

entravé, alors le pronostic devient aussi sérieux que dans les formes suppurées. La mort arrive dans ce dernier cas par septicémie, pyohémie et quelquefois par embolie. Si on y ajoute l'éventualité des hémorragies, on se fera une juste idée des redoutables conséquences que présente une phlébite suppurée. Les formes diffuses sont naturellement plus graves que les autres.

Traitement. — Il est assez difficile de prévenir les phlébites à la suite des opérations; on ne doit pas opérer les personnes qui y sont prédisposées. De même qu'il ne faut pas, autant qu'on le peut, pratiquer d'opérations chez les glycosuriques, de même aussi il convient d'être très réservé à l'égard des cachectiques et des diathésiques. Une fois déclarée, la phlébite peut encore être limitée dans son étendue et atténuée dans son intensité. C'est dans ce but qu'on a depuis bien longtemps recommandé les émoullients, les sangsues, les saignées, les cataplasmes, la position élevée du membre immobilisé, pour favoriser la circulation collatérale de retour. BRYANT proscrit formellement les saignées, les sangsues et les onctions mercurielles. L'emploi de l'onguent belladonné, de l'huile de jusquiame, des préparations opiacées permet de calmer les douleurs des malades; ces moyens joints à une douce compression dans un bandage ouaté constituent une bonne thérapeutique. S'il y a plaie, l'indication la plus pressante est de rendre le foyer de suppuration aussi aseptique que possible, pour cela il faudra avoir recours aux bains phéniqués et au pansement de Lister. BONNET pensait prévenir la phlébite en faisant usage du fer rouge et s'en servait pour cautériser les plaies; SÉDILLOT faisait de la cautérisation transcurrente le long des veines pour provoquer la phlébite adhésive. Ces moyens ne sont plus en usage de nos jours et nous ne citerons également que pour mémoire la compression de la veine au-dessus et au-dessous, conseillée par HUNTER, et la section de la veine à quelque distance, imaginée par BRESCHET.

Lorsque le pus s'est collecté, il est indiqué de lui donner issue de bonne heure et d'assainir le foyer par des injections antiseptiques.

Que doit-on penser du traitement général recommandé par tous les classiques? Son efficacité n'est pas bien démontrée, et l'on ne saurait arrêter la marche des accidents quand ils sont déclarés; malgré cela, les toniques, le fer et le quinquina seront utilement employés.

§ 2. — Thrombose et embolies

Bibliographie. — Consulter la bibliographie de la *Phlébite* et les articles des *Dictionnaires*. — AZAM, *Gaz. hebdomadaire*, 1864. — VOLKMAN, in *Arch. de Langenbeck*, 1864, vol. V, p. 330. — TILLAUX, in *Bull. de la Soc. de chir.*, 1876, t. 1^{er}, p. 339. — TERRILLON, in *Arch. gén. de méd.*, 1878, t. 1^{er}, p. 656. Thèses de Strasbourg. — 1857, HECHT (Agrég.). — 1864, HERMANN. — 1869, JESSELL (Agrég.). Thèses de Montpellier. — 1862, PANISSET. Thèses de Paris. — 1862, BALL. — 1874, CHABENAT. — 1875, BOYER. — 1878, BESSON. — 1880, LEVRAT (Agrég.). TROISIER (Agrég.).

Nous étudierons sous le nom de *thrombose* l'ensemble des phénomènes qui accompagnent la formation et l'évolution ultérieure des caillots intra-veineux.

Le thrombus ou caillot se produit dans les conditions les plus diverses; tous les traumatismes des veines y prédisposent, puisque l'hémostase s'effectue par l'intermédiaire d'un caillot; qu'on y ajoute la contusion, la dénudation des veines, les amputations, les fractures, les maladies infectieuses d'ordre chirurgical sans parler de celles qui intéressent la pathologie interne, et on se fera une idée de la fréquence relative des cas de thrombose. Les affections chirurgicales peuvent aussi amener la coagulation du sang, mais par une action plus indirecte. Ainsi, outre le traumatisme qui lèse directement la paroi, il existe encore deux autres circonstances favorables à sa production, ce sont: le ralentissement du cours du sang et ses altérations. La position vicieuse des membres, la compression des veines, l'inopexie (VOGEL) et l'hyperhémie, les suppurations prolongées, les cachexies cancéreuse, tuberculeuse, etc., sont bien souvent la seule cause appréciable de l'apparition du mal. Le thrombus marastique appartient à cette dernière variété.

