

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.).

déré aujourd'hui comme le meilleur pour la cure des anévrismes remonte à ANTYLLUS ? L'histoire de la Chirurgie est remplie de faits semblables. Pour ne citer que deux exemples parmi les plus remarquables, la trépanation ne fut-elle pas pratiquée dès les temps les plus reculés et la cure radicale des hernies que nous considérons à juste titre comme une des belles conquêtes de la chirurgie moderne ne fut-elle pas couramment mise en pratique longtemps avant l'ère antiseptique (SEGOND¹).

Les procédés imaginés pour guérir les varices sont innombrables. La plupart sont aujourd'hui complètement abandonnés ; c'étaient en effet le plus souvent des procédés aveugles et fort dangereux, dérivant de la méthode sous-cutanée à une époque où on redoutait les plaies larges et surtout les incisions veineuses à ciel ouvert.

Méthodes anciennes. — Parmi ces méthodes surannées je signalerai : le débridement (HERAPATH) la section transversale simple de la veine (BRODIE, VELPEAU), la section sous-cutanée (BRODIE, J. GUÉRIN), la ligature en masse de la veine et de la peau qui le recouvre (CHAUMATTE) (1627), (de GOUEY, 1716), (LOMBARD 1800), (ARMSBY, 1888) ; la ligature médiate sur un corps étranger, sur une épingle par exemple (VELPEAU, 1830. DAVAT, 1833) ; la ligature sous-cutanée simple (GAGNEBÉ, 1830, VELPEAU, 1838. RICORD, 1839) ; la cautérisation (CELSE, A. PARÉ, DIONIS, BRODIE, BONNET de Lyon, LAUGIER, A. BÉRARD, VALETTE, PÉTREQUIN, DESGRANGES, etc.) ; la galvano-puncture (CLAVEL, 1837, PÉTREQUIN 1843, BERTONI (de Milan, 1846) ; le séton (VELPEAU, 1833, BRIOUX 1836) ; l'acupuncture et la suture (FRANC, 1835, ROUX) ; la ligature temporaire (FREER, WISE) ; la compression médiate (B. TRAVERS, (1822), COLLE, SANSON 1836) ; les serre-fines (VIDAL de CASSIS) ; la suture enchevillée, VERNEUIL, DELPECH ; la dénudation de la veine (RIGAUD, CAZIN, 1875).

HERAPATH² conseilla et pratiqua le débridement de l'anneau fibreux qui entoure la veine saphène interne près de son em-

¹ PAUL SEGOND. Cure radicale des hernies. Thèse d'agrégation, 1883.

² HERAPATH. Revue médico-chirurg., 1848, t. IV, p. 106.

bouchure pensant que la dilatation de la veine résultait de son étranglement à ce niveau. MALGAIGNE¹ fit également cette opération. Le principe était faux, le résultat fut nul.

Les *injections coagulantes* ont pendant longtemps joui d'une grande faveur sous l'influence de l'École lyonnaise. A la suite des recherches de PRAVAZ, elles furent appliquées aux varices par BARRIER, PÉTREQUIN, VALETTE et DESGRANGES (1853). Ces chirurgiens faisaient avec un trocart très fin des injections intra-veineuses de *perchlorure de fer* en solution marquant 20° à l'aréomètre de Baumé. Leur but était d'obtenir une phlébite adhésive. Ce traitement a le grave inconvénient d'être très dangereux en ce sens qu'il expose aux embolies, aussi ne mérite-t-il pas d'être conservé malgré les résultats satisfaisants obtenus par WEINLECHNER² en 1884.

SOCQUET et GUILLIERMOND en 1854 imaginèrent les injections de *liqueur iodo-tannique*, qui furent employées pour la première fois par DESGRANGES³. ROUBY⁴ publia dans sa thèse 164 injections pratiquées avec succès par DELORE (de Lyon). Lorsqu'on prend toutes les précautions recommandées par DELORE⁵, cette méthode paraît inoffensive, beaucoup moins dangereuse en tous cas que les injections de perchlorure de fer. Son principal défaut est d'être compliquée quoiqu'on en ait dit ; la découverte de la veine et sa ligature ou sa résection est à coup sûr plus simple et exige moins de précautions post-opératoires. De l'aveu même de DELORE l'injection de liqueur iodo-tannique provoque de la phlébite et un œdème douloureux de tout le membre pendant deux ou trois jours. Ces inconvénients doivent y faire renoncer. Comme l'a dit très justement QUÉNU : « Toute méthode qui a pour essence même de provoquer une phlébite est une mauvaise méthode. »

¹ MALGAIGNE. Revue médico-chirurg., 1850, t. VIII, p. 319.

² WEINLECHNER. Allgem. Wienin. Med. Zeit., 1884, n° 15 et 16.

³ DESGRANGES. Gazette médicale. Lyon, 1854, et Bulletin thérapeutique, 1855.

⁴ ROUBY. Thèse de doctorat, Paris, 1867, n° 229.

⁵ DELORE. Congrès français de chirurgie, 1894, p. 417.

