

les forces du malade; ainsi le sulfate de quinine peut s'adresser avec succès à l'intermittence des accès fébriles; mais pas plus que l'aleoolature d'aconit, il ne peut enrayer la marche de l'infection tant que le pus continue à être mêlé au sang. Les efforts du médecin doivent avoir un autre but: Étudier les procédés employés par la nature médicatrice dans les cas de guérison spontanée et tâcher de l'imiter ou, mieux encore, de la seconder dans les efforts qu'elle tente pour éliminer le principe morbifique. Je vous ai rappelé que beaucoup de malades avaient des sueurs visqueuses, profuses, et des diarrhées abondantes; je vous ai rappelé que la sueur de la diarrhée présentaient en ces circonstances des caractères plus faciles à constater qu'à décrire, mais dont le caractère dominant est une odeur spéciale. On peut considérer ces évacuations cutanées ou intestinales comme des crises; et l'on doit les favoriser par les sudorifiques et les purgatifs; peut-être alors sera-t-on assez heureux pour obtenir des résultats favorables analogues à ceux de Sanson et de Vidal (de Cassis). En même temps, il est bon d'avoir recours à des boissons stomachiques, légèrement excitantes, et de placer les malades dans les meilleures conditions hygiéniques.

Je termine maintenant par les conclusions suivantes :

Il n'y a point d'infection purulente sans plaie. La plaie en est la condition nécessaire, obligée. Toute plaie peut avoir pour conséquence une phlébite suppurative. La phlébite suppurative déverse le plus en nature dans le torrent circulatoire. Elle le fait peut-être d'une façon continue, bien que l'intermittence des frissons semble indiquer que l'intoxication n'a lieu que d'une façon intermittente.

L'infection purulente peut encore avoir son origine dans les abcès des tuniques aortiques et du cœur. Cette cause d'infection est rare.

La phlébite capillaire peut produire l'infection en faisant du pus; mais, dans les épidémies d'infection purulente, la sérosité des plaies, modifiée d'une façon spéciale par les conditions atmosphériques, peut être absorbée par les vaisseaux capillaires sans qu'il soit besoin d'oscules ou d'érosions vasculaires, et l'infection est la conséquence de cette absorption. *Le sérum du pus agit alors à la façon des sérosités virulentes inoculables.*

Deux indications principales doivent être remplies pour prévenir ou enrayer l'infection. La première consistera à agir sur les plaies pour empêcher la phlébite suppurative ou mettre obstacle à l'absorption de la sérosité infectante. La seconde indication aura pour base la marche de l'infection, l'étude des crises, et l'application des moyens propres à favoriser et à entretenir ces crises médicamenteuses.

Enfin, le médecin devra placer les malades dans les conditions hygiéniques les plus favorables et leur permettre ainsi de lutter assez longtemps pour triompher de l'infection.

XCVI. — PHLEGMATIA ALBA DOLENS.

§ 1. — Phlegmatia des femmes récemment accouchées. — Phlegmatia des cachexies tuberculeuse, cancéreuse. — Valeur sémiotique de la phlegmatia dans les cachexies. — Phlegmatia dans la chlorose. — Chez les femmes récemment accouchées : 1^o Phlegmatia par coagulation spontanée; 2^o phlegmatia consécutive à la phlébite utérine. — Symptômes de la phlegmatia : douleur, œdème. — Cordons veineux. — Circulation collatérale. — Température des membres affectés. — Point de lymphangite, point d'adénite.

MESSIEURS,

Ceux d'entre vous qui suivent mon service de clinique ont assurément remarqué la fréquence d'une affection toute spéciale, bien digne d'appeler l'attention par la multiplicité des circonstances où elle s'observe : je veux parler de la *phlegmatia alba dolens*. Vous vous rappelez que nous avons étudié l'œdème blanc douloureux, non-seulement chez les femmes récemment accouchées, mais plus souvent encore chez les malades des deux sexes affectés de phthisie pulmonaire ou de tumeurs cancéreuses profondes. Je veux, aujourd'hui, vous entretenir de cette affection, qui reconnaît toujours pour cause première une altération spéciale du sang, altération qui existe et dans l'état puerpéral et dans beaucoup de cachexies. Je n'essayerai point d'établir ici sur des relevés statistiques la fréquence relative de l'œdème douloureux dans les cachexies et dans l'état puerpéral; mon intention est seulement de vous faire remarquer que cette affection s'observe souvent, et que, en dehors de la puerpéralité, elle peut devenir dans les cachexies un précieux élément de diagnostic.

