

troubles résultant de l'insuffisance valvulaire. Le tronc de la veine saphène interne et ses branches collatérales représentent une colonne liquide dans laquelle se font sentir tout les changements de pression résultant de la pesanteur et des mouvements respiratoires. Ce fait peut être mis en évidence par l'expérience suivante : si, le malade étant couché ou assis, on lui relève la jambe de façon à vider la veine saphène du sang qu'elle renferme et qu'on fasse lever le malade tout en comprimant un point du trajet de la veine voisine de son embouchure dans la fémorale, le tronc de la veine ne se remplit pas de bas en haut comme à l'état normal. Sitôt qu'on supprime la compression, le sang afflue brusquement et distend d'emblée la veine de haut en bas. La circulation se fait donc en sens inverse de l'état physiologique dans le tronc de la saphène par suite de l'insuffisance valvulaire. De même, si le malade à demi couché, on lui relève la jambe, le sang pénètre dans la saphène à peu près à la hauteur du cœur « comme s'il s'agissait de vases communicants ». L'augmentation de pression produite par l'effort, la toux, se manifeste par une distention brusque de la saphène. SCHWARTZ a fait remarquer en outre qu'une percussion brusque, une chiquenaude donnée sur un point du tronc de la saphène entraîne une ondulation sur le trajet de la veine. On obtient une sensation nette de fluctuation en explorant avec les mains deux points, même assez distants, du tronc de la saphène.

On comprend que lorsque les valvules sont ainsi forcées, les oscillations de la jambe dans la marche provoquent de la stase et même un véritable choc de la colonne sanguine en vertu de la force centrifuge. De même les contractions musculaires au lieu de favoriser la circulation projettent le sang dans le territoire distendu de la saphène, à la façon de coups de bélier (DELORE)¹. C'est le *coup de bélier intermusculaire* par opposition au *coup de bélier abdominal* qui provient du reflux de l'iliaque de haut en bas pendant les mouvements du tronc. DELBET²

¹ DELORE. Congrès français de chirurgie, 1894, p. 417.

² Pierre DELBET. Clinique chirurgicale, Hôtel-Dieu. Semaine médi-

a bien montré l'influence de l'insuffisance valvulaire sur la circulation intra-veineuse et l'augmentation de pression qu'elle détermine. Chez un homme atteint de varices, ayant, après anesthésie à la cocaïne, dénudé la saphène interne à la partie moyenne de la cuisse, il introduisit dans le bout central du vaisseau sectionné une canule communiquant avec un manomètre à mercure. Au lieu d'être négative, la pression dans ce bout central était positive. Au repos elle était de 16 millimètres de mercure; le malade faisant un effort, se tenant debout, elle montait à 16 centimètres; enfin, le malade ayant produit un effort très violent, la colonne de mercure monta jusqu'à 26 centimètres. Une telle tension intra-veineuse entraîne forcément des troubles circulatoires considérables dans les territoires correspondants.

CONCLUSION. — En résumé l'étiologie des varices est complexe. Dans un certain nombre de cas, la lésion de la paroi veineuse est primitive (dystrophie congénitale ou acquise, phlébite), et la dilatation variqueuse est secondaire. D'autres fois, et sans doute plus souvent, des causes mécaniques favorisent la stase et celle-ci à la longue, surtout chez les sujets prédisposés de par leur tempérament arthritique, entraîne par dilatation des vasa vasorum une altération de la paroi de la veine. La varice est dès lors constituée et la lésion de la paroi ainsi que l'altération des valvules, viennent s'ajouter aux causes mécaniques pour augmenter les troubles circulatoires. C'est, en un mot, un véritable cercle vicieux, la stase provoquant l'altération de la veine qui elle-même, lorsqu'elle est produite, augmente les phénomènes de stase.

SYMPTÔMES

Début. — Varices profondes. — Le début des varices, à moins qu'elles ne succèdent à une phlébite, est lent et insidieux. Les malades ne consultent guère à cette période. Ils éprouvent

caie, 1897, p. 372, et Treizième Congrès international de médecine tenu à Paris en août 1900, Section de pathologie générale.

seulement un peu de gêne, de tension profonde et vague dans la jambe, surtout au mollet. Après une marche un peu longue le membre est lourd. A l'examen on ne constate rien qu'un peu d'œdème périmalleolaire. La palpation profonde du mollet, la pression des masses charnues réveille un peu de sensibilité. Par le repos, ces légers troubles disparaissent complètement. Il y a déjà des varices profondes qui ne se manifestent par aucun signe important. Un examen attentif permettrait parfois dès cette période de constater dans la région périmalleolaire, à la face externe de la jambe, autour du genou, ou encore sur la cuisse, sur la fesse, de petites varicosités du derme d'aspect étoilé et d'une coloration rose ou bleue. Ces varicosités superficielles existent parfois en dehors de toute varice profonde et restent ainsi des années sans se développer.