Les *injections péri-veineuses d'alcool* à 50 p. 100 employées par P. BROCA, MARC SEË, ENGLISH, les *injections d'ergotine* préconisées par RUGE, MARTIN, VOGT, GUYON, VIDAL et FERRAND¹ ne méritent pas davantage d'être conservées.

Méthodes actuelles. — Les opérations couramment employées aujourd'hui sont : la *ligature veineuse simple*, la *section entre deux ligatures* et la *résection*.

1° **LIGATURE.** — La *ligature* doit être faite à ciel ouvert, tous les procédés de ligature sous-cutanée médiate ou immédiate sont mauvais. Ainsi la méthode percutanée de MONTAZ², malgré sa rapidité d'exécution, ne nous paraît-elle pas recommandable.

EVERARD HOME³ pratiquait la ligature surtout contre les ulcères variqueux ; il liait la saphène interne au-dessus du genou et réunissait la peau par-dessus. Cette opération fut reprise par ANNANDALE en 1874, LUCAS CHAMPIONNIÈRE⁴ en 1876, SCHWARTZ⁵ en 1888, et TRENDELENBURG⁶ en 1890.

La ligature est pratiquée à la soie fine, au catgut ou au fil de lin. La plupart des chirurgiens recommandent la ligature avec un fil non résorbable craignant que la ligature au catgut ne soit pas suffisante pour oblitérer définitivement la veine. De fait on a signalé des expériences dans lesquelles la perméabilité des veines liées n'avait été que temporaire (DELORE, MINKEWITSCH⁷.) DELORE⁸ pratiquant une ligature au tiers inférieur de la veine jugulaire sur un chien et ayant examiné la veine quinze jours après, constata que la ligature était englobée dans des

¹ VIDAL et FERRAND. Bulletin Ac. de Méd., 1881.

² MONTAZ. Dauphiné médical, août 1890.

³ EVERARD HOME. Pract. Observ. on Treat. of Ulcers on the Leg, 1797, p. 170.

⁴ J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Chirurgie antiseptique, 1880, p. 223.

⁵ SCHWARTZ. Revue générale de clinique et de thérapeutique, 1888, p. 65.

⁶ TRENDELENBURG. Beitr. zur Klin. Chir., 1890, t. VII, p. 195-210, et thèse de TOBOLD, Bonn, 1889.

⁷ MINKEWITSCH. Archives de VIRCHOW. B², XXV et XLVIII.

⁸ DELORE. Congrès français de chirurgie, 1894, p. 425.

tissus nouveaux. La circulation s'était rétablie par l'intermédiaire des vasa vasorum.

QUÉNU¹ a émis l'hypothèse qu'une ligature parfaitement aseptique pouvait ne pas être oblitérante par suite de l'absence du caillot. Nous nous sommes déjà expliqué à ce sujet (voy. p. 167). Le caillot n'est pas nécessaire pour obtenir l'oblitération d'un vaisseau artériel ou veineux et si la ligature est *suffisamment serrée* je pense, quelle que soit la nature du fil, que l'oblitération est obtenue à moins qu'on n'emploie un fil de catgut extrêmement fin dont la résorption serait particulièrement rapide. Un gros fil de catgut produit une constriction moins forte qu'un fil moyen, c'est celui-ci qui doit être employé de préférence.

2° **SECTION ENTRE DEUX LIGATURES.** — D'ailleurs il est plus sûr de faire, comme on l'a conseillé depuis longtemps, la *section de la veine entre deux ligatures*

3° **RÉSECTION.** — Dans certains cas, c'est à la *résection veineuse* qu'on aura recours. Indiquée jadis, ainsi que nous l'avons dit, par GELSE, GALIEN, PAUL d'Egine, etc., cette opération a été reprise par BOYER, RICHERAND, RIMA² (de Venise), LISFRANC³. RIMA faisait la résection de trois centimètres de la veine saphène très près de l'arcade crurale. Sur 34 opérations, il obtint un tiers de guérison et deux tiers d'insuccès dont 2 morts opératoires. Ces résultats étaient relativement heureux pour l'époque. LISFRANC, eut 3 morts sur 5 opérés, et JOBERT perdit 8 opérés sur 9. Aussi la résection veineuse fut-elle complètement abandonnée jusqu'à l'avènement de la chirurgie antiseptique.

Elle fut alors reprise et fréquemment pratiquée, en Angleterre par STEELE, de Bristol⁴, MARSHALL⁵, DAVIS COLLEY⁶, HOWSE⁷,

¹ QUÉNU. Traité de Chirurgie, DUPLAY et Reclus, t. II, p. 177.

² RIMA (de Venise). Gazette médicale, 1837, p. 427.

³ LISFRANC. Précis de médecine opératoire, 1847, t. III, p. 171.

⁴ STEELE (de Bristol). Lancet, 1875 (cité par QUÉNU).

⁵ MARSHALL. Lancet, 1875 (cité par QUÉNU).

⁶ DAVIS COLLEY. Guy's Hospital, reports, 1875 (cité par QUÉNU).

