

bien des chances pour que, au bout d'un certain temps, la récurrence ne survienne malgré la greffe.

C'est ce qui s'est réalisé sur cette pauvre femme à qui j'ai dû, ces jours derniers, pratiquer la désarticulation du genou pour un ulcère variqueux rebelle : depuis dix années, cette malade voyait sa vie entravée par un ulcère variqueux, développé sur la face interne de la jambe gauche. Elle avait pendant ces dix ans tout fait, tout subi : et rien n'avait pu, chez elle, maintenir pendant plus de deux ou trois mois la guérison de son ulcère. Dès qu'elle recommençait à marcher, l'ulcère reparaisait et regagnait en quelques semaines ses premières dimensions. Et encore, depuis quelques années, l'ulcère avait-il renoncé à toute variation, il semblait condamné à ses larges proportions. C'est sur ces entrefaites que, l'année dernière, un chirurgien appliqua à la surface des greffes dermo-épidermiques : les applications furent successives, le traitement exigea plusieurs mois, mais au bout de ce temps, on n'était pas beaucoup plus avancé qu'au début : pendant qu'une greffe prenait, les greffes antérieures s'ulcéraient à nouveau, et lorsque, huit mois après cet échec désolant, la malade, toujours ulcérée, vint à nous, elle ne voulait plus entendre parler d'opérations palliatives ; ce qu'elle exigea, ce fut l'amputation, et l'ulcère avait en effet de telles dimensions sur toute la hauteur de la jambe, que je jugeai opportun de demander à une opération radicale la définitive guérison, que des années de soins et d'attentions n'avaient pu assurer.

2° Au lieu d'agir sur l'ulcère, certains chirurgiens ont eu, dans ces derniers temps, l'idée très rationnelle de s'attaquer aux nerfs eux-mêmes.

En 1896, Chipault appliqua au traitement de l'ulcère variqueux l'élongation nerveuse : cette méthode était utilisée, depuis quelque vingt ans, pour traiter certains troubles nerveux comme, par exemple, les douleurs fulgurantes de l'ataxie, et Chipault lui-même, en 1894, l'avait appliquée avec succès au traitement du mal perforant plantaire. C'est de cette idée qu'est dérivée l'application de l'élongation à l'ulcère variqueux.

L'élongation porte sur le nerf dont dépend l'ulcère : nerf saphène interne pour les ulcères de la partie interne de la jambe ; nerf cutané péronier, branche du sciatique poplité externe, pour ceux de la partie externe ; branche terminale du petit sciatique, pour ceux de la partie postérieure ; branche musculo-cutanée du sciatique poplité externe, pour ceux enfin qui s'étendent à la partie inférieure et antérieure de la jambe.

Vous savez en quoi consiste l'élongation.

Le nerf découvert est chargé sur une sonde cannelée, soulevé, distendu lentement et avec prudence, à cause de sa fragilité.

Chipault ajoute en outre à cette opération nerveuse une intervention directe sur l'ulcère ; il l'excise jusqu'à l'aponévrose, et rapproche, quand il est possible, les bords avivés de la surface cruentée, ou la recouvre de greffes quand il ne peut la suturer.

En 1899, Chipault publiait un succès obtenu par cette méthode. La même année, Bardesco, de Bucarest, obtenait la guérison d'un ulcère variqueux de la jambe par la résection de la saphène et l'élongation digitale du nerf saphène interne. D'autres résultats également favorables ont été depuis lors publiés par Gérard Marchant et par Paul Delbet.

Ce dernier a modifié quelque peu, dans ces derniers temps, la technique de ces interventions nerveuses pour ulcères variqueux : à l'élongation, il substitue *le hersage* du nerf, dont Delagenière, en 1895, et Gérard Marchant, en 1896, avaient montré les avantages dans certaines sciatiques variqueuses rebelles. Le nerf sciatique est découvert à la racine de la cuisse, au-dessous du grand fessier ; il est chargé et attiré au dehors ; avec la sonde cannelée ou la pointe du bistouri, on déchire dans le sens de la longueur la gaine du nerf, on dissocie l'arrangement de ses faisceaux, sans que la continuité du nerf en soit aucunement interrompue.

Les premiers résultats de cette nouvelle méthode ont été communiqués par Paul Delbet à la Société de Biologie, en 1899 : ils sont très encourageants. Gérard Marchant en a obtenu depuis, d'autres succès. Quelques malades cependant, ont éprouvé, à la suite de l'opération, des élancements douloureux ou des fourmillements.

D'ailleurs les faits sont encore trop peu nombreux pour nous permettre de porter un jugement définitif : ils justifient cependant l'espoir qu'on peut fonder sur cette méthode et autorisent dans ce sens de nouvelles tentatives.

