

## PHLÉBITE GOUTTEUSE

La phlébite goutteuse est une variété de la phlébite adhésive. — Symptômes : symétrie, métastases apparentes, récurrences fréquentes. Hypertrophie musculaire probable dans la région œdémateuse. — Terminaisons : guérison commune, mais la mort par embolie est possible. — Elle est héréditaire comme les autres formes de la goutte. — Traitement, rien d'actif; régime approprié. — Siège commun : membre inférieur. — Siège rare : veines caves. — Phlébite *post-fébrile*. — De la phlébite chez les enfants.

J'ai rencontré certains cas de phlébite tels que je ne me rappelle pas en avoir déjà lu de semblables. C'est pourquoi je me propose de vous en dire quelques mots. Ce sont tous des exemples de la phlébite dite adhésive; maladie dans laquelle l'inflammation des tuniques d'une veine est associée à la coagulation du sang dans son canal, mais non avec la suppuration ou la pyohémie. De beaucoup d'entre eux, à la vérité, je ne puis dire, pas plus que de certaines autres formes de phlébite, si l'affection a débuté par l'inflammation ou la coagulation, ni, par conséquent, s'il vaut mieux les rapporter à la phlébite ou à la thrombose. Mais je leur donne à tous la première dénomination parce qu'elle est employée plus communément parmi nous; et elle est probablement exacte au moins pour une partie ou période de chaque cas.

Beaucoup des variétés de la phlébite adhésive ont été si bien décrites, que je n'ai besoin d'en parler que comme termes de comparaison (1). Telles sont :

1° La traumatique, comprenant celles qui sont dues à la dilatation;

2° Celles qui surviennent dans le marasme, pendant ou après les affections aiguës ou chroniques;

3° Celles dues à l'extension d'une inflammation ou de la coagulation du sang ayant pour point de départ des ulcères, des tumeurs morbides ou des parties atteintes de gangrène ou d'inflammation aiguë.

4° Celles de la forme dite idiopathique, ou rhumatismale, que le docteur Mackenzie a bien décrites, mais parmi lesquelles je suis convaincu qu'une étude minutieuse amènerait à distinguer différentes formes associées à autant de variétés d'affections constitutionnelles.

5° Les pyohémiques.

6° Les puerpérales, parmi lesquelles il est probable que sont rangés des exemples de tout genre, modifiés seulement par l'état puerpéral.

Toutes ces formes de phlébite peuvent être modifiées lorsqu'elles affectent des veines déjà variqueuses; mais, sans m'y arrêter davantage, j'arrive à celle qui fait surtout le sujet de cette note.

*Phlébite goutteuse.* — L'emploi de cette dénomination

(1) On en trouvera la description dans, ou au moyen de : CALLENDER, Art. *Pyæmia*, in *Holmes's Syst. of Surgery*, vol. I, et *Diseases of Veins*, dans le même, vol. III; — S. WEBER, *Handbuch der Chirurgie*, de Pitha et Billroth, t. III; — HUMPHREY, *On the coagulation of the Blood in the Venous system during life*, 1859; — MACKENZIE, *Pathol. and Treatment of Phlegmasia dolens*, 1862; — HENRY LEE, *Diseases of the Veins*, 1866; — VIRCHOW, *Cellular Pathology*, traduit par Chance, X<sup>e</sup> leçon, 1860; — ROKITANSKY, *Pathologische Anatomie*, t. III.

dans les mêmes veines, trois ou quatre fois. Dans d'autres cas cependant (mais je pense qu'ils sont plus rares que dans les autres formes de phlébite) l'obstruction des veines paraît complète et permanente; et alors, si ce sont des troncs veineux, le membre demeure hypertrophié pour toujours, gênant et lourd. Les veines superficielles peuvent, au bout d'un certain temps, devenir variqueuses; et d'autres peuvent se dilater pour recevoir le sang des branches collatérales; et je pense qu'il peut y avoir une augmentation de développement dans certains tissus, les muscles en particulier.

De même que dans les autres formes de phlébite, mais aussi rarement que dans ces formes, celle qui survient dans la goutte peut être fatale ou très-dangereuse par embolie. Je pense avoir observé une embolie pulmonaire incomplète dans deux cas dans lesquels, pendant une phlébite goutteuse ou rhumatismale, il survint presque subitement un embarras de la respiration et des mouvements désordonnés du cœur; tout cela disparut lentement, mais complètement. Un autre cas analogue d'embolie fut fatal.

