

heures après l'introduction de l'air qui suit immédiatement la section des grosses veines sous-cutanées.

### CHAPITRE III

#### LÉSIONS INFLAMMATOIRES DES VEINES. — PHLÉBITE ET THROMBOSE

**Bibliographie.** — HUNTER, *Œuvres complètes*, trad. RICHELLOT, Paris, 1847. — HOGDSON, Traduct. par BRESCHET, 1819. — RIBES, *Mémoires*, t. I<sup>er</sup>, p. 36, 1841. — CRUVEILHIER, Art. PHLÉBITE du *Dict. de méd. en 60 vol.*, 1884. — DANCE, *Arch. gén. de méd.*, 1828 et 1829. — SÉDILLOT, Th. d'Agrég., 1833. — TESSIER, *L'Expérience*, 1839 et 1841. — BOUCHUT, *Gaz. méd.*, 1845. — VIRCHOW, *Thrombose et embolie*, 1856, et *Pathologie cellulaire*, 1861. — WEBER, in *Billroth et Pitha*, 1865. — CALLENDER, in *Holme's System of Surgery*, 1873. — ZAHN, *Arch. de Virchow*, t. LXII, 1875. — VULPIAN, *L'École de médecine*, 1874. — BUBNOFF, *Arch. de Virchow*, t. XLIV. — DURAND, *Arch. de Physiol.*, 1871-1872. — *Revue de Hayem*, t. III, p. 128. Thèses de Paris. — 1869, LELONG. — 1873, CHANDAL. — 1874, DURODIÉ. — 1875, MARC LAIR. — 1877, BESSON. — 1878, COSNARD, FESQ. — 1880, TROISIER (Agrég.). — LEVRAT (Agrég.).

**Définition. Historique.** — L'inflammation des veines a été désignée sous le nom de phlébite par BRESCHET (1818). Bien que HUNTER l'ait étudiée, ce n'est en réalité que depuis les travaux de HOGDSON et de son traducteur BRESCHET que l'histoire de la phlébite a été l'objet d'importantes recherches. De 1818 à 1830, RIBES, CRUVEILHIER, DANCE, GASPARD, PALETTA, CARMICHAËL, BLANDIN publient les résultats de leurs observations et font jouer à la suppuration du caillot de la phlébite un rôle prépondérant dans la pathogénie de la pyohémie. Nous ne suivons pas ces auteurs dans les discussions savantes qu'ils durent soutenir pour prouver leurs opinions.

En 1847, VIRCHOW modifia sensiblement les idées admises sur la question. Son travail se résume dans les propositions suivantes. 1° La suppuration intraveineuse n'existe pas. 2° Lorsqu'il y a phlébite il s'agit d'une inflammation intrapariétale qui peut d'ailleurs exister sans caillot. 3° L'inflammation n'amène pas la coagulation du sang. 4° Le caillot se produit souvent, il est dû aux inégalités et au dépoli du vaisseau; c'est une thrombose au voisinage d'une phlébite. 5° On trouve parfois au centre du caillot une masse puriforme qui n'est pas du vrai pus, mais un produit de la transformation de la fibrine du thrombus.

Ces conclusions battirent sérieusement en brèche la théorie pyohémique de la phlébite, elles ont de plus singulièrement amoindri l'importance de la phlébite, qui fut dès lors différenciée de la thrombose qu'elle provoque et qui peut aussi la provoquer. VIRCHOW a ajouté à ces travaux d'autres notions d'une

grande importance; il a montré comment des parcelles de thrombus pouvaient se détacher, être transportées par le sang jusque dans les capillaires de quelque parenchyme; le nom d'*embolie* donné à ces parcelles est devenu classique. Maintenant le thrombus est ou non septique et ce serait là l'origine d'une part des embolies simples qui agissent d'une façon mécanique, d'autre part des embolies septiqués qui propagent au loin la septicémie.

Les recherches plus récentes de DURANTE, CORNIL, TROISIER, VULPIAN, la connaissance plus parfaite de l'organisation des thrombus ont encore mieux montré la passivité des caillots dans tous les phénomènes réparateurs ou nuisibles; ils ne jouent aucun rôle dans l'oblitération définitive de la veine, ne suppurent pas, mais sont susceptibles de se ramollir lorsque le travail d'organisation est entravé. En outre, le tissu de nouvelle formation appelé caillot permanent peut lui aussi suppurer, il devient alors le caillot ramolli dont les embolies sont susceptibles d'être disséminés dans différents points de l'économie.

Nous passerons successivement en revue la phlébite et la thrombose en montrant les relations qui les rapprochent.

#### § 1<sup>er</sup>. — Phlébite

**Phlébite.** — La phlébite peut être aiguë ou chronique; nous n'étudierons que la première, car la seconde, à laquelle les auteurs rattachent les varices, est mal connue.

