

de mes essais cependant que la pommade mercurielle agit comme résolutif puissant sur les vaisseaux et les ganglions lymphatiques enflammés, tandis qu'elle n'est que d'un assez faible secours contre les phlegmasies concomitantes des tissus interposés. Néanmoins je dois avouer que là-dessus l'expérience a besoin encore d'être consultée.

En définitive, messieurs, voici la thérapeutique qui m'a paru le mieux réussir jusqu'à présent dans l'angio-leucite. S'il existe une plaie ancienne ou récente, on la couvre d'un épais cataplasme. La réaction artérielle est-elle manifeste, on pratique une large saignée, puis on prescrit un bain tiède d'une heure. Des sangsues seront appliquées au nombre de vingt ou trente autour de la blessure s'il s'y est développé de la rougeur, du gonflement ou de la douleur. La compression par le bandage roulé vint ensuite, et pour en aider l'action, on imbibe l'appareil plusieurs fois le jour d'une liqueur résolutive. L'eau froide conviendrait peut-être sous cette forme. Si la compression ne réussit pas, les onctions mercurielles sont indiquées. J'en fais faire trois de deux gros chaque dans les vingt-quatre heures sur toute l'étendue, et même un peu au-delà des régions douloureuses. Lorsque la peau en est trop chargée, on l'en débarrasse à l'aide d'un peu d'huile, et l'on donne un nouveau bain. Aussitôt que de la fluctuation, quelque obscure qu'elle soit, se manifeste, le bistouri devient nécessaire, car tous les abcès de ce genre doivent être ouverts largement et de bonne heure; on peut ensuite en revenir aux cataplasmes sur les noyaux abcédés, et à la compression si la forme de la partie le permet. Quand la résolution ne s'opère pas, et que la suppuration tarde trop à se montrer, il est permis de recourir aux vésicatoires. On les place successivement ou même simultanément sur les points qui ont été le plus enflammés et qui sont encore le plus engorgés; plus ils sont larges, mieux ils valent; ils forment un des meilleurs maturatifs et des meilleurs résolutifs à la fois que je connaisse;

j'en ai retiré d'excellents effets en pareil cas; des masses, des indurations qui semblaient interminables, ont fini par se dissiper ou par se liquéfier en peu de temps sous leur influence. Un purgatif tous les trois ou quatre jours, pendant une semaine ou deux, peut être fort utile pendant cette période; il faudrait s'en dispenser cependant s'il y avait de la diarrhée ou quelque autre signe d'irritation dans les entrailles. Plus tard encore, c'est-à-dire au moment où les plaies cessent de suppurer, il est parfois indispensable de songer aux frictions avec les pommades iodurées, à cause de l'empâtement et de l'induration, qui tendent souvent à persister sur plusieurs points. L'onguent mercuriel à petites doses devrait être préféré si le point à résoudre offrait une grande étendue. La compression vaudrait encore mieux si elle pouvait être appliquée; des bains seraient associés à tous ces moyens.

Depuis le commencement de la maladie jusqu'à la fin, on a soin de mettre les boissons et le régime en rapport avec l'état des voies digestives et le degré de réaction générale. Les plaies, les ulcères, les escarres, suite de l'angio-leucite, réclament les mêmes soins que dans toute autre circonstance.

2^o *Phlébite externe* (1).

On pourrait croire, d'après tout ce qui a été écrit sur la phlébite, que cette maladie est parfaitement connue; il y a néanmoins beaucoup à dire encore à son sujet. Il existe des différences énormes entre les signes et les dangers de la phlébite quand cette inflammation attaque la membrane externe, la membrane moyenne ou la membrane interne des veines. La phlébite interne, en effet, est une des maladies les plus dangereuses qui puissent atteindre l'homme; aussi est-elle la seule dont on parle; la phlébite externe

(1) Leçon du 8 avril 1840.

et la phlébite moyenne sont cependant également dignes d'attention. Toutefois j'insisterai plus particulièrement ici sur la phlébite externe, la phlébite moyenne se combinant ordinairement avec l'interne ou l'externe de manière à se confondre avec l'une ou l'autre de ces affections.

