

douleur. Dans l'érysipèle, c'est une douleur mordicante; dans le panaris et le phlegmon superficiel, une douleur aiguë, pulsative, tandis que dans le phlegmon profond ou des organes splanchniques, elle est le plus souvent gravative.

Un organe enflammé est presque toujours troublé dans ses fonctions, mais on ne peut qu'indiquer ici cet ordre de symptômes locaux; c'est dans la pathologie spéciale qu'on en saisira mieux toute l'importance. La fonction d'un organe enflammé éprouve d'ailleurs des troubles variables: elle peut être augmentée, diminuée, pervertie ou tout à fait abolie. Bornons-nous à rappeler ici quelques exemples. Dans le coryza, l'olfaction est diminuée ou éteinte; dans la rétinite, la vision est pervertie au point de donner au malade des sensations subjectives d'objets lumineux; enfin, dans l'otite, l'audition peut être tellement augmentée, que le plus petit bruit soit perçu par le malade.

B. *Symptômes de voisinage.* — On ferait une étude importante en les rassemblant tous, car ils peuvent donner lieu à des erreurs graves. Ainsi les uns se rattachent à des douleurs propagées au loin par une sorte d'action réflexe: telles sont certaines douleurs de l'épaule dans les phlegmasies pleurales qui atteignent les extrémités du nerf phrénique; telle est aussi cette sensation douloureuse à l'extrémité de la verge dans certaines cystites du col. Les autres semblent la conséquence de névrites par propagation: telles sont les douleurs péri-orbitaires de la conjonctivite, sous-orbitaires de la phlegmasie du sinus-maxillaire, etc. C'est l'inflammation mère qui se propage aux nerfs voisins. Enfin quelques symptômes de voisinage ne relèvent plus de l'action nerveuse: c'est ce qu'on observe dans la propagation d'une phlegmasie aux lymphatiques voisins. On retrouve dans ces symptômes de voisinage la douleur, la chaleur, la rougeur, un certain degré de tuméfaction, enfin des troubles fonctionnels.

C. *Symptômes généraux.* — Une inflammation peu intense se développe souvent sans entraîner après elle la réaction générale. Il n'en est pas de même pour certaines autres phlegmasies, dont la nature et l'étendue favorisent l'apparition de troubles généraux.

Dans quelques inflammations profondes ou très-larges, la réaction inflammatoire reste en proportion de la phlegmasie; ailleurs, les symptômes généraux précèdent le développement de l'inflammation: ainsi, avant l'apparition de certains érysipèles de la face, le malade se plaint d'un trouble qui diminue ou s'efface lorsque la phlegmasie éclate.

Ces symptômes, communs à beaucoup d'inflammations, consistent dans un malaise général, accompagné parfois d'un frisson suivi rapidement de moiteur; souvent le malade accuse de la faiblesse, une véritable oppression des forces. Quand l'inflammation s'est développée, le pouls s'élève, la chaleur devient très-marquée, et nous avons tous les signes de ce qu'on appelle la *fièvre inflammatoire*. Nous n'insisterons pas davantage sur les symptômes de cette fièvre qui est décrite avec soin dans les divers traités de pathologie interne.

MARCHE DE L'INFLAMMATION. — L'une des conditions essentielles de l'inflammation, c'est de se propager aux parties voisines, et dès 1807 Marandel avait bien indiqué que l'engorgement au voisinage d'un point enflammé devait être considéré comme l'un des caractères les plus constants de l'inflammation. Mais toutes les phlegmasies n'ont point une égale tendance à se propager, et l'on pourrait, comme le fait James d'Exeter (1), les diviser, à ce point de vue, en deux grandes catégories.

On a dû rechercher en vertu de quelles conditions et par quel mécanisme certaines inflammations avaient une grande tendance à se transmettre de proche en proche aux parties voisines de celles qu'elles occupent déjà. Nous ignorerons sans doute longtemps encore pourquoi cette propagation a lieu; il ne reste donc qu'à étudier comment elle se fait.

