

V

VARICES.

On nomme *varices* une inflammation chronique de veines caractérisée par la dilatation permanente de leurs parois.

Cette affection est connue de toute antiquité et nous ne signalerons, parmi les nombreux travaux qui ont été publiés à ce sujet, que la dissertation inaugurale de Briquet sur la *phlébectasie*, en 1824, une série de mémoires publiés par Verneuil à partir de 1855, et les recherches histologiques de Cornil, qui datent de 1872.

Anatomie pathologique. — Les altérations des parois veineuses n'ont pas toutes la même gravité et, depuis Briquet, on admet généralement quatre degrés dans leur évolution. Dans un *premier degré* il y a simple dilatation du vaisseau sans lésion des tuniques; cet élargissement des veines s'observe lorsqu'un obstacle passager s'oppose à la circulation, lorsqu'une tumeur comprime et oblitère les voies d'écoulement du sang noir. Les phlébectasies de la grossesse, qui se dissipent après l'accouchement, rentrent dans cette catégorie rejetée par Cornil et Ranvier : pour eux, les varices véritables ne commencent que s'il y a modification dans la structure des parois.

Le *deuxième degré* se caractérise par une dilatation du calibre du vaisseau avec épaissement régulier de ses tuniques, surtout de la couche moyenne, la plus hypertrophiée; les parois devenues rigides ne s'affaissent plus comme à l'état normal; elles restent béantes après leur section transversale et ressemblent à des artères. Au *troisième degré*, la dilatation est à peu près identique, mais l'épaississement est irrégulier. Certains points sont même amincis, foliacés, distendus en renflements, en diverticules semblables à des anévrysmes, tandis qu'à côté se rencontrent des segments durs, rigides, épais, incrustés de sels calcaires; les veines enroulées, enchevêtrées, forment des tumeurs qui, sur une coupe, paraissent cavernueuses; la membrane interne des aréoles, l'endothélium est soulevé par des saillies longitudinales; les valvules ont en partie disparu; à peine laissent-elles, comme vestiges, quelques tractus transversaux défor-

més ou déchirés. Le libre courant du sang est interrompu çà et là par des coudes brusques, une oblitération des diverticules; des kystes se forment ou des caillots se déposent qui parfois donnent naissance à des phlébolithes.

Dans le *quatrième degré*, la dilatation veineuse gagne les arborisations vasculaires cutanées; ces *veinosités*, bleuâtres ou violettes, sont souvent si abondantes qu'au premier abord on pourrait croire à une tache érectile; mais leur extrême diffusion et les intervalles de peau saine ne sauraient permettre une longue erreur. Depuis les travaux de Verneuil, on sait que ces varices superficielles s'accompagnent toujours de varices *profondes*, et comme la réciproque n'est pas vraie, comme les varices profondes ne se compliquent pas toujours de varices superficielles, il est assez naturel d'admettre que la phlébectasie, du moins au membre inférieur, débute par les veines intra-musculaires, d'où elle gagne bientôt les réseaux sous-cutanés.

Cornil a étudié les altérations histologiques qui caractérisent ces divers degrés. La tunique interne est, en général, peu altérée au début, cependant les valvules sont insuffisantes, renversées, aplaties, déchirées; elles ne forment qu'une saillie irrégulière, constituée par un amas de cellules proliférées et quelques concrétions sanguines et fibrineuses. La tunique moyenne, très épaisse, de deux à dix fois plus considérable qu'à l'état normal, présente, dans sa couche la plus concentrique, un réseau élastique abondant que parcourent de gros faisceaux de tissu cellulaire; ce sont eux qui soulèvent l'endothélium par ces crêtes longitudinales que nous avons déjà signalées. Plus en dehors s'accumulent des fibres musculaires à direction longitudinale et surtout transversale, dont les lames sont séparées par une hyperplasie conjonctive au milieu de laquelle existent des granulations du pigment sanguin. La tunique externe est, elle aussi, infiltrée et hyperplasiée.

Plus tard, les cellules endothéliales dégèrent; des incrustations de sels calcaires se font, surtout dans la tunique moyenne; leurs plaques peuvent s'accumuler au point d'oblitérer quelques diverticules et former un phlébolithe. Dans les points où les parois sont amincies et constituent des renflements fusiformes ou ampullaires, les lésions rappellent celles qui caractérisent l'artérite : on constate une production exagérée de cellules embryonnaires qui se substituent aux fibres élastiques musculaires de la tunique moyenne; la paroi

ne résiste plus à la pression sanguine; elle se dilate et peut se rompre. Les vasa-vasorum subissent des transformations remarquables : ils se développent, s'épaississent, se dilatent, s'anastomosent en un véritable plexus caveux qui communique avec la cavité veineuse; de là ces tumeurs aréolaires, d'aspect érectile, que l'on trouve parfois sur le trajet des varices.

