

après de longues intermittences, j'ai trouvé des lésions à des âges différents. Plusieurs fois les veines ovariennes, altérées dans toute leur étendue, présentaient des parties où le vaisseau était oblitéré par une adhérence intime des parois; plus loin, l'adhérence pouvait être rompue; enfin, dans les parties qui avaient été envahies en dernier lieu, le pus était réuni en foyers isolés ou communiquant largement avec la partie perméable du vaisseau. Ces cas expliquent pourquoi il peut y avoir des suspensions assez longues. J'ai vu plusieurs fois une interruption complète des accidents pendant huit à dix jours; des malades qui semblaient avoir échappé aux périls d'une phlébite utérine, étant complètement apyrétiques, mangeant avec appétit et se promenant dans les salles, ont été surprises tout à coup et sans cause d'un nouveau frisson qui a été le point de départ d'accidents d'infection dont la mort fut le dénouement.

Lorsqu'au lieu de pénétrer par petites fractions, le pus arrive dans le sang en quantité considérable, les accidents ont une marche rapide, quasi foudroyante. C'est ainsi que j'ai vu succomber, au deuxième ou troisième jour de la période d'infection, un étudiant en médecine, qui, atteint d'une phlébite de toute la céphalique, avait tout à coup présenté des accidents formidables, probablement par suite de la pénétration dans le système circulatoire d'une quantité de pus tout à fait inusitée.

Variétés suivant le siège. — Les symptômes de cette seconde période sont absolument les mêmes, avons-nous dit déjà, quel que soit d'ailleurs le siège de la phlébite; il n'en est plus de même des symptômes locaux, qui diffèrent entre eux suivant la veine qui est affectée. Ce que j'ai dit précédemment s'applique aux phlébites des veines des membres; mais les symptômes locaux manquent plus ou moins complètement dans les inflammations des veines splanchniques, telles que les veines cave, porte, iliaque ou hypogastrique, etc. Cependant, si l'oblitération de ces vaisseaux est complète, on devra souvent observer, suivant la veine qui est malade, une infiltration séreuse dans les membres, dans les parois du tronc, et un épanchement dans la cavité abdominale; ces accidents, rapprochés des symptômes généraux d'infection, pourront faire diagnostiquer la nature et le siège de la maladie.

La phlébite des veines utérines, qu'on n'observe guère qu'après l'accouchement, s'accompagne souvent de quelques symptômes locaux, dont aucun d'ailleurs n'est caractéristique: ainsi l'utérus cesse souvent de revenir sur lui-même; l'organe reste volumineux et proémine à l'hypogastre; il est très-légèrement douloureux à la pression; la malade se plaint en outre de pesanteur à l'hypogastre; les lochies sont fétides et moins abondantes. Nous avons vu pourtant tous ces symptômes manquer complètement. Ainsi il n'est pas rare que la matrice, nonobstant l'inflammation de ses veines, revienne peu à peu à son volume naturel; la pression hypogastrique et le toucher ne réveillent parfois aucune douleur; les lochies coulent comme de coutume ou se suppriment tout à fait. Le seul phénomène morbide qu'on observe alors est une fièvre souvent modérée, mais continue, offrant des exacerbations plus ou moins régulières; au bout de quelque temps les signes d'infection apparaissent; seuls ils révèlent la nature de l'affection et ses dangers; ils sont les mêmes que dans toute autre inflammation veineuse, mais ici les intermittences sont peut-être plus longues, les fausses convalescences peut-être aussi plus communes que dans la plupart des autres phlébites. Ce que je dis des veines utérines s'applique aussi aux veines ovariennes.

L'inflammation des sinus cérébraux peut exister à l'état latent, ne s'accom-

pagner d'aucun symptôme local, et peut-être moins souvent encore des symptômes généraux d'infection. Cependant, lorsqu'un des sinus principaux se trouve oblitéré, il en résulte parfois une infiltration séreuse ou sanguine des méninges, des épanchements apoplectiques et des ramollissements rouges, lésions qui produisent de la céphalgie, de la somnolence, du coma, des convulsions, la paralysie, etc.; avouons cependant qu'il est à peu près impossible, pendant la vie, de remonter à la véritable cause de pareils accidents.

