

rir la maladie. L'*extirpation* de la tumeur, la *cautérisation*, l'*électro-puncture*, la *compression* sont des méthodes dangereuses ou insuffisantes. La *ligature des branches artérielles dilatées*, exécutée par Pelletan, a été suivie de mort; pareil résultat est arrivé pour un malade auquel Dupuytren a fait la *ligature du tronc artériel principal*. A. Bérard et Denonvilliers veulent qu'on se borne à pratiquer une compression modérée sur la tumeur; Robert, revenant aux idées de Dupuytren, propose, dans les varices artérielles du cuir chevelu, de faire la ligature de la carotide primitive du côté correspondant à la lésion, et, dans le cas où la tumeur continue à faire des progrès par le rétablissement de la circulation à travers les nombreuses branches anastomotiques des deux carotides, de pratiquer la ligature de la carotide du côté opposé.

Avant d'en venir à la ligature de l'artère principale, qui est loin d'être exempte de danger, comme nous venons de le faire remarquer, on peut avoir recours au *perchlorure de fer*. Dans un cas de varice artérielle du front, on a obtenu la guérison, en appliquant un vésicatoire sur la tumeur et en touchant la surface dénudée du derme avec un tampon de charpie imbibée d'une solution de perchlorure de fer à 30 degrés. Si ce moyen échoue, il convient d'injecter dans le point le plus dilaté de la tumeur artérielle, au moyen de la seringue de Pravaz, quelques gouttes de la solution de perchlorure de fer à 30 degrés; pendant quelques minutes, une compression est exercée aux limites de la tumeur, pour empêcher la diffusion du sel coagulant et le déplacement du caillot. (Pour le manuel opératoire, voy. p. 298.)

## CHAPITRE VI.

### MALADIES DES VEINES.

#### ARTICLE I.

##### Blessures des veines.

Ces blessures sont faites par des instruments piquants, tranchants ou contondants; elles peuvent aussi être produites par des tractions énergiques exercées sur les membres, auquel cas elles rentrent dans la classe des plaies par arrachement (p. 57).

**Anatomie et physiologie pathologiques.** — 1° **PLAIES PAR INSTRUMENTS TRANCHANTS.** Elles sont longitudinales, obliques ou transversales.

a. *Plaies longitudinales et obliques.* Travers a noté, dans ses expériences sur les animaux, que dans ce cas il n'existe aucun écartement ou un écartement à peine prononcé entre les lèvres de la plaie.

b. *Plaies transversales.* D'après les expériences de L. Ollier, toutes les fois

que la section comprend plus d'un tiers du calibre du vaisseau, les bords s'écartent beaucoup et la plaie prend une forme *circulaire*; la division s'étend-elle à plus de la moitié de la circonférence de la veine, la plaie prend la forme d'un *croissant*; enfin, quand la section est complète, les deux bouts du vaisseau s'écartent plus ou moins l'un de l'autre.

2° **PLAIES CONTUSES.** Les blessures par armes à feu produisent tantôt une ouverture assez nette, tantôt une plaie mâchée et très-irrégulière, tantôt une meurtrissure considérable avec une ouverture imperceptible.

3° **PLAIES PAR ARRACHEMENT.** L. Ollier, ayant produit ces sortes de plaies par des tractions énergiques exercées sur les membres, a constaté que les veines n'offrent pas, au niveau de l'extrémité arrachée, un prolongement filiforme analogue à celui que présentent les artères; les trois tuniques veineuses sont coupées au même niveau; l'externe, un peu allongée, dépasse les deux autres de 2 à 8 millimètres. De cette disposition résulte qu'après l'arrachement, le canal de la veine reste perméable, résultat bien différent de celui que nous avons signalé pour les artères (p. 58).