Je regrette, messieurs, d'être obligé de me servir de ces expressions *phlébite externe* et *phlébite interne*, car sous ces noms on désigne ordinairement l'inflammation des veines des membres ou bien celle des veines contenues dans les cavités splanchniques. Ces expressions amènent un peu de confusion; mais il suffit de nous entendre bien à cet égard, et de vous bien rappeler que j'entends par ces mots *phlébite externe* l'inflammation de la membrane externe des veines, et par *phlébite interne* l'inflammation de leur membrane interne, que cette inflammation se développe aux membres ou dans les cavités splanchniques.

Causes de la phlébite externe. — Comme toutes les inflammations, la phlébite externe peut être spontanée, mais cela est très rare. Ordinairement elle est le résultat de blessures, d'écorchures, de plaies, de piqûres, de contusions, de saignées, etc., etc.

Symptômes. — Quelle que soit la cause de la phlébite externe, les signes en sont les mêmes. Ils sont d'abord *locaux*, et peuvent rester ainsi pendant toute la durée de la maladie, si elle ne prend pas trop d'extension. Il y a chaleur et douleur dans la partie qui en est le siège; ces phénomènes s'étendent le long des veines enflammées; des plaques rouges, disséminées d'une manière irrégulière, inégale, se développent sur les membres qui sont le siège de la phlébite externe; ces plaques correspondent à des noyaux, à des engorgements, à des bosselures formées par les veines enflammées à leur surface externe. Cet engorgement est plus considérable que ne peut le faire supposer le calibre de la veine enflammée; mais ce phénomène s'explique aisément par le développement que prend le

tissu cellulaire qui entoure immédiatement le vaisseau.

A ces phénomènes locaux se joignent souvent, si la phlébite externe est étendue, de la fièvre, de la chaleur à la peau qui devient halitueuse; la langue est pâteuse; il y a inappétence, malaise général, etc., etc.

La phlébite externe suit à peu près la marche du phlegmon, et en réalité il s'agit ici d'un véritable phlegmon à foyers multiples. Pendant sept, huit, dix ou douze jours, les symptômes vont en s'accroissant, puis il se forme des abcès isolés. Si les points intermédiaires aux plaques se prennent à leur tour, la maladie se convertit en érysipèle phlegmoneux. Enfin quelquefois l'inflammation traverse toute l'épaisseur de la veine, arrive à la membrane interne; alors, se manifestent les symptômes de la phlébite interne, et promptement ceux de la résorption purulente. (Voyez *infection purulente*.) Les abcès qui résultent de la phlébite externe terminée par suppuration sont successifs au lieu d'être simultanés. Quand on les ouvre, ils ne fournissent pas autant de pus qu'on pourrait le soupçonner d'après leur volume. Du reste, ils se mondifient et se cicatrisent très rapidement. Quand la maladie se termine par un phlegmon diffus, on observe tous les symptômes propres à cette affection, suppuration abondante, mortification du tissu cellulaire, etc., etc. Quand la phlébite externe marche seule et sans se combiner ou se convertir en phlegmon diffus ou en phlébite interne, c'est en général une maladie peu grave et qui parcourt ses périodes en trois semaines ou un mois à peu près.

Traitement. — Il est celui de toutes les inflammations celluluses superficielles ou profondes. Ainsi, il consiste principalement dans l'emploi des saignées générales et des applications de sangsues en grand nombre sur les bosselures et les engorgements qui correspondent aux points enflammés des veines. A ces émissions sanguines, générales et locales, on joint la diète, les boissons delayantes, les lave-

ments, les cataplasmes émollients, les bains émollients, etc., enfin toute la série des moyens désignés vulgairement sous le nom d'antiphlogistiques. Lorsqu'il n'est plus possible d'employer ces moyens avec autant de hardiesse, il y en a quelques autres qui sont encore d'une efficacité réelle.

