

Traitement. — Le seul traitement rationnel consisterait à désobstruer les artères oblitérées et à rétablir la circulation avant la manifestation de la gangrène; mais il n'existe encore aucun moyen pour obtenir un pareil résultat. Jusqu'à présent les auteurs se sont laissé diriger, dans le traitement des gangrènes séniles, par des idées théoriques sur la nature de la maladie, et il en est résulté l'emploi des méthodes exclusives : ainsi, tandis que les toniques, les antiseptiques et l'opium sont préconisés par les uns, d'autres, comme Dupuytren, ont recours aux émissions sanguines et aux applications émollientes. Mais ici, comme toujours, le médecin ne doit se laisser guider que par les indications positives. Chez les sujets jeunes et vigoureux, lorsque le pouls est fort, vibrant, il faut recourir à la saignée générale, et, si l'oblitération du vaisseau est l'effet de son inflammation, on devra appliquer sur son trajet un plus ou moins grand nombre de sangsues; on fera quelques frictions mercurielles; on baignera le malade, et on lui donnera des boissons alcalines dans l'espoir de diminuer la plasticité du sang. Mais, il faut en convenir, ce traitement n'est indiqué que dans le plus petit nombre des cas, car, chez presque tous les malades, on ne découvre aucun signe d'artérite, et lors même que le vaisseau est enflammé, l'âge presque toujours très-avancé des sujets et l'état de faiblesse portent à soutenir les forces, à rendre au cœur toute l'énergie possible, car lui seul peut triompher de l'obstacle ou dilater les vaisseaux collatéraux qui doivent suppléer l'artère oblitérée. Voilà pourquoi le traitement tonique, l'emploi des préparations de quinquina à l'intérieur, les boissons vineuses, sont les moyens qui conviennent le plus souvent. Des frictions excitantes avec le liniment volatil camphré, avec de l'eau-de-vie, seront en outre faites sur le trajet du membre, qu'on enveloppe de laine et de linge chaud, afin d'y entretenir une grande chaleur. Les douleurs vives qui précèdent la gangrène ne peuvent être calmées que par l'emploi de l'opium, qu'on donne à l'intérieur ou qu'on applique sur le siège du mal. On sait que Pott en avait, en pareil cas, généralisé l'emploi; il ajoutait à ce traitement des topiques émollients; mais ces derniers ne conviennent guère que dans les cas rares où il existe de la chaleur et une phlegmasie locale : ceci ne se remarque guère qu'à l'époque de l'élimination de l'eschare. Les topiques toniques, comme le vin aromatique, les décoctions de kina rouge, sont les moyens qui sont applicables dans la plupart des cas. La gangrène une fois limitée, on se conduira, pour la séparation des eschares et les soins consécutifs, comme il a été dit plus haut à l'article *Gangrène*.

RÉTRÉCISSEMENT ET OBLITÉRATION DE L'ARTÈRE PULMONAIRE

La vie est incompatible avec l'oblitération de l'artère pulmonaire, à moins que, par suite de quelques dispositions congénitales dont il sera question à l'article *Cyanose*, le sang des cavités droites ne trouve une issue quelconque au dehors. L'artère pulmonaire peut aussi, par suite d'un arrêt de développement, présenter une capacité beaucoup moins considérable, et qui n'est plus en rapport avec la quantité de sang qui doit naturellement la traverser. Cette disposition peut n'exciter pendant longtemps aucun trouble manifeste; mais le ventricule droit, ne pouvant jamais se vider complètement, et obligé préalablement de se contracter violemment pour lutter contre l'obstacle permanent qui résulte du peu de développement de l'artère pulmonaire, finit par s'hypertrophier et par se dilater; les malades alors présentent tôt ou tard tous les symptômes d'une maladie chronique du cœur.

Les rétrécissements et oblitérations accidentels de l'artère pulmonaire sont plus communs qu'on ne l'avait cru. Ils peuvent reconnaître diverses causes organiques : ils peuvent être l'effet de la compression qu'exerce sur le vaisseau une tumeur extérieure, comme un anévrysme de l'aorte, ainsi que M. Louis en a rapporté un exemple; ou bien la face interne du vaisseau étant hérissée de concrétions ou étant le siège d'une phlegmasie, il se forme des caillots qui obstruent la lumière de l'artère. Ceux-ci peuvent-ils quelquefois aussi être spontanés, et se former sur place, en vertu d'une altération indéterminée de la crase du sang? La chose est au moins fort douteuse; M. Virchow estime que les caillots autochthones ou par thrombose n'existent guère dans l'artère pulmonaire, et que *toujours* ils auraient pour point de départ un caillot migrateur dont l'origine pourrait être trouvée dans un point du système veineux (la veine porte étant pourtant exceptée). C'est là sans doute une doctrine un peu trop exclusive, elle n'a pas d'ailleurs été adoptée par M. le docteur Ball, qui, dans sa thèse inaugurale (année 1862), a le mieux étudié en France cette cause d'oblitération de l'artère pulmonaire. L'origine de l'embolie se trouvera le plus souvent dans une oblitération des veines des membres inférieurs si commune après les couches ou dans les maladies cachectiques.

