

circulation redevient libre; mais s'ils persistent ils présentent deux évolutions différentes. Dans l'une, peu commune, le caillot devenu creux, lamelleux, feutré, subit un retrait et une résorption partielle; il reste dans cet état et grâce à son retrait permet le rétablissement de la circulation. Dans l'autre, le caillot s'organise, des adhérences s'établissent entre lui et la paroi; la membrane interne végète; des vaisseaux nouveaux s'y développent, ils s'enfoncent ensuite dans le caillot qui peut à la longue se transformer en un véritable

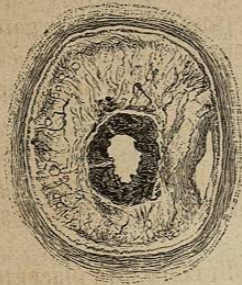


Fig. 45. — Canalisation centrale, organisation et vascularisation du caillot par endophlébite végétante. (D'après TROISIÈRE.)



Fig. 46. — Canalisation du thrombus. (D'après TROISIÈRE.)

tissu caverneux. D'autres fois le caillot résorbé, à mesure que le tissu nouveau l'envahit, est remplacé par des tissus fibreux. Ce processus est le même que pour les caillots artériels (fig. 45 et 46).

Symptômes. — Les symptômes de la thrombose chirurgicale sont : l'œdème, une douleur vague et irradiante dans une région qui a été le siège d'une contusion, d'une fracture, etc. La palpation permet de sentir des cordons durs quand la thrombose est superficielle. La peau a une couleur blanche, pâle, sillonnée par les traînées bleuâtres de la circulation collatérale; sa température serait ordinairement augmentée. Assez communément on observe des épanchements articulaires de voisinage, des troubles de la sensibilité, l'impotence du membre. La fièvre n'est pas bien appréciable tant qu'il n'y a pas de complications. Lorsqu'elle suit son cours normal, la thrombose dure toujours de trois à quatre semaines, mais le travail d'organisation définitif n'est achevé qu'après plusieurs mois.

Complications. — Les deux complications les plus redoutables de la thrombose sont la phlébite et l'embolie. Nous n'étudierons que la seconde, la première ayant été déjà décrite. L'embolie a été définie « l'oblitération brusque d'un vaisseau par un corps circulant dans le sang ». Ici le corps migrateur est une parcelle détachée du caillot ou thrombus; diverses circonstances favorisent sa production, ce sont celles qui s'opposent à l'adhérence du caillot, les affections générales, pyohémie, septicémie, la fièvre, l'alcoolisme, l'inflammation. D'après DURODIÉ, il existerait un cas d'embolie sur trois cents fractures et sur neuf cents contusions. Le caillot peut être emporté par le sang venu des collatérales ou par celui de la veine elle-même qui force l'obstacle que lui

oppose le thrombus et se fraye un passage sur ses parties latérales. Souvent dans les cas chirurgicaux, un gros bloc se trouve entraîné, l'embolie est alors appelée massive par LEVRAT. Les embolies charriées par le sang vont s'arrêter dans le cœur droit, beaucoup plus souvent dans les branches de l'artère pulmonaire où elles donnent lieu à des infarctus quand elles ne tuent pas immédiatement par asphyxie. Les infarctus guérissent, mais cette éventualité dépend à la fois de la nature de l'embolie, du nombre des foyers et de la santé du malade. Lorsque l'embolie s'imprègne de principes septiques ou quand l'état général devient mauvais, l'infarctus ne peut ni s'organiser, ni se résorber, ni s'enkyster. De là des pneumonies suppurées et des abcès du poumon. La guérison sera encore possible si l'économie n'est pas infectée par la septicémie.

Nous renvoyons pour le diagnostic de la thrombose, à ce que nous avons dit des symptômes au chapitre correspondant de la phlébite. Quant au pronostic, on comprend qu'il est toujours sérieux en raison de la possibilité des embolies et de la phlébite.

Traitement. — La première indication à remplir consiste à placer le membre au repos; il faut éviter les frictions, mettre la partie dans une position convenable, recouvrir la région d'ouate ou d'un bandage léger. Les médicaments internes beaucoup vantés ont peu d'efficacité.

