

en résulte une certaine gêne pour marcher et pour se tenir debout; il n'y a dans la partie affectée ni rougeur, ni tuméfaction, ni dureté, je prescrivis le repos, diverses applications calmantes et narcotiques, et puis ultérieurement, comme ces moyens restaient sans effet bien marqué, j'eus recours successivement à deux petits vésicatoires saupoudrés de morphine.

» Cette cure nous conduisit jusque vers le 10 janvier. Pendant tout cet intervalle, le malade n'avait guère quitté le lit, ou bien, durant le peu de temps qu'il se tenait levé, il avait le soin de conserver le membre gauche étendu sur un fauteuil; la douleur du mollet paraissant alors à peu près dissipée, j'engageai M. X... à se tenir levé une partie de la journée et à se promener dans sa chambre, de manière à pouvoir reprendre au bout de quelques jours ses habitudes et ses occupations.

« Mais quelle ne fut pas ma surprise lorsque, mandé auprès du malade dans le courant de ce même jour, je vins à constater l'existence d'un œdème assez notable, s'étendant du niveau des malléoles à l'extrémité des orteils.

» L'apparition de cet œdème ne pouvait plus me laisser d'incertitude sur le véritable diagnostic. En effet, après un nouvel examen, j'arrivai bientôt à découvrir, vers le milieu du mollet, un petit cordon dur et noueux, d'une étendue de 4 à 5 centimètres, d'ailleurs très-peu sensible. J'avais donc sous les yeux une phlébite très-circonscrite, siégeant sur un rameau de la veine saphène, et c'est évidemment à cette petite inflammation veineuse que devait être rapportée la douleur du mollet que j'avais d'abord considérée comme rhumatismale. Il n'est pas douteux que la marche avait favorisé le développement de l'œdème, qui, jusque-là, se trouvait sans doute enrayé par le repos du lit et le maintien de la jambe dans la position horizontale.

» Le lendemain 11 janvier, notre savant confrère M. Richet m'est adjoind comme consultant. Il constate l'existence de la petite phlébite, ainsi que le gonflement œdémateux qui persiste, quoique un peu diminué depuis la veille par le fait de la position élevée du membre malade.

» Nous recherchons alors avec soin à quelle cause générale ou locale il est possible de rattacher cet accident. Notre examen se porte ensuite sur le cœur et l'origine des gros vaisseaux, et il nous reste finalement démontré que le cœur est dans un état tout à fait normal; il en est de même pour les organes de la respiration.

» Le traitement prescrit consiste dans une série de topiques résolutifs et fondants, notamment les onctions mercurielles; nous recommandons particulièrement le repos au lit ou sur une chaise longue, avec la précaution de maintenir le plus possible le membre malade dans une position élevée.

» Sous l'influence de ce traitement, qui est scrupuleusement suivi

pendant trois semaines, le petit cordon veineux tend à s'effacer graduellement. Il en restait à peine quelques vestiges lorsque, vers le 1<sup>er</sup> février, un autre petit rameau de la veine saphène se prend et nous offre une légère induration un peu au-dessus du point précédent, vers la partie externe du mollet. M. Richet est appelé de nouveau. A part la différence de siège, la petite phlébite, ou, si l'on veut, l'oblitération veineuse, nous présente exactement les mêmes caractères que la précédente; elle consiste dans une nodosité très-peu étendue et fort peu douloureuse, l'œdème qui avait disparu au bout de quelques jours, ne s'était pas reproduit. On revient au même traitement en y ajoutant quelques toniques, notamment le vin de Malaga au quinquina, et ultérieurement on a recours aux bains alcalins et sulfureux. Cette seconde atteinte fut d'assez courte durée; toutefois, par prudence, le malade garde le lit ou la chambre encore plus de quinze jours.

» Ce temps écoulé, quand M. X... se fut bien assuré qu'en se levant et se promenant dans ses appartements, la maladie ne revenait pas, et surtout qu'il n'y avait pas la moindre apparence d'œdème, il commença à faire des sorties en voiture, et bientôt quelques promenades à pied. Grâce à cette vie nouvelle, l'appétit, qui languissait depuis longtemps, n'avait pas tardé à renaître; bientôt les forces étaient revenues, ainsi que l'embonpoint; enfin les tristes préoccupations avaient fait place à un retour de gaieté et de confiance.

