

CHAPITRE IX

THROMBOSE VEINEUSE PÉRIPHÉRIQUE (SYN. : PHLÉBITE CRURALE, PHLEGMATIA DOLENS, ANASARQUE SÉREUSE, ŒDÈME LAITEUX, JAMBE BLANCHE, ETC.)

Thrombose
périphérique.

Je vais étudier maintenant les symptômes et la pathologie de l'affection consécutive à la formation de thrombus dans le système veineux périphérique, ou plutôt dans les veines des extrémités inférieures; nous savons trop peu de chose de leur présence en d'autres points pour nous permettre d'en parler.

De tous ces phénomènes, le plus important est celui qui est connu sous le nom de *phlegmatia dolens*, maladie qui a beaucoup attiré l'attention, et dont la nature et la pathogénie ont fait naître de nombreuses théories. En la décrivant comme une manifestation locale d'une dyscrasie générale du sang, et non pas comme une maladie locale essentielle, je fais sur sa pathogénie une hypothèse que bien des auteurs éminents ne considéreront pas comme justifiée. Toutefois, j'ai déjà énoncé quelques-unes des raisons qui me font agir ainsi, et j'espère démontrer brièvement que cette opinion n'est pas incompatible avec l'explication la plus probable de l'état particulier du membre malade.

Symptômes.

Le symptôme qui, en général, attire d'abord l'attention, est une douleur vive en quelque point du membre qui va être affecté. Le caractère de cette douleur varie selon les cas. Quelquefois elle est extrêmement aiguë, et perçue particulièrement

au voisinage et le long du trajet des principaux troncs veineux. Elle peut débiter par l'aîne ou la hanche et descendre, ou bien commencer par le mollet et remonter vers le bassin. La douleur se calme un peu après le gonflement du membre, qui survient en général dans les vingt-quatre heures, mais elle est toujours un symptôme pénible, et elle persiste pendant toute la durée du stade aigu de la maladie. L'agitation, le manque de sommeil, et les souffrances qu'elle provoque sont quelquefois excessifs. La douleur est précédée ou accompagnée d'un malaise plus ou moins prononcé. Pendant un jour ou deux, la femme est impatientée, irritable, contrariée sans motif; ou bien la maladie s'annonce avec une intensité particulière. En général, on observe quelques troubles constitutionnels, en rapport avec la gravité de l'affection. Le pouls est rapide et faible, 120 environ; la température est élevée, de 38°,5 à 39°, avec exacerbation vespérale. La femme est altérée, sa langue est luisante, ou blanche et chargée, elle a de la constipation. Dans quelques cas rares, lorsque l'affection locale est légère, aucun de ces symptômes constitutionnels n'est observé.

Le gonflement caractéristique suit de près l'apparition de ces symptômes. Il commence en général dans l'aîne, et de là il descend, se limitant parfois à la cuisse, ou envahissant le membre tout entier, les pieds même. Plus rarement, il débute par le mollet, et de là il s'étend en haut à la cuisse et en bas au pied. Les parties atteintes ont un aspect particulier, pathognomonique de la maladie. Elles sont dures, tendues, résistantes, luisantes et blanches; elles ne cèdent pas à la pression, excepté au commencement et à la fin de la maladie. L'aspect est tout différent de celui de l'œdème ordinaire. Lorsque la cuisse tout entière est affectée, le volume du membre est énorme. Souvent, on peut sentir les troncs veineux, surtout la veine fémorale et la veine poplitée, obstrués par des caillots et roulant sous le doigt. Ils sont douloureux au toucher, et leur trajet est indiqué par une ligne rouge plus ou moins marquée. Les deux jambes peuvent être prises, mais la gauche l'est plus souvent que la

État du membre
affecté.

60/100

droite. La maladie a une tendance à s'étendre au membre sain, et il arrive souvent, dans un cas en apparence en voie de guérison, que la température s'élève, que les symptômes fébriles s'accroissent, et il survient un gonflement de l'autre membre.

Marche de la maladie.

Après une durée du stade aigu de huit à quinze jours, les troubles constitutionnels s'amointrissent, le pouls et la température tombent, la douleur se calme, le sommeil et le repos reparaissent. Le gonflement et la tension du membre commencent alors à diminuer, et la résorption se produit, mais sa marche est toujours lente. Il faut invariablement plusieurs semaines, quelquefois plusieurs mois, avant que l'épanchement ait disparu. Le membre conserve pendant longtemps cette sensation particulière *de bois*, comme l'a appelée Churchill. La moindre imprudence, par exemple une tentative prématurée de marche, peut amener une rechute et un nouveau gonflement du membre. Cette guérison graduelle est la terminaison la plus commune de la maladie. Dans quelques cas rares cependant, il se produit de la suppuration, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit dans les ganglions lymphatiques, ou même dans les articulations, et il en résulte quelquefois un épuisement mortel. J'ai déjà signalé la possibilité d'une obstruction pulmonaire et la mort subite par décollement d'un embolus; on n'oubliera pas, dans le traitement de la malade, que ce résultat lamentable est presque toujours consécutif à un effort exagéré.