Un membre de notre profession que je vis avec le docteur Ferguson et M. Morgan, souffrait d'une attaque de goutte grave et prolongée, comme il en avait eu plus d'une auparavant. Pendant son cours, il avait présenté des signes de phlébite dans des portions limitées des veines de la cuisse et de la jambe droites (antérieurement il avait été atteint trois fois de phlébite par différentes causes). Il était suffisamment guéri pour descendre l'escalier, et s'occuper à écrire, et lui-même se croyait convalescent; mais ayant monté les escaliers pour se rendre à sa chambre à coucher, il tomba comme dans une syncope profonde et y resta presque une heure, respirant très-faiblement, à peine conscient, et avec le pouls petit et agité.

Au bout de quelques heures il paraissait tout à fait remis, et le lendemain et le surlendemain nous ne pûmes rien trouver de pire dans son état morbide, sinon une nouvelle attaque de phlébite pareille à la précédente, dans le membre opposé. Nous examinâmes la poitrine, et ne découvrîmes qu'une légère crépitation avec faiblesse du murmure respiratoire à la racine d'un des poumons.

Tout parut aller bien pendant trois jours, et le malade n'eut aucun signe ni menace de malaise sérieux; mais cinq ou six jours après l'attaque précédente, comme il s'asseyait sur sa chaise percée, il tomba en avant et mourut rapidement avec de nouveaux signes de syncope et de faiblesse de la respiration.

On ne fit pas d'autopsie, mais d'après l'analogie du genre de mort avec ce que j'ai vu dans des cas d'embolie confirmée venant du système veineux à l'artère pulmonaire, je ne puis douter qu'il en fut de même ici. Il est probable que dans la première attaque l'obstruction de l'artère pulmonaire fut partielle, ou que le caillot se brisa et que ses fragments furent dispersés; et que, dans le second, un autre caillot s'arrêta dans l'artère principale, ou se fixa sur les fragments adhérents du caillot précédent (1).

La phlébite goutteuse est souvent héréditaire. Un malade qui avait eu une phlébite goutteuse par poussées successives dans les deux saphènes pendant une attaque de goutte aiguë, me dit que son père et sa grand'mère maternelle étaient goutteux; et que, parmi ses parents du côté maternel, sa mère, deux oncles, sa grand'mère et deux cousins avaient eu des inflammations veineuses. Et je ne puis douter que parmi

(1) M. Prescott Hewett, in *Clin. Soc. trans.*, vol. VI, 1873, p. xxxvii, a donné une description très-claire de cas de phlébite goutteuse, confirmant et amplifiant la description précédente.

les cas de phlébite qui sont appelés communs, et qu'on croit pouvoir attribuer au froid, ou à quelque cause entièrement externe, beaucoup pourraient être rapportés à la diathèse goutteuse, quoique diluée et modifiée par sa transmission héréditaire.

Dans le traitement de la phlébite goutteuse, il ne me paraît pas qu'il y ait besoin de rien faire d'actif. Les sangsues ne font pas de bien; le mercure, je pense, serait nuisible s'il faisait quelque chose; les purgatifs paraissent inutiles; le colchique a la même valeur limitée que dans les autres formes de goutte, et son utilité semble en rapport direct avec la gravité des symptômes. Les boissons alcalines sont certainement bienfaisantes, et très-probablement utiles; et certainement utiles aussi sont la diminution des aliments et des stimulants, et l'augmentation des boissons aqueuses. Mais le repos, avec le tronc et les membres un peu élevés, est beaucoup plus important que tout ce qui précède; car en cela résident les conditions les plus favorables à l'adhésion du caillot, et à son union avec les parois de la veine; par suite, il y a moins de chance pour qu'il se détache. Parmi les applications locales, aucune ne me paraît plus utile que les fomentations et frictions des membres avec des morceaux de flanelle chaude (1).

Parmi les affections les plus rares, je dois citer une phlébite qui s'étend aux branches importantes des deux veines caves inférieure et supérieure. Je n'ai vu qu'un cas bien marqué de ce genre.

(1) Dernièrement (1874), j'ai vu un autre cas d'embolie mortelle pendant la convalescence d'une phlébite goutteuse, et j'ai vu et entendu parler d'autres cas de gêne de la respiration. Voyez, en outre, un mémoire remarquable du docteur Tuckwell dans le dernier volume (le X<sup>e</sup>) des *St-Bartholomew's Hospital Reports*.

