

différents viscères, les séreuses, le tissu cellulaire, des infections métastatiques, suppurées ou non, suivant la rapidité de l'évolution. Cette forme était souvent observée autrefois dans les cas nets de fièvre puerpérale à forme pyohémique; la suite en était la terminaison fatale la plupart du temps.

Le second groupe des phlébites septiques, tout en se traduisant encore par des phénomènes généraux sérieux, présente néanmoins des symptômes locaux propres à l'inflammation veineuse proprement dite. Ceux-ci se manifesteront surtout sur les veines infectées par un traumatisme ou une opération. La fièvre éclate plus ou moins intense; il y a du malaise général, un état saburral du tube digestif: le membre devient rapidement douloureux et la douleur est tantôt diffuse, tantôt, au contraire, se localise suivant le trajet d'un tronc veineux déterminé. Il s'œdématie, prenant soit une teinte gris blanchâtre, soit une teinte rosée qui fait penser à une vraie poussée de lymphangite réticulaire. Lorsque la ou les veines enflammées sont superficielles, on les voit ou plutôt on les sent, sous forme de cordons indurés, douloureux, dessinés quelquefois par une véritable traînée rougeâtre qui ressemble à une traînée de lymphangite tronculaire. Il peut arriver que les accidents généraux prennent le dessus et qu'alors on observe l'évolution signalée plus haut; plus souvent ce sont les phénomènes locaux qui dominent la scène, tandis que les symptômes généraux s'atténuent. On observe quelquefois la formation d'abcès circonscrits, soit uniques, soit multiples succédant à un vrai phlébo-phlegmon, c'est-à-dire une inflammation du tissu cellulaire périverneux. Ces abcès sont ouverts ou s'ouvrent spontanément. On constate alors que tantôt ils contiennent un pus épais, bien lié, de couleur ordinaire, tantôt un pus sanguinolent ou même un mélange de pus et de sang, et l'on trouve alors qu'ils se sont développés dans le canal veineux lui-même: d'où la possibilité d'hémorragies secondaires lorsque les caillots qui les limitent sont peu solidement fixés. Les abcès peuvent, dans certains faits, s'échelonner le long du trajet de la veine enflammée, comme ceux d'une lymphangite, se succédant de bas en haut à intervalles variables: on a pu compter ainsi jusqu'à quinze et vingt collections purulentes. Là où la veine ne suppure pas, elle est oblitérée par des caillots plus ou moins adhérents, avec tous les caractères de l'inflammation oblitérante. Peu à peu les phénomènes inflammatoires s'apaisent; les abcès se détergent, se cicatrisent, le plus souvent la veine reste imperméable dans une étendue plus ou moins considérable, donnant lieu, lorsqu'il s'agit d'un tronc veineux important, à des troubles circulatoires prolongés ou définitifs.

Les phlébites non suppurées, tout en relevant de l'infection très atténuée, n'aboutissent pas à la production du pus, se manifestent en général sous la forme d'une phlébite oblitérante qui, lorsqu'elle

atteint les gros troncs veineux des membres, a été désignée sous le nom de *phlegmatia alba dolens*. Particulièrement chez les nouvelles accouchées, chez les cachectiques, principalement les cancéreux et les tuberculeux, les individus atteints de suppurations chroniques, elle ne diffère en rien, suivant son origine, des phlébites oblitérantes qu'on observe à la suite d'interventions, de traumatismes sur le système veineux. C'est elle qu'on décrivait autrefois comme thrombose primitive, survenant aussi bien dans le cours des affections que nous venons de signaler qu'après les maladies infectieuses, comme la diphtérie, la dysenterie, l'érysipèle, la pneumonie, les maladies de nature encore indéterminée comme la chlorose, le rhumatisme, la goutte.

