

D'après la disposition du caillot à son extrémité libre, il est important de rappeler que les malades doivent éviter tous les efforts, toutes les pressions capables d'en détacher un fragment qui, allant obstruer ou oblitérer une branche de l'artère pulmonaire, pourrait donner lieu à des accidents graves, à une suffocation imminente.

Il est une oblitération des veines occupant presque exclusivement les membres inférieurs, qui, survenant fréquemment dans le cours de certaines affections aiguës et chroniques, et plus spécialement pendant l'état puerpéral, mérite une description spéciale : c'est la maladie connue sous les noms d'*œdème douloureux* ou de *phlegmatia alba dolens*.

## DE LA PHLEGMATIA ALBA DOLENS

SYNONYMIE. — Œdème douloureux, œdème des femmes en couches; engorgements, ou dépôt laiteux.

Les femmes en couches sont quelquefois affectées d'un œdème très-douloureux, rapide dans son développement, ordinairement borné à l'un des membres inférieurs, et qui toujours est symptomatique d'une oblitération veineuse.

Cette affection, généralement considérée comme étant exclusive à l'état puerpéral, ne diffère pourtant point des symptômes, par son début, par sa marche et par les lésions anatomiques, d'un œdème douloureux occupant les mêmes régions, et qui atteint en proportion peut-être plus grande les individus arrivés à la dernière période des maladies aiguës ou chroniques, ou pendant la convalescence des affections graves ayant profondément débilité la constitution. C'est un rapprochement qui a été fait avec juste raison par M. Bouchut dès 1845.

**Historique.** — Cette maladie paraît avoir été décrite pour la première fois par Mauriceau, dans son *Traité des femmes grosses*. Puzos et Levret, dans leurs ouvrages sur les accouchements, en tracèrent un tableau plus fidèle, mais ce ne fut qu'à la fin du dernier siècle que White publia sur cette affection des recherches beaucoup plus complètes (1). Depuis lors la *phlegmatia alba dolens* a été l'objet de travaux importants dans toute l'Europe. On doit surtout distinguer ceux de Davis (2), de Lee (3), en Angleterre; ceux de MM. Velpeau (4), Boudant (5), Bouchut (6), Ghérard (7), en France. Observons pourtant ici qu'on ne devrait point accepter comme des exemples de *phlegmatia alba dolens* tous les faits rapportés, car on a souvent attribué à cette affection des maladies très-diverses ou des complications graves, et qui en sont tout à fait indépendantes : c'est ce que nous allons voir en traitant de l'anatomie pathologique.

**Anatomie pathologique.** — Si l'on acceptait sans critique toutes les observations publiées sous le titre d'*œdème douloureux des femmes enceintes*, on assignerait à la maladie les lésions les plus variées. Les uns ont signalé une infiltration purulente du tissu cellulaire sous-cutané ou sous-aponévrotique; d'autres ont parlé de ganglions lymphatiques inguinaux devenus volumineux, ramollis et suppurés; quelques-uns auraient vu les symphyses du bassin

(1) *Inquiries into the Nature and Cause, etc.*, 1784.

(2) *Medico-chirurg. Transactions of London*, 1823, et *Journal des progrès*, t. 1.

(3) *Medico-chirurg. Transactions of London*, 1829, et *Traité des maladies des femmes*.

(4) *Archives de médecine*, t. VI, année 1824.

(5) *Bulletins de la Société anatomique*, année 1828.

(6) *Gazette médicale de Paris*, année 1844.

(7) Thèse de la faculté de Strasbourg, année 1835.

enflammées et pleines de pus; enfin la plupart ont noté une phlébite adhésive ou une phlébite suppurée des veines iliaques, crurales hypogastriques, et de leurs différentes branches.

On pourrait conclure de l'énumération qui précède que l'œdème douloureux n'aurait pas un caractère anatomique invariable, il n'en est rien pourtant; il faut plutôt penser que, sous les noms d'*œdème douloureux* ou de *phlegmatia alba dolens*, on a confondu des maladies fort différentes, ou qu'on a attaché l'importance d'un caractère anatomique constant à des lésions purement accidentelles ou à des complications. Le caractère anatomique invariable de l'œdème douloureux est une oblitération veineuse produite par des caillots adhérents. Cette oblitération atteint communément la veine nourricière du membre ou l'une de ses divisions principales, mais quelquefois ce sont les ramifications périphériques ou les veines d'un petit calibre qui sont obstruées.