Nous avons démontré plus haut que l'inflammation débutait par une série de phénomènes qui se passent dans les vaisseaux capillaires. Si l'on admet avec nous que l'inflammation est un phénomène toujours identique avec lui-même, il faudra bien en conclure, avec Broca, que l'inflammation doit se propager par ces mêmes capillaires. Notre savant ami a discuté avec une grande netteté d'exposition les raisons qui le portent à repousser la propagation de l'inflammation, soit par les lymphatiques, soit par le système nerveux (Bordeu et Wilson Philips), soit par le tissu cellulaire (Bichat). Après avoir démontré, contrairement à Bichat, que le tissu cellulaire ne peut propager l'inflammation, qu'il peut seulement en laisser transsuder les produits, il conclut avec raison que les capillaires seuls peuvent propager les phlegmasies. Plus les communications capillaires sont étendues, mieux se fait cette propagation de l'inflammation. Si le tissu cellulaire a paru à Bichat servir à la transmission des inflammations secondaires, c'est qu'il est très-riche en vaisseaux.

On ne saurait trop appeler l'attention des chirurgiens sur ces inflammations par propagation; car pratiquement elles ont une grande importance. Dans un travail qui semble le complément de sa thèse, Broca (2) a montré un exemple saisissant de la propagation de l'inflammation à la plèvre après les plaies du sein. Les inflammations se propagent par des causes locales, mais sous l'influence de conditions générales qu'il ne nous est pas encore donné d'apprécier.

Quand nous étudierons les phlegmasies des divers tissus, nous chercherons à faire voir leur aptitude différente à se propager. Certains organes réunissent dans leur texture des conditions qui font obstacle à cette propagation; les os sont de ce nombre. Mais on ne saurait dire d'une façon absolue avec Vidal, « que l'inflammation a peu de tendance à envahir les » parties voisines, quand elles sont formées de tissus différents de ceux » sur lesquels elle se développe primitivement (3). »

Les phénomènes locaux de l'inflammation, la rougeur, la chaleur, n'ont

(1) J. H. James, *Observations on Different Species of Inflammation*. London, 1821.

(2) *Archives de médecine*, avril 1850.

(3) *Traité de pathologie externe*. 2<sup>e</sup> édit., t. I, p. 237.

point un ordre régulier d'apparition. Dans certaines inflammations de nature peu franche, comme quelques inflammations de la peau, la douleur précède les autres symptômes; bientôt elle est suivie de la rougeur. Dans les inflammations que Gerdy appelle inflammations par déclivité, la congestion sanguine paraît la première; puis la chaleur, la douleur et la tuméfaction se manifestent plus tardivement. Les symptômes fonctionnels suivent à peu près le développement des symptômes locaux.

On a cru reconnaître à certaines inflammations un caractère intermittent; mais tous ces faits se rapportent moins à des phlegmasies franches qu'à des affections nerveuses complexes. La plupart des observations que Mongellaz a citées dans son livre (1) établissent seulement que, sous l'influence de causes inappréciables, il se produit dans certains organes, surtout dans ceux où le grand sympathique se distribue, des congestions sanguines tout à fait analogues à celles que Cl. Bernard produit par la section de ce nerf à la région du cou. Quoiqu'il en soit des explications, on observe sur certains individus des congestions actives de la face, de la pituitaire, de l'intestin, etc., congestions qui reparaissent avec le type quotidien, tierce, quarte, et qui, dans l'intervalle des accès, laissent les malades parfaitement tranquilles.

La durée, courte ou longue, des inflammations a permis de les distinguer en *inflammations aiguës* et *inflammations chroniques*; l'état intermédiaire est désigné sous le nom de *subaigu*. Après avoir duré quelques heures chez certains individus, quelques jours chez certains autres, l'inflammation disparaît, ou se termine par l'un des états que nous allons maintenant signaler.

On reconnaît à l'inflammation plusieurs terminaisons qu'on désigne sous les noms de *délitescence*, *résolution*, *suppuration*, *gangrène*, *induration*. Nous allons les mentionner brièvement ici, nous réservant de revenir sur quelques-unes d'entre elles avec de plus grands développements.

1° On appelle *délitescence* la disparition brusque de l'inflammation. Tantôt cette disparition n'est suivie d'aucun phénomène morbide; tantôt survient dans une autre région du corps une phlegmasie nouvelle: c'est alors la *délitescence* suivie de *métastase*. Mais, sous ce dernier nom, les auteurs ont évidemment confondu des faits différents. Ainsi l'épididymite blennorrhagique ne doit point être prise, comme on l'a fait, pour une inflammation par métastase; c'est une propagation de l'inflammation. Il nous faut également ranger dans les inflammations propagées la méningite qui survient à la suite des érysipèles du cuir chevelu. Toutefois, dans quelques cas, on doit reconnaître qu'il n'existe aucune continuité apparente entre l'inflammation par métastase et celle qui existait primitivement: tel est le cas dans l'orchite que l'on observe à la suite des oreillons.

