

caractérisé se termine presque fatalement par la mort, et la malade succombe au milieu des symptômes de la fièvre puerpérale.

§ VI. — Traitement.

Les émissions sanguines réussissent bien dans la forme bénigne de la métrite ; mais dans la forme qui s'accompagne de l'introduction de matières septicémiques dans la circulation, et qui n'est autre qu'une fièvre puerpérale ayant eu pour point de départ une inflammation de l'utérus, elles échouent presque complètement.

On trouvera bien d'appliquer des sangsues au niveau de l'utérus. On recouvrira ensuite la région de cataplasmes ou de fomentations émollientes.

Le calomel associé à l'opium est d'une incontestable utilité quand ces médicaments agissent doucement. Mais souvent le calomel provoque la diarrhée. Dans ce cas, il faudra en diminuer la dose ou le supprimer tout à fait. On fera alors des onctions mercurielles sur le ventre et l'on administrera l'opium à l'intérieur.

Quand la période aiguë de la maladie est passée, on aura recours avec avantage aux vésicatoires volants ; le ventre sera recouvert d'une carde d'ouate. Les entrailles seront tenues libres, mais par les moyens les plus doux ; car les purgatifs un peu actifs paraissent, au contraire, augmenter le mal.

Dans la forme grave on peut employer avec avantage les alcooliques. On immobilisera l'intestin en donnant des doses fractionnées d'opium.

CHAPITRE III

PHLEGMATIA DOLENS. — PHLÉBITE CRURALE

§ I. — Définition, historique, causes.

Cette maladie, sous divers noms : « *Anasarque séreuse, phlegmasie lactée, œdème lacté, jambe laiteuse, jambe blanche, jambe enflée, etc., etc.* », est depuis longtemps connue, bien qu'il y ait eu et qu'il y ait encore des opinions très diverses sur sa nature. Elle a été décrite par Roderick de Castro en 1603, et depuis par Moriceau, Puzos, Levret, Petit, Leake, White, Hull (1), Tyre, etc. Elle consiste en un gonflement incolore d'une ou des deux jambes (simultanément ou l'une après l'autre), peu de temps après la délivrance, avec douleur, sensibilité et fièvre, durant un certain temps, et suivant un cours bien déterminé. La jambe gauche est de beaucoup plus souvent atteinte que la jambe droite, sans qu'on puisse se rendre compte de la cause.

(1) Hull, *An Essay on Phlegmatia dolens*. Manchester, 1800.

Cette maladie peut arriver à la suite de la première couche, mais elle est beaucoup plus fréquente chez les multipares. Les femmes délicates ou d'une constitution lymphatique, et surtout celles qui souffrent d'une irritation quelconque de l'utérus après la délivrance, sont plus aptes, dit-on, à être atteintes de cette maladie. Elle suit assez souvent l'extraction du placenta, comme dans le cas de Chatts (1). Les femmes qui en ont souffert une fois sont très aptes à en avoir une légère atteinte après un accouchement suivant, sans qu'il y ait retour des causes qui l'avaient occasionnée une première fois. Nous avons vu des malades chez lesquelles ces faits se sont reproduits plusieurs fois, mais chaque fois de plus en plus faiblement.

Elle peut éclater très rapidement après la délivrance, et le moment de l'invasion fait varier notre opinion sur le cas, selon qu'elle commence avant ou après le sixième jour. Sur vingt-deux cas observés par R. Lee (2), sept furent pris entre le quatrième et le douzième jour, et quatorze après la seconde semaine. Levret cite un cas où la maladie apparut au sevrage de l'enfant ; et Blundell dit « que dans de rares circonstances elle apparaît même plusieurs mois après la délivrance (3) ».

Mais ce n'est pas nécessairement et exclusivement une maladie « *post partum*, » et, comme ceci est un point important, nous pouvons être excusés de nous étendre en détail sur ce sujet. L'auteur le plus ancien qui mentionne cette maladie comme suivant l'accouchement est, croyons-nous, Puzos, qui cite deux femmes enceintes, l'une de quatre mois et l'autre de sept, chez qui elle se produisit. Meigs dit qu'il a rencontré un grand nombre d'exemples de phlegmatia dolens pendant la grossesse.

