

presque complètement ou consister en symptômes pneumoniques : matité, souffle tubaire, avec couronne périphérique de râles crépitants.

L'infarctus tantôt se résorbe petit à petit, tantôt s'infecte secondairement par des microbes salivaires ; on voit alors apparaître des phénomènes de bronchopneumonie, et dans des cas exceptionnels des accidents de gangrène pulmonaire.

L'embolus peut, dans des cas exceptionnels il est vrai, passer dans la grande circulation. L'embolie dite paradoxale se fait alors soit dans le cerveau, soit dans les membres. Ces faits se rattachent à une persistance du trou de Botal.

Le pronostic de l'embolie pulmonaire n'est pas fatal, et la guérison est souvent signalée dans les cas d'apoplexie pulmonaire de cause embolique.

Les complications locales manquent le plus souvent ; elles appartiennent plutôt aux formes suppurées de la phlébite ; on a signalé cependant (Dance, Hervieux) la possibilité d'un phlegmon périveineux succédant à la phlegmatia.

La gangrène du membre est exceptionnelle, et l'on doit toujours se demander si le sphacèle ne tient pas à de l'artérite concomitante.

L'existence de complications du côté du système lymphatique a été longtemps admise ; s'il faut rejeter avec J. Renaut, comme non démontrée, l'oblitération des lymphatiques comme cause d'œdème, il faut admettre cependant la possibilité d'infection légère du système lymphatique et l'existence de tuméfaction ganglionnaire.

**DIAGNOSTIC.** — Le diagnostic de la phlegmatia est en général facile ; les conditions mêmes dans lesquelles se produit l'œdème, à la suite de l'accouchement, dans la convalescence des fièvres ; la coexistence de la douleur et de l'œdème suffisent le plus souvent pour caractériser la phlegmatia.

Le diagnostic n'est difficile que lorsqu'il s'agit de phlegmatia des cachectiques, laquelle est bilatérale, comme nous l'avons vu, et même souvent multiple. Le peu de réaction de la phlébite, la localisation aux pieds et aux malléoles, peuvent rendre le diagnostic difficile avec les œdèmes cachectiques, d'autant plus que ces formes d'œdème cachectique appartiennent peut-être dans certains cas à la période préoblitérante de la phlébite.

Le diagnostic de la phlegmatia et des œdèmes cardiaques ou brightiques ne peut être en question que lorsqu'on est en présence pour la première fois d'un œdème ancien, devenu dur et douloureux par suite de la tension de la peau ; l'œdème est alors bilatéral, la douleur est diffuse, les anamnésiques permettent le diagnostic.

Le diagnostic différentiel de la phlébite oblitérante, de la phlébite pariétale et de la phlébite variqueuse est souvent délicat ; l'absence

d'œdème généralisé, l'existence autour de la veine d'un empâtement inflammatoire, l'apparition de traînée rougeâtre le long du trajet du vaisseau, pourra faire songer à la phlébite variqueuse. L'existence d'une élévation très notable de la température locale, 2 à 3° C., permettra encore de porter à coup sûr ce dernier diagnostic.

#### PHLÉBITE SUPPURÉE.

**ANATOMIE PATHOLOGIQUE.** — Les lésions de phlébite suppurée se présentent sous des aspects qui varient avec la nature et surtout avec le degré de virulence du germe pathogène.

Tantôt la lésion phlébitique n'est qu'un incident au milieu des manifestations multiples de la pyémie, phlegmons du tissu cellulaire et abcès viscéraux, arthrites suppurées, pleurésie purulente, péritonite, etc. ; tantôt, au contraire, elle constitue toute la lésion.

Dans l'un ou l'autre cas, l'infection frappe indifféremment les veines du membre supérieur comme celles du membre inférieur, les veines du cou, du thorax, du tronc ; les phlébites, en un mot, sont multiples, elles peuvent passer d'un membre à l'autre, phlébites ambulantes.

L'incision des veines malades nous montre les parois épaissies, infiltrées de pus, quelquefois ulcérées, détruites, en communication avec le tissu cellulaire voisin qui est lui-même le siège de phlegmon.

La lumière du vaisseau n'est pas oblitérée par un caillot fibrinocrorique, mais remplie par un détritiforme, dans certains cas par du pus.

L'infiltration purulente de la veine peut se voir sur une grande longueur, mais le plus souvent elle frappe des segments circonscrits et l'on voit une série d'abcès échelonnés sur le trajet des veines.

L'infection ne porte pas seulement sur l'intérieur du vaisseau, mais aussi sur la périphérie de la veine, et des abcès périphériques peuvent se former qui ne communiquent pas avec la cavité vasculaire.

A ces lésions de phlébite suppurée se mêlent parfois des lésions plus discrètes sur d'autres points du système veineux. Ces lésions, qui siègent en général en aval de la lésion suppurée, sont plus plastiques que destructives et aboutissent à la formation d'un caillot oblitérant. On voit ainsi réunies chez un même individu les deux formes de la phlébite, la phlébite suppurée et la phlegmatia.

Nous avons vu, de même, au cours de la phlegmatia alba dolens, une infection atténuée qui n'avait déterminé d'abord qu'une réaction plastique oblitérante, se réveiller, et aboutir à la suppuration.

Les lésions histologiques de la phlébite suppurée consistent surtout dans une congestion vive des vaisseaux nourriciers et dans une diapédèse active des globules blancs. On n'y voit aucune réaction des cellules fixes ni des cellules endothéliales de la paroi ; la lésion est purement destructive.

