

point, que la plaie ait été mal réunie, froissée, contuse, comme aussi en dehors de toutes ces causes. Après la saignée, viennent l'incision, l'excision, la ligature, la cautérisation des veines, l'introduction d'épingles dans leur intérieur, leur contusion ou leur compression énergique, toutes opérations faites pour guérir des varices.

La phlébite résulte aussi d'une irritation de la membrane interne : c'est ainsi qu'on la voit survenir à la suite de l'introduction dans la veine de liquides irritants, tels que les matières septiques dont sont souillés les instruments de dissection ; ou par le fait du contact de substances âcres, comme quand la veine baigne dans un liquide purulent, dans la sanie d'un cancer ulcéré, ou dans le détrit d'une partie gangrenée.

Une irritation mécanique de longue durée peut entraîner l'inflammation des veines : tel est le cas des caillots qui par leur présence irritent les parois veineuses.

On a vu la phlébite survenir à la suite d'exercices musculaires violents et sous l'impression du froid. Enfin la phlébite spontanée se développe parfois au milieu d'un état constitutionnel grave, dans la phthisie pulmonaire avancée, la fièvre typhoïde, l'épuisement par une suppuration prolongée, l'état puerpéral, etc.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes sont locaux et généraux, et diffèrent encore suivant que la phlébite est superficielle ou profonde.

Dans la *phlébite traumatique superficielle*, dans celle qui résulte d'une saignée, par exemple, la petite plaie ne se cicatrise point ; au bout de vingt-quatre heures environ, ses alentours rougissent et s'empâtent, ses lèvres s'écartent, se renversent, ou bien ne sont réunies que par une couche mince de lymphes plastique jaunâtre, molle et puriforme, ou par une croûte sèche et rougeâtre. Cette plaie, devenue phlegmoneuse, est le siège d'une douleur quelquefois très-aiguë, elle laisse suinter de la sérosité roussâtre, et enfin du pus.

Les symptômes du côté de la veine consistent en une douleur sur le trajet du vaisseau enflammé ; celui-ci se dilate bientôt, parce que, d'après Ribes (1), le vaisseau malade ne peut que difficilement réagir sur le liquide qu'il contient ; puis il présente une coloration bleuâtre d'abord par le fait du sang qui stagne dans la veine, puis rouge pâle plus tard, en raison de la vascularisation inflammatoire qui s'établit à son niveau.

Mais bientôt la circulation cesse dans la veine enflammée, la coagulation y devient complète, le vaisseau se dessine alors sous forme d'un cordon douloureux, chaud, dur et rénitent, non-seulement parce que la veine est oblitérée, mais encore parce que ses parois sont épaissies et qu'un épanchement plastique s'est opéré à son niveau. Les parties adjacentes ne sont d'abord ni rouges, ni douloureuses, mais elles peuvent le devenir plus tard.

Cependant l'inflammation ne se localise pas aussitôt ; elle suit pendant

(1) *Loc. cit.*, t. I, p. 42.

quelque temps une marche extensive et se propage à peu près également du côté du cœur et du côté des capillaires. Mais la circulation ne peut pas être ainsi suspendue sans qu'il en résulte des troubles fonctionnels nombreux, surtout si la veine malade est volumineuse et affectée dans une grande étendue. Alors survient un œdème qui est assez souvent intense et se développe dans toute la partie comprise entre la veine et les capillaires. Plus tard la peau peut devenir livide et présenter des phlyctènes. D'un autre côté, pour suppléer à la circulation ainsi entravée, les veinules se développent et acquièrent parfois un volume considérable, surtout les veinules sous-cutanées, qui fournissent le plus souvent à cette circulation supplémentaire.

Quant aux troubles de voisinage, c'est l'extension de la douleur aux parties adjacentes, et parfois à tout le membre. Si la douleur ne s'est pas ainsi généralisée, il existe en tout cas une sensation d'engourdissement, de fourmillement, de pesanteur dans le membre, dont les fonctions sont entravées par l'œdème et par le trouble de la nutrition.

Dans la *phlébite profonde*, dans celle qu'on voit, par exemple, s'emparer des veines du mollet, on ne peut sentir le cordon rénitent formé par la veine oblitérée ; il n'existe qu'une douleur profonde, augmentée par la pression, et un empâtement de la région. Mais bientôt l'apparition d'un œdème et le développement de la circulation collatérale viennent indiquer la présence d'un obstacle dans les veines profondes et par suite l'existence de la phlébite. Parfois aussi, quand celle-ci est extensive, les veines superficielles se prennent à leur tour et démontrent ainsi la nature de l'affection.