Diagnostic. — La phlébite est-elle superficielle, elle sera aisément reconnue à un cordon dur, douloureux, dessinant le trajet connu d'une veine et accompagné de l'infiltration œdémateuse des parties situées au-dessous. On la distinguera aisément d'une artérite, maladie beaucoup plus rare, caractérisée par un cordon dur, noueux, qui, au début du moins, est le siège de pulsations très-vives, et qui se complique souvent de gangrène plus ou moins étendue. On verra plus tard qu'il est plus facile encore de distinguer la phlébite de la lymphite et de la névrite (voyez ces maladies). Quant au phlegmon, il forme une tumeur dure, diffuse, très-douloureuse, qui ne ressemble en rien aux phénomènes locaux qui caractérisent la phlébite.

Mais le diagnostic de l'inflammation des veines profondes, le diagnostic de la phlébite des cavités splanchniques, est bien autrement difficile. Il est même impossible de l'établir sûrement avant les symptômes indicateurs de l'infection purulente. Lorsque, en effet, dans le cours d'un appareil fébrile continu, qui existe depuis sept, huit ou dix jours, on voit survenir des frissons irréguliers, tantôt violents, tantôt légers, du délire, de la prostration et une teinte ictérique de la peau, on devra déjà redouter une infection du sang par la matière purulente; ces craintes sont encore plus fondées lorsqu'à ces symptômes il se joint des douleurs articulaires; enfin, le doute n'est plus permis lorsqu'on voit se développer des abcès multiples dans diverses parties du corps.

Pour déterminer quel est le siège précis de l'affection, son point de départ, on aura égard aux commémoratifs: des signes d'infection survenant dans le cours de l'état puerpéral, ou à la suite d'une opération sanglante faite sur l'utérus, indiqueront que l'inflammation occupe les veines de cet organe ou celles de l'excavation pelvienne. De même, la connaissance d'une contusion ou d'une plaie du crâne qui aurait précédé la manifestation des signes d'infection purulente fera supposer une phlébite des veines du péricrâne ou des sinus du diploé; s'agit-il d'un nouveau-né, on soupçonnera avant tout une phlébite de la veine ombilicale. L'infection purulente sera facilement diagnostiquée; cependant quelques-uns de ses symptômes sont parfois tellement prédominants, qu'ils pourraient, faute d'attention suffisante, donner lieu à quelques méprises. Ainsi le délire pourrait faire confondre une phlébite avec une affection cérébrale, avec une méningite. Mais la marche seule de la maladie empêchera toujours de commettre une pareille méprise. Trop de différences existent également entre la phlébite et la fièvre typhoïde pour qu'un homme expérimenté puisse jamais les confondre. Si, en effet, la prostration, le subdélirium, l'hébétéude, la sécheresse de la langue, sont des symptômes communs aux deux maladies, dans la fièvre typhoïde seule cependant on trouve le météorisme, le gargouillement dans la fosse iliaque, l'intumescence de la rate, l'éruption lenticulaire, le râle sibilant dans la poitrine, indépendamment des lumières que fourniront la marche comparative des deux maladies et les symptômes du début, comme la céphalgie et les épistaxis, qui n'appartiennent qu'à la fièvre typhoïde. Les frissons revenant souvent périodiquement et l'aggravation également régulière des symptômes pourraient encore faire confondre

la phlébite avec une fièvre rémittente. Mais dans la première il n'y a jamais de rémission très-marquée, il y a toujours un appareil fébrile continu, parfois avec des exacerbations plus ou moins régulières, et l'on trouve en outre pour caractères distinctifs tous les symptômes généraux propres à l'infection purulente.

Ces symptômes dirigeront également le praticien pour établir la véritable nature de la maladie dans les cas où des accidents prédominants vers le poulmon, vers la plèvre ou le foie, pourraient faire croire à une pneumonie, à une pleurésie ou à une hépatite. Ces phlegmasies d'ailleurs, à l'état de simplicité, ne sont jamais accompagnées des accidents propres à l'infection purulente. Celle-ci, par les douleurs vives qu'elle produit souvent dans une ou plusieurs jointures, qu'il y ait ou non en même temps de la tuméfaction, pourrait donner à penser qu'il existe un rhumatisme articulaire aigu fébrile; cette erreur a été commise par les hommes les plus distingués, et nous dirons plus tard que la plupart des cas qu'on cite comme des rhumatismes suppurés ne sont autres que des exemples de phlébite. Cependant cette grave méprise ne sera plus commise si l'on réfléchit que les douleurs articulaires dans la phlébite, souvent bornées à une, deux ou trois articulations, au lieu d'être primitives, ne surviennent guère qu'après plusieurs jours, une semaine et même plus, d'un appareil fébrile plus ou moins intense, et qu'elles sont précédées et accompagnées des autres accidents de l'infection purulente.

