

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 recherchera avec grand soin s'il n'existe pas sur le parcours de la veine un point fluctuant; si l'on en percevait un, il faudrait inciser transversalement le vaisseau pour donner issue à la suppuration et prévenir ainsi son passage 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 son inflammation les plus voisines du cœur, afin de déterminer une adhérence mécanique par l'aplatissement du vaisseau, ou bien encore pour empêcher le passage du pus. Nous avons plusieurs fois essayé ce moyen avec avantage. D'autres ont recommandé la section transversale du vaisseau; mais la chose est insuffisante, de plus elle est dangereuse, en donnant souvent une nouvelle impulsion 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 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 proscrits; 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 égaier 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 diffus.

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. 203.

vineux ou violacé. Ces lignes sont irrégulières, tortueuses, et circonscrivent des espaces plus ou moins grands de peau saine. Ils occupent une étendue plus ou moins considérable; ils s'étendent parfois sur toute la longueur d'un membre, et ont presque toujours pour point de départ une altération quelconque des téguments, comme une plaie, une phlegmasie ou une suppuration. C'est le plus souvent dans le voisinage de ces lésions que la lymphite commence; il n'est pas rare cependant que les premières rougeurs se montrent dans un point plus ou moins éloigné. Ces rougeurs peuvent exister uniformément, ou bien des plaques érysipélateuses ne tardent pas à s'y entremêler; rares et disséminées d'abord, elles se réunissent bientôt, se confondent entre elles et finissent par former une rougeur uniforme, offrant tous les caractères d'un érysipèle ordinaire. La partie malade est le siège d'une douleur brûlante, que M. Velpeau a comparée avec raison à celle de l'insolation, et qui toujours est exaspérée par la pression. Il existe communément un gonflement ordinairement peu considérable et comme œdémateux de la partie; enfin, les ganglions auxquels se rendent les lymphatiques enflammés sont presque toujours douloureux et gonflés.

Lorsque l'inflammation atteint primitivement le plan profond des vaisseaux lymphatiques, c'est la douleur qui, d'après M. Velpeau, fixe tout d'abord l'attention: elle est profonde, pongitive ou lancinante; elle est fixe, mais disséminée comme par foyers et d'une intensité inégale dans les différents points. Si l'on palpe la partie, on exaspère beaucoup les souffrances, et l'on sent profondément des points indurés très-douloureux qui finissent par soulever la peau; il existe souvent aussi un gonflement dur, mais pourtant œdémateux, de la partie. La peau est tendue, luisante, blanche ou d'un rose pâle: elle rougit, devient érysipélateuse, lorsque la phlegmasie se propage aux lymphatiques superficiels.

Les symptômes généraux de l'angioleucite se bornent communément à quelques frissons et à un état de malaise au début; bientôt la fièvre s'allume; elle est plus ou moins vive; elle s'accompagne de soif, d'inappétence et parfois de vomissements. Ces symptômes appartiennent exclusivement à la phlegmasie; mais il en est d'autres qui résulteraient de l'infection du sang par le pus: tels sont le délire, la prostration, la langue fuligineuse, la petitesse du pouls, c'est à-dire l'ensemble des symptômes qui marquent la seconde période de la phlébite suppurée. Cependant de pareils accidents sont fort rares; car les ganglions lymphatiques, qui eux-mêmes sont enflammés, opposent le plus souvent une barrière insurmontable au pus et empêchent que ce liquide ne pénètre dans le système veineux. Cette pénétration, dont Bérard conteste même la possibilité, paraît pourtant avoir eu lieu quelquefois; c'est du moins ce que semblent prouver plusieurs faits recueillis par M. Velpeau, à moins qu'on n'admette qu'il y ait alors phlébite concomitante. Quoi qu'il en soit, à supposer que la lymphite puisse produire l'infection du sang, celle-ci différerait, dit-on, de celle qui est consécutive à la phlébite, en ce qu'elle s'opérerait lentement: les symptômes caractéristiques ne seraient donc jamais ni aussi graves ni aussi rapides que ceux de l'inflammation veineuse. Il faut pourtant excepter les cas où la maladie a succédé à l'introduction dans l'économie d'une manière septique: c'est ainsi que beaucoup des individus qui succombent aux suites d'une piqûre anatomique commencent par avoir une angioleucite qui s'accompagne bientôt des accidents les plus formidables de l'infection purulente, sans que l'autopsie puisse toujours faire constater une inflammation veineuse.