La plupart des veines peuvent être le siège de cette phlébite, mais les plus fréquemment atteintes sont celles du membre inférieur et plutôt à gauche. Lorsque les membres supérieurs sont pris, cela indique toujours un degré de virulence plus accentué de l'infection qui en est le point de départ. Widal, puis Vaquez ont bien montré son mécanisme habituel par des plaies, des ulcérations chez les tuberculeux et les cancéreux par exemple, en même temps qu'ils ont mis en lumière les microorganismes nocifs. Il y a presque toujours à la *phlegmatia* des signes précurseurs; lorsqu'on interroge de près le malade, on apprend que plusieurs jours avant l'apparition des signes précis de la phlébite, le membre était le siège de fourmillements, de crampes qui annonçaient déjà son évolution lente et progressive. De plus l'on pourra constater souvent, huit, dix jours avant l'explosion des accidents, une élévation de température de quelques dixièmes à un degré qui persistera ou s'atténuera et marque le moment de l'infection. Quelquefois, comme cela est prouvé par le travail de M^{lle} Rosenthal (1), la température chez des femmes en couches s'est élevée le huitième, le dixième jour, puis est retombée à la normale lorsque vers le vingt-sixième ou le vingt-huitième jour éclatent tous les symptômes d'une *phlegmatia*. Lorsque la virulence est très atténuée, il peut n'y avoir aucun mouvement fébrile.

La douleur est presque toujours le premier symptôme accusé par le malade. Elle peut varier d'intensité, et être assez forte pour arracher des cris au patient. Elle occupe la face interne de la cuisse, le pli de l'aîne, le mollet et surtout la ligne médiane postérieure; si elle n'est pas spontanée, la pression la réveille et quelquefois le simple effleurement. Elle peut être quelquefois assez modérée pour que le malade se plaigne à peine spontanément. D'autres fois elle se présente sous forme de crises névralgiques, irradiées le long des branches du sciatique ou du crural, dans les rameaux du plexus lombaire et accompagnées rarement de ténésme rectal ou vésical.

(1) M^{lle} ROSENTHAL, thèse de Paris, 1890.

Lorsque la douleur spontanée existe peu ou pas, on la fera toujours naître par des pressions modérées dans l'aîne, la face interne de la cuisse, la face postérieure de la jambe, par le ballonnement de la masse musculaire du mollet (Vulpian). L'exploration devra être faite très doucement avec l'idée de la possibilité du détachement d'une embolie.

La douleur est ordinairement le premier signe; plus ou moins rapidement après elle survient de l'œdème qui n'est pas en rapport toujours avec l'importance du tronc veineux enflammé. L'œdème débute généralement par l'extrémité du membre atteint pour remonter ensuite vers la racine; c'est au pied qu'il paraît d'abord pour gagner ensuite la jambe et la cuisse. Lorsque la *phlegmatia* est très atténuée, subaiguë, c'est un œdème mou et blanc dans lequel le doigt qui presse ne laisse pour ainsi dire aucune empreinte; la peau est luisante et se sème, au niveau de certaines régions, le creux poplité par exemple, d'arborisations veineuses, indices d'une circulation complémentaire qui s'établit. Lorsque la *phlegmatia* est un peu plus aiguë, très souvent, surtout chez les femmes en couches, le gonflement œdémateux commence à la cuisse par sa racine, pour de là gagner le pied, puis la jambe. L'œdème n'est pas blanc, mais plutôt un peu rosé, et c'est surtout le cas quand il s'agit de phlébites d'origine chirurgicale avec envahissement du territoire de la saphène interne. Lorsque la *phlegmatia* est très accentuée, il n'est pas rare de voir se former un épanchement plus ou moins considérable dans le genou (1); assez souvent aussi, quand il s'agit de phlébite du membre inférieur, le paquet ganglionnaire de l'aîne est tuméfié et douloureux. A travers les parties œdématisées, l'on peut sentir les grosses veines du membre thrombosées et douloureuses; c'est surtout au niveau de la cuisse que cela est possible, entre le canal de Hunter et le pli de l'aîne; il serait dangereux d'insister pour le trouver et de faire des palpations prolongées et intempestives. Les oblitérations des saphènes se sentent plus facilement que celles des veines profondes et sont ordinairement assez bien perceptibles.

Tous ces signes sont accompagnés d'une élévation de température plus ou moins notable. Souvent, comme nous l'avons déjà dit, elle ouvre la scène; on observe des poussées successives qui correspondent à des envahissements progressifs de la phlébite. L'impotence du membre phlébitique est plus ou moins complète; elle tient au gonflement, à la douleur et à des troubles nerveux parétiques. La plupart des auteurs ont remarqué une impotence fonctionnelle vraiment excessive; nous en trouvons une excellente description dans un Mémoire de Klippel (2): « Alors même que les malades ne craignent pas la douleur et veulent mouvoir leurs membres phlegmasiés, il arrive souvent qu'ils sont dans l'impossibilité de le faire, les