Denmann, Burns, Dewees, Mac-Clintock, en mentionnent des cas survenant après l'avortement, spécialement lorsqu'une partie de l'œuf est restée. Willan (4) et R. Lee, M. Lawrence (5), Copland et Dewes ont rapporté des cas survenus chez les malades souffrant d'ulcérations malignes au col de l'utérus. Blundell a rencontré la maladie accompagnant des excroissances fongueuses malignes du même organe. Copland rapporte un cas coïncidant avec une métrite chez une dame qui n'avait pas été enceinte depuis plusieurs années. Les attaques de cette maladie ont aussi suivi des suppressions menstruelles par le froid, comme dans les cas rapportés par Tomasini (de Bologne). R. Lee et Mac-Clin-

(1) Chatts, *Medical Gazette*, 14 septembre 1830.

(2) Lee, *A Contribution to the pathology of phlegmatia dolens* (*Medico-chirurgical Transactions*, London, 1829, t. XV, p. 132).

(3) Blundell, *Principles and practice of obstetrics*, p. 785.

(4) Willan, *Reports of the Diseases of London*, p. 325.

(5) Lawrence, *Case of phlegmatia dolens, caused by inflammation of the vein of the lower extremity, excited by malignant ulceration of the cervix uteri* (*Medico-chirurgical Transactions*, t. XVI, p. 58).

tock. Nous le répétons, il peut n'y avoir aucune maladie de la matrice, ni aucun désordre dans ses fonctions, comme dans les cas de phlegmatia dolens accompagnant une dysenterie, décrit par Mayne, ou comme celui de cancer de l'estomac rapporté par Blachez (1), et enfin cet œdème peut survenir dans les extrémités supérieures(2), on le rencontre même d'une façon bien marquée chez l'homme.

L'œdème blanc et douloureux en dehors de l'état puerpéral, et même, chez l'homme, peut devenir un précieux élément de diagnostic dans certaines cachexies tenant à des lésions organiques profondes, tubercule, cancer. Trousseau (3), insiste particulièrement sur la fréquence de cette manifestation symptomatique, qui souvent lui a servi à déterminer le siège et la nature de ces lésions.

§ II. — Symptômes.

Comme nous avons généralement affaire à cette maladie survenant chez des femmes qui ont souffert d'irritation ou d'inflammation de la matrice, il n'est pas surprenant que les premiers symptômes se signalent par des douleurs ou des angoisses dans la partie inférieure de l'abdomen, s'étendant le long du bord du bassin.

Dans quelques cas, il y a une sensation plus ou moins marquée de froid ; dans d'autres, il n'y en a aucune. La malade est irritable, déprimée, et se plaint d'une grande faiblesse, de mal de tête et de soif. Denmann fait observer que : Avant l'apparition de gonflement ou de la sensibilité dans la jambe qui va être affectée, la femme devient très irritable, éprouve un grand sentiment de faiblesse et une grande dépression morale sans cause apparente, elle se plaint de douleurs passagères dans la région de l'utérus, qui souvent ont fait prédire l'approche de la maladie. Peu de temps après, la malade ressent une douleur aiguë dans le mollet, s'étendant à l'intérieur du talon, suivant le cours des lymphatiques, se déployant le long de la partie interne de la cuisse jusqu'à l'aîne et occasionnant une légère sensibilité à la partie inférieure de l'abdomen. Quelquefois, cependant, il n'y a aucun symptôme avant-coureur ; la malade est prise subitement de douleurs dans le mollet, ou bien encore la maladie débute comme le rhumatisme, atteignant le dos et l'articulation de la hanche, comme l'a observé Burns : « Quelquefois il n'y a pas de malaise dans le ventre, et le premier symptôme est une douleur subite et très vive dans le mollet. Environ vingt-quatre heures après que la douleur est ressentie, le membre enfle et devient roide ; il est chaud, mais il n'est

(1) Blachez, *Phlegmatia dolens avec cancer de l'estomac et phlébite de la veine porte inférieure, des veines iliaque et fémorale droite* (Bull. de la Société anatomique, 2^e série, t. II, p. 28).