» Toutefois, malgré les progrès du rétablissement, il restait encore dans le membre gauche un certain degré de faiblesse, mais sans la moindre trace de douleur dans les points où avait existé l'oblitération veineuse.

» M. X... avait repris depuis près d'un mois ses habitudes de vie ordinaire, lorsque le 15 mars, je constate une nouvelle récurrence.

» Cette fois, la maladie, au lieu de gagner comme en rampant dans le voisinage du point d'origine, avait franchi d'un bond un assez long espace. Elle s'était portée un peu au-dessus du milieu de la cuisse gauche, vers la partie interne. C'était encore un petit cordon noueux et dur, qui n'avait pas plus de 4 à 5 centimètres d'étendue, presque indolent, et ayant son siège sur une veine assez superficielle.

» En présence de ces récurrences successives, en présence surtout de cette marche rapidement ascendante qui, cette fois, tendait à rapprocher la phlébite des gros troncs veineux, nous ne pûmes, M. Richet et moi, nous défendre de quelque inquiétude.

» Outre la médication topique, nous prescrivîmes, pour combattre cette tendance aux coagulations spontanées, l'iodure de potassium à l'intérieur et l'eau de Vichy aux repas. D'ailleurs, comme la constipation habituelle du malade pouvait, à la rigueur, faire obstacle à la circulation veineuse et favoriser ces coagulations, on y remédiait par l'huile de ricin

administrée tous les deux ou trois jours; enfin le malade est de nouveau soumis au repos.

» Ce traitement est suivi très-punctuellement. Au bout d'une huitaine de jours, la résorption du caillot intra-veineux paraissait déjà assez avancée; à ce point que la petite nodosité exigeait une certaine attention pour être retrouvée.

» Le 23 mars, M. X... devait se lever pour la première fois depuis sa dernière rechute. Mais, dans la matinée, l'ayant trouvé en assez mauvaise disposition, je l'engageai à attendre. Vers le soir, le malade, se sentant mieux, se leva, se mit à table et mangea de bon appétit. La soirée se passa gaiement en famille.

» A dix heures du soir, M. X... se couche. Dans le mouvement qu'il fait pour s'étendre dans son lit, tout à coup il est saisi, *vers la région précordiale, d'une sensation vive, douloureuse, mais de peu de durée*. Il l'attribue à un spasme nerveux, et n'en dit rien à personne. Deux heures plus tard, il se réveille; comme il a l'habitude de placer un coussin sous sa jambe malade, *il se penche assez vivement* pour prendre ce coussin, qui est dans la ruelle de son lit, et, par suite de cet effort, il éprouva encore *un moment d'angoisse*. Vers le milieu de la nuit, il est réveillé avec un sentiment de malaise général, accompagné d'un peu de frissonnement, qui, peu à peu, se résout dans un léger sommeil.

» Dans la matinée du 24 mars, je vois mon malade, qui d'un air soucieux me raconte ce qui s'est passé depuis la veille. Tout cela me paraît assez insolite et me fait craindre quelque nouvel accident.

» J'ausculte le cœur, mais rapidement et en quelque sorte à la dérobée, de peur d'alarmer le malade qui suit tous mes mouvements d'un air très-inquiet; il m'a semblé entendre, vers la base de cet organe, un léger bruit morbide, mais dont je ne puis préciser la nature. Je trouve le pouls assez fréquent (près de 100 pulsations), inégal et comme un peu confus. J'incline d'ailleurs à rejeter ces troubles du système circulatoire sur l'extrême émotion de mon malade, que je vois très-préoccupé par les divers incidents de la nuit et aussi par mon examen.

» Je lui prescriis une potion antispasmodique, et je l'engage à se tenir tranquillement dans son lit, je lui recommande surtout de ne se lever que vers le soir, et encore à la condition qu'il se sentira tout à fait bien.

» Par prudence, le malade ne prend qu'un bouillon à son déjeuner. La journée se passe bien; dans l'après-midi, il reçoit quelques visites. Vers quatre heures et demie, se sentant en bonne disposition, il se décide à se lever pour prendre part au dîner de famille.