2° La *résolution* est la disparition graduelle et rétrograde de l'inflamma-

(1) *Essai sur les irritations intermittentes*, passim.

tion, en passant successivement par des états intermédiaires, jusqu'au retour des parties à l'état normal. La résolution de l'inflammation se juge souvent par des sueurs abondantes, par des urines fétides ou fortement chargées d'acide urique, par une diarrhée, et c'est ce que l'on désigne sous le nom de *crises*.

3° La *suppuration* et la *gangrène* sont deux terminaisons de l'inflammation qui doivent nous occuper dans des chapitres spéciaux.

4° L'*induration* est, dans certains organes, la terminaison habituelle de l'inflammation. L'épididyme est très-souvent le siège de ces indurations d'origine inflammatoire. On désigne quelquefois cet état par le nom erroné d'inflammation chronique, quoique l'induration soit due seulement à la persistance des produits plastiques sécrétés par l'inflammation aiguë, et que la chaleur, la rougeur et la douleur aient tout à fait disparu de l'organe malade. Mais la consistance des tissus s'accroît, et ce résultat provient du développement d'éléments anatomiques, cellules ou fibres, dans les liquides exsudés au milieu des éléments normaux.

Il y a encore deux conséquences de l'inflammation dont il faut tenir compte. Quelquefois la phlegmasie imprime une grande activité au développement de l'organe sur lequel elle siège, et l'*hypertrophie* succède à l'inflammation. C'est l'inverse qui a eu lieu dans d'autres cas: l'*atrophie* survient; c'est l'absorption interstitielle de Hunter.

ÉTILOGIE. — Les causes de l'inflammation sont de deux sortes, externes ou internes. Parmi les causes externes, on peut citer les caustiques, les corps étrangers venus du dehors, le froid continu, etc.; mais la plupart des causes internes nous échappent. L'expérience a appris que l'ingestion de certaines substances est suivie de quelques états inflammatoires; ainsi la saturation de l'organisme par le mercure amène du côté de la bouche une inflammation souvent fort intense. Le mécanisme de cette action localisée dans la bouche échappe à nos connaissances. On voit certaines inflammations se développer sous l'influence d'un écart de régime, de quelque trouble fonctionnel, d'une cause spécifique. On a souvent désigné ces phlegmasies sous le nom d'*inflammations spécifiques*.

Les causes prédisposantes des inflammations chirurgicales sont très-nombreuses et très-difficiles à exprimer. On sait seulement que l'âge, le climat, le sexe, ne sont point sans avoir une influence réelle. Pour en citer un seul exemple, on connaît la fréquence des ophthalmies dans l'enfance et dans certains climats. Quelques organes ont une fâcheuse prédisposition aux inflammations: ainsi l'épididyme s'enflamme très-facilement à la suite de blennorrhagies.

Ce qu'il importe le plus de remarquer dans l'étiologie, c'est la distinction importante des inflammations de cause externe et de cause interne. Aussi les anciens leur avaient appliqué deux noms différents, *inflammatio genuina*, *inflammatio spuria*.

DIAGNOSTIC. — Les inflammations superficielles sont rarement méconnues par un chirurgien attentif; mais les phlegmasies profondes exigent un

examen plus soutenu, car elles ne peuvent être soupçonnées qu'à l'existence de la douleur et de certains troubles fonctionnels. Après les opérations de taille, une vive douleur dans la région lombaire doit faire craindre le développement d'une néphrite. Quelquefois on perçoit alors une différence notable dans la chaleur de la région douloureuse et de la région voisine qui ne l'est pas.

Il importe encore de savoir distinguer la véritable inflammation de certaines congestions passives, quelquefois d'origine mécanique; mais cette distinction ne peut être véritablement faite que dans la pathologie spéciale. Nous avons parlé plus haut de ces inflammations intermittentes qui sont de véritables fièvres périodiques, accompagnées de phénomènes inflammatoires; on les reconnaît au retour régulier des phénomènes fébriles et inflammatoires, à une fièvre plus développée que l'inflammation locale ne l'indiquerait, à un accroissement et à une terminaison rapides de la phlegmasie, enfin à une récurrence brusque des accidents, etc.