Terminaison. — L'angioleucite peut se terminer par résolution; c'est ce

qui a lieu le plus souvent lorsque l'inflammation n'atteint qu'un petit nombre de vaisseaux superficiels. Dans le cas contraire, la maladie est suivie de suppuration, et l'on trouve alors le pus infiltré ou réuni en collections plus ou moins vastes. On a dit que la phlegmasie pouvait se terminer par induration ou par gangrène; mais ce point n'est peut-être pas encore parfaitement démontré. On ne sait rien sur la forme chronique de la maladie. L'opinion d'Alard, qui regardait l'éléphantiasis comme l'effet de l'angioleucite chronique, ne repose encore sur aucune observation bien précise, et elle n'est basée sur aucun fait d'anatomie pathologique un peu concluant.

Durée. — L'angioleucite a une durée très-variable: lorsque la maladie n'occupe qu'un petit nombre de vaisseaux superficiels, la résolution peut être complète dès le quatrième ou le cinquième jour; d'autres fois la phlegmasie continue à s'accroître pendant sept ou huit jours, et c'est à ce moment ou plus tard, comme au vingtième jour, que la guérison survient. C'est aussi vers cette époque que la mort arrive, lorsque l'issue de la maladie est funeste.

Diagnostic. — L'angioleucite ne pourrait être confondue qu'avec la phlébite, avec l'érysipèle et l'érythème noueux. Elle diffère de la phlébite, parce que dans celle-ci il y a un cordon plus dur, plus gros, plus douloureux et plus profond, existant sur le trajet connu d'une veine. On n'observe pas le gonflement des ganglions voisins; enfin, on voit plus fréquemment survenir des symptômes d'infection, qui suivent toujours une marche très-aiguë. L'érysipèle diffère de l'angioleucite par une rougeur uniforme qui occupe un certain espace et s'accompagne de dureté du derme et souvent de phlyctènes. L'érythème noueux a beaucoup plus de ressemblance avec l'angioleucite; il en diffère pourtant en ce que les plaques plus foncées et très-superficielles offrent à la pression une mollesse comme fluctuante et se terminent constamment par résolution.

Pronostic. — L'angioleucite a presque toujours une heureuse terminaison; elle peut pourtant avoir une issue fâcheuse: c'est ce que l'on observe spécialement dans les cas où il y a eu absorption d'un principe septique, comme on le voit trop fréquemment après les piqûres anatomiques. La suppuration est une terminaison fâcheuse, puisqu'elle peut, dit-on, produire des symptômes d'infection.

Étiologie. — L'angioleucite est une maladie presque toujours consécutive: elle survient ordinairement après des blessures de la peau, surtout lorsqu'elles ont été irritées ou qu'elles ont été produites avec un instrument sale; elle se déclare aussi après des contusions, ou bien spontanément au voisinage des parties enflammées, probablement par suite de l'absorption des principes morbifiques formés dans les tissus malades.

Traitement. — L'angioleucite réclame les mêmes moyens que la phlébite. On insistera particulièrement sur les saignées locales, sur les bains et les cataplasmes émollients, auxquelles on joindra souvent les onctions mercurielles. Les vésicatoires volants sont indiqués lorsque, la phlegmasie restant stationnaire, il s'agit de décider une résolution ou une suppuration jusque-là incertaine. Enfin, dans ces cas, ou bien encore dès le début, lorsque l'angioleucite est très-superficielle, on pourra avec avantage exercer la compression. Si des symptômes d'infection survenaient, l'art n'aurait d'autres moyens efficaces pour les combattre que ceux dont j'ai parlé à l'article *Phlébite*.

