

donc faite aujourd'hui. Il en est bien probablement de même pour la plupart des phlébites que nous avons étudiées sous le nom de *phlébites des cachectiques*; il en était en tout cas ainsi dans plusieurs des observations de Vaquez.

La maladie n'agit pas toujours *seule* pour produire la lésion veineuse. Nous voulons dire par là, que ce n'est pas d'une façon exclusive le microorganisme pathogène qui provoque la lésion veineuse. Il en est toutefois ainsi dans quelques cas, puisque Widal a trouvé des streptocoques pyogènes dans la phlegmatia puerpérale, Chantemesse et Vaquez le bacille de Koch dans 2 cas de phlébite chez des tuberculeux. Mais ce n'est pas la règle la plus habituelle; dans la plupart des cas, ce sont des microorganismes vulgaires, microbes de la suppuration, staphylocoques ou streptocoques, et la phlébite doit être le plus souvent regardée comme une infection secondaire. Tel est le cas pour la phlébite grippale, la phlébite typhoïde, etc. C'est de cette façon aussi qu'on doit comprendre la phlébite chez les cachectiques; elle relève alors d'une infection surajoutée, comme le cas est assez fréquent pour les cancéreux⁽¹⁾ ou les tuberculeux, et mérite bien ainsi le nom de phlébite infectieuse⁽²⁾.

Peut-être en est-il aussi de même pour la phlegmatia des chlorotiques, mais le fait n'est pas absolument démontré⁽³⁾.

Si la recherche de microorganismes est souvent négative, cela s'explique aisément: d'une part, parce que la région où il faut les rechercher est souvent très localisée, d'autre part, parce que leur présence n'est souvent que de courte durée. Dans des recherches récentes sur la phlébite des tuberculeux, MM. Lesné et Ravaut⁽⁴⁾ ont eu l'ingénieuse idée de recueillir des fragments de veine thrombosée et de les inoculer. Ils ont à diverses reprises obtenu des résultats positifs.

Quant au processus intime suivant lequel agissent les microorganismes, quels qu'ils soient, pour produire la lésion, nous le connaissons peu. Est-ce que, circulant directement dans le sang, les microbes vont se fixer directement sur une partie saillante, éperon, nid valvulaire, etc., où la vitesse circulatoire est minime, comme le veulent Cornil et Babès? ou bien est-ce par l'intermédiaire des vasa-vasorum qu'ils arrivent à la paroi veineuse, dont ils modifient la nutrition par l'intermédiaire de troubles vasculaires, ou sous l'action des substances toxiques qu'ils sécrètent? La question n'est pas encore résolue. En tout cas, ce que nous a appris l'étude des lésions des artérites aiguës nous permet de regarder le second mécanisme comme le plus probable; il n'est point impossible non plus que le mécanisme soit parfois complexe.

Enfin, rappelons en terminant que les troubles dans la circulation générale, les modifications chimiques ou physiques du sang, causes anciennement invoquées de la thrombose veineuse, sont des circonstances qui, on n'en peut douter, favorisent beaucoup l'évolution de la phlébite infectieuse. Suivant la nature ou la virulence de l'agent irritant, suivant le mode de réaction de l'organisme, cette phlébite pourra alors prendre une des formes cliniques bien distinctes que

(1) HANOT. Sur une forme de septicémie dans le cancer de l'estomac. *Arch. gén. de méd.*, septembre 1892. — BOURDILLON. Carcinome ovarien et phlegmatia alba dolens. *Ass. franç. pour l'avanc. des sc.*, 1891.

(2) M. BOINET. Rôle des micro-organismes dans la thrombose et la phlegmatia alba dolens. *Ass. franç. pour l'av. des sc.*, 1891.

(3) VILLARD (Marseille) a trouvé des micro-organismes dans le sang d'une chlorotique atteinte de phlegmatia alba dolens. *Ass. franç. pour l'av. des sc.*, 1891.