Période de débat.

L'affection débute, en général, très peu de temps après l'accouchement, rarement après le deuxième septénaire. Dans 21 observations recueillies par le Dr Robert Lee, 7 malades furent atteintes du quatrième au douzième jour, et 14 après le second septénaire. On a signalé quelques cas dont le début datait même de plusieurs mois après l'accouchement. Il est douteux qu'on puisse les rapporter à la puerpéralité, car, il ne faut pas l'oublier, la phlegmatia dolens n'est pas nécessairement une affection puerpérale. Elle peut naître sous l'influence d'autres causes, par exemple un état de septicité et d'hyperinose du sang, une affection maligne, la dysentérie, la phthi-

sie, etc. Mon expérience personnelle me fait supposer que les cas de cette nature sont beaucoup plus communs qu'on ne le croit généralement.

Cette maladie a depuis longtemps attiré l'attention des accoucheurs. Sans nous arrêter à des remarques plus ou moins obscures d'Hippocrate, de de Castro et autres, nous en trouvons la première mention un peu claire dans les écrits de Mauriceau, qui non seulement nous a donné une description très fidèle de ses symptômes, mais a émis sur sa pathologie une hypothèse certainement plus heureuse que les spéculations de ses successeurs. Elle est, dit-il, causée « par un reflux sur les parties de certaines humeurs qui devraient avoir été évacuées par les lochies. » Puzos l'attribue à l'arrêt de la sécrétion lactée et à son extravasation dans le membre affecté. Cette théorie, adoptée par Levret et plusieurs écrivains postérieurs, fut sérieusement admise par les accoucheurs et par l'opinion publique, et c'est à elle que nous devons la plupart des dénominations sous lesquelles la maladie a été connue jusqu'à nos jours : œdème lacteux, jambe de lait, etc. En 1784, M. White, de Manchester, l'attribua à un état morbide des ganglions lymphatiques et des vaisseaux du membre affecté; on adopta généralement cette théorie, ou d'autres analogues, par exemple celle de la rupture des lymphatiques qui traversent le détroit supérieur, soutenue par Tyre, de Gloucester, ou l'inflammation générale des absorbants, émise par le Dr Ferriar.

Historique
et pathologie.

Théorie de Puzos.

Ce n'est qu'en 1823 que l'attention fut attirée sur l'état des veines. C'est à Bouillaud que revient le mérite incontestable d'avoir signalé le premier que les veines du membre malade étaient obstruées par des caillots, bien que le fait ait été antérieurement observé par le Dr Davis, de University College. Le Dr Davis disséqua des veines après la mort, et trouva, comme Bouillaud, qu'elles étaient remplies de caillots qu'il considéra comme résultant de l'inflammation de leurs tuniques; de là le nom de *phlébite crurale*, adopté généralement, au lieu de phlegmatia dolens. Le Dr Robert Lee fit beaucoup en faveur de cette théo-

Théorie phlébétique.

rie, et, trouvant qu'il y avait des thrombus dans les veines iliaques et utérines aussi bien que dans les fémorales, il en conclut que la phlébite partait des branches utérines des veines hypogastriques et s'étendait en bas aux fémorales. Il signala que la phlegmatia dolens n'est pas limitée à l'état puerpéral, mais qu'elle peut se produire en dehors de lui, s'il existe d'autres causes de phlébite utérine, par exemple un cancer de l'orifice et du col de l'utérus. La théorie inflammatoire fut généralement acceptée, on la regarde même de nos jours comme une explication suffisante de la maladie. Certes on ne peut nier la présence constante d'un thrombus plus ou moins volumineux, et, comme on a supposé pendant longtemps qu'il ne se développait que sous l'influence d'une phlébite, la théorie inflammatoire était rationnelle. Mais il y a longtemps que les pathologistes ont démontré que la thrombose n'est pas fatalement, ni même dans la plupart des cas, le résultat d'une inflammation des vaisseaux dans lesquels on rencontre le caillot; c'est l'inflammation au contraire qui est le plus souvent le résultat du coagulum.

Théorie des causes
septiques.