Un homme âgé de quarante-deux ans était malade depuis trois semaines, lorsqu'il vint demander mes soins le 19 octobre 1864. Je le trouvai très-agité, très-anxieux, respirant environ trente fois par minute, mais sans accuser de gêne et couché dans son lit sur le côté droit. Les mouvements du bras et surtout de la jambe étaient douloureux et difficiles. Les deux bras étaient gonflés et œdémateux, les mains entièrement enflées; il en était de même des deux jambes, surtout de la gauche au-dessous du genou. La veine céphalique, à l'épaule, et plusieurs autres veines sous-cutanées du bras gauche donnaient la sensation de cordes dures, moniliformes; il y avait à leur niveau des plaques sombres, rougeâtres, mais elles étaient à peine sensibles. Aux jambes toutes les veines saphènes étaient également dures, et sur certaines branches de la saphène droite, à la cuisse, il y avait des bandes et des pustules rouges, diffuses et ramifiées, très-sensibles au toucher et douloureuses dans les mouvements des membres.

La langue était large, un peu saburrale, sèche au milieu et à la pointe; le malade était altéré et sa bouche toute pâteuse; il avait du dégoût pour les aliments, mais n'avait pas d'autre malaise. Le pouls était à 120, petit, et plutôt faible; la respiration était comme ci-dessus. Les bruits du cœur étaient naturels, et il en était de même de la percussion et de la respiration en avant de la poitrine. A la moitié inférieure du poumon droit, en arrière, la percussion était entièrement mate, et on entendait une crépitation modérément fine dans la même étendue. Le même genre de crépitation siégeait au tiers inférieur et postérieur du poumon gauche, mais il y avait un peu moins de matité. La peau était moite; à la tête elle était plutôt chaude et transpirante, et fraîche aux mains. L'intestin paraissait disposé à agir régulièrement,

mais était constipé par les opiacés que prenait le malade. L'intelligence était entièrement nette. Tous les signes d'une pneumonie, avec augmentation du pouls de 80 à 120, s'étaient manifestés dans les vingt dernières heures. Je lui conseillai de prendre quinze grains de poudre de Dower en se couchant, et de continuer l'usage du chlorate de potasse et de l'ammoniaque, avec un peu de quinquina; environ dix onces de vin, du thé de bœuf, et de rester parfaitement en repos.

20 octobre. — Il a passé une nuit tout à fait sans sommeil, avec délire fréquent. Cette nuit le pouls était très-mou et faible, la respiration plus libre, mais presque aussi rapide. L'abdomen était plutôt distendu; il y avait eu un hoquet fréquent pendant tout le jour, et des nausées quelquefois. Sueurs profuses presque constantes, surtout à la tête; court frisson dans la matinée. Les forces paraissaient très-affaiblies. Le gonflement des jambes avait augmenté, et la partie antérieure du pied gauche était d'un bleu sombre, froide, insensible, évidemment sphacélée. Il en était ainsi depuis douze heures à peu près. Le pouls fémoral correspondait au radial, mais on ne pouvait sentir le battement des artères tibiales à cause de l'œdème; à partir de ce moment il devint rapidement plus faible, et sans aucun nouveau symptôme marqué, si ce n'est un commencement de sphacèle de la main gauche: il mourut le 21, à une heure du matin.

L'histoire de ce cas, dont je dois la relation au docteur Corbould, m'apprit que le patient avait été un homme actif et généralement sain jusqu'au moment où, cinq ans auparavant, il avait eu à Smyrne la fièvre intermittente, suivie d'un accès grave de bouton d'Alep. Depuis il avait joui d'une moins bonne santé, et avait eu souvent des furoncles; et chaque fois qu'il avait été indisposé, il avait été sujet à des fris-

sons, et à des accès fébriles, lui rappelant son ancienne fièvre intermittente. Il n'y avait pas d'affection connue dans la famille, excepté la consommation. De ses enfants, trois étaient morts récemment dans une épidémie de fièvre scarlatine, et on pensa qu'un égout passait sous sa maison (à Sydenham) mais il n'y en avait pas de preuve certaine.

Sa maladie dura trois semaines et commença par des frissons irréguliers, puis une attaque de frisson avec chaleurs et sueurs, qu'il regardait comme une récidive de son ancienne affection. Au bout de quelques jours, il eut une angine qui se termina par la formation d'un abcès de l'amygdale. Il fut ouvert, et le pus s'écoula librement. Toute cette partie de la maladie s'accompagna d'un degré ordinaire de fièvre, de sueurs abondantes, mais sans symptômes inaccoutumés. Environ une semaine avant sa mort, sans apparition de nouveaux symptômes, l'affection des veines cutanées commença. Celles des bras furent atteintes les premières, puis celles des jambes.