(2) Winn, *Medical Times and Gazette*, 14 août, new series, t. V, p. 66.

(3) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 5^e édit., t. III.

pas rouge ; il est plutôt pâle et un peu brillant. Le gonflement s'étend quelquefois de l'aîne en descendant, mais dans la plupart des cas il remonte du mollet vers l'aîne (1). Il est généralement suivi d'une diminution de la douleur, mais elle ne cesse pas complètement. Quelquefois la maladie commence comme le rhumatisme, atteignant le dos ou l'articulation de la hanche. Alors la partie supérieure de la cuisse devint douloureuse et gonflée, puis le mollet est le siège de douleurs vives ; quelquefois, tout d'abord, le membre malade semble plus froid que l'autre (2). »

Trousseau signale, comme un fait digne de remarque, que la main appliquée sur le membre malade ne perçoit aucune différence de température. D'où il tire cette conclusion qu'on doit exclure toute idée de gangrène, en même temps qu'on éloignera l'hypothèse d'une *phlegmasie* du tissu cellulaire.

Quand la maladie commence dans le pelvis, la douleur s'étend rapidement sous le ligament de Poupart, le long de la cuisse, du jarret, du mollet jusqu'au pied. La douleur est continue, quelquefois, mais rarement rémittente, et peu soulagée par la position, bien que la jambe pendante augmente considérablement la douleur. Peu après le début, la région inguinale est tuméfiée et tendue, et un jour ou deux après la cuisse se gonfle et devient roide, blanche et brillante. Le gonflement peut s'arrêter à la cuisse ou s'étendre jusqu'au talon, et varie beaucoup en développement. Parfois la jambe est considérablement augmentée de volume ; quand la douleur éclate dans le dos et dans les hanches, les fesses et la vulve enflent et deviennent brillantes et tendues. Quand la maladie débute dans le mollet, le gonflement se remarque d'abord dans cet endroit ou à la cheville, remontant graduellement le long de la jambe et de la cuisse. La température du membre s'élève généralement, bien que dans quelques cas rares elle soit au-dessous de ce qu'elle est ordinairement. Au commencement et au déclin de la maladie, le membre conserve la marque de la pression, mais lorsque la distension est très grande, il ne la conserve pas. Ainsi que l'a décrit R. Lee : « Dans quelques cas bien constatés de phlébite crurale, au début de la maladie, l'impression du doigt est restée sur différentes parties du membre, particulièrement le long du tibia. Mais à mesure que l'intumescence augmente, la marque de la pression cesse de se produire, jusqu'à ce que l'état aigu soit passé.

Au début de la maladie, on observe dans quelques cas une rougeur érythémateuse diffuse des téguments, le long de la partie intérieure de la cuisse et de la jambe. »

Dans presque tous les cas, on peut suivre la veine fémorale de l'aîne

(1) Denmann, *Introduction to midwifery*, p. 506.

(2) Burns, *Midwifery*, p. 609.

le long de la cuisse, dure au toucher, et roulant sous le doigt comme une corde.

La coagulation du sang peut être due à une phlébite chez la femme en couches, mais il ne faut pas oublier qu'en dehors de toute inflammation veineuse, ce liquide peut subir dans les vaisseaux la coagulation spontanée, due aux modifications importantes du sang dans l'état puerpéral. (Excès de fibrine, diminution des globules sanguins, augmentation des globules blancs.)

§ III. — Terminaison.

1° La maladie peut, et c'est le plus souvent le cas, se terminer par *résolution*. Les symptômes généraux se calmant graduellement, la maladie devient locale : après cinq ou six semaines, le gonflement diminue, la sensibilité disparaît, l'état général s'améliore, et peu à peu la malade reprend l'usage de ses membres. Il faut cependant longtemps avant que la jambe malade perde complètement la sensation de jambe de bois, et retrouve la faculté de se mouvoir naturellement.

2° La décroissance de la maladie peut être encore plus graduelle : le membre restant gonflé, la tuméfaction augmentant de temps à autre, la malade y conservant pendant des mois entiers des sensations imparfaites, et n'ayant pas le contrôle de ses mouvements. Dans ces cas, on observe un épaississement de la peau ou du tissu cellulaire sous-cutané ; et nous avons vu, dans deux cas, la malade atteinte d'une inflammation de la peau ressemblant à de larges plaques d'*urticaire* qui duraient quelques jours, étaient quelquefois douloureuses et disparaissaient.