⁷ HOWSE. Guy's Hospital, reports, 1877 (cité par QUÉNU).

ANNANDALE¹, DUNN², FRY³, FRANKS KENDAL⁴; en Allemagne par MADELUNG⁵ (de Rostock), VON LANGENBECK⁶, STARCKE⁷ (de Berlin); en France par J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, SCHWARTZ, REYNIER, QUÉNU, RICARD, FORGUE⁸, etc. De nombreux travaux ont été publiés dans ces dernières années sur cette question, je signalerai notamment ceux de FAISST⁹, PERTHES¹⁰, en Allemagne; en France les thèses de ARCHAMBEAUD¹¹, CHARRADE¹², CORDEBART¹³, ROBIN¹⁴, ESTIENNY¹⁵, ECONOMOS, les travaux et communications de WINIWARTER¹⁶, CH. RÉMY¹⁷, SCHWARTZ¹⁸, QUÉNU¹⁹, qui montrent les bons effets qu'on peut obtenir du traitement sanglant des varices.

C'est à TRENDELENBURG que revient le mérite d'avoir posé les indications de la ligature veineuse et d'avoir bien montré son

¹ ANNANDALE. Brit. med. J., 1879 (cité par QUÉNU).

² DUNN. Saint Barthol. hosp., report, 1879 (cité par QUÉNU).

³ FRY. Brit. med. J., 1885 (cité par QUÉNU).

⁴ FRANKS KENDAL. Dublin med. J. sc., 1886 (cité par QUÉNU).

⁵ MADELUNG (de Rostock). Treizième congrès de la Société allemande de chirurgie, avril 1884, séance du 19 avril.

⁶ VON LANGENBECK. Ibidem.

⁷ STARCKE (de Berlin). Ibidem.

⁸ FORGUE. Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Eloi. *Gazette hebdomadaire* de Montpellier, 1888.

⁹ FAISST. Beitr. zur Klin. Chir. B^d, XIV, H. 1.

¹⁰ PERTHES. Deutsch. med. Woch., 1895, n^o 16.

¹¹ ARCHAMBEAUD. Thèse de doctorat, Paris, 1891, n^o 246.

¹² CHARRADE. Thèse de doctorat, Paris, 1892, n^o 8.

¹³ CORDEBART. Thèse de doctorat, Paris, 1893, n^o 219.

¹⁴ ROBIN. Thèse de doctorat, Paris, 1896, n^o 106.

¹⁵ ESTIENNY. Thèse de doctorat, Toulouse, 1893, n^o 18.

¹⁶ WINIWARTER. Ann. de la Société de médecine de chirurgie de Liège, t. XXXIII, 1894, p. 413-416.

¹⁷ CH. RÉMY. Congrès français de chirurgie, 1892, p. 693 et Bulletin général de thérapeutique, janvier et février, 1895, et Cong. franç. de Chir. 1898, Bull. p. 572.

¹⁸ SCHWARTZ. Revue générale de clinique et de thérapeutique, 1888, et 1893. Congrès français de Chirurgie de 1898. Bulletin, p. 568.

¹⁹ QUÉNU. Société de Chirurgie, 1895, p. 152.

efficacité dans le cas d'insuffisance valvulaire des veines saphènes. La ligature remplace les valvules et supprime le poids de la colonne sanguine étendue du cœur aux ramifications des veines saphènes. La première condition pour que l'opération de TRENDELENBURG soit justifiée, c'est que l'insuffisance valvulaire existe. On aura donc recours aux épreuves de TRENDELENBURG et de SCHWARTZ (voy. p. 194). Ainsi que le fait remarquer DELBET¹, il n'est pas nécessaire que le tronc de la saphène interne soit saillant sous la peau pour que ses valvules soient insuffisantes, parfois ce n'est qu'à la palpation qu'on sent la veine se gonfler sous l'influence de la station debout et se distendre dans les efforts. La dilatation est minime et cependant l'opération de TRENDELENBURG est indiquée parce que la veine est en tension.

TRENDELENBURG fit primitivement une ligature unique de la saphène au tiers moyen de la cuisse. Dans le mémoire de PERTHES² il recommande trois ligatures, l'une à la partie moyenne de la cuisse, la seconde au-dessus du genou, la troisième au-dessous du genou. C'est aux *ligatures étagées* ou mieux aux *résections étagées* que la plupart des chirurgiens ont recours aujourd'hui.

La technique de SCHWARTZ est particulièrement recommandable. Après avoir pris les précautions aseptiques indispensables, le chirurgien résèque 4 ou 5 tronçons de la veine saphène à la cocaïne en faisant successivement des injections hypodermiques de la solution à 1 p. 100. trois résections sont faites à la cuisse, une ou deux à la jambe; chacune comprend un segment de veine long de 4 à 5 centimètres. A ce niveau, la veine est soigneusement isolée de ses branches collatérales qu'on pince au fur et à mesure et qu'on lie méthodiquement, de façon à éviter les hématomes. Suture des incisions cutanées aux crins de Florence sans drainage. Appareil ouaté compressif. Le malade doit rester trois semaines au lit après l'opération.