Le caillot obturateur varie d'aspect suivant qu'il est plus ou moins ancien. Au début il est noirâtre, puis il devient de plus en plus dense et fibrineux; il se sépare communément avec facilité du vaisseau, auquel il adhère faiblement. La tunique interne de la veine, au niveau du caillot, a sa couleur, son poli, sa consistance normale; ce n'est que dans des cas exceptionnels que sa surface est rugueuse, hérissée d'une fausse membrane à l'aide de laquelle le caillot adhère plus intimement encore avec la face interne du vaisseau. Il y a donc ici incontestablement phlébite, mais phlébite adhésive, sans traces de suppuration ni dans le vaisseau, ni dans les vicères.

J'ai dit qu'il y a oblitération du vaisseau; mais le caillot, comme Virchow le remarque, n'arrive pas seulement jusqu'à l'embouchure de cette branche dans un tronc plus considérable, mais il s'étend ordinairement au delà de cette embouchure, dans le tronc principal, que le courant sanguin n'a cessé de parcourir, de sorte que le prolongement du caillot, qui s'accroît sans cesse par l'addition de couches nouvelles, plongé sans cesse au milieu du courant sanguin, a grande tendance à être entraîné et à produire des accidents subits dont nous parlerons plus tard.

**Symptômes.** — La maladie survient rarement avant le cinquième jour des couches ou après le vingt-cinquième; le plus souvent elle se déclare entre le dixième et le quinzième jour. Elle n'envahit presque jamais les deux membres inférieurs à la fois; le gauche a paru être plus fréquemment affecté que le droit : il est presque sans exemple que la maladie occupe les membres thoraciques. Lorsque l'affection commence, la femme éprouve un sentiment de pesanteur, souvent une douleur vive et obtuse, qui se déclare brusquement dans tout le membre ou seulement dans son tiers supérieur et interne; quelquefois elle est limitée au mollet ou à l'aîne, où existent parfois quelques ganglions tuméfiés et douloureux. Tout aussitôt on voit le membre se tuméfier partiellement ou dans toute la longueur; le gonflement s'étend de haut en bas ou de bas en haut, suivant que l'oblitération atteint primitivement les vaisseaux périphériques ou ceux qui sont à la racine du membre. Celui-ci est douloureux, il est lourd, incapable souvent, pour ces deux raisons, d'exécuter aucun mouvement. La peau qui le recouvre est d'un blanc mat, elle est chaude; tout le membre est rénitent. La pression réveille de vives douleurs; elle fait distinguer souvent des cordons durs, douloureux, qu'on reconnaît aisément pour des veines oblitérées; mais quoi qu'on fasse, en pressant avec la pulpe de l'indicateur, on ne fait aucune empreinte, ce qui dépend sans doute de la petite quantité de sérosité infiltrée et de ce que celle-ci occupe surtout le tissu cellulaire profond; de sorte que, pour produire une dépression, il faudrait



exercer avec le doigt une pression très-forte, mais la sensibilité du membre s'y oppose. La position qu'on donne à la malade ne modifie pas notablement la tuméfaction dont la partie est le siège. Il n'est pas rare de voir se développer les veines superficielles. Cette circulation collatérale est en rapport communément avec l'étendue de l'oblitération veineuse.

Les symptômes généraux sont rarement en rapport avec les souffrances locales. La fièvre est en effet médiocre, parfois nulle, à moins de quelque complication phlegmasique.

**Marche. Terminaisons.** — Les accidents, après avoir persisté avec plus ou moins d'intensité pendant quelques jours ou bien un septénaire environ, diminuent ensuite; les douleurs se calment, la tension devient moindre; l'engorgement du membre se résout peu à peu. Il est rare que la résolution se fasse simultanément sur toute son étendue; dans la plupart des cas, c'est la cuisse qui se dégorge la première, tandis que la jambe et le pied reprennent leur volume un peu plus tard. Cette résolution est plus ou plus rapide: quelquefois il s'écoule un ou deux mois avant qu'elle soit complète; il faut, en général, deux à trois septénaires pour qu'elle s'effectue. L'œdème peut même persister bien plus longtemps encore, ne cesser tout à fait qu'au bout de six mois ou d'un an, lorsque la veine a repris son calibre ou lorsque le développement des collatérales a suppléé à son insuffisance. Il n'est même pas rare de voir ces femmes conserver pour le reste de leur vie un membre plus lourd, œdémateux, ou plus ou moins douloureux. Après avoir cessé dans un membre, l'œdème douloureux peut bien envahir à son tour le membre opposé, mais c'est là une circonstance qui m'a paru être assez rare.

