

qui n'ai pas la l'autorité aujourd'hui si prestigieuse de médecin spécialiste.

§ III. Des inflammations muqueuses (278), en général.

299. *Esquisse de considérations spéciales, sous le rapport nosologique.* — A. Rien de plus naturel, de plus avantageux, de plus nécessaire même, que de grouper ensemble les phlegmasies du système muqueux, et de les envisager de haut en tout ce qu'elles ont de commun entre elles. Là où il y a une si grande analogie dans l'organisation normale, là aussi doit exister, et existe en effet, une analogie non moins frappante dans les phénomènes pathologiques. C'est ce que Pinel, un des premiers, avait parfaitement senti : c'est ce qui, depuis lui, a force de vérité classique en nosographie.

B. Les phlegmasies muqueuses sont, comme de juste, comme on peut, sur les simples données de la physiologie, le conclure *a priori*, extrêmement fréquentes. Bichat a pleinement raison, lorsqu'il dit du système muqueux : « Sur lui se passent tous les grands phénomènes de la digestion, de la respiration, des sécrétions, des excrétions, etc. ; il est le siège d'une foule de maladies ; lui seul, dans une nosographie où les maladies sont distribuées par systèmes, doit occuper une place égale à celle de plusieurs. » (*Anatomie générale, syst. muq., In proœmio.*) Et certes, parmi ces nombreuses maladies du système muqueux, les phlegmasies ont bien le premier rang quant à la fréquence.

C. L'inflammation des membranes muqueuses se trouve bien des fois désignée sous le nom de *catarrhe* (Καταρροίς, Hipp. — de Ρέω, je coule, et Κατά, préposition indiquant qu'un mouvement a lieu de haut en bas, — comme qui dirait *écoulement d'une humeur venue de haut* ; et voilà même pourquoi le catarrhe des Grecs était ce qu'on nomme vulgairement chez nous *rhume de cerveau* et *rhume de poitrine*, vu l'hypothèse erronée qui régnait alors et suivant laquelle le flux muqueux des fosses nasales et de toute l'étendue des voies aériennes était censé avoir sa source première dans l'encéphale). Rien de plus usité aujourd'hui que les termes de *catarrhe pulmonaire*, de *catarrhe de vessie*, de *catarrhe utérin*, etc. Toujours est-il, après tout, que ce terme de *catarrhe* emporte nécessairement avec lui, et en vertu même de son étymologie, l'idée d'une sécrétion surabondante de mucosités. Parler de *catarrhe sec*, ainsi que font certains auteurs, c'est en vérité accoupler les mots de la façon la plus monstrueuse. — Il est encore un autre terme, un autre synonyme, sous lequel on peut fort bien désigner l'inflammation du système muqueux. Ce terme, de création très récente et en circulation depuis peu d'années dans la presse médicale d'outre-Rhin, est celui d'*évanthème*, comme qui dirait *efflorescence interne*,

par opposition aux exanthèmes, aux efflorescences externes ou cutanées. S'il convient d'employer ce terme d'importation germanique, c'est particulièrement lorsque la phlegmasie muqueuse a lieu sous forme d'aphthes, de pustules, de plaques plus ou moins proéminentes, etc., et surtout lorsqu'ainsi elle est le cachet anatomique, et non pas le fond même d'une maladie, comme, par exemple, l'inflammation spéciale des plaques de Peyer dans la fièvre typhoïde. — Alibert, dans sa *Nosologie*, a désigné sous le nom de *blennoses* les phlegmasies muqueuses dont il faisait sa X^e famille (de Βλένω, morve, mucus).

D. Dans quelques cas, les follicules muqueux sont le siège où vient plus particulièrement se fixer l'inflammation. C'est ainsi, encore un coup, que dans la fièvre typhoïde, les follicules agminés dits de Peyer et les follicules isolés dits de Brunner se gonflent et deviennent très apparens ; et que les premiers, en particulier, forment ces plaques caractéristiques dont je parlais tout-à-l'heure, et qui tournent si fréquemment à l'ulcération.

E. Dans certains cas, ainsi que je l'ai insinué tout-à-l'heure à propos de la synonymie (C.), l'inflammation muqueuse, à l'instar de l'inflammation cutanée, affecte la forme phlycténoïde, qui, dans la cavité buccale en particulier, constitue ce qu'on nomme proprement les aphthes ; dans certains cas aussi elle affecte la forme pustuleuse. Sans doute, les vésicules et les pustules du système muqueux ne sont pas toujours, tant s'en faut, aussi manifestement dessinées qu'à la peau ; et d'ailleurs elles ne peuvent naître que là où il existe un épithélium évident, c'est-à-dire dans les parties qui se trouvent voisines des divers orifices par où le système muqueux se continue avec le système cutané ; elles peuvent surgir sur les lèvres, dans l'intérieur de la bouche, au pharynx, aux fosses nasales, voire même encore au larynx, comme aussi, bien entendu, à l'anus, au gland, à l'entrée de l'urètre. Au contraire, dans l'intérieur de l'estomac et des intestins, par cela même qu'il n'y a pas là d'épithélium, la pustulation n'est pas plus possible que la moindre apparence de desquamation. Une autre forme qui se retrouve encore au nombre des exanthèmes, c'est la forme papuleuse : nous en avons un type incontestable dans ce cas généralement passé sous silence par les livres, et pourtant assez commun en pratique, cas que l'on peut fort bien nommer *glossite papillaire*, et où les papilles de la langue sont, en effet, le siège particulier de l'inflammation, et se montrent grossies, saillantes, très rouges et plus ou moins douloureuses.

