

caillot obturateur. Souvent, enfin, ces troubles circulatoires coïncident avec l'apparition de *varices* pouvant prendre un grand développement.

Il n'est pas rare non plus, à la suite de l'œdème douloureux, de voir survenir des accidents d'un autre ordre et que l'on peut désigner sous le nom d'*accidents nerveux tardifs* par opposition à ce que nous avons désigné sous le nom d'*accidents nerveux précoces* (Vaquez). Ce sont d'abord les *douleurs* qui surviennent dans le membre atteint. Celles-ci peuvent apparaître d'une façon spontanée, le plus souvent durant la nuit, sous forme de *fourmillements*, d'*élancements*, ou bien aussi à la suite de fatigues, d'une marche trop prolongée, d'un changement de température, etc. L'origine nerveuse de ces douleurs peut parfois trouver dans l'histoire clinique de la maladie une éclatante démonstration. Tel est, par exemple, le cas rapporté par Vaquez d'une femme qui, atteinte de phlébite puerpérale, présenta, dans le cours d'une grippe, des douleurs très vives localisées non seulement sur le trajet de la veine, mais aussi et surtout sur le trajet du sciatique.

À côté des cas où la guérison est la règle, lors même que persistent quelques troubles circulatoires ou nerveux, il faut placer ceux dans lesquels l'œdème ne disparaît pas, dans lesquels se développe un *œdème chronique*. Ce n'est plus alors cet œdème passager, intermittent, que nous décrivions tout à l'heure, mais une infiltration dure des tissus, avec épaissement du derme qui l'a fait désigner sous le nom d'*éléphantiasis*. Le membre est hypertrophié, la peau est épaissie, souvent ridée, « en peau d'orange »; les poils sont abondamment développés, les sueurs fréquentes, surtout au niveau des orteils, les ongles altérés, soit parce qu'ils présentent une hypertrophie prononcée, soit parce qu'ils sont irréguliers, striés ou rugueux. Enfin, c'est dans cette variété que les *varices* sont le plus fréquemment développées.

Cette transformation tardive de la phlegmatia est relativement rare; dépendant, sans aucun doute, en partie des troubles circulatoires produits par l'obstruction définitive de la veine principale du membre, elle peut aussi, dans une certaine mesure, relever de lésions nerveuses concomitantes. Ce sont là, à proprement parler, des troubles trophiques.

Ajoutons enfin que la phlébite est susceptible de récidiver<sup>(1)</sup>; il faut comprendre sous le nom de récidive une nouvelle poussée de phlébite se faisant au niveau de segments veineux restés libres ou bien au niveau de veines collatérales, récidive se produisant après la guérison définitive de la première atteinte.

La phlébite, dans la plupart des cas, reste localisée à la veine primitivement atteinte, mais il n'en est pas toujours ainsi. En effet, au début, ce sont parfois de petites veines superficielles qui sont prises et c'est ultérieurement que les gros troncs veineux sont pris à leur tour, ou bien, comme s'il s'agissait d'une dissémination dans le courant sanguin de l'agent infectieux, ce sont d'autres veines qui sont successivement prises, veines plus ou moins distantes de celles qui ont été primitivement lésées; ce sont les *phlébites multiples*<sup>(2)</sup>.

C'est ainsi qu'on a vu, dans quelques cas, rares il est vrai, les quatre membres

(1) Voir VAQUEZ. *Loc. cit.*, p. 811, et MÉHEUX. *Des récidives de phlébite*. Thèse de Paris, 1895.

(2) Dans sa très remarquable monographie sur les phlébites, M. Vaquez, en parlant de ces phlébites multiples, fait remarquer qu'elles sont passagères, superficielles, et qu'elles n'occasionnent pas une oblitération complète du vaisseau; elles restent au stade préoblitérant. Elles s'accompagnent souvent d'une légère infiltration du tissu cellulaire périverneux, avec œdème inflammatoire de voisinage.

être pris l'un après l'autre. Dans des circonstances moins exceptionnelles, on voit la fémorale d'un côté être atteinte après celle du côté opposé (phlébite double ou en fer à cheval, phlébite ambulante).

L'évolution de la phlegmatia qui aboutit généralement à la guérison peut cependant être interrompue par diverses complications, dont la plus grave est sans aucun doute l'*embolie pulmonaire*, sur les symptômes de laquelle nous n'insisterons pas, puisqu'ils ont été été longuement décrits dans une autre partie de ce traité.

Nous rappellerons seulement qu'elle varie d'intensité suivant les cas, que, fréquemment mortelle d'emblée, elle peut cependant être suivie de guérison. Enfin, nous ferons remarquer que la fréquence de l'embolie pulmonaire est variable suivant la cause qui a provoqué la phlegmatia; plus rapidement s'est constituée la coagulation intravasculaire, moins est adhérent le caillot et surtout le caillot secondaire. Aussi sera-ce dans les phlébites aiguës qu'on observera surtout l'embolie bien plus que dans les phlegmatia à évolution lente; l'embolie sera donc plus fréquente dans la phlegmatia puerpérale, dans celle des maladies aiguës que dans la phlébite des cachectiques. C'est ce que tous les auteurs, Lancereaux en particulier, nous montrent dans leurs statistiques.