La *phlegmatia alba dolens* guérit presque toujours, et dans les cas où les femmes succombent, c'est bien moins par la maladie même que par suite des complications qui surviennent, et qu'on a très à tort considérées généralement comme l'élément essentiel de la maladie. C'est ainsi que de vastes suppurations peuvent dénuder largement les muscles et la peau du membre; ou bien c'est une inflammation des symphyses pubiennes et sacro-iliaques, une péritonite; c'est le plus souvent une phlébite suppurée. Enfin des caillots veineux, en se détachant, peuvent, comme nous l'avons dit déjà, traverser le cœur droit, et aller oblitérer le tronc même ou l'une des branches principales de l'artère pulmonaire, et donner lieu aux accidents formidables et subits que nous avons décrits précédemment (p. 333).

**Diagnostic.** — L'œdème des femmes en couches diffère de l'œdème simple par leur rénitence, par la douleur qui le précède et qui l'accompagne, rénitence et douleur qui s'opposent à ce qu'on exerce une pression assez forte pour que le doigt fasse une empreinte durable; il s'en distingue encore par le peu d'influence qu'exercent sur lui les diverses positions du membre. Il pourrait paraître inutile d'insister pour prouver en quoi la maladie diffère du phlegmon, si cette confusion n'avait été faite très-souvent. Lorsqu'en effet le phlegmon atteint les couches les plus profondes du membre, il détermine de la douleur une tuméfaction considérable sans rougeur aucune. Cependant, dans les cas dont nous parlons, la douleur est plus aiguë, la résistance plus grande, la fièvre, les symptômes généraux et sympathiques plus graves; enfin la suppuration ne tarde pas à se révéler, elle existe toujours alors avec les grands désordres.

**Pronostic.** — Le pronostic n'est grave qu'en raison des complications qui peuvent exister. L'œdème douloureux simple se termine toujours d'une manière favorable. Mais si la veine principale du membre est oblitérée, il peut en résulter un œdème permanent, c'est-à-dire une infirmité réelle.

**Étiologie.** — La *phlegmatia alba dolens* est une maladie assez rare: White, Hull, Thomas, M. Velpeau, s'accordent sur ce point. Je n'en ai moi-même observé qu'un seul exemple sur plus de cinq cents femmes qui, en 1835, accouchèrent à l'Hôtel-Dieu, ou qui, accouchées en ville, furent apportées peu après dans les salles au service desquelles j'étais alors attaché. Les causes de l'œdème douloureux sont à peu près inconnues. On l'a vu naître parfois après l'impression du froid; aussi paraît-il plus fréquent dans les pays froids, humides, et pendant l'hiver. Pendant longtemps la *phlegmatia alba dolens* a été regardée comme l'effet de la suppression des lochies et du lait; mais ces opinions sont aujourd'hui entièrement discréditées; elles n'ont rien de fondé. Le plus souvent l'oblitération veineuse se déclare plus spécialement chez les femmes exceptionnellement affaiblies par la grossesse, par le travail de l'accouchement ou par quelque accident des couches. L'œdème douloureux des femmes en couches rentrerait donc encore, sous ce rapport, dans la catégorie de celui qui survient spontanément et dans les mêmes lieux chez les sujets cachectiques de l'un et de l'autre sexe, dont nous allons parler.

**Œdème douloureux survenant chez des sujets déjà malades.** — On voit souvent survenir chez les sujets affaiblis une lésion et des symptômes absolument identiques avec ceux que nous venons de décrire. C'est ainsi que, dans la convalescence de maladies graves, comme la fièvre typhoïde, et beaucoup plus souvent encore chez les tuberculeux et chez les cancéreux parvenus à une période avancée de leur maladie, un des membres inférieurs, le gauche bien plus souvent que le droit, devient très-rapidement œdémateux. C'est souvent au milieu du sommeil de la nuit que ces malades sont réveillés brusquement par un engourdissement et parfois par une douleur vive dans le mollet ou dans la région inguinale. Examiné peu d'heures et parfois même peu de minutes après l'accident, on trouve le membre tuméfié, rénitent, douloureux; la peau est d'un blanc mat, et l'on peut souvent, par la palpation, constater sur le trajet d'une veine un cordon dur plus ou moins douloureux. J'ai vu, après quelques minutes seulement, la veine crurale au pli inguinal être très-douloureuse, d'une dureté presque pierreuse, et distendue comme elle aurait pu l'être après une injection qui se serait solidifiée.

Au bout de quelques jours, les souffrances sont moindres, le plus souvent même les malades ne se plaignent que d'un engourdissement incommode; puis, après un temps variable, on voit l'œdème diminuer, les vaisseaux oblitérés redevenir perméables, au point que, très-souvent, après quelques semaines ou un mois, il ne reste plus trace de l'affection; le plus ordinairement pourtant, lorsque les individus succombent aux progrès de la maladie principale, on constate la présence de caillots obturateurs ayant les caractères de ceux que j'ai précédemment décrits. Jamais, dans ces cas, je n'ai vu de phlébite; il n'existe jamais de pus, et jamais non plus pendant la vie on n'a observé de signes d'infection purulente. Sur plusieurs centaines d'individus sans doute, sur lesquels j'ai constaté une pareille complication, la lésion a toujours été purement locale.

L'oblitération veineuse dont je parle n'entraîne donc après elle aucun péril, mais elle est grave parce qu'elle révèle un état fâcheux de l'économie. Sous ce rapport, on pourrait comparer cet accident au muguet, qui se déclare dans des conditions à peu près analogues, mais le plus communément pourtant à une période encore plus avancée des maladies.

**Traitement.** — L'œdème douloureux survenant dans le cours de l'état puerpéral réclame très-rarement l'emploi des antiphlogistiques; quelques sangsues



pourront être appliquées au niveau de la veine oblitérée si la tension et la sensibilité sont très-vives. Les malades seront plongés dans un bain tiède, dont on prolongera le plus possible la durée; le membre mis dans une position convenable, c'est-à-dire le plus horizontalement possible, et même incliné de bas en haut, sera enveloppé de cataplasmes émollients, ou bien oint de pommades et de liniments narcotiques; le baume tranquille, le laudanum, l'extrait de belladone, sont surtout utilement employés. On entretiendra la liberté du ventre, mais il ne faut guère compter ici sur l'utilité des purgatifs, des diurétiques et des sudorifiques usités dans les hydropisies. Enfin, lorsque la sensibilité du membre est devenue presque nulle, et que la tuméfaction seule persiste, on exercera une compression méthodique à l'aide d'une bande roulée. Les malades pourront même être condamnés à porter un bas élastique pendant un temps indéfini, si la veine ne reprend pas sa perméabilité, ou si les collatérales ne se sont pas développées d'une manière suffisante. Le traitement que j'indique est celui qui convient également dans l'œdème douloureux qui atteint les sujets cachectiques.

**Siège. Nature de la maladie.** — Les opinions les plus diverses ont été émises sur la nature et sur le siège de l'œdème douloureux : les uns en ont fait une phlegmasie des vaisseaux et des ganglions lymphatiques; d'autres n'y ont vu qu'une sorte de phlegmon diffus ou qu'un état symptomatique d'une phlegmasie des articulations pelviennes ou des parties contenues dans le bassin; quelques-uns ont cru à l'existence d'une sorte d'hydropisie essentielle, opinion que j'ai longtemps adoptée sans en être fort satisfait et à laquelle d'ailleurs j'ai fait moi-même de graves objections. Depuis une trentaine d'années, l'idée que l'œdème douloureux serait l'effet d'une phlébite a compté toujours plus de partisans, elle a fini par être assez universellement acceptée. Cependant l'anatomie pathologique ne la confirme pas. Nous avons vu, en effet, que la phlébite était rarement constatée sur le cadavre; ce qui le prouve d'ailleurs, c'est la terminaison constamment heureuse de la maladie lorsqu'elle est simple. Or, comment supposer qu'une phlébite, surtout puerpérale, pût toujours avoir une solution heureuse lorsqu'elle atteint les veines des membres, tandis que nous la voyons avoir une issue presque toujours fatale quand elle envahit les veines de l'excavation pelvienne? Tout s'explique lorsque au lieu d'une phlébite on consent à ne voir dans l'œdème douloureux qu'une oblitération veineuse consécutive à l'organisation de caillots fibrineux survenant indépendamment de toute phlegmasie des parois veineuses. Le début comme la marche de l'affection excluent l'idée d'une phlébite. C'est brusquement ou à peu près que la lésion s'opère, l'oblitération se fait sans être annoncée par la douleur : on dirait que c'est le sang qui se concrète d'une manière spontanée et sans altération préalable des parois veineuses. Il est d'ailleurs difficile de reconnaître suivant quel mécanisme cette coagulation s'opère. Dire que le sang dans l'état puerpéral est plus concrecible à cause de l'augmentation absolue ou relative de sa fibrine, ce n'est pas beaucoup avancer la solution du problème, car alors pourquoi n'en serait-il pas de même dans les maladies inflammatoires, où cet état du sang est bien plus prédominant encore? et cependant ce n'est jamais alors que le liquide se concrète dans les vaisseaux, mais c'est uniquement chez les sujets affaiblis, cachectiques, atteints de lésions le plus souvent mortelles, c'est-à-dire dans des cas où le sang semble plus appauvri dans tous ses éléments solides, que l'on constate cet accident. On voit donc qu'en y regardant de près, et si l'on ne veut pas se payer de mots, il est impossible, dans l'état actuel des choses, de dire quelle est la cause réelle qui fait que le sang se coagule dans certaines