Le Dr Mackenzie fit une vive opposition à la théorie de la phlébite. Il prouva, par de nombreuses expériences sur les espèces inférieures, que l'inflammation elle-même ne suffit pas pour produire les thrombus étendus qu'on rencontre, et que l'inflammation née en un point quelconque d'une veine ne peut pas s'étendre tout le long de son trajet, comme la théorie phlébitique le suppose. Sa conclusion est qu'on doit rechercher l'origine de la maladie plutôt dans un état de septicité ou d'altération du sang, qui détermine la coagulation dans les veines. Le Dr Tyler Smith ¹ a établi une certaine analogie entre les causes de la phlegmatia dolens et celles de la fièvre puerpérale, et il admet que la première dépend d'une dyscrasie du sang. « Je crois, dit-il, que la contagion et l'infection jouent un rôle très important dans la production de la maladie. Je considère

1. Tyler Smith, *Manual of obstetrics*, p. 538.

une femme prise de phlegmatia dolens comme ayant échappé heureusement aux dangers plus grands d'une phlébite diffuse ou d'une fièvre puerpérale. » Il raconte à ce sujet une observation instructive : « Il y a peu de temps, un de mes amis soignait avec attention une femme qui mourut d'angine érysipélateuse avec gangrène; et il fut lui-même atteint d'angine. Étant encore malade, il accoucha trois dames en vingt-quatre heures, et toutes les trois eurent une phlegmatia dolens. »

L'étude la plus importante de la pathologie de l'affection est contenue dans deux articles du Dr Tilbury Fox, publiés dans le second volume des *Obstetrical Transactions*. Cet auteur pense qu'il faut quelque chose de plus que la seule présence de caillots dans les veines pour produire les phénomènes de la maladie, bien qu'il admette l'importance, et même la nécessité, des modifications pathologiques. Il attribue la production des thrombus à des causes extrinsèques et des causes intrinsèques : les premières comprennent tous les cas de compression par des tumeurs ou autres choses semblables; les secondes, de beaucoup les plus importantes, sont rangées sous les chefs suivants :

Théorie de Tilbury
Fox.

1° Modifications inflammatoires vraies dans les vaisseaux, comme on le voit dans la forme épidémique de la maladie;

2° Thrombus simple, produit par une absorption rapide de liquide morbide;

3° Action du virus et du thrombus réunis, la phlegmatia dolens elle-même étant le résultat du thrombus simple, et non pas produite par l'inflammation des tuniques des vaisseaux; symptômes généraux produits par l'état général du sang; présence du virus.

Il établit en outre que le gonflement particulier du membre ne peut être expliqué par l'œdème seul, dont il est absolument différent. La couleur blanche de la peau, la violente douleur névralgique, et l'engourdissement persistant, indiquent que la totalité des tissus cutanés, la *cutis vera*, et même la couche épithéliale, est infiltrée de dépôts fibrineux. Il en conclut que le gonflement est le résultat de l'œdème et de quelque autre

chose *de plus*, et ce quelque chose est l'obstruction des lymphatiques, qui s'oppose à la résorption du sérum épanché. Selon lui, la cause efficiente de ces modifications, c'est, dans la majorité des cas, un agent septique né de l'utérus et qui conduit au même état que celui pendant lequel la phlegmatia dolens survient en dehors de la puerpéralité.

Les arguments du Dr Fox ont, sans aucun doute, une grande force, et on peut admettre, à mon avis, que l'obstruction des veines n'est pas suffisante *per se* pour produire cet aspect particulier du membre. En outre, il est certain que la phlébite seule ne saurait expliquer ni les symptômes, ni la présence de thrombus aussi étendus que ceux qu'on rencontre. L'opinion qui ne fait dépendre la maladie que de l'inflammation ou de l'obstruction des lymphatiques est une pure théorie, elle ne repose sur aucun fait, et elle est de jour en jour moins acceptée.

Les expériences de Mackenzie et de Lee, aussi bien que les nouvelles découvertes relatives aux causes de la thrombose et dues aux recherches des pathologistes modernes, semblent conduire à la théorie que j'ai déjà indiquée, c'est-à-dire celle qui n'explique la maladie que par une dyscrasie générale du sang, dépendant de l'état puerpéral. Il ne s'ensuit pas que j'écarte les hypothèses du Dr Fox, comme inexactes. Il est loin d'être improbable que les vaisseaux lymphatiques soient impliqués dans la production du gonflement particulier, mais nous ne sommes pas encore en mesure de le prouver. On peut supposer, avec assez de vraisemblance, que le même état morbide du sang qui produit la thrombose dans les veines puisse également provoquer dans les lymphatiques une irritation qui en entrave les fonctions, et même les obstrue complètement. Le fait capital, essentiel, dans la pathologie de l'affection, semble être incontestablement la thrombose des veines; il est probable qu'il s'y ajoute des modifications pathologiques encore indéterminées, mais elles ne sont pas en contradiction avec l'opinion que j'ai émise, d'une connexion intime entre la phleg-

matia dolens et les autres effets de la thrombose dans des vaisseaux plus éloignés.