Il est des maladies qui réclament une étude minutieuse, parce que le doute persiste sur la nature de l'affection, malgré les fréquentes occasions que l'on a de les observer. L'œdème douloureux est du nombre de ces maladies où la nature et l'étiologie sont diversement interprétées. Je devrai donc exposer avec détail les observations qui serviront de base à la description générale que j'essayerai d'esquisser devant vous. Je devrai aussi vous rappeler avec soin les détails anatomiques, parce que ces détails prendront une grande valeur quand il faudra fixer le siège précis de l'affection; d'ailleurs le siège une fois bien déterminé, vous comprendrez mieux, l'anatomie aidant, la symptomatologie de la maladie et les complications si graves qui en sont quelquefois la conséquence.

Salle Saint-Bernard, n^o 5, est entrée une femme de trente-trois ans, présentant tous les signes et tous les symptômes de la phthisie pulmo-

naire à la troisième période : souffle amphorique, gargouillements, pectoriloque, expectoration purulente, maigreur extrême, sueurs abondantes, doigts hippocratiques, fièvre hectique, troubles fonctionnels de l'estomac et de l'intestin, laryngite ulcéreuse et dysphagie. Depuis six semaines, la malade était dans mon service, lorsque nous constatons un œdème blanc des deux membres supérieurs occupant tout le bras gauche et limité à la région du coude pour le bras droit. En vain, dès le premier jour, nous recherchons une oblitération des veines superficielles, nous pensons alors que les veines profondes sont le siège d'une coagulation spontanée; la malade n'avait point éprouvé de douleur dans les régions affectées d'œdème, et il fallait comprimer le membre dans toute sa circonférence ou sur le trajet des rameaux profonds pour déterminer de la souffrance. Le lendemain, les veines superficielles se dessinent par une coloration bleuâtre et une turgescence manifeste; elles sont donc très-probablement le siège d'une circulation collatérale qui rend plus probable encore l'oblitération des veines profondes; ajoutez que bientôt, sur la face interne du bras, nous sentons de chaque côté le long de l'artère humérale un cordon dur, dont l'existence avait échappé à nos recherches les jours précédents.

Bientôt, sur chacun des avant-bras, on sent l'oblitération des veines radiales superficielles, il y a en même temps rougeur de la peau sur le trajet des veines et légère douleur à la pression. Peu à peu l'œdème des avant-bras et de la main diminue, puis disparaît, en même temps que les veines superficielles diminuent de volume, recouvrent leur souplesse et redeviennent perméables à la circulation; perméabilité sur laquelle la compression, pratiquée au-dessus et au-dessous des points affectés, ne laisse aucun doute; car la veine se dilate lorsqu'on la comprime près du coude, et se vide au contraire presque complètement lorsque la compression est exercée près du tiers inférieur de l'avant-bras. Du 31 janvier au 14 février 1862, il nous fut donc permis d'assister cliniquement à la formation, puis à la disparition de caillots oblitérateurs dans les veines superficielles de l'avant-bras. Il est vraisemblable qu'un travail analogue s'était opéré dans les veines profondes des mêmes régions à mesure que l'œdème et la douleur diminuaient.

Mais déjà, le 12 février, les deux jambes étaient devenues le siège d'un œdème qui, des pieds, n'avait point tardé à envahir les cuisses. Cet œdème était surtout marqué le premier jour du côté gauche; la pression du doigt était douloureuse et laissait son empreinte; à la partie postérieure de la jambe, on sentait une veine dure, superficielle, qui venait se perdre dans le creux poplité; la veine saphène interne était distendue par du sang liquide, et l'exploration de la veine fémorale, dans son tiers supérieur, faisait reconnaître que cette veine était noueuse, dure et douloureuse.

Du côté droit, mais à un degré moins marqué, œdème de la jambe et

de la cuisse; circulation superficielle accusée par la coloration bleuâtre des veines qui paraissent en même temps plus nombreuses: sensation d'un cordon dur dans le triangle de Scarpa, cordon douloureux qui était vraisemblablement la veine crurale oblitérée.

Les jours suivants, l'œdème des deux jambes augmenta, en restant cependant toujours plus marqué à gauche qu'à droite; et du côté où l'œdème était le plus apparent, on constatait bientôt l'oblitération complète de la veine saphène interne jusqu'à son embouchure dans la crurale, tandis que, du côté droit, la saphène ne paraissait noueuse et dure que dans le tiers inférieur de son parcours; vers le tiers supérieur de la cuisse, on pouvait, par la compression, acquérir la certitude que la circulation y était encore possible. En même temps, sur les deux jambes, les cuisses et autour des genoux, on voyait apparaître en quelques jours un grand nombre de vaisseaux capillaires veineux qui formaient des groupes isolés et semblaient développés à la surface du derme. Quelques-uns de ces groupes étaient rouges, d'autres bleuâtres, d'autres étaient le siège d'oblitérations capillaires qui se sentaient très-bien au toucher; si l'on exerçait une pression un peu forte au niveau de ces groupes vasculaires, on déterminait de la douleur.