F. Après tout, combien de nuances diverses, ici comme pour tout autre tissu, dans les quatre phénomènes fondamentaux de l'inflammation, rougeur, tumeur, chaleur et douleur, visibles ou non sur le vi-

vant, symptômes plus ou moins frappans, ou caractères purement nécroscopiques (279.) !

G. Bien des fois, ce n'est pas seulement à la membrane muqueuse que tient la tuméfaction, mais aussi à l'œdème du tissu cellulaire sous-muqueux (279. D. α.).

H. En règle générale, les divers points du système muqueux ne se montrent pas, dans leur inflammation, également aptes à produire la douleur. D'ordinaire, la douleur est assez vive aux extrémités du système, savoir, à la conjonctive, à la bouche, au pharynx, au rectum, au gland, au vagin, etc., et, par contre, obtuse, sourde, gravative plutôt que lancinante, quelquefois nulle dans les parties profondes. Ce qui rend compte anatomiquement de cette différence, c'est que les origines ou les extrémités, comme on voudra, du système muqueux reçoivent force rameaux de nerfs encéphaliques ou rachidiens, tandis que les nerfs du grand sympathique prédominent sur ceux de l'encéphale dans les muqueuses pulmonaire et gastro-intestinale. Quoi qu'il en soit, c'est surtout au contact que la douleur des muqueuses enflammées se réveille, se prononce ou s'exaspère; à un contact de nature quelconque, entendons-nous bien, — au contact du doigt, d'une sonde, du bol alimentaire, ou autres corps étrangers, comme aussi au contact de matières intérieures et propres à l'économie même, soit, par exemple, le contact exercé par le mouvement de fécès plus ou moins dures et raboteuses dans l'intérieur de l'intestin, soit le contact d'une bile plus ou moins âcre qui vient à remonter jusque dans l'estomac, etc., etc.

I. La loi ordinaire, en ce qui touche à l'action sécrétoire des muqueuses enflammées, c'est que, dans le principe, le mucus cesse absolument de se produire, puis, à la suite de cette interruption momentanée de la sécrétion, se met à couler en plus grande abondance que de coutume, et avec d'autres apparences, d'autres qualités que dans son état normal. Ces altérations du mucus varient, au surplus, selon les divers départemens du système muqueux. Mais, en général, on doit dire que, sous l'influence de l'inflammation, le mucus se montre d'abord très fluide, incolore et quelquefois âcre, qu'ensuite il devient consistant, opaque, d'un blanc jaunâtre. En certains cas, il peut avoir tous les caractères du pus. En s'accumulant dans la cavité où l'inflammation le produit ainsi surabondamment, il détermine une sensation pénible, — l'enchifrènement, par exemple, ou la toux, ou des nausées, etc.

J. De plus, les glandes dont les canaux excréteurs viennent s'ouvrir sur les points enflammés ont coutume d'éprouver, soit pure sympathie à distance, soit propagation d'irritation par voie de continuité, un surcroît d'activité sécrétoire, et mêlent ainsi en plus ou moins grande quan-

tité leurs produits à l'écoulement du mucus pathologique. Ainsi va de la glande lacrymale dans la conjonctive; ainsi va des glandes salivaires dans la stomatite; ainsi va, sans doute, du foie et du pancréas dans la duodénite.

K. Dans certains cas, la membrane enflammée sécrète, au lieu de mucus, une matière particulière, — tantôt crémeuse, caséiforme, *pultacée*, tantôt *couenneuse* et vraiment plastique, — qui constitue une couche pseudo-membraneuse plus ou moins adhérente à la surface du chorion muqueux. Cette couche, lors même qu'elle consiste en une véritable lymphie plastique, ne va presque jamais jusqu'à s'organiser et à se sillonner de vaisseaux sanguins de nouvelle création, au rebours de ce que nous verrons plus bas arriver assez souvent pour les pseudo-membranes des phlegmasies séreuses. Ici, en règle générale, ou la pseudo-membrane est rejetée avant le temps nécessaire pour en laisser opérer la vascularisation, ou bien l'inflammation est promptement mortelle. Cependant, on a eu quelquefois occasion de constater la vascularité des pseudo-membranes croupales, chez des sujets où le croup affectait une marche chronique. M. Bretonneau, l'un de ceux qui ont étudié avec le plus de soin et de talent l'inflammation couenneuse du système muqueux dans les divers sièges où elle se montre, a créé, pour la distinguer particulièrement, le nom de *diphthérite* (de $\Delta\iota\phi\theta\epsilon\rho\alpha$, peau, dépouille).