Les modifications qui surviennent dans les thrombus tendent toutes à leur résorption définitive. Elles ont été décrites par différents auteurs comme conduisant à l'organisation ou à la suppuration. Mais il est probable que ces suppositions ont été faites sur des apparences trompeuses, et qu'en réalité on ne constate qu'une métamorphose régressive de la fibrine, de nature généralement amylicée ou graisseuse.

L'embolus se détache du caillot plus particulièrement lorsqu'il a une forme qui permet à l'une de ses extrémités de flotter librement dans le courant sanguin, dont la force le décolle et l'entraîne à sa destination dernière. Lorsque cet accident s'est produit, il est souvent possible de reconnaître le thrombus périphérique dont l'embolus a été séparé; en effet, l'une de ses extrémités présente une partie fraîchement brisée, au lieu d'un sommet naturellement arrondi. Ce décollement ne se fait, même avec la forme la plus favorable de caillot, que lorsqu'il s'est écoulé depuis son origine assez de temps pour en amener le ramollissement et la friabilité. Le fait curieux dont j'ai parlé plus haut, l'apparition d'une embolie puerpérale vraie le dix-neuvième jour seulement après l'accouchement dans la plupart des cas, s'explique parfaitement par cette théorie, qu'il corrobore d'une façon remarquable.

Si l'on admet que la phlegmatia dolens soit le résultat d'une inflammation des veines du membre affecté, il faut avoir recours à un traitement antiphlogistique. Et, en effet, la plupart des auteurs recommandent la déplétion, par une application de sangsues, le long du trajet des vaisseaux malades. On nous dit de renouveler cette application de sangsues deux et même trois fois, si la douleur persiste. Mais je crois que, si nous admettons l'origine septique de la maladie, cette pratique nous paraîtra tout à fait défectueuse. La phlegmatia dolens, dans la grande majorité des cas, survient chez les femmes d'une constitution faible et délicate, souvent chez celles qui ont eu une

Modifications qui surviennent dans les thrombus.

Décollement de l'embolus.

Traitement.

Saignée.

hémorrhagie sérieuse; c'est là une raison pour ne pas adopter cette routine. Si l'on pratique une saignée locale, on doit la limiter strictement aux cas dans lesquels il existe une extrême sensibilité et de la rougeur le long du trajet des veines, et seulement chez les femmes pléthoriques ou d'une constitution robuste; mais ce sont les faits de beaucoup les moins communs.

Il faut rejeter tout traitement trop actif.

Toutes les considérations que j'ai développées sur la pathologie de l'affection tendent à nous faire rejeter absolument toute espèce de traitement actif, employé dans l'espoir d'obtenir la guérison. Nous devons surtout compter sur le repos et le repos absolu, pour permettre aux thrombus et aux épanchements secondaires d'être résorbés, tandis que nous apaiserons la douleur et les autres symptômes, que nous soutiendrons les forces de la malade et que nous améliorerons son état constitutionnel.

Sédatifs, etc.

La chaleur et l'humidité du membre malade diminuent beaucoup la tension et la douleur. Un des meilleurs moyens de remplir cette indication est de l'envelopper entièrement de cataplasmes de farine de lin, fréquemment renouvelés. Quelquefois le poids des cataplasmes est insupportable, on peut leur substituer alors des bandes de flanelle chaude recouvertes de soie huilée. Les applications locales anodines apportent beaucoup de soulagement; elles seront employées avec avantage en même temps que les cataplasmes et les bandes de flanelle, soit sous forme de laudanum, ou de liniment chloroformé et belladonné, ou en fomentations de têtes de pavots. Je n'ai pas besoin de dire qu'on prescrira le repos le plus absolu, même dans les cas bénins, et que le membre sera placé à l'abri de toute compression par un cerceau ou un autre appareil analogue. Quelques auteurs ont recommandé énergiquement la dérivation locale, et considèrent les vésicatoires répétés presque comme un spécifique. J'hésite à appliquer des vésicatoires, car ils ne soulagent certainement pas, et il est difficile de comprendre qu'ils puissent hâter la résolution de l'épanchement.