» Il descend de son lit et s'assied sur un fauteuil pour s'habiller. Mais à peine a-t-il passé son caleçon qu'il *est saisi vers le cœur d'une angoisse indéfinissable, se sent défaillir*, n'a que le temps d'appeler sa femme à son secours, et perd connaissance.

» On vient me chercher en toute hâte. Je trouve le malade assis dans son fauteuil, ayant repris connaissance, mais froid, glacé, la face livide, les yeux excavés, le pouls presque insensible, et faisant des efforts pour vomir. Je l'étends bien vite sur son lit, la tête un peu basse, et lui fais avaler aussitôt quelques gouttes d'un cordial, puis nous avons successivement recours aux stimulants de toutes sortes, *intus et extra*. Pendant plus d'une heure, en proie à la plus vive anxiété, je lutte *contre cette syncope*, contre cet état de collapsus profond dont la durée insolite me fait redouter à tout instant une issue funeste; par-dessus tout, je m'efforce de relever le courage du malheureux malade, qui se croyait perdu sans retour.

» Enfin, nos efforts triomphent. La circulation se rétablit, la chaleur se ranime; peu à peu, même, il s'opère une réaction assez forte, et le pouls monte jusqu'à 108 pulsations, mais il reste longtemps petit et concentré.

» Dans la soirée, M. Richet est appelé. Nous procédons, de concert, à une sérieuse enquête pour arriver à reconnaître, s'il est possible, la raison et la portée de ce grave incident. Je dois faire remarquer ici que, pendant toute la durée de la crise, je n'avais pas observé, chez mon malade, de trouble notable dans les *fonctions respiratoires, ni de véritable dyspnée*.

» L'auscultation et la percussion nous font constater, du côté des fonctions respiratoires, un état tout à fait normal. Il n'en est pas ainsi du côté du système circulatoire. Le pouls, comme je l'ai déjà dit, était assez élevé (à 108 pulsations), sans présenter toutefois d'irrégularité notable. Mais, vers la base du cœur, nous entendons, M. Richet et moi, un léger bruit morbide qui me rappelle celui que j'avais perçu le matin; ce bruit, assez difficile à caractériser, est moins un souffle qu'une sorte de claquement sec. M. Richet est porté à en placer le siège dans l'une des oreillettes. J'ajouterai que nous constatons aussi une distension gazeuse assez considérable de l'estomac, qui refoule un peu le cœur; mais déjà, à plusieurs reprises, nous avons tout récemment noté cette circonstance chez notre malade; je répète d'ailleurs qu'à ce météorisme il ne se joint aucune apparence de dyspnée. Bien que le péril immédiat paraisse conjuré, nous ne pouvons nous dissimuler que la maladie vient d'entrer dans une phase nouvelle, qui n'est ni sans gravité, ni surtout sans obscurité.

» Avons-nous eu affaire ici à une syncope pure et simple? Quelle est la cause de cette syncope? Pour nous en rendre compte, nous passons en revue toutes les circonstances probables, telles que l'état d'affaiblissement résultant de la maladie et du traitement, la transition de la position couchée (que le malade garde depuis quelque temps) à l'attitude droite et assise, l'effort qu'il a dû faire en s'habillant, etc. Mais il semble

qu'une syncope due à des circonstances aussi minimales, n'aurait dû avoir ni cette intensité, ni cette durée.

» Enfin, dans ce collapsus si soudain, si prolongé, serait-il permis de voir un accident d'embolie?

» Au résumé, que cette syncope reconnût pour cause un état de faiblesse, ou qu'elle marquât un accès pernicieux, le quinquina, à titre de névrossthénique et d'antipériodique, nous paraissait assurément indiqué; nous prescrivons donc une potion avec sulfate de quinine, 60 centigrammes, extrait de quinquina, 4 grammes; en outre, nous recommandons au malade de s'abstenir de tout mouvement brusque et de tout effort violent.

» 25 mars. — La nuit s'est passée sans incident notable. Il y a eu quelques heures de sommeil assez calme. Le matin, je trouve le pouls à 96, et je note que le malade a rendu, sans l'aide d'un lavement, une selle naturelle. (Bouillons, potion au quinquina.)

