

que pour les veines des membres, il n'y a que des phlébites des sinus ; au point de vue clinique elle pourrait être conservée, le terme thrombose s'appliquant aux coagulations veineuses, celui de phlébite aux lésions suppurées ; nous croyons préférable de substituer à cette classification celle que propose M. Descazals :

Phlébite par propagation, dans les cas où la lésion du sinus est consécutive à une lésion de voisinage.

Phlébite par infection à distance, dans les cas où la lésion du sinus n'est qu'une localisation d'une infection générale.

Phlébite par infection à distance (ancienne thrombose des sinus). — Cette variété de phlébite s'observe presque exclusivement chez le nouveau-né, ce qui tient, comme l'a montré M. Hutinel, à la gêne de la circulation veineuse encéphalique qui se produit chez les enfants maintenus constamment dans le décubitus dorsal. Elle est exceptionnelle après quatre ans.

La phlébite à distance s'observe dans toutes les maladies infectieuses infantiles, surtout dans celles qui s'accompagnent d'un état cachectique très marqué : diarrhées cholériformes, diarrhée infantile, bronchites, bronchopneumonies chroniques, en particulier celles qui sont consécutives à la rougeole, hérédo-syphilis, tuberculose, etc.

Les infections aiguës, telles que l'érysipèle, la coqueluche, la fièvre typhoïde, la diphtérie, la grippe, peuvent présenter, quoique plus rarement, la phlébite parmi leurs complications ; elle a été signalée au cours de la chlorose par Zuckwell.

Phlébite par propagation. — Cette variété de phlébite est beaucoup plus fréquente que la précédente, elle peut se voir à tout âge, mais est plus fréquente chez l'adulte que chez l'enfant.

Les causes prédisposantes ne jouent ici aucun rôle dans sa production, elle survient souvent chez un individu robuste jusque-là en bonne santé.

La phlébite par propagation s'observe dans deux conditions bien distinctes : 1° par extension de la phlébite d'une veine extra-cranienne au sinus ; 2° par propagation au sinus d'une lésion septique du plan osseux sous-jacent au sinus.

Toutes les lésions traumatiques ou inflammatoires des téguments de la tête et de la face peuvent s'accompagner de phlébite des sinus : celle-ci est particulièrement fréquente à la suite de l'anthrax et du furoncle des lèvres, de l'érysipèle de la face, de la pustule maligne ; elle a été signalée à la suite de l'angine.

Les infections de la région lacrymale et orbitaire, plaie suppurative de l'œil, phlegmon de l'orbite, les lésions des fosses nasales et surtout des sinus aériens qui en dépendent, sont encore parmi les causes fréquentes de la phlébite, mais la cause de beaucoup la plus importante de la phlébite des sinus, c'est l'otite moyenne suppurée. Dans certains cas, il s'agit d'otite aiguë avec mastoïdite, le plus

souvent d'otite chronique ou subaiguë en communication avec l'air extérieur par la membrane perforée du tympan.

La phlébite des sinus peut survenir encore, d'après M. Marfan, comme complication d'une lésion suppurée de l'encéphale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Nous retrouvons dans la phlébite des sinus les deux types de lésions que nous avons décrits dans la phlébite des membres. Tantôt la phlébite est suppurée non oblitérante, la paroi externe du sinus est indurée, fongueuse, ramollie ; elle porte parfois des ulcérations qui peuvent faire communiquer le sinus avec une cavité purulente voisine. Les os sous-jacents sont atteints d'ostéite.

Tantôt la phlébite est plastique, oblitérante, la paroi interne du sinus est dépolie et rugueuse, la cavité oblitérée par un caillot plus ou moins adhérent à la paroi.

Le caillot peut être limité à un point du sinus, le plus souvent cependant au caillot primitif s'ajoute, comme dans la phlegmatia des membres, un caillot prolongé qui envahit les sinus voisins et même les veines extra-craniennes.