Les tissus circonvoisins sont altérés : sous l'influence de l'inflammation chronique de la veine et des troubles circulatoires consécutifs, survient un œdème dur, une sorte d'éléphantiasis; le tissu conjonctif est lardacé, infiltré de liquide, de leucocytes et de cellules plates : ces éléments embryonnaires s'accumulent parfois en petits abcès qui désorganisent les téguments et sont l'origine des ulcères si fréquents sur le trajet des artères. Les nerfs sont pris à leur tour et nous avons déjà décrit, à propos des ulcères variqueux, les dilata-tions des vasa-vasorum observées par Quénu, les altérations consécutives du névrilème et les troubles fonctionnels qui en sont la conséquence.

Étiologie. — Il n'est guère de région où l'on n'ait rencontré de varices : on en a vu sur les jugulaires, l'azygos; certaines tumeurs veineuses du crâne qui s'ouvrent dans le sinus longitudinal ont quelque rapport avec la phlébectasie; on en a trouvé encore au membre supérieur, sur les parois du ventre, dans certains viscères, la vessie, l'estomac, l'œsophage, dans les os, comme Cornil et Ranvier en ont cité un exemple; dans des tissus pathologiques, autour des tumeurs érectiles veineuses, des anévrysmes artérioso-veineux. Mais leur siège de prédilection est l'extrémité inférieure du rectum, où les varices prennent le nom d'*hémorrhoides*, le cordon spermatique, où on les appelle *varicocèles*, et enfin le membre inférieur, où leur fréquence est telle que le mot « varices » sans désignation de lieu, se rapporte toujours aux dilatations veineuses de la jambe.

Les causes mécaniques ont surtout été invoquées pour expliquer leur apparition, et l'on a incriminé toutes les conditions physiologiques ou anatomiques qui provoquent la stase sanguine. Pour le varicocèle, plus fréquent à gauche, on accuse la plus grande longueur du cordon de ce côté, sa compression par l'S iliaque, le mode d'abouchement des veines spermatiques gauches dans la veine rénale; pour les hémorrhoides, les troubles circulatoires éprouvés par la veine porte dans le foie, la compression des veines anales par le bol fécal

chez les constipés, l'action du sphincter sur les rameaux les plus inférieurs, le refoulement du sang sous l'influence d'efforts multipliés et continus, dans la défécation difficile.

Le même ordre de causes a été signalé au membre inférieur : on invoque la difficulté qu'a le sang de vaincre la pesanteur pour regagner les centres circulatoires et, de fait, Gerdy avait remarqué la plus grande fréquence des varices chez les individus de haute taille. Les changements brusques de direction, le coude que forment la saphène interne et la saphène externe en traversant le fascia cribri-formis et l'aponévrose du jarret, le passage à travers l'anneau du soléaire, ne seraient pas sans influence sur la tendance à la stase. Les liens constricteurs, les jarretières, les ceintures agissent plus directement encore, ainsi que les tumeurs qui compriment les veines, l'utérus gravide pendant la grossesse. Les professions qui exigent la station verticale prolongée sont dans le même cas : le sang circule mal; au contraire, dans la marche, la contraction musculaire hâte sa progression. Voilà pourquoi les laquais, les imprimeurs, les scieurs de long, les menuisiers sont souvent atteints de varices, tandis qu'elles sont exceptionnelles chez les facteurs ruraux.

Ces causes, vraiment innombrables, ne peuvent provoquer que la dilatation des veines et non l'altération de leurs parois, nécessaire pour qu'il y ait tumeur variqueuse. Aussi est-il probable que cette hyperémie continue provoque des troubles nutritifs, une inflammation d'allure insidieuse, une phlébite d'évolution analogue à celle de l'endartérite et qui a pour résultat cette série de lésions étudiées déjà à propos de l'anatomie pathologique. Telle est du moins la conclusion qui semble découler des recherches pathogéniques modernes. Les travaux de Rienzi sur l'excessive fréquence des varices chez les pellagreux de la haute Italie confirment cette opinion. Les alcaloïdes du maïs fermenté paralyseraient les centres vaso-moteurs, et l'hyperémie neuro-paralytique des parois des vaisseaux aurait pour conséquence la phlébite chronique.

Symptômes. — Le tableau clinique diffère selon que les varices sont *superficielles* ou *profondes*; encore ne parlons-nous ici que de la phlébectasie des membres : les hémorrhoides, les varicocèles, les veinosités vésicales ou œsophagiennes doivent être étudiés à propos de chacun des organes où elles se développent.

