

plasma. Au bout de 10 jours environ, se trouvant beaucoup mieux, il descendit les escaliers, mais en arrivant au salon, il fut pris brusquement dans la jambe gauche d'une douleur tellement excruciante qu'il fut obligé de retourner à son lit. Le lendemain on lui dit qu'il avait une phlébite. Cette attaque céda bientôt, et le malade retourna à la campagne à petites journées.

Quelques jours plus tard, il fut pris d'une fièvre grave, qui dura six semaines et s'accompagna de symptômes alarmants : pouls rapide, grande chaleur de la peau, perte de connaissance, délire; et il se fit de légères hémorrhagies par les oreilles, le nez, et par l'estomac, la vessie et l'intestin. Pendant la convalescence de cette maladie qui se fit lentement, il y eut une grande tuméfaction des jambes, surtout de la droite (la gauche ayant été le siège de la phlébite précédente); une douleur atroce dans la région du rein gauche; et l'apparition fréquente, pendant environ dix jours, des accès de frissons les plus violents, suivis de fièvre et de sueurs profuses. Il y eut des accès de hoquet fréquents et intenses, et la gorge était couverte d'une sorte de muguet d'une couleur blanc-jaunâtre.

A la longue M. A. recouvra sa santé ordinaire. Ainsi le cas se termina par la guérison complète en apparence d'une inflammation extensive des veines des membres inférieurs, et, comme nous pouvons l'admettre, de celles des reins, de l'intestin, et des autres parties qui furent le siège d'hémorrhagies. Mais toujours, depuis lors, il resta une singulière disposition à la phlébite, au tronc et aux membres inférieurs. Ainsi, en septembre 1861, après une longue marche inaccoutumée, M. A., en examinant un endroit sensible à la face interne de la jambe droite, trouva une raie rouge à la peau sur le trajet de la veine saphène interne, et ayant la

dureté d'une corde, dans l'étendue de deux pouces environ. Par le repos au lit dans la position horizontale, cette phlébite, qui ne s'étendit pas, disparut.

Au commencement de décembre de la même année, une phlébite survint dans les veines de l'aîne droite, et s'étendit à celles de l'abdomen, produisant de la sensibilité et de la rougeur de la peau, et laissant, après sa disparition, une décoloration du tégument semblable à une meurtrissure. Les veines affectées dans cette attaque restèrent très-dilatées et variqueuses.

Pendant l'automne de 1864, M. A., après une marche fatigante, découvrit un petit point d'inflammation sur une veine de l'aîne gauche, et de ce centre la phlébite s'étendit à toutes les veines de l'abdomen qui étaient demeurées variqueuses depuis l'attaque de 1861. Au bout de trois semaines l'affection quitta brusquement les veines de la paroi abdominale, et se fixa sur celles de la face interne de la cuisse droite, déterminant une douleur considérable et, pendant ce temps, rendit le membre impuissant. Traitée par le repos complet de la partie dans la position horizontale, la maladie s'améliora; M. A. se rétablit de nouveau, et devint capable de reprendre ses fonctions ecclésiastiques jusqu'en janvier 1865. A cette époque, après une douleur prémonitoire, la phlébite se manifesta pour la quatrième fois dans les veines du mollet droit. Celle-ci fut de courte durée, mais laissa le membre fort affaibli.

Comme contraste avec ces cas de phlébite extrêmement diffuse, je citerai ceux dans lesquels une petite portion d'une grosse veine se thrombose. J'ai rencontré quelques-uns de ces cas qui étaient liés à la goutte; mais j'en ai vu d'autres qui, bien qu'il n'y eut pas trace de goutte ni d'autre affection générale, peuvent servir à éclairer certains

points de la pathologie locale de la phlébite goutteuse.

Un homme âgé d'environ cinquante ans, maigre, modérément musclé, et d'une bonne santé habituelle, observa, pendant le mois de septembre, que son bras droit devenait plus volumineux, et, comme il pensait, plus robuste et plus propre au travail. Mais, alors qu'il augmentait encore, il devint pesant, au point de gêner le malade, et certainement plus faible; alors il vint me demander conseil.