Le siège de ces thromboses est surtout au niveau du pressoir d'Hérophile, et dans les parties adjacentes ; à ces lésions s'ajoutent des lésions secondaires, de l'œdème du cerveau en général peu abondant, de l'hydropisie ventriculaire, du ramollissement cérébral, des hémorragies enfin. Chez les très jeunes enfants on voit assez souvent des hémorragies méningées sous-arachnoïdiennes et un piqueté hémorragique de la substance nerveuse.

La thrombose des sinus est dans la plupart des cas associée soit à de la méningite purulente, soit même à un abcès du cerveau (Descazals) ; ces lésions ne manquent guère que lorsqu'on a pratiqué une intervention chirurgicale précoce.

BACTÉRIOLOGIE. — Les microbes trouvés dans la phlébite des sinus consécutive à l'otite sont presque toujours le streptocoque, quelquefois le staphylocoque et le pneumocoque (Netter). Le pneumobacille de Friedländer a été isolé par Zaufal, le coli-bacille par Girode et M. Thiercelin. C'est encore le streptocoque qu'ont isolé MM. Achard et Renault, Claude et Deguy dans les thromboses de cause générale. Il faut enfin faire entrer en ligne de compte, comme l'ont montré MM. Veillon et Zuber et M. Rist, des microbes anaérobies, qui interviennent souvent pour produire des suppurations fétides de l'apophyse mastoïde.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes de la phlébite des sinus varient selon la nature du germe infectieux, le degré de virulence de ce germe et surtout selon la localisation du virus. Il est donc difficile de donner une description d'ensemble de cette affection.

On peut cependant simplifier beaucoup la description, si, à l'exemple de M. Descazals, on groupe tous les types secondaires autour des

deux types cliniques le plus souvent observés : la phlébite du sinus latéral, consécutive aux lésions de l'oreille moyenne, la phlébite du sinus caverneux, consécutive aux infections cervico-faciales qui se font par la veine ophtalmique ou le plexus ptérygoïdien. A ces symptômes de localisation s'ajoutent un certain nombre de symptômes communs que nous allons tout d'abord rappeler.

Symptômes communs. — L'affection est précédée par une période prodromique, courbature, malaise, fièvre, qui traduit l'existence d'un état infectieux indéterminé. Une céphalée violente, généralisée ou localisée, de la gêne des mouvements de la tête; un léger degré de rotation de la tête du côté malade, ne tardent pas à apparaître et précisent la localisation de l'infection.

Bientôt, lorsque la phlébite est confirmée, apparaissent de violents frissons, suivis d'une ascension considérable de la température et de sueurs abondantes. Ces frissons se renouvellent plusieurs fois par jour : on a en un mot le tableau de la *pyohémie*. Cette forme serait surtout fréquente chez l'adulte.

Chez l'enfant la phlébite détermine plutôt une *forme méningée*, très difficile à distinguer de la méningite suppurée. Le début est plus brusque que dans la forme précédente, la céphalée est terrible, le délire violent; le malade a des vomissements, de la raideur de la nuque, des secousses musculaires, quelquefois même de véritables convulsions.

On peut encore observer le tableau clinique de la *fièvre typhoïde* : le malade est dans un état de prostration extrême, la rate est grosse, le ventre ballonné, il y a de la diarrhée.

Symptômes de localisation. — *Thrombose du sinus latéral.* — Dans ce cas il y a de la *mastoïdite*, traduite par un *œdème nettement limité* à la mastoïde seule (signe de Griesinger), tandis que dans la périostite simple sans participation des cellules mastoïdiennes, l'œdème est diffus, il comble le sillon situé derrière la conque et repousse le pavillon de l'oreille en avant.

L'exploration de la mastoïde est douloureuse, et le maximum de la douleur se fait sentir à la pointe ou au niveau du bord antérieur de l'apophyse.

La veine mastoïde, la veine jugulaire peuvent participer à la lésion du sinus. Cette extension de la lésion se traduit par une douleur spontanée et à la pression, et par du gonflement des parties molles; on perçoit le long de la veine une sensation de cordon, le malade a de la raideur de la nuque, de la gêne des mouvements, des étourdissements, des vertiges, de la dyspnée, enfin des troubles laryngés, du ralentissement du pouls, des troubles de la déglutition et de la paralysie du voile du palais par suite de la compression du pneumogastrique et du glosso-pharyngien.