**Étiologie.** — Nous avons déjà dit que la phlébite succède souvent à la thrombose et que les mêmes causes qui produisent celle-ci prédisposent à celle-là; de plus, les qualités du thrombus exercent une influence très sensible sur la nature de l'irritation veineuse; en effet, certains thrombus sont septiques et partant beaucoup plus disposés à provoquer une inflammation de la paroi que les caillots simples.

En dehors de cette origine, la phlébite est une complication assez commune des plaies des veines, des plaies contuses en particulier; les ligatures d'artères, de veines, les fractures des os, les phlegmons, les abcès, les affections chroniques des os, les varices y prédisposent. Diverses maladies ont même plus de tendance que d'autres à la provoquer; le furoncle anthracôïde de la lèvre supérieure amène quelquefois l'inflammation des veines faciale et ophtalmique; la phlébite des sinus constitue une redoutable complication des caries du rocher et la chaudepisse cordée n'est autre chose qu'une phlébite du corps spongieux.

En dehors de ces causes locales, il faut encore mentionner quelques influences générales, telles que le rhumatisme, l'état puerpéral, l'arthritisme et surtout la goutte; la phlébite goutteuse a été décrite par J. PAGET, GAY, BRYANT (1875); elle est parfois symétrique et sujette à rechutes.

**Siège.** — Aucune veine n'est à l'abri de la phlébite, mais elle se montre certainement beaucoup plus commune aux membres inférieurs que partout ailleurs; de même les phlébites superficielles sont plus fréquentes que les pro-

fondes. Les veines du bassin s'enflamment assez souvent après les traumatismes, aussi cette inflammation constitue une complication redoutable des opérations qui se pratiquent dans ces régions (phlébite utérine); mentionnons encore la phlébite des sinus, bien connue aujourd'hui.

**Anatomie pathologique.** — On distingue deux variétés de phlébite : 1° la périphlébite qui intéresse les couches externes de la veine et le tissu cellulaire ambiant; 2° l'endophlébite qui affecte plus spécialement la tunique interne; mais il faut reconnaître que les limites qui les séparent l'une de l'autre ne sont pas toujours faciles à distinguer, et qu'elles coexistent dans certains cas. Une veine se trouve-t-elle dénudée au fond d'une plaie, l'inflammation qui s'en empare quelquefois procède de dehors en dedans; au contraire, un caillot septique vient-il à s'arrêter en un point du réseau veineux, il provoquera une inflammation de dedans en dehors.

1<sup>er</sup> Degré. — *Phlébite plastique, exsudative ou adhésive.* — C'est celle qui accompagne la réparation des plaies des veines; elle peut être très localisée comme dans le cas d'un traumatisme, ou assez étendue, lorsqu'elle se produit le long d'un thrombus un peu long. Cette forme est caractérisée par la diapédèse des leucocytes dans les couches externe et moyenne de la veine, par la prolifération de l'endothélium de la tunique interne. Toutes les tuniques s'épaississent, restent béantes à la coupe, et l'on voit parfois de véritables bourgeons sur la membrane interne. Ce travail aboutit à la formation d'un tissu nouveau composé de cellules lymphatiques, de cellules fusiformes considérées par divers auteurs comme vaso-formatrices (CORNIL et RANVIER). Il est certain qu'au bout de quelques jours des réseaux capillaires nouveaux apparaissent dans la membrane interne où ils n'existent pas normalement; ces lacunes sanguines sont bientôt en communication avec les capillaires des couches externes.

Les phénomènes ultérieurs sont différents suivant qu'il y a ou non un caillot dans la veine. Après les amputations, par exemple, le bout de la veine est vide entre la surface de section et la première valvule s'il n'y a pas de collatérale; en ce cas le tissu de nouvelle formation oblitère la paroi en produisant une phlébite adhésive sans qu'il y ait eu de caillot. Lorsqu'il existe un caillot, comme pour une plaie latérale d'une veine, ou sur le bout périphérique d'une section complète, après une ligature ou encore dans le cas de phlébite légère consécutive à un thrombus, le travail inflammatoire de la paroi a pour résultat l'organisation du caillot qui se trouve entouré et même pénétré par le tissu nouveau. Quand le caillot est résorbé, organisé, ce tissu aboutit à la cicatrisation de la veine ou à son oblitération si le caillot occupe toute la lumière du vaisseau; on a alors une *phlébite oblitérante*.

2<sup>e</sup> Degré. — *Phlébite suppurée.* — Lorsque l'irritation de la paroi veineuse est plus intense, et surtout si elle est de nature infectieuse ou parasitaire, l'inflammation dépasse le premier degré et provoque la suppuration de la veine. La suppuration peut se produire dans les circonstances les plus diverses et très souvent sous l'influence des produits septiques du voisinage; tantôt elle a son origine en dehors de la veine, dans une plaie, un abcès, un moignon, un foyer phlegmoneux, tantôt à l'intérieur de la veine par le fait d'un thrombus

septique ou infectieux. Dans le premier cas la maladie commence par la *périphlébite*, dans le second par l'*endophlébite*.

Quel que soit le processus, la première phase ne diffère pas à son début de celle que nous avons exposée plus haut; au lieu de tendre à l'organisation, elle a au contraire pour effet de provoquer la suppuration. Auparavant, lorsqu'il n'y a pas de caillot intérieur, lorsque la phlébite ne succède pas à la thrombose, il se produit presque toujours une coagulation du sang au niveau de la partie de la veine enflammée et rouge; les recherches modernes ont démontré que cette coagulation était la conséquence du ralentissement du cours du sang dans la veine épaissie et surtout de la desquamation de la couche épithéliale.

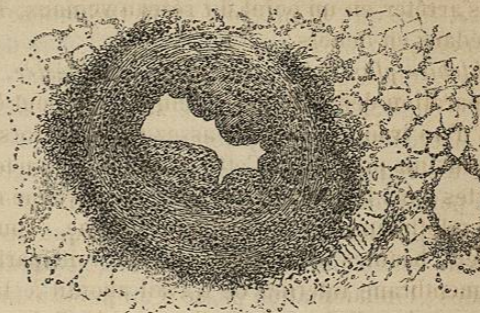


Fig. 44. — Altérations d'une veine atteinte de périphlébite.

A ces conditions d'ordre mécanique, il faut encore ajouter l'influence directe des agents infectieux sur le sang lui-même. C'est à eux vraisemblablement que nous devons rattacher l'inopexie qui survient plus spécialement dans certaines circonstances que dans d'autres. Au bout de peu de temps, les lésions apparentes sont identiques, qu'il y ait eu thrombose primitive ou consécutive.

Quelquefois la suppuration apparaît accidentellement pendant la période d'organisation de la phlébite adhésive, et alors qu'il existe déjà des adhérences entre le caillot et la membrane interne. Quoi qu'il en soit, dans la phlébite suppurée, la réaction inflammatoire très intense intéresse toutes les tuniques et même le tissu cellulaire ambiant, de telle sorte que le pus peut s'accumuler en dehors de la veine ou dans l'épaisseur des tuniques tuméfiées. D'après O. WEBER, la périphlébite suppurée pourrait exister sans qu'il y ait coagulation du sang dans la veine, mais ce n'est pas le cas le plus commun (fig. 44).

Le pus accumulé au dehors forme des abcès analogues à ceux de la lymphangite; celui qui occupe l'épaisseur de la paroi se fait jour au dehors ou à l'intérieur de la veine. Dans cette dernière circonstance le pus se mêle dans la cavité du vaisseau aux débris du caillot qui ne s'est pas organisé et qui est ramolli. Sans doute VIRCHOW a eu raison de nier la transformation purulente du caillot de la phlébite, mais il a été trop loin en niant les suppurations intra-veineuses. Nombre d'auteurs ont plusieurs fois trouvé dans une veine enflammée, même à quelque distance du foyer primitif, du véritable

pus contenu dans le vaisseau, et non pas seulement les détritrus granuleux du caillot ramolli.

Quant à la suppuration du caillot permanent, admise par DURANTE, elle est possible; c'est alors bien plutôt un accident du premier degré qu'une phlébite suppurée.

Il est facile de comprendre que la formation du pus en dehors, en dedans ou dans l'épaisseur des tuniques veineuses amincisse les parois et les prédispose tout particulièrement à l'ulcération. De là une source de complications nouvelles, une circonstance favorable à l'hémorragie ou à la pénétration de principes septiques dans l'économie.

**Symptômes.** — Les symptômes propres de la phlébite sont assez difficiles à exposer, ce qui tient à ce que la phlébite et la thrombose existent presque toujours simultanément; en outre dans les degrés légers de la phlébite, les signes de la thrombose sont à peu près seuls appréciables.

Dans les phlébites superficielles, la veine se montre sous la forme d'un cordon dur, plein, légèrement mobile, douloureux à la pression, se prolongeant souvent dans les régions voisines; la peau est rouge sur son trajet: il y a d'ordinaire un petit renflement plus saillant au niveau des valvules.

Certaines variétés de phlébite se présentent en clinique avec des caractères un peu différents; telle est en particulier la phlébite goutteuse qui se localise parfois sur les valvules; l'inflammation passe d'un point à un autre, quitte un membre pour envahir son congénère avec la plus grande facilité. Au niveau des points enflammés la peau prend d'ordinaire une teinte rouge qui coïncide avec une tension des téguments.