Anatomie pathologique. — Une veine thrombosée se présente avec l'aspect d'un cordon dur et donne la sensation d'une veine injectée à la cire; par place, surtout au niveau des valvules, on sent des dilatations; la veine d'abord transparente devient plus tard blanc mat, s'épaissit et sa coupe est obturée par un caillot ou thrombus.

Le thrombus est constitué par un caillot primitivement cruorique, rouge ou noir, qui subit peu à peu diverses transformations; il est dit *pariétal* lorsqu'il n'oblitére qu'une partie de la lumière du vaisseau, *oblitérant* lorsqu'il occupe tout son calibre. Un certain temps après sa formation, par un mécanisme encore mal connu, il devient stratifié. Le caillot primitif (*autochtone* de VIRCHOW) provoque bientôt la coagulation du sang aussi bien dans le bout cardiaque (*caillot prolongé*) que dans le bout périphérique. Le caillot prolongé remonte parfois assez loin, jusqu'au niveau d'une grosse collatérale, et là se termine en pointe, en cône, en forme de tête de serpent, de tête de clou. Cette extrémité, battue sans cesse par l'ondée sanguine récurrente, flotte dans la veine au delà du confluent.

Le thrombus subit constamment des modifications; les unes lui sont propres, les autres tiennent à la réaction du milieu où il se trouve. Aux premières se rattachent la friabilité et la mollesse croissante du centre à la périphérie qui aboutissent à la désintégration et à la liquéfaction. A ce moment le caillot est constitué par une enveloppe fibreuse stratifiée contenant une matière pulpeuse, grise, noirâtre, lie de vin ou roussâtre; quelquefois ce contenu ressemble à du pus; d'après cet aspect, CRUVEILLIER avait admis la suppuration du caillot. Les couches périphériques peuvent aussi subir à leur tour cette désintégration; des parcelles sont alors entraînées par le courant sanguin. C'est ce qu'on a appelé l'émiettement du caillot, qui serait susceptible d'aboutir à la guérison.

Ces diverses modifications ne sont pas les plus ordinaires, car elles supposent que la paroi veineuse en contact ne réagit pas, ce qui est rare. Les caillots peuvent être dissous, entraînés comme nous venons de le dire, et alors la

circulation redevient libre; mais s'ils persistent ils présentent deux évolutions différentes. Dans l'une, peu commune, le caillot devenu creux, lamelleux, feutré, subit un retrait et une résorption partielle; il reste dans cet état et grâce à son retrait permet le rétablissement de la circulation. Dans l'autre, le caillot s'organise, des adhérences s'établissent entre lui et la paroi; la membrane interne végète; des vaisseaux nouveaux s'y développent, ils s'enfoncent ensuite dans le caillot qui peut à la longue se transformer en un véritable

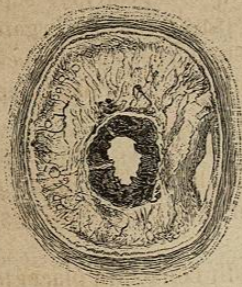


Fig. 45. — Canalisation centrale, organisation et vascularisation du caillot par endophlébite végétante. (D'après TROISIÈRE.)



Fig. 46. — Canalisation du thrombus. (D'après TROISIÈRE.)

tissu caverneux. D'autres fois le caillot résorbé, à mesure que le tissu nouveau l'envahit, est remplacé par des tissus fibreux. Ce processus est le même que pour les caillots artériels (fig. 45 et 46).

Symptômes. — Les symptômes de la thrombose chirurgicale sont : l'œdème, une douleur vague et irradiante dans une région qui a été le siège d'une contusion, d'une fracture, etc. La palpation permet de sentir des cordons durs quand la thrombose est superficielle. La peau a une couleur blanche, pâle, sillonnée par les traînées bleuâtres de la circulation collatérale; sa température serait ordinairement augmentée. Assez communément on observe des épanchements articulaires de voisinage, des troubles de la sensibilité, l'impotence du membre. La fièvre n'est pas bien appréciable tant qu'il n'y a pas de complications. Lorsqu'elle suit son cours normal, la thrombose dure toujours de trois à quatre semaines, mais le travail d'organisation définitif n'est achevé qu'après plusieurs mois.