D'abord, une partie du trajet ou des branches d'une veine était marquée de bandes vasculaires, plutôt diffusées, rouges, comme celles qui se montrent communément sur les lymphatiques enflammés; et en même temps il y eut des douleurs spontanément et au toucher. Puis la veine sembla devenir comme dure, et à la fin tout à fait dure, et parsemée de nodosités; et avec ce changement la décoloration de la peau tourna graduellement au brun foncé, ou presque au noir, puis disparut lentement.

Dans la marche et la distribution générale de l'affection veineuse il y eut symétrie évidente; la marche eut lieu habituellement des veines superficielles aux veines profondes, et l'œdème suivit à intervalle régulier les signes externes de la phlébite.

Le corps fut examiné par M. Marrant Baker, qui me remit à ce sujet la note suivante :

*Autopsie. Jambe gauche.* — La veine saphène interne était remplie de sang coagulé, en apparence dans toute son étendue. Les veines fémorale, poplitée, tibiales antérieures et postérieures étaient dans le même état ; il en était ainsi de leurs branches musculaires et autres, autant que je pus le voir, soit en les disséquant, soit lorsqu'il m'arriva de les couper en travers. Çà et là la matière colorante du sang avait transsudé de la veine fémorale, et avait teint les parois de l'artère et les autres parties voisines.

*Bras gauche.* Les radiales et autres veines superficielles de la main et de l'avant-bras étaient obstruées de la même manière que celles de la jambe, et en disséquant l'artère brachiale on trouva ses veines satellites dans le même état. Les veines radiales profondes et cubitales ne furent pas examinées, mais elles étaient probablement dans les mêmes conditions.

Les veines iliaques externes, primitives, et la veine cave inférieure, étaient saines et ne contenaient pas de caillot.

Les tuniques des veines thrombosées paraissaient un peu épaisses, et les caillots, qui les remplissaient complètement et les distendaient uniformément, adhéraient légèrement à leur tunique interne. Les membres droits ne furent pas disséqués, mais il n'y avait pas de raison évidente de douter que leurs vaisseaux fussent dans le même état que celui qui a été décrit au côté gauche.

Les artères étaient complètement saines en apparence, et dans tous les points des membres où on les disséqua, entièrement dépourvues de caillot. Elles furent suivies en bas jusqu'à la portion gangrenée du pied gauche, et dans cette région elles étaient également perméables.

Le cœur était très-flasque et gras, mais sans autre maladie d'ailleurs, et toutes ses cavités étaient remarquablement vides de sang liquide ou coagulé. Leur membrane interne était profondément teinte de sang. Les artères pulmonaires des deux côtés étaient perméables et vides, excepté une branche de la droite, qui contenait un petit caillot d'apparence récente. Le tissu des deux poumons était çà et là emphysémateux, et partout congestionné et très-œdémateux. On n'y trouva pas de dépôts secondaires. La cavité pleurale droite contenait une quantité considérable de liquide, profondément teinté de sang. Le foie était pâle et gras, mais ne paraissait pas autrement malade. Les reins étaient flasques, mous, pâles et grasseux.

Je ne puis m'aventurer à dire de quel genre d'empoisonnement du sang dépendait le développement de cette singulière maladie. C'est peut-être seulement par hasard que, dans le seul autre cas semblable au précédent que j'aie rencontré, il y avait aussi quelque raison de croire que l'affection avait son origine dans un empoisonnement par l'air vicié provenant d'un égout. Ce fut le cas d'un ecclésiastique, M. A., homme d'une bonne santé habituelle, et sans prédisposition morbide connue.

En 1859, il dirigea l'ouverture d'un vieux puits, qui donna des preuves d'une telle infection qu'on dut le reboucher immédiatement de nouveau. Deux des hommes qui avaient travaillé au puits furent malades pendant quelques jours, avec mal au cœur, céphalalgie, dépression ; lui-même eut quelques nausées, pour lesquelles il prit un peu d'eau-de-vie. Quelques jours plus tard, et après une journée de fatigue, il eut ce qui paraît avoir été une attaque de pneumonie, accompagnée de fièvre et de gêne de la respiration, et pour laquelle il fut traité par des sangsues et des cata-