PRONOSTIC. — Le pronostic de l'inflammation varie à l'infini, suivant la constitution du malade, la nature spécifique ou non de la phlegmasie, l'organe affecté, etc., et ne peut être l'objet d'un aperçu général.

TRAITEMENT. — Le traitement doit être d'abord diététique, et certaines inflammations cèdent aux seuls efforts d'un régime bien entendu. Ainsi, dans toute phlegmasie un peu intense, les aliments seront diminués; toutefois ce précepte ne doit pas être absolu, et il appartient à un chirurgien expérimenté de distinguer certaines constitutions affaiblies ou naturellement débiles auxquelles la diète ne conviendra pas. Les boissons, dans les inflammations avec fièvres, seront abondantes et légèrement acidules. On veillera au maintien régulier des gardes-robis, au repos du corps et de l'esprit. L'étendue ou l'énergie de la phlegmasie exigera souvent le séjour au lit. On sait d'ailleurs que, dans la position horizontale, le nombre des pulsations diminue, et ce ralentissement de la circulation n'est pas sans utilité.

Les moyens puisés dans le seul régime restent sans action dans un grand nombre de phlegmasies externes qui exigent une intervention chirurgicale. On devra d'abord s'assurer si l'inflammation n'a pas une cause physique; car on guérirait le malade en faisant disparaître cette cause. Nous voyons souvent des kératites graves produites et entretenues par le frottement intempestif d'un cil contre la surface antérieure de la cornée. On enlève le cil, et le malade est très-promptement guéri.

Mais souvent la cause de la phlegmasie échappe à l'œil le plus scrutateur, et il faut avoir recours à des moyens chirurgicaux et pharmaceutiques.

A. *Moyens chirurgicaux.* — Sous ce nom nous désignerons seulement quatre moyens: 1° les *émissions sanguines*, 2° une *certaine position* des parties enflammées, 3° la *compression*, 4° les *débridements*.

1° Les *émissions sanguines* sont locales ou générales; le choix que le chirurgien est appelé à faire exige qu'il tienne compte de l'étendue,

de la forme, de la nature de l'inflammation, comme de l'âge, du sexe et de la constitution des malades.

Certaines inflammations à tendance gangréneuse, chez des individus débilités, se refusent aux émissions sanguines. Les saignées locales faites avec des sangsues ou des ventouses conviennent chez ceux qui ne supportent pas facilement une perte rapide de sang, dans les phlegmasies qui envahissent des organes rapprochés de la peau (les ganglions), enfin dans certaines inflammations thoraciques qui exigent une répétition fréquente de ces émissions sanguines. Les saignées faites par la lancette peuvent être larges ou petites et souvent répétées. Les saignées larges nous paraissent convenir très-bien dans les inflammations étendues, ou très-intenses et très-douloureuses, comme celle de l'œil et de l'oreille. Quant aux saignées petites et à répétition, comme les pratiquait Lisfranc, leur utilité est loin d'être démontrée dans aucun cas.

Quand faut-il cesser les émissions sanguines? On ne peut faire à cette question de réponse absolue. Si la douleur diminue rapidement, si l'individu s'affaiblit vite, si la phlegmasie tend à s'indurer et à passer à l'état chronique, il faut cesser les émissions sanguines et recourir à d'autres moyens. Quoi qu'il en soit, chaque saignée doit être au moins de 200 grammes, et, dans une inflammation un peu vive, il faut tout d'abord tirer environ 600 grammes de sang.

2° Un adjuvant utile mais trop souvent négligé des émissions sanguines, c'est l'*élévation des parties enflammées*. L'influence de la pesanteur, incontestable sur les congestions sanguines ou séreuses et sur les infiltrations ecchymotiques, est aussi des plus évidentes sur la marche des phlegmasies. C'est ce qui ressort aujourd'hui d'un assez grand nombre de travaux publiés successivement par Isidore Bourdon (1), A. Lacroix (2), Dugat-Establir (3), Gerdy jeune (4), Piorry (5), travaux qui se trouvent savamment rassemblés dans l'excellente thèse du professeur Nélaton (6).