Quelle que soit celle de ces causes qui existe, si l'obstacle est considérable, si la branche oblitérée est volumineuse, les malades éprouvent une dyspnée extrême qui survient en général subitement; l'anxiété précordiale est des plus pénibles, et le besoin de respirer ne peut être satisfait nonobstant les plus grands efforts. Le pouls est petit, faible, irrégulier, bientôt insensible, nonobstant la violence des contractions du cœur. Bientôt ses battements s'affaiblissent, des syncopes surviennent de temps en temps; les extrémités se refroidissent, la face pâlit, ou bien au contraire se cyanose; la prostration est extrême; l'intelligence devient à peine obtuse, et les malades succombent, les uns comme asphyxiés, les autres dans un état syncopal. Ces accidents, généralement continus, peuvent néanmoins se présenter sous forme d'accès, lorsque le rétrécissement artériel est l'effet d'une compression extérieure, qui peut varier suivant une foule de circonstances. Il peut en être de même lorsque l'obstacle consiste dans la formation de caillots fibrineux; mais, dans ce dernier cas, les accidents vont communément en s'aggravant sans cesse, et ont une marche plus ou moins rapide, suivant la promptitude avec laquelle les caillots se forment et envahissent les principales ramifications ou le tronc lui-même du vaisseau. C'est ainsi qu'un malade de MM. Louis et Richelot a succombé dans l'espace de cinq à six heures. La mort peut être subite. La gangrène pulmonaire est-elle possible par suite de l'oblitération d'une branche de l'aorte pulmonaire? On l'a dit, on a même cité des faits, mais la chose est impossible, le vaisseau oblitéré n'étant pas le vaisseau nourricier du poumon.

On comprend que les accidents seront d'autant moins graves que l'oblitération atteindra des ramifications plus petites de l'artère.

Le diagnostic des rétrécissements de l'artère pulmonaire est presque impossible; c'est une des lésions qu'on doit néanmoins soupçonner lorsqu'on voit survenir l'ensemble des accidents précédemment énumérés, lorsque surtout ceux-ci ne peuvent être expliqués par la présence de quelque autre altération grave des organes respiratoires et circulatoires. On soupçonnera que l'oblitération est due à une embolie, si la femme est accouchée depuis peu, car l'état puerpéral est une des causes les plus puissantes de concrétions sanguines; on croira d'autant plus à une embolie, s'il s'était formé dans une veine périphérique des caillots susceptibles de se détacher; enfin une dyspnée débutant

brusquement dans ces conditions donnera au diagnostic une présomption de plus.

Si l'on pouvait diagnostiquer un rétrécissement de l'artère pulmonaire, on devrait insister sur les émissions sanguines, afin de diminuer la masse du sang et administrer de plus les substances alcalines à haute dose, si l'on supposait que l'obstacle est produit par une coagulation de ce liquide. Une concrétion sanguine est d'ailleurs la cause la plus commune. (Voy. plus bas l'histoire des *Concrétions sanguines*.)

RÉTRÉCISSEMENT ET OBLITÉRATION DES VEINES

Les veines se rétrécissent et s'oblitérent quelquefois par l'épaississement de leurs parois, plus souvent par la formation, à leur intérieur, de caillots fibrineux, ou par l'exhalation, à l'intérieur, ou bien entre les tuniques ou dans le tissu cellulaire périphérique, d'une matière albumineuse et plastique, signe certain d'inflammation; fréquemment aussi elles sont comprimées par des tumeurs voisines.

Les rétrécissements et les oblitérations des vaisseaux ont pour conséquence la production de caillots dits *autochthones* ou *par thrombose*, caillots qui, détachés et entraînés dans le sens de la circulation, jusque dans le cœur droit, peuvent aller se loger dans une des divisions de l'artère pulmonaire. Indépendamment de ces caillots mécaniquement formés, on voit naître, spontanément et subitement, dans certaines veines, chez les sujets cachectiques, des concrétions dont nous parlerons avec quelque détail dans l'article *phlegmatia alba dolens*.

Le caillot obturateur d'une veine est cylindrique, offrant les renflements et les dépressions de la veine sur laquelle il s'est moulé; il est plus ou moins étendu, il peut occuper toute la longueur du vaisseau; son extrémité libre mérite une mention spéciale; Virchow surtout l'a bien décrite. Au delà de la partie adhérente du caillot, il y a en effet une portion tantôt effilée, tantôt plus ou moins conique, ou renflée, mobile, pouvant aisément se détacher par un effort ou par la seule impulsion de la colonne sanguine, car la circulation persiste encore plus ou moins active dans cette portion du vaisseau.

Quelle que soit la cause de l'oblitération, du moment que la lumière d'une veine est fermée ou seulement obstruée, on voit, comme conséquence inévitable, un ralentissement considérable de la circulation dans les parties molles situées au-dessous de l'obstacle; car si le sang artériel afflue librement, le sang veineux, au contraire, stagne, et ne peut revenir vers le cœur qu'en passant par des branches et des anastomoses plus ou moins petites.