La présence des varices profondes peut se révéler brutalement par l'accident connu sous le nom de « coup de fouet » et qu'on attribua longtemps à la rupture du tendon du plantaire grêle. En faisant un effort, à la suite d'une violente contraction, le malade éprouve une douleur soudaine et excessivement forte dans le mollet. Très rapidement la masse charnue gonfle, s'em pâte. La marche est impossible. Au toucher on sent une induration des plans musculaires, et par places, des nodosités, des cordons durs en rapport avec les rameaux anastomotiques intramusculaires indurés et enflammés. La peau est chaude, la pression est douloureuse. Au bout de quelques jours, on voit survenir une ecchymose plus ou moins étendue sur la face postérieure de la jambe. VERNEUIL¹ a bien montré qu'il s'agit de la rupture interstitielle d'une varice profonde. Son opinion a été confirmée par TERRILLON², CLARY³. Aujourd'hui, elle est généralement adoptée.

Varices superficielles. — Souvent, les varices apparaissent

¹ VERNEUIL. Congrès de Clermont-Ferrand, 1877.

² TERRILLON. Bulletin général de thérapeutique, 1882, t. 102, p. 425.

³ CLARY. Thèse de doctorat, Paris 1883, n° 117.

sur les troncs veineux superficiels sans que les lésions des veines profondes se soient manifestées par des signes suffisants pour attirer l'attention du malade.

La dilatation débute tantôt par le territoire de la veine saphène externe, tantôt et plus fréquemment, par celui de la saphène interne. Des cordons bleuâtres apparaissent d'abord, qui ne soulèvent pas les téguments. Ils siègent à la face interne de la jambe, du genou, à la partie inférieure de la cuisse, sur le trajet du tronc de la saphène interne ou dans son voisinage. La palpation révèle un peu d'induration au niveau de ces cordons, et le malade accuse quelques douleurs vagues dans la jambe, surtout après avoir marché ou après être resté longtemps debout.



Fig. 58.

Varices de la face interne de la jambe et du genou (d'après une photographie).

Peu à peu, et avec une rapidité plus ou moins grande suivant les sujets, les varices superficielles deviennent plus apparentes.

Elles présentent des caractères différents selon que la lésion porte sur le tronc principal, sur les grosses branches collatérales, ou sur les veines d'un moindre calibre. Habituellement, c'est la dilatation du tronc même de la saphène qu'on constate. On la suit depuis la malléole interne jusqu'à l'embouchure de la veine dans la fémorale à la pointe du triangle de Scarpa. Mais elle est beaucoup plus saillante en certains points, notamment à la face interne du genou, au-dessus et au-dessous, sur le bas de la cuisse et au haut de la jambe (voy. fig. 58). La veine soulève les téguments qui présentent une coloration bleuâtre. D'autres fois, le trajet de la veine est représenté sur la peau par une pigmen-

tation noire comme produite par de la crasse ou de la poussière de charbon. Le tronc veineux n'est plus rectiligne, mais au con-



Fig. 59.

Varices des membres inférieurs; dilatation de l'embouchure de la saphène interne à gauche (d'après une photographie).

traire, flexueux, bosselé. Au niveau des plus grosses bosselures, la peau est très amincie.

Une des dilatations partielles les plus curieuses est la distension de l'ampoule normale qui siège à l'embouchure de la saphène. Le malade dont nous donnons la photographie (fig. 59) en présentait un exemple remarquable. Au triangle de Scarpa on voit une tumeur arrondie, du volume d'une noix, qui soulève les téguments. Ceux-ci ont leur aspect normal. La tumeur est molle, réductible. A distance, on pourrait penser à une hypertrophie ganglionnaire, et après avoir constaté sa réductibilité, on songe à une hernie crurale, d'autant plus que, la pression supprimée, la tumeur reparait brusquement et subit les impulsions de la toux (DESPRÈS, DUCOURTIOUX¹ SEGOND²).