Nous trouverons plus tard assez d'analogie entre la période d'infection de la phlébite et la morve aiguë; mais en traitant de cette affection, nous verrons par quels caractères elle se distingue de la phlébite.

Bérard a beaucoup insisté sur une distinction importante à faire; il recommande très-expressément de ne pas confondre l'infection purulente avec l'infection putride. Celle-ci est produite exclusivement par l'altération septique que le pus acquiert dans les foyers, surtout lorsqu'il y croupit avec le contact de l'air. Les individus ont des frissons, de la fièvre, de la diarrhée, souvent des sueurs; ils dépérissent; ils ont enfin tous les accidents de la fièvre hectique. Mais on n'observe jamais chez eux les symptômes de l'infection purulente. Celle-ci est une affection toujours aiguë, tandis que l'infection putride a le plus souvent une marche chronique. La première a une issue presque nécessairement fatale, tandis que la seconde guérit lorsqu'on a détruit la cause locale qui l'entretient, soit qu'on empêche le pus de séjourner dans les clapiers, soit qu'on ampute la partie.

Pronostic. — La phlébite est une maladie très-grave, le plus souvent fatale. Qu'elle soit spontanée ou traumatique, le péril est à peu près le même. Le danger est en rapport avec l'étendue de la phlegmasie. Cependant l'infection purulente et la mort peuvent être la conséquence de la phlébite la plus circonscrite; le péril est plus grand lorsque la veine enflammée est volumineuse que lorsqu'elle est petite, car dans ce dernier cas l'oblitération est plus facile, par conséquent les chances d'infection diminuent. L'oblitération du vaisseau principal est une circonstance favorable, car elle diminue les chances d'infection du sang. Je dis seulement diminue, car pour que l'infection fût impossible, il faudrait que le tronc veineux fût oblitéré avec toutes les collatérales qui en partent, et que, de plus, l'oblitération fût telle que celle-ci ne pût jamais se rompre; on ne saurait jamais avoir une telle certitude. Le pronostic est moins grave lorsque les symptômes d'infection présentent une certaine intermittence. Plus les intervalles entre les frissons sont longs, plus aussi il est permis d'espérer, mais on ne doit pas oublier que la maladie peut avoir une funeste issue

après un si long intervalle de convalescence. Aussi faut-il être toujours réservé et ne croire à une guérison que lorsque le retour de l'embonpoint et des forces pourra rassurer le médecin. Tout en étant toujours inquiet, il ne faut pourtant jamais désespérer, car j'ai vu guérir des individus après avoir eu des abcès extérieurs et des troubles assez graves vers les organes respiratoires, pour avoir dû redouter des abcès pulmonaires.

Étiologie. — Il n'est pas une des veines principales du corps qu'on n'ait trouvée enflammée plus ou moins fréquemment. La phlébite est rarement spontanée; le plus souvent elle survient sous l'influence de causes mécaniques. La phlébite des membres, qui est la plus fréquente, est presque toujours produite par quelque violence extérieure, comme une contusion, une déchirure de la veine, ou une piqûre avec un insecte, ou une blessure faite avec une matière animale putride. Très-souvent aussi l'inflammation des veines du pli du bras et de la saphène interne survient à la suite de la phlébotomie, lorsque qu'on a fait celle-ci avec une lancette en mauvais état, ou lorsque les malades se sont servis de leur membre avant que la cicatrice soit guérie, ou lorsque la plaie de la veine fût comblée, ou bien encore lorsque la plaie a été irritée par le contact de quelque corps étranger. Les piqûres anatomiques, ou bien encore le contact de quelque partie dénudée, excoriée, dans un liquide putride, comme l'écoulement d'une partie anatomique ou les épanchements purulents, sont des causes des macérations phlébites, et qui tous les ans font à Paris plusieurs victimes. Les causes très-actives de la phlébite est l'accident le plus redoutable après toutes les grandes opérations, et généralement après toutes les solutions de continuité. La simple contusion d'une veine est, plus souvent qu'on ne croit, la cause de phlébite, et qui sont ordinairement méconnues pendant la vie. C'est ce qu'on observe spécialement pour les veines qui appuient sur les os, et qui, en raison de cette circonstance, éprouvent plus fortement les effets du choc. Nous avons vu quelquefois une contusion de la tête produire une inflammation des veines du péricrâne, ou bien des sinus du diploé lui-même. Aussi, lorsqu'on voit se développer des accidents de résorption purulente chez un individu bien portant, et qui n'a nulle part de foyer de suppuration, devra-t-on, par l'étude des commémoratifs et par l'inspection attentive de toute la surface du corps et du crâne en particulier, s'assurer qu'il n'existe aucune trace de contusion qui aurait pu être le point de départ de la maladie. Enfin, la phlébite des veines utérines, qui emporte un si grand nombre de femmes en couches, doit être encore considérée comme une inflammation traumatique. On sait, en effet, qu'après l'expulsion du placenta, les veines restent pendant quelque temps béantes au fond de l'utérus, et sont pénétrées souvent par les matières sanieuses, purulentes, putrides, qui baignent la cavité utérine. Enfin, la phlébite peut être l'effet de l'extension à une veine de la maladie d'un organe voisin. Nous verrons plus tard combien l'inflammation des veines est un accident commun autour des tumeurs encéphaloides, et M. le docteur Bruce a établi aussi que la phlegmasie de quelques-uns des sinus, celle des sinus latéraux par exemple, était souvent consécutive à l'otorrhée purulente.