BRETONNEAU. *Recherches sur les inflammations spéciales du tissu muqueux, et en particulier sur la diphthérite, angine maligne ou croup épidémique.* Paris, 1826, in 8°.

TROUSSEAU. — (Dans le *Répertoire-général des sciences médicales*, t. X.) — Art. *Diphthérite*.

L. Est-il besoin de rappeler qu'en outre des altérations précitées de texture et de sécrétion, et par le fait même de ces altérations, la phlegmasie muqueuse entraîne presque constamment un trouble plus ou moins notable dans les fonctions de l'organe où elle a pris siège; plus, quelquefois, des symptômes sympathiques en tel ou tel autre organe; plus, en beaucoup de cas, un cortège de symptômes généraux? (280. B. C. D.).

M. Il n'est pas rare, même, que les symptômes généraux précèdent de plusieurs heures, voire d'un jour ou deux, le développement de la phlegmasie muqueuse, comme on peut s'en assurer manifestement, visiblement à l'égard de certaines esquinancies: en un mot, la fièvre peut être prodromique, primitive, non pas symptomatique et secondaire.

N. Heureusement, après tout, la terminaison la plus ordinaire de l'im-

flammation muqueuse est la résolution : la supersécrétion diminue graduellement, et le mucus finit par revenir à l'ordre normal, tant sous le rapport de la quantité que sous celui de ses qualités.

O. Bien entendu, d'ailleurs, que l'inflammation peut avoir, dans le système muqueux, toutes les autres terminaisons que nous avons posées, en général (281), comme propres à cet état pathologique. Elle peut produire des suppurations, des indurations, des gangrènes, des ulcérations, etc. Elle peut produire des ramollissemens, qui, s'ils ne constituent pas un état de complète désorganisation, y touchent assurément de fort près.

P. Par suite, encore, d'inflammation, les membranes muqueuses, — après la destruction de l'épithélium, pour celles qui en ont, — après les ravages de la gangrène ou de l'ulcération, — sont susceptibles de contracter des adhérences contre nature, adhérences qui changent en une continuité plus ou moins intime le rapport de deux surfaces naturellement destinées à être distinctes ou tout au plus contiguës. On a vu ainsi la surface libre de la langue rester collée, dans une plus ou moins grande étendue, à la face interne des joues, au plancher inférieur de la bouche, etc.; le vagin disparaître par l'adhésion mutuelle de ses parois; les trompes de Fallope et celles d'Eustache, le canal nasal, les conduits lacrymaux, etc., s'oblitérer complètement. Du reste, ces adhérences, il faut le dire, sont fort rares.

Q. Que l'inflammation muqueuse puisse exister à l'état chronique, et se perpétuer ainsi indéfiniment : nul doute à cela. Nous ne faisons, assurément, aucune difficulté de reconnaître encore l'inflammation là où la membrane muqueuse persiste toujours à être rouge, tuméfiée, plus ou moins douloureuse, avec opiniâtre continuation de la supersécrétion d'un mucus opaque, quelquefois même d'un véritable pus. Mais si, comme il arrive bien des fois, comme le constate clairement l'inspection sur le vivant même dans certaines leucorrhées vaginales, si, dis-je, la membrane muqueuse se montre plutôt trop pâle que trop rouge et que la supersécrétion soit le seul phénomène pathologique dont cette membrane soit encore le siège, est-ce donc toujours là de l'inflammation? N'est-il pas mieux de voir là de quoi poser un groupe de maladies à part, sous le nom de *Flux catarrhaux* ou tout autre nom, comme on voudra? Dites que ces flux sont ordinairement, exclusivement même, des suites d'inflammation : soit. Mais est-ce à dire pour cela que, partout et toujours, ils se trouveront liés à la présence, à la persistance de l'état inflammatoire? Non, cent fois non.

R. Un dernier mot mainte : ant pour clore cette ébauche nosologique sur les particularités de l'inflammation muqueuse : un dernier mot relativement à un point qu'il est très important de ne jamais perdre de vue

en fait d'investigation nécroscopique : c'est que, pour prononcer qu'il y a une inflammation, on ne doit pas se contenter, ici bien moins encore qu'ailleurs, du seul et unique fait d'un excès de rougeur dans la membrane muqueuse : erreur si souvent répétée, et, pour ainsi dire, passée en règle tant que dura le règne du broussaisianisme, et à laquelle, aujourd'hui même, nous ne laissons pas, tous tant que nous sommes, que de sacrifier encore quelquefois ! Au surplus, soit dit en passant, c'est à Bichat lui-même que remonte la responsabilité de la mise en crédit d'une semblable erreur. En cela comme en bien d'autres points encore, Bichat peut véritablement être accusé d'avoir été le précurseur de Broussais. Ainsi, il admettait formellement l'inflammation partout où la muqueuse était plus rouge que dans l'état naturel. « Si la membrane, dit-il, « de la vessie, du rectum, etc., est aussi rouge que celle de l'estomac dans son état naturel, prononcez qu'il y a eu inflammation ; » si la rougeur des sinus égale celle qui est naturelle à la vessie et au rectum, jugez aussi que l'inflammation a existé. » (*Anatomie générale. Système muqueux, art. II, § II.*) Sans doute, la rougeur des muqueuses augmente dans l'état de phlegmasie ; elle est même, en général, très marquée, depuis le rose vif jusqu'au brun, et cela, forcément, en raison de la grande vascularité de ces membranes : mais aussi, par la même raison, les muqueuses peuvent se montrer pareillement très rouges en vertu de toute autre hyperémie que l'hyperémie inflammatoire, en vertu, par exemple, de l'hyperémie hémorragique, de l'hyperémie athénique, de l'hyperémie cadavérique. D'un autre côté, il faut dire que, dans quelques cas, la rougeur inflammatoire elle-même peut s'effacer après la mort. Ainsi donc, encore une fois, à l'autopsie cadavérique, la rougeur ne doit pas être prise pour seul et unique guide dans la question de savoir s'il y a eu, ou non, inflammation de la muqueuse : qu'elle soit en excès ou qu'elle fasse défaut, ni l'un ni l'autre cas n'a en soi une valeur caractéristique absolue, mais seulement une valeur relative, qu'il faut combiner avec d'autres considérations symptomatologiques ou nécroscopiques, comme il a été dit ailleurs (279. A.).