L'*onguent mercuriel* à haute dose en frictions sur les points enflammés est un résolutif puissant et dont on peut faire usage avec un grand avantage. Un autre remède également d'une grande efficacité, c'est la *compression* aidée des résolutifs. Lorsque cette compression est bien faite, et que la suppuration ne s'est point encore emparée des noyaux engorgés, c'est un des meilleurs moyens que l'on puisse mettre en usage contre la phlébite externe.

Le *vésicatoire volant monstre*, que j'ai ainsi nommé à cause de l'étendue considérable que je lui donne, est encore d'une grande ressource quand la maladie est déjà très avancée, et qu'on ne peut avoir recours aux moyens précédents, ou bien quand ces moyens ont échoué. Je l'ai employé nombre de fois avec un grand succès.

Enfin, messieurs, un dernier moyen qui jouit aussi d'une grande vertu, mais qui plaît généralement fort peu aux malades, consiste dans l'emploi des incisions multiples dirigées obliquement et de manière à croiser les veines enflammées. J'ai vu ces incisions superficielles, et pratiquées dans l'épaisseur de la peau par Beauchêne, produire dans deux ou trois cas des effets réellement merveilleux. Je les ai employées moi-même avec un grand succès dans deux cas.

Quand les abcès se sont formés, tous les moyens que je viens de vous indiquer ne peuvent plus être mis en usage; il faut alors avoir recours seulement aux cataplasmes émollients et aux sangsues, que l'on applique sur les bosselures les plus enflammées; on peut encore employer les grands vésicatoires; mais il ne faut plus songer à la compression ni à la scarification; ces moyens seraient tout-à-fait inutiles.

Quant au traitement des abcès résultant de la phlébite, il nécessite certaines précautions pour leur ouverture. Lorsqu'il s'agit d'abcès franchement phlegmoneux, on peut attendre pour les ouvrir qu'ils soient parvenus à leur maturité, ainsi qu'on le dit vulgairement. C'est là une règle générale de thérapeutique, et dont je conteste néanmoins l'avantage; car, ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de vous le dire plusieurs fois, je crois que plus tôt on ouvre les abcès phlegmoneux, plus tôt on les guérit; mais quand il s'agit d'abcès provenant de phlébite externe, je crois, au contraire, devoir poser en principe qu'il faut les ouvrir aussitôt qu'on y reconnaît la présence du pus. Ce fluide étant évacué, l'engorgement au milieu duquel il était placé se résorbe sans se fondre en suppuration. Cette ouverture pratiquée sur une ou plusieurs bosselures devient souvent même, ainsi qu'il m'a semblé plusieurs fois, la cause de la résolution d'autres bosselures. D'ailleurs, une autre raison doit engager à ouvrir de bonne heure ces abcès; c'est la crainte de voir fuser le pus le long des lamelles celluluses qui entourent les veines, et de produire ainsi une phlegmasie diffuse.

L'ouverture de ces abcès doit être faite avec une certaine prudence, car ils ne sont pas toujours sous-cutanés; ils sont en effet placés quelquefois sous les aponévroses, et ils ont d'ailleurs des rapports souvent très importants avec de grosses artères et de gros nerfs; mais comme en général ils proéminent du côté de la peau, et que les vaisseaux et nerfs sont généralement au fond du foyer, il est facile, avec des connaissances anatomiques précises, de l'habitude et de la prudence, d'éviter les organes qu'il est important de ne pas blesser. Du reste, il serait possible de se mettre à l'abri de toute crainte en ouvrant ces foyers couche par couche, comme lorsqu'on procède à l'extirpation des tumeurs. On conçoit l'importance qu'il y a de ne point blesser la veine en ouvrant ces abcès; car l'introduction du pus dans le vais-

seau ainsi ouvert serait possible, et on aurait à redouter les résultats de l'empoisonnement purulent.