CHAPITRE IV

VARICES

Bibliographie. — BRIQUET, Th. de Paris, et *Arch. gén. de méd.*, 1^{re} série, t. VII, 1825. — DAVAT, Th. de Paris, 1833. — BONNET, *Arch. gén. de méd.*, 1839. — LAUGIER, Th. de Conc., 1842. — CRUVEILHIER, *Anat. path.*, 1852. — VERNEUIL, *Gaz. méd.*, 1855, p. 524, in *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1854-1855, et *Gaz. hebdom.*, 1861, p. 428. — NIVERT, *Arch. gén. de méd.*, 1862. — WEBER, in *Pitha et Billroth*, 1865. — CALLENDER, in *Holme's Syst. of Surgery*, 1870. — CORNIL, *Arch. de physiol.*, 1872, p. 602. — RIGAUD, *Soc. de chir.*, 1875. — VERNEUIL, *Soc. anat.*, 1873. — SCHEDE, *Berl. klin. Wochens.*, 1877, n° 7. — SOBOUROFF, *Arch. de Virchow*, t. LIV, 1871-1872. — ENGLISH, *Wiener Wochens.*, 1878. — COLLEY, *Guy's Hosp. Reports*, V. XX, 3^e série. — MARSHALL, *Lancet*, 1875. — ANNANDALE, *Brit. Med. J.*, 1879. — F. MARI, *Rev. clin. di Bologna*, 1881, p. 65. — Thèses de Strasbourg. — 1865, BELLET. — 1867, PARDIEU. — 1869, TREILLE. — Thèses de Paris. — 1867, ROUBY. — 1869, DELMONT, LESGUILLON. — 1874, CHABENAT. — 1876, MARQUET. — MICHAUD. — 1877, MOREAU. — 1879, CHABERT. — FOURNOT. — 1880, BUDIN (Agrég.). — FATIN. — 1881, AUBRY, LEGENDRE, MAYDIEU. — 1883, CLARY.

Définition. — Les varices sont constituées par des dilatations et des flexuosités des veines consécutives à des troubles de nutrition.

Étiologie. — Les causes efficientes des varices sont encore mal connues; les uns ont incriminé des causes mécaniques qui amenaient la stase du sang: ainsi la station debout favorise la formation de varices aux jambes, les compressions exercées par les matières fécales occasionnent l'apparition des hémorroïdes, du varicocèle, etc. D'autres ont attribué l'affection à une phébite hypertrophique, à un degré spécial de l'inflammation. BORDEU avait déjà interprété leur production par une hyperhémie chronique résultant d'un excès d'activité. Une opinion assez plausible placerait les varices sous la dépendance des troubles trophiques. De RIENZI, frappé de la fréquence des varices chez les conscrits de la haute Italie, a été amené à rattacher cette maladie à la pellagre.

Les causes prédisposantes mieux connues sont les unes générales, les autres locales. Certaines personnes présentent une sorte d'atonie du système veineux telle, que la disposition variqueuse apparaît sur divers groupes de veines en même temps. Le varicocèle, les hémorroïdes, les varices des jambes coexistent assez souvent chez le même malade, et les compressions mécaniques invoquées pour les expliquer ne sont que des causes adjuvantes.

Les varices se montrent également fréquentes dans les deux sexes; rares dans l'enfance elles le sont moins chez l'adolescent, et l'on en rencontre à divers degrés dans les conseils de revision. Les professions exercent une action très marquée sur le développement des varices des membres inférieurs; en effet, tous les métiers qui exigent la station debout prolongée (portefaix, blanchisseuses, etc.) y prédisposent; l'action de la pesanteur jouerait le rôle principal. D'aucuns ont cru voir une fréquence plus grande de cette affection chez les arthritiques (MOREAU) et les goutteux (VERNEUIL); la grossesse également accusée de produire les varices n'est qu'une circonstance adjuvante. Enfin l'hérédité, bien établie, ramène à de justes limites les causes occasionnelles multiples mentionnées plus haut.

Nous citerons pour mémoire seulement la constriction des veines par les anneaux aponévrotiques, le repli falciforme d'Allan Burns pour la saphène interne, l'aponévrose poplitée pour la saphène externe. Les idées d'HERAPATH (de Bristol) sur ce point n'ont pas été sanctionnées par le succès des débridements.

Siège des varices. — De toutes les veines, celles du membre inférieur et principalement les saphènes sont les plus exposées aux varices; mais on les observe également sur les veines profondes du tronc, sur les veines sous-muqueuses; ainsi les varices sous-linguales, œsophagiennes, stomacales, ne sont pas rares, bien qu'elles cèdent le pas aux varices rectales et anales ou hémorroïdes.

La dilatation variqueuse des veines du cordon ou varicocèle est également commune, surtout du côté gauche. Quoique rares au cou et à la tête, les varices ont été quelquefois rencontrées au cuir chevelu, nous en avons observé un curieux spécimen chez un jeune soldat sur les parties latérales de la tête. Les varices du membre supérieur sont exceptionnelles. FOURNOT en a réuni quelques exemples seulement; la plupart congénitales, n'ont pas de tendance à rétrograder, et transforment la partie en un véritable système caverneux.