3° La *suppuration* peut avoir lieu, même au point de remplacer la maladie primitive et de faire redouter la mort par épuisement (1).

4° La *mort* peut survenir, ou subitement (2), peut-être parce que la malade se sera relevée sur son lit ; ou plus lentement par épuisement, par paralysie (3), ou par quelque maladie secondaire provenant de la phlébite. Burns remarque : « que cette maladie n'est pas généralement une maladie mortelle, mais elle est fastidieuse, et souvent accompagnée de symptômes hectiques. La mort, néanmoins, peut être causée par la suppuration ou la gangrène ; ou par l'épuisement causé par la violence de la maladie constitutionnelle ; ou par un effort, souvent fatal, fait par la malade ; ou bien, au moment où la jambe paraissant être mieux, il est survenu des frissons et des vomissements jour-

(1) La suppuration est toujours due à une complication inflammatoire.

(2) Ball et Charcot, *Sur la mort subite et la mort rapide à la suite de l'obturation de l'artère pulmonaire des caillots sanguins* (Gaz. hebdom., 1858).

(3) Todd, *Cyclopædia of practical medicine*, art. PARALYSIE.

naliers, des douleurs dans d'autres parties du corps, un pouls fréquent avec délire précédant la mort (1). »

Cette mort subite, qui a été étudiée par Virchow (2), est un des accidents les plus terribles de la période d'état de la phlegmatia alba dolens des femmes en couches. Dans ces cas, les caillots obturateurs se déchirent, se fragmentent, et les débris sont emportés vers le cœur et de là dans l'artère pulmonaire. On voit alors survenir une dyspnée intense, et les malades succombent rapidement à une sorte d'asphyxie, sur laquelle Trousseau a appelé l'attention (3).

§ IV. — Anatomie pathologique.

1° A l'ouverture du membre, on le trouve distendu par le sérum répandu dans le tissu cellulaire.

2° Les veines sont oblitérées dans quelques endroits de leur parcours par des caillots de sang fermement adhérents aux parois. Leur membrane externe est d'une couleur rouge foncé causée par la teinture ou par l'inflammation, plus probablement causée par cette dernière ; on trouve parfois une couche de lymphes coagulées tapissant les différents vaisseaux, et on y a remarqué de la matière purulente.

Les veines qu'on a trouvées ayant subi ces changements sont : la veine fémorale, les veines iliaques externes, internes, et communes de l'un ou l'autre côté ; les veines épigastrique, spermatique, *circumflexe iliaque*, utérine, vaginale et saphène, et la veine cave.

3° Selon Bouillaud, des preuves de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques ont été observées dans un nombre considérable de cas, et dans plusieurs la présence de matière purulente a été reconnue (4).

4° Dugès, cité par Bouillaud (5), a montré que l'inflammation des nerfs vient, au moins quelquefois, compliquer cette maladie.

5° On peut trouver, dans différentes parties, les preuves de l'existence des effets secondaires de la phlébite, spécialement dans les cavités séreuses, et on note aussi la formation d'abcès dans le membre malade et même dans des parties bien plus éloignées.

Ces lésions sont bien au nombre de celles qu'on rencontre toutes les fois qu'il existe une phlébite. Mais, toute formation de caillot veineux n'est pas la conséquence forcée de l'inflammation veineuse. Souvent, en effet, on n'a pu trouver ni épaississement, ni rougeur des parois, ni desquamation de l'épithélium vasculaire, ni dépôt inflam-

(1) Burns, *Midwifery*, p. 609.

(2) Virchow, *La Pathologie cellulaire*, traduit de l'allemand, 3^e édit. Paris, 1868.

(3) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 5^e édition, Paris, 1877, t. III.

(4) Bouillaud, *Arch. gén. de Méd.*, janv. 1823, t. II, p. 192 ; *Dictionnaire de méd. et de chirurgie pratiques*. Paris, 1834, t. XII, art. PHLEGMATIA DOLENS.