(4) LESNÉ et RAVAUT. *Semaine méd.*, 1900, p. 540

nous avons essayé de passer en revue, depuis la forme suppurée diffuse jusqu'à la phlébite bénigne, ou phlegmatia, mais dans tous les cas la pathogénie intime est la même.

Pronostic. — Le pronostic de la phlébite infectieuse varie nécessairement beaucoup, suivant la forme clinique, et aussi suivant la cause qui l'a déterminée.

Toujours grave, presque fatalement mortel dans la phlébite septique ou suppurée, en raison de l'état général du malade, le pronostic est plus favorable dans la phlébite atténuée ou phlegmatia.

Celle-ci guérit habituellement, mais il ne faut pas oublier l'éventualité toujours possible, même dans sa forme la plus bénigne, de l'embolie pulmonaire. Enfin, il ne faut pas oublier non plus que, si la phlébite guérit, elle peut laisser aussi après elle des complications ou plutôt des infirmités pénibles et fréquemment de longue durée, un œdème chronique, des troubles circulatoires, etc. Le pronostic général de la maladie en elle-même n'est donc pas absolument bénin. Il est encore sérieux, en ce qu'il indique un mauvais état général et annonce des phénomènes d'infection. C'est ainsi que, chez les tuberculeux et les cancéreux, l'apparition d'une phlébite a toujours un pronostic défavorable.

II

PHLÉBITES DANS LES MALADIES INFECTIEUSES CHRONIQUES

A côté des phlébites dans les maladies aiguës, des phlébites infectieuses proprement dites, il faut faire une place pour certaines variétés de phlébites qu'on observe au cours de maladies évidemment de nature infectieuse, mais qui ont des allures cliniques différentes et dont la nature réelle nous échappe dans la plupart des cas.

Ici l'agent pathogène a donné lieu à la formation d'un véritable néoplasme et c'est au développement de celui-ci dans l'épaisseur ou au voisinage de la veine qu'est due la phlébite et la thrombose consécutive. C'est peut-être là une division quelque peu schématique, mais elle répond néanmoins assez bien aux faits observés en clinique. Dans ce cadre nous pourrions faire rentrer la *tuberculose des veines*, la *syphilis des veines*, la *phlébite impaludique*.

De la **tuberculose des veines**, nous n'avons que peu de chose à dire; il s'agit parfois de la propagation par continuité d'une lésion tuberculeuse à la paroi veineuse ou bien du développement au niveau de l'endoveine d'une granulation tuberculeuse. Nous rappellerons à cet égard les importants travaux de Weigert, qui considère la tuberculose veineuse comme pouvant jouer un rôle important dans la propagation de la tuberculose et donner lieu à une diffusion du virus tuberculeux dans l'organisme.

La **syphilis des veines**, la phlébite syphilitique, depuis quelques années, s'est enrichie d'assez nombreux faits qui commencent à peine à être connus. Sans parler des lésions veineuses accompagnant les altérations viscérales ou acquises de la syphilis, on peut dire que les veines sont beaucoup moins souvent atteintes que les artères dans le cours de la syphilis, et lorsqu'elles le sont, c'est presque toujours d'une façon indirecte; la lésion, le plus souvent une gomme, s'est

développée dans la gangue conjonctive périphérique de la veine et a consécutivement produit une altération du vaisseau, tout comme l'aurait fait une masse tuberculeuse, une tumeur, un cancer. Tels sont les cas de Langenbeck, tel est le cas rapporté par Gosselin : il s'agissait d'un jeune homme qui présentait, à une période assez rapprochée du début d'une syphilis, des gommes du tissu cellulaire et en même temps, sur les deux jambes, des indurations allongées, douloureuses à la pression, situées sur le trajet de la saphène interne. Le traitement spécifique fit rapidement disparaître tous ces accidents. Il s'agissait probablement de syphilomes péri-veineux.

