

dilatation par le sang, et supplée à la tonicité insuffisante des tissus et en particulier de la paroi veineuse. On prescrit aux variqueux le port d'un bas à varices qui, suivant les conditions où ils se trouvent, va du pied jusqu'à la racine de la cuisse. Lorsque les varices n'existent qu'aux jambes, on prescrit des jambières qu'il vaut mieux munir en général d'une chaussette laissant libre le talon; lorsque le genou est pris, la jambière se continue par une genouillère; quand la cuisse est envahie, on y ajoute un cuissard. L'appareil peut, dans ces derniers cas, être d'une seule pièce ou, au contraire, consister en deux, trois pièces surajoutées. Les bas à varices sont faits de différents tissus; ceux que l'on emploie le plus fréquemment sont les bas élastiques en tissu souple et fin se modelant parfaitement: il faut que le bas, tout en comprimant uniformément partout, n'exerce en aucun point une pression plus énergique. Les bas lacés sont des bas en tissu non élastiques, ouverts latéralement comme des guêtres, munis d'œillères ou de crochets et qu'on peut serrer de bas en haut à sa volonté; on les a faits en tissu ou en peau; la peau de chien souple est employée avec avantage: on peut combiner le bas élastique et le bas lacé.

Il est bon de donner au patient quelques conseils sur la façon de l'appliquer. Le bas doit être mis avant le lever et enlevé après le coucher; la peau sera toujours tenue en bon état à l'aide des lavages astringents froids ou tièdes. S'il existait un eczéma, à plus forte raison, une ulcération, on les protégerait à l'aide d'un taffetas imperméable par-dessus un pansement approprié, de façon à ne pas salir et détériorer l'appareil. Le bas est absolument contre-indiqué quand les lésions cutanées sont notables et surtout lorsqu'il existe des ulcères étendus. Il serait d'ailleurs intolérable dans la plupart de ces cas. En dehors des bas faits sur mesure, la compression peut être exercée à l'aide d'une simple bande en toile ou plutôt en flanelle légère, ou encore avec une mince bande élastique. Pour peu que le malade circule, la bande se dérange avec grande facilité et ce sont les bas qu'il faut avant tout recommander. Lorsque le variqueux sera dans une situation lui permettant de bien surveiller l'application de son appareil, de le remplacer dès qu'il ne remplira plus le but, quand il pourra suivre les règles d'une saine hygiène, il se trouvera fortement soulagé par le port d'un bon bas élastique; il est loin d'en être de même pour les malheureux livrés à des travaux de force, obligés de faire de longues marches, des stations prolongées; le bas à varices devient alors plutôt nuisible qu'utile. La compression sera encore laissée de côté chez les individus quels qu'ils soient, à varices tendues, menaçant de se rompre, de s'ulcérer; chez les ulcéreux en particulier, chez les phlébitiques ou bien encore lorsqu'elle donnera lieu à des douleurs. Par contre, elle est le traitement absolument indiqué chez les femmes enceintes variqueuses.

TRAITEMENT OPÉRATOIRE. — Depuis que l'antisepsie nous a permis de pratiquer, sans danger, les opérations les plus graves, les chirurgiens ont peu à peu repris les interventions autrefois préconisées contre les varices, interventions qui étaient tombées dans l'oubli complet, à cause de la mortalité par infection. Actuellement les conditions sont tout autres; tout péril opératoire est écarté; celui même de l'anesthésie peut être mis de côté par suite de la possibilité d'insensibiliser localement par les injections de chlorhydrate de cocaïne; le point essentiel est de savoir si véritablement l'intervention est efficace et donne des résultats non seulement immédiats, mais encore définitifs au point de vue de la cure des varices et de leurs accidents.

A cet égard nous les diviserons en deux variétés et nous étudierons successivement les indications qu'elles peuvent présenter.