La phlegmatia peut produire l'embolie quel que soit son degré de gravité, qu'elle soit légère, moyenne ou grave; c'est un accident qui appartient à toutes les variétés de la maladie.

L'embolie pulmonaire peut se montrer à diverses périodes de la phlegmatia, au début, au cours ou à la fin de son évolution. Si elle précède les symptômes apparents de la phlébite, elle est dite à *début embolique*.

Ces embolies précoces sont généralement bénignes et l'étude de la lésion veineuse explique cette bénignité sur laquelle tout le monde est d'accord: en effet, au début, la lésion, ainsi que nous le verrons, est constituée par un bourgeon endophlébitique au niveau duquel se forme le caillot par précipitation de la fibrine; il est mou, à peine organisé et peut facilement se désagréger et donner lieu à de petites embolies pulmonaires. C'est ainsi qu'il n'est point rare d'observer chez les accouchées, avant toute manifestation phlébitique, les signes d'un infarctus pulmonaire: point de côté violent, dyspnée, crachats hémoptoïques, etc. Ce n'est que 24 ou 48 heures après qu'apparaît la phlegmatia.

Lorsque l'oblitération veineuse est constituée, le caillot migrateur est le caillot prolongé, c'est-à-dire celui qui va du bourgeon endophlébitique jusqu'à la première collatérale; peu adhérent, mais très volumineux, on comprend les accidents redoutables qu'il est susceptible de déterminer; et l'on s'explique aisément pourquoi l'embolie tardive présente un caractère de gravité aussi grand.

Ce défaut d'adhérence, menacé toujours grave, peut, ainsi que l'a montré Vaquez, s'observer à une époque tardive, et il a pu constater le fait dans des phlébites de date déjà ancienne.

Le plus habituellement, après plusieurs semaines, quand le caillot est organisé, l'embolie n'est plus à redouter, mais il est particulièrement difficile d'en fixer l'époque. On a, en effet, signalé des embolies survenant à une période très éloignée du début de la phlébite. Trousseau<sup>(1)</sup> rapporte un cas d'embolie mortelle trois mois après le début d'une phlébite du mollet; Merklen<sup>(2)</sup>, dans

(1) TROUSSEAU. *Clin. de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 175.

(2) MERKLEN. *Soc. méd. des hôp.*, 9 novembre 1900.

une communication récente, a signalé deux cas de mort, l'un 24, l'autre 54 jours après le début des premiers accidents. Il explique ces accidents tardifs par des poussées successives et répétées de thrombo-phlébite, et, à l'appui de sa thèse, il insiste sur ce fait que ses deux malades avaient présenté un état subfébrile prolongé, qui n'est point habituellement observé au cours d'une phlébite constituée.

Il faudra donc se baser, pour éviter la possibilité d'accidents emboliques, non pas tant sur une question de dates, de jours, mais sur l'existence ou la non-existence de fièvre et de douleurs. Lorsque l'apyrexie est complète depuis trois semaines, on n'a vraiment à craindre aucun accident.

L'embolie survient le plus habituellement au cours de la troisième semaine après le début, mais il n'y a pas de règle absolue à établir et les exceptions varient dans une grande limite. Cela tient très vraisemblablement à la manière dont réagit la paroi veineuse vis-à-vis du caillot dont l'adhérence est plus ou moins solide, ou se fait plus ou moins rapidement.

Ainsi que le dit Vaquez<sup>(1)</sup>, « la classification en embolies précoces et embolies tardives n'a de valeur absolue qu'au point de vue anatomo-pathologique. En clinique, il peut arriver que, sous l'influence de poussées phlébitiques successives, des embolies fragmentaires se produisent après 20, 50 jours ou même plus à l'occasion d'une extension nouvelle de l'infection veineuse; de même une embolie massive peut coïncider avec l'oblitération définitive du vaisseau, quelques jours après ce qui nous aura paru être le début de la phlébite. »

A côté de l'embolie, on peut placer encore quelques autres complications de la phlegmatia : la *périphlébite*, lorsque les tissus voisins de la veine sont pris, périphlébite qui se caractérise surtout par une douleur très vive sur le trajet du vaisseau et par un épaississement nodulaire des tissus voisins; l'*artérite*, qui se développe par continuité de tissus et qui dans quelques cas exceptionnels peut aboutir à la *gangrène* du membre malade, lorsque le vaisseau atteint est une artère de gros volume (Patry, Cruveilhier, etc.). Les cas dans lesquels la gangrène a pu être observée sans artérite concomitante sont exceptionnels et, pour la plupart, discutables<sup>(2)</sup>.