300. *Etiologie.* — (287.) — En fait de causes occasionnelles banales, les plus ordinaires ici sont l'exposition subite au contact d'un air frais, le corps étant en sueur ; le temps froid et humide ; la suppression brusque d'une épistaxis, des menstrues, du flux hémorroïdal, d'une dartre, d'un ulcère habituel, etc. Les membranes muqueuses sont facilement accessibles à une foule d'irritations directes, qui peuvent en amener l'inflammation à titre de causes déterminantes. De plus, il n'y a aucun doute que les phlegmasies muqueuses ne soient quelquefois produites par l'action de causes spécifiques : comment ne pas le reconnaître, quand on voit, dans certaines fièvres éruptives, l'inflammation de telle

ou telle partie du système muqueux se manifester comme loi pathologique à peu près constante? La rougeole n'a-t-elle pas, en effet, pour cortège ordinaire l'ophtalmie, le coryza et la bronchite? La scarlatine n'entraîne-t-elle pas avec elle une pharyngite plus ou moins grave? Encore un coup, nul doute qu'il n'y ait des phlegmasies muqueuses qui méritent le titre de *phlegmasies spécifiques* (286).

Il y a des phlegmasies muqueuses endémiques, comme, par exemple, l'ophtalmie d'Égypte. Il y en a aussi d'épidémiques.

301. Pour ce qui est d'envisager en général la séméiotique et la thérapeutique des phlegmasies muqueuses, aurais-je rien d'important et d'utile à dire qui n'ait été ci-dessus (288-90), dans l'étude générale de l'inflammation, plus ou moins formellement enseigné au lecteur, et que celui-ci ne puisse trouver là immédiatement, ou du moins déduire aisément?

302. *Genres de phlegmasies muqueuses à étudier dans ce chapitre.*

— A la suite des phlegmasies cutanées, viendront en dix-huit articles les phlegmasies muqueuses que voici : 1° le coryza, 2° la glossite, 3° la stomatite, 4° la pharyngite, 5° l'œsophagite, 6° la gastrite, 7° l'entérite, 8° le muguet, 9° la laryngite, 10° la trachéite, 11° la bronchite, 12° le croup, 13° la pyélite, 14° l'urétrite, 15° la balanite, 16° la posthite, 17° la vaginite, 18° enfin, la métrite catarrhale.

La conjonctivite, la blépharite, l'otite et la cystite sont un lot dévolu à M. Nélaton : c'est dans la *Pathologie chirurgicale* que le lecteur doit trouver l'histoire de ces quatre phlegmasies-là.

§ IV. Des inflammations séreuses (278), en général.

303. *Que peut-on comprendre et classer sous le titre d'inflammations séreuses?* — A moins qu'on ne veuille, en fait d'histologie, multiplier sans nécessité le nombre des tissus organiques, il faut voir le tissu séreux ailleurs encore que là où il constitue les membranes séreuses proprement dites, telles que l'arachnoïde, le péritoine, la plèvre, le péricarde, etc. Le tissu des membranes synoviales, qu'est-ce autre chose qu'un véritable tissu séreux? Et même, ces membranes-là n'ont-elles pas encore une structure entièrement semblable à celle des séreuses proprement dites? Ne forment-elles pas, à l'égal de ces dernières, des sacs sans ouverture, qui, à leur surface intérieure et libre, se maintiennent naturellement dans un état de lubrification tel que les organes auxquels adhère la surface externe de ces sacs puissent aisément se mouvoir les uns sur les autres, et opérer ainsi, sans frottemens douloureux et incommodes, les changemens de position respectifs nécessaires à l'ac-