L'examen ophtalmoscopique montre presque toujours de l'œdème

de la papille et de la névrite optique (Valude); celle-ci est plus marquée en général du côté de la lésion.

Thrombo-phlébite des sinus caverneux. — Elle est en général consécutive à une lésion inflammatoire ou traumatique de la face, de la bouche, du pharynx, des amygdales.

Le début peut se faire par de la céphalée, le plus souvent localisée à la tempe, parfois même au filet sus-orbitaire, ou au nerf nasal externe.

La phlébite de la veine faciale est fréquente, il y a de l'œdème de la face, du gonflement érysipélateux des joues et des paupières.

Lorsque la lésion a gagné le territoire de l'ophtalmique, il y a deux sortes de symptômes : 1° des symptômes résultant de l'obstacle de la circulation veineuse en retour, œdème des paupières, exophthalmie, chémosis; 2° des symptômes de compression nerveuse, tenant aux rapports qui existent entre le sinus caverneux et le nerf moteur oculaire externe, le nerf moteur oculaire commun, le nerf pathétique et la branche ophtalmique de Willis; ces symptômes consistent en ptosis, strabisme et paralysie des muscles de l'œil, modifications pupillaires, d'abord rétrécissement, puis dilatation.

La thrombo-phlébite du sinus caverneux, d'abord unilatérale, se généralise d'ordinaire au sinus du côté opposé, par suite de l'union des deux sinus caverneux par le sinus coronaire.

Thrombo-phlébite du sinus longitudinal supérieur. — Elle se traduit par des épistaxis abondantes, des convulsions, des pertes de connaissance, de l'œdème des régions pariétales; pour M. Lermoyez, il y a dilatation des veines du cuir chevelu.

Abandonnée à son évolution naturelle, la thrombo-sinusite se termine presque toujours par la mort, soit par suite de la gravité des accidents locaux, soit par septicopyémie. La guérison est cependant possible.

Le traitement consiste à désinfecter le foyer initial, puis si cela est possible le sinus lui-même.

Dans les cas de thrombo-phlébite du sinus latéral, d'origine otique, ce qui est le cas le plus fréquent, l'intervention opératoire a donné des résultats satisfaisants, et M. Broca, en France, a posé nettement les indications de l'intervention et la technique opératoire : il faut trépaner la caisse et l'apophyse mastoïde; si le sinus est thrombosé, on peut réséquer la jugulaire entre deux ligatures, puis ouvrir et désinfecter largement le sinus.

La phlébite du sinus caverneux est au-dessus des ressources de l'art.

TRAITEMENT DES PHLÉBITES EN GÉNÉRAL. — Le traitement de la phlébite doit être avant tout prophylactique, et on sait, sans qu'il soit besoin d'insister davantage, combien l'emploi de l'antisepsie et de l'asepsie en chirurgie et en obstétrique, en diminuant les chances

d'infection, a rendu plus rares les phlébites, surtout les phlébites suppurées graves : une asepsie rigoureuse de la peau et des cavités muqueuses, de la bouche en particulier, pourra jusqu'à un certain point, au cours des diverses maladies infectieuses, diminuer la chance d'une phlébite en supprimant les causes d'infection secondaire.

La phlébite une fois constituée, le traitement consiste à mettre le membre malade dans un état d'immobilité absolue, afin de pallier aux accidents d'embolie qui constituent le véritable facteur de gravité de la phlegmatia. Le membre doit être placé dans une gouttière garnie d'ouate, remontant jusqu'à la racine de la cuisse ; tous les mouvements, les mouvements de flexion du tronc sur le bassin en particulier ; doivent être sévèrement interdits. En cas de phlébite double, on se trouvera bien de l'emploi d'une gouttière de Bonnet. D'après M. Vaquez, on ne doit retirer la gouttière qu'au quarantième jour après le début des accidents, et encore à cette époque doit-on recommander au malade d'éviter les mouvements brusques de flexion et d'extension du tronc.