(5) Bouillaud, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1834, t. XII, p. 687.

matoire dans le tissu cellulaire; c'est donc alors dans l'état général de la malade, dans les conditions morbides particulières du sang, qu'on recherchera la cause de la coagulation, et non dans la lésion locale.

§ V. — Pathogénie.

Nous sommes maintenant en état d'étudier la pathogénie de cette affection, qui a donné lieu à tant de disputes et à tant d'opinions diverses. Les notions les plus anciennes sur ce sujet ne sont que de simples spéculations: par exemple, Mauriceau considère la maladie comme étant due au reflux, sur les extrémités inférieures, de certaines matières qui auraient dû être évacuées avec les lochies (1). Puzos (2) et Levret (3) l'attribuent à un dépôt de lait dans la partie affectée; cette opinion était encore récemment adoptée en Angleterre, comme l'indique l'un des noms vulgairement donnés à cette maladie (jambe laiteuse); quelques praticiens ont l'habitude de mettre continuellement l'enfant au sein pour prévenir la métastase lorsqu'elle est menaçante, ou pour la dissiper lorsqu'elle est survenue.

En 1714, White (de Manchester) (4) suggéra et adopta l'opinion que la maladie provenait de l'obstruction ou de tout autre état morbide des vaisseaux lymphatiques, et des glandes de la partie malade. Trye, en 1792 (5), attribue ce gonflement à la rupture des vaisseaux lymphatiques au moment où ils croisent le bord du bassin, sous le ligament de Poupert. Ferriar maintenait qu'il y a un état inflammatoire général des lymphatiques dans cette maladie. Hull (1800) (6) considérait comme cause prochaine de la maladie une affection inflammatoire, produisant subitement une grande effusion de sérum et de lymphes coagulés dans le tissu cellulaire du membre malade. Il supposait que tous les tissus, muscles, tissus cellulaires, vaisseaux lymphatiques, nerfs, glandes, vaisseaux sanguins, étaient atteints.

Jusqu'à-là les opinions étaient fondées sur un mélange de théorie et d'observation, sans aucune tentative de les appuyer sur des recherches pathologiques. La première lueur jetée sur ce sujet par l'examen cadavérique est due à Davis. En 1817, il examina l'état des veines chez une malade qui était morte de cette maladie, et y découvrit une grande inflammation; l'autopsie est ainsi décrite:

(1) Mauriceau, *Maladies des femmes grosses*, t. I, p. 446.

(2) Puzos, *Traité des accouchements*, p. 350.

(3) Levret, *L'Art des accouchements*, p. 932.

(4) White, *An Inquiry into the Nature and Causes of that swelling in one or both of the lower Extremities which sometimes happens to Lying-in women*. Warrington, 1784.

(5) Ch.-B. Trye, *An Essay on the swelling of the lower Extremities incident to the Lying-in women*.

(6) Hull, *An Essay on Phlegmatia dolens including an Account of the Symptoms, Causes and cure of Peritonitis puerperalis and conjunctiva*. Manchester, 1800.

« 6 mars 1817: le membre inférieur gauche présentait un gonflement œdémateux uniforme, sans décoloration, et s'étendant de la hanche au pied.

A l'examen, cet état fut reconnu comme provenant de l'effusion œdémateuse dans le tissu cellulaire. Les glandes inguinales étaient un peu gonflées, comme elles le sont généralement dans un membre atteint d'hydropisie, mais très faiblement colorées et exemptes de tout signe d'inflammation. La veine fémorale depuis le jarret jusqu'en haut, la *veine iliaque externe* et la *veine iliaque* commune jusqu'à sa jonction avec le tronc correspondant du côté droit, étaient fortement distendues et obstruées par quelque chose paraissant, de l'extérieur, être un caillot de sang. Les parois de la portion fémorale de la veine étaient légèrement épaissies et étaient d'un rouge foncé. Elle était remplie par un caillot dur et si fermement adhérent au tube qu'on ne pouvait l'en tirer.

Comme la couleur rouge de la veine pouvait provenir de la présence du caillot rouge en contact immédiat avec les parois, on n'en peut pas déduire la preuve de l'état inflammatoire.