LEDDERHOSE associée à la résection de la saphène une série d'inci-

¹ PIERRE DELBET. Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. Semaine médicale, 1897, p. 372.

² PERTHES. Deut. med. Wochens., n^o 16, 1895.

sions longitudinales de la jambe qu'il referme par une suture continue (HOLZMANN)¹. Cette méthode aurait pour but d'obtenir par sclérose cicatricielle l'oblitération de nombreuses branches veineuses et lymphatiques dilatées.

Résultats. — Il est possible à l'heure actuelle, de se faire une opinion sur le résultat éloigné de ces résections veineuses. SCHWARTZ, J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, QUÉNU ont publié des cas remontant à plusieurs années et restés complètement guéris. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a revu un de ses malades sans récidence dix ans après l'intervention.

ACCIDENTS. — C'est donc une opération souvent efficace. Présente-t-elle quelques dangers? A priori ce qu'il faut redouter, c'est l'*infection*, l'*embolie*. SCHWARTZ a perdu un de ses malades, vieillard de soixante et onze ans, artério-scléreux, souffrant énormément de paquets variqueux doubles, et qui a succombé trois semaines après l'opération sans avoir présenté ni phlébite ni embolie. Cependant l'embolie peut se produire. J'y reviendrai à propos de la phlébite variqueuse, car je pense que c'est surtout dans ce cas qu'on est exposé à voir survenir des embolies. De l'ensemble des faits publiés on peut conclure que l'opération de TRENDELENBURG appliquée aux cas de varices à forte tension avec insuffisance valvulaire des veines saphènes interne ou externe, est une opération bénigne et efficace à condition d'être pratiquée aseptiquement.

RÉCIDIVES. — A côté des cas de guérison prolongée ou d'amélioration équivalant presque à une guérison, certains malades voient survenir à la suite de l'opération au bout d'un temps variable des dilatations variqueuses des rameaux veineux de la jambe. Le terme de *cure radicale* employé par certains auteurs n'est pas toujours juste et souvent il est difficile de se prononcer sur le résultat éloigné. Tel malade qui présentait des lésions bien limitées au tronc de la saphène au moment de l'opération verra survenir dans la suite des varices des branches secondaires,

¹ HOLZMANN. Thèse de Strasbourg, 1898.

tandis que tel autre qui avait déjà des lésions des ramifications veineuses lorsqu'il a été opéré aura un résultat meilleur, en ce sens que les varices au lieu de continuer à évoluer après l'intervention subiront un temps d'arrêt et même celles qui existaient avant l'opération et auxquelles on n'a pas touché s'effaceront et finiront par disparaître. D'une façon générale, le malade se placera dans des conditions d'autant meilleures, il évitera d'autant plus sûrement le retour offensif de la maladie variqueuse qu'il prendra plus de précautions post-opératoires. Lorsque la varice de la saphène est supprimée, le malade se trouve dans les conditions d'un individu prédisposé aux varices de par son tempérament et la structure de ses veines. Grâce à une hygiène bien comprise et en s'astreignant à porter un bas élastique il évitera ou du moins retardera le développement de nouvelles varices.

Lorsque les varices siègent sur les grosses branches sans dilatation du tronc même de la saphène, que celui-ci soit absent par anomalie congénitale ou qu'il ait conservé sa disposition normale, on peut être conduit dans des cas assez restreints, à pratiquer l'extirpation de ces ectasies veineuses, surtout lorsqu'elles forment un paquet volumineux et limité à un segment du membre. C'est surtout à la jambe et au voisinage du genou qu'on rencontre ces masses variqueuses, sur le territoire de la saphène interne. A leur niveau, la peau est amincie et par suite le malade est exposé aux ulcérations traumatiques et septiques. On lui évitera des accidents possibles d'hémorragie ou des phlébites par la suppression de la tumeur variqueuse. Il s'agit donc dans l'espèce d'un traitement prophylactique pour ainsi dire, plutôt que d'un traitement curatif. Ce n'est pas pour guérir le malade de ses varices, mais bien plutôt pour lui éviter des accidents sérieux.

Tous ces points sont importants à préciser, car c'est en établissant avec netteté les indications et les résultats de l'opération de TRENDELENBURG et de celles qui en dérivent, qu'on peut se faire une opinion sur leur valeur. Certains chirurgiens à l'heure actuelle se refusent à admettre le traitement chirurgical des varices, le considérant comme inefficace, tandis que d'autres,

par une tendance inverse, croient trouver en lui un remède infailible. La vérité est entre ces opinions extrêmes. La résection veineuse tronculaire ou ramusculaire est toujours inoffensive lorsqu'elle est pratiquée aseptiquement, et, appliquée dans des conditions déterminées, elle est souvent curative ou tout au moins palliative.

La forme douloureuse traduisant une altération concomitante des filets nerveux satellites, constitue une indication de plus à la résection veineuse (QUÉNU).

