUPTION ACCOMPAGNÉE D'INFLAMMATION, DE DOULEUR ET DE DÉMANGEAISONS :

Eruption sèche :

Lichen.....	334
Prurigo.....	335
Psoriasis.....	337
Ichtyiose.....	338
Pityriasis.....	339

Eruption à caractère exanthématique :

Roséole	340
Erythème.....	341
Urticaire.....	342

Eruption humide :

Eczéma	343
Herpès.....	344
Suette miliaire.....	345
Gale.....	345
Pemphigus.....	346
Impétigo.....	347
Ecthyma.....	347
Aéné.....	348
Rupia.....	348
Molluscum.....	349
Lupus	350

CHANGEMENT DE COULEUR DE LA PEAU SANS FIÈVRE NI SIGNES
INFLAMMATOIRES :

Purpura.....	351
Maladie d'Addison.....	352

ÉRUPTION SUR LES PARTIES COUVERTES DE POILS :

Favus.....	353
Tinea tonsurans.....	354
Alopecia areata.....	355

APPENDICE.

—

CHAPITRE I.

Maladies des organes génitaux chez la femme.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

Congestion.....	357
Métrite aiguë.....	358
— chronique.....	358

TABLE DES MATIÈRES.

419

Catarrhe chronique.....	359
Néoplasmes.....	360
MALADIES AIGUES :	
Congestion utérine.....	361
Métrite aiguë.....	362
Catarrhe aiguë.....	363
Hémorrhagie.....	364
MALADIES CHRONIQUES :	
Métrite chronique.....	366
Néoplasme utérin.....	367
Catarrhe chronique.....	369
Dysménorrhée.....	370
Aménorrhée.....	371

CHAPITRE II.

Anomalies générales de la nutrition.

Chlorose.....	373
Scrofuleuse.....	373
Rachitisme.....	374

CHAPITRE III.

Des instruments usités dans le diagnostic.

Cytomètre.....	377
Dynamomètre.....	378
Endoscope.....	378
Laryngoscope.....	379
Microscope.....	380
Salive.....	380
Lait.....	381
Urine.....	382
Sang.....	383
Sperme.....	384
Vomissements.....	384

Fèces.....	284
Sécrétions utérines et vaginales.....	284
Eruptions cutanées.....	285
Pus.....	385
Crachats.....	385
Ophthalmoscope.....	336
Plessimètre.....	289
Spéculum.....	391
Sphygmographe.....	394
Stéthoscope.....	396
Spiromètre.....	398
Thermomètre.....	399
Spiroscope.....	400
Notes sur l'inflammation des muqueuses.....	402
Errata.....	421



ERRATA

Page 21, fig. 3. Lisez : 1. Ventricule gauche ; 2. Oreillette gauche ; 3. Ventricule droit ; 4. Oreillette gauche.

Page 25. Au lieu de « *Endocardite ou Inflammation du Péricarde,* » lisez : « *Endocardite ou Inflammation de l'Endocarde.* »

Page 36. Au lieu de « *la Dilatation, les Lésions valvulaires,* » lisez : « *la Dilatation, l'Hydropéricarde, les Lésions valvulaires.* »

Page 103, fig. 29. Au lieu de « *Tubes bronchiques expectorés,* » lisez : « *Tubes bronchiques expectorés.* »

Page 107, fig. 32. Au lieu de « *Vues au microscope,* » lisez : « *Vue au microscope.* »

Page 115, § 181, ligne 7. Lisez : « *Microscopique,* » au lieu de « *Microscopipique.* »

Page 160. Au lieu de « *Périhépathique.* » lisez : « *Périhépatite.* »

Page 164, ligne 7. Au lieu de « *par l'œuf,* » lisez : « *par les œufs.* »

Page 180, ligne 5. Au lieu de « *Bords ou ses surfaces,* » lisez : « *Bords et ses surfaces.* »

Page 216, ligne 4. Au lieu de « *Salivaires,* » lisez : « *Solitaires.* »

VF
EMPENHO N.º *04AE*
DE..... / 19*87*