Dans une première variété nous rangerons les varices simplement gênantes, douloureuses, mais sans névralgies proprement dites, amenant de l'œdème, de la fatigue par la station prolongée et la marche. Elles rentreraient dans la catégorie des varices que l'on peut traiter par la compression, le port des bas élastiques bien faits et bien entretenus, renouvelés quand il le faudra; tout cela ajouté à une bonne hygiène, à une situation qui permette le repos quand il le faudra, nous éloignerait de l'idée d'une intervention sanglante. Mais il s'agit d'un ouvrier qui a besoin de travailler, auquel ses moyens ne permettent pas le repos, l'hygiène prescrite, le renouvellement des bas élastiques dont il est porteur. Chez lui les complications vont survenir; la phlébite variqueuse, l'eczéma, l'ulcère le guettent. C'est dans ces circonstances que l'intervention peut être acceptée si elle a des chances d'amener de bons résultats. S'il s'agit de varices de la jambe seulement, de ces varices qui intéressent les origines veineuses, avec des signes certains de varices musculaires et profondes, il n'y a rien à faire, à notre avis, qu'à se contenter du traitement orthopédique et hygiénique aussi bien suivi que possible, en rendant le malade attentif à ce qui peut lui arriver, s'il ne suit pas les règles que nous lui avons tracées.

S'il s'agit de varices de la jambe avec varices du genou et de la cuisse, dilatation, en un mot, de tout le réseau de la saphène interne, si nous constatons, par les diverses expériences que nous avons eu l'occasion de décrire, que l'insuffisance valvulaire est notoire, que la colonne sanguine pèse de tout son poids sur les parois veineuses et produit cet état de stase chronique qui amène lui-même les troubles trophiques dont nous avons parlé, alors à notre avis l'intervention est justifiée, s'il ne se présente aucune contre-indication tirée de l'état général du patient. C'est en se basant sur ces données que Trendelenburg (1) conseilla et exécuta la ligature de la saphène

(1) TRENDELEBURG, *loc. cit.*

interne à l'union du tiers moyen avec les deux tiers supérieurs de la cuisse, immédiatement au-dessus d'une dilatation veineuse qui existe presque toujours à ce niveau. La section entre deux ligatures vaut mieux que la ligature simple, parce qu'elle met mieux à l'abri du rétablissement de la circulation entre les deux bouts. Trendelenburg a repris, en la basant sur des considérations de physiologie et d'anatomie pathologique, une opération qui, dès 1874, avait été exécutée avec succès par Annandale en 1876 par Lucas-Championnière (1), que nous avons nous-même faite en 1885 (2). Nous reviendrons plus loin sur les méthodes opératoires.

Grâce à cette interruption du courant veineux, grâce à la constitution de colonnes sanguines dont la pression est diminuée considérablement, la stase du territoire de la saphène interne est atténuée et par cela même l'on observe l'affaissement des varices situées au-dessous, accompagnée de la diminution des œdèmes, des douleurs, voire même de leur disparition et d'une amélioration telle qu'elle confine de près à la guérison, surtout si le malade obéit aux prescriptions qui lui sont faites.

Mais les varices profondes, et celles de la saphène externe? Il est remarquable de voir combien moins elles interviennent dans le tableau pathologique après l'intervention pratiquée sur la grande saphène.

La deuxième variété de varices comprend toutes celles qui sont compliquées ou vont le devenir. Telles les varices avec un amincissement tel des tissus, que la rupture est imminente; telles les varices douloureuses enflammées, les varices compliquées d'ulcères de jambe plus ou moins étendus.

L'indication peut découler de l'existence même de la complication; nous l'étudierons au chapitre du traitement des complications.

Elle peut se présenter en tant qu'elle peut influer sur la marche, l'évolution de complications existantes. Est-il indiqué d'intervenir quand, sur les varices, se sont greffés des ulcères variqueux qui résistent à tout traitement ou reparaissent dès que le repos a cessé et que le malheureux patient a repris forcément ses occupations?

Pour notre compte nous n'hésitons pas à attribuer une influence favorable très marquée à la cure sanglante des varices, sur la marche des ulcères qui les compliquent. Nous avons pu plusieurs fois constater la guérison rapide d'ulcères jusque-là restés torpides et leur non-reproduction, alors que du côté opposé, qui n'avait pas été opéré, l'ulcération avait gagné du terrain ou s'était reproduite dès la reprise du travail. Le cas le plus démonstratif à cet égard et celui d'une jeune femme que nous avons opérée autrefois, il y a sept ans, à l'hôpital Beaujon, de varices d'un membre. Depuis elle n'en a plus

(1) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, *Chirurgie antiseptique*, 1880, p. 223.