De même Dowse, cité par Lancereaux⁽¹⁾, a observé une phlébite du sinus de la dure-mère produite par une vaste gomme de la tente du cervelet.

Lang, de son côté, a guéri par le traitement antisiphilitique une phlébite avec périphlébite des deux saphènes chez un jeune homme de 26 ans, atteint de syphilis.

Une observation bien plus intéressante encore et qui, à certains égards, permettrait de supposer que la syphilis agit parfois comme une maladie infectieuse, qu'elle se comporte vis-à-vis des veines comme nous l'avons vue agir sur les artères, est celle de Mauriac⁽²⁾. Il s'agissait d'un homme de 20 ans qui, deux mois après l'apparition d'un chancre, ressentit une vive douleur dans le mollet de la jambe droite; celle-ci devint dure et tuméfiée, puis les accidents rétrocedèrent, lorsque, deux mois plus tard, survint une phlébite manifeste du bras droit, avec induration des veines et œdème, puis enfin, un mois plus tard, une phlébite crurale du côté droit. Tous ces accidents guérirent à la longue, en même temps que de nouveaux accidents siphilitiques s'étaient à plusieurs reprises manifestés. « Je m'abstiens de tout commentaire sur ce cas, » dit Mauriac en terminant.

Depuis lors, Breda, Charcot, Handford, ont rapporté des cas analogues; Mendel⁽³⁾ expose la question dans une revue d'ensemble et relate une observation nouvelle; puis ce sont les thèses de Heuzard⁽⁴⁾, de Collinot⁽⁵⁾; citons aussi un important mémoire de Proksch (de Vienne) sur la « syphilis des veines », paru, en 1898, à Bonn.

L'existence de la phlébite au cours de la syphilis, en dehors d'une lésion gommeuse de la paroi vasculaire ou des tissus voisins, est donc un fait acquis aujourd'hui.

Il s'agit néanmoins d'une affection rare, exceptionnelle même, dont le tableau clinique a été esquissé dans les travaux de Fournier⁽⁶⁾ et dans les thèses que nous avons signalées.

Dans la plupart des cas signalés, — et ils ne sont pas nombreux encore, — la phlébite a débuté, au cours de la syphilis secondaire, surtout dans les formes graves. Généralement ce sont les veines superficielles qui sont prises et en particulier la saphène interne (20 fois sur 27, d'après Collinot), mais généralement plusieurs veines peuvent être simultanément atteintes; tel est le cas de Mauriac que nous avons signalé. On a noté également (Heuzard, Fournier) des phlébitides des membres supérieurs.

(1) LANCEREAUX. *Traité d'anat. path.*, t. II, p. 975.

(2) MAURIAU. *Syphilis tertiaire*, p. 855.

(3) MENDEL. *Arch. gén. de méd.*, 1894.

(4) HEUZARD. Thèse de Paris, 1898.

(5) COLLINOT. Thèse de Paris, 1901.

(6) FOURNIER. *Traité de la syphilis*, 1898.

Dans le seul cas analogue que nous ayons pu observer, la phlébite avait atteint presque simultanément les deux saphènes externes; celles-ci se présentaient comme deux cordons, modérément douloureux, légèrement annelés, s'étendant de la partie inférieure de la jambe jusqu'au niveau du creux poplité, donnant la sensation de deux grosses ficelles tendues sous les téguments. Il n'existait ni rougeur, ni gonflement des tissus voisins.

Ultérieurement, au moment où ces signes locaux s'amendaient sous l'influence du traitement, une ramification de la saphène interne se prit à son tour.

Les douleurs étaient modérées et n'occasionnaient qu'une légère difficulté dans la marche; la peau n'était ni tendue, ni œdématisée; il existait seulement un léger œdème au voisinage des régions malléolaires. Ajoutons enfin que pendant presque toute la durée de ces phlébitides la température s'est constamment maintenue aux environs de 38°,2.