Autour du tronc de la saphène, distendu et pelotonné, on voit les terminaisons des branches collatérales également dilatées. L'ensemble constitue une masse parfois très volumineuse, surtout à la face interne du genou, qu'on a comparée à une *tête de méduse*. Au toucher, la tumeur veineuse donne la sensation d'un peloton de vers ou d'un paquet d'intestins de poulet. La consistance est dure par places, molle en d'autres. Dans son ensemble la masse est réductible, mais il reste des cordons indurés après son affaissement. On sent même fréquemment des petites concrétions dures, calcaires, mobiles, analogues à des grains de plomb; ce sont des *phlébolithes*.

Au lit, dans la position horizontale, tous les signes s'effacent, pour reparaitre sitôt que le malade est debout. Les efforts, la toux, augmentent la tension des varices.

L'épreuve de TRENDELENBURG, l'exploration de SCHWARTZ (voy. plus haut p. 194) démontrent l'insuffisance valvulaire, notion précieuse au point de vue thérapeutique.

On constate en même temps quelques *troubles trophiques et vaso-moteurs*: épaissement, striation, incurvation des ongles, sueurs locales abondantes, coloration violacée et refroidissement du membre. Le thermomètre donne un degré environ de moins que du côté sain. La sensibilité tactile est affaiblie.

¹ DUCOURTIOUX. Thèse de doctorat, Paris 1891, n° 247.

² SEGOND. *Gazette médicale*, 1894, et *Bulletins de la Société de Chirurgie*, 1894, p. 387.

CH. RICHTER a noté dans la thèse de FOURNOL¹ la disparition de la sensibilité électrique en même temps que l'hyperesthésie à la douleur (DELAUNAY)².

Les mêmes lésions peuvent siéger sur le territoire de la veine saphène externe.

Chez d'autres malades, les dilatations variqueuses portent uniquement sur le réseau collatéral, le tronc des saphènes n'est pas apparent. Ce fait peut tenir à l'absence des saphènes (disposition assez rare) ou, ce qui est plus fréquent, à leur intégrité relative. On constate alors des cordons noueux et flexueux sur la face externe de la jambe, sur la face interne de la cuisse.

Il existe parfois de véritables grappes appendues à la face interne de la cuisse et qui remontent jusqu'au pli génito-crural. La distension peut encore atteindre de préférence les branches veineuses transversales, et on voit sur la face antérieure de la jambe ou de la cuisse un ou plusieurs cordons flexueux à direction générale transversale. Ces varices présentent d'ailleurs les mêmes caractères que celles qui siègent sur les troncs principaux.

Enfin, dans des cas plus rares, il n'y a de dilatation ni au niveau des troncs veineux ni au niveau des gros rameaux. La lésion siège sur les petites branches dermiques et sous-dermiques et l'on voit sur la jambe et sur la cuisse, jusque sur la fesse, de petits amas de veines dilatées, bleues ou rosées, saillantes, flexueuses, en étoiles, en aigrettes, en trainées, en comètes. La pression fait disparaître leur coloration et permet de sentir, pour les plus grosses, un certain degré d'induration de leurs parois.

Les troubles qui résultent des varices sont variables; ils sont particulièrement accentués dans les deux premières formes. Quand les deux membres inférieurs sont atteints, il peut en résulter une gêne considérable dans la marche, sans compter que les malades sont exposés à toute une série d'accidents qu'il nous faut maintenant envisager.

¹ FOURNOL. Thèse de doctorat, Paris, 1879, n° 372.

² DELAUNAY. Thèse de doctorat, Paris, 1890, n° 161.

COMPLICATIONS DES VARICES

A. Ruptures. — 1° EXTERNE. — Sous l'influence d'un effort, d'un coup ou d'un choc même minime, une varice superficielle peut se rompre au niveau d'un de ces points que je signalais plus haut où la peau est très amincie. L'augmentation brusque de la pression intra-veineuse suffit pour faire éclater la veine. D'autres fois, l'ouverture se fait de dehors en dedans par plaie ou ulcération du vaisseau. L'hémorragie est plus ou moins abondante selon l'importance de la veine rompue et suivant l'état de la circulation à son niveau. Il n'est pas nécessaire que ce soit le tronc de la saphène pour produire une forte hémorragie; si les parois du vaisseau sont indurées et par suite l'orifice maintenu béant, le sang s'échappe en abondance d'autant plus que les valvules sont forcées et que la colonne sanguine intra-veineuse se trouve constamment en tension. Le sang ne sort pas en bavant, mais en jet à renforcements systoliques. La mort peut survenir à la suite de la rupture externe d'une varice.