(2) SCHWARTZ, *Revue gén. de clin. et de thérap.*, 1888, p. 65.

souffert et l'ulcère est resté guéri. Elle revint nous voir au bout de ce temps pour se faire opérer aussi du côté opposé, tellement elle avait été satisfaite du résultat obtenu par la première opération. Ce n'est pas que les varices eussent totalement disparu; mais elles étaient affaissées, indolentes et ne provoquaient plus la moindre fatigue. Nous pensons donc que l'ulcère, lorsqu'il ne constitue pas la lésion prédominante, est une indication d'opérer les varices, quand elles se présentent d'ailleurs dans les conditions énoncées plus haut: dilatation de la saphène interne depuis la jambe jusque dans la cuisse, et constatation nette du reflux veineux sous l'influence de la pesanteur et de la pression abdominale.

*Des méthodes opératoires pour la cure des varices.* — Actuellement elles peuvent se réduire à deux.

Par l'une, on cherche, sans amener autant que possible de coagulation et d'inflammation, de phlébite en un mot, à fractionner la colonne sanguine veineuse; les uns se bornent à lier la grande veine saphène interne, d'autres, pour plus de sécurité, coupent en réséquant la veine entre deux ligatures, soit en un seul point, soit en plusieurs points de la jambe et de la cuisse. S'il existe des tumeurs variqueuses douloureuses, des varices prêtes à se rompre, on n'hésitera pas à les exciser en faisant de préférence porter là les résections et les ligatures.

Par l'autre, on cherche à agir sur le système veineux superficiel et même profond, en y provoquant une véritable phlébite qui ne dépasse pas les limites de la phlébite adhésive, et cela par des injections soit périveineuses, soit intraveineuses. C'est la *méthode des injections*, préconisée surtout par l'école lyonnaise et opposée par elle à la méthode sanglante: c'est Delore (de Lyon) qui a surtout cherché à la relever du discrédit dans lequel elle est tombée, par une récente communication au Congrès de Lyon (1).

Nous laisserons de côté les injections *périveineuses* qui cherchent à agir sur la veine indirectement par l'intermédiaire des tissus périphériques et provoquent dans ceux-ci une inflammation subaiguë suivie de rétraction qui se propage jusqu'à la varice. Nous rappellerons seulement que déjà Broca avait conseillé et pratiqué les injections périveineuses d'alcool dilué à 50 p. 100; malgré les tentatives de Marc Sée, d'English, avec les solutions alcooliques, celles de Ruge, Martin, Vogt, avec l'ergotine ou l'extrait dissous d'ergot de seigle, le procédé n'a pas vécu à cause de son inconstance et de son inefficacité.

Le procédé des injections intraveineuses a pris naissance à Lyon à la suite des recherches de Pravaz. Il fut inauguré à peu près simultanément par Barrier, Pétrequin, Valette et Desgranges qui employaient le perchlorure de fer. Ce dernier a été laissé de

(1) DELORE, Congrès de chir. de Lyon, 1894, p. 417

côté, malgré les résultats qu'a semblé en retirer Weinlechner (1).

Le perchlorure de fer a de graves inconvénients : dix-huit fois, sur trente-deux malades, il donna lieu à des gangrènes limitées de la peau ; de plus le caillot produit est diffus et tout disposé pour les embolies. Aussi chercha-t-on un autre liquide coagulant et moins offensif. La liqueur iodotannique, prônée par Delore, fut imaginée en 1854 par Socquet et Guillermond. Desgranges l'injecta pour la première fois en 1854, et publia ensuite les premières recherches sur ce nouvel agent, qui fut adopté par tous les chirurgiens lyonnais.

Tout récemment Delore a exposé la méthode dans une très intéressante communication au Congrès de chirurgie et à laquelle nous renvoyons le lecteur (2).