» 26 mars. — Après une journée paisible, nuit meilleure encore que la précédente; plusieurs heures d'un sommeil parfait. Le matin, pouls à 54, sans la moindre irrégularité; il ne reste plus d'ailleurs le moindre bruit morbide au cœur. (Bouillons et potages.)

» La famille désira nous adjoindre M. Bouillaud. Ce médecin constate l'existence du cordon veineux du milieu de la cuisse, qui est maintenant en voie de résolution, et qui se trouve réduit à un filet nouveau assez mince. L'appareil respiratoire est trouvé dans l'état le plus normal. Mais M. Bouillaud signale d'abord une certaine irrégularité, et même un peu d'intermittence dans les battements du cœur et dans le pouls; bientôt il a la certitude que le trouble est momentané, et qu'on doit l'attribuer uniquement à l'état d'émotion actuel du malade. M. Bouillaud s'assure d'ailleurs qu'il n'existe, ni au cœur, ni dans les gros vaisseaux, aucune espèce de bruit anormal, et, finalement, il déclare que, à part un certain degré d'état nerveux, il ne trouve pas de lésion appréciable du côté de l'organe central de la circulation.

» Il m'importait maintenant de savoir le jugement de M. Bouillaud sur la crise de l'avant-veille. Je lui dis nos doutes, nos diverses conjectures sur cette syncope; surtout, je ne puis lui cacher mes appréhensions à l'égard de l'embolie.

» M. Bouillaud répond qu'il comprend nos doutes, et jusqu'à un certain point, mes appréhensions; mais, confiant dans le résultat si satisfaisant de son enquête, dans la bonne contenance du malade, et surtout dans l'absence de tout incident fâcheux depuis la dernière crise, il est porté à considérer cette syncope comme accidentelle et purement nerveuse; sa conclusion est que toutes les probabilités lui semblent devoir être en faveur d'une solution heureuse.

» Dans cette conviction, M. Bouillaud n'hésite pas à rassurer la famille.

Son avis est, d'ailleurs, qu'il faut remonter immédiatement les forces du malade par les toniques et par une alimentation réparatrice; et, le plus tôt possible, l'envoyer à la campagne.

» Ici, je dois l'avouer, malgré toute ma confiance dans la haute expérience de M. Bouillaud, malgré même les excellentes raisons qui militaient en faveur de son pronostic, il me fut impossible de partager sa sécurité. Cette syncope ne me paraissait pas une syncope ordinaire; certains phénomènes avant-coureurs de nature insidieuse, l'ensemble de ses caractères propres, tout tendait à me la rendre suspecte; il me semblait que la maladie n'avait pas dit son dernier mot.

» Telles étaient, à cet égard, mes appréhensions, que je crus devoir m'en ouvrir à un proche parent du malade, afin que, tout en gardant le secret sur les motifs, il pût recommander d'avance à la famille toutes les précautions nécessaires en cas de nouvelle alerte.

» Toutefois, la consultation avait produit sur le malade un heureux résultat.

» Il passa donc, le 27 mars, une nuit très-paisible. Le matin, le pouls est à 80, parfaitement naturel. L'appétit tend à renaître en même temps que la confiance; dans la journée, le malade mange plusieurs potages et du poulet; on continue le vin de quinquina au repas.

» Le 28 mars, une nuit bonne comme la précédente. M. X..., à son déjeuner, mange avec appétit une côtelette de mouton. Comme tout allait pour le mieux, il est convenu que, dans la journée, M. X..., pour la première fois depuis l'accident, sera changé de lit, et que, assis sur son séant, il sera autorisé à faire sa toilette. Chacun redoutait beaucoup cette épreuve; le malade plus que personne. Je tiens donc à être présent, pour donner confiance à tous et être prêt d'ailleurs en cas d'accident. Heureusement tout se passe à souhait, et sans que, dans ces diverses petites opérations, le malade éprouve la moindre sensation pénible, ni le moindre trouble du côté des fonctions respiratoire et circulatoire. Dans le cours de la journée, M. X... reçoit quelques visites avec un air de satisfaction qu'on ne lui voyait plus depuis longtemps. Au diner, il mange un potage et du poulet. Le reste de la soirée se passe en famille; il prend part volontiers à la conversation, et même il fait la lecture du journal à haute voix.

» On se retire à dix heures. A onze heures, M. X... était endormi. Après un sommeil paisible qui le conduit jusque vers deux heures du matin, le malade se réveille. Sa femme, qui couche dans un lit à ses côtés, se lève pour lui administrer, selon l'habitude, une pilule au quinquina. Il se met sur son séant pour prendre cette pilule, l'avale, et boit par-dessus un gorgée d'eau. Cela fait, sans avoir dit un mot qui témoignât d'un malaise ou d'une souffrance, il se recouche.

» Mais à peine madame X... s'était-elle remise au lit, qu'elle entend

son mari pousser un gémissement étouffé. Elle l'appelle et lui demande s'il souffre. Pas de réponse. Elle se jette à bas du lit, et elle le voit pâle, défait, sans connaissance et sans mouvement.

» On vient me chercher à la hâte; je suis auprès de mon malade en moins de dix minutes. Quel spectacle! Quelques heures auparavant je l'avait laissé plein de vie et d'espérance; je le retrouve froid, glacé, la mort sur la figure; plus de pouls, plus de battements appréciables au cœur, seulement quelques mouvements respiratoires à longs intervalles. C'est en vain qu'à l'aide de divers stimulants, je tente de ranimer cette vie qui s'éteint. Au bout de cinq à six minutes, il expirait.

» L'autopsie n'ayant pas été faite, il restera toujours ici quelque incertitude sur la véritable cause de la mort. Toutefois, pour ma part, je n'hésite pas à la rapporter à un accident d'embolie; les phases de la maladie, l'ordre de succession des symptômes, les phénomènes les plus caractéristique considérés en eux-mêmes, tout me semble concourir en faveur de cette interprétation.

» Dans une première phase, nous suivons le développement de la phlébite, expression d'une cause probablement générale, mais restée pour nous très-obscur, et nous voyons cette phlébite, à des intervalles plus ou moins éloignés, donner lieu à des coagulations, très-circonscrites, dans un des membres inférieurs.

» Tant que la maladie, d'ailleurs légère, ne quitte pas la jambe, il n'y a rien là qui doive nous préoccuper beaucoup. Mais quand la phlébite arrive, sans transition, à gagner le milieu de la cuisse et à se rapprocher de la région des gros vaisseaux, l'inquiétude commence; car de ce moment on ne peut plus assigner de terme à ce travail morbide, ni dire quelles en seront les conséquences.

» Apparaît bientôt la seconde phase, et avec elle les plus redoutables conséquences qu'il fût permis de prévoir; cette phase s'accomplit d'ailleurs en deux temps, séparés seulement par un intervalle de quatre jours.

» Son début est signalé par la grande crise du 23 mars; à la suite de quelques prodromes, elle éclate sous la forme d'une *syncope* effrayante, au moment où le malade, se levant pour la première fois, commençait à s'habiller. Comme la crise, malgré sa violence et sa durée, n'avait pas eu de suites funestes, on avait pu un instant avoir des doutes sur sa véritable nature; mais il serait difficile, après le fatal dénouement, de reconnaître dans la première atteinte un accident d'embolie.

» Je suppose que de ce coagulum, en pleine voie de résorption, qui siégeait à la cuisse, ou peut-être d'un autre coagulum plus profond et resté inaperçu, il se sera détaché, au moment de l'effort, un petit fragment fibrineux ou cruorique; puis ce fragment, rapidement entraîné dans le torrent circulatoire, aura pénétré jusque dans le cœur droit; de là cette *syncope* soudaine, ce collapsus si profond et si menaçant.

» Toutefois, le cœur, sous l'influence des stimulants, parvient à se ranimer et à se remettre en mouvement. Le caillot — supposé petit et mou — repris et comme battu par l'ondée sanguine, aura pu être sinon dissous, au moins divisé en grumeaux assez menus pour aller se perdre dans les ramifications de l'artère pulmonaire. On a vu d'ailleurs que le cœur, à la suite de cet accident, avait conservé pendant quelque temps de l'agitation et du trouble; on peut se rappeler, en effet, que, plusieurs heures après, nous constatons dans cet organe l'existence d'un bruit anormal; sans doute il est possible que ce bruit fût simplement dynamique, mais peut-être aussi tenait-il à quelque concrétion fibrineuse, restée adhérente à l'un des orifices ou aux colonnes charnues de l'une des cavités cardiaques.

» Quoi qu'il en soit, cette grande crise n'avait pas eu d'issue malheureuse. Dans les deux jours qui suivent, le calme tend à se rétablir; le malade peu à peu reprend confiance; l'appétit renaît; le sommeil est bon; toutes les grandes fonctions s'exécutent parfaitement; l'état du cœur, en particulier, est tout à fait normal. Rien ne fait présager un danger imminent ni même éloigné. Tout semble, au contraire, autoriser un pronostic favorable, et deux jours s'écourent sans qu'aucun signe vienne démentir ce pronostic.

» Puis, au moment où l'on devait le moins s'y attendre, au réveil d'un sommeil paisible, tout à coup le malade, après un léger effort, est frappé comme d'un coup de foudre; on l'entend pousser un gémissement, et moins d'un quart d'heure après il était mort.

» La première atteinte n'avait été qu'une menace; la seconde entraînait le fatal dénouement; mais l'une et l'autre procédaient, à notre avis, de la même cause. Il est très-probable qu'un caillot, déjà libre ou peu adhérent, aura été ébranlé et mis en mouvement par suite de cet effort que le malade avait fait pour se dresser sur son séant, et qu'en un temps très-court il sera parvenu dans le cœur droit.

» Ce caillot, soit en raison de son volume ou de toute autre cause difficile à préciser, sera resté engagé dans l'une des cavités cardiaques, et il aura déterminé immédiatement la *syncope*, avec collapsus profond et sans retour.

Messieurs, si l'examen *post mortem* avait pu être fait, il est probable qu'on eût trouvé dans le cœur droit la cause de la *syncope*. Cette cause n'était point une maladie organique du cœur, puisque jamais on n'avait constaté de symptômes généraux ni de signes locaux d'une telle maladie. Si l'on remarque, au contraire qu'à deux reprises éloignées, dans l'effort nécessaire pour s'habiller ou s'asseoir, le malade fut pris, chaque fois subitement, d'une angoisse indéfinissable vers le cœur, qu'il se sentit défaillir et perdit connaissance, n'est-on pas conduit à penser qu'un caillot migrateur, détaché d'une veine par le fait de l'effort, était venu subi-

tement surprendre le cœur, et enrayer sa fonction, en déterminant aussitôt de la douleur, l'angoisse cardiaque et la syncope mortelle ?

§ 3. — Anatomie pathologique de la phlegmatia. — Œdème du tissu cellulaire sous-cutané et profond des membres affectés. — Coagulation du sang dans les veines profondes et superficielles. — Caillots fibrineux et cruoriques. — Caillots fibrineux des nids valvulaires. — Résorption des caillots intra-veineux. — Tendance organisatrice de ces mêmes caillots. — Organisation celluleuse de ces caillots avec perméabilité du tissu nouveau. — Obstruction fibreuse, persistante, des veines; circulation collatérale. — Ramollissement pseudo-purulent des caillots. — Causes organiques qui semblent favoriser la coagulation intra-veineuse en certains points d'élection. — Point de lymphangite ni d'adénite.

Occupons-nous maintenant de l'anatomie pathologique de la *phlegmatia alba dolens*.

Deux opinions seulement méritent aujourd'hui d'être discutées : Faut-il admettre, dans l'œdème douloureux, une lésion du système lymphatique ? ne faut-il croire, au contraire, qu'à une modification des troncs et des rameaux veineux ?

Nous avons déjà fait remarquer que l'œdème de la phlegmatia se montrait d'abord vers les extrémités et dans les régions les plus déclives du corps. Ainsi, l'œdème commence d'abord par les pieds, les malléoles, puis il devient ascendant, mais en même temps, il est plus marqué pour les membres inférieurs, dans les parties les plus déclives, c'est-à-dire vers la partie postérieure des mollets, des cuisses et du tronc, lorsque le malade est dans le décubitus dorsal. La peau est tendue, les mailles du derme sont élargies, et, sur le cadavre, on constate, de même que sur le vivant, des marbrures bleuâtres qui sont dues à des éraillures du derme et à la plus grande transparence de la peau en ces endroits éraillés. Le membre est déformé, arrondi, et n'offre plus que des étranglements au niveau des articulations. Les incisions faites sur les membres ainsi œdématisés laissent écouler une grande quantité de sérosité incolore ou légèrement jaunâtre ; au milieu de cette sérosité nagent d'abondants globules graisseux. Quelquefois la sérosité retenue dans les mailles du tissu cellulaire semble figée et s'enfonce, au-dessous des aponévroses, dans les espaces intermusculaires. Les muscles isolés au milieu de la sérosité ne paraissent pas pénétrés par la sérosité, ils n'ont plus cependant leur couleur vive et ils offrent une grande flaccidité. Vaisseaux et nerfs sont disséqués, ou du moins leur dissection est devenue très-facile. Là où les gaines vasculaires sont pourvues de tissu cellulaire, la sérosité est encore très-abondante.

Des incisions plus profondes font voir que beaucoup de veines, de volume très-variable, sont distendues par du sang coagulé noirâtre ou par de petites concrétions jaunâtres fibrineuses. Si, alors, remontant de l'ex-

trémité du pied vers la racine du membre affecté, on dissèque les veines superficielles et profondes, on remarque que les troncs principaux sont durs, qu'ils roulent sous le doigt, quelquefois aussi le tissu cellulaire qui entoure les veines crie sous la pointe du scalpel ; mais toujours, dans une étendue variable, on sent le vaisseau résistant ; ses parois semblent distendues, et, de place en place, on remarque des nouures qui correspondent aux valvules veineuses. Quelquefois les parois veineuses ont conservé une grande transparence, et l'on reconnaît que le vaisseau est rempli de sang noir coagulé ; d'autres fois les veines ont un aspect blanc mat, et si on les incise sur tout leur trajet, on constate que la même veine peut présenter des caillots de coloration et de consistance bien différentes ; en général, les caillots les plus noirs répondent aux extrémités et à la périphérie des membres, et les caillots deviennent, au contraire, d'autant plus fibrineux et jaunâtres que l'on se rapproche davantage de la racine du membre. Cependant il n'est pas rare, dans les veines profondes du mollet et de la cuisse, de rencontrer des caillots très-résistants où la fibrine l'emporte sur la partie noire du cruor.

On est déjà autorisé à penser que les caillots où prédomine la fibrine sont les caillots les plus anciens, c'est-à-dire ceux qui primitivement ont fait obstacle à la circulation ; et en effet les premières douleurs ressenties correspondent aux points où la fibrine est prédominante : ainsi au niveau de l'embouchure de la saphène dans la crurale ; ainsi dans les veines profondes du mollet.

On est de plus autorisé à croire que les caillots cruoriques, de beaucoup les plus considérables en étendue, se sont formés consécutivement. Enfin, et c'est là une chose sur laquelle il importe d'insister, c'est aux points où la fibrine prédomine qu'on peut étudier ces modifications qui font que certaines parties des caillots, une fois ramollies, pourront être emportées par le torrent circulatoire et devenir des caillots migrants, des embolies dont nous aurons à déterminer les phénomènes anatomiques consécutifs.

Cette fibrine peut avoir dans certains cas de la tendance à l'organisation : alors le caillot présente des cloisonnements cellulaires interstitiels, et disposés obliquement, transversalement ou parallèlement à l'axe du vaisseau ; quelques-unes de ces cloisons ou trabécules vont s'insérer à la tunique interne de la veine et se confondent avec elle. Dans les espaces interceptés entre ces trabécules on trouve de la fibrine jaunâtre ou presque blanche. L'organisation de ces trabécules n'est d'ailleurs pas douteuse : ainsi le microscope démontre dans les lamelles les plus résistantes et évidemment les plus anciennes, une structure fibro-celluleuse, des dépôts considérables de matière amorphe et de nombreux globules graisseux ; dans les lamelles en voie de formation, on trouve la même structure, à cela près que les fibres-cellules sont plus rares et moins nettes. Quant à