2° INTERSTITIELLE. — Si c'est une veine profonde qui se rompt, le sang s'épanche dans le tissu cellulaire voisin, infiltrant progressivement les espaces inter-musculaires et gagnant peu à peu les plans sous-cutanés. Une ecchymose apparaît au bout d'un temps variable suivant la profondeur du vaisseau rompu. D'une coloration noire d'encre au début, puis violette et rosée à mesure qu'elle gagne par imbibition les plans les plus superficiels du derme, l'ecchymose peut être extrêmement étendue. Le « coup de fouet », avons-nous dit, est une variété de ces ruptures veineuses profondes, se produisant au niveau d'une des branches anastomotiques qui traversent la masse charnue du mollet. La douleur est vive au moment de l'accident et s'atténue progressivement sous l'influence du repos. On sent au palper une induration profonde de tout le mollet dont la pression est douloureuse. Peu à peu la résorption de l'épanchement se fait, plus ou moins lente suivant la quantité de sang épanché. Cette résorption

peut être interrompue par l'infection de l'épanchement et sa transformation purulente partielle. Il se forme un abcès profond entouré d'une large zone d'induration.

B. Phlébite. — La phlébo-sclérose prédispose à la phlébite, les veines dont les parois sont devenues fibreuses et au niveau desquelles la nutrition est ralentie s'enflamment plus aisément que des vaisseaux sains. Dans la grossesse et dans l'état puerpéral les phlébites variqueuses étaient jadis très fréquentes : (NIVERT¹, MARQUET², BUDIN³, VILON⁴). Toutes les phlébites variqueuses sont de nature infectieuse que l'infection soit d'origine interne, consécutive par exemple à la fièvre typhoïde ou à la grippe (MAYDIEU⁵, BROCA⁶, QUÉNU⁷, VAQUEZ⁸), ou d'origine externe. Une plaie si minime soit-elle, suffit comme porte d'entrée à l'infection (SCHWARTZ)⁹; or ces lésions des téguments ne sont pas rares chez les variqueux.

Suivant la variété des varices, la phlébite sera tronculaire ou rameuse. Dans la *phlébite tronculaire*, la paroi veineuse s'épaissit, s'indure, les tissus péri-veineux s'empâtent; la peau conserve sa couleur normale ou devient rosée ou rouge, elle est chaude, souvent œdématiée. On sent au-dessus de la veine une plaque plus ou moins large d'induration, douloureuse spontanément et à la pression.

Dans la *phlébite rameuse*, les paquets variqueux enflammés forment une tumeur dure, saillante, adhérente à la peau.

Souvent l'inflammation gagne les parties profondes; il existe

¹ NIVERT. Thèse de doctorat, Paris, 1862, n° 200.

² MARQUET. Thèse de doctorat, Paris, 1876, n° 346.

³ BUDIN. Thèse d'agrégation, 1880.

⁴ VILON. Thèse de doctorat, 1888, n° 175.

⁵ MAYDIEU. Thèse de doctorat, Paris, 1881, n° 16.

⁶ BROCA. Revue de Chirurgie, 1889, p. 638 et 728.

⁷ QUÉNU. Bulletins de la Société Médicale de l'Elysée, février, 1890. Rapport sur 3 cas.

⁸ VAQUEZ. Clinique Médicale de la Charité, 1894.

⁹ SCHWARTZ. Presse médicale, 1896, p. 57.

un empâtement douloureux au niveau des masses musculaires du mollet. La douleur est quelquefois localisée au creux poplité ou au pli de l'aîne. La fièvre est légère, la température est peu élevée. Le malade éprouve de la lourdeur du membre et de la gêne à le mouvoir. Les troubles circulatoires se manifestent par de l'œdème du pied, sur la face dorsale et surtout autour des malléoles, remontant parfois sur la jambe.

L'évolution de la phlébite est variable, tantôt elle s'éteint rapidement, les troubles cessent et le malade conserve seulement un segment veineux dur et thrombosé. Il n'est pas rare de trouver ainsi sur le trajet de la saphène interne et surtout au voisinage du genou une masse dure arrondie, indolente, vestige de la phlébite. D'autres fois la thrombose s'étend davantage, les troubles circulatoires locaux sont plus prononcés, la durée de l'affection est plus longue. C'est dans ce cas qu'on voit parfois survenir des embolies; le caillot détaché de la veine est entraîné dans le torrent circulatoire et s'arrête dans une des branches de l'artère pulmonaire produisant un foyer d'apoplexie pulmonaire. L'embolie peut être plus grave encore et produire la mort subite (CHABENAT)¹.