L'injection iodotannique produirait la rétraction des varices, la disparition des nodosités saillantes, et Delore se demande même, dans son enthousiasme pour la méthode, s'il n'est pas permis d'espérer voir les valvules recouvrer leurs fonctions. Pour lui, la phlébite n'est pas oblitérante, c'est une phlébite aboutissant à la résolution avec apport de nouveaux éléments renforçant les tissus affaiblis et suscitant une involution réparatrice du tissu veineux.

N'ayant aucune expérience de cette manière de faire, il nous est impossible d'en entreprendre la critique ; nous avons même pu voir, à Lyon, une jeune femme variqueuse opérée par Delore et chez laquelle le résultat était relativement satisfaisant (nous ne l'avions pas vue avant l'opération). Toutefois, il nous paraît que cette méthode, malgré tous les arguments mis en avant par ses défenseurs, présente des points noirs que nous devons signaler :

1° Il est difficile d'obtenir et de conserver le liquide, très instable, destiné aux injections ; 2° la technique opératoire, tout en n'étant pas difficile pour des mains exercées, est néanmoins minutieuse et délicate ; 3° le chirurgien n'est pas maître de l'action de la liqueur injectée, puisqu'il fait l'injection à l'aveuglette, sans savoir s'il y a dans la région des communications plus ou moins larges avec la profondeur ; 4° nous pensons qu'une méthode qui amène forcément la coagulation du sang sur un territoire veineux plus ou moins étendu n'est pas sans exposer à l'embolie.

Pour toutes ces raisons, nous préférons de beaucoup la méthode sanglante, qui consiste à fractionner la colonne sanguine des veines superficielles insuffisantes, les seules que l'on puisse atteindre, par la ligature simple ou multiple, avec ou sans extirpation de segments veineux intermédiaires. Les opérations sanglantes sur les membres variqueux ont pris dans ces dernières années une grande extension (3).

(1) WEINLECHNER, *Allgemeine Wiener med. Zeitung*, 1884, nos 15 et 16.

(2) DELORE, Congrès franç. de chir. de Lyon, 1894.

(3) ARCHAMBAUD, thèse de Paris, 1891. — CHARRADE, thèse de Paris, 1892. — Cor-

Comme nous l'avons fait prévoir, il y a deux ordres d'opérations pratiquées sur les varices ; par les unes on se propose de faire disparaître des paquets variqueux gênants, douloureux, prêts à la rupture ; par les autres on se propose de modifier la circulation du membre inférieur, de diminuer les pressions sur l'arbre veineux superficiel et d'agir ainsi sur les troubles de nutrition qui constitueraient l'essence même de la maladie variqueuse.

L'extirpation des varices remonte à la plus haute antiquité, comme le démontre la relation de l'opération que l'on pratiqua à Marius, d'après Plutarque, et rapportée partout.

Conseillée par Celse, pratiquée par J.-L. Petit, puis par Boyer, Richerand, elle avait été tout à fait délaissée à cause des accidents presque toujours mortels qui survenaient (phlébite, infection purulente, etc.).

Grâce à l'anesthésie générale ou locale, grâce surtout à l'antisepsie, elle a été reprise par Schede, Riedel, Annandale, Davies Colley, Marshall, Madelung, Starke, etc., etc., en France par Lucas Championnière, Regnier, Ricard, Quénu et bien d'autres. Nous-même la pratiquons couramment depuis une douzaine d'années.

La ou les ligatures avec résection de la saphène interne ont surtout été préconisées par Trendelenburg ; mais dès 1886, comme le montrent les observations II et III de la thèse de notre élève Charrade, nous avons tenté pour des varices douloureuses et gênantes avec ulcères, la ligature étagée de la grande veine saphène. Trendelenburg a publié ses premiers résultats en 1890, rééditant l'ancienne opération d'Everard Home (1799), qui pratiqua douze fois la ligature de la saphène interne pour guérir des varices ou des ulcères variqueux de la jambe. Malheureusement plusieurs des opérés succombèrent à l'infection purulente et l'opération rentra dans le néant. Trendelenburg ne pratique la ligature que dans les cas où le tronc de la saphène est envahi lui-même par la dilatation variqueuse, et lorsque l'examen révèle une insuffisance valvulaire complète.

Primitivement il liait la saphène interne à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la cuisse, sectionnant la veine entre deux ligatures.