Je trouvai que la circonférence du bras avait deux pouces de plus que celle du bras gauche, et tout le membre était augmenté dans la même proportion. Il paraissait plein, arrondi, musculeux; il était ferme, et oedémateux au toucher, non-seulement dans le tissu sous-cutané, mais dans toute son épaisseur; la peau était tendue, fraîche et pâle. Dans près de quatre pouces de son trajet la veine axillaire paraissait dilatée et dure au toucher, comme un cordon; et dans un ou deux points la pression était douloureuse, mais sauf cette exception il n'y avait de douleur dans aucune partie du bras. Quelques veines superficielles, au bras et à la partie supérieure et antérieure de la poitrine, étaient dilatées, et lorsque le membre était dans une position déclive pendant longtemps la main devenait sombre. On ne put trouver aucune cause à cet état; ni blessure, ni compression, ni affection héréditaire connue, ni trouble de la santé générale, passé ou présent.

A l'aide de la douche chaude, de la chaleur et des frictions, la tuméfaction du bras disparut peu à peu; et, en même temps, la sensation cordiforme de la veine axillaire oblitérée devint plus distincte. Une année se passa avant que la veine reprit complètement ses conditions normales; mais tout est bien depuis plus de cinq ans maintenant.

Très-semblable à ce cas fut celui d'un domestique de

régiment, âgé de vingt-sept ans, d'une bonne santé antérieure, et très-actif, qui me fut envoyé, le 12 avril 1865, par M. Bossey, à cause de l'état de son bras droit. Celui-ci était tuméfié, et lorsqu'il était pendant, il éprouvait une sensation de pesanteur et de plénitude, comme si le sang ne pouvait retourner au cœur. Le bras était, à la vérité, d'environ un quart ou un tiers plus volumineux que l'autre; mais sa principale augmentation paraissait due à un développement musculaire considérable. En outre, il y avait probablement une tuméfaction générale qui pouvait avoir pour cause un léger oedème des tissus profonds; ses veines sous-cutanées étaient toutes très-distendues; il y avait de petites taches violacées sur le deltoïde, comme formées par de petits amas de veines variqueuses, et les veines cutanées siégeant au niveau des muscles pectoraux droits étaient plus remplies que celles du côté gauche. Cet état de plénitude s'étendait jusqu'aux origines du deltoïde; — l'épaule était surtout remarquablement élargie et volumineuse; et on constatait une tension et une certaine saillie de la partie supérieure du grand pectoral droit.

Les battements et les bruits du cœur étaient naturels; il en était de même du pouls, qui aux deux poignets était égal et modérément plein. On ne savait au juste depuis quand cet état du bras existait; on ne l'avait observé que depuis une semaine; son mode d'accroissement était inconnu.

Le malade demeura à peu près dans le même état jusqu'au 4 mai, où il entra à l'hôpital; il fut mis à la diète lactée; on prescrivit, en outre, six sangsues toutes les trois nuits, et trois grains de mercure avec de la chaux le soir et le matin. Il fut laissé sous ce traitement pendant une quinzaine environ, et son état s'améliora certainement; le bras

diminua, et ses veines étaient moins pleines. Il eut alors une attaque de scarlatine, pendant le cours de laquelle tous les signes de l'affection du bras disparurent. Il reprit son volume naturel; les veines étaient à peine plus remplies que chez un homme en bonne santé; il perdit la sensation d'engourdissement et se trouvait bien lui-même à la fin de mai.

Une particularité remarquable dans ces deux cas fut l'augmentation apparente, et réelle, je crois, des muscles du membre. J'en ai fait mention dans un mémoire publié dans le *Medical Times and Gazette*, de mars 1858, et je reçus bientôt après une lettre de feu le professeur Laurie, de Glasgow, dont je vais vous donner un extrait :

« Je suis sujet à une forme de cette particularité, que je soupçonne n'être pas très-commune et qui dépend, comme vous le supposez, d'une affection ou de varices des veines.

» Dans l'année 1831, j'eus une attaque presque fatale de typhus. Pendant la convalescence, je fus atteint d'une phlegmasia alba dolens du membre inférieur gauche, accompagnée d'une douleur intense dans le jarret et le mollet. Lorsque la douleur s'apaisa, et que je commençais à me lever et à m'habiller, je fus étonné de trouver que, tandis que ma cuisse et ma jambe droites étaient émaciées, comme elles sont ordinairement après une telle maladie, ma jambe gauche était presque, si elle ne l'est plus maintenant, aussi volumineuse que lorsque je pris le lit. Elle n'était aucunement déformée, ni œdémateuse : elle était simplement dodue, plus pleine.