DE L'ADÉNITE OU INFLAMMATION DES GANGLIONS LYMPHATIQUES

Les ganglions lymphatiques s'enflamment beaucoup plus fréquemment que les vaisseaux blancs qui s'y rendent ou qui en partent.

Caractères anatomiques. — Dans un premier degré, le tissu du ganglion est gonflé, rougeâtre, rouge-brun, humide et friable; il peut finir par se ramollir et par offrir une diffuence semblable à celle que la rate présente dans les fièvres typhoïdes. A une époque encore plus avancée, on trouve du pus disséminé, infiltré, puis réuni en un ou plusieurs foyers. On a prétendu que, dans l'adénite, l'inflammation occupait le tissu cellulaire interstitiel; on invoque en faveur de cette opinion la possibilité qu'il y aurait de faire passer du mercure des lymphatiques afférents dans les vaisseaux efférents, en traversant les ganglions enflammés; cependant ce fait n'est pas encore suffisamment établi, et, le fût-il d'ailleurs, il ne serait pas encore tout à fait concluant.

Symptômes. — Lorsqu'un ganglion s'enflamme, il augmente de volume; il durcit et devient le siège de douleurs continues, lancinantes; il finit par former une tumeur phlegmoneuse, saillante; la peau participe bientôt à la phlegmasie. Celle-ci peut se terminer par résolution ou être suivie de suppuration, d'induration, très-rarement de gangrène. Cette maladie, lorsqu'elle est simple, a presque toujours une heureuse issue; il est inutile de dire que je ne parle ici que de l'adénite externe et de celle qui ne se lie à aucun état général grave.

Étiologie. — L'inflammation des ganglions lymphatiques est presque toujours symptomatique d'une inflammation qui siège sur un point plus ou moins éloigné. Ainsi les ganglions sous-maxillaires et ceux des parties latérales du cou s'enflamment dans les maladies du cuir chevelu, dans l'érysipèle et les ulcères de la face, dans les cas de stomatite, de dentition difficile, d'angine simple, et surtout d'angine couenneuse. L'inflammation des ganglions axillaires reconnaît ordinairement pour cause une excoriation, une piqûre aux doigts, une plaie, une cause d'irritation sur les parois de la poitrine. Enfin, la phlegmasie des ganglions du pli de l'aîne est ordinairement consécutive à une maladie des organes génitaux externes ou à quelque inflammation placée sur le membre inférieur, comme une solution de continuité, une pression excessive du pied par une chaussure trop étroite, etc. Les ganglions placés dans les cavités splanchniques ne s'enflamment guère aussi que d'une manière consécutive: tels sont les ganglions bronchiques, si souvent altérés dans la pneumonie; tels sont surtout les ganglions mésentériques, qui passent par tous les degrés de l'inflammation aiguë dans les cas de fièvre typhoïde, et fréquemment aussi dans la dysenterie. Cependant il est incontestable que quelquefois l'inflammation des ganglions a lieu primitivement et sans qu'on puisse saisir aucun changement appréciable dans les parties voisines: c'est ce que nous avons vu dans la peste. Une pression forte, des frottements continus exercés sur une région pourvue de ganglions peuvent parfois enflammer ceux-ci. Ainsi, au rapport de M. Follet (*Gazette médicale* de 1844), les jeunes soldats étaient jadis atteints fréquemment d'engorgements sous-maxillaires, ce qu'on attribuait au frottement exercé par un col trop dur. Cette cause est réelle; mais elle n'est pas pourtant la seule qui agit dans la production de cette affection, qui est très-commune dans l'armée; on ne saurait notamment méconnaître l'influence du froid. Je renvoie d'ailleurs à l'excellent mémoire publié sur ce sujet par M. Larrey dans le XVI^e volume des *Mémoires de l'Académie impériale de médecine*.