C'est dans les inflammations phlegmoneuses des membres que l'on constate plus facilement l'influence de la pesanteur. Ainsi, les panaris, les phlegmons diffus des membres, éprouvent souvent, par suite d'une position élevée de la partie malade, un retrait immédiat de leurs symptômes les plus graves. Le premier qui s'efface, c'est la douleur: tous les individus atteints de panaris savent quel soulagement ils obtiennent en tenant la main malade dans une position élevée. Le volume des parties tuméfiées diminue aussi, et dans son mémoire Marc Dupuy (7) a rappelé plusieurs faits où la mensuration avait donné rapidement des diminutions considérables. Dans

(1) *Mém. sur l'influence de la pesanteur sur quelques phénomènes de la vie*, 1819.

(2) *Considérat. patholog. et thérapeutiques sur l'attitude de l'homme*. Thèse, Paris, 1824.

(3) *De l'attitude du corps comme cause et comme signe dans les maladies*. Thèse, Montpellier, 1825.

(4) *De l'influence de la pesanteur* (Archives de médecine, décembre 1833).

(5) *De l'influence de la pesanteur sur la circulation*, 1835.

(6) *Concours de clinique chirurgicale*, 1835.

(7) *Archives de médecine*, 1846, t. XII, p. 295.

les affections érysipélateuses on ne tarde point à voir la partie rouge pâlir et perdre sa chaleur élevée. Pour les membres supérieurs, il suffit d'un bandage très-simple pour maintenir les mains en haut; des coussins convenablement échelonnés serviront à élever les membres inférieurs. Dans ce dernier cas il faut prendre grand soin, après la guérison, de ne pas faire marcher les malades trop tôt; le brusque retour de la position déclive ne serait pas sans danger. On commencera par de très-petites courses, et l'on arrivera peu à peu à l'exercice normal.

3° La *compression* est employée avec succès depuis plus de trente ans, par Velpeau (1), contre certaines inflammations, mais elle ne peut convenir qu'aux phlegmasies de quelques régions convenablement disposées pour l'application des agents compresseurs. On pratique cette compression soit avec des bandes de toile, soit avec des bandelettes de diachylon. Les plus grandes précautions doivent être prises pour que cette compression soit régulière, méthodique, et ne serre pas certains points plus énergiquement que d'autres. Parmi les moyens de compression il faut placer aussi le collodion, qu'on a récemment proposé dans le traitement de quelques phlegmasies, et en particulier de l'érysipèle et de l'orchite. A cet effet, on l'applique en couches assez épaisses à la surface de la peau érysipélateuse ou du scrotum. En se desséchant, il se rétracte avec une force telle qu'on doit le considérer comme un bon agent compresseur; seulement il se fait assez souvent, dans la couche de collodion, des fissures à travers lesquelles la peau s'étrangle, ce qui occasionne beaucoup de douleur.

On a eu, dans ces derniers temps, l'idée d'appliquer au traitement de certaines inflammations la compression digitale des artères, qui a donné de beaux résultats dans la thérapeutique des anévrysmes. C'est un habile chirurgien de Padoue, Vanzetti (2), qui a préconisé ce moyen, applicable surtout aux phlegmasies des membres. On comprime le tronc artériel principal dont les branches se distribuent au membre malade, et le ralentissement de la circulation sanguine est bientôt suivi d'une véritable diminution des symptômes inflammatoires. Il suffit de douze ou quinze heures de compression intermittente pour obtenir une amélioration considérable; le malade peut, dans la majorité des cas, faire tout seul la compression artérielle, lorsque le chirurgien, l'ayant faite pendant une heure ou deux, a montré au patient comment il faut appliquer les doigts sur le trajet de l'artère. Lorsque la main, appliquée depuis quelque temps, commence à éprouver de la fatigue, on cesse de comprimer, et l'on y revient dès que les doigts sont bien reposés. Vanzetti cite, à l'appui de ces assertions, deux observations intéressantes, l'une d'érysipèle phlegmoneux du bras, et l'autre d'arthrite du poignet, dans lesquelles la guérison a été promptement obtenue par la compression digitale de l'artère. Nous n'avons pas d'expérience personnelle sur

(1) *Archives de médecine*, 1826, t. XI, p. 192 et 395.

(2) *Cenni sulla cura dell' infiammazione colla compressione digitale*. Venise, 1858.

ce point, et nous nous contentons de rappeler les faits curieux mentionnés par le professeur de Padoue.