D'après son mémoire, Trendelenburg a opéré onze fois ; il n'a eu aucune complication ; la thrombose n'est à craindre que lorsqu'on lie

DEBART, thèse de Paris, 1893. — ROBIN, thèse de Paris, 1896. — ESTIENNY, thèse de Toulouse, 1893. — ECONOMOS, thèse de Lyon, 1894. — Communication de WINWARTER, *Ann. de la Soc. médico-chir. de Liège*, t. XXXIII, 1894, p. 413-416. — CH. REMY, *Congrès de chir. de Paris*, 1892. — CERNÉ (de Rouen), *Bull. de la Soc. de chir.*, 15 octobre 1890. — SCHWARTZ, *Société de chirurgie et Revue gén. de clin. et de thérap.*, 1888 et 1893, p. 337. — QUÉNU, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. XXI, 1895, p. 152 (Observations concluantes démontrant les bons résultats de la cure sanglante). — Tout récemment FAISST, in *Beiträge zur klin. Chir.*, Band, t. XIV, Heft 1, et PERTHES (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1895, n° 16) ont rapporté un grand nombre de cas qui viennent corroborer les nôtres.

des veines calcifiées; il a observé une guérison plus rapide et plus complète des ulcères, leur récurrence moins fréquente. Chez une malade suivie depuis cinq ans, les varices sont affaïssées, l'ulcère est resté cicatrisé; chez un homme de quarante-six ans le résultat fut encore très satisfaisant.

Le mémoire de Faisst rapporte onze cas avec quinze ligatures, avec de bons résultats (disparition des douleurs et des ulcérations) constatés de un à deux ans après l'opération. Celui de Perthes montre que Trendelenburg a modifié sa façon de faire; il pose trois ligatures: 1° l'une au-dessus du condyle interne; 2° l'autre au milieu de la cuisse; 3° la dernière au-dessous du condyle interne. Sur soixante-trois opérés tous ont guéri de leur intervention par première intention; quarante et un ont été revus de cinq mois à neuf ans après; on a pu constater trente-deux guérisons définitives; neuf fois les varices avaient reparu.

Pour notre part, voici comment nous opérons:

Après les précautions antiseptiques d'usage, un drain est appliqué circulairement à la racine de la cuisse. Si nous devons enlever de gros paquets variqueux nécessitant une dissection longue et douloureuse, nous chloroformons le malade; si l'opération ne doit consister que dans la ligature étagée, nous anesthésions localement à la solution de chlorhydrate de cocaïne à 1 p. 100.

S'il s'agit de paquets variqueux simples de la jambe ou de la face interne du genou sans dilatation de la veine saphène de la cuisse, nous procédons à l'extirpation des varices, enlevant largement les tumeurs veineuses, liant au catgut au-dessus et au-dessous, et de plus toutes les veines collatérales.

S'il s'agit de paquets variqueux avec dilatation de la saphène interne dans la cuisse, les paquets douloureux sont encore enlevés, mais nous y ajoutons la ligature étagée que nous faisons exclusivement, dans les cas de varices, sans tumeurs variqueuses gênantes ou douloureuses.

Nous plaçons généralement quatre ligatures, quelquefois cinq, dont trois à la cuisse, une ou deux à la jambe; la veine est découverte sur une étendue de 4 à 5 centimètres; elle est soigneusement isolée; les collatérales qui lui arrivent sont liées ou pincées, un fil de catgut n° 2 étire le vaisseau en haut et en bas et l'on résèque, entre les deux ligatures, de 3 à 5 centimètres du tronc de la saphène. En tirant les fils avant de les serrer en haut et en bas, on fait pour ainsi dire des ligatures sous-cutanées qui remontent au delà de l'incision, une fois que l'excision de la veine est pratiquée et que les fils sont coupés. Aucun drainage; sutures au crin de Florence. Compression ouatée par-dessus un pansement aseptique ou antiseptique sec. L'opéré devra rester couché au moins une quinzaine de jours, mieux encore, trois semaines.