Complications. — Les deux complications les plus redoutables de la thrombose sont la phlébite et l'embolie. Nous n'étudierons que la seconde, la première ayant été déjà décrite. L'embolie a été définie « l'oblitération brusque d'un vaisseau par un corps circulant dans le sang ». Ici le corps migrateur est une parcelle détachée du caillot ou thrombus; diverses circonstances favorisent sa production, ce sont celles qui s'opposent à l'adhérence du caillot, les affections générales, pyohémie, septicémie, la fièvre, l'alcoolisme, l'inflammation. D'après DURODIÉ, il existerait un cas d'embolie sur trois cents fractures et sur neuf cents contusions. Le caillot peut être emporté par le sang venu des collatérales ou par celui de la veine elle-même qui force l'obstacle que lui

oppose le thrombus et se fraye un passage sur ses parties latérales. Souvent dans les cas chirurgicaux, un gros bloc se trouve entraîné, l'embolie est alors appelée massive par LEVRAT. Les embolies charriées par le sang vont s'arrêter dans le cœur droit, beaucoup plus souvent dans les branches de l'artère pulmonaire où elles donnent lieu à des infarctus quand elles ne tuent pas immédiatement par asphyxie. Les infarctus guérissent, mais cette éventualité dépend à la fois de la nature de l'embolie, du nombre des foyers et de la santé du malade. Lorsque l'embolie s'imprègne de principes septiques ou quand l'état général devient mauvais, l'infarctus ne peut ni s'organiser, ni se résorber, ni s'enkyster. De là des pneumonies suppurées et des abcès du poumon. La guérison sera encore possible si l'économie n'est pas infectée par la septicémie.

Nous renvoyons pour le diagnostic de la thrombose, à ce que nous avons dit des symptômes au chapitre correspondant de la phlébite. Quant au pronostic, on comprend qu'il est toujours sérieux en raison de la possibilité des embolies et de la phlébite.

Traitement. — La première indication à remplir consiste à placer le membre au repos; il faut éviter les frictions, mettre la partie dans une position convenable, recouvrir la région d'ouate ou d'un bandage léger. Les médicaments internes beaucoup vantés ont peu d'efficacité.

CHAPITRE IV

VARICES

Bibliographie. — BRIQUET, Th. de Paris, et *Arch. gén. de méd.*, 1^{re} série, t. VII, 1825. — DAVAT, Th. de Paris, 1833. — BONNET, *Arch. gén. de méd.*, 1839. — LAUGIER, Th. de Conc., 1842. — CRUVEILHIER, *Anat. path.*, 1852. — VERNEUIL, *Gaz. méd.*, 1855, p. 524, in *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1854-1855, et *Gaz. heb.*, 1861, p. 428. — NIVERT, *Arch. gén. de méd.*, 1862. — WEBER, in *Pitha et Billroth*, 1865. — CALLENDER, in *Holme's Syst. of Surgery*, 1870. — CORNIL, *Arch. de physiol.*, 1872, p. 602. — RIGAUD, *Soc. de chir.*, 1875. — VERNEUIL, *Soc. anat.*, 1873. — SCHEDE, *Berl. klin. Wochens.*, 1877, n° 7. — SOBOUROFF, *Arch. de Virchow*, t. LIV, 1871-1872. — ENGLISH, *Wiener Wochens.*, 1878. — COLLEY, *Guy's Hosp. Reports*, V. XX, 3^e série. — MARSHALL, *Lancet*, 1875. — ANNANDALE, *Brit. Med. J.*, 1879. — F. MARI, *Rev. clin. di Bologna*, 1881, p. 65. — Thèses de Strasbourg. — 1865, BELLET. — 1867, PARDIEU. — 1869, TREILLE. — Thèses de Paris. — 1867, ROUBY. — 1869, DELMONT, LESGUILLON. — 1874, CHABENAT. — 1876, MARQUET. — MICHAUD. — 1877, MOREAU. — 1879, CHABERT. — FOURNOT. — 1880, BUDIN (Agrég.). — FATIN. — 1881, AUBRY, LEGENDRE, MAYDIEU. — 1883, CLARY.

Définition. — Les varices sont constituées par des dilatations et des flexuosités des veines consécutives à des troubles de nutrition.