Quant au genre d'ouverture des abcès, il est inutile de lui donner de grandes dimensions, à moins que la peau ne soit décollée et amincie; car le noyau de l'engorgement au milieu duquel le pus se trouve déposé se résout ordinairement. Il suffit donc de vider l'abcès.

Les abcès, suite de phlébite externe, étant ouverts se cicatrisent généralement assez vite. Mais il reste une induration qui peut quelquefois devenir le siège de nouveaux abcès. Alors pour prévenir le retour de la maladie et pour compléter la guérison, il faut renouveler les moyens que l'on a employés pour arrêter les progrès de la maladie à son début, c'est-à-dire les sangsues sur les points indurés, les frictions mercurielles, les vésicatoires, la compression, etc., etc.; c'est alors qu'on peut employer avec avantage les purgatifs pour dériver sur les intestins, etc.

Pour combattre avec avantage les roideurs des articulations qui avoisinent les parties qui ont été le siège des phlébites externes, il faut avoir recours aux bains, aux onctions gélatineuses, etc., etc. Un des résultats les plus communs de la phlébite externe après la terminaison de la maladie, c'est une grande tendance à l'œdème qui persiste dans le membre pendant un temps assez long, deux ou trois mois, et même davantage.

La phlébite externe exige un traitement qui varie suivant les régions qui en sont le siège.

Aux jambes, la phlébite externe se présente avec tous les caractères que j'ai déjà décrits. Ici, il n'y a guère que la saphène ou quelques rameaux de ce vaisseau qui puissent en être le siège. La maladie reconnaît alors pour cause tantôt une saignée de pied, tantôt un ulcère, une écorchure ou une plaie quelconque de la partie inférieure du membre. La lésion est superficielle, et n'offre en conséquence que peu de dangers. La *compression* est dans ce

cas toute puissante, et l'ouverture des abcès n'offre aucune difficulté. Le traitement est d'ailleurs le même que celui que j'ai indiqué plus haut. J'ajouterai ici, messieurs, qu'aux jambes, la phlébite externe laisse le plus souvent à sa suite une prédisposition à l'œdème de cette partie du membre inférieur.

A la cuisse, la phlébite externe constitue une affection plus grave, et offre quelques particularités qu'il importe de signaler. Les symptômes locaux que je vous ai indiqués se maintiennent ici à la partie interne et un peu antérieure du membre, là où se trouve le tronc veineux principal de ce membre. On sent avec les doigts, et quelquefois même on aperçoit à l'œil sur cette partie de la cuisse, une espèce de cordon plus ou moins volumineux, sur le trajet duquel se développeront, si la maladie n'est pas arrêtée dans sa marche, des tumeurs semblables de tous points à celle dont il a déjà été question. Autour de ce cordon, on observe quelques plaques rosées disséminées; mais la partie externe du membre reste intacte. La couche cellulo-graisseuse étant plus épaisse que dans le cas précédent, et les anastomoses des veines superficielles avec les veines profondes étant plus directes, il en résulte que la maladie doit être, toutes choses égales d'ailleurs, plus grave que lorsqu'elle occupe les jambes.

Le traitement de cette variété de phlébite externe doit être assez énergique; une ou deux émissions sanguines générales, proportionnées à la constitution du sujet et à l'intensité du mal, des sangsues, en assez grand nombre sur le trajet de la veine saphène, des frictions mercurielles et quelques irritants à l'intérieur, constitueront la base du traitement. La compression n'est point indiquée ici. Les abcès doivent être ouverts dès que la fluctuation se montre. C'est à la cuisse surtout qu'il importe de ménager la veine principale dans les ouvertures d'abcès, car on s'exposerait alors à produire une phlébite interne des plus graves.

La phlébite externe du bras existe, tantôt sur les veines superficielles, tantôt sur les veines profondes intermusculaires; ces derniers cas sont beaucoup plus rares, et il est toujours facile de les distinguer; le traitement est d'ailleurs le même qu'à la cuisse. Je dois dire cependant que la compression est ici indiquée, et qu'elle m'a procuré plusieurs fois de très heureux résultats.

La phlébite externe se montre aussi sur les veines du bassin et dans les autres cavités splanchniques; mais la maladie rentrant ici dans le domaine de la pathologie interne, je ne dois pas m'en occuper.

3° *Érysipèle phlegmoneux ou phlegmon diffus.*

L'érysipèle phlegmoneux s'entend de l'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané, et présente cette différence avec le phlegmon, qu'au lieu d'être par plaques circonscrites ou noyaux, comme dans cette dernière phlegmasie, elle est en nappe et sans délimitation bien précise. Cette définition n'est peut-être pas encore très exacte, car je ne vois pas pourquoi l'inflammation en nappe du tissu cellulaire sous-aponévrotique ne mériterait pas aussi bien le nom d'érysipèle phlegmoneux, que celle du tissu cellulaire sous-cutané. Quoi qu'il en soit, on réserve ce nom à l'inflammation de la couche de tissu cellulaire lamelleux qui se trouve sous la peau, inflammation à laquelle cette membrane prend part également.

Cette phlegmasie marche avec une extrême rapidité. En quatre ou cinq jours, il y a déjà des fluides anormaux, exhalés dans le tissu cellulaire sous-cutané. D'abord, c'est une espèce de sérum, mais bientôt on aperçoit dans ce liquide une certaine quantité de pus; il est très abondant, et quand on incise la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, il s'écoule comme d'une éponge; cette exhalation de sérosité et de pus est bientôt suivie de la mortification du

tissu cellulaire, qui arrive presque aussi vite que l'exhalation du fluide séro-purulent. Cette gangrène a un caractère singulier: le tissu cellulaire s'isole très promptement, il tombe en lambeaux, et est semblable à de l'étoupe, ou à des morceaux de linge qui auraient macéré dans du lait; ils sont plus ou moins grisâtres, rougeâtres ou jaunâtres. Cette gangrène continue à s'étendre en même temps que l'inflammation; l'une suit l'autre.

Les premiers symptômes de cet érysipèle n'ont rien de spécial: ce sont ceux de l'inflammation. Il y a ordinairement, mais pas toujours de la réaction. En effet, quand l'érysipèle n'est pas très étendu, il peut ne point y avoir de réaction; quand elle a lieu, c'est avec les symptômes de la fièvre angéioténique; il y a de la soif, de la chaleur, de la force et de la fréquence dans le pouls; la langue est limoneuse, etc., etc. Bientôt les caractères locaux se dessinent, la rougeur paraît; elle est vive, en nappe, diffuse, et se fond insensiblement avec les parties non enflammées; elle est continue et non pas par plaques comme dans l'angioleucite. Il est impossible de fixer la limite des parties saines et celle des parties malades, comme dans l'érysipèle simple ou légitime, ainsi que nous le verrons. Cette rougeur disparaît à la pression, ou diminue considérablement; ainsi qu'il arrive d'ailleurs dans toutes les inflammations érysipélateuses; la peau est tendue, comme plus fine et plus régulière; quelquefois il y a des phlyctènes, mais c'est quand il y a imminence de gangrène; la douleur est plus vive au milieu du point enflammé, que dans celui où l'inflammation cesse. Le gonflement général de la partie est toujours considérable, et il en empêche les mouvements. Au-dessous du gonflement, on sent de l'empâtement, de la résistance. La douleur n'augmente pas en raison de la pression qu'on exerce sur les points malades; elle diminue même à la longue. Cet empâtement augmente aux limites de la rougeur plutôt qu'au milieu, où on éprouve bientôt la sensation de