Par contre, il est un certain nombre de variqueux auxquels tout traitement chirurgical doit être refusé comme inefficace ou même nuisible. Lorsque les varices sont très étendues siégeant non seulement sur les troncs des veines saphènes mais encore sur les branches et jusque sur les rameaux cutanés et sous-cutanés sans parler des distensions des veines profondes, les lésions sont au-dessus des ressources de la chirurgie. Le malade représenté dans la figure 59 répondait à cette catégorie de variqueux. SCHWARTZ, dont j'ai déjà eu plusieurs fois l'occasion de citer les travaux sur le traitement chirurgical des varices, consulté pour ce malade, partagea mon opinion à savoir qu'aucune intervention ne pouvait être tentée avec quelque chance d'obtenir la disparition des varices.

L'abstention est encore de rigueur lorsque le variqueux est en même temps un obèse ou un artéri-oscléreux dont le cœur et les reins sont insuffisants.

Traitement des complications. — 1° RUPTURES. — Les ruptures des varices avons-nous dit, donnent parfois naissance à une hémorragie très abondante. Celle-ci s'explique par la rigidité des parois veineuses maintenant la lumière béante et par l'élévation de la tension sanguine intra-veineuse. Pour cette double raison le tamponnement simple qui réussit habituellement pour arrêter une hémorragie produite par la blessure d'une veine normale est souvent insuffisant en cas de rupture variqueuse externe. Il faut avoir recours à l'hémostase directe par forcipressure et mieux par ligature de la veine rompue. Ces hémorragies peuvent se répéter et devenir un danger permanent pour le

malade. En ce cas, la résection du paquet veineux qui est la source des hémorragies, associée ou non à la ligature étagée de la veine saphène interne, constitue le traitement de choix.

Les *ruptures interstitielles* siègent habituellement au niveau du mollet. Le malade sera soumis au repos et à l'immobilité dans le décubitus dorsal. On aidera à la résorption du sang épanché par l'application de quelques compresses résolutive d'eau blanche ou de chlorhydrate d'ammoniaque sur la région tuméfiée et douloureuse. On y associera une légère compression ouatée jusqu'à disparition de la douleur et de l'épanchement.

2° PHLÉBITES. — Il y a lieu de distinguer parmi les phlébités variqueuses, les formes aiguës à tendance suppurative endo et péri-veineuse, et les formes subaiguës et chroniques qui évoluent vers la thrombose et l'oblitération définitive des vaisseaux.

RIGAUD¹ et ISCH-WALL² en présence de phlébités aiguës ayant déjà provoqué plusieurs embolies pulmonaires ont pratiqué la ligature du tronc veineux atteint de phlébite en remontant le plus haut possible. C'est ainsi que ISCH-WALL pour enrayer des accidents liés à la phlébite de la saphène interne fit une résection de cette veine à deux centimètres de son embouchure. La conduite de ces deux chirurgiens mérite d'être imitée. Je pense avec ROBINEAU³ que la ligature ou la résection veineuse pratiquée au-dessus de la zone envahie par la phlébite est le traitement de choix pour combattre les embolies et les accidents septico-pyohémiques. D'ailleurs, cette thérapeutique est généralement admise aujourd'hui et je rappellerai notamment que la ligature de la veine jugulaire interne est considérée comme la meilleure manière de combattre les accidents infectieux consécutifs à la phlébite du sinus latéral.

Lorsque l'inflammation péri ou endoveineuse aboutit à la sup-

¹ RIGAUD. Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, 1875, p. 481.

² ISCH-WALL. Bulletins de la Société de Chirurgie, 1895, p. 553, rapp. de P. REYNIER.

³ ROBINEAU. Traitement chirurgical des phlébités. Thèse de doctorat, Paris, 1898, n° 347.

puration, l'indication est d'ouvrir l'abcès comme s'il s'agissait d'un abcès du tissu cellulaire. On sera souvent amené à évacuer une série de collections échelonnées le long du tronc veineux enflammé (BROCA¹, LEJARS², MÉRIEUX³). Ces abcès peuvent être dus à la lymphangite si fréquemment associée à la phlébite variqueuse; le même traitement leur convient c'est-à-dire l'incision large, précoce.

En cas de phlébite subaiguë ou chronique, lorsque la tumeur veineuse est bien circonscrite, le procédé de choix consiste dans l'extirpation après ligature au-dessus et au-dessous du segment thrombosé. SEGOND⁴ a enlevé de la sorte une tumeur phlébitique limitée à l'ampoule de la saphène voisine de son embouchure. ROBINEAU⁵ a rassemblé 18 observations de résections de phlébite des membres tirées pour la plupart de la pratique de QUÉNU et de SCHWARTZ. Ces 18 opérations ont donné 18 guérisons rapides. Depuis ces dernières années la résection des veines variqueuses thrombosées a été pratiquée un grand nombre de fois (GUÉRITTEAU⁶). J'ai moi-même réséqué la veine saphène interne dans tout son trajet crural et jambier. L'opération m'a donné un excellent résultat fonctionnel, malgré quelques petits accidents d'embolie pulmonaire survenus pendant les premiers jours.