(1) LETULLE, *Bull. de la Soc. clin.*, 1878, p. 33, et CORNARD, thèse de Paris, 1878.
(2) KLIPPEL, *Arch. gén. de méd.*, 1889, p. 5 et 186.

jambes restent inertes et les moindres mouvements, comme ceux des orteils, ne peuvent plus être exécutés. »

A côté de ces troubles moteurs existent aussi des troubles manifestes de la sensibilité, consistant soit dans une anesthésie limitée ou étendue, superficielle ou profonde, soit dans une hyperesthésie de même distribution, qui peuvent d'ailleurs coexister chez le même malade; chez certains, l'on est en présence de véritables névralgies se dessinant sur le trajet de troncs nerveux déterminés, comme le crural, le sciatique, le saphène interne. Quénu a rattaché ces névralgies à des phlébites des veines qui vascularisent les nerfs atteints. Outre les symptômes que nous venons de décrire, on observe quelquefois de véritables troubles trophiques du membre atteint. Outre l'œdème qui, dans certains faits, doit être considéré comme un œdème trophique, on a pu voir des ecchymoses, des taches de purpura, des phlyctènes et des ulcérations. Mais il nous faut surtout signaler, comme accident assez précoce, le pied bot dit phlébitique, décrit par Verneuil (1). Cette difformité peut être rapportée à deux formes, à l'équin et au *varus* équin, avec cette particularité que les orteils sont ici rigides, fléchis plus ou moins en forme de griffe, indiquant que ce sont surtout les muscles profonds de la région postérieure de la jambe qui sont atteints. Ces pieds bots phlébitiques résultent de contractures et de rétractions des muscles postérieurs, en rapport probablement avec des phlébites profondes. Verneuil rapporte une observation où la déviation commença à se produire trois semaines après le début d'une phlébite puerpérale.

Cependant, après un état stationnaire ou une série de poussées successives, toutes annoncées en général par une élévation de la température, par une recrudescence des douleurs et de l'œdème, le gonflement disparaît peu à peu en l'espace de quelques semaines, le plus souvent de quelques mois; quelquefois, au bout de une à deux années, tout rentre dans l'ordre. Il ne reste plus, lors de fatigues, de marches prolongées, qu'un peu d'œdème malléolaire, un peu de pesanteur du membre; quelquefois se développent des varices superficielles. En somme, la terminaison habituelle de la maladie est la résolution avec persistance d'oblitérations plus ou moins étendues; malheureusement, pendant le cours de la maladie, avant même qu'elle se soit manifestée par des signes bien nets, peut survenir une complication grave, l'embolie. Celle-ci se traduit soit par une syncope (embolie cardiaque), soit par des phénomènes pulmonaires (apoplexie) plus ou moins sérieux, qui souvent se terminent par la mort immédiate ou du moins très rapide. Il peut se faire que de petites embolies successives, accompagnées d'accès dyspnéiques, traversent la

(1) VERNEUIL, *Comptes rendus de l'Acad. des sc.*, 31 mars 1890.

guérison qui a lieu malgré tout. L'embolie est redoutable pendant les cinq à six premières semaines qui suivent le début d'une phlébite, d'où certaines règles de traitement que nous envisagerons plus loin. Il n'est pas rare de voir, une fois les malades debout et paraissant guéris, des accidents véritables tels que des douleurs plus ou moins vives, de l'œdème, une gêne persistante dans le membre affecté, qui peuvent durer des années après l'attaque de *phlegmatia*. Vaquez a bien montré que tous ces accidents pouvaient se ranger dans trois catégories; ils sont sensitifs, moteurs et trophiques et ils ne sont nullement en rapport avec l'étendue et l'intensité de l'inflammation veineuse.

Les phénomènes douloureux consistent en crampes plus ou moins vives survenant après une fatigue, une marche prolongée, dans le mollet ou la cuisse, qui oblige le malade de s'arrêter; après quelques instants de repos il peut recommencer à marcher; d'autres fois ce sont de véritables névralgies le long du sciatique, du crural ou de leurs branches principales; c'est quelquefois, comme dans un cas de Vaquez, à l'occasion d'une maladie infectieuse que les douleurs prennent une recrudescence toute spéciale.