**Mode de cicatrisation des plaies veineuses.** Toute plaie de veine, pour peu qu'elle ait une certaine étendue, est accompagnée d'une effusion de sang; ce liquide se coagule, et, d'après Travers, il forme, dans les plaies *longitudinales*, un caillot ovale qui oblitère l'ouverture du vaisseau, en même temps qu'un autre caillot se forme autour de la veine. Dans les plaies *transversales*, le sang donne lieu à un caillot qui se place entre l'orifice de la veine et la plaie extérieure. Au bout de vingt-quatre heures, les lèvres de la plaie veineuse sont renversées en dehors et adhèrent au caillot; après trois jours, on rencontre une *expansion membraneuse* (lymphé plastique) mince, étroite, qui se continue avec la tunique interne de la veine et qui, au bout de cinq jours, s'étend à la surface du caillot. Après huit jours, cette membrane de nouvelle formation est entièrement organisée; on y constate bientôt l'existence de vaisseaux capillaires; mais elle reste toujours dans la suite plus mince, plus transparente et plus extensible que les tuniques veineuses. Ajoutons que, dès le troisième jour, le caillot subit des changements dus à l'absorption dont il est le siège, et que du douzième au seizième jour il est résorbé. On voit que les phénomènes qui se passent après la lésion des veines se rapprochent beaucoup de ceux qui sont propres aux blessures artérielles (p. 242); il y a dans les deux cas une série de phénomènes *provisaires* destinés à arrêter l'hémorragie et plus tard des phénomènes de *réparation*; les premiers sont accomplis par le sang, les seconds par la lymphé plastique. Lorsqu'une veine est coupée de part en part, les deux bouts s'écartent l'un de l'autre, et dans leur intervalle se fait un épanchement de sang qui est résorbé plus tard, en même temps qu'une lymphé plastique, sécrétée par les bords de la plaie et le tissu cellulaire environnant, obture l'extrémité des deux bouts du vaisseau.

**Symptômes.** Ils varient suivant que la blessure de la veine communique largement avec la plaie des téguments, ou bien qu'il existe entre elles soit un grand intervalle, soit un défaut de parallélisme.

Dans le premier cas, il s'échappe par la plaie extérieure un flot de sang

*noir*, sous la forme d'un jet continu et *non saccadé*, projeté à une plus ou moins grande distance. Si on exerce une compression entre la plaie et le cœur, on augmente l'abondance du sang qui s'écoule en dehors; on fait cesser tout écoulement de ce liquide en comprimant entre la plaie et les capillaires. L'abondance du flot est également influencée par les phénomènes respiratoires: les efforts d'expiration l'augmentent, les efforts d'inspiration la diminuent, et ce phénomène est surtout appréciable dans les plaies qui atteignent les veines voisines du cœur. Dans le second cas, le sang sort en *bavant* par la plaie des téguments; quelquefois même il n'en apparaît qu'une très-faible quantité à la surface de la plaie, pendant que le reste de ce liquide s'infiltré dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les couches intermusculaires ou dans les cavités splanchniques.

**Diagnostic.** Lorsqu'une plaie intéresse une veine située dans une région où elle est isolée de toute artère, la blessure est facile à reconnaître, et c'est ce qui arrive en général dans les plaies des veines sous-cutanées. Si, au contraire, la veine blessée a des rapports immédiats ou médiats avec une artère, on peut hésiter entre la lésion de l'un ou l'autre vaisseau. Il arrive parfois que la plaie veineuse fournit un jet de sang à la fois continu et *saccadé*, si l'artère voisine communique ses propres battements à la veine; ou bien encore, que le sang, au lieu de sortir noir, présente une couleur rutilante, ce qui a lieu généralement lorsqu'une certaine quantité de sang s'étant déjà écoulé, la portion qui continue à sortir par la plaie n'a pas eu le temps de se désartérialiser en passant par les vaisseaux capillaires; il se peut encore que la compression exercée entre la plaie et les capillaires n'arrête pas l'écoulement sanguin, ce qui est dû au retour du sang par le bout central de la veine, anastomosé avec d'autres veines, et à l'absence de valvules entre la plaie veineuse et la première branche anastomotique. Il y a donc trois causes d'erreur contre lesquelles le chirurgien doit se prémunir, au moyen d'une exploration très-attentive; en cas de doute, on comprimera l'artère satellite de la veine que l'on suppose blessée, pour observer les effets de cette compression sur le jet de sang qui s'écoule par la plaie.