A la suite de ces extirpations de paquets veineux thrombosés il se produit souvent un peu d'œdème du membre dans les jours qui suivent l'opération. Mais cet œdème est fugace et ne présente aucune gravité. Parfois on a signalé un peu de sphacèle des téguments au niveau de la suture de l'incision pratiquée à la hauteur de la veine thrombosée. Il est probable que cette petite complication, qui n'a d'ailleurs jamais entraîné d'accidents sérieux survient surtout dans les cas d'adhérence du

¹ BROCA. Phlébite variqueuse. Revue de chirurgie, 1889, p. 638-728.

² LEJARS. Des phlébites latentes chez les variqueux. Leçons de chirurgie, 1893-1894, p. 260.

³ MÉRIEUX. Phlébite variqueuse suppurée. Thèse de doctorat, Paris, 1895-1896, n° 119.

⁴ P. SEGOND. Bulletins de la Société de Chirurgie, 1894, p. 387.

⁵ ROBINEAU. *Loc. cit.*

⁶ GUÉRITTEAU. Thèse de doctorat, Paris, 1898.

tronc veineux aux téguments et d'envahissement des petites veines cutanées par la thrombose.

Les accidents d'embolie pulmonaire sont peut-être plus fréquents qu'on ne l'a dit. J'ai rapporté plus haut un cas personnel de cette complication, SCHWARTZ l'a signalée également. Il semble qu'on ne puisse pas invoquer une faute d'asepsie opératoire, ainsi qu'on serait tenté de le supposer a priori. Dans le cas que j'ai cité la cicatrisation se fit régulièrement, et le malade n'a jamais présenté la moindre élévation de température. FRANZ¹ a observé et rassemblé des faits analogues d'embolie pulmonaire, la plaie restant aseptique. L'auteur rapporte une observation personnelle recueillie à la clinique chirurgicale de Königsberg et deux autres cas, de STUDSGAARD et de NAUWERCK, ce dernier s'étant terminé par la mort. Ces larges résections de varices chroniquement enflammées doivent toujours être précédées de l'application d'une ligature sur la veine perméable, au-dessus de la zone thrombosée, entre elle et le cœur. On évitera ainsi à coup sûr la production d'une embolie pendant l'opération par fragmentation du caillot au cours des manœuvres d'exérèse. Il ne paraît pas nécessaire de faire cette ligature à distance, le plus haut possible comme l'a conseillé SCHWARTZ, cette méthode ayant l'inconvénient de nécessiter une nouvelle incision.

Reprenant une idée émise pour la première fois par MACLAREN² et mise en pratique par ce chirurgien, SCHWARTZ³, en cas de paquets veineux thrombosés adhérents à la peau, à la face interne de la jambe, extirpe en même temps les veines et la peau qui les recouvre et réunit en rapprochant les téguments. Suivant l'expression du chirurgien écossais on obtient ainsi un véritable bas élastique naturel.

3° ULCÈRES. — Je ne saurais passer en revue les innombrables

¹ FRANZ. Deuts. Zeit. f. Chir. XLVII, 4, p. 295.

² MACLAREN. Société médicale et chir. d'Edimbourg, 1889. Semaine médicale, 1889, p. 241.

³ SCHWARTZ. Bulletins de la Société de Chirurgie, 1898, p. 126 et 388. Presse médicale, 7 septembre 1898.

traitements qui ont été préconisés contre les ulcères variqueux et je devrai m'en tenir aux indications et aux principales applications thérapeutiques.

Les ulcères de jambe, que nous voyons surtout dans la classe pauvre, sont habituellement aggravés par le pansement septique qui les recouvre. La plaie est atone, enduite d'une sanie fétide, les bords en sont livides, épaissis, infiltrés, serpigneux. Tout le membre est empâté, et, par places, rouge infiltré par des infections lymphangitiques secondaires. Il est remarquable de voir l'état de la jambe et de l'ulcère s'améliorer dans des proportions considérables par le simple repos dans le décubitus horizontal auquel on joint un pansement propre recouvrant la plaie. Quel que soit le traitement ultérieur, cette préparation est nécessaire; elle fait disparaître l'œdème, enraye la suppuration et bientôt on voit l'ulcère se couvrir de bourgeons charnus légitimes. QUÉNU a insisté sur les bons effets du simple pansement aseptique. On a cru mieux faire en appliquant sur la plaie une série de topiques, de pommades, d'emplâtres, de poudre, dont la seule énumération serait fastidieuse. Je signalerai seulement comme étant les plus fréquemment employés dans les hôpitaux de Paris : la poudre de sous-carbonate de fer (LE DENTU), la poudre antiseptique et antiputride de LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, l'iodoforme pulvérisé, le sucre en poudre, l'emplâtre de VIGO, la teinture d'aloès (PEYROT), la solution de sulfate de cuivre (QUÉNU), la solution picriquée (THIÉRY), le nitrate d'argent, le chlorure de chaux, les liqueurs de LABARAQUE, de VILATE, l'onguent styrax, etc. Sans vouloir médire de toutes ces substances employées dans le traitement des ulcères, il m'a semblé qu'aucune n'était nuisible et aucune particulièrement favorable. Les conditions essentielles du traitement sont le repos dans la position horizontale, la propreté de la plaie et des régions avoisinantes et une certaine compression exercée par l'ouate et la bande qu'on applique par-dessus la poudre ou l'emplâtre.