Le tronc de la veine était distendu comme celui de la veine fémorale, mais la veine saphène et ses branches étaient vides et saines. La substance remplissant les portions des veines iliaques externes et iliaque commune ressemblait au caillot stratifié d'un sac anévrysmal; toutefois avec un léger mélange de parcelles rouges. Le vaisseau était complètement obstrué par cette matière, qui était en contact plus intime avec ses parois qu'elle ne l'était dans la veine fémorale, elle y adhérait, en effet, aussi fermement que le caillot dans un sac anévrysmal ancien; il y avait au centre une cavité contenant à peu près une cuillerée d'un liquide épais, ayant la consistance de pus, d'un brun clair et d'apparence pulvacée.

L'utérus était revenu à son état normal, et à cette distance de l'accouchement, ses appendices et ses vaisseaux sanguins et le vagin étaient dans un état naturel. Il n'y avait ni apparence de congestion vasculaire dans l'organe, ni distension d'aucun de ses vaisseaux. Toute sa substance était au contraire pâle, et ses vaisseaux contractés et vides.

L'état de la cavité abdominale et des organes y contenus était normal. On ne peut mettre en doute que la substance remplissant la partie supérieure du tronc veineux, et aussi le liquide remplissant la cavité du centre des veines, n'y eussent été produits pendant la vie, par l'inflammation. Je crois aussi, à cause de sa consistance et de son adhésion immédiate aux parois des veines, que la coagulation rouge observée dans la veine fémorale résultait d'une affection analogue, s'étendant dans toute la longueur du tube, et que le passage du sang, dans toute la partie soumise à l'examen, avait été complètement arrêté avant la mort (1). »

Il pensa, dès lors, que la phlegmatia dolens était due à cette cause, et, en 1823, il publia un article avec des observations et des autopsies (2).

(1) Lettre de W. Lawrence, in Davis, *Obstetric medicine*, vol. II, p. 1204.

(2) David Davis, *An Essay on the proximate cause of the disease called Phlegmatia dolens* (*Medico-chirurgical Transactions*. London, 1823, t. XII, p. 419).

En janvier 1823, Bouillaud publia plusieurs observations et autopsies dans lesquelles les veines crurales étaient obstruées, chez des femmes qui avaient souffert d'œdème des membres inférieurs après leur délivrance; et il établit distinctement qu'il considérait l'obstruction des veines crurales comme la cause, non seulement de l'œdème des femmes en couches, mais aussi de bien des hydropisies partielles (1). La date de cette publication, bien qu'antérieure à celle de l'essai de Davis, ne porte nulle atteinte au droit qu'a celui-ci d'être considéré comme le premier qui ait découvert et enseigné que la phlegmatia dolens est essentiellement une phlébite crurale.

En 1824, Velpeau publia quelques recherches, d'après lesquelles il conclut que, dans quelques cas, non seulement les veines sont comprises dans l'inflammation, mais que l'inflammation des vaisseaux lymphatiques est au moins aussi souvent une cause de phlegmatia dolens (2).

En 1826, Guthrie suggéra que probablement l'inflammation des veines de la jambe n'était qu'une suite de l'état des veines de l'utérus.

R. Lee (3), en 1829, suivit les veines malades jusque dans l'utérus, et y trouva la lésion aussi manifeste que dans la jambe. L'hypogastrique gauche, la veine iliaque externe, dit-il, était dans la même condition, dans quelques endroits à l'état de corde; la cavité en était complètement oblitérée. Les branches de cette veine, naissant dans l'utérus, et vulgairement appelées *plexus utérins*, étaient complètement obstruées par une coagulation rouge. Depuis, R. Lee a exposé à la Société médico-chirurgicale le résultat de ses observations dans le résumé suivant, d'après quarante-trois cas de phlegmatia dolens. Les neuf premiers cas étaient accompagnés de la description des autopsies et de préparations anatomiques de la maladie; et l'auteur de tous ces faits ainsi présentés fut amené à tirer les conclusions qu'il avait antérieurement exprimées, c'est-à-dire: « que l'inflammation des veines fémorales et iliaques donnait lieu à tous les phénomènes de la phlegmatia dolens, et que l'inflammation commençait dans les branches utérines des veines hypogastriques, et de là s'étendait au tronc fémoral du côté affecté. La série suivante comprenait l'histoire de vingt cas, qui, selon la pensée de l'auteur, venaient donner de nouvelles preuves à l'appui de ses conclusions, bien qu'à cause de la gué-