Lorsque je fus guéri au point d'être capable de marcher, je trouvai les veines dilatées, et, vers le soir, tout le membre œdémateux; mais au matin la tuméfaction molle avait disparu, et le développement musculaire rond du mollet persis-

taut. L'excès était au moins d'un pouce. Pendant de longs mois je fus incapable de marcher beaucoup; et, à la vérité, sans un bas lacé assez large, j'aurais été obligé d'abandonner ma profession. J'en portai un pendant deux ou trois ans, et je pus ensuite le laisser de côté, mais en avançant en âge je fus obligé d'en reprendre l'usage, et pendant des années j'ai porté un bas élastique. Les veines sont maintenant décidément variqueuses, et le membre devient œdémateux après une fatigue inaccoutumée. La tuméfaction molle disparaît facilement sous l'influence du repos, et, comme auparavant, le développement musculaire persiste. Il est cependant moins gênant aujourd'hui qu'autrefois, car je suis malheureusement beaucoup moins musclé qu'il y a dix ans. »

L'apparition d'une phlébite aiguë pendant le cours ou au début de la pyohémie est bien connue. On remarque moins, je pense, que les cas des formes moins aiguës de phlébite sont fréquents après la cessation de tous les phénomènes suppuratifs de la pyohémie. Des faits de ce genre sont relatés dans le dernier volume des *Reports* (vol. I, p. 5). Je ne voudrais pas soutenir que ces cas sont des suites particulières ou résidus de pyohémie. Ils peuvent plutôt rentrer dans une classe de cas de ce qu'on peut appeler *phlébite post-fébrile*; car après toute maladie accompagnée de fièvre aiguë, et souvent sans épuisement très-marqué, il n'est pas rare de trouver qu'une ou plusieurs veines des membres deviennent presque soudainement douloureuses et dures, et de voir alors une tuméfaction œdémateuse des parties situées au-dessous. Ces attaques de phlébite paraissent spécialement communes après la fièvre typhoïde. Elles cèdent ordinairement sans traitement. Parmi beaucoup d'exemples, je n'ai rien vu de plus fâcheux qu'une interruption ou un retard de la convalescence, suivi d'augmentation perma-

nente du volume du membre, mais sans impotence.

L'hypertrophie des parties dont les veines sont obstruées, et dont j'ai fait mention, est très-notable dans les cas rares de phlébite chez les jeunes enfants. J'ai vu dernièrement un enfant âgé de cinq ans, dont le membre inférieur droit était depuis trois ans plus développé que le gauche. Pendant le jour, et lorsqu'il est depuis longtemps dans une position déclive, il devient œdémateux; mais pendant la nuit l'œdème disparaît, et le membre paraît seulement beaucoup trop volumineux. Certains points de la cuisse sont marbrés, sombres, violacés, et une partie de la peau du genou a une texture épaisse et verruqueuse. L'aspect général du membre est comme celui des membres d'adultes chez lesquels, comme chez le professeur Laurie, les veines fémorale ou iliaque primitive ont été longtemps oblitérées. On pourrait supposer que c'est un cas d'hypertrophie simple, mais le membre est froid, et non trop chaud; ou d'obstruction des lymphatiques, avec développement par rétention de la lymphe; mais les pustules sur la peau sont caractéristiques d'une obstruction veineuse.

XII

ABCÈS RÉSIDUEUX

Abcès qui se forment dans les foyers anciens d'inflammation. — On les rencontre surtout dans les affections du rachis, de la hanche, dans certains cas de nécrose de l'intérieur des os longs; dans les abcès ganglionnaires. — Intervalle souvent très-long entre les rechutes. — Ces abcès offrent tantôt les caractères des abcès aigus, tantôt ceux des abcès froids. — Difficultés du diagnostic dans ce dernier cas.

Sous le nom d'abcès résiduels (*residual abscesses*) je comprends tous les abcès formés dans les restes d'inflammations anciennes, ou dans les parties voisines. La plupart se forment dans des points où le pus, produit longtemps auparavant, a été retenu en totalité ou en partie, est devenu sec, en d'autres termes a vieilli. Mais il est probable que certains d'entre eux sont formés dans les épaissements, adhérences, ou autres produits d'inflammations très-antérieures lentement organisés.

Les abcès de ce genre sont probablement bien connus de beaucoup de chirurgiens; mais en donner une dénomination et des exemples particuliers, peut servir à démontrer qu'ils surviennent plus fréquemment qu'on ne le suppose communément, et qu'il est souvent important de les diagnostiquer.

La suppuration qui survient parmi les produits d'une in-