veines; mais cette coagulation n'en est pas moins constante, et elle explique fort bien tous les symptômes. Si parfois elle a paru manquer, c'est qu'on ne l'a pas toujours recherchée dans les veines de second et de troisième ordre par lesquelles elle commence très-souvent. C'est une faute que j'ai commise moi-même : voilà pourquoi je n'ai plus guère confiance aujourd'hui dans ce fait unique d'œdème douloureux que j'observai à l'Hôtel-Dieu en 1835, et où je crus voir toutes les veines perméables. L'époque éloignée ne me permet pas d'affirmer si l'examen du membre a été fait aussi complètement que je le pratique aujourd'hui.

DE L'OBILITÉRATION DES VEINES ILIAQUES ET DE LA VEINE CAVE  
INFÉRIEURE

L'oblitération d'une des veines iliaques détermine une infiltration séreuse du membre abdominal correspondant et un développement insolite des veines obturatrices, honteuse, hémorrhoidales, et surtout de la veine tégumentaire abdominale qui, s'anastomosant largement avec sa congénère, permet au sang de refluer dans la veine iliaque du côté opposé.

Lorsque la veine cave inférieure est oblitérée, les deux membres abdominaux, sillonnés parfois de veines variqueuses, s'infiltrent de bas en haut, comme dans les cas de maladies organiques du cœur; plus tard un épanchement ascitique peut se former. Malgré cette lésion, la vie peut néanmoins se prolonger pendant longtemps encore par la possibilité qu'a le sang de revenir vers le cœur par la veine cave supérieure à l'aide des troncs collatéraux intermédiaires.

C'est ainsi que nous avons vu dans des cas pareils, ainsi que M. Raynaud l'a noté le premier, des veines énormes, émanées des tégumentaires et des épigastriques, ayant quelquefois le volume du petit doigt, former un réseau nombreux sous les téguments du tronc, et s'anastomoser largement avec les veines intercostales, avec les mammaires et les veines axillaires elles-mêmes. Mais indépendamment de ces modifications survenues dans les veines superficielles, et qui constituent un des signes diagnostiques de la maladie, on trouve, à l'ouverture des cadavres, une autre circulation supplémentaire au moyen de la veine azygos, qui est alors considérablement dilatée et communique plus largement que de coutume avec les intercostales, avec les lombaires, avec les sinus vertébraux, etc., par lesquels passe en partie le sang venant des extrémités inférieures. Enfin, on découvre quelquefois de larges anastomoses entre les saphènes internes et les veines qui s'introduisent par les échancrures du bassin, et plus souvent peut-être entre les honteuses internes et la mésentérique inférieure, fait que Bérard a soigneusement noté dans un savant article que ce professeur a inséré dans le tome VII du *Dictionnaire de médecine*.

Il est difficile de se rendre compte du mode suivant lequel s'effectue la circulation supplémentaire dans les cas où l'oblitération de la veine cave, en se prolongeant jusqu'à l'embouchure de ce vaisseau dans le cœur, empêche les veines sus-hépatiques de pouvoir s'y dégorger. En considérant l'isolement du système de la veine porte, il faut supposer que le sang s'échappe alors par les anastomoses des veines de l'extrémité inférieure du rectum avec les branches de l'hypogastrique; à moins que, comme dans le cas recueilli par M. Raynaud et publié par lui dans le tome V du *Journal hebdomadaire*, il ne se forme quelque nouveau vaisseau qui, de la surface convexe du foie, se porte directement dans l'oreillette droite.