(1) Bouillaud, *De l'oblitération des veines et de son influence sur la formation des hydropisies partielles; considérations sur les hydropisies passives en général* (Archives générales de Médecine, 1823, t. II). — *Observations et considérations nouvelles sur l'oblitération des veines, regardée comme cause d'hydropisie* (Archives générales de Médecine, 1824, t. V).

(2) Velpeau, *Recherches et observations sur la phlegmatia alba dolens* (Archives générales de Médecine, oct. 1824, t. VI, p. 220).

(3) Lee, *A contribution to the pathology of phlegmatia alba dolens* (Medico-chirurgical Transactions, 1829, t. XV, p. 132); *On diseases of women*, p. 131.

raison du plus grand nombre des malades, il ait été impossible de déterminer par la dissection l'état réel des veines crurales. Neuf autres cas étaient décrits, démontrant que la phlegmatia dolens pouvait survenir en l'absence de la grossesse ou de l'accouchement, que dans ces cas l'inflammation commençait également dans les branches utérines des veines hypogastriques et que la maladie suivait un cours analogue à celui qu'elle suit lorsqu'elle accompagne l'état puerpéral. Dans quelques-uns de ces cas, l'inflammation des veines utérines était produite par une maladie cancéreuse de l'orifice et du col de l'utérus; dans d'autres cas, il n'y avait aucune maladie antérieure. Les dernières observations étaient au nombre de cinq. La phlébite crurale avait suivi l'inflammation due à une fracture du tibia et du péroné, et à la pression exercée par des tumeurs encéphaloïdes sur les viscères thoraciques (4).

Antoine Petit, Gardien et Capuron (2) considèrent la maladie comme le résultat de l'inflammation des vaisseaux et des glandes lymphatiques. Burns ajoute un autre tissu comme participant à la maladie, car il dit: « Je considère que les nerfs sont aussi impliqués que les veines, et qu'alors qu'ils y contribuent tous deux, nous verrons, selon les cas, la lésion des uns ou des autres prédominer (3). Cette opinion a été depuis confirmée par les recherches de Dugès. Dewees s'accorde avec Hull, et le travail de Bouillaud coïncide si bien avec cette manière de voir, que, dans son opinion, la cause prochaine de la maladie est due à l'inflammation des symphyses, des veines, des lymphatiques et des nerfs.

Tilbury Fox (4) considère la maladie comme dépendant « d'un empêchement au retour du sang et de la lymphe de la partie malade ». Les causes extrinsèques comprennent tous les cas de compression des vaisseaux par des tumeurs, des abcès, etc. Les causes intrinsèques produisent toutes la coagulation du sang. Telles sont les modifications inflammatoires des parois vasculaires produisant la coagulation du sang.

Humphrey, de Cambridge (5), attribue la maladie à une faculté sur-naturelle de coagulation de la fibrine du sang, et à la perte de son dissolvant naturel.

De nos jours, on admet que la phlegmatia alba dolens est due à une thrombose des veines. Sans doute l'inflammation des vaisseaux peut se rencontrer dans un certain nombre de cas, mais nous devons admettre qu'elle est consécutive et dépendante de la présence du caillot

(1) Lee, *Lancet*, 21 mai 1853, p. 480.

(2) Capuron, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1812, p. 551.

(3) Burns, *Midwifery*, p. 64.

(4) Tilbury Fox, *Trans. of obstetrical Soc. of London*, vol. II, p. 201.

(5) Humphrey, *British medical Journal*, juillet 1859.

qui agit comme corps étranger et produit l'inflammation du vaisseau dans lequel il est contenu.

§ VI. — Causes.

Les causes occasionnelles paraissent être généralement le froid ou quelque trouble utérin antérieur. Dans la plupart des cas la thrombose est due à ce que les accouchées ont quitté leur lit trop tôt après l'accouchement.

§ VII. — Pronostic.