La phlébite passe quelquefois d'une jambe à l'autre, c'est la *phlébite à bascule* dont le pronostic est plus sévère que la lésion unilatérale.

PHLÉBITE SUPPURÉE. — Dans les formes *septiques*, l'inflammation va jusqu'à la suppuration. Les caillots se ramollissent et deviennent purulents. La suppuration gagne secondairement le tissu cellulaire et les téguments et l'abcès s'ouvre au dehors; le pus qui s'écoule est rouge violacé, mélangé au sang. L'état général est touché, le malade a de la fièvre, des frissons; ses nuits sont agitées. Les embolies sont alors particulièrement redoutables, outre les accidents mécaniques et réflexes qu'elles peuvent entraîner, le caillot septique va coloniser à distance, produisant des abcès secondaires. Le malade est exposé à tous les dangers de la pyohémie.

¹ CHABENAT. Thèse de doctorat, Paris, 1874, n° 21.

Il se forme souvent une série d'abcès échelonnés le long du tronc de la saphène interne ; chez le même malade, CAMPENON¹ dut ouvrir successivement *vingt-trois abcès* le long de la jambe droite. A. BROCA² a bien décrit les ulcérations arrondies et étagées dues à des phlébites ampullaires multiples suppurées et ulcérées.

Parfois les lésions sont surtout accentuées autour de la veine, la périphlébite prédomine et la suppuration se collecte dans le tissu cellulaire périveineux.

Dans ce cas, la *lymphangite* est souvent associée à la périphlébite et les deux lésions combinées entraînent des accidents plus sérieux. La fièvre est plus accentuée. L'obstruction simultanée des vaisseaux lymphatiques et sanguins produit des troubles circulatoires considérables, l'œdème de la jambe est très prononcé sur le trajet des troncs veineux et lymphatiques ; on constate une rougeur diffuse phlegmoneuse, les ganglions sont tuméfiés, douloureux. Le malade éprouve dans tout le membre des battements, une tension extrêmement pénible.

C. Ulcères variqueux. — L'ulcère est une des complications les plus fréquentes des varices. Son siège habituel est la face interne de la jambe, dans sa moitié inférieure. Il survient à la suite de la rupture d'une varice, plus souvent, il est consécutif à une phlyctène, à une pustule d'ecthyma ou à une plaque d'eczéma. D'abord petit, il s'élargit progressivement et atteint bientôt le quart ou le tiers de la circonférence de la jambe. Les contours en sont parfois nets et arrondis, et plus souvent irréguliers, découpés. Les bords sont épais, adhérents, et le fond inégal, fongueux, grisâtre. Il s'en écoule constamment une sanie putride. Sur l'ulcère primitif se sont greffées des infections secondaires qui tiennent à ce fait que le malade maintient sur la plaie un pansement malpropre.

Quelquefois, à côté de l'ulcère principal, on trouve une ou

¹ CAMPENON. In Thèse de MÉRIEUX, doctorat, Paris, 1895-1896, n° 119.

² A. BROCA, Thèse de doctorat, Paris, 1886, n° 117.

plusieurs petites pertes de substance échelonnées dont quelques-unes en voie de guérison sont limitées par un tissu fibreux de cicatrice blanchâtre.

Certains de ces ulcères se développent chez des syphilitiques ; ils présentent alors des caractères propres à la syphilis, c'est pour les désigner que VERNEUIL a proposé le nom d'*ulcères hybrides*.

Tout autour de l'ulcère, le membre offre un ensemble de lésions caractéristiques. Il y a d'abord habituellement de l'œdème qui donne à la jambe une forme arrondie, cylindrique et un aspect lisse. Le pied est lui-même tuméfié. Les varices ne sont pas toujours très accentuées. Il est remarquable de voir que ce ne sont généralement pas les membres présentant les plus gros paquets variqueux qui sont atteints d'ulcère, mais plutôt ceux sur lesquels il existe de nombreuses varicosités superficielles. La peau est glabre, autour de l'ulcère, par endroits elle est amincie, finement plissée, d'un blanc rosé, et ailleurs, au contraire, elle est fortement pigmentée en plaques brunâtres. Ces zones correspondent souvent à d'anciens ulcères cicatrisés.