Il s'agissait dans ce cas d'un homme de 48 ans, atteint de manifestations graves de syphilis secondaire dont le début remontait à quatre mois environ.

Ce tableau clinique répond dans son ensemble à celui qui en a été tracé par M. Fournier et qu'on peut ainsi résumer : maladie sub-inflammatoire, exempte de complications, s'améliorant rapidement sous l'influence du traitement spécifique.

L'anatomie pathologique de cette phlébite siphilitique secondaire est inconnue; seules, ses allures cliniques permettent de supposer que probablement il ne s'agit point — ou rarement du moins — d'une phlébite oblitérante, que parfois elle s'accompagne de périphlébite, reconnaissable à l'existence de petits nodules développés sur le trajet de la veine; la superficialité de ses lésions, leur rapide disparition, en même temps que la multiplicité des segments veineux atteints, sont des raisons qui pourraient faire admettre que cette phlébite, assez caractéristique dans son évolution clinique, est provoquée par l'existence d'agents pathogènes circulant dans le torrent sanguin; quels sont-ils? agents chimiques, toxiques ou agents figurés? Nous l'ignorons entièrement.

Phlébitides paludéennes. — Il est impossible de donner une description des phlébitides palustres, et leur existence est encore discutée; Pitres, Bitot, Rigollet⁽¹⁾, semblent admettre que l'infection paludéenne est susceptible de provoquer des lésions veineuses dont l'évolution est subaiguë et a une tendance à passer à la chronicité. Rendu a rapporté, de son côté, un cas où un accès de fièvre palustre semblait avoir provoqué des lésions artérielles et veineuses au membre inférieur ou du moins réveillé d'anciennes lésions vasculaires. La question, on le voit, est encore à étudier.

III

PHLÉBITES CONSTITUTIONNELLES — PHLÉBITES TOXIQUES

Si la cause qui produit la phlébite est souvent à rechercher dans une infection, il ne s'ensuit pas nécessairement qu'il en soit toujours ainsi. La lésion veineuse, en effet, peut être parfaitement aseptique, c'est-à-dire tout à fait indépendante de l'action directe ou indirecte de microorganismes; les conséquences

(1) RIGOLLET. Thèse de Bordeaux, 1890-1891.

en sont cependant les mêmes, ainsi que la clinique et les recherches expérimentales nous l'apprennent. La piqûre, la lésion de la veine, lorsqu'elle est faite avec toutes les conditions d'antisepsie désirables, produit toujours une coagulation intraveineuse, pouvant aller jusqu'à l'oblitération du vaisseau, lorsque celui-ci est de petit volume, généralement incomplète et curable après quelques jours, lorsque la veine est d'un calibre volumineux. C'est ainsi qu'agissent certains traumatismes pour produire des phlébitis; c'est ainsi qu'agissent aussi certaines inflammations périphériques de la veine, tumeurs de voisinage, fibrome, kyste ovarique chez la femme, etc., pour produire ultérieurement des thromboses veineuses. Et même, dans ces cas, il faut encore faire parfois la part de l'infection, infection surajoutée à la maladie première, septicémie à laquelle le traumatisme, la lésion utérine, a pu ouvrir une porte d'entrée.

Les phlébitis qui surviennent en dehors de causes infectieuses proprement dites sont relativement beaucoup plus rares que celles que nous avons décrites précédemment. Se reliant par leur étiologie dans l'immense majorité des cas à des états dits « diathésiques ou constitutionnels », elles peuvent mériter le nom de *phlébitis constitutionnelles* ou, si l'on veut, comme le font MM. Vidal et Bezançon, se placer au point de vue pathogénique, on pourrait les désigner sous le nom de *phlébitis toxiques*. La seule phlébite appartenant à ce type est la **phlébite goutteuse** qui, par son importance, mérite une description particulière. Elle a été, pour la première fois, décrite par Paget en 1866⁽¹⁾, puis ce sont Prescott Hewett, Tuckwell⁽²⁾, Owen Rees⁽³⁾, qui nous la font connaître. En France, il faut surtout citer les noms de Lancereaux⁽⁴⁾, de Lecorché⁽⁵⁾. Tous ces travaux ont été résumés dans la thèse de Viccagi (1880). Il y a peu d'années, Lorimer (de Buxton)⁽⁶⁾ a repris la question à l'Association médicale britannique.