Les symptômes généraux sont ceux de toute affection phlegmasique, et ils ont une intensité proportionnelle à celle de la phlébite elle-même. Il y a de la céphalalgie et de la courbature ; le pouls est accéléré, dur et plein ; la face est rouge, la peau chaude, il y a de la soif et de l'anorexie et quelquefois un véritable état bilieux. D'ailleurs cet état général ne se manifeste que quelques heures ou même plusieurs jours après l'établissement de la phlébite, et lorsque celle-ci affecte une veine considérable et est assez étendue.

Il est encore un certain ordre de symptômes qu'on voit trop souvent résulter de la phlébite, ce sont ceux de cette infection purulente dont nous avons tracé le tableau dans le premier volume de cet ouvrage.

La phlébite est une affection qui se présente presque toujours à l'état aigu et suit une marche continue, la durée en est indéterminée. Il est rare qu'en dehors de la pyohémie, la mort en soit directement la conséquence, sinon dans le cas d'inflammation des sinus de la dure-mère, par suite de la gêne que subit la circulation cérébrale.

La phlébite peut se terminer par résolution, oblitération définitive, formation d'abcès, hémorrhagie et gangrène.

La résolution, qui est plus fréquente dans la phlébite spontanée, s'observe cependant aussi dans la phlébite traumatique. Hunter avait déjà

mentionné cette terminaison, que l'on observe assez souvent. On voit alors la dureté et la saillie des veines diminuer successivement et disparaître, en même temps que s'effacent les autres signes de l'inflammation, rougeur, chaleur et douleur. Cependant, après la résolution de la phlébite qui suit l'opération de la saignée, on a noté comme pouvant persister quelque temps encore, l'induration du tissu cellulaire ambiant, celle de l'aponévrose brachiale, et la contracture du biceps.

L'oblitération est plus fréquente. Ainsi, tandis que disparaissent les douleurs et les autres signes de l'inflammation, on voit persister la dureté du vaisseau, qui reste plein et résistant. Cette oblitération peut avoir lieu soit par résorption du cylindre oblitérateur et adhésion des parois, soit par la persistance indéfinie de ce cylindre qui fait corps avec la veine définitivement transformée en un cordon fibreux.

Des abcès s'observent encore assez fréquemment dans la phlébite, et ils peuvent se former, soit dans le tissu cellulaire voisin de la veine, soit dans la veine elle-même, soit enfin dans l'un et l'autre point, de telle sorte que l'ulcération des parois de la veine donne alors un même foyer aux deux collections purulentes. D'un autre côté, comme il peut y avoir dans la veine des adhérences de distance en distance, les collections de pus intra-veineuses sont quelquefois disposées en chapelet, ainsi que Hunter (1) l'a remarqué dans un cas de phlébite de la saphène interne.

L'infection purulente est une des plus funestes et trop fréquentes terminaisons de la phlébite.

L'hémorrhagie est une conséquence de la phlébite. Cruveilhier (2) l'a observée dans un cas de phlébite limitée aux veines sous-cutanées de la jambe; il existait un véritable *purpura hæmorrhagica* de ce segment du membre. Tonnelé (3) a vu l'hémorrhagie cérébrale survenir par suite de phlébite des sinus de la dure-mère.

Enfin, la gangrène peut résulter de la gêne ou de l'arrêt de la circulation. Le membre s'engorge d'abord, puis des plaques rougeâtres et des phlyctènes s'y développent; les téguments deviennent mous et pâteux; des points livides apparaissent à leur niveau; l'épiderme se détache, la mortification s'effectue, et l'on voit alors des doigts, des mains, des membres entiers tomber sphacelés, et le malheureux malade succomber.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de la *phlébite superficielle* est facile, puisqu'on a pour se guider les autres symptômes décrits plus haut, en outre la présence d'un cordon dur et douloureux, situé sur le trajet connu d'une veine. Pour la *phlébite profonde*, l'œdème local, la douleur profonde et plus tard la dilatation des veines superficielles éclaireront le diagnostic.

On ne peut pas confondre avec la phlébite le *phlegmon*, qui présente

(1) *Loc. cit.*, t. III, p. 645.