C'est également au voisinage de l'ulcère qu'on rencontre le plus fréquemment les différentes éruptions signalées chez les variqueux : l'*ecthyma*, les *furoncles*, l'*eczéma*. A. BROCA¹ distingue trois variétés d'eczéma : la forme sèche, la forme à larges squames et enfin l'eczéma aigu suintant, procédant par poussées.

Les troubles de la sensibilité sont fréquents autour de l'ulcère ; la sensibilité tactile est généralement amoindrie, et, par contre, les malades éprouvent des douleurs spontanées.

La peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont parfois gonflés par un œdème considérable, la peau est lisse ou rugueuse, suivant les cas. Le membre est énorme et d'une dureté presque ligneuse au toucher. C'est une véritable *infiltration éléphantiasique* (JEANSELME)². Quand la peau est peu épaissie, on sent sur la face interne du tibia et le long de ses bords des rugosités, des

¹ A. BROCA. *Loc. cit.*

² JEANSELME. Thèse de doctorat, Paris, 1888, n° 117.

inégalités et par places de véritables hyperostoses (RECLUS). C'est qu'en effet les lésions secondaires aux varices se présentent avec leur maximum d'intensité au niveau de l'ulcère et dans son voisinage.

Non seulement les téguments sont frappés d'inflammation chronique évoluant vers l'amaigrissement et l'atrophie ou vers l'épaississement, l'œdème dur, l'éléphantiasis par lymphangite chronique, mais les artères sont également atteintes (RIENZI¹, ARNOZAN et BOURSIER²). On peut parfois sentir le cordon induré de l'artère pédieuse. Les lésions des nerfs, des muscles, des os complètent le tableau. En sorte que l'ulcère variqueux se trouve être un véritable *ulcère trophique*, dont les causes sont multiples : stase veineuse, artério-sclérose, névrite interstitielle, auxquelles il faut encore ajouter l'âge, le terrain (alcoolisme, syphilis, arthritisme), et aussi l'influence des infections surajoutées (TERRIER, SÉJOURNET, QUÉNU³, GILSON⁴, SCHREIDER⁵). Ce qui prouve l'influence des troubles circulatoires, de la stase et de la tension intra-veineuse, c'est l'importance de la position horizontale, la nécessité du séjour au lit ou au moins dans l'extension sur une chaise longue pour obtenir la guérison de l'ulcère.

Il est inutile d'insister sur les dangers d'infections auxquels les malades sont exposés par suite de la présence de cette vaste ulcération ; en vérité il y a lieu de s'étonner que les lymphangites, les adénites et toutes les suppurations à distance ne soient pas plus fréquentes, étant données l'insuffisance et la malpropreté des pansements qu'y appliquent les malades. Il faut admettre que ces plaies atones recouvertes d'un enduit grisâtre putrilagineux, ne sont que faiblement absorbantes.

¹ RIENZI. Giorn. internat. de la Sc. med. (1882).

² ARNOZAN et BOURSIER. Société anatomique et physiologie de Bordeaux (1882-1884).

³ QUÉNU. Revue de Chirurgie, 1882, p. 877.

⁴ GILSON. Nouv. Dict. de Médecine et de Chirurgie prat. Art. Ulcères, 1885, t. 37, p. 41.

⁵ SCHREIDER. Thèse de doctorat, Paris, 1883, n° 247.

D. Névralgies. — Nous avons vu que l'ulcère et les téguments qui l'environnent sont ordinairement le siège de douleurs vives, spontanées, exagérées encore par la pression. Le malade ne peut guère supporter de chaussures et marche péniblement soutenu par des béquilles. Cette impotence est due non seulement à la douleur mais aussi à la raideur du membre produite par l'induration des téguments et à la faiblesse des muscles résultant de leur atrophie de leur dégénérescence scléreuse.

On peut encore rencontrer chez certains variqueux, et même chez des sujets n'ayant que des signes rationnels de varices profondes sans dilatations veineuses superficielles, des névralgies intenses sur le trajet d'un tronc nerveux important, notamment dans la zone du sciatique. QUÉNU admet que dans ces cas la névralgie est due à l'irritation du nerf par la distension des veines intra-nerveuses.

Les varices du nerf sciatique siègent de préférence dans la portion fessière du nerf, lorsqu'après être sorti du bassin il chemine sous le muscle grand fessier, au-dessus des pelvi-trochantériens (voy. fig. 60).