Pendant le stade aigu de la maladie, le traitement général sera réglé d'après l'état de la femme. Il faut lui donner une nourriture légère, mais reconstituante, du lait, du bouillon, des potages en grande quantité. Si elle est très-affaiblie, les stimulants à petite dose auront leur utilité. Comme médicaments, nous ne retirerons quelque bénéfice que de ceux qui s'adressent au sang et à la santé générale de la femme. Les plus utiles sont le chlorate de potasse avec de l'acide chlorhydrique dilué, la quinine, seule ou associée au sesquicarbonate d'ammoniaque, le perchlorure de fer. Les alcalis, et les autres médicaments recommandés dans l'espoir de hâter la résorption des caillots, n'ont aucune espèce de valeur. On calmera la douleur et on facilitera le sommeil par un emploi judicieux de poudre de Dower, par des injections sous-cutanées de morphine, ou du chloral. En général, ce sont les injections de morphine qui réussissent le mieux.

Lorsque les symptômes aigus ont disparu et que la température est tombée, on peut cesser les cataplasmes et les fomentations, et entourer le membre d'une bande de flanelle depuis les orteils jusqu'en haut. La compression égale et le soutien qu'elle apporte facilitent la résorption de l'épanchement et tendent à diminuer le volume du membre. Plus tard, on peut faire, une fois par jour, un léger badigeonnage de teinture d'iode très-étendue. Mais il faut éviter absolument le massage et les frictions du membre, recommandés pour hâter la résolution, car ils pourraient provoquer la séparation d'une partie du caillot et amener une embolie. Et ce n'est pas un danger imaginaire, ainsi que le prouve le fait suivant, raconté par Trousseau¹. « Une phlegmatia alba dolens avait apparu à gauche chez une jeune femme atteinte d'un phlegmon péri-utérin. La douleur ayant cessé, on constata la présence du cordon veineux à la face interne et supérieure de la cuisse. La pression fut un peu forte, quelque chose sembla céder sous le doigt de M. Demar-

Traitement local consécutif.

1. Trousseau, *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, in *Gaz. des hôp.*, 1860, p. 577.

quay. Peu de minutes après, palpitations épouvantables, tumulte cardiaque, pâleur extrême, et les assistants crurent que la malade allait mourir. Au bout de quelques heures l'oppression cessa et tout fut fini. Il est probable qu'un caillot faiblement pédiculé s'était détaché et était remonté dans le cœur ou l'artère pulmonaire. » On peut employer dans la dernière période de la maladie des douches d'eau chaude, ou d'eau salée si l'on en a; leur effet est excellent. On les donne matin et soir, et le membre est enveloppé d'un bandage pendant la journée. On dit que les courants électriques facilitent la résorption, et ils paraissent avoir quelque utilité.

Change ment d'air.

Lorsque la femme est assez bien pour se déplacer, on lui prescrira le changement d'air et une saison au bord de la mer. Mais elle ne devra se servir du membre malade qu'avec les plus grandes précautions et sans se hâter, pour ne pas courir les risques d'une rechute. Il est bon de la prévenir, elle et sa famille, que les signes locaux de la maladie ne disparaîtront complètement qu'au bout d'un temps assez long.

CHAPITRE X

CELLULITE ET PÉRITONITE PELVIENNES

On savait, dès les temps les plus reculés, que des affections inflammatoires graves peuvent survenir après l'accouchement dans le bassin et les organes voisins, et qu'elles se terminent fréquemment par suppuration. Mais c'est seulement dans ces dernières années qu'elles ont été le sujet de recherches cliniques et pathologiques sérieuses, et que leur véritable nature a commencé à être reconnue. Toutefois nous avons encore beaucoup à faire pour que leur étude soit complète, et les accoucheurs doivent y apporter toute leur attention, parce que ce sont les maladies les plus graves et les plus longues dont puissent être atteintes les femmes pendant l'état puerpéral. Leur origine est souvent obscure et méconnue, et leurs suites incurables.

Ces affections sont connues depuis fort longtemps.

Ces affections ne sont pas limitées à l'état puerpéral. Au contraire, quelques-uns des cas les plus graves n'ont aucune relation avec l'enfantement; nous les laisserons de côté, et ce chapitre n'aura trait qu'aux formes directement imputables à la parturition.

Elles ne sont pas limitées à l'état puerpéral.

De récentes recherches ont démontré qu'on rencontre après l'accouchement deux variétés distinctes d'affections inflammatoires, différant matériellement l'une de l'autre sous plusieurs rapports. Dans l'une, l'inflammation affecte surtout le tissu

On en observe deux formes distinctes.

6 et 7