## DE L'OBLITÉRATION DE LA VEINE PORTE

Les accidents produits par l'oblitération de la veine porte sont à peu près les mêmes que ceux que détermine l'oblitération de la veine cave inférieure; il n'y a même entre eux d'autre différence que dans leur marche et dans leur ordre de manifestation : ainsi, lorsque la veine porte est rétrécie ou bien est devenue imperméable, un épanchement séreux se fait dans le ventre, mais ce n'est que consécutivement, car le plus ordinairement c'est après que l'abdomen a acquis un volume considérable que les membres pelviens s'infiltrent. L'hydropisie suit une marche inverse si l'obstacle siège uniquement dans la veine cave inférieure. Lorsqu'il existe un obstacle dans la veine porte, le sang reflue en partie dans les veines qui se rendent dans la veine cave inférieure, et l'une des voies nouvelles que suit le sang est fournie par celle des veinules du ligament suspenseur, ainsi que nous l'avons établi plus haut (page 239), d'après les récents travaux de M. Sappey. Dans les cas d'oblitération de la veine porte, les veines sous-cutanées abdominales sont généralement très-dilatées et flexueuses. Cependant il ne faudrait pas, seulement d'après l'état de ces vaisseaux, se prononcer trop affirmativement sur l'existence d'un obstacle dans la veine porte, car nous avons vu que cette dilatation pouvait être produite par l'épanchement ascitique, et résulter de la compression que le fluide accumulé dans le ventre exerce sur les veines de cette cavité. Lorsqu'il en est ainsi, la paracentèse a pour effet constant de faire revenir les veines des parois abdominales à leur volume primitif, tandis que, lorsque la dilatation de celles-ci est symptomatique d'un obstacle permanent, cette dilatation peut diminuer, il est vrai, après la ponction, mais ces vaisseaux conservent néanmoins un volume toujours assez considérable.

## DE L'OBLITÉRATION DE LA VEINE CAVE SUPÉRIEURE

La veine cave supérieure est au moins aussi souvent obstruée ou oblitérée que la veine cave inférieure; j'ai pu en réunir douze observations. L'oblitération du vaisseau résulte presque toujours (9 ou 10 fois sur 12) de la compression qu'exerce sur lui une tumeur solide, telle qu'un goitre cancéreux pénétrant dans le thorax (Piorry), des ganglions tuberculeux (Reid, Tonnelé), mais surtout une tumeur anévrysmale de l'aorte. Cette dernière altération existait chez six malades. Dans un cas que je crois fort rare, j'ai vu l'obstruction résulter d'un retrait des parois veineuses qui étaient indurées, fibreuses et entourées d'un tissu dur, comme inodulaire, dont l'épaisseur et la rétraction avaient amené l'oblitération presque complète du vaisseau. Ce fait a été publié par le docteur Oulmont, et a été l'objet d'un travail intéressant publié par ce judicieux médecin dans le troisième volume des *Mémoires de la Société médicale d'observation*.

Dans les cas de compression de la veine cave supérieure, on observe un œdème plus ou moins considérable des deux membres supérieurs, œdème quelquefois plus marqué d'un côté que de l'autre : le cou est également tuméfié; la face est bouffie et livide; les lèvres sont gonflées, bleuâtres ou d'un rouge vineux, ainsi que les joues; quelquefois aussi il existe un épanchement simple ou double dans le thorax. Les veines des membres supérieurs, celles du cou et des parois thoraciques, sont volumineuses; il survient beaucoup de dyspnée, même dans les cas (rares d'ailleurs) où l'oblitération de la veine cave ne coïncide avec aucune maladie des poumons, du cœur ou de l'aorte : c'est

en raison de cette gêne qu'éprouvent la respiration et la circulation qu'on voit communément survenir de l'anasarque à une époque encore peu éloignée de la maladie. Enfin quelques malades éprouvent de la pesanteur de tête, de la somnolence, et de temps en temps des accidents apoplectiques; ce qui s'explique par la stase du sang veineux dans les vaisseaux et sinus cérébraux, quelquefois par l'organisation de caillots fibrineux dans ces conduits, comme Tonnelé en rapporte un exemple.

Malgré la persistance de l'altération organique, on en a vu quelquefois les accidents s'amender, l'œdème même disparaître, comme dans une observation de Reid : mais l'amélioration n'est que de courte durée. Si le rétrécissement du vaisseau est considérable, et si à plus forte raison il y a oblitération complète, la mort est inévitable. Jusqu'à présent je ne connais aucun exemple d'individus qui, atteints d'une oblitération de la veine cave supérieure, aient vécu avec toutes les apparences de la santé. J'ai rencontré par contre une fois la plus grande partie de la veine cave inférieure convertie en un cordon ligamenteux, sans donner lieu à aucun trouble du côté des organes circulatoires.

Lorsque la veine cave supérieure est oblitérée, le sang des parties supérieures revient au cœur par la veine cave inférieure : c'est la veine azygos, dont le volume peut être plus que quintuplé (Marjolin), qui transporte ainsi le sang de haut en bas; en même temps toutes les branches qui aboutissent aux divers points de sa longueur sont également très-dilatées; on peut donc dire que dans ces cas tout le sang du corps (si l'on excepte celui des veines cardiaques) passe par la veine cave inférieure.