Traitement. — L'adénite aiguë réclame à peu près le même traitement que le phlegmon, c'est-à-dire les émissions sanguines locales, les bains, les cataplasmes. Si la suppuration se déclare, il faut ouvrir l'abcès dès que la présence du pus est certaine. Les vésicatoires, que quelques personnes emploient pour favoriser la résolution de l'engorgement ou la résorption du pus, m'ont paru n'avoir aucun avantage. Si l'induration persiste à l'état chronique, on devra

employer les douches salines, sulfureuses, les fondants, les résolutifs en topiques et en frictions (pommades iodurées, mercurielles, etc.). Enfin si la maladie résiste, on n'a plus d'autres ressources que l'extirpation.

INFLAMMATION DE L'APPAREIL DE L'INNERVATION.

DE LA MÉNINGITE CÉRÉBRALE

Le mot *méningite* est une expression collective servant à désigner l'inflammation simultanée de l'arachnoïde et de la pie-mère, tandis que les mots *arachnitis* ou *arachnoïdite* et celui de *pie-mérite* emportent l'idée d'une inflammation bornée à l'arachnoïde et à la pie-mère, ce qui d'ailleurs est extrêmement rare. Il n'est pas douteux pour nous que la dure-mère ne soit susceptible de s'enflammer d'une manière primitive. Si les faits rapportés par Abercrombie offrent quelques doutes, il n'en est pas de même des deux qui sont consignés dans le travail de M. le docteur Albers, de Bonn (1); mais, comme ils se rapportent à la dure-mère spinale, nous nous proposons d'y revenir un peu plus loin. Si l'inflammation primitive de la dure-mère est encore un fait douteux pour beaucoup d'auteurs, la plupart cependant conviennent que cette membrane est susceptible d'inflammation, consécutivement à une altération des os et du crâne. Disons pourtant que, jusqu'à présent, on n'a pu saisir aucun symptôme capable de révéler sûrement une pareille altération.

Historique. Divisions. — Sous le nom de *phrenitis*, les anciens auteurs ont confondu l'inflammation des méninges, celle du cerveau et beaucoup de délires purement sympathiques; mais aujourd'hui ces affections, distinctes sur le cadavre, le sont aussi presque toujours sur le vivant. Dans le courant du siècle dernier, et même jusque dans ces derniers temps, quelques auteurs, trop préoccupés de l'épanchement séreux qu'on observe assez souvent dans la méningite, considérèrent cette altération comme le caractère fondamental d'une maladie spéciale qu'on nommait *hydrocéphale aiguë*. Mais il est aujourd'hui incontestable qu'il faut rapporter à la méningite ou à la méningo-encéphalite presque toutes les observations d'hydropisie aiguë du cerveau qui ont été publiées. Enfin les recherches des modernes ont encore démontré que, sous le point de vue tant anatomique que pathologique, il fallait distinguer deux espèces de méningites, qu'on a confondues jusque dans ces derniers temps: dans l'une, on constate seulement les caractères propres aux inflammations du tissu séreux; dans l'autre, il y a production dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de granulations particulières qui sont de nature tuberculeuse. C'est là, à proprement parler, le seul caractère anatomique de la maladie; la phlegmasie des méninges n'est alors qu'un accident qui peut manquer et manque en effet assez souvent. (Voyez dans le tome II l'histoire de l'infiltration tuberculeuse des méninges.)

Il ne sera question, dans cette partie de l'ouvrage, que de la méningite simple, que nous étudierons à l'état aigu et à l'état chronique. La méningite, telle que nous la comprenons dans cet article, a été l'objet de quelques travaux importants: nous citerons entre autres ceux de MM. Andral (2), Guersant (3), Abercrombie (4), ainsi que la monographie publiée en 1821 par Parent-Duchâte-

(1) *Gazette médicale de Paris*, année 1833.

(2) *Clinique médicale*, t. V.

(3) *Dictionnaire de médecine*, art. MÉNINGITE.

(4) *Des maladies de l'encéphale*, traduit de l'anglais par Gendrin. Paris, 1835.