Les accidents qu'on observe sont très-différents, suivant que l'oblitération se fait d'une manière brusque, ou suivant qu'elle a lieu lentement, et suivant aussi le volume et l'importance du vaisseau obstrué. L'oblitération survenant presque tout à coup, occupant la veine principale d'un membre, comme la crurale au pli de l'aîne, ou la veine iliaque, ou bien la brachiale, l'axillaire ou la sous-clavière, les parties situées au-dessous de l'obstacle s'œdématisent, se tuméfient; le membre acquiert un volume double ou triple; la peau prend une teinte violacée, disposée par plaques irrégulières; la calorification diminue; la sensibilité est obtuse, puis anéantie. Les malades accusent tantôt de vives douleurs, le plus souvent ils ne se plaignent que de fourmillements, d'engourdissement et d'une pesanteur incommode. Enfin, si l'obstacle persiste au même degré, ou si le sang ne peut revenir vers le cœur par les vaisseaux collatéraux, on dit que les parties peuvent se mortifier et que la gangrène qui survient alors

présente tous les caractères de la gangrène humide. Mais la possibilité de la gangrène sous l'influence seule d'un obstacle à la circulation veineuse n'est pas encore un fait parfaitement établi pour nous, nonobstant l'autorité de M. Victor François. Quoi qu'il en soit, à supposer que cet accident puisse avoir lieu en pareil cas, tout le monde est d'accord pour le regarder comme fort rare. Disons en terminant que, lorsque l'oblitération, quoique se faisant brusquement, n'atteint qu'une veine d'un calibre médiocre, comme la veine céphalique ou la basilique, par exemple, ou même encore une des veines saphènes, il pourra bien y avoir momentanément un peu d'œdème; mais cet accident ne tarde pas à disparaître, souvent même il n'en résulte aucun trouble circulatoire, car les principaux troncs veineux, étant restés perméables, permettent au sang de revenir librement de la périphérie au centre.

Lorsque l'oblitération se fait progressivement et d'une manière lente, on voit souvent les vaisseaux de second ordre se développer, les anastomoses augmenter et se multiplier en raison de l'étendue et de la gravité de l'obstacle qui existe dans la veine principale. Il peut même arriver que, lorsque celle-ci est devenue tout à fait imperméable, la circulation collatérale, qui a eu le temps de se développer, soit suffisante pour ramener au cœur tout le sang qui a servi à la nutrition des organes: c'est ainsi qu'on s'explique pourquoi des individus qui ont une partie plus ou moins considérable de la veine cave inférieure oblitérée, convertie en un cordon fibreux, ligamenteux, n'ont point d'œdème des extrémités inférieures, et n'ont même présenté à aucune époque de leur vie de trouble appréciable dans la circulation et dans la nutrition de ces parties. Mais les cas de ce genre sont extrêmement rares, et l'on peut établir en règle générale et souffrant à peine quelques exceptions, que toute oblitération d'une veine principale, même lentement développée, produira une infiltration sérieuse des parties situées au-dessous de l'obstacle et un développement des veines collatérales sur une plus ou moins grande étendue. Cette circulation, en quelque sorte supplémentaire, bien étudiée par M. Reynaud, est le moyen qu'emploie la nature pour pallier les accidents et pour amener quelquefois leur cessation complète, car il arrive rarement qu'une veine oblitérée reprenne son ancien calibre; on voit le plus ordinairement, si l'obstruction du vaisseau dépend de l'organisation d'un caillot, celui-ci se percer à son centre d'un canal qui n'acquiert jamais le calibre primitif.

Les accidents produits par une oblitération veineuse peuvent donc cesser complètement, ou parce que la veine reprend sa perméabilité, ou bien parce que la circulation collatérale la supplée suffisamment. Dans le cas contraire, l'intumescence œdémateuse des parties persiste indéfiniment pendant toute la durée de la vie. Les caillots formés dans les veines peuvent, en se détachant, circuler jusque dans les cavités droites du cœur, et, lancés ensuite dans l'artère pulmonaire, ils vont oblitérer quelques-unes des ramifications de ce vaisseau. C'est là un fait signalé depuis longtemps, très-explicitement indiqué par Van Swieten, mais mis hors de toute contestation, quoique un peu exagéré, par le professeur Virchow.

Traitement. — Le traitement à opposer aux oblitérations veineuses n'est généralement que palliatif: il faut, par une position convenable des parties, favoriser la progression du sang veineux, et ôter toute compression pouvant gêner le développement de la circulation collatérale. On administrera les diurétiques, les purgatifs, et si la stase veineuse était trop considérable, on dégorgerait les parties par une forte application de sangsues, ou mieux encore en ouvrant une des veines les plus superficielles et les plus développées.

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. I.

(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 tronç plus considérable, mais il s'étend ordinairement au delà de cette embouchure, dans le tronç 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