Les varices *superficielles* se caractérisent par des saillies bleuâtres

qui soulèvent la peau sur le trajet des veines : parfois il existe à peine un ou deux cordons irréguliers, à dilatations ampullaires, à bosselures molles, dépressibles, réductibles sous la pression du doigt; parfois on trouve des masses énormes qui doublent ou triplent le volume du membre déformé, recouvert de tumeurs qui ressemblent à des sangsues, à des serpents entrelacés sous les téguments; ces amas sont de consistance pâteuse, mollasse, mais leur réduction n'est plus que partielle; on sent des portions dures dues aux parois épaissies, aux infiltrations calcaires, aux phlébolithes, aux kystes intra-vasculaires, à l'œdème lardacé des tissus circonvoisins.

Le volume de la tumeur n'est pas toujours le même; les masses variqueuses s'affaissent et diminuent au repos, dans le décubitus horizontal; elles sont plus grosses dans les efforts, la toux, et, le soir, après les fatigues de la journée; le matin, au réveil, l'œdème péri-malléolaire est nul ou presque nul, du moins au début de l'affection, car plus tard il persiste la nuit et le membre prend un aspect éléphantiaque; la peau, mal nourrie, rugueuse, ardoisée, pigmentée de points jaunes ou bruns bien étudiés par Verneuil, se recouvre de veinosités; elle est souvent le siège d'un eczéma, précurseur lui-même d'ulcérations particulières. A cette période, il existe déjà des troubles de la sensibilité bien décrits par Terrier et Quénu et qui paraissent sous la dépendance des nerfs altérés par les dilatations variqueuses des vasa-nervorum.

Les varices *profondes*, qui précèdent toujours les varices superficielles, ne sont connues que depuis les travaux de Verneuil : leur diagnostic présente certaines difficultés; cependant le membre est lourd, pesant, engourdi, douloureux; bientôt il devient empâté, dur, tendu, volumineux après la station verticale prolongée, un œdème apparaît, le soir, autour des malléoles; les muscles s'endolorissent plus vite par la fatigue, et les ascensions sont particulièrement pénibles; il survient des crampes : tous phénomènes qui s'atténuent ou disparaissent par le repos dans le décubitus horizontal, et par la compression élastique; la palpation attentive révèle quelques nodosités au milieu des muscles, caillots sanguins ou phlébolithes. La peau s'altère; elle se recouvre de ces points bruns et jaunes que nous avons signalés; elle est le siège d'une démangeaison assez vive et d'une sécrétion sudorale exagérée; enfin, au bout d'un temps plus

ou moins long, les veines superficielles se dilatent et leur réseau bleuâtre et bosselé vient affirmer le diagnostic.

Complications. — Chez les individus soigneux, de la classe aisée, les varices peuvent persister longtemps sans provoquer de troubles bien appréciables; chez les manœuvres exposés, par leurs travaux, à tous les heurts et à toutes les violences extérieures, il est rare qu'il ne survienne quelques complications. Les plus fréquentes sont les *ulcères*, déjà étudiés, l'*hémorrhagie* due à la rupture ou à l'ulcération de la veine. Cet accident est parfois redoutable par la quantité de liquide qui peut sortir du vaisseau; on cite des cas où, au lieu de s'écouler en bavant, le sang jaillissait par une grosse colonne rutilante et d'apparence artérielle, phénomène que Briquet explique par un élargissement hypothétique des capillaires.

On a noté encore l'*inflammation* des tissus ambiants, le *phlegmon circonscrit* et le *phlegmon diffus*; la *phlébite*, accident fort commun qui peut provoquer lui-même la *thrombose* et les *embolies*; enfin le *coup de fouet*, rattaché par Verneuil à la rupture d'une veine variqueuse et non à celle toujours invoquée et jamais démontrée du tendon du plantaire grêle. Sous l'influence d'une contraction musculaire, une veine profonde dilatée, à parois altérées, se déchire avec une douleur vive; à la suite, on constate souvent une ecchymose due au sang épanché, des coagulations veineuses péri et intra-veineuses; parfois même des accidents redoutables : une *phlébite suppurative* et l'*infection purulente*.

Traitement. — Il est *palliatif* ou *curatif*. C'est au premier qu'on a recours d'ordinaire. La *position* qui élève le membre inférieur pour activer la circulation en retour et dissiper l'œdème, n'est employée que dans les cas de complications; on ne saurait, pour une affection aussi légère que les varices, condamner le patient à l'immobilité. Pour le varicocèle, un suspensoir bien fait, ou mieux un caleçon de bain souple et étroit qui relève les testicules et les applique contre le pubis, rendront de grands services.