L'air chaud semble avoir une action très favorable pour la cicatrisation des ulcères, ainsi que nous avons pu l'observer, THIÉRY et moi, chez plusieurs malades du service de notre maître, le professeur TILLAUX, soumis à ce traitement. Le

membre atteint d'ulcère était placé dans une caisse en tôle à l'intérieur de laquelle une température élevée était obtenue à l'aide de briques chauffées.

RECLUS recommande, après MARTIN du Massachusets, la bande élastique longue de 3 à 4 mètres et large de 7 à 8 centimètres. Son principal avantage est que, l'ulcère en voie de guérison, le malade peut marcher et reprendre peu à peu ses occupations. Il suffit d'enrouler la bande autour de la jambe en se levant; on commence au pied et on remonte progressivement jusqu'à la cuisse, chaque tour de bande recouvrant le précédent de 10 à 15 millimètres. Il est important de ne serrer que juste assez pour que la bande ne glisse pas; sous l'influence de la station debout et de la marche en effet, la jambe tend à se tuméfier et la constriction devient suffisante. RECLUS associe volontiers à la bande élastique les bains chauds à 50 ou 55° répétés deux ou trois fois par jour, ou à leur défaut l'application locale de compresses imbibées d'eau bouillie maintenue à la température de 50 à 55°.

Ultérieurement lorsque la plaie a pris un bon aspect, que la cicatrisation progresse régulièrement de la périphérie au centre sous forme d'un liseré blanc rosé, on hâtera la cicatrisation de l'ulcère, si celui-ci est étendu, en le recouvrant de lambeaux dermo-épidermiques prélevés sur la cuisse et appliqués suivant la méthode de THIERSCH et d'OLLIER. Ces greffes ne réussissent qu'après une bonne désinfection de l'ulcère patiemment obtenue; au moment de placer les lambeaux d'OLLIER-THIERSCH on régularise les bourgeons charnus à la curette ou mieux au bistouri ou au rasoir. Les cicatrices obtenues par cette méthode sont parfois un peu minces, surtout lorsqu'on a affaire à cette variété atrophique des lésions qu'on rencontre fréquemment au niveau des membres variqueux. Certains chirurgiens préfèrent en ce cas l'emploi de lambeaux cutanés obtenus par la méthode italienne modifiée, que le professeur BERGER a contribué, pour une si large part, à faire connaître et apprécier en France.

Le traitement de DOLBEAU consiste à tracer autour de l'ulcère, et à quelque distance, des incisions curvilignes dont l'ensemble circonscrit la plaie. On coupe toute l'épaisseur de la peau et du

tissu cellulaire sous-cutané plus ou moins infiltré jusqu'à l'aponevrose d'enveloppe du membre. FÉLIZET¹ a employé ce procédé dans plus de 100 cas et en a obtenu d'excellents résultats; le professeur BERGER² s'en déclare également partisan à l'occasion.

On a songé à appliquer aux ulcères le traitement de TRENDELENBURG. En cas de dilatation du tronc de la saphène interne il est logique de supprimer cette colonne sanguine dont le poids entretient la stase dans les régions sous-jacentes et en particulier au niveau de l'ulcère situé presque toujours, comme nous l'avons dit, sur le territoire de la saphène interne. Dans un grand nombre de cas, la résection veineuse a certainement hâté la cicatrisation de l'ulcère et empêché ou du moins retardé la récurrence. CERNÉ³ a été un des premiers à préconiser cette méthode en France. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, a cité des cas de guérison prolongée ainsi obtenu. RICARD, SCHWARTZ, REYNIER, en ont également retiré de bons effets.

Ici comme dans les varices simples, la méthode de TRENDELENBURG n'est pas constamment efficace; il faut savoir choisir les cas favorables, et c'est sans doute pour l'avoir employée indistinctement qu'on s'est exposé à de nombreux insuccès.

Dans ces derniers temps, CHIPAULT⁴ appliquant au traitement de l'ulcère de jambe la méthode qu'il avait déjà préconisée contre les maux perforants, à savoir l'élongation des nerfs, exécuta cette opération sur les filets nerveux dont les ramifications se distribuent aux téguments dans le territoire correspondant à l'ulcère, le saphène interne surtout, puis le musculo-cutané. Au besoin, l'élongation sera pratiquée sur le tronc même du sciatique poplité externe. CHIPAULT associe à l'élongation le traitement direct de l'ulcère consistant dans la désinfection et le curettage ou même s'il n'est pas trop étendu dans l'excision et la suture des téguments. L'opération a été pratiquée cinq

¹ FÉLIZET. Bulletins de la Société de Chirurgie, 9 décembre 1891.