(2) Cruveilhier, *Anat. pathol.*, t. II, p. 357.

(3) Tonnelé, *Journal hebdomadaire*, t. V.

une rougeur franchement inflammatoire, laquelle, pas plus que la douleur, ne s'étend suivant le trajet d'une ligne et ne s'accompagne nullement d'induration des veines, ni d'œdème des parties situées entre le point affecté et les capillaires.

Nous verrons, à propos de l'*angioleucite*, en quoi celle-ci diffère de la phlébite.

PRONOSTIC. — La gravité du pronostic dépend de la nature de la phlébite, du volume de la veine affectée et de l'étendue dans laquelle elle l'est. En effet, la phlébite adhésive est beaucoup moins grave que la phlébite suppurative, puisque celle-ci peut entraîner l'infection purulente. La phlébite spontanée, le plus souvent oblitérante seulement, n'a donc pas la gravité de la phlébite traumatique, qui marche si facilement vers la suppuration.

Mais, puisque en tout cas il y a oblitération de la veine, le pronostic sera d'autant plus grave que l'inflammation siégera dans une plus grosse veine, la veine principale d'un membre, par exemple, et que l'oblitération sera plus étendue; car il existe alors un œdème considérable, et le sphacèle peut avoir lieu par étranglement.

Si la phlébite se termine par oblitération définitive et que la veine oblitérée soit volumineuse, on observe, outre l'œdème, une dilatation permanente des veines collatérales et superficielles, et une tendance à la production des varices.

La phlébite est encore grave, même quand elle n'est qu'adhésive, au cas où un fragment de coagulum détaché chemine dans le système veineux, et vient enfin, lancé par le cœur droit, s'engager dans un rameau de l'artère pulmonaire et l'oblitérer en constituant ce qu'on appelle une *embolie*.

TRAITEMENT. — Au début de la phlébite, le traitement doit être franchement antiphlogistique. On appliquera des cataplasmes émollients sur la partie malade, et si la phlébite, par exemple, siége au bras, on le baignera deux fois le jour. Cette partie sera disposée, durant le repos au lit, de façon que la racine du membre soit plus basse que son extrémité terminale, afin de faciliter la circulation veineuse. Si les émissions sanguines sont nécessitées par l'intensité de la phlegmasie, on préférera les sangsues placées sur le trajet de la veine, à la saignée générale, qui expose à une nouvelle phlébite. Des onctions mercurielles sont souvent prescrites avec avantage, en même temps que les cataplasmes émollients.

De grands bains, des purgatifs et un régime sévère seront indiqués, au cas où il y aurait un état fébrile assez marqué.

Afin de s'opposer à ce que l'inflammation se propage vers le cœur, et pour déterminer l'adhésion des parois de la veine, Hunter avait conseillé la compression au-dessus du point enflammé. D'autres, après lui, ont proposé ce moyen pour s'opposer au passage du pus dans le reste du système circulatoire, et engagent même à faire la compression au-

dessus et au-dessous du point malade. Mais ce moyen n'empêche ni la phlegmasie de se propager, ni la suppuration de se faire.

Un mode de traitement plus dangereux que la compression est celui de Breschet, qui proposait d'isoler par une section transversale la veine enflammée du reste de la circulation. En effet, tout traumatisme prédispose à une nouvelle phlébite une veine qui est déjà malade.

Quand le pus est formé et qu'il est enkysté, on doit traiter l'abcès intra-veineux comme toute autre collection purulente, et se hâter de donner par une incision issue au liquide.

On combattra l'œdème consécutif à une phlébite adhésive par une compression douce, et surtout par la position destinée à faciliter la circulation veineuse. Mais quand l'œdème est tel que la peau menace de se sphacéler par distension, et qu'on voit des plaques érythémateuses apparaître, il est urgent de pratiquer quelques piqûres à l'aide d'une grosse aiguille, pour procurer une issue à la sérosité et dégorger le membre.

## ARTICLE II.

## PLAIES DES VEINES.

On a divisé les plaies des veines en *pénétrantes* et *non pénétrantes*. Celles-ci ne présentent rien de remarquable ; quant aux plaies pénétrantes, qui se divisent naturellement en plaies par instrument piquant, tranchant et contondant, les plus fréquentes comme les plus remarquables d'entre elles sont les plaies par instrument tranchant ; ce sont elles surtout que nous allons décrire, et nous ne dirons que quelques mots des autres.

HISTORIQUE. — Il n'a été publié qu'un petit nombre de travaux sur les plaies des veines en particulier ; ce sujet, du reste, est assez limité pour n'avoir pas excité les recherches de beaucoup de chirurgiens. Nous mentionnerons seulement ici les travaux suivants :

A. COOPER and TRAVERS, *Essays on Wounds and Ligatures of Veins* (*Surgical Essays*, third edit., London, 1818, p. 286). — AMUSSAT, *Recherches expérimentales sur les blessures des artères et des veines*. Paris, 1843. — OLLIER, *Des plaies des veines* (thèse de concours d'agrégation en chirurgie, 1857). — LANGENBECK, *Beiträge z. chirurgischen Pathologie der Venen* [Contribution à la pathologie chirurgicale des veines] (*Archiv für klinische Chirurgie*, Bd. I, S. 1, Berlin, 1861).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Quand l'incision de la veine est transversale et incomplète, les lèvres de la plaie s'écartent par suite de l'élasticité des fibres longitudinales de la tunique externe, et cela d'autant plus que la portion du calibre intéressée est plus considérable. La plaie offre alors une forme plus ou moins circulaire. Si la section du vaisseau est complète, les deux bouts divisés s'éloignent un peu l'un de l'autre. Dans les plaies longitudinales, au contraire, il n'y a point d'écartement des lèvres

de la plaie, ce qui s'explique par le petit nombre de fibres musculaires transversales.

Les plaies des veines tendent habituellement vers la cicatrisation, excepté celles des veines variqueuses, dont les parois épaissies possèdent en partie les propriétés des parois artérielles. Cette cicatrisation s'opère par l'intermédiaire d'un épanchement de lymphé plastique, et non par le fait d'un caillot, qui, lorsqu'il existe, entrave au contraire la cicatrisation. C'est ce que la pratique de la saignée permet de vérifier chaque jour : on peut, en effet, saigner entre le cœur et la plaie, quelques heures après une première saignée. D'ailleurs, l'observation microscopique a permis de constater directement que le tissu qui réunit les lèvres de la plaie est formé par de la matière amorphe, contenant dans son épaisseur des noyaux fibro-plastiques, à contours pâles mais réguliers, et sans nucléoles ; c'est-à-dire un blastème rudimentaire, susceptible de s'organiser ultérieurement, de manière que les anciennes cicatrices présentent les mêmes éléments anatomiques que les parois veineuses, seulement ces éléments diffèrent par l'abondance et la disposition. Ainsi la membrane externe est plus mince, on ne peut distinguer de membrane à fibres circulaires, et les fibres élastiques sont ténues et relativement peu ramifiées. La présence d'un caillot retarde la cicatrisation ; car si l'on étrangle une veine entre deux ligatures qui limitent un caillot, et que l'on fasse à cette veine deux incisions, l'une entre les ligatures et l'autre au-dessus d'elles, la première incision se cicatrise moins rapidement que la seconde (Ollier). Cette façon de comprendre la cicatrisation des plaies veineuses est tout à fait opposée à celle des auteurs qui admettent que du sang s'épanche entre la veine et la peau, que ce sang coagulé obture l'ouverture de la veine sans en oblitérer la lumière, qu'il est plus tard repris par l'absorption, enfin qu'une sécrétion de lymphé plastique ne tarde pas à achever la cicatrisation définitive.

Quoi qu'il en soit, la présence d'un caillot est parfois une condition indispensable pour arrêter une hémorrhagie, quand la plaie intéresse la plus grande partie ou la totalité du cylindre veineux, ou quand c'est un sinus qui est blessé. Mais l'oblitération qui en résulte n'est presque jamais permanente, et de la lymphé plastique épanchée vient plus tard tenir la place du caillot résorbé.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes varient suivant que la plaie est à ciel ouvert ou qu'elle est sous-cutanée. Dans le premier cas il y a plaie extérieure et hémorrhagie ; le sang qui s'échappe de la plaie est noir ; il s'écoule en bavant ou par un jet continu et non saccadé. Cet écoulement s'arrête si l'on comprime entre les capillaires et la plaie ; il s'accroît au contraire quand la compression s'exerce entre la plaie et le cœur.

L'hémorrhagie augmente d'abondance dans l'expiration, les efforts, la toux, et diminue dans l'inspiration, surtout pour les troncs voisins du cœur.