Lorsqu'une blessure atteint une veine située profondément, et que le sang, au lieu de s'écouler au dehors, s'insinue dans les parties profondes, le diagnostic présente de grandes difficultés.

**Marche. Terminaisons.** Quand la plaie intéresse un vaisseau d'un petit calibre, la perte de sang est peu abondante; si le vaisseau est volumineux et si le malade n'est pas secouru, l'hémorragie est telle, que le blessé tombe en syncope ou succombe promptement. Si la veine principale d'un membre est intéressée, comme la fémorale, et que les moyens hémostatiques appliqués sur le vaisseau mettent obstacle au retour du sang veineux vers le cœur, le membre se tuméfie et peut être frappé de gangrène. Que la veine soit d'un petit ou d'un gros calibre, elle s'enflamme quelquefois dans une certaine étendue, et si cette phlébite passe à la période de la suppuration, on doit craindre l'apparition de phénomènes de pyohémie (p. 41). Indépendamment de tous ces dangers, il en est un autre pour les veines qui sont rapprochées du cœur et surtout pour celles qui, environnées de plans apo-

névrotiques, ont les parois habituellement béantes. L'espèce de succion exercée sur le sang veineux au moment de l'inspiration, par la dilatation du thorax, tend à produire dans les veines un vide qui est promptement comblé par l'arrivée de l'air atmosphérique extérieur; cet air pénètre dans l'intérieur du vaisseau, et arrive jusqu'au cœur dont il distend les cavités et paralyse les parois (Nysten); de là une mort prompte, quelquefois même instantanée.

**Pronostic. Traitement.** Les plaies des veines sont très-graves dans quelques cas; une lésion peu dangereuse dans d'autres.

Dans toute plaie de ce genre, il y a deux indications à remplir: arrêter l'hémorragie et combattre les complications, soit actuelles, soit éloignées.

On fait cesser l'hémorragie, en exerçant une compression sur la plaie pour favoriser la formation d'un caillot, en donnant au membre une situation telle, que la circulation veineuse n'éprouve pas d'obstacle, en rendant cette circulation plus facile par l'exercice régulier des mouvements respiratoires et par la suppression de tout lien circulaire autour du membre, entre la plaie et le cœur. La compression suffit pour arrêter l'hémorragie dans les plaies des veines de moyen calibre, et elle n'offre alors aucun danger; mais lorsqu'elle est appliquée sur la veine principale d'un membre ou d'une région, comme sur la fémorale, sur la jugulaire interne, etc., elle met obstacle au retour du sang veineux des capillaires vers le cœur, d'où la possibilité d'une gangrène du membre ou d'une congestion cérébrale dans les deux cas que nous prenons pour exemples; quelquefois aussi la compression est insuffisante pour arrêter l'hémorragie. Il faut donc employer un autre moyen hémostatique, nous voulons parler de la *ligature*. On a beaucoup exagéré, dans ces derniers temps, les dangers de la ligature des veines, et les succès obtenus par Simmons, Miller, Gibson, Stevens, Mussey, Ph. J. Roux, etc., témoignent de l'utilité de ce mode de traitement. Si la plaie n'intéresse qu'une petite portion de la circonférence de la veine, on saisit les lèvres de la plaie avec une pince, ou on les traverse avec un ténaeculum pour les embrasser par une ligature qui laissera subsister une portion du calibre de la veine. Si, au contraire, la plaie intéresse une grande partie de la circonférence de la veine, une ligature partielle est impossible. Il faut lier le bout périphérique du vaisseau ou même les deux bouts, lorsque le central s'anastomose avec d'autres veines qui peuvent ramener le sang à la plaie. S'il s'agissait de la veine principale d'un membre, comme de la veine fémorale, serait-on en droit, pour éviter la gangrène du membre, après la ligature de la veine, de pratiquer, à l'instar de Gensoul, la ligature de l'artère principale de la même région?

La phlébite est une des complications les plus fréquentes des plaies des veines, on la combattra par les moyens qui seront exposés plus loin (p. 294).