complissement de leurs fonctions? Et les différences physiologiques et pathologiques qu'il y a, nous ne saurions le nier, entre les séreuses et les synoviales, tiennent assurément moins au tissu propre de ces membranes qu'à la diversité des parties adjacentes et plus ou moins adhérentes. De plus, enfin, la membrane interne du système vasculaire à sang rouge (veines pulmonaires, cœur gauche, arbre aortique), et celle du système vasculaire à sang noir (artère pulmonaire, cœur droit, et veines), toutes deux extrêmement minces, si homogènes dans toute leur texture, si lisses à leur surface libre, qu'est-ce encore là sinon cette forme particulière du tissu cellulaire qui constitue le tissu séreux? qu'est-ce, en un mot, sinon le tissu cellulaire condensé en manière de pellicule? Ainsi donc, en nosographie, la tribu des inflammations séreuses comprendra fort naturellement, non seulement les inflammations des séreuses proprement dites, de l'arachnoïde, du péritoine, de la plèvre, du péricarde, du pérididyme ou tunique vaginale, et de l'annios, cette séreuse de l'œuf des mammifères, mais encore les inflammations des synoviales, mais encore les inflammations de la membrane interne du cœur, des artères et des veines, et peut-être encore certaines autres inflammations que j'ometts.

Au surplus, dans tout ce qu'on nomme phlegmasies séreuses, ce n'est pas tant le tissu séreux que le tissu cellulaire sous-séreux, qui est le véritable siège des phénomènes inflammatoires : telle est, du moins, l'opinion de la plupart des médecins qui réfléchissent, et qui vont au fond des choses sans se laisser tromper par les mots. Cette opinion, je ne prétends pas ici la prouver en forme ; mais, dans le courant de ce paragraphe et ailleurs encore, j'aurai soin, quand l'occasion s'en présentera, de faire remarquer ce qui vient à l'appui. La sagacité du lecteur fera le reste.

304. *Quelques aphorismes nosologiques concernant particulièrement les phlegmasies des membranes séreuses proprement dites.* — A. De toutes les membranes séreuses, la plèvre est celle qui, sans contredit, se montre le plus fréquemment sujette à l'inflammation. Est-il bien vrai, comme le prétend Bichat (*Anatomie générale. Système séreux*, art. II, § III), que l'arachnoïde soit, au contraire, celle où l'inflammation se déclare le plus rarement? Notre illustre anatomiste mettait même entre la pleurésie et la méningite le rapport de 10 à 1. Non pas, certes, qu'il prétendît là exprimer une statistique rigoureuse, une vérité mathématique. C'était là un simple à-peu-près. Que nos iatro-statisticiens se mettent donc à l'œuvre pour confirmer ou contester cette assertion d'un grand homme.

B. De blanches qu'elles sont dans l'état naturel, les séreuses dans l'état de phlegmasie se montrent toutes rouges, et comme si elles étaient

entièrement formées de vaisseaux. Ce phénomène est, dit-on, beaucoup moins marqué, beaucoup moins ordinaire dans les synoviales.

C. La douleur, surtout dans les commencemens de l'inflammation, est souvent très vive; elle est brûlante, pongitive, due selon toute apparence aux déplacemens de la membrane durant les mouvemens des organes respectifs, et toujours exaspérée lorsque ces déplacemens deviennent considérables. Laissons là-dessus parler Bichat (*loc. cit.*, art. III, § I^{er}): « Lorsque les intestins dilatés écartent les deux lames malades du mé- » sentère pour s'y loger, lorsque l'estomac se place entre celles des épi- » ploons, etc., lors des inflammations du péritoine, le malade souffre » beaucoup. Voilà pourquoi les vents sont alors si douloureux, pourquoi » il faut éviter de prendre alors tout-à-coup une grande quantité de » boisson. On connaît les vives douleurs que produit une grande inspira- » tion dans la pleurésie; c'est qu'alors le poumon dilate la plèvre et tend » à se loger entre les replis qui accompagnent les gros vaisseaux pulmo- » naires, etc. » Toutefois, il est bon nombre de cas dans lesquels les phlegmasies des membranes séreuses se développent d'une façon tout-à-fait sourde et insidieuse, sans la moindre douleur locale, et sont, comme on dit, *latentes*.

D. Pas d'inflammation des membranes séreuses sans qu'il y ait là des phénomènes de sécrétion pathologique. D'abord, il y a généralement supersécrétion du fluide séreux, qui vient ainsi à constituer dans la cavité de la membrane un épanchement plus ou moins considérable. Mais remarquons que si tout se borne à cela, si la sérosité est simplement augmentée en quantité sans altération aucune de ses qualités, il n'est pas encore permis de reconnaître là l'existence d'une inflammation confirmée. On peut alors fort bien dire que c'est tout bonnement un molimen d'hyperémie sthénique avec irritation sécrétoire, en d'autres termes, une hydropisie active. De même, encore, lorsque le molimen hyperémique aboutit à une exhalation de sang dans l'intérieur de la cavité séreuse, un tel cas, assez rare d'ailleurs, serait, ce me semble, mieux et plus exactement désigné sous le nom d'hémorragie pleurétique, péritonéale, etc., que sous les noms, aujourd'hui en faveur, de pleurésie ou de péritonite hémorragique. Ce qui caractérise donc l'inflammation confirmée des membranes séreuses, c'est qu'il s'opère alors, — sinon une sécrétion de pus véritable, de pus pourvu de globules comme celui du phlegmon, — du moins, ce qui est le cas le plus ordinaire, une sécrétion de lymphé plastique, qui s'étend en pseudo-membrane sur la surface interne de la cavité séreuse, se mélange à la sérosité soit sous forme de flocons blanchâtres nageant çà et là, soit de manière à la rendre uniformément trouble et lactescente, et quelquefois se dépose et se condense dans le tissu cellulaire sous-séreux. Combien, au surplus, n'y a-t-il pas