C'est vers la fin des crises aiguës de la goutte, plus rarement dans leur cours, que l'on voit apparaître du côté des membres inférieurs de l'œdème douloureux, très semblable à celui de la phlegmatia.

Cet œdème a certains caractères qui permettent de le diagnostiquer; c'est ainsi qu'il est le plus souvent *symétrique* et occupe presque exclusivement les membres inférieurs. Il s'accompagne de *douleurs assez vives* qui se localisent sur le trajet des veines superficielles et passent facilement d'une extrémité à l'autre en très peu de jours.

Ces poussées douloureuses avec œdème sont généralement d'une durée assez rapide, et il est rare d'observer une obstruction complète de la veine, quoique cependant il en ait été ainsi dans un cas rapporté par Lancereaux. Si l'évolution de cette phlébite goutteuse est rapide, si elle procède par poussées, atteignant un membre, puis le second ensuite, elle a encore un autre caractère, c'est la facilité extrême avec laquelle se font, à la moindre occasion, des récurrences; elle est, en somme, mobile, mais tenace; c'est une phlébite ambulante.

Tous les auteurs, Lorimer en dernier lieu, ont insisté également sur la localisation habituelle de la phlébite dans les veines superficielles; la veine atteinte le plus fréquemment est la saphène interne, mais dans quelques cas la fémorale a été prise.

(1) PAGET. *Saint-Barth. Hosp. Rep.*, t. II, p. 82.

(2) TUCKWELL. *Ibid.*, 1874, t. X, p. 24.

(3) OWEN REES. *Brit. med. Journ.*, t. I, 1877, p. 125.

(4) LANCEREAUX. *Traité d'anat. path.*, t. II, p. 955.

(5) LECORCHÉ. *Traité théorique et pratique de la goutte*, p. 501.

(6) LORIMER. *Assoc. méd. britann.; Semaine méd.*, 1892, p. 527.

Cette inflammation veineuse se caractérise enfin non seulement par la dureté et la sensibilité de la veine malade, mais aussi par la coloration rouge violacée de la peau.

Les symptômes généraux sont peu accusés et se bornent le plus souvent à un léger état fébrile; s'il existe des complications, c'est plutôt à la goutte elle-même qu'il faut les attribuer.

En résumé, *brusquerie du début, douleurs vives avec recrudescence nocturne, sensibilité exquise* de la veine enflammée, *mobilité* des lésions veineuses qui disparaissent sur un point pour apparaître en un autre, *localisation habituelle dans les veines superficielles*, tels sont les principaux caractères cliniques de la phlébite goutteuse.

Si la phlébite goutteuse est bénigne, il n'en est pas moins vrai cependant que des complications peuvent survenir. Tuckwell rapporte 5 cas d'embolie pulmonaire, Mortimer, 1 cas de mort sur 12 cas de phlébite, la mort ayant été déterminée par de petites embolies pulmonaires avec infarctus.

Il est possible même que certains cas graves de goutte rétrogradée n'aient été que des embolies pulmonaires.

Quelle est la lésion de la phlébite goutteuse?

Faut-il admettre une lésion de la veine produite par une accumulation de cristaux d'urate de soude? On l'ignore entièrement. Il ne faut pas oublier non plus que le goutteux est un variqueux et que parfois l'ectasie veineuse peut prédisposer à une complication inflammatoire du vaisseau; mais néanmoins la phlébite des goutteux mérite une place distincte.