Les troubles moteurs consistent en difficultés de mouvements, en parésies plus ou moins complètes, qui peuvent durer des mois. Nous avons soigné un malade brightique atteint d'une phlébite en fer à cheval, à la suite d'une violente entorse; il ne put remarcher assez convenablement qu'au bout de deux ans.

Les troubles trophiques sont tantôt un véritable éléphantiasis, un état variqueux plus ou moins accentué sur lequel se greffe facilement un ulcère.

Klippel attribue les troubles que nous venons de passer en revue à des lésions nerveuses manifestes dues à l'action dénutritive et irritative de la sérosité de l'œdème; il se produit une véritable névrite qui aboutit à la destruction partielle d'un certain nombre de tubes nerveux qui ne sont plus représentés que par leurs gaines de Schwann vides, alors que d'autres, moins altérés, présentent une fragmentation de la myéline avec persistance du cylindre-axe. Il se passerait là une action analogue à celle signalée par Pitres et Vaillard dans leurs études sur les altérations nerveuses au contact de liquides irritants. Quénu, comme nous l'avons déjà indiqué, rapporte tous ces phénomènes à des névrites par propagation de l'inflammation veineuse. La phlébite peut récidiver, c'est-à-dire qu'après une première attaque bien et dûment terminée, peut s'en montrer une seconde et même davantage à des intervalles variés. Ce sont surtout les phlébites variqueuses et les phlébites goutteuses qui sont sujettes à la récurrence.

Diagnostic. — Le diagnostic de la phlébite est ordinairement facile lorsque les veines sont superficielles et que les signes de la maladie

sont accusés. Il n'en est pas de même lorsque la veine enflammée est profonde, que la phlébite soit suppurée ou non. Il n'existe alors que des signes généraux qui peuvent absolument faire défaut, quand il s'agit de phlébites adhésives.

C'est dans ces cas de phlébites dites latentes, à cause de l'absence presque totale de signes, que l'on est surpris par la production d'embolies successives ou d'une grosse embolie mortelle d'emblée.

La phlébite, de profonde qu'elle était, peut devenir superficielle par suite de la propagation par les anastomoses, et il est alors facile de la diagnostiquer.

En général, la phlébite des membres, qui est de beaucoup la plus fréquente, est d'un diagnostic beaucoup plus aisé que celui de l'inflammation des veines intrathoraciques et intrabdominales.

Les phlébites consécutives aux inflammations de l'oreille moyenne et de l'apophyse mastoïde sont une des complications les plus graves de ces affections et que nous arrivons généralement à dépister.

Pronostic. — La phlébite est grave: adhésive, elle expose à la migration des caillots, à l'embolie; suppurative, elle peut donner lieu aux diverses formes de la septicémie et à la pyohémie; elle amène presque toujours l'oblitération du territoire veineux, qui est affecté de lésions longtemps après sa guérison, de troubles circulatoires et trophiques sur lesquels nous avons suffisamment insisté.

Traitement. — Actuellement, l'asepsie et l'antisepsie nous permettent de prévenir les phlébites en tant que complications des plaies accidentelles ou chirurgicales; dans la plupart des cas, néanmoins, chez les tarés, chez les cachectiques, chez les suppurants chroniques, la phlébite se présente encore assez souvent à notre observation et c'est surtout la forme adhésive, la *phlegmatia*, que nous observons le plus fréquemment; les phlébites suppurées se voient plus rarement.

Lorsqu'il s'agira de phlébites oblitérantes, de *phlegmatia* du membre inférieur, par exemple, il faudra mettre le malade au repos absolu, le membre légèrement soulevé, placé dans une gouttière, enveloppé d'ouate et modérément comprimé par une bande; on pourra calmer les douleurs par des applications de liniments variés, chloroformés, laudanisés, etc.; le repos devra être maintenu très sévèrement au moins pendant deux mois; ce n'est qu'au bout de ce temps qu'il est prudent de permettre des mouvements progressivement accentués. On aura à redouter l'embolie, si l'on n'observait pas les règles que nous venons de signaler, et encore est-elle possible malgré tout, puisqu'on l'a vue se produire même après le troisième mois du début d'une phlébite. Lorsque la phlébite est en fer à cheval, l'on mettra le malade dans une gouttière de Bonnet; elle seule permettra de donner les soins d'hygiène nécessaires sans provoquer de trop grands déplacements. Le professeur Pinard a conseillé, contre la *phlegmatia* des accouchées, les applications de compresses trem-