Tantôt circonscrite, tantôt diffuse, la phlébite a une marche indifféremment centripète ou centrifuge; dans ce dernier cas, l'inflammation de la veine est presque constamment consécutive à une thrombose étendue. Ainsi il n'est pas rare d'observer la thrombose et la phlébite des veines fémorales consécutive-ment à une phlébite utérine.

L'existence de ces thromboses entravant la circulation veineuse produit constamment dans les premiers jours un œdème périphérique qui ne tarde pas à disparaître. Il ne faudrait pas conclure de sa disparition à l'amélioration de la phlébite, car celle-ci évolue indépendamment du rétablissement de la circulation collatérale. Enfin on voit quelquefois des phlyctènes pleines d'une sérosité roussâtre sur le membre affecté.

La forme suppurée, plus spéciale chez les cachectiques et les diathésiques, ou dans l'état puerpéral, s'annonce ordinairement par des symptômes généraux qui font le plus souvent défaut dans la phlébite plastique; l'état général est mauvais; la fièvre débute par un frisson et persiste pendant plusieurs jours; la douleur augmente sur le trajet de la veine; des frissons reparaissent à divers intervalles. En même temps l'œdème devient plus dur autour de la gaine des vaisseaux; la peau rouge, tuméfiée en un ou plusieurs points, indique la formation de collections purulentes parfois échelonnées le long de la veine. Dès que le pus est formé, il se collecte en foyers habituellement isolés qui évoluent à la façon des phlegmons circonscrits.

Les symptômes de la *phlébite profonde*, encore bien plus obscurs, sont sou-

vent méconnus. Il existe cependant un empâtement douloureux du membre, dont les fonctions sont gênées. La moindre pression provoque la souffrance dans la région des vaisseaux; l'œdème périphérique est assez marqué; la dilatation des veines superficielles, surtout quand elle est suivie de thrombose, doit alors attirer l'attention. D'ailleurs cette phlébite profonde présente les mêmes phénomènes que la précédente.

**Marche. Terminaisons. Accidents.** — La phlébite peut se terminer de diverses façons.

1° La *résolution* arrive dans les cas légers, alors qu'il n'y a pas eu de coagulation dans la veine ou seulement coagulation incomplète, comme dans certaines plaies latérales.

2° L'*adhésion des parois veineuses* survient quand il n'y a pas de caillot, comme dans le bout central des moignons. Dans ces deux premiers cas tous les symptômes décroissent peu à peu et la circulation se rétablit.

3° L'*oblitération de la veine* résulte de l'organisation et de la vascularisation du caillot; mais à la longue, ainsi que nous le verrons, la circulation veineuse se rétablit au moyen de canaux nouveaux creusés dans le bouchon cicatriciel; il se passe là un phénomène analogue à ce que nous avons décrit pour les artères.

4° L'*embolie* peut se montrer dans le cours de la phlébite; elle est plus spécialement le fait de la thrombose.

5° La *suppuration* de la veine, interne ou externe, prédispose à l'ulcération de la paroi et fait parfois communiquer un foyer avec le sang. L'absorption veineuse s'exerçant par l'intermédiaire de cette solution de continuité apporte dans le sang des principes irritants septiques ou putrides, source de septicémie ou de pyohémie, terminaisons fréquentes de la phlébite. Enfin cette ulcération engendre quelquefois de graves hémorragies.

**Diagnostic.** — Le diagnostic de la phlébite légère est assez difficile; ce sont souvent les commémoratifs, l'état général du blessé, l'existence d'une plaie antérieure qui mettent sur la voie. La phlébite adhésive ou oblitérante consécutive à un thrombus ne se manifeste guère que par un cordon noueux, douloureux, avec œdème périphérique. Ce diagnostic devient beaucoup plus incertain lorsqu'il s'agit de veines profondes, et ce n'est que par un examen attentif de l'étiologie que l'on se rendra compte de la succession des phénomènes.

La phlébite suppurée pourrait être confondue avec la lymphangite suppurée, mais celle-ci s'accompagne toujours d'adénite; les réseaux lymphatiques y sont bien plus spécialement affectés, rouges; le cordon induré est moins perceptible que dans la phlébite.

On ne saurait, avec un peu d'attention, prendre un phlegmon circonscrit pour une phlébite, car on n'y trouve pas le cordon induré; quant au phlegmon diffus, il est surtout difficile à distinguer de la phlébite profonde, d'autant plus qu'il se complique très fréquemment de phlébite.

**Pronostic.** — La forme adhésive de la phlébite n'offre aucune gravité et guérit facilement lorsqu'on ne contrarie pas par des mesures intempestives ou des mouvements le travail naturel d'organisation. Cependant ce travail peut être