Traitement. — Le traitement de la phlébite, à sa première période, sera antiphlogistique. Si la réaction fébrile est vive, si le pouls est fort, résistant, on pratiquera une ou plusieurs saignées. Lorsque la veine est superficielle, on appliquera sur tout son trajet un grand nombre de sangsues; on enveloppera la partie de cataplasmes émollients, et on la plongera plusieurs fois par jour dans un bain tiède. Il sera également très-avantageux de recourir, à cette époque, à des onctions mercurielles faites sur le trajet de la veine enflammée.

Pasquier conseillait, dans les mêmes cas, les fomentations narcotiques (décoction de guimauve et de pavot, 2 litres; extrait thébaïque, 4 grammes). Enfin, à une époque un peu plus avancée, on appliquera sur le trajet du vaisseau un ou plusieurs vésicatoires. Dans tous les cas, on cherchera avec grand soin s'il n'existe pas sur le parcours de la veine un vaisseau pour donner en percevant un, il faudrait inciser transversalement dans le torrent circulatoire. L'infection du sang par le pus que la veine sécrète est un danger toujours imminent dans le cours de la phlébite; c'est le but de le prévenir que quelques personnes, notamment Reil, Abernethy et M. Velpeau, ont conseillé de comprimer la veine aux limites de l'inflammation les plus voisines du cœur, afin de déterminer une adhérence mécanique par l'aplatissement du vaisseau au passage du pus. Nous avons plusieurs fois essayé ce moyen avec avantage. D'autres ont recommandé la section transversale du vaisseau; mais de plus elle est dangereuse, en donnant souvent la chose est insuffisante au travail inflammatoire. En est-il de même du procédé de Bonnet (de Lyon) qui consiste à appliquer le fer rouge le long de la veine enflammée, dans le but de provoquer une inflammation adhésive? C'est à une expérience ultérieure à le décider. Cependant, quoi qu'on fasse, dans beaucoup de cas, le pus s'écoule toujours par infecter le sang au moyen de la circulation collatérale. Lorsque les signes d'infection arrivent, la thérapeutique est presque toujours impuissante; néanmoins, en obéissant à certaines indications, on peut lutter avec succès contre ce redoutable accident et parfois en triompher. Tous les moyens débilitants sont proscrits, les saignées, les contre-stimulants, les mercuriaux, les bains prolongés sont nuisibles. On administrera les excitants et les toniques, les préparations de quinquina (vin, extraits, infusion), les vins généreux d'Espagne seront prescrits; les malades seront alimentés, ils prendront toujours du bouillon, des potages, et, si c'est possible, des aliments solides; pendant les repas le vin sera coupé avec une eau gazeuse ou ferrugineuse. La liberté du ventre sera entretenue par des lavements ou même par quelques laxatifs, car il est prouvé que l'intestin est une des voies d'élimination les plus actives des produits septiques introduits dans l'économie. Je ne devrais rien dire de l'alcoolature d'aconit qu'on donne communément à la dose de 2 à 8 grammes en potion ou dans une tisane, mais ce médicament est employé par presque tout le monde, moins par conviction que par routine. Son origine devrait pourtant nous rendre un peu moins crédules sur ses propriétés, aussi nulles pour prévenir l'infection que pour la combattre lorsqu'elle existe déjà.