4° Les *débridements* doivent, à plus d'un titre, être regardés comme d'excellents moyens à opposer au développement de certaines phlegmasies. Nous avons toujours vu la douleur et la tension des orchites céder très-vite au débridement de la tunique albuginée; les inflammations du tissu cellulaire, circonscrites ou diffuses, s'arrêtent presque toujours par des incisions faites de bonne heure; mais bornons-nous aujourd'hui à ces simples indications, et nous reviendrons sur ce point de thérapeutique chirurgicale en traitant du phlegmon diffus.

B. *Moyens pharmaceutiques*. — Ils sont locaux ou généraux, et trouvent leur indication dans une foule de cas.

1° On emploie souvent les *topiques répercussifs* pris dans une classe d'agents médicamenteux qui produisent une constriction des tissus, et paraissent devoir amener dans les capillaires un resserrement qui arrête l'afflux sanguin. Les substances *stiptiques* ou *acides* figurent parmi les répercussifs, mais il faut y placer en première ligne les *réfrigérants*. Le froid diminue dans les parties enflammées l'afflux sanguin, et sous son influence on voit souvent disparaître la chaleur, la rougeur et la tuméfaction. Ces effets, bien connus, ont fait de tout temps classer les réfrigérants parmi les antiphlogistiques. Quelques enthousiastes du froid *intus* et *extra* n'ont point tardé à trouver une explication rationnelle de cette action: c'est parce qu'en refroidissant les parties enflammées, on les place dans les conditions des animaux à sang froid qui ne suppurent pas. On sait combien est faux le fait qui sert de base à cette hypothèse.

Quoi qu'il en soit, dans un grand nombre de cas, le froid est utile à opposer aux inflammations. La glace et l'eau glacée sont surtout mises en usage ici de préférence à l'éther et à l'alcool, qui, en s'évaporant, donnent lieu à un froid assez vif, mais sont d'un maniement plus difficile. Quelques chirurgiens ont aussi conseillé d'augmenter progressivement l'intensité du froid, et cette précaution n'est pas sans utilité. On doit bien se rappeler ici que l'application du froid doit être prolongée; si elle est promptement interrompue, une réaction trop vive succède à la sédation inflammatoire. L'emploi du froid en chirurgie demande une intelligente appréciation de chaque cas, mais on peut dire en général que les réfrigérants ne conviennent guère aux inflammations trop étendues ou à celles qui envahissent certains organes glanduleux et ont une grande tendance à se terminer par induration.

2° Plus souvent employés par les répercussifs, les *émollients*, sous forme semi-solide (cataplasmes) ou liquide (fomentations, injections), conviennent dans presque toutes les inflammations. Il faut les interrompre seulement lorsque la résolution inflammatoire ne se faisant plus, les liquides semblent stagner dans les parties enflammées qu'ils engorgent.

3° Les *agents narcotiques* unis aux émollients agiront bien dans les in-

inflammations très-douloureuses; il faut en craindre l'emploi dans les phlegmasies qui ont une tendance à la gangrène.

4° On combat parfois certaines inflammations à l'aide de *révulsifs*, dont l'action apparente est de substituer à une inflammation naturelle une phlegmasie artificielle. Le nitrate d'argent promené sur une surface enflammée, un vésicatoire appliqué au centre d'un érysipèle, sont de bons exemples à citer ici pour recommander cette pratique.

Le chirurgien emploie souvent des moyens internes pour combattre certaines phlegmasies, et c'est aux mercuriaux seuls ou associés à l'opium qu'il a le plus généralement recours. On fait alors usage du calomel à dose fractionnée ou d'onctions mercurielles larges et souvent répétées. Il faut, pour obtenir un résultat utile, que le mercure absorbé amène ou une salivation notable ou un goût mercuriel très-prononcé. C'est dans les inflammations oculaires qu'on fait le plus utilement usage des préparations mercurielles.

Les purgatifs ordinaires sont très-souvent prescrits dans le cours de certaines phlegmasies, à titre de révulsifs sur l'intestin; on fait moins usage en chirurgie des agents de la médication contro-stimulante.

## ARTICLE II

### DE L'EXSUDATION

L'inflammation, arrivée à un certain degré, donne lieu à la formation de produits variés qu'on appelle des *exsudats*, et le phénomène en vertu duquel cela a lieu est désigné sous le nom d'*exsudation inflammatoire*.