de nuances variées dans les aspects que produisent ces sécrétions phlegmasiques! Sans compter, en outre, que cela n'implique pas contradiction avec une exhalation hémorragique, et que la sérosité peut, avec tout cela, se montrer, et se montre, en effet, bien des fois sanguinolente. Il est fort étrange, soit dit en passant, qu'un vitaliste tel que Bichat, — un ultra-vitaliste, on peut bien le dire, — ait pourtant songé à admettre, pour l'état floconneux et lactescent de la sérosité, une fausse explication de pure chimie, et se soit montré tout prêt à résoudre affirmativement ces questions-ci: « La chaleur de l'inflammation a-t-elle produit pendant la » vie le même phénomène que le calorique ordinaire détermine sur le » blanc d'œuf, l'eau des ascitiques, etc.? A-t-elle coagulé l'albumine » existant à l'état liquide dans la vapeur séreuse » (*loc. cit.*, art. I^{er}, § III). Non, certes, il n'en est point ainsi. La coagulation qu'invoque Bichat est un phénomène de nature morte, un phénomène qui ne se produit que vers 75° th. cent., tandis que la chaleur inflammatoire, on le sait maintenant d'après les recherches de MM. Becquerel et Breschet, ne s'élève guère au-delà de 40°. Si donc la sérosité est trouble, floconneuse, lactescente, c'est, je le répète, par suite de la même sécrétion qui produit les pseudo-membranes, tout aussi bien à la surface des muqueuses qu'à celle des séreuses; c'est par suite de la sécrétion d'un suc fibrineux, spontanément coagulable, susceptible même de s'organiser et de se vasculariser; c'est, en un mot, par suite d'un phénomène essentiellement vital, d'un phénomène encore inexplicable de la force plastique.

E. Les pseudo-membranes ne se forment pas tout d'une venue. Elles commencent par des points de matière fibrineuse déposés isolément çà et là, sans doute aux endroits les plus enflammés; puis ces points vont se multipliant, se confondent les uns avec les autres, et finissent alors par constituer une couche continue, dont l'épaisseur et la consistance varient dans ses divers points. La pseudo-membrane récente adhère faiblement à la séreuse; on remarque pourtant, quand on l'en détache, qu'elle n'y est pas tout uniment accolée, mais qu'elle se trouve comme engrenée par une multitude d'inégalités. Au-dessous d'elle, la séreuse qui en était revêtue, se montre ordinairement rouge et pénétrée de vaisseaux. S'il n'y a pas un épanchement intermédiaire de sérosité pour séparer les pseudo-membranes qui viennent à se former sur les deux feuillets correspondans d'une poche séreuse, ces deux feuillets adhèrent incontinent l'un à l'autre, mollement il est vrai, ni plus ni moins que les bords d'une plaie qui vient d'être réunie par première intention. Mais de là, ensuite, maintes variétés d'adhérences définitives, comme nous allons l'expliquer tout-à-l'heure (F. G.).

F. Par le progrès du temps, la matière pseudo-membraneuse s'é-

paissent, s'endurcit, s'organise, se pénètre de vaisseaux. D'où une multitude de vices anatomiques consécutifs à l'inflammation des séreuses. Ainsi, par exemple, s'affermissent les adhérences contre nature des feuillets séreux; adhérences qui soudent ces feuillets entre eux au point de les confondre entièrement, ou qui consistent en filamens intermédiaires, en brides, etc., selon que la matière plastique n'a été que peu ou point tirillée, ou qu'au contraire elle a été soumise, par les mouvemens de la partie; à des distensions fréquentes. Ainsi survient ce qu'on nomme l'épaississement des membranes séreuses; épaississement qui, pour la plèvre et le péritoine en particulier, va souvent, — en cas, surtout, de phlegmasie chronique, — jusqu'au double ou au triple de l'épaisseur normale; épaississement, disons-nous, qui n'est dû qu'à la présence des pseudo-membranes organisées et intimement unies à la membrane naturelle. Ainsi, encore, se forment ces plaques blanchâtres de la surface du cœur, genre d'altération qui se rencontre si fréquemment dans les ouvertures de cadavres, et qui est, à n'en pas douter, la trace indélébile d'une péricardite partielle, le résultat d'une exsudation fibrineuse jadis produite, selon toute apparence, dans le tissu cellulaire sous-péricardique.