Enfin, on a signalé l'*érysipèle* et la *lymphangite* comme complication de la phlegmatia, ces deux accidents surtout dans les formes graves. Le même agent producteur de la phlébite a pu en même temps faire sentir son action sur les lymphatiques voisins. Girardot<sup>(3)</sup> a signalé des adéno-lymphangites de la phlegmatia qu'il attribue au retentissement de la lésion veineuse sur les lymphatiques du voisinage.

**Forme septique.** — La phlébite, dans sa forme la plus habituelle, est une maladie relativement bénigne, en ce sens qu'elle guérit généralement, à moins que ne survienne un accident fortuit, imprévu, ce qui est rare. Dans d'autres cas,

<sup>(1)</sup> VAQUEZ. *Soc. méd. d's hôp.*, 16 novembre 1900.

<sup>(2)</sup> Ils ont été rapportés par Gigon d'Angoulême, Despaignet, Damaschino, Homolle. On comprend mieux comment peuvent se développer sur un membre atteint de phlegmatia des vésicules et des phlyctènes, puis consécutivement des escarres. Robert Lee, Salgues, Kennedy et Overhisen, cités par M. Troisier, ont signalé des cas de gangrène limitée du membre inférieur dans la phlegmatia. Ce que nous savons aujourd'hui du rôle que jouent les nerfs dans la symptomatologie de la phlegmatia nous permet de comprendre que des tissus œdématisés, en *imminence morbide*, puissent être facilement atteints par les agents pathogènes de la gangrène.

<sup>(3)</sup> GIRARDOT. *Contribution à l'étude de la phlegmatia alba dolens*. Thèse de Paris, 1875.

au contraire, elle prend d'emblée les allures d'une maladie rapidement maligne; c'est la forme septique proprement dite.

Dès le début de l'apparition des accidents, apparition généralement plus précoce que dans la forme commune, s'il s'agit d'une phlegmatia puerpérale par exemple, la fièvre atteint un haut degré, elle prend une forme rémittente ou bien s'accompagne de frissons; l'état général est profondément atteint; la face est pâle, décolorée, la langue souvent sèche et fuligineuse, la faiblesse extrême.

C'est dans cette forme que surviennent du côté de la veine atteinte ces accidents que connaissent bien les chirurgiens et les accoucheurs, il y a peu d'années encore : les tissus voisins du vaisseau prennent une coloration violacée, puis il se forme des abcès, souvent multiples, parfois même de véritables phlegmons, ou encore des arthrites suppurées.

Enfin, il n'est pas exceptionnel de trouver du côté des viscères des complications diverses, du côté du cœur surtout, ou des poumons, souffle d'endocardite, frottement de péricardite ou râles de congestion pulmonaire. En un mot, on a sous les yeux le tableau de l'infection purulente à marche rapide ou lente suivant les cas. Ici la symptomatologie de la phlébite est tout à fait secondaire, tandis que dans la forme atténuée, dans la phlegmatia commune, les signes fournis par la lésion vasculaire étaient prédominants.

Dans le premier cas, la phlébite n'est qu'un accident *secondaire* survenu dans le cours d'une infection générale grave, puerpérisme, septicémies diverses, etc.; dans le second cas, c'est la manifestation souvent *exclusive* d'un état infectieux, il est vrai, mais atténué dans sa façon d'être, ce qui avait fait dire, d'une façon paradoxale, à Hervieux, en parlant de la phlegmatia des femmes en couches, qu'elle constituait souvent un accident favorable lorsqu'elle survenait dans le cours d'accidents puerpéraux plus ou moins sérieux.

**Forme latente.** — A côté de la forme grave et de la forme atténuée de la phlébite, on peut placer, à l'exemple de De Brun<sup>(1)</sup>, la forme latente, c'est-à-dire celle qui ne se manifeste par aucun symptôme appréciable. La douleur est nulle ou à peine appréciable, l'œdème fait défaut. Peut-être que, dans la plupart des cas rapportés, on aurait trouvé une manifestation de cette phlébite, en la cherchant avec attention, mais combien atténuée! A quoi tient cette absence de symptomatologie? A une oblitération incomplète du vaisseau; la chose est possible, mais pas toujours admissible; le plus souvent il s'agit d'une phlébite d'un tronc veineux profond, comme l'est une veine du bassin, dont l'oblitération ne provoque que de très minimes troubles circulatoires.

En tout cas, l'existence de cette variété de phlébite présente un grand intérêt, et il sera bon d'avoir l'esprit en éveil vers la possibilité d'un accident de ce genre dans toutes les conditions où il peut se produire, puerpéralité, maladies aiguës, cachexies, etc. On pourra alors, grâce à l'étude attentive de la température, qui s'élève alors que rien ne l'explique, ou à une douleur légère avouée par la malade, supposer l'existence d'une altération veineuse.

Prévenu de la possibilité d'un tel accident, on pourra parfois éviter cette complication si fréquente de la phlébite latente, l'embolie pulmonaire. Nous la trouvons signalée dans plusieurs observations de phlegmatia latente (Duguet, Hanot, etc.) nous nous rappelons également avoir vu une femme,

<sup>(1)</sup> DE BRUN. *Loc. cit.*