¹ QUÉNU. Bulletins de la Société de Chirurgie, 1888.

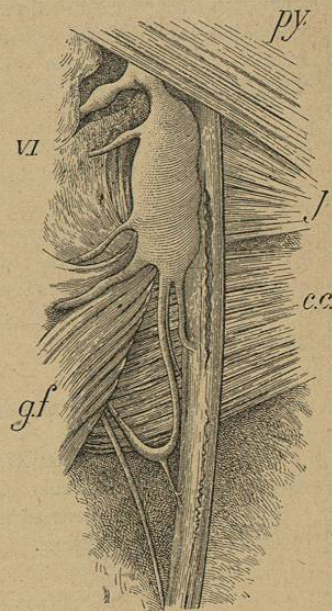


Fig. 60.

Varices du nerf sciatique à son émergence du bassin (d'après QUÉNU).

VI, veine ischiatique. — gf, grand fessier. — py, pyramidal. — j, jumeau. — cc, carré crural.

L'opération imaginée par QUÉNU et pratiquée également par d'autres, consistant à découvrir le sciatique a démontré l'exactitude de cette opinion déjà corroborée par des dissections et des examens histologiques.

Cependant toutes les sciaticques chez les variqueux ne sont pas d'origine variqueuse. Certaines relèvent sans doute de l'arthritisme et d'autres causes d'ordre général, et ne sont pas justiciables de la même thérapeutique.

E. Pied bot. — Les lésions musculaires, nerveuses et cutanées sur lesquelles nous avons insisté plus haut expliquent la production d'attitudes vicieuses permanentes du pied, de *pieds bots*, qu'on rencontre chez les variqueux et surtout chez les sujets atteints d'ulcères (RENAUDIN¹.) La déformation la plus fréquente est le *pied bot équin* avec flexion des orteils. L'attitude est comparable à celle qu'on voit dans les pieds bots phlébitiques décrits par VERNEUIL.

PRONOSTIC

L'évolution presque fatalement progressive des varices, les nombreux accidents auxquels elles exposent suffisent amplement à démontrer leur gravité et la nécessité qui s'impose de les traiter dès leur apparition.

DIAGNOSTIC

Certains sujets à veines saillantes et à peau fine peuvent, après une longue marche et surtout par les temps de chaleur, présenter une forte distension des veines superficielles des membres inférieurs. Ce ne sont pas encore des varices, néanmoins ce peut être un acheminement et ces sujets devront pour les prévenir se soumettre à quelques précautions hygiéniques.

Un *anévrisme poplité* latent, sans tumeur saillante, peut entraîner des troubles circulatoires et des douleurs dans la jambe

¹ RENAUDIN. Thèse de doctorat, Paris, 1895, n° 256.

qui, à un examen superficiel, en imposeraient pour des varices profondes (cas fameux du facteur de VERNEUIL).

La *dilatation ampullaire de la veine saphène interne* à sa terminaison a été quelquefois prise pour une *hernie crurale*. MALGAIGNE a insisté sur ce diagnostic différentiel. Dans les deux cas, il s'agit d'une tumeur réductible se reproduisant par les efforts et subissant les impulsions de la toux. Un examen attentif permettra de reconnaître la nature de l'affection. Le siège exact, la consistance de la tumeur constitueront des indices. Le gargouillement de la hernie intestinale est caractéristique. Mais si, comme cela est fréquent c'est une épiplocèle crurale le « bruit de chainon » obtenu en la réduisant peut être confondu avec le *frémissement* spécial qu'on perçoit parfois en comprimant la dilatation veineuse. Un des meilleurs signes différentiels est la présence de varices dans le voisinage, au niveau de la veine sous-cutanée abdominale et, plus bas, sur le tronc de la saphène interne. DESPRÈS, et plus récemment SEGOND ont signalé des faits dans lesquels l'erreur a été commise.

On ne se contentera pas de reconnaître les varices, on s'efforcera encore de les localiser, de savoir si les valvules sont forcées. Les dilatations siègent-elles sur le tronc de la saphène interne ou externe ou bien intéressent-elles les branches collatérales. Existe-il des varices profondes ?

On examinera le malade successivement couché et debout, et on recherchera comment se fait la réplétion de la saphène interne, en répétant les expériences de TRENDELEBURG et de SCHWARTZ. L'influence des efforts de toux renseignera sur l'état des valvules au delà de l'embouchure de la saphène.