Ne voyez-vous pas en ce dernier point une tendance bien accusée au rétablissement de la circulation? D'abord les veines profondes sont prises, les saphènes suppléent, puis ces dernières sont envahies à leur tour par le travail oblitérateur; alors les vaisseaux capillaires deviennent apparents, se congestionnent et sont encore envahis par des caillots oblitérateurs, et l'œdème va sans cesse en augmentant. La douleur, d'abord limitée au trajet des vaisseaux principaux, se généralise bientôt dans la profondeur et à la surface du membre, et la peau elle-même, au niveau des groupes capillaires, devient très-douloureuse. En certains points où l'on ne découvre point trace de vaisseaux, le frottement léger et rapide avec la pulpe du doigt suffit pour déterminer de la douleur.

Le onzième jour à partir du début des accidents, l'œdème des membres inférieurs a encore augmenté, surtout à gauche, où la saphène et la veine superficielle de la région postérieure de la jambe offrent toujours une induration manifeste; dans la région du mollet, il existe un peu de rougeur, et l'acuité de la douleur fait penser que peut-être la veine est enflammée en ce point. A droite, toutes les veines superficielles de la jambe sont considérablement distendues; mais, par la palpation, on ne rencontre point de caillots; cet état du membre droit reste stationnaire pendant plusieurs jours, tandis que l'œdème augmente et que les veines superficielles deviennent de plus en plus douloureuses, à la jambe gauche, dans le creux poplité et tout le long du trajet de la saphène interne; dans les mêmes points, rougeur érysipélateuse.

Le dix-huitième jour, la jambe gauche et principalement le pied ont

une lividité notable; le moindre frottement est très-douloureux en ces points. Les veines superficielles de l'abdomen sont très-injectées. Point de douleur au pli de l'aîne ni dans la fosse iliaque gauche. De place en place, sur la cuisse et la jambe gauches, apparaissent de petites marbrures et de véritables ecchymoses au niveau desquelles la pression détermine de la douleur. Bientôt les mêmes phénomènes sont observés sur le membre inférieur droit, et de nombreuses veines capillaires se dessinent à la surface du derme.

L'œdème persiste au même degré, une douleur vive se manifeste dans la région du foie. Le vingt-deuxième jour, la malade est prise de diarrhée, et elle succombe sans avoir présenté de trouble notable du côté de l'encéphale, du poumon ou du cœur.

L'autopsie offrait un grand intérêt, parce que si elle permettait, d'une part, d'étudier les caillots oblitérateurs là où ils existaient encore, puisque l'œdème avait persisté jusqu'à la mort; d'autre part, elle mettait à même de suivre les modifications successives subies par quelques-uns des caillots et l'état des parois vasculaires là où la circulation s'était rétablie.

Au membre inférieur gauche, les veines du mollet, la fémorale, la saphène interne et l'iliaque externe étaient oblitérées par des caillots fibreux dont la tête s'arrêtait au niveau de l'embouchure de l'hypogastrique dans l'iliaque primitive. A ce point se trouvait un caillot arrondi dans sa partie libre et à cheval, pour ainsi dire, sur l'éperon formé par les veines hypogastrique et iliaque externe; ses extrémités inférieures se continuaient avec les caillots contenus dans ces veines. Le caillot terminal était libre d'adhérence aux parois, sa forme était cylindrique, son extrémité supérieure arrondie sans déchirure. Il était composé de couches concentriques, ramolli dans sa partie centrale, il aurait pu être entraîné par le torrent circulatoire venant de l'hypogastrique et donner lieu aux phénomènes de l'embolie pulmonaire.

Au membre inférieur droit, le caillot dont les ramifications occupaient les veines fémorale profonde, poplitée et tibiales, s'arrêtait au niveau de l'embouchure de la saphène interne dans la fémorale; en ce point, le caillot était fibreux, analogue, par son aspect, sa forme et sa structure, à celui qui, du côté opposé, se rencontrait dans la veine iliaque primitive. Le caillot contenu dans la saphène interne était cruorique et de formation récente, sans adhérence aux parois veineuses inférieures.

Cette autopsie démontre évidemment que la persistance et l'étendue de l'œdème des membres inférieurs trouvaient leur raison dans la persistance, l'étendue et la structure des caillots.