Les germes rencontrés, soit à la surface de la veine, soit dans les vasa vasorum, sont des microbes vulgaires, tels que le streptocoque ou le staphylocoque en particulier.

Nous ne décrivons pas ici les lésions qui résultent de la phlébite suppurée, ni les embolies septiques qu'on observe dans le poumon et dans les autres viscères; nous signalerons seulement les altérations du système lymphatique que l'on observe au voisinage des veines malades, lymphangite des réseaux et des troncs, adénites, adéno-phlegmons, toutes lésions qui jouent un rôle dans la production des œdèmes inflammatoires qui accompagnent les phlébites suppurées.

**SYMPTOMATOLOGIE.** — Les symptômes généraux de la phlébite suppurée sont ceux de l'infection purulente avec ses grands frissons, ses sueurs profuses, sa fièvre à grandes oscillations, etc.

Les symptômes locaux, qui peuvent manquer dans certaines formes à marche rapide, consistent dans de la douleur au niveau des veines malades et dans l'apparition d'un œdème en général limité, rarement considérable; cet œdème est souvent rosé, il est d'ordre inflammatoire et se rattache autant à la lymphangite concomitante qu'à la périphlébite.

Si le segment veineux touché est superficiel, on sent un cordon saillant plus ou moins régulier, dur au toucher; le plus souvent on ne perçoit qu'un empâtement diffus; bientôt, au niveau du foyer œdémateux, le long des vaisseaux, on constate des nodules du volume d'une noix ou d'un œuf de pigeon, irrégulièrement espacés; ces foyers d'abord durs, tendus, ne tardent pas à se ramollir, et l'on y constate la présence de pus. Ces symptômes locaux sont surtout manifestes dans les phlébites suppurées circonscrites.

Le pronostic de ces phlébites suppurées, fatal dans les formes généralisées, reste toujours grave dans les phlébites suppurées circonscrites.

#### FORMES CLINIQUES DES PHLÉBITES INFECTIEUSES AIGUES.

**Phlébite puerpérale.** — Signalée déjà par les accoucheurs du siècle dernier, Mauriceau, Puzos, chez les femmes en couches, l'œdème partiel des membres qui survient après l'accouchement, fut surtout décrit par Davis, Robert Lee, Dance, Guthrie, qui le rattachent nettement à une oblitération veineuse.

Depuis, l'histoire de la phlébite puerpérale se confond avec l'histoire générale des phlébites, et c'est à son propos qu'ont été soulevés la plupart des problèmes pathogéniques que nous avons rappelés.

Les causes prédisposantes de la phlébite en dehors de la notion provocatrice, l'infection, ne sont pas connues: M. Pinard, dans un cas, a signalé une sorte de prédisposition héréditaire du système veineux.

Le froid, l'humidité, les écarts de régime, la cessation brusque de la

lactation, invoqués par les anciens auteurs, sont en réalité sans action.

L'importance du traumatisme obstétrical n'est pas sans jouer un rôle dans la production de la phlébite; les accouchements laborieux, suivis d'intervention (forceps, version, délivrance artificielle), en facilitant les causes d'infection, augmentent les chances de phlegmatia.

La fréquence de la phlegmatia est mal connue, la statistique des hôpitaux ne nous renseignant guère sur un accident qui est presque toujours une conséquence éloignée de l'accouchement.

La cause déterminante de la phlegmatia est toujours, comme l'avaient déjà vu les anciens auteurs pour la phlébite suppurée, et comme l'a montré l'un de nous pour la phlegmatia, l'état infectieux de l'accouchée.

« Le début tardif semble contraire à l'origine infectieuse de la phlegmatia, mais cette contradiction est plus apparente que réelle; c'est pour n'avoir pas assez étudié la période intercalaire qui s'écoule depuis le moment de l'accouchement jusqu'au début de la phlegmatia, que les auteurs n'ont pas su plus tôt dépister la nature infectieuse de la lésion veineuse.

« La maladie ne commence pas avec l'œdème blanc douloureux dont l'apparition est constamment précédée par une phase prodromique fébrile, où un examen attentif décèle toujours la marque de l'infection. Il n'y a donc pas de phlegmatia sans symptômes fébriles au préalable.

« La période apyrétique, qui souvent sépare le premier accès fébrile des premiers symptômes de la maladie, n'est pas faite pour surprendre. On sait en effet qu'au cours de l'infection puerpérale, les accidents se développent souvent par poussées successives, en rapport par exemple avec la formation de foyers nouveaux de suppuration. Ainsi procède la phlegmatia, elle est toujours le second temps d'une infection dont la première étape a été marquée par l'apparition de symptômes fébriles dans les quatre ou cinq jours consécutifs à l'accouchement. » (Widal.)

Dans certains cas cependant, l'apyrexie a paru complète, mais, comme le fait remarquer M. Vaquez à juste titre, cette apparence d'apyrexie n'a rien de surprenant; l'ascension thermique est souvent brusque, essentiellement transitoire, ne durant que quelques heures, passant par suite facilement inaperçue.

A ces symptômes fébriles peuvent s'ajouter des petits frissons, du malaise, et enfin une douleur siégeant dans la région iliaque. Ces phénomènes s'amendent bientôt, et le bien-être qui leur succède fait que lorsque va éclater la phlegmatia, elle semble débiter chez une malade absolument en bonne santé.

L'époque d'apparition est en moyenne du cinquième au trentième jour après l'accouchement; bien plus rarement elle n'a lieu que vers le quarantième jour.

La phlébite puerpérale peut nous montrer tous les types de phlébite