L'entrée de l'air dans les veines réclame le même traitement que la syncope; je renvoie aux traités de médecine opératoire pour cette partie de l'histoire des plaies des veines, qui est exposée au chapitre des *Accidents propres aux opérations*.

## ARTICLE II.

## De la phlébite.

La *phlébite* est l'inflammation des veines. Elle peut se développer dans toutes les parties du système veineux, aux membres, tant dans les veines superficielles que dans les profondes, dans les veines du bassin, dans la veine dorsale du pénis, dans les sinus de la dure-mère, dans la veine ophthalmique, etc.

**Causes.** Toutes les opérations pratiquées sur les veines, de quelque espèce qu'elles soient : les piqûres, les incisions, les excisions, les ligatures de ces vaisseaux, ou bien encore les opérations pratiquées sur les os et qui intéressent les veines contenues dans leur substance spongieuse, peuvent donner lieu à la phlébite. Les fractures comminutives produisent parfois le même résultat ; mais ce sont plus particulièrement les plaies des veines par des instruments chargés de matières septiques (p. 81). On voit quelquefois cette inflammation se développer dans la veine dorsale du pénis par le fait seul de l'existence d'une blennorrhagie urétrale. Enfin, il faut bien convenir que, dans quelques cas, la phlébite se montre sans cause appréciable ; elle est alors spontanée.

**Anatomie pathologique.** Les lésions ne sont pas les mêmes aux différentes périodes de la maladie. Au début, la tunique interne de la veine enflammée présente une teinte rouge qui a été considérée par quelques pathologistes comme un phénomène d'imbibition par le sang ; à une époque plus avancée, quand on rencontre du pus dans la veine, la face interne du vaisseau est pâle. Les tuniques de la veine sont épaissies par la sécrétion de la lymphe plastique ; on rencontre quelquefois dans leur intervalle du pus ; elles sont friables. Le contenu de la veine malade varie et cette distinction est d'une grande importance. Toute phlébite a pour effet immédiat de donner lieu à une coagulation du sang renfermé dans la partie enflammée ; il se forme un caillot qui oblitère plus ou moins complètement le vaisseau. Or, tantôt l'inflammation de la veine restant dans les limites de l'inflammation *adhésive*, le caillot contracte des adhérences avec les parois veineuses, se condense et finit par changer la portion veineuse dans laquelle elle est contenue en un cordon imperméable ; c'est cette forme de la maladie que l'on désigne sous le nom de phlébite *adhésive*. Il importe de faire remarquer que dans ces cas l'oblitération de la veine peut rester définitive, ou bien que le caillot étant résorbé plus tard, la circulation veineuse se rétablit. Tantôt, au contraire, l'inflammation prend la forme suppurative ; du pus est sécrété dans la veine enflammée, et se mélange avec le sang ; dans les cas les plus favorables, le pus reste séquestré dans la portion de veine enflammée par des caillots qui se sont développés sur les limites de l'inflammation ; d'autres fois, le pus, ne rencontrant pas cette barrière ou la franchissant, se mêle au sang, circule avec ce liquide et donne lieu à tous

les phénomènes de l'infection purulente. On a appelé phlébite *suppurative* toute phlébite accompagnée de formation du pus.

**Symptômes.** Ils diffèrent dans les deux espèces de phlébite que nous venons de distinguer.

1<sup>o</sup> Dans la phlébite adhésive, les malades accusent une douleur sourde occupant une plus ou moins grande étendue de la veine affectée et augmentant par la pression ; il existe un gonflement des parties qui avoisinent le vaisseau, et ce dernier se présente au toucher sous la forme d'un cordon dur, noueux, plus volumineux que la veine à l'état normal ; on y constate quelquefois la présence de bosselures, quand la veine est sous-cutanée. Si la phlébite a succédé à une blessure, la peau présente une rougeur légère et la plaie de la veine donne parfois issue à un pus sanieux mal lié. Tantôt les phénomènes généraux sont à peine marqués ; d'autres fois ils sont caractérisés par une fièvre intense, accompagnée d'agitation, d'insomnie, etc.