² BERGER. *Ibidem*.

³ CERNÉ. Bulletins de la Société de Chirurgie, 15 octobre 1890.

⁴ CHIPAULT. Treizième Congrès français de chirurgie, 1899, séance du 21 octobre.

fois avec cinq succès (FOUGÈRE)¹. Il y a lieu de se demander si le résultat satisfaisant n'est pas dû en majeure partie sinon uniquement au traitement direct de l'ulcère.

Il est heureusement exceptionnel aujourd'hui de voir des ulcères ayant envahi toute la circonférence de la jambe. La cicatrisation d'une telle plaie est à peu près impossible, aussi est-on amené à proposer au malade le sacrifice du membre, sacrifice d'autant moins grand que le plus souvent les malades sont incapables de marcher; par suite, on les débarrasse d'un membre inutile et du même coup on supprime un foyer d'infection et d'intoxication dangereux pour l'organisme.

4° NÉVRALGIES. — Nous avons vu plus haut que QUÉNU a démontré que la sciatique variqueuse était fréquemment due à l'état variqueux des veines intra et péri-nerveuses. Cette notion a conduit ce chirurgien à proposer et à exécuter la découverte du nerf sciatique et le « hersage » de ce nerf². Une incision pratiquée au niveau de la fesse, met le tronc nerveux à nu à sa sortie du bassin et dans son trajet intra-fessier. On pratique méthodiquement l'excision entre deux ligatures de toutes les veines variqueuses péri-nerveuses et on complète par l'énucléation des plus gros troncs intra-nerveux à l'aide d'une brosse appliquée sur le nerf parallèlement à son axe. DELAGÉNIÈRE, PAUL DELBET³ et d'autres ont eu recours à cette thérapeutique. Le procédé n'est pas applicable à tous les cas de sciatique chez les variqueux, par la raison que cette affection n'a pas pour cause unique l'altération des veines intra-veineuses, et on peut admettre en principe qu'on ne devra y recourir qu'après avoir épuisé les divers traitements habituels de la sciatique et en particulier la compression du tronc nerveux qui a, dans certains cas, produit un grand soulagement. En désespoir de cause, lorsque toutes les autres méthodes auront échoué et lorsque par suite du développement des varices de la cuisse et des améliorations obtenues par le repos.

¹ A. FOUGÈRE. Thèse de doctorat, Paris, 1898-1899, n° 644.

² QUÉNU. Congrès français de chirurgie, 1892, p. 464.

³ PAUL DELBET. Soc. de Biologie, 22 avril 1899.

au lit et la compression élastique, on pourra soupçonner l'existence de varices du nerf sciatique, on sera autorisé à essayer le procédé de QUÉNU.

5° PIEDS BOTS. — Dans des cas, rares à la vérité, on sera conduit à traiter des déviations du pied consécutives à des poussées phlébitiques antérieures; l'attitude vicieuse la plus fréquente est l'équinisme qu'on corrigera par la section du tendon d'Achille et l'immobilisation plâtrée.

CHAPITRE III

PHLÉBITE

Définition. — La phlébite est l'inflammation des veines. Ce nom lui a été donné par BRESCHET¹.

J. HUNTER², le premier, songea à attribuer les accidents de la saignée à l'inflammation des veines. Cette maladie fut ensuite étudiée par MECKEL, HASSE, HOGDSON³, BRESCHET. En 1828 parut le mémoire de DANCE⁴ et en 1832, la thèse de SÉDILLOT⁵. CRUVEILHIER⁶, en 1834, envisageant les rapports de la thrombose et de la phlébite conclut que la première est sous la dépendance de la seconde. On sait avec quelle ardeur et quel talent VIRCHOW⁷ soutint la théorie de la thrombose primitive et de la phlébite consécutive.

Ce n'est que sous l'influence des travaux modernes et en particulier en France de la thèse de WIDAL⁸ et des nombreuses publications de VAQUEZ⁹ que l'opinion de CRUVEILHIER fut réhabilitée et, on peut dire, définitivement adoptée.

¹ BRESCHET. Journal complémentaire du Dictionnaire des Sciences Médicales, 1818-1819, t. II et t. III.

² HUNTER. Œuvres complètes. Traduction Richelot, t. III, p. 643.

³ HOGDSON. Traduction Breschet, Paris, 1819.

⁴ DANCE. Archives générales de médecine, 1828, p. 473 et 1829, p. 5 et 161.

⁵ SÉDILLOT. Thèse d'agrégation, 1832.

⁶ CRUVEILHIER, Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, article Phlébite, 1834, t. XII, p. 637.

⁷ VIRCHOW. Trombose und Embolie. Frankfurt, 1856.

⁸ F. WIDAL. Thèse de doctorat, Paris, 1889, n° 123.

⁹ VAQUEZ. Thèse de doctorat, Paris, 1890, n° 121. Société de biologie, décembre, 1891. Gazette hebdomadaire, 1892, p. 390. — Clinique médi-