IV

PHLÉBITES CHRONIQUES

A côté des phlébitis que nous avons passées en revue et qui pour la plupart sont des inflammations aiguës, il devrait y avoir place pour un chapitre réservé aux phlébitis chroniques, non pas à l'inflammation chronique d'une veine consécutive à une lésion aiguë, mais à ces lésions qui, comme l'athérome, se développent d'une façon lente et insidieuse. Plusieurs auteurs ont attiré l'attention sur certaines lésions généralisées de veines au cours de diverses conditions étiologiques. Meigs⁽¹⁾, dans le mal de Bright, a décrit des lésions veineuses qu'il compare aux lésions artérielles observées dans les mêmes circonstances. Duponchel⁽²⁾, à deux reprises différentes, a parlé de *l'induration chronique des veines périphériques*. En pareil cas, les veines étaient indurées, roulaient sous le doigt comme des artères athéromateuses et ne déterminaient point de troubles morbides bien accusés, ni œdème, ni rougeur; le seul signe accusé par les malades consistait en douleurs apparaissant surtout au moment de la marche. M. Duponchel prononce le nom de phlébite, mais il ignore la nature de cette curieuse lésion qui survient chez des individus jeunes, en dehors de toute tare et indépendamment de lésions variqueuses.

D'après les auteurs que nous avons cités plus haut, Bitot, Régnier, il faudrait parfois incriminer une infection paludéenne ancienne; Bitot a rapporté

(1) MEIGS. *New-York med. Record*, juillet 1888.

(2) DUPONCHEL. *Soc. méd. des hôp.*, 28 février 1890 et 15 mars 1891.

l'histoire d'un jeune homme venant de Panama, ancien paludéen, qui présentait des indurations persistantes des veines cubitale et radiale, des veines basiliques et de la saphène.

D'autre part, Jack⁽¹⁾, Bergmann, Thiébaud⁽²⁾, cités par M. Vaquez dans sa remarquable monographie sur les *Phlébites des membres*, ont décrit du côté des veines des lésions qu'ils comparent de tous points à l'athérome artériel, véritables phléboscléroses se développant dans des conditions étiologiques identiques.

Thiébaud décrit deux formes de phlébosclérose : la forme en foyer et la forme diffuse ; les veines cave inférieure, iliaque, rénales, fémorale et poplitée, sont le plus fréquemment atteintes : la paroi veineuse est vascularisée d'une façon exagérée ; par places, elle est épaissie, dépolie, et, dans un stade avancé, on voit même, dans la paroi veineuse, se former de véritables incrustations calcaires, mais il n'existe pas de bouillie athéromateuse. Ces lésions, en réalité, sont assez analogues à celles décrites par M. Cornil au niveau des veines variqueuses. Celles-ci n'accompagnent-elles pas fréquemment les lésions artérielles de l'athérome et ne s'observent-elles pas dans les mêmes circonstances étiologiques ?

Ajoutons que, pour quelques auteurs, Letulle, Hayem, Vaquez, il faudrait peut-être incriminer parfois l'infection tuberculeuse comme un des facteurs étiologiques de ces phlébites chroniques.

V

TRAITEMENT DES PHLÉBITES EN GÉNÉRAL

Traitement des phlébites aiguës. — La phlébite aiguë réclame avant tout un traitement symptomatique, et l'indication principale est d'éviter l'accident le plus redoutable qui peut survenir, l'embolie pulmonaire.

Il faut donc immobiliser le membre malade dans une gouttière légère garnie d'ouate ou, si besoin est, pour les phlébites doubles, de la gouttière de Bonnet.

Il faut encore élever légèrement le membre au-dessus du plan du lit, car on favorise ainsi, dans une faible mesure, la circulation veineuse en retour. En même temps, l'enveloppement ouaté avec un revêtement de taffetas gommé ou des sachets de sable chaud (Trousseau) entretiennent une douce chaleur, et produisent souvent une sédation marquée des phénomènes de tension. — Si les douleurs sont vives, on peut pratiquer quelques légères onctions sur le membre malade avec de la pommade belladonnée, des liniments calmants, etc., mais mieux vaut encore, en cas de besoin, recourir à l'injection sous-cutanée de morphine lorsque les douleurs sont très aiguës.

