

Nous n'avons parlé de cette maladie qui, par la nature de ses causes peut se rencontrer à bord, que pour tenir le médecin en garde contre elle.

*Anévrisme de l'aorte.*

Nous n'en dirons que peu de chose, son histoire étiologique et thérapeutique étant la même que pour l'anévrisme du cœur.

Quant au diagnostic, des pulsations fortes, larges et simples, dans un point du trajet du vaisseau, le bruit de *soufflet* et le *frémissement cataire* perçus par l'auscultation, sont des signes qui peuvent le faire reconnaître. Plus tard il fait saillie au travers des enveloppes même osseuses qui l'environnent. Il détermine en outre des accidents relatifs aux organes qu'il comprime : dyspnée, syncopes, épanchements séreux. Il finit par se rompre et donner lieu à la mort subite, en s'ouvrant soit au dehors, soit dans les grandes cavités, soit dans divers conduits tels que l'œsophage, la trachée, etc., d'où l'hémoptysie, l'hématémèse, etc.

L'anatomie pathologique est la même que pour les anévrismes externes : dilatation totale ou partielle, formation de couches fibreuses stratifiées, etc.

Au sujet du traitement, nous ajouterons à ce que nous avons dit pour l'anévrisme du cœur, qu'on a recommandé dans ces derniers temps l'acétate de plomb (un demi grain à deux grains en pilules), remède moins certain que la saignée et la diète, qui du moins enrayent les progrès du mal, s'ils ne le guérissent.

Nous ne parlons pas des applications de glace qu'on peut si rarement se procurer à bord.

Nous renvoyons à la chirurgie l'histoire des anévrismes accessibles aux instruments.

*Phlébite. (Inflammation des veines.)*

La phlébite est une maladie qui depuis quelque temps a beaucoup fixé l'attention des anatomo-pathologistes et des chirurgiens, sous le rapport du rôle important qu'elle joue dans beaucoup d'affections chirurgicales. En conséquence elle serait peut-être mieux placée dans la troisième partie de cet ouvrage; nous n'en parlons ici que pour compléter notre esquisse des maladies de l'appareil circulatoire.

L'inflammation des veines est un des accidents les plus fréquents de la phlébotomie qui en est aussi la cause la plus commune; la compression, la contusion, l'incision, la ligature, le déchirement des veines l'occasionnent mécaniquement. L'état variqueux y prédispose et peut-être n'est autre chose qu'une phlébite obscure et chronique; elle résulte encore de l'extension au système veineux des inflammations des tissus voisins affectés de suppuration, d'ulcération ou de gangrène; mais dans plusieurs cas elle apparaît sans cause appréciable.

Nous se saurions trop appeler l'attention des médecins navigateurs sur cette terrible affection que, d'après ses causes ordinaires, nous avons lieu de supposer assez fréquente en pratique navale; ce qu'on appelle phlegmon gangréneux, fièvre hectique, complication adynamique des grandes lésions chirurgicales, n'est souvent pas autre chose que la phlébite avec ses résultats d'infection purulente.

Nous prendrons pour exemple celle qui suit la saignée. Lorsque l'accident dont il s'agit doit survenir, un picotement douloureux se fait sentir, quelques heures après l'opération, dans la petite plaie dont par suite les bords s'écartent, s'enflamment et suppurent; après un ou plusieurs jours, une douleur tensive, augmentant par la pression, se fait sentir

dans le trajet de la veine ; si le vaisseau est superficiel , la peau rougit et se tuméfié le long de son trajet ; plus tard il simule une corde noueuse , roulant sous le doigt et qui gêne les mouvements d'extension ; le tissu cellulaire voisin prend part à l'inflammation qui bientôt s'étend à tout le membre et constitue l'érysipèle phlegmoneux suivi d'abcès , de décollement de la peau , etc. , heureux lorsque les accidents se bornent là ; mais si l'inflammation de la veine qui presque toujours se propage vers le cœur passe à la suppuration , alors apparaissent les phénomènes de la résorption purulente ; le frisson , puis un délire léger , la fièvre , la prostration , la couleur jaunâtre et terreuse de la peau , enfin tout le cortège des symptômes typhoïdes annoncent l'infection générale qui amène presque infailliblement la mort.

Heureusement que cette terminaison n'est pas la seule , et que la résolution ou l'oblitération de la veine assez souvent procurent une issue favorable. Les terminaisons par ulcération et gangrène ne sont pas constatées.

On observe que la phlébite spontanée est plus grave que celle par cause traumatique.

Les caractères anatomiques consistent dans la coagulation du sang qui paraît être le résultat primitif et nécessaire de l'inflammation des canaux vasculaires ; l'adhérence de ces caillots aux parois de la veine peut les faire distinguer de ceux qui se forment après la mort. Si l'oblitération persiste , le membre s'infiltré , les veines collatérales se dilatent et suppléent quelquefois à l'obstruction d'un tronc principal ; mais le caillot peut devenir le siège d'une fonte purulente suivie de rupture de la veine , de larges abcès et des phénomènes de résorption ; les parois de la veine sont rouges , épaissies , ramollies , etc.

L'affection est si grave par elle-même que le traitement n'offre le plus souvent que des chances précaires : les saignées générales et locales , les topiques émollients , les bains prolongés échouent fréquemment. On a proposé la compression au-

dessus de l'endroit enflammé ou dans toute la longueur du membre , et la section du vaisseau au-dessus du point affecté. La compression peut convenir au début et dans les cas d'œdème simple ; quant à la section , c'est une opération qui crée une nouvelle chance de phlébite ; les antiphlogistiques largement appliqués sont encore ce qu'il y a de préférable lorsque l'inflammation est intense.

Si les signes de résorption se sont manifestés , le péril est imminent : on a conseillé les toniques et le quinquina en particulier ; des tentatives récentes ont paru constater l'efficacité de l'émétique à haute dose , dès l'invasion des symptômes.