Il est important encore de rattacher les complications à leurs vraies causes, notamment le « coup de fouet », les accidents inflammatoires, les embolies, dans la phlébite variqueuse. Les ulcères sont habituellement d'un diagnostic aisé. Cependant dans certains cas, le problème se complique par l'absence ou le faible développement des varices superficielles en même temps que par l'existence d'antécédents syphilitiques chez le malade. Souvent l'ulcère variqueux ne s'accompagne que de petites varicosités très superficielles. On pourra être amené à conclure à une

forme mixte, hybride, *syphilo-variqueuse*, contre laquelle on devra employer le traitement général antisyphilitique et le repos.

L'*ulcère tuberculeux* avec sa coloration violacée, ses bords minces et décollés, et son siège très variable se distingue de l'ulcère variqueux. L'examen complet du malade ne sera pas négligé.

Quant aux névralgies et en particulier aux sciatiques variqueuses, on y songera lorsque le malade présente des varices et que d'autre part, il n'existe aucune des causes habituelles des névralgies. Toutefois l'hypothèse de la sciatique variqueuse ne pourra guère être confirmée que par l'examen direct.

TRAITEMENT

A) TRAITEMENT HYGIÉNIQUE

Ainsi que le fait remarquer SCHWARTZ¹ il est des varices auxquelles il ne faut pas toucher, leur compression entraînant des accès de suffocation, des phénomènes congestifs et parfois même des hémorragies à distance. Il en est de certains variqueux comme de certains hémorroïdaires dont la distension veineuse doit être respectée. Ces cas sont d'ailleurs exceptionnels.

Peut-être pourra-t-on utilement recommander à ces malades l'emploi suivi de la teinture d'Hamamelis Virginica à la dose de cinq à sept gouttes par jour.

Un entretien minutieux de la peau et en particulier des membres inférieurs est de rigueur chez les variqueux. On prescrira les bains froids ou chauds plutôt que tièdes.

Toutes les causes de constriction par les vêtements, les jarretières doivent être évitées. La station debout prolongée est particulièrement nuisible.

Contre les varices au début, le malade devra porter un bas compressif en coutil, en peau de chien ou mieux encore en tissu élastique.

¹ SCHWARTZ. Traité de chirurgie Le Dentu et Pierre Delbet, t. IV, p. 412.

La compression devra remonter au genou et même jusqu'à la cuisse, à l'aide d'un appareil spécial, s'il existe des lésions de la portion crurale de la saphène interne. Les bas seront renouvelés dès que le tissu aura perdu son élasticité. Cette recommandation peut paraître superflue et cependant combien de malades éviteraient des complications fâcheuses si d'emblée ils s'astreignaient à porter des bas et s'ils avaient le soin de les renouveler lorsque leur tissu est relâché ! Il est exceptionnel de voir la compression élastique mal supportée. Ce n'est guère que chez certaines femmes enceintes ou chez des sujets atteints de maladie du cœur que la compression des varices entraîne des phénomènes de suffocation, des sensations d'étouffement. Il sera alors indiqué d'essayer un traitement lent et progressif, commençant par une compression légère avec une bande de flanelle ou de crêpe Velpeau et appliquant ensuite un bas lacé en coutil ou en peau de chien.

B) TRAITEMENT CHIRURGICAL

Depuis quelques années, le traitement chirurgical des varices a été remis en honneur. L'idée n'est pas neuve puisqu'un siècle avant notre ère MARIUS, au dire de CELSE¹ et de PLUTARQUE fut traité de varices par l'extirpation des veines. GALIEN (an 150) donna de cette opération une description très détaillée, reproduite par PAUL d'Égine, A. PARÉ, DIONIS, GUILLEMOT : mise à nu de la veine variqueuse sur une étendue de trois travers de doigt, ligature en deux points et section entre les deux ligatures.

Au dix-neuvième siècle, DUPUYTREN renonce à l'extirpation des varices à cause des accidents infectieux qu'elle détermine et après lui la plupart des chirurgiens condamnent cette opération. Ce n'est que dans ces derniers temps qu'elle fut reprise sous le couvert de l'antisepsie et de l'asepsie.

Cette évolution de la chirurgie veineuse n'est pas faite pour nous surprendre. N'avons-nous pas vu que le traitement consi-

¹ CELSE. De re medica, liv. VIII, cap. XXXI (50 ans après J.-C.).