II

J'en arrive maintenant, Messieurs, aux interventions qui s'adressent directement aux varices.

N'est-il pas très logique au moins de chercher dans le traitement de la cause première la guérison de l'ulcère variqueux ? Or l'ulcère

est la conséquence des varices ; les varices, petites ou grosses, existent toujours à l'origine, et peut-être qu'en modifiant la lésion initiale, nous agissons indirectement sur la lésion secondaire.

L'idée n'est pas neuve, et il y a beau temps déjà que les chirurgiens ont porté de ce côté leurs efforts. Les résections variqueuses se pratiquaient déjà au temps de la vieille chirurgie : mais alors, des accidents infectieux, des phlébites hyperseptiques étaient souvent, sinon toujours, la conséquence de ces opérations. Comme il advient souvent, une application défectueuse découragea bientôt les opérateurs, et les interventions pour varices étaient complètement oubliées et presque condamnées lorsque, de nos jours, elles furent à nouveau remises en discussion.

L'idée de traiter l'ulcère variqueux par une intervention veineuse est bien d'origine française.

Déjà, depuis dix ans, Lucas Championnière avait réhabilité en France la ligature de la saphène, lorsque en 1885 Schwartz publiait ses premiers résultats d'extirpation des veines variqueuses. Avec une bonne statistique, il prouvait que « l'extirpation et la résection des veines variqueuses est un des procédés les moins périlleux, et si son efficacité était réelle, ce serait presque le procédé de choix. » Deux ans après, en 1886, il apportait à la Société de Chirurgie trois cas d'ulcères guéris par des interventions veineuses : la guérison se maintenait encore plusieurs mois après, et depuis lors notre collègue n'a cessé de plaider par l'exemple ou la parole, l'efficacité des résections veineuses pour la cure de l'ulcère variqueux.

D'autres faits d'ailleurs, émanés de sources diverses, venaient apporter à cette idée une éclatante confirmation. Ainsi, Montaz (de Grenoble) publia en 1890 un cas de cicatrisation rapide d'un ulcère après ligature sous-cutanée au crin de Florence de la veine saphène interne.

A peu près à la même époque, Cerné (de Rouen) fait à la Société de Chirurgie une communication sur *la cure radicale des varices contre les ulcères de jambe*. Il avait combiné l'extirpation et la section simple entre deux ligatures ; la malade quittait l'hôpital guérie après trois semaines. La peau de la jambe était devenue plus souple, le lacis veineux avait diminué d'épaisseur, l'ulcère était cicatrisé. La marche, pénible autrefois, était devenue très supportable. Trois mois après, la guérison se maintenait encore, bien que la malade ait repris ses occupations habituelles et dût rester longtemps debout.

Dans une bonne thèse, Charrade résume ces observations et apporte de nouveaux faits empruntés à la pratique de Ricard. Ce dernier traite aussi les varices et l'ulcère variqueux par les ligatures multiples de la saphène interne. Les résultats qu'il a obtenus, il est vrai, sont souvent contradictoires, ainsi qu'Archambault le montre par quelques exemples dans sa thèse de 1891.

Cependant à l'étranger, Trendelenburg, Landerer, Phellps, Matlakowski poursuivent de nouvelles recherches ; ce dernier, dans le cas de douleurs tenaces et d'ulcères étendus coexistant avec des dilatactions veineuses, n'hésite pas à lier la saphène immédiatement avant son embouchure, puis à extirper les varices, soit seules, soit avec la peau amincie qui les recouvre. Quant à l'ulcère, il l'extirpe habituellement, et cette méthode lui a donné quelques bons résultats.

Ainsi donc vous le voyez, l'ulcère a largement bénéficié de l'intervention qu'on opposait aux varices des membres inférieurs, et nous avons enfin dans le traitement des varices un bon moyen de guérir leur complication.

L'intervention elle-même a passé par une série de modifications. Aux injections intra et périverneuses, on a rapidement substitué une méthode plus précise et moins aveugle. Les méthodes vraiment chirurgicales ont bien vite pris le dessus ; elles sont représentées actuellement par la *ligature de la saphène* et par l'*excision des paquets variqueux*.

La *ligature simple de la saphène* se fait à ciel ouvert : elle se pratique en un seul point et alors à la terminaison de la veine, ou en plusieurs endroits, et alors sur le trajet de la saphène. On lui reconnaît cet avantage, qu'elle n'exige pas un traumatisme sérieux, qu'elle ne fait pas une plaie de longue étendue. Mais est-ce bien sérieux ? Par contre, elle laisse en place une veine qui, pour oblitérée qu'elle est, ne cesse pas d'être variqueuse, une veine qui reste encore en communication avec les parties profondes, une varice, enfin, qui peut s'enflammer à nouveau ou étendre en vertu de ses relations profondes ses varicosités. La méthode donc n'est point radicale, elle expose à la récurrence, elle améliore peut-être, mais elle ne guérit pas. Et je lui préfère la *résection complète* de la veine et de ses varicosités ampullaires.