## DE L'OBLITÉRATION DES SINUS DE LA DURE-MÈRE

Tonnelé a prouvé qu'il pouvait se former pendant la vie, dans les sinus cérébraux et dans le reste du système veineux encéphalique, deux ordres de concrétions, les unes purement sanguines, les autres formées par une matière concrète exhalée par la membrane enflammée. (Voy. *Phlébite*.) Les premières reconnaissent d'ordinaire pour cause des circonstances mécaniques propres à diminuer ou à intercepter complètement le cours du sang : tel est, par exemple, un rétrécissement de la veine cave supérieure ou de la jugulaire interne, qui force le sang à stagner dans les sinus de la dure-mère. Lorsqu'un ou plusieurs de ces conduits sont oblitérés, les veines du cerveau se gonflent et peuvent même se rompre; de la sérosité, et parfois du sang, s'infiltrent dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, s'épanchent dans les ventricules, dans la cavité arachnoïdienne, et quelquefois sous le cuir chevelu. Les malades éprouvent des accidents en rapport avec ces altérations : ce sont parfois du délire et des convulsions, plus souvent c'est un état comateux; mais aucun de ces signes ne se présente avec des caractères particuliers capables de faire diagnostiquer la nature de la maladie.

Quels que soient les sinus affectés, le traitement des oblitérations de ces canaux n'est que palliatif. Il faut s'attacher à donner une position convenable aux parties pour empêcher le plus possible la stase du sang; dans quelques cas, on devra faire les frictions excitantes; enfin, quand la congestion veineuse devient excessive, il faut y remédier par l'application de sangsues.

## RÉTRÉCISSEMENT ET OBLITÉRATION DES TUBES AÉRIENS

Des obstacles très-variés peuvent gêner ou même empêcher l'entrée de l'air dans les tuyaux aériens; car, indépendamment des phlegmasies, du croup et



des productions polypeuses, il existe plusieurs autres causes que nous devons mentionner ici particulièrement.

Une des plus communes est la diminution du calibre produite par une compression extérieure. En effet, la trachée, les bronches et leurs ramifications principales sont souvent comprimées, aplaties par des tumeurs de diverses natures; la première l'est souvent par un goître volumineux; toutes le sont fréquemment par des anévrysmes de l'aorte, par des ganglions tuberculeux. Les ulcérations, celles surtout que produisent la syphilis et la morve, peuvent, en se cicatrisant, amener une diminution considérable du calibre de la trachée par suite de la fâcheuse propriété qu'a le tissu inodulaire de se rétracter. M. Reynaud a souvent rencontré les ramifications bronchiques oblitérées par suite de la coarctation de leurs parois et de leur transformation en cordons solides; enfin M. Gintrac a publié en 1844, dans le *Journal de médecine* de Bordeaux; le fait curieux d'un enfant de huit ans, qui avait toujours eu de la dyspnée, qui mourut suffoqué, et à l'autopsie duquel on trouva, comme explication des troubles fonctionnels observés pendant la vie, une hypertrophie des fibrocartilages de la trachée et des bronches, ce qui avait occasionné un rétrécissement considérable de ces conduits.

Le rétrécissement peut être plus ou moins considérable; une ou plusieurs bronches peuvent être tout à fait oblitérées, mais la trachée, on le conçoit, ne peut être que rétrécie; elle l'est parfois à un degré si considérable, qu'une sonde de femme peut à peine la traverser. Le rétrécissement est plus ou moins étendu; le tuyau aérien, diversement déformé, peut présenter au-dessus et au-dessous de l'obstacle une ampliation plus ou moins grande, conséquence de la difficulté que l'air éprouve à pénétrer pendant l'inspiration, et à sortir pendant l'expiration; ajoutons que la trachée, bridée par des adhérences, comprimée ou perdue au milieu de tissus malades, est souvent à peu près immobile.

La compression des tuyaux aériens, en diminuant le volume d'air qui pénètre dans la poitrine, rend le murmure respiratoire faible ou nul, en même temps que la percussion donne une sonorité moins parfaite. Si la compression porte sur la trachée, ces phénomènes existent dans toute l'étendue du thorax; les malades accusent en même temps une dyspnée qui est en rapport avec le degré de compression; chaque inspiration, presque toujours plus pénible que l'expiration, est marquée par un sifflement ou par un bruit rauque, semblable à celui que font entendre les chevaux cornards. Si la compression n'atteint qu'une bronche, ou si un corps étranger est engagé dans sa cavité, le bruit respiratoire est affaibli seulement dans le côté correspondant; enfin, si la compression ou l'oblitération n'affecte qu'une ramification, le bruit d'expansion ne sera affaibli ou suspendu que dans les portions du poumon qui en dépendent, car il n'existe point ici, comme pour le système artériel, de voie anastomotique qui puisse ramener l'air dans les cellules pulmonaires.