La *compression* constitue la méthode de choix : la jambe malade est enfermée dans un bas en coutil, en peau de chien souple, qu'on lace sur le côté, de façon à comprimer les parties, suffisamment et uniformément. Les bas en tissu élastique tendent à remplacer tous les autres; mais il faut les surveiller avec le plus grand soin; ils ne doivent être ni trop étroits, ce qui est fréquent lorsqu'on les achète,

ni trop larges, ce qui arrive souvent au bout de quelques jours d'usage. Ils ne doivent pas non plus entraver les fonctions de la peau, provoquer des démangeaisons ou des douleurs. La bande élastique du docteur A. Martin, du Massachusetts, appliquée le matin et enlevée le soir, a donné de bons résultats. N'oublions pas que la compression, surtout chez les femmes enceintes, n'est pas sans dangers. Hérapath, Malgaigne ont proposé, mais sans succès appréciable, de pratiquer le débridement de l'orifice aponévrotique des deux saphènes au creux poplité et dans le triangle de Scarpa. On ne les imitera point.

Le traitement *curatif* peut être médical, et une substance extraite de l'*hamamelis de Virginie*, sorte de coudrier, aurait donné d'excellents résultats. L'extrait fluide, à la dose de 15 à 50 gouttes par jour, provoquerait, au bout d'un mois tout au plus, la guérison des varices et de leurs complications, inflammations, ulcération, œdème. Mais ce moyen est bien infidèle et, d'ordinaire, la cure radicale de la phlébectasie est toute chirurgicale.

Les moyens sont innombrables, et on a proposé l'*extirpation*, la *résection* des paquets variqueux, leur *section* à ciel ouvert ou sous-cutanée, la *ligature* simple ou double, sous-cutanée ou à ciel ouvert, avec ou sans excision du segment vasculaire. Ces divers procédés, autrefois très dangereux par les phlegmons, les phlébites et les pyohémies qu'ils provoquaient, ont perdu de leur gravité; mais leur moindre défaut est d'être inefficaces : les altérations des parois persistent et les dilatations variqueuses se reproduisent au premier prétexte. Cependant la double ligature antiseptique avec le catgut ou la soie phéniquée a donné quelques bons résultats dans le varicocèle; dans ce cas, c'est à la simple résection scrotale que nous avons eu recours avec le plus grand succès.

Nous proscrivons la *cautérisation* par le fer rouge ou les caustiques, qui avait sa raison d'être du temps de l'infection purulente, et lorsque nous n'étions pas aussi bien outillés contre les hémorrhagies primitives et secondaires; l'*isolement* de Rigaud, qui dénudait la veine dans un trajet de 4 à 5 centimètres et l'exposait à l'air libre pour obtenir son oblitération; la *compression* sous toutes ses formes : pelotes, serres-fines, pinces, suture enchevillée; l'emploi du *séton*; enfin les *injections coagulantes*, employées surtout par les chirurgiens de Lyon, qui faisaient pénétrer, avec la

seringue de Pravaz, trois à cinq gouttes de perchlorure de fer à 20° environ, dans l'intérieur de la veine dont un segment était, au préalable, isolé par la compression.

CHAPITRE VI

AFFECTIONS DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES

I

PLAIES DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES.

L'abondance des vaisseaux blancs est telle que la moindre des dièses en ouvre un très grand nombre. Cependant leur blessure passe presque toujours inaperçue, sans doute parce que la lymphorrhagie qui révélerait la solution de continuité des troncs et des réseaux, est voilée par l'écoulement sanguin; le liquide incolore, teinté en rouge par les hématies, est pris pour du sang. Il se peut d'ailleurs que la *lymphostase* soit très rapide : la lymphe ne progresse guère que poussée par la *vis à tergo*, la pression dans les vaisseaux est presque nulle, aussi les parois s'affaissent, la fibrine se coagule et le liquide cesse de s'échapper au dehors.

On a cependant signalé des lymphorrhagies intenses et continues dans les plaies des régions où les vaisseaux blancs sont nombreux et volumineux, aux plis du coude et de l'aîne, autour des malléoles, à la face interne de la cuisse, au mollet et au cou. Par la plaie, en général étroite, s'écoule un liquide clair, transparent, que teintent parfois en rose quelques globules rouges ou que rendent blanchâtre des particules grasseuses en émulsion; il perle goutte à goutte ou s'échappe en nappe assez épaisse pour fournir près de 500 grammes en un jour. Dans un cas cité par Hewson, « un boucher laissa tomber son couteau, qui sectionna quelques-uns des troncs lymphatiques courant le long du tibia; il s'écoula de cette plaie une quantité con-