

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 moux 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'*angiopleucite*, 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 siègera 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, siège 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 ne 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 dégorgier 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). — AMUSAT, *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 des 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 lymphe 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 membranes 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 lymphe 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 lymphe 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.