G. Pour en revenir aux adhérences définitives qu'entraîne la continuité des pseudo-membranes produites sur les surfaces opposées d'une cavité séreuse, adhérences qui se rencontrent si fréquemment dans les ouvertures de cadavres pour attester l'existence de phlegmasies passées, — ce qu'il y a de bien certain, c'est qu'on doit admettre les trois variétés qui suivent : toutes trois, par parenthèse, faciles à trouver et à étudier sur la plèvre. 1° Quelquefois la plèvre costale et la pulmonaire sont identifiées en plusieurs points ou dans leur totalité, de manière à ne constituer qu'une membrane unique. 2° L'adhérence est lâche, et le moindre effort la détruit; isolés alors l'un de l'autre, les deux feuillets n'ont plus à leur surface le poli caractéristique de l'état normal. 3° Entre les deux surfaces de la plèvre, on trouve des brides plus ou moins longues, plus ou moins consistantes, des filamens plus ou moins déliés, dont les apparences et la structure sont manifestement hors des conditions naturelles d'une poche séreuse. Indépendamment de ces trois variétés d'adhérences, on peut encore rencontrer, entre les surfaces de la plèvre, du péritoine, etc., des brides anormales quant à leur existence même, mais régulières quant à leur structure : c'est à savoir, que ces brides-là sont formées par l'adossement de deux feuillets séreux, contiennent dans leur intérieur une espèce de petit canal, et, en un mot, ressemblent très bien à ce prolongement de la synoviale du genou, qui s'étend de la partie postérieure de la rotule à l'intervalle des condyles fémoraux. Dans l'opinion de Bichat (*loc. cit.*, art. I, § I), elles devraient être plutôt

considérées comme une conformation primitive que comme un produit accidentel, une transformation de pseudo-membranes. Mais qui sait si le pouvoir de la force plastique ne va pas jusque là? Quoi qu'il en soit, la plèvre est la séreuse qui offre le plus de ces diverses adhérences; sur deux cadavres, il y en a presque toujours un qui présente des adhérences pleurétiques : ce qui vient à l'appui de la proposition ci-dessus émise relativement à l'extrême fréquence des pleurésies (A.). Après la plèvre, il faut, suivant Bichat (*loc. cit.*), accuser le péritoine, puis le péricarde, puis le péricardite, puis, en dernier lieu seulement, l'arachnoïde, laquelle encore quelquefois, mais très rarement, présente de telles adhérences.

H. Nul doute que la gangrène ne puisse, comme toute autre terminaison de l'inflammation, avoir lieu dans toutes les séreuses. Mais il est à remarquer qu'elle se montre incomparablement plus fréquente dans le péritoine que dans la plèvre, le péricarde, l'arachnoïde, etc. Bichat, lui qui avait ouvert tant de cadavres, déclare même ne l'avoir jamais observée que là (*loc. cit.*, art. II, § I). Et, depuis, personne que je sache ne s'est inscrit en faux contre ce principe général par lui établi, à savoir, que la péritonite se termine plus souvent par la gangrène que les phlegmasies des autres séreuses.

I. Il importe de savoir que, dans bien des cas, on trouve à l'autopsie, en coexistence avec l'inflammation des membranes séreuses, une foule de petits tubercules blanchâtres déposés soit dans le tissu cellulaire sous-séreux, soit au sein des pseudo-membranes. Le plus ordinairement, sans doute, la formation des tubercules doit être le fait préexistant, le véritable point de départ. Quoi qu'il en soit, les pleurésies, péritonites, méningites, etc., dites *tuberculeuses*, ont réellement droit d'être posées comme autant d'espèces nosographiques à part. Toutes graves qu'elles sont, elles affectent fréquemment une forme latente ou à peu près, et une marche chronique.

305. *Un mot sur l'inflammation des synoviales.* — Laissons de côté les gaines synoviales des tendons. Laissons de côté ces poches synoviales sous-cutanées qu'on nomme si improprement *bourses muqueuses*. Sans aucun doute, l'inflammation des gaines tendineuses est une maladie qui mérite une description à part. Sans aucun doute, aussi, les poches synoviales qui existent au-devant de la rotule, derrière l'olécrâne, etc., sont susceptibles de s'enflammer; et, à leur égard, il y a lieu de poser la question de savoir si l'espèce de tumeur, d'hydropisie enkystée, qu'elles viennent quelquefois à constituer sous le nom d'*hygroma*, est ou n'est pas, dans tous les cas ou dans certains cas seulement, consécutive à leur inflammation. Mais tout cela concerne de droit, et sans partage, le domaine de la *Pathologie chirurgicale*.