L'enveloppement ouaté, l'application de compresses humides recouvertes de taffetas gommé, pourront être employés pour calmer les douleurs et diminuer les phénomènes inflammatoires. M. Pinard prescrit en outre l'application de compresses trempées dans une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque jusqu'à production d'un érythème vésiculeux.

Le port d'un bas-varices, ou bien la contention du membre par une bande de flanelle ou de crépon Velpeau, est nécessaire lorsque le malade commence à se lever.

Contre les contractures et l'atrophie qui persistent quelquefois après la résolution de l'œdème, on emploiera avec avantage, d'après MM. Ribemont Dessaignes et Lepage, les douches tièdes d'abord, chaudes ensuite, suivies de courtes séances de massage ; tout danger d'embolie étant écarté à cette période, puisque l'oblitération de la veine est définitive. L'emploi de l'électricité peut rendre également de grands services, mais il ne paraît pas pouvoir convenir au cas où les douleurs sont intenses (Vaquez).

L'emploi des eaux thermales est indiqué dans les formes accompagnées d'œdème chronique ; les eaux de Plombières et surtout de Bagnoles de l'Orne sont particulièrement indiquées.

Dans les phlébites suppurées des membres on doit évacuer les abcès phlébiques, on pourrait peut-être même tenter la désinfection des veines enflammées, en cas d'embolies graves. La ligature des veines efférentes, ou tout au moins de la principale, devrait toujours dans ce cas, d'après M. Robineau, précéder toute opération pratiquée sur le segment veineux enflammé.

INFECTIONS CHRONIQUES DES VEINES.

Tuberculose des veines. — Les veines peuvent être atteintes par extension d'une lésion de voisinage, mais dans certains cas, il se fait une localisation initiale sur l'endoveine du processus tuberculeux, comme l'ont montré les recherches de MM. d'Orth, Mugge, Weigert, Cornil et Ranvier.

La granulation tuberculeuse, d'après Mugge, se localiserait surtout dans les parties profondes de la tunique interne ; l'endothélium reste intact, les cellules géantes sont exceptionnelles. Cette constatation est à rapprocher de faits identiques, rareté des cellules géantes, intégrité de l'endothélium, relatés par M. Cornil au niveau des artères, dans ses recherches sur la tuberculose des méninges.

Les granulations siègent d'ordinaire au niveau de l'éperon que l'on voit au point de bifurcation du vaisseau. Weigert a beaucoup insisté sur le rôle de cette tuberculose veineuse, qu'il considère comme pouvant être non une des localisations, mais bien l'origine de la tuberculose miliaire généralisée. La lésion initiale dans ces cas de granulie siègerait dans les ganglions de voisinage, atteints de tuberculose ; de là, elle se propagerait aux parois veineuses et diffuserait par le sang dans le reste de l'économie.

Les veines prises le plus souvent sont les veines pulmonaires, mais la lésion peut siéger sur les veines rénales, azygos, brachio-céphalique, jugulaire interne, thyroïde et surrénale.

Ces veines sont le siège de véritables granulations milières de petites dimensions, mais parfois aussi de véritables tubercules d'aspect polypeux, faisant une saillie assez marquée dans la lumière du vaisseau, tubercules qu'on pourrait prendre, n'était leur structure histologique, pour des caillots sanguins.

La lésion des veines ne s'accompagne pas fatalement d'une infection générale de l'organisme par le bacille de Koch : la lésion de la paroi veineuse peut déterminer en effet à son voisinage, la formation d'un thrombus, qui sert ici à la limitation de l'infection comme dans les autres phlébites infectieuses : la réalité de cette oblitération sous la seule influence du bacille de Koch est démontrée par les observations de Weichselbaum, de Chantemesse, de Vaquez, de Sabrazès, qui ont trouvé des bacilles tuberculeux non seulement dans la paroi, mais encore dans l'intérieur du thrombus.

Syphilis des veines. — On sait toute l'importance que jouent les lésions des capillaires et des artères dans les diverses manifestations de la syphilis, qu'il s'agisse de chancre, de lésion secondaire ou de lésion tertiaire ; il semble par contre, si l'on s'en tient aux descriptions classiques, que la syphilis épargne pour ainsi dire d'ordinaire le système veineux.