Ce n'est pas tout: l'examen des veines des membres supérieurs devaient, une fois de plus, démontrer le parallélisme des symptômes avec les faits anatomiques. En effet, il y avait eu pendant la vie une *phlegmatia* par-

tielle des membres supérieurs, dont le début, la marche et la terminaison avaient coïncidé avec l'apparition, la durée et la disparition de coagulations veineuses superficielles. En même temps qu'avait apparu l'œdème, on avait, dans les deux membres supérieurs, constaté l'induration des veines céphaliques, et, sur chaque avant-bras, de deux veines radiales superficielles; en ces points, il y avait eu de la rougeur linéaire, de la douleur, de la tuméfaction, et sous le doigt roulait un cordon dont on déterminait facilement les limites; en même temps, il y avait œdème partiel, puis peu à peu l'œdème avait disparu, et parallèlement avaient disparu la douleur, la tuméfaction et l'induration veineuse; l'examen anatomique démontra qu'il n'existait plus trace d'inflammation ni dans la veine, ni autour de la veine; il n'y avait plus de caillots oblitérateurs et les veines étaient libres; leurs parois avaient recouvré leur souplesse normale; dans la veine céphalique du côté gauche seulement existait encore un caillot cruorique fusiforme, effilé à ses deux extrémités, adhérent seulement en quelques points de sa surface, et assez peu volumineux pour permettre à la circulation de se faire autour de lui. Il est donc probable que les caillots qui avaient antérieurement oblitéré les veines avaient été peu à peu résorbés sur place.

C'est là un exemple rare de coagulation intra-veineuse généralisée aux quatre membres. Quelles sont maintenant les conditions où le sang présente cette tendance à la coagulation spontanée? Vous savez, messieurs, que, dans les cachexies en général, et dans les cachexies tuberculeuse et cancéreuse en particulier, le sang offre des modifications importantes. Les beaux travaux d'hématologie de MM. Andral et Gavarret¹, de MM. Becquerel et Rodier ne laissent aucun doute à ce sujet: ces modifications consistent surtout dans le changement de proportion des éléments du sang; ainsi, dans toute cachexie, il y a diminution des globules rouges, augmentation de la fibrine et de la partie séreuse du sang. Or, dans les cachexies, le sang offrant une grande tendance à la coagulation spontanée, on est autorisé à se demander si cette coagulation n'est point due à la fibrine en excès ou à l'élément fibrinogène?

Un mot, messieurs, sur cet élément. Vous savez que, dans les épanchements séreux des plèvres, il existe deux substances isomères: la fibrine et l'albumine; la coagulation de l'albumine, lorsque la sérosité d'un épanchement pleural est exposée à l'air, n'a lieu que sous l'action d'une température portée à 70 ou 75 degrés centigrades, tandis que la coagulation de la fibrine s'effectue spontanément à quelques degrés au-dessus de zéro; de plus, lorsque l'on a extrait, soit par le battage, soit par le tamisage à travers un linge, la fibrine spontanément coagulable,

¹ Andral et Gavarret, *Recherches sur les modifications de proportion de quelques principes du sang dans les maladies*, Paris, 1842.

si on laisse exposée à l'air la sérosité restante, on est étonné, quelques heures après le premier tamisage, de voir se former dans le liquide une nouvelle coagulation fibrineuse. Il faut donc admettre que l'on n'a pas dans la première expérience extrait toute la fibrine, ou bien que le liquide renferme une substance spéciale qui pourra, à un moment donné, présenter tous les caractères de la fibrine : c'est à cette dernière substance que Virchow a donné le nom de *substance fibrinogène*, qui serait plus régulièrement appelée *inogène*, c'est-à-dire substance susceptible de donner naissance à une nouvelle quantité de fibrine. Peut-être cette substance existe-t-elle dans le sérum du sang des cachectiques, et ses propriétés coagulantes viendraient alors expliquer la tendance que présente le sang des individus cachectiques à se coaguler spontanément.

Toujours est-il que le sang des cachectiques offre une grande tendance à la coagulation, et ce fait, depuis longtemps acquis à la science, rend compte de la fréquence des coagulations vasculaires chez les malades affectés de tuberculisation et arrivés à l'état cachectique. Je veux, de plus, rappeler à votre mémoire quelques-uns des faits qui établissent que, chez les *cancéreux*, la même coagulation spontanée est commune et donne lieu à la *phlegmatia alba dolens*. Salle Saint-Bernard, vous avez pu constater plusieurs fois cette phlegmatia chez des femmes qui étaient affectées de carcinome utérin. Ainsi lorsque les malades en étaient arrivées à la période ultime et présentaient les signes de la cachexie, tout à coup l'un des membres inférieurs devenait œdémateux, puis bientôt nous pouvions, par la palpation de la veine saphène et de la veine crurale, reconnaître que ces vaisseaux étaient durs, et l'autopsie démontrait que cette dureté était la conséquence de caillots cruoriques ou fibrineux intra-vasculaires.