Nous ne pouvons pas dire que la maladie soit exempte de tout danger, surtout quand elle est intense; cependant la proportion des morts est si petite que le plus souvent, même dans des cas sérieux, notre pronostic peut être favorable.

Cependant le pronostic présente toujours une certaine gravité, car il n'est pas impossible de voir survenir la mort subite, quand quelque caillot vient à se détacher sous l'influence des mouvements de la malade et est entraîné dans la circulation.

§ VIII. — Diagnostic.

Les signes caractéristiques de la maladie sont : l'époque de son invasion après l'accouchement; la douleur le long de la cuisse et de la jambe; le gonflement, mais surtout l'état de la veine fémorale, qui est douloureuse, dure, ressemblant à une corde. Quand la plupart de ces symptômes existent, il ne peut y avoir aucun doute sur la nature de la maladie.

§ IX. — Traitement.

La maladie étant due à une thrombose, il est à peu près inutile de recourir aux antiphlogistiques. Les phénomènes douloureux que l'on observe étant dus aux troubles de la circulation que la thrombose détermine, on se contentera d'appliquer des cataplasmes, ou l'on fera des fomentations narcotiques; on maintiendra le membre élevé au moyen d'un coussin afin de favoriser la circulation en retour et de hâter aussi la résorption des caillots.

On donnera quelques purgatifs légers.

On recommandera à la malade de ne pas faire de mouvements et surtout d'éviter de se lever dans la crainte de favoriser le détachement d'un caillot qui pourrait déterminer une embolie de l'artère pulmonaire rapidement mortelle.

Lorsque ces moyens ont fait justice de la période aiguë, que les symptômes généraux se sont amendés, il faudra modifier le traitement; on fera sur le membre malade une légère compression au moyen d'une bande de flanelle, on fera des fomentations térébenthinées ou légère-

ment excitantes. Denman dit à ce sujet : « Alors à ce moment, *mais pas avant*, on fera sur la jambe une très légère compression au moyen d'une bande de flanelle, qu'on serrera lentement et graduellement chaque jour. On fera des onctions avec le liniment volatil ou avec un liniment ainsi composé :

℥ Liniment au savon..... 3 parties.
Teinture de cantharides..... 1 partie.

auquel on ajoutera quelquefois une légère quantité d'onguent mercuriel. On a préconisé aussi à cette période l'application successive de petits vésicatoires, et cela avec grand avantage. Beaucoup de malades se sont bien trouvées de l'usage longtemps continué de bains de mer chauds, et on doit les encourager à prendre avec grande modération un peu d'exercice. On pourra donner aussi, avec grande utilité, des toniques, la décoction d'écorce de quinquina. A tous ces moyens, on joindra une alimentation convenable, graduellement augmentée; bouillons, vin, bière, etc.

CHAPITRE IV

FOLIE PUERPÉRALE.

ARTICLE 1^{er}

FOLIE PENDANT LE TRAVAIL.

La femme peut être atteinte de folie puerpérale pendant la grossesse ou pendant le travail, ou après l'accouchement. La folie, dans les deux derniers états, occupera ici notre attention.

Le délire temporaire qui survient pendant le travail a été décrit par Montgomery. Elle apparaît surtout à deux périodes du travail; d'abord au passage de la tête au travers du col utérin et ensuite au moment où elle franchit l'orifice. Il semble qu'on doive en attribuer l'explosion aux souffrances extrêmes de cette période agissant sur un tempérament irritable et nerveux. L'accès est temporaire et ne dure généralement que quelques minutes et se calme aussitôt. Ce qu'il y a de plus curieux, c'est que la malade a presque toujours conscience de ces divagations. Montgomery fait les remarques suivantes : « Cet accès vient subitement, pendant un travail même naturel, et plus fréquemment au moment de la dilatation de l'orifice. Il n'est accompagné ou suivi d'aucun autre symptôme inquiétant. Il survient au moment même où la malade vient de causer gaiement; et après avoir duré quelques minutes, il disparaît, la laissant calme et parfaitement lucide, et ne revient plus alors même que la suite du travail est plus lente et plus douloureuse. Dans tous les cas que j'ai eus sous les yeux, les malades