Les produits d'exsudation ont été tour à tour appelés suc nourricier, suc organisable, lymphe plastique, lymphe coagulable, matière albumineuse, etc.

HISTORIQUE. — C'est depuis les travaux de Hunter que les recherches sur l'exsudation ont pris une direction scientifique : on trouvera dans divers passages de son chapitre sur l'*inflammation adhésive* des idées qui n'ont pas vieilli; mais c'est aux études des micrographes modernes que l'on doit une bonne histoire de l'exsudation, et nous citerons surtout celles de Vogel, Henle, Lebert, Paget, etc. On consultera aussi avec profit les deux mémoires suivants :

J. MEYER, *Ueber die Neubildung von Blutgefässen in plastischen Exsudaten seröser Membranen und in Hautwunden* [Sur la formation des vaisseaux sanguins dans les exsudats plastiques, etc.] *Annales des Charité Krankenhauses*, Jahrg. IV, Heft I, S. 41-140). — MONNERET, *Des phlegmasies exsudatives* (*Revue médico-chirurg. de Paris*, mars 1855).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Paget, dans les leçons remarquables qu'il a publiées sur l'inflammation, distingue quatre produits principaux d'exsudation : la sérosité, le sang, le mucus et la lymphe plastique; mais de

ces quatre produits nous ne pouvons en conserver que deux, le sérum et la lymphe plastique, et ne sont-ce pas plutôt deux degrés d'un même exsudat? Quant au sang, il ne se mêle qu'accidentellement aux produits d'exsudation, et le mucus sécrété par les muqueuses enflammées n'a ni les qualités ni la destination du sérum et de la lymphe plastique.

Les produits les plus immédiats de ce que Hunter a appelé l'inflammation adhésive sont donc le *sérum* et la *lymphe plastique*.

1° La *sérosité inflammatoire*, que Vogel a appelée *hydropisie fibrineuse*, est remarquable dans l'organisme vivant par sa fluidité et son absence de coagulation. Paget cite même un cas où ce liquide fibrineux est resté trois jours dans un membre amputé sans se coaguler. Plus ou moins fluide, d'une couleur qui varie du jaune au rose foncé, le sérum inflammatoire est bien caractérisé par le liquide des hydrocèles aiguës de l'épididymite blennorrhagique. Il contient une très-grande quantité d'eau et assez peu d'éléments anatomiques distincts; si on l'abandonne à lui-même, il se forme dans son intérieur un petit caillot composé de fibrine pure et reconnaissable à ses caractères; mais si on le chauffe, il laisse précipiter une assez grande quantité d'albumine. Il renferme aussi quelques sels.

2° La *lymphe plastique* diffère de la sérosité pure des phlegmasies par une consistance plus grande, une tendance plus marquée vers l'organisation, enfin la présence d'éléments que nous allons étudier. On la voit étendue à la surface des membranes enflammées ou infiltrée dans les aréoles du tissu cellulaire; de là deux variétés d'exsudations, les *exsudations superficielles* et les *exsudations interstitielles*.

Les exsudations superficielles peuvent être constatées à la surface d'une plaie récente ou d'une membrane séreuse légèrement enflammée. Dans le cas de plaie, lorsque les extrémités des capillaires ont subi une sorte de contraction, on voit suinter un suc onctueux et transparent. Thomson a vu, dans des expériences, que quatre heures suffisaient pour qu'il existât à la surface d'une plaie une couche de lymphe plastique. S'il s'agit d'une séreuse légèrement enflammée, on aperçoit une rougeur plus vive due à l'accélération et à la stase du sang dans les vaisseaux sous-séreux; puis la membrane se recouvre d'une sérosité plus abondante entremêlée de quelques flocons grisâtres, développés surtout suivant le trajet des vaisseaux; ces ilots floconneux se rapprochant par leurs bords, la séreuse est bientôt recouverte d'une couche fibrineuse et adhérente de lymphe plastique. Cette couche subit peu à peu des transformations que nous étudierons plus loin.

Tel est le développement d'une exsudation superficielle. Mais si la phlegmasie a envahi le parenchyme d'un organe ou l'épaisseur d'un tissu, l'organe et le tissu se gonflent ou s'infiltrent d'une matière grisâtre qui en augmente la densité. Ce sont là, par exemple, les exsudations interstitielles de la pneumonie au second degré.

L'examen chimique et l'examen microscopique ont eu pour but de