M. Pinard, dans les phlébites puerpérales, recommande de faire sur le membre malade des applications d'un pansement imbibé d'une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque jusqu'à l'apparition d'une éruption. D'autres auteurs recommandent l'emploi de pommades à l'hamamelis virginica et l'usage interne de ce médicament ; les résultats observés ne sont pas jusqu'à maintenant bien démonstratifs.

⁽¹⁾ JACK. *Phlébosclérose*, Dorpat, 1887.

⁽²⁾ THIÉBAUD. *Des lésions veineuses chez les artérioscléreux*. Thèse de Nancy, 1890.

Plus important encore est de savoir ce qu'il ne faut pas faire : il faudra éviter tout mouvement au membre malade, s'abstenir de palpations nuisibles et de recherches intempestives sur l'état des vaisseaux veineux et faire rester le malade couché un temps suffisamment long.

Quelle doit être la durée de cette immobilisation ? A cet égard, les opinions varient beaucoup ; il est certain qu'on ne peut poser de règles générales, car toutes les phlébites n'ont pas la même évolution : telle phlébite aboutit à l'oblitération définitive en quelques jours, telle autre demande un temps beaucoup plus long, ou bien on voit des poussées de phlébite se succéder les unes aux autres. D'une façon générale, on peut supprimer l'immobilisation absolue, 20, 25 jours après la disparition de toute fièvre, s'il n'y a ni douleurs, ni aucun autre symptôme local.

On peut, dès lors, suivant Vaquez, commencer le massage, qui doit être, au début, très superficiel, effleurant pour ainsi dire, et n'arriver que progressivement au massage profond. Il est certain que, fait avec les précautions voulues, ce massage donne les meilleurs résultats ; pratiqué ainsi à une période précoce, il évite, dans une certaine mesure, les œdèmes persistants, les atrophies musculaires, les raideurs des articulations, qui sont parmi les infirmités consécutives aux phlébites de longue durée. Dans les nombreux cas où nous l'avons utilisé, et dans quelques cas de phlébite des gros troncs veineux, nous avons vu très rapidement s'améliorer l'état du membre malade.

Quand le malade commence à marcher, il faudra, soit lui faire porter des bas élastiques, soit lui appliquer une bande compressive. Il devra, en outre, prendre les plus grands soins hygiéniques pour les téguments du membre malade : éviter les écorchures, les plaies, qui, même insignifiantes, pourraient être le point de départ d'une poussée de lymphangite et une nouvelle cause d'une infection du côté de la veine malade.

Si les muscles sont atrophiés, ou s'il existe des déformations dues à des contractures musculaires, la balnéation, les douches chaudes locales, l'électrothérapie, associées, rendront de grands services.

Enfin les cures minérales de Bagnoles de l'Orne, de Ragatz, les bains de boue de Saint-Amand, Dax, etc., agissent souvent d'une remarquable façon.

Il n'y a pas de médicaments réellement actifs dans le traitement de la phlébite, si ce n'est dans la phlébite syphilitique où le traitement mercuriel donne de rapides résultats, et, peut-être aussi, dans la phlébite goutteuse, où nous avons prescrit, nous semble-t-il avec succès, les préparations de colchique.

Traitement des phlébites chroniques. — Une hygiène des téguments sévèrement observée, des bains fréquemment donnés, le port habituel de bas ou de bandages compressifs, etc., pour faciliter la circulation veineuse, tels sont les moyens les plus appropriés au traitement des phlébites chroniques. Comme thérapeutique proprement dite, les préparations iodurées pourraient peut-être trouver leur indication.