INFLAMMATION DU SYSTÈME LYMPHATIQUE

On sait que le système lymphatique se compose de vaisseaux et de ganglions. Nous allons étudier successivement l'inflammation dans ces deux ordres d'organes.

DE L'ANGIOLEUCITE

SYNONYMIE. — Lymphatite, lymphite, lymphangite.

À différentes époques, les auteurs ont invoqué l'inflammation du système lymphatique comme étant la source d'une foule d'affections aiguës et chroni-

ques, mais la plupart de ces opinions n'avaient point pour base une observation sévère. Ce n'est que récemment qu'on a convenablement étudié ce point de la science. Les connaissances précises que nous avons sur ce sujet sont dues, en partie, aux travaux de MM. Alard (1), Andral (2), Cruveilhier (3), Duplay (4), et surtout aux recherches de M. Velpeau, dont l'important travail, inséré dans les *Archives* de 1836, a été reproduit depuis par tous ceux qui ont traité la même question.

Anatomie pathologique. — Les vaisseaux lymphatiques qui sont le siège d'une inflammation aiguë augmentent de volume et deviennent visibles à l'œil nu. Ils se montrent alors sous la forme de cordons blancs ou rougeâtres, bosselés, inégaux, pouvant égaliser en volume une plume de corbeau. Ils sont généralement distendus par un pus phlegmoneux, homogène : leur face interne est quelquefois tapissée d'une fausse membrane; leurs parois sont souvent rouges, friables, épaissies; elles ne s'affaissent plus lorsqu'on pique le vaisseau et qu'on le vide du pus qu'il contient. Le plus souvent les lymphatiques continuent à être perméables, mais quelquefois ils sont oblitérés par une fausse membrane ou par l'adhésion des parois entre elles. De pareilles oblitérations ont été plusieurs fois observées sur une partie du canal thoracique lui-même, qui était alors transformé dans ce point en un cordon fibreux. Dans un grand nombre de cas, du pus existe dans les vaisseaux lymphatiques, sans qu'il soit possible pourtant de constater aucune lésion manifeste dans la portion correspondante de ces organes. C'est ce qu'on observe, par exemple, fréquemment pour les lymphatiques de l'utérus et du bassin chez les femmes qui succombent à la fièvre puerpérale. On est alors porté à admettre que le pus a simplement pénétré dans les vaisseaux par absorption; cette opinion qui semblerait justifiée en raison de la présence à peu près constante d'un foyer purulent dans un organe voisin, ou tout au moins à cause d'une infiltration purulente du tissu cellulaire, n'est pourtant pas probable lorsque l'on considère le volume considérable des globules du pus. Ceux-ci, en effet, ne sauraient jamais être absorbés en nature. Ils ne peuvent pénétrer dans les voies circulatoires que lorsque ces dernières ont subi une solution de continuité. Si cette cause n'existe pas, il faut que le pus ait été sécrété par les vaisseaux eux-mêmes. Il est rare de trouver des abcès métastatiques chez les sujets qui succombent à une angioleucite; cependant M. Velpeau paraît en avoir observé plusieurs fois de très-nombreux et très-petits dans les poumons et dans le foie. N'y avait-il pas dans ces cas une phlébite concomitante? C'est ce qu'il est impossible d'affirmer. Quoi qu'il en soit, le sang trouvé dans le cœur et dans les vaisseaux est ordinairement noirâtre et diffluent.

À l'état chronique, l'angioleucite est surtout caractérisée par l'induration et par l'épaississement des parois; les lymphatiques présentent alors de distance en distance des nodosités produites par l'induration des valvules; quelquefois, mais rarement pourtant, il existe de la suppuration : Astley Cooper en a rapporté un exemple. L'obstruction et l'oblitération des conduits sont un résultat très-commun de l'angioleucite chronique.

Symptômes. Marche. — Lorsque l'inflammation occupe les vaisseaux lymphatiques superficiels, on voit se dessiner à la surface de la peau des stries, des rubans ou de simples plaques, qui varient, pour la couleur, du rose au rouge

(1) *Inflammation des vaisseaux lymphatiques*. Paris, 1824.

(2) *Archives générales de médecine*, t. VI, p. 502.

(3) *Anatomie pathologique*, 11^e livraison.

(4) *Archives générales de médecine*, 2^e série, t. VII, p. 293.