Depuis longtemps j'avais été frappé de la fréquence de l'œdème douloureux chez les individus *cancéreux*, œdème qui pouvait s'observer sur les membres inférieurs ou supérieurs, *quel que fût le siège du cancer*. Cette coïncidence si fréquente d'une phlegmatia et d'une tumeur *cancéreuse* appréciable me conduisit à rechercher s'il n'y avait pas là un rapport de causalité, et si la phlegmatia n'était pas la conséquence de la cachexie *cancéreuse*. Et, en effet, ayant eu depuis l'occasion d'observer de nouveaux cas d'œdème douloureux sans tumeur *cancéreuse* appréciable et avec une cachexie qu'on ne pouvait rapporter à la diathèse tuberculeuse, à l'état puerpéral ou à la chlorose, je trouvai à l'autopsie un cancer viscéral ; de sorte que je fus ainsi conduit à admettre que, un état cachectique étant donné qui ne pouvait être rapporté à la diathèse tuberculeuse ou à l'état puerpéral, il était très-probable qu'il existait en quelque organe une tumeur *cancéreuse*.

Plusieurs d'entre vous se rappellent l'observation d'un malade placé dans le service de Legroux. Ce malade était âgé de cinquante-neuf ans.

Sans cause connue, il avait été pris d'une *phlegmatia alba dolens* ayant pour siège la jambe gauche. Il y avait là tous les caractères de la phlébite : douleurs vives dans la partie profonde du mollet, commençant vers le tiers inférieur de la jambe et remontant jusqu'au jarret. De plus, cet homme avait une teinte cachectique générale, avec pâleur extrême. Legroux inclinait à penser que le malade était affecté de leucémie. Je fus consulté et je dis : Cet homme peut être affecté de leucémie, mais il a une *phlegmatia alba dolens*, et par conséquent un cancer profond et latent.

Nous cherchâmes ce cancer avec le plus grand soin, et pendant les six semaines que le malade resta dans le service de Legroux, celui-ci rechercha avec l'attention scrupuleuse qui lui était habituelle, et néanmoins ne put découvrir les signes d'une affection carcinomateuse. Or, l'autopsie démontra l'existence d'un cancer du pylore de forme annulaire, lequel, permettant le passage des matières alimentaires dans le duodénum, n'avait point donné lieu aux vomissements de nature spéciale.

Dans d'autres observations où l'absence de tumeur permettait d'hésiter sur la nature d'une maladie de l'estomac, je ne doutais pas que cette maladie ne fût de nature carcinomateuse lorsque survenait l'œdème blanc douloureux d'un membre.

Il y a quelques années, un des professeurs de notre Faculté présentait les symptômes d'un ulcère simple de l'estomac. Plusieurs médecins avaient été consultés, et comme ils ne trouvaient point de tumeur dans la région de l'estomac, ils étaient disposés à ne voir dans les vomissements que le symptôme d'un ulcère simple ; bientôt j'appris que le malade venait d'être affecté de phlegmatia, alors je n'hésitai pas à affirmer qu'il succomberait aux progrès d'une affection de nature *cancéreuse* : la marche rapide et la terminaison de la maladie confirmèrent mon diagnostic.

En 1860, j'étais consulté dans mon cabinet par un homme d'une quarantaine d'années, qui se plaignait de ressentir de la douleur et de la pesanteur dans la jambe gauche. En interrogeant le malade, j'apprends qu'à une époque antérieure il avait éprouvé les mêmes douleurs dans la jambe droite, et que, plus tard, il avait été opéré par M. Maisonneuve d'une tumeur du testicule. Pour moi, ces renseignements étaient de la plus haute importance, et j'en conclus que le malade avait eu antérieurement une phlegmatia symptomatique d'une tumeur *cancéreuse* du testicule, et qu'au moment où j'étais consulté, l'œdème de la jambe gauche avait pour cause une affection *cancéreuse* profonde ; et en effet, la palpation me permit de constater dans l'abdomen des tumeurs sur la nature desquelles je ne pouvais conserver le moindre doute.

Il faudrait bien se garder de croire que l'œdème douloureux des membres inférieurs dans les cas de cancer du testicule, de la matrice ou du rectum, résulte de la propagation aux veines profondes d'une inflamma-