Anatomie et physiologie pathologiques. — On distingue de nombreuses variétés suivant leur siège, leur forme, leur volume, etc.; ainsi il y a des varices superficielles et profondes; on les appelle *serpentine* quand elles sont flexueuses; *ampullaires* lorsqu'elles présentent des dilatations sacciformes; *cirsoïdes* quand les deux variétés précédentes se trouvent réunies et forment des paquets volumineux, encore connus sous le nom de tumeurs variqueuses. Enfin, si la dilatation est uniforme sur un tronc veineux, la varice est dite *cylindroïde*. On réserve plus spécialement le nom de *veinosités* aux varices des capillaires sous-cutanés et dermiques.

Toute varice est constituée, qu'elle soit récente ou ancienne, par une ectasie des parois veineuses, d'abord régulière et plus tard irrégulière. Il y a allongement du vaisseau ainsi que l'indiquent les flexuosités de la veine; comme cet allongement n'est pas uniforme, il existe des coudes et des saillies anormales. L'ectasie suivant le diamètre produit l'élargissement des canaux veineux; souvent elle comprend toute la paroi qui s'hypertrophie, mais il est fréquent de constater en quelques points des ampoules qui démontrent l'inégalité de résistance des parois, d'où résultent les déformations indescriptibles des varices très développées.

En quoi consiste l'altération de la paroi? Examinée à l'œil nu, la veine est plus ferme et plus indurée qu'à l'état normal; elle est grisâtre, béante à la coupe; la membrane interne, parfois rouge et tortueuse, offre ordinairement des plicatures longitudinales qui font relief à sa surface. CORNIL a trouvé au-dessous de cette tunique interne et dans les mailles du réseau élastique de la tunique moyenne de gros faisceaux de tissu conjonctif longitudinal qui expliqueraient ces replis. Les vaisseaux de la paroi forment en outre de véritables plexus et le sang extravasé est accumulé en petits épanchements disséminés. SOBOUTOFF n'est pas arrivé aux mêmes résultats; d'après lui les parois interne et externe sont deux fois plus grosses et la paroi moyenne six fois plus qu'à l'état normal; cet épaissement serait dû à l'hypertrophie des fibres musculaires.

Les valvules d'abord dilatées s'épaississent, deviennent bientôt insuffisantes, réduites à un nodule ou aplaties; on constate même à leur niveau dans les premières périodes des renflements caractéristiques. Il s'en faut d'ailleurs que les lésions soient constantes, car, à côté des points hypertrophiés et épaissis la paroi en présente d'autres qui sont atrophiés et amincis; les portions les plus dilatées sont dans ce cas. L'examen histologique y a montré une atrophie des couches interne et externe; la couche des fibres musculaires longitudinales a disparu tandis que les fibres circulaires seules persistent.

Les recherches de CORNIL ont encore appris que les tumeurs variqueuses sont constituées par des vasa-vasorum devenus énormes, au point d'acquies dans quelques cas le calibre d'une saphène; ils seraient situés en dedans des fibres musculaires dans la couche interne. Une autre explication de la présence de ces véritables lacs veineux est tirée de la possibilité des anastomoses entre les portions repliées et adossées d'une même veine.

À une période avancée de l'affection, on observe quelquefois une sorte d'athérome veineux et l'existence de dépôts calcaires qui transforment le vais-

seau en un cylindre dur et résistant. Cependant ces faits sont rares, et il est plus commun de rencontrer des calcifications isolées connues sous le nom de phlébolithes; elles ont leur lieu d'élection au point d'implantation des valvules et leur dépôt se ferait entre les tuniques interne et moyenne. Les phlébolithes sont composés de phosphates, de sulfate de chaux et de matière protéique.

Les varices contiennent du sang veineux, mais en raison de la circulation défectueuse de ces canaux, surtout au niveau des ampoules, le sang se coagule assez souvent, déposant des caillots fibrineux qui diminuent la lumière du conduit ou l'oblitérent partiellement. Quant aux tissus ambiants, ils ne tardent pas à être influencés par les varices, par la gêne de la circulation et sont peut-être soumis, eux aussi, à la maladie générale qui produit la lésion des veines. De là des œdèmes durs, persistants, le sclérome du tissu cellulaire et même, dans quelques cas, l'irritation des os voisins qui tantôt a pour effet de creuser les diaphyses, tantôt de provoquer des périostoses (fig. 47). La peau est souvent luisante, pigmentée, eczémateuse.

Jusqu'aux recherches de VERNEUIL (1855) on ne possédait pas sur la patho-

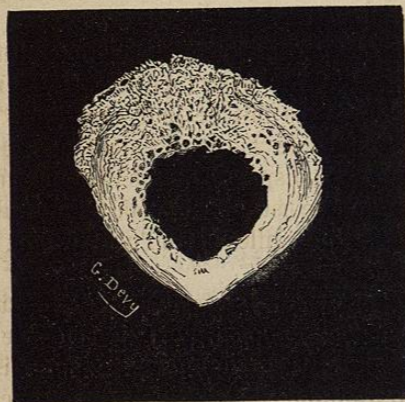


Fig. 47. — Périostite et ostéite du tibia produites au voisinage d'un ulcère variqueux.
(D'après une pièce usée du laboratoire d'histologie au Val-de-Grâce.)

génie des varices de notions précises; ce chirurgien démontra que les veines musculaires et les veines profondes sont très fréquemment variqueuses; de plus l'existence des varices superficielles impliquerait nécessairement celle des varices profondes qui les précéderaient, tandis que les varices profondes peuvent exister isolément.

Symptômes. — 1° *Varices superficielles.* — Les varices des membres inférieurs qui servent de type à notre description se présentent sous la forme de cordons bleuâtres, allongés, saillants et flexueux, serpentins, qui prennent naissance dans les réseaux périphériques et remontent à une plus ou moins grande hauteur le long de la jambe ou de la cuisse. La coloration bleue et les bosselures apparaissent d'autant mieux que les varices sont plus turgescentes par le fait de la station verticale. Au toucher elles donnent la sensation de tumeurs

molles et pâteuses, réductibles, légèrement mobiles, et celle de pelotons de ficelle dans les cas de tumeurs variqueuses.

La compression du membre à sa partie supérieure, la station verticale prolongée et tous les efforts qui entravent à des degrés divers la circulation veineuse augmentent les varices. Au contraire le décubitus, la compression périphérique du membre, la pression superficielle tendent à les rendre moins apparentes. Nous ne citerons que pour mémoire un frémissement particulier observé exceptionnellement par PETIT (de Reims).

Les varices des membres sont indolentes dans la première période de leur développement avant la formation des tumeurs variqueuses; plus tard la gêne de la circulation a pour conséquence une douleur sourde, obtuse, très pénible, qui apparaît le soir, après la fatigue du jour, et disparaît par le repos; elle serait due en bonne partie d'après VERNEUIL aux varices profondes qui coexisteraient toujours avec les varices superficielles; celles-ci ne trahissent leur existence que par des symptômes subjectifs, une sensation de pesanteur, des crampes dans les mollets, des fourmillements, des contractions fibrillaires, de la fatigue, et même de la douleur. VERNEUIL dit que le mollet est plus dur, plus gros, qu'on peut y percevoir des cordons noueux et que la peau est le siège de troubles trophiques.

Marche et accidents. — Convenablement soignées dès le début, les varices restent stationnaires, c'est ce qui arrive d'ordinaire chez les personnes intelligentes et qui peuvent, par le fait de leur condition, éviter les efforts et la fatigue, cause commune de l'accroissement de l'affection. Mais il est très douteux qu'elles puissent disparaître avec l'âge, comme on l'a avancé; cependant la guérison spontanée est possible; elle résulte alors de la coagulation du sang, de l'organisation du caillot et de l'oblitération de la varice sur une étendue plus ou moins grande.

Souvent les nécessités de la vie, la négligence des malades aggravent l'affection; la douleur augmente, l'œdème devient persistant, le membre se déforme, la peau est sèche, luisante, les moindres plaies s'éternisent et il en résulte une infirmité réelle qui diminue sensiblement la capacité de travail.

Complications. — Enfin cette affection expose à un certain nombre d'accidents qui sont: l'inflammation, la phlébite, les ruptures, la thrombose et l'embolie, les ulcères.

1° *Inflammation.* — Sous les moindres influences le tissu cellulaire périphérique suppure et des phlegmons circonscrits ou diffus, parfois gangreneux (GAUTIER), prennent ainsi naissance; les veines ne restent pas étrangères à ces inflammations voisines et sont elles-mêmes fréquemment le siège de phlébites. On a également attribué à des bourses séreuses accidentelles développées au niveau des ampoules variqueuses et enflammées la propagation de l'inflammation à la paroi veineuse; ce sont là des hypothèses.

2° *Phlébite variqueuse.* — Cette phlébite fréquente a été l'objet de nombreux travaux dus à NIVERT (1862), MARQUET, RICHARD, BUDIN, MAYDIEU; ils tendent à démontrer l'influence de l'état général sur la prédisposition à la phlébite variqueuse. En premier lieu, plaçons l'état puerpéral dont l'action se fait sentir trois ou quatre semaines après l'accouchement.