La dyspnée est un symptôme constant qui varie suivant le siège et l'étendue du rétrécissement, elle est en général considérable lorsque la lésion occupe la trachée. Elle est continue, mais de temps en temps il y a des accès de suffocation souvent presque subits, pouvant être provoqués par une fluxion de la muqueuse ou par un bouchon de mucus adhérent qui vient diminuer plus ou moins la lumière du tuyau coarcté.

A la page 368 du précédent volume j'ai déjà recherché à quels signes on pourrait distinguer un rétrécissement de la trachée d'avec l'angine laryngée oedémateuse; en traitant plus tard de l'anévrysme de l'aorte et de la phthisie bronchique, nous verrons comment on pourra déterminer si la compression de la

trachée tient à une de ces causes. Les antécédents des sujets et l'étude des symptômes concomitants permettront enfin de déterminer les cas où le rétrécissement peut être une conséquence de la syphilis ou de la morve.

## DU RÉTRÉCISSEMENT DE L'ŒSOPHAGE

**Causes. Anatomie pathologique.** — L'œsophage peut être rétréci par suite d'un développement incomplet, d'un arrêt de développement, mais ce rétrécissement congénital est peut-être le plus rare de tous. Presque toujours les rétrécissements de l'œsophage sont produits par l'induration, par l'augmentation d'épaisseur des parois de l'organe. Ces altérations sont quelquefois le résultat d'une inflammation, simple ou chronique: tels sont les rétrécissements qu'on voit survenir parfois chez les individus qui ont avalé des caustiques, des corps brûlants ou glacés, ou chez ceux qui ont conservé pendant plus ou moins longtemps dans l'œsophage quelque corps étranger, tel qu'un fragment d'os, une épingle, une arête de poisson, une pièce de monnaie, etc. Le rétrécissement résulte ici tantôt d'un épaissement des parois, tantôt de ce que les tissus ayant été plus ou moins profondément détruits, il en est résulté une cicatrice bridée rétractile comme tous les tissus inodulaires. M. Sédillot a aussi décrit des rétrécissements *atrophiques*, sans transformations morbides appréciables, mais les faits qu'on a publiés ne sont pas concluants. On a parlé aussi de rétrécissements par hypertrophie simple des membranes, surtout par hypertrophie de la tunique musculaire. Sans en nier la possibilité d'une manière absolue, on peut dire pourtant que c'est là une des espèces les plus rares. Il y a dans la science quelques faits qui pourraient, en outre, autoriser à penser que certains rétrécissements pourraient être l'effet d'une infection vénérienne, mais rien n'est encore bien démontré à cet égard. Dans la plupart des cas, les rétrécissements œsophagiens sont dus à la production, dans les parois de l'organe, d'un tissu hétéromorphe. Presque toujours c'est le squirre, et surtout l'encéphaloïde; les tubercules y sont presque inconnus, il en est de même des acéphalocystes, qui, à la rigueur, pourraient se développer dans la paroi de l'œsophage. Citons enfin seulement pour mémoire le cas où le calibre du conduit est rétréci par la compression qu'exerce une tumeur voisine, comme le corps thyroïde augmenté de volume, les ganglions tuberculeux, et surtout, ce qui est le plus commun, une dilatation anévrysmale de la crosse de l'aorte et de la portion pectorale descendante de ce vaisseau.

En général, on ne trouve qu'un seul rétrécissement: dans quelques cas rares, il en existe plusieurs à une certaine distance les uns des autres; cette disposition, d'ailleurs, ne se rencontre guère que lorsque la maladie a une origine inflammatoire. La coarctation, qui le plus souvent n'a que 1 ou 2 centimètres de longueur, s'étend quelquefois dans une étendue cinq ou six fois plus grande. Quant au degré du rétrécissement, il varie depuis la simple diminution du calibre de l'œsophage jusqu'à son entière oblitération.

La plupart des rétrécissements organiques de l'œsophage occupent la partie supérieure de ce conduit, puis le cardia, c'est-à-dire les points qui sont naturellement les moins larges; les parties intermédiaires sont beaucoup moins souvent affectées.

Chez les sujets qui succombent avec un rétrécissement de l'œsophage, on trouve la portion du conduit supérieure à l'obstacle plus ou moins dilatée,