Vous m'avez vu dernièrement pratiquer cette opération chez un de nos malades pour des varices très étendues avec phlébite et périphlébite ; l'opération est simple. Sur le trajet de la saphène interne, du

haut de la cuisse jusqu'au bas de la jambe, j'ai fait une incision longitudinale sur la saphène interne. La veine est dénudée en haut,

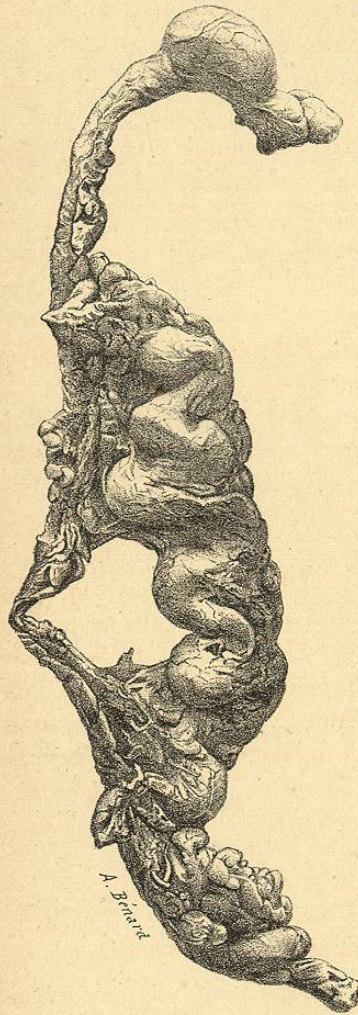


Fig. 25. — Paquet variqueux excisé avec la saphène interne sur une longueur de 27 centimètres.

liée entre deux ligatures au catgut : le bout inférieur est saisi, isolé et sur sa saillie comme guide, j'ai procédé lentement à la dissection de tous les paquets variqueux. La dissection est quelquefois délicate, on ne va pas vite, le bistouri contourne les sinuosités sans nombre, d'un placard phlébitique. Ayant alors du haut en bas ainsi disséqué la saphène, je pouvais vous montrer la veine tout entière avec les paquets qui lui faisaient cortège à la partie moyenne (fig. 25).

L'opération est réellement très simple, et une bonne réunion vous laissera plus tard une cicatrice linéaire qui sera bien moins disgracieuse que ne le sont ces phlébectasies si désagréables à l'œil. Elle n'est délicate et difficile que là où la peau est infiltrée, épaissie, que là où il faut chercher et sculpter dans une veine cellulaire chroniquement enflammée, des dilatations veineuses difficilement reconnaissables. Mais là aussi je ne vois plus à l'opération les mêmes avantages, et dans ces cas je préfère m'abstenir.

Quoi qu'il en soit, la résection est vraiment radicale autant qu'une opération pour varices peut-être radicale : elle supprime tout ce qu'il y a de superficiel dans les dilatations veineuses, elle ne laisse que les varices profondes ; celles-là, on ne peut y toucher, mais c'est déjà beaucoup d'avoir fait disparaître les plus superficielles.

D'abord toute la stase est ainsi supprimée, cette stase qui, par suite de l'insuffisance valvulaire, pèse d'un poids si lourd sur tout le

système veineux du membre ; la circulation n'est plus obstruée, elle reprend plus facile par le courant profond, et au point de vue purement veineux, ce sont déjà des conditions très favorables.

Ce n'est pas tout : cette action bienfaisante s'étend à tous les éléments qui sont fâcheusement impressionnés par les varices. Ce sont d'abord les nerfs, qui bénéficient de cette circulation plus facile ; c'est ensuite l'ulcère qui reprend une activité inconnue et muni d'une circulation nouvelle et facile bourgeonne rapidement vers la cicatrisation.

Voilà, Messieurs, comment la résection des saphènes peut agir, voilà comment elle contribue à la guérison. Et les résultats sont conformes à ce qu'on devait attendre : car on voit, à la suite de l'opération la cessation des douleurs, la disparition des œdèmes et du gonflement, et enfin, la cicatrisation de l'ulcère.

La cicatrisation de l'ulcère est-elle constante ? Non ! Est-elle définitive ! Je n'oserais l'affirmer. Il est des cas où l'ulcère subit seulement une modification superficielle de sa vitalité, il en est d'autres où après une cicatrisation rapide, il récidive à nouveau, dès que le malade met le pied à terre et reprend ses occupations pénibles. C'est que, Messieurs, il y a bien des éléments dans un ulcère variqueux ; et l'opération quelque étendue qu'elle soit dans son action, ne pourra toujours les modifier tous ensemble. Après la résection d'ailleurs, ne laissons-nous pas dans la profondeur du membre des veines qui toujours resteront variqueuses ? L'opération n'est donc pas radicale, mais elle est au moins, si vous le voulez, la meilleure des palliatives. Et quand elle est bien indiquée, elle vous donnera des résultats qu'aucune autre opération ne pourrait vous donner pareils.

III

Et maintenant, *que devons-nous faire ?* Maintenant que nous avons passé en revue les différents traitements applicables à un ulcère de jambe, que nous connaissons leurs avantages, leurs inconvénients, faisons parmi ces méthodes un choix raisonné, et voyons ce qu'il faut faire.

Il faut agir, Messieurs, ce n'est pas douteux : depuis huit ans notre malade poursuit avec les moyens simples la cicatrisation de son ulcère, et c'est en vain. A quoi bon revenir sur des essais déjà jugés ? A quoi bon recommencer ici l'immobilisation, la compression,

la compression élastique ou les pulvérisations phéniquées ? Tous ces moyens sont bons, mais ils conviennent surtout aux *ulcères récents*, à ceux qui ne datent que de quelques semaines, ou de quelques mois, à ceux qui, vierges encore de traitements ne demandent qu'à se fermer et à guérir, pour quelque temps au moins.

Mais pour les *ulcères chroniques*, il n'en est plus de même, et notre ulcère est de ce nombre : ici tous les traitements ont été utilisés, ils ont tous réussi, mais aucun n'a donné un résultat définitif, et ce serait tromper la confiance de ce malade, que de lui dire que des pansements et le repos vont le guérir.

Aux ulcères invétérés, il faut un traitement plus énergique, et c'est alors que doit se discuter l'opportunité de l'une ou de l'autre des méthodes que je vous ai exposées.

La question d'ailleurs, me paraît ici très simplifiée, parce que notre malade a à la fois un ulcère et de grosses varices appréciables. Il est donc tout indiqué d'agir à la fois et sur les varices et sur l'ulcère.

On ne voit pas souvent l'ulcère variqueux s'accompagner de dilatations variqueuses aussi développées : d'habitude on ne voit sur sa peau que ces petites veinosités contre lesquelles aucune opération n'est à faire, et alors il ne reste qu'à intervenir ou sur l'ulcère par la circonvallation, ou sur les nerfs par l'élongation ou le hersage. Je réserverais volontiers les opérations nerveuses aux cas où je verrais les troubles trophiques très accusés et indiscutables : en toute autre occurrence, pour les simples ulcères, calleux, pour ceux qui ont de larges dimensions, je me contente de la circonvallation.

Mais ce qui est bien pour un ulcère variqueux sans varices cesse de l'être sur un malade qui a de grosses veines distendues comme le nôtre. Ici la résection des veines s'impose.

Remarquez que notre malade, même sans ulcère, serait justiciable de la résection de la saphène : les dilatations ampullaires qui bossèlent la face interne de sa jambe et de sa cuisse sont tellement volumineuses qu'à elles seules elles gênent son travail et sa profession ; elles sont si superficielles qu'elles menacent de se perforer, elles sont toujours en imminence d'infection, et pour toutes ces raisons, il conviendrait d'en débarrasser le malade, même si elles n'étaient pas compliquées d'ulcère. L'opération est donc bien légitime, car en opérant sur les veines, j'ai chance d'agir sur l'ulcère sans le toucher et je ferai d'une pierre deux coups.

Je vais donc pratiquer la résection veineuse, et je serais étonné si

ce malade ne retirait pas de cette opération non seulement un bon résultat immédiat, mais aussi un résultat durable, définitif et tel qu'il puisse reprendre son travail sans récurrence.

L'opération fut pratiquée le 7 juin 1901 par M. Legueu avec l'aide de M. Digne, interne.

Le malade fut anesthésié avec 2 centigrammes de cocaïne injectée dans la dure mère rachidienne.

Après avoir désinfecté la peau comme d'habitude, et protégé la surface de l'ulcère, la saphène interne fut réséquée avec toutes ses dépendances, depuis la racine de la cuisse jusqu'au voisinage de l'ulcère. La veine fut enlevée de haut en bas, après une ligature au catgut placée à son embouchure.

La longueur excisée du vaisseau fut de 40 centimètres.

Suture complète sans drainage.

La plaie réunit par première intention.

Un mois après, l'ulcère était complètement fermé. Le malade paraît à nouveau.

Je l'ai revu deux mois après, il avait repris son travail : la cicatrice de l'ulcère reste parfaite.