2<sup>o</sup> Dans la phlébite suppurative, les malades éprouvent des douleurs plus vives, la réaction est beaucoup plus prononcée, des abcès se forment sur le trajet de la veine enflammée, soit en dehors, soit dans l'intérieur du vaisseau. Un symptôme commun aux deux espèces de phlébite est l'œdème des parties situées au delà du point enflammé, conséquence de l'obstacle que rencontre la circulation du sang veineux, par suite de la formation du caillot obturateur.

**Marche. Terminaisons.** La phlébite se termine souvent par résolution et, dans ce cas, il arrive de deux choses l'une : ou bien le caillot développé dans l'intérieur de la veine enflammée est résorbé et la veine malade rendue à la circulation ; ou bien le caillot persiste, se condense de plus en plus et rend définitivement imperméable la portion de veine qu'il oblitère. De là, persistance d'un gonflement œdémateux des parties placées entre la veine enflammée et les vaisseaux capillaires. Si c'est la veine principale d'un membre qui subit cette oblitération, la peau prend une teinte livide due à la dilatation des veines sous-cutanées et cutanées qui rétablissent le cours du sang. La phlébite peut se terminer par suppuration ; tantôt on voit des abcès se montrer sur le trajet du vaisseau et les phénomènes généraux ne prendre qu'une intensité médiocre ; tantôt, au contraire, on voit apparaître le cortège formidable des phénomènes de l'infection purulente, ce qui est dû au mélange du sang avec le pus sécrété par la veine enflammée (voy. p. 41).

**Diagnostic.** La phlébite superficielle peut être confondue avec le phlegmon ou avec l'angioleucite. La phlébite diffère du phlegmon, en ce que, dans ce dernier, le gonflement est plus étendu, qu'il n'existe pas un cordon dur dans la direction d'une veine, que la peau est plus vivement enflammée et sur une surface plus grande. Il sera question dans le chapitre suivant du diagnostic différentiel de la phlébite et de l'angioleucite (voy. *Angioleucite*). La phlébite profonde est plus difficile à reconnaître : elle n'est caractérisée que par l'œdème, la douleur locale et la dilatation des veines superficielles ; la maladie décrite sous le nom de *phlegmatia alba dolens* n'est qu'une inflammation des veines profondes de la cuisse

ou du bassin, principalement caractérisée par les trois phénomènes que nous venons de mentionner.

**Pronostic. Traitement.** D'après tout ce qui précède, on voit que la phlébite n'est grave que lorsqu'elle se complique d'infection purulente. Il faut donc chercher à prévenir ce mode de terminaison, qui n'est à redouter que dans la phlébite suppurative. En cas de phlébite adhésive, il suffit de quelques émissions sanguines locales, de topiques émollients, d'onctions mercurielles, d'une situation du membre telle, que la circulation veineuse ne soit pas empêchée. Dans la phlébite suppurative, le traitement sera plus énergique : on débute par des saignées locales et générales, par des applications de cataplasmes émollients sur la partie affectée ; on emploie les onctions d'onguent mercuriel simple ou avec addition d'extrait de belladone, on baigne les parties dans une décoction de guimauve et de pavot ; s'il se développe des abcès sur le trajet de la veine, on s'empresse d'en faire l'ouverture. Pour prévenir l'infection purulente, on a conseillé d'isoler la portion de veine enflammée, soit en exerçant une compression au-dessus des limites de la phlegmasie, soit en y appliquant le cautère actuel. Si la pyohémie se développe, on aura recours aux moyens dont nous avons parlé à la page 46.

Lorsque, après la guérison d'une phlébite, il reste un œdème plus ou moins considérable, on administre les boissons diurétiques, on fait des onctions avec l'onguent mercuriel sur le trajet de la veine ; on place le membre dans une position favorable à la circulation veineuse et on le soumet à une compression méthodique au moyen d'un bandage roulé.

### ARTICLE III.

#### Des varices.

On donne le nom de *varices* ou de *phlébectasie* à la dilatation permanente des veines.

On rencontre les varices dans toutes les régions du corps, au crâne, à la face, au cou, à l'hypogastre, à la vulve, au vagin, à la prostate, à l'extrémité inférieure du rectum où les varices sont connues sous le nom d'*hémorroïdes*, au cordon spermatique où elles sont appelées *varicocèle* ; enfin aux membres, rarement aux supérieurs, beaucoup plus fréquemment à la jambe et à la cuisse.

**Causes.** Les varices se rencontrent surtout dans l'âge adulte, chez l'homme plus souvent que chez la femme ; chez cette dernière plutôt à l'âge critique qu'à une autre époque de la vie, ou bien encore temporairement pendant la grossesse. Les varices des membres inférieurs se développent chez les sujets qui sont adonnés à des professions pénibles, exigeant la station debout prolongée ou des marches plus ou moins longues : les portefaix, les laquais, les cochers, les cuisiniers, les blanchisseuses ; la plus grande fréquence des varices dans les membres inférieurs s'explique par les lois de la circulation veineuse : le sang s'y meut contre la force de

la pesanteur. On convient que les varices sont plus fréquentes dans les veines superficielles des membres inférieurs que dans les veines profondes ; A. Verneuil a conclu de quelques dissections pratiquées sur des membres atteints de varices, que les veines profondes sont souvent affectées, alors même que les veines superficielles ne présentent aucune dilatation. Enfin il est encore d'observation que le membre inférieur gauche est plus souvent atteint de varices que le droit, ce que l'on explique par une compression que l'S iliaque du côlon, réceptacle habituel des matières fécales, exerce sur la veine iliaque gauche.

On peut considérer comme causes efficientes des varices toutes les lésions physiques des veines qui ont pour résultat d'en affaiblir les parois : les plaies, les inflammations, les contusions ; ou bien encore toutes les circonstances physiologiques ou accidentelles qui, en comprimant les veines, retardent la circulation veineuse : telles sont les tumeurs de toutes sortes développées au voisinage ou sur le trajet des veines, les ligatures serrées placées autour des membres ; ou bien encore les circonstances qui provoquent un afflux plus considérable de sang dans une partie du corps : c'est ainsi qu'on voit des varices se développer dans les régions voisines d'un cancer, d'un ulcère, etc. Dans quelques cas, les varices paraissent dues à une prédisposition organique ; Alibert a trouvé sur un cadavre toutes les veines dilatées.

**Anatomie pathologique.** On a distingué dans les varices plusieurs degrés, d'après l'étendue des altérations que les veines présentent. Au début, c'est un simple *élargissement*, c'est-à-dire une augmentation de calibre de la veine ; mais le vaisseau a conservé un certain degré d'élasticité, car il revient sur lui-même quand on l'incise. A une époque plus avancée, il existe non-seulement une dilatation du vaisseau, mais encore un *épaississement* de ses parois ; si on ouvre la veine, on trouve à sa face interne un grand nombre de plis longitudinaux parallèles à l'axe du vaisseau et formés, aux dépens de la tunique interne, par l'hypertrophie de la tunique moyenne, qui est rouge ou grise ; la tunique externe est un peu épaissie. La veine subit un accroissement en longueur qui a pour résultat de lui faire décrire des flexuosités. Plus tard encore, il se manifeste sur le trajet de la veine malade des *renflements partiels*, soit sur le côté antérieur, soit sur l'un des côtés latéraux ; dans les points correspondant à ces dilatations, la tunique moyenne est amincie. En même temps, les valvules, ne subissant pas la même hypertrophie que la veine, deviennent insuffisantes ; elles sont allongées, déformées, à bords renversés, ou en partie détruites.

Le sang renfermé dans la veine malade reste fluide pendant un certain temps ; plus tard il se coagule et constitue un nouvel obstacle à la circulation veineuse. Quelquefois les caillots prennent une consistance très-prononcée et forment dans la veine des concrétions d'une grande dureté que l'on a appelées *phlébolites*. Le tissu cellulaire qui entoure la veine s'épaissit, devient coriace, résistant, opaque, et s'infiltré d'une lymphe plastique qui, se propageant jusqu'à la face profonde du derme, fait adhérer la peau aux parois de la veine. Lorsqu'une veine variqueuse repose sur un os, on