Restent les synoviales articulaires. Disons pourquoi, tout en admettant leur inflammation comme un fait constant et indubitable, nous ne la poserons pas *ex professo* comme un genre de maladie à part, bien et dûment déterminé dans l'état actuel de la science. Encore un coup, que les synoviales articulaires soient maintes fois le théâtre de phénomènes inflammatoires; qu'elles puissent alors se trouver remplies et distendues par un amas de synovie plus ou moins altérée, se tapisser de pseudo-membranes, sécréter même un véritable pus: c'est ce que nous garderons bien de nier. C'est, en effet, ce que l'analogie prévoit, ce que l'observation clinique diagnostique avec plus ou moins de vraisemblance, ce que l'autopsie cadavérique constate positivement. Mais le point difficile, incertain, et jusqu'ici insoluble, c'est de savoir dans quels cas, entre tous ceux que l'on a coutume de comprendre sous le nom vague d'arthrite, — nom vague, entendons-nous bien, quant à la désignation du tissu principalement affecté, — dans quels cas, dis-je, l'inflammation de la synoviale est l'affection vraiment primitive; dans quels cas elle compose, à elle seule, toute la maladie, au lieu de n'être qu'un élément d'une affection complexe où diverses parties constituantes de l'articulation sont plus ou moins compromises, ce qui, après tout, doit être, à coup sûr, le cas le plus commun. Eh bien! donc, jusqu'à tant que ce point de pathologie ait été complètement élucidé et résolu, je ne vois pas du tout ce qu'on gagne, ou plutôt je vois une faute à suivre ces médecins qui font les capables, les avancés, les hommes de progrès en affectant une fausse précision de diagnostic anatomique, qui n'est rien que nominale et pas du tout réelle, — en diagnostiquant, dans tous les cas indistinctement, sous le titre d'inflammation des synoviales, ou sous un seul nom de facture assez barbare, sous celui de *synovite*, ce que nous autres gens simples appelons tout bonnement arthrite et rhumatisme articulaire. Que l'on puisse, au point de vue pur et simple de l'anatomie pathologique, considérer et approfondir isolément l'inflammation des synoviales: rien de plus légitime, assurément. Nous louerons même tous ceux qui, dans cette voie, viendront à enrichir la science de faits consciencieusement observés et habilement interprétés. Mais ce que nous soutenons, c'est qu'au point de vue des errements actuels de la pratique, telle que la consacre l'immense majorité du corps médical, et telle que la permet, en effet, la somme de connaissances réelles jusqu'ici acquises à l'art, c'est, dis-je, qu'à un tel point de vue, qui, comme nous l'avons déjà bien des fois déclaré, doit être principalement le nôtre, il est, certes, peu nécessaire de poser et d'étudier à part l'inflammation des synoviales articulaires comme genre nosographique formellement distinct. Tant il est vrai que cette inflammation rentre, sauf peut-être quelques cas bien rares et encore peu connus, dans l'histoire de l'ar-

thrite traumatique, ou dans celle des tumeurs blanches, ou dans celle des abcès articulaires en cas d'infection purulente ou de fièvre puerpérale, ou bien, enfin, dans celle du rhumatisme articulaire! Or, l'arthrite traumatique, les tumeurs blanches, l'infection purulente ont leur histoire en *Pathologie chirurgicale*. La fièvre puerpérale et le rhumatisme articulaire auront la leur, en temps et lieu, dans la suite de la *Pathologie médicale*. C'est donc aux divers articles où il sera question de ces maladies-là, que nous renvoyons le lecteur.

306. *Genres de phlegmasies séreuses à étudier spécialement dans ce chapitre.* — Les phlegmasies des synoviales étant mises à l'écart, ou, pour mieux dire, leur part étant faite et les cadres où elles ont à figurer étant assignés (305), reste à nous démêler maintenant avec les phlegmasies des séreuses proprement dites et avec celles de la membrane interne de l'appareil vasculaire. En ce qui concerne les premières, je laisse de côté la phlegmasie de la tunique vaginale, et la phlegmasie de l'amnios: celle-ci, encore très peu connue, latente et inaperçue qu'elle est, sans aucun doute, dans un immense nombre de cas, et à l'égard de laquelle je me borne à renvoyer le lecteur à ce que nous apprennent l'*Anat. pathol.* de M. Cruveilhier (liv. XV, pl. 2), et l'art. *Oeuf humain*, signé Désormeaux et P. Dubois, dans le *Répertoire* (t. XXI, p. 549-50); celle-là, ayant de si constans et si étroits rapports avec la didymite et avec l'épididymite, qu'elle s'encadre naturellement, forcément, dans l'histoire de ces phlegmasies du testicule, lesquelles sont un lot dévolu à la *Pathologie chirurgicale*. Quant à l'inflammation de la membrane interne de l'appareil vasculaire, il m'appartient seulement de la considérer dans le cœur et dans l'aorte, la phlébite revenant de droit à mon collaborateur, comme aussi lui revient l'artérite en général, et surtout en tant qu'elle contribue à produire ce qu'on a nommé la *gangrène sénile*.

Ainsi donc, dans ce chapitre, à la suite des phlegmasies cutanées et muqueuses, j'examinerai successivement, en six articles: 1° la méningite, 2° la péritonite, 3° la pleurésie, 4° la péricardite, 5° l'endocardite, 6° l'aortite.

La phlébite utérine est assurément une matière que doit essentiellement revendiquer la pathologie médicale. Mais après tout elle n'est véritablement qu'une forme, ou, pour mieux dire, qu'une partie de la métrite profonde, métrite non bornée à un état catarrhal, métrite parenchymateuse: et de plus, c'est là un élément de cette maladie si complexe, si polymorphe, que les médecins d'aujourd'hui conviennent presque unanimement de désigner de nouveau sous l'ancien nom de *Fièvre puerpérale*. C'est donc dans les articles consacrés à la métrite parenchymateuse et à la fièvre puerpérale que je me réserve de considérer la phlébite utérine.