La résection du tronc veineux entre deux ligatures nous paraît de beaucoup préférable à la simple ligature ou même à la ligature double avec section, sans résection. Nous rejetons tout à fait le procédé de Montaz, de la ligature percutanée, très simple, très rapide, mais qui ne met pas à l'abri du rétablissement de la perméabilité du vaisseau (1).

Nous avons opéré actuellement une soixantaine de sujets en suivant les indications que nous avons établies, toujours pour des cas de varices douloureuses, avec œdèmes, troubles trophiques, très souvent ulcères à répétition.

Le résultat opératoire a été excellent; la guérison des plaies par première intention est la règle, même quand il y a des ulcères; il suffit de s'en tenir à distance et de constituer un champ opératoire dont les pansements soient indépendants. Une de mes opérées de soixante et onze ans, artério-scléreuse, souffrant énormément d'énormes varices doubles, et qui nous força pour ainsi dire la main, a succombé trois semaines après l'intervention, sans avoir présenté de phlébite, sans que nous ayons pu trouver d'embolie à mettre sur le compte d'une thrombose post-opératoire. Un de nos opérés plus récents, a eu le dixième jour, à la suite d'un accès de grippe, une phlébite simple qui est en voie de guérison: quant aux résultats éloignés, nous n'avons malheureusement, presque tous nos cas étant pris dans la clientèle hospitalière, que des données bien incomplètes. Nous avons pu revoir un certain nombre de nos opérés depuis deux, trois, quatre et même dix ans. Une femme que nous avons opérée il y a sept ans est revenue nous trouver pour que nous pratiquions la même opération sur le côté encore malade. N'est-ce pas là le plus bel éloge de l'intervention antérieure?

Chez ceux que nous avons revus, l'opération avait produit un résultat très appréciable: diminution des varices des jambes, allant jusqu'à la disparition, absence de phénomènes fonctionnels douloureux, cicatrisation persistante d'ulcères qui, jusque-là, avaient été rebelles.

Est-ce à dire que nous pouvons prononcer le mot de cure radicale et affirmer la guérison des varices? Nous ne le pensons pas dans la très grande généralité des cas. Qu'il y ait des faits où, sous l'influence des opérations pratiquées, il se soit produit une véritable rétrocession de la phlébo-sclérose et de tous les accidents qu'elle avait déterminés, il n'y a à cela rien d'impossible; certains opérés, comme celui que nous a montré Quénu à la Société de chirurgie (2), sont des types qui se rapprochent bien près de la perfection comme résultat thérapeutique. Remy a pu revoir dix-neuf malades sur quarante-deux opérés, et il a pu constater comme nous et beaucoup d'autres de bons effets tardifs. Ce que nous pouvons en effet affirmer, c'est que la cure

(1) MONTAZ, *Dauphiné méd.*, août 1890.

(2) QUÉNU, *Bull. de la Soc. de chir.*, 20 février 1895.

sanglante pratiquée comme nous l'avons indiqué, largement, par l'extirpation et la résection entre ligatures de tumeurs ou de veines variqueuses, a une action vraiment efficace sur tous les troubles fonctionnels et trophiques, et en particulier sur l'ulcère. Nous avons pu, chez des variqueux atteints de varices des deux membres inférieurs avec ulcères symétriques, nous convaincre de la rapidité de la guérison de l'ulcère du membre opéré, alors que celui du membre non opéré, soumis au repos et pansé convenablement, ne progressait que lentement vers la cicatrisation.

C'est pourquoi nous sommes de plus en plus partisan de la cure sanglante, non seulement dans les cas de tumeurs variqueuses, mais aussi lorsqu'il s'agit de troubles trophiques avec dilatation du territoire veineux de la saphène interne; et cela surtout chez les individus pour qui les soins hygiéniques et orthopédiques sont difficiles, sinon impossibles à réaliser. Nous ne ferons que citer, au point de vue historique, d'autres interventions dirigées contre les varices qui avaient leur raison d'être avant l'ère antiseptique; nous rappellerons les cautérisations pratiquées surtout par Bonnet, Laugier, Valette (de Lyon). Nous citerons encore le procédé de la dénudation, imaginé par Rigaud (de Strasbourg), et qui consistait à pratiquer une incision le long de la veine qu'on isole des parties environnantes dans une certaine étendue, puis à interposer entre elle et les tissus sous-jacents un corps étranger; le vaisseau ainsi dénudé et exposé ne tarde pas à se sphaceler.

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS. — Nous n'aurons pas à nous en occuper longuement.

Les *ruptures variqueuses externes* seront prévenues la plupart du temps par l'ablation de la varice menaçant de se rompre; tout récemment encore, nous avons eu l'occasion de pratiquer pareille extirpation sur une varice de la face interne du genou. Lorsque la rupture s'est effectuée, qu'il y a hémorragie, il faudra arrêter le sang par le tamponnement, ou bien, séance tenante, lier la veine au-dessus et au-dessous.

Les *ruptures variqueuses interstitielles* donnent lieu à des épanchements sanguins plus ou moins étendus, et se compliquent elles-mêmes fréquemment de phlébite. La compression combinée au repos, puis les massages faits avec prudence, serviront à la résorption des extravasats sanguins, en même temps qu'ils s'opposeront à l'inflammation des veines. Quand celle-ci sera survenue, elle sera traitée d'après les indications que nous donnerons plus tard.

Nous n'insisterons pas sur le traitement des *ulcères variqueux*, une des complications les plus fréquentes. La cure sanglante est, comme nous l'avons répété, un des meilleurs traitements soit pour empêcher la genèse de l'ulcère, soit pour amener sa cicatrisation et sa guérison définitive, et cela dans les conditions déterminées plus haut.

Il est certain que si l'ulcère est greffé sur un état éléphantiasique de la peau, ou si encore il est annulaire avec atrophie de tous les éléments de la jambe, la cure des varices n'interviendra en rien d'une façon favorable et l'amputation est quelquefois la seule ressource qui nous reste dans quelques cas exceptionnels, rebelles aux pansements ou aux opérations (greffes, circonscription de Dolbeau) instituées pour les guérir (1).

La *sciatique variqueuse*, bien décrite par Quénu, peut être assez intense chez certains malades pour réclamer un traitement. La compression méthodique amène quelquefois un soulagement très notable, comme Quénu l'a observé (2).

Quand cela n'est pas, il conseille l'excision des veines variqueuses qui sortent du tronc du sciatique au niveau de l'espace ischio-trochantérien. Voici le manuel opératoire qu'il a suivi dans trois cas, dont le dernier a été revu guéri treize mois après l'intervention :

« Le chirurgien doit découvrir le nerf sciatique au niveau de la grande échancrure et en se rapprochant de son hile, c'est-à-dire de son bord interne; pour cela l'incision cutanée doit être tracée un peu en dedans de l'espace ischio-trochantérien et partir d'une ligne horizontale passant par l'ischion; le grand fessier étant incisé, on tombe sur le nerf sciatique entouré du tissu cellulo-graisseux; on suit le bord interne du nerf et on résèque successivement entre deux ligatures toutes les veines variqueuses qui se présentent. En arrivant à la partie supérieure, on jette une ligature sur le tronc de l'ischiatique et on s'assure qu'il n'existe plus de veine variqueuse à la face antérieure du gros nerf sciatique. On suture ensuite le muscle, puis les téguments (3). » (Quénu).

La *phlébite variqueuse* se manifeste tantôt sous forme de tumeurs inflammatoires, dures, adhérentes à la peau, douloureuses, tantôt sous forme de véritables phlegmons se terminant par abcès, ou encore par des abcès multiples le long du trajet des veines enflammées.

Dans le premier cas, si la tumeur est petite, et s'il n'y a pas d'autre indication pour pratiquer la cure sanglante des varices, à plus forte raison, s'il y a des contre-indications comme une grossesse, par exemple, le repos, la compression ouatée, ou l'application de compresses trempées dans une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque, ou dans de l'eau blanche, amèneront la résolution en l'espace de deux ou trois semaines. Si la tumeur est volumineuse, c'est par semaines et par mois que se chiffre l'évolution; c'est alors que, s'il n'existe aucune contre-indication, nous sommes d'avis d'enlever largement toute la tumeur avec ou sans la peau qui la recouvre,

(1) Voy. *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, t. I, p. 300.

(2) QUÉNU, *Congