

Le second danger, c'est l'inflammation. Celle-ci est due à des accidents septiques, mais elle peut être favorisée par certaines conditions mauvaises qu'on doit éviter.

Il faut n'injecter à chaque séance que trois ou quatre gouttes et les injecter non dans le tissu cellulaire, mais dans les vaisseaux. Il faut espacer les séances. « Un intervalle de quinze jours en moyenne entre chaque injection, dit Le Fort, paraît être le minimum qu'enseigne l'expérience. » Enfin il ne faut pas se servir du perchlorure de fer à un degré de concentration très fort. Gosselin l'employait à 15 degrés, mais il a encore eu de petites escarres. Le Fort pense qu'on peut aller beaucoup plus loin et dit s'être bien trouvé du perchlorure à 5 degrés seulement.

Si je donne tous ces détails, c'est pour que ceux qui voudraient employer la méthode des injections coagulantes en réduisent les accidents au minimum. Mais je tiens à dire que je la considère comme moins efficace et plus dangereuse que l'extirpation lorsqu'elle est possible.

M. Lannelongue a obtenu par les injections de chlorure de zinc une amélioration qui équivaut presque à une guérison dans un cas d'anévrysme cirsoïde qui occupait le cou, la partie inférieure de la face, le plancher de la bouche et la langue. Il se servit de la solution de chlorure de zinc au dixième et fit des injections de 3 à 4 gouttes par piqûre dans les tissus immédiatement adjacents à la tumeur. Huit injections furent faites à la première séance et les séances renouvelées quatre fois. Il se produisit deux escarres qui se détachèrent sans hémorragie. Le résultat fut une sclérose atrophique de la tumeur dans sa presque totalité. La malade a été revue trois ans après le traitement : il ne restait qu'une tumeur du volume d'une petite noix environ, présentant un certain thrill.

Les moyens de détruire la tumeur elle-même sont au nombre de quatre : la *cautérisation* ; la *section à l'anse galvanique* ; la *ligature en masse* ; l'*ablation au bistouri*.

La *cautérisation* avec les pâtes caustiques est une méthode qui a fait son temps : il est inutile d'en parler. Quant à la cautérisation au fer rouge, elle me paraît terriblement dangereuse. La puissance hémostatique du feu n'est pas suffisante pour mettre à l'abri d'hémorragies formidables.

La *ligature en masse* est difficile à appliquer, car les tumeurs cirsoïdes sont généralement peu saillantes. On peut cependant la faire en passant des aiguilles sous la tumeur. La ligature en masse est une méthode d'exérèse qui équivaut à une sorte d'aveu d'impuissance et de maladresse de la part du chirurgien qui l'emploie. Elle n'est pas autrement dangereuse si on l'entoure de précautions antiseptiques ; mais elle laisse après la chute de la tumeur une vaste plaie, très longue à cicatrifier et elle est à ce point de vue bien infé-

rieure à l'extirpation au bistouri, qui permet de faire une réunion partielle, sinon totale.

La *section à l'anse galvanique* n'a guère que des inconvénients. Elle ne répond pas à son but, qui est de faire l'hémostase en même temps que la section. Car son action hémostatique n'est pas suffisante pour empêcher l'hémorragie. Dans le cas de Verneuil, bien qu'on eût fait au préalable la ligature des vaisseaux afférents, il fallut encore placer quatorze pinces pendant l'opération.

L'*excision au bistouri* est la méthode la plus efficace et la plus sûre. Sur quatorze opérations, Le Fort compte quatorze succès. Dans le cas de Wagner, il y eut bien une récurrence, mais elle était due à ce que l'ablation était restée incomplète. Le même chirurgien compléta l'ablation cinq ans après et obtint une guérison définitive. L'extirpation exige certainement de l'habileté et du sang-froid, mais si elle pouvait paraître effrayante au temps où l'on n'avait point les procédés perfectionnés d'hémostase, il n'en est plus de même aujourd'hui.

Je n'ai point parlé de la *section circulaire de la base de la tumeur*. C'est une méthode que je ne comprends guère, car elle expose tout autant à l'hémorragie que l'extirpation sans en avoir les avantages.

Quant aux *procédés mixtes*, qui consistent à lier d'abord les artères pour diminuer l'hémorragie lorsqu'on agit directement sur la tumeur, ils sont à peu près inutiles, puisque les procédés d'hémostase actuels permettent de se rendre maître du sang, et ils sont en outre inefficaces, puisque nous avons vu que Verneuil, malgré plusieurs ligatures préalables, et bien qu'il se servit de l'anse galvanique, dut encore placer quatorze pinces au cours de l'opération.

L'extirpation au bistouri est donc la méthode de choix pour les anévrysmes cirsoïdes comme pour les autres espèces d'anévrysmes. Malheureusement elle n'est point toujours possible. Ainsi M. Le Dentu a signalé à la Société de chirurgie, le 18 décembre 1889, un anévrysme cirsoïde de la fesse qui envoyait des prolongements dans le bassin. Aux doigts, l'extirpation n'est possible que tout à fait au début. M. Polaillon a été assez heureux pour rencontrer un cas de ce genre et l'opérer avec succès.

Dans les cas où l'extirpation est impossible, on pourrait être autorisé à tenter les injections de perchlorure de fer, mais cela même n'est pas toujours possible. Ainsi dans le cas de M. Le Dentu, l'impossibilité d'arrêter la circulation dans la tumeur les rendait trop dangereuses. Tout traitement était impossible, sauf peut-être les injections de chlorure de zinc faites autour de la tumeur pour amener l'étranglement des vaisseaux par la rétraction scléreuse.

Quand les anévrysmes cirsoïdes siègent aux extrémités, la dernière ressource est l'amputation. La question qui se pose alors est de savoir où il faut amputer. La double crainte d'avoir des hémorragies

formidables et de faire une opération incomplète en amputant dans la zone des vaisseaux dilatés a conduit certains chirurgiens à faire des amputations élevées. Pour des tumeurs cirsoïdes de la main et des doigts, Krause a coupé l'avant-bras, Letenneur, Virchow, Obalinski, Fischer ont amputé le bras. Il faut bien se garder de suivre cet exemple. Les dangers d'hémorragie ne sont pas si considérables, puisque les artères même dilatées et amincies sont parfaitement capables de porter un fil à ligature et de faire les frais de l'hémostase définitive. D'autre part on sait qu'après la suppression de la tumeur où se font les communications artério-veineuses anormales, la dilatation vasculaire rétrocede. Il faut donc réduire le sacrifice au minimum et n'enlever que la partie où siège la tumeur elle-même, sans se préoccuper de la dilatation des vaisseaux afférents.

## MALADIES CHIRURGICALES DES VEINES

PAR

ED. SCHWARTZ

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,  
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

Nous étudierons successivement : 1° les lésions traumatiques des veines ; 2° les varices ; 3° la phlébite.

### I

## LÉSIONS TRAUMATIQUES DES VEINES

Les lésions traumatiques des veines comprennent les contusions et les plaies.

### CONTUSIONS DES VEINES.

Les contusions des parties molles, lorsqu'elles sont violentes, blessent certainement les veines superficielles et profondes sans qu'il en résulte en général aucune suite grave, quand du moins ce n'est pas un gros tronc veineux qui est atteint. Lorsque la contusion est fermée, qu'il n'y a pas de plaie, tout se réduit à la formation d'un hématome qui se résorbera peu à peu, sans qu'on observe le moindre accident du côté des veines elles-mêmes.

Lorsque la contusion est ouverte, tout se passera comme cela est indiqué plus haut, du moment qu'il n'y a pas plaie veineuse. Si le foyer contus suppure, il pourra en résulter, par propagation, de l'inflammation des veines comprises dans le foyer et tous les accidents de la phlébite. Lorsqu'un gros tronc veineux est violemment atteint dans un foyer de contusion fermé, la veine peut se rompre et donner lieu à un hématome plus ou moins étendu ; jamais cependant, étant donnée la faible tension du sang dans le système veineux, on n'observera de ces décollements étendus que produisent les ruptures artérielles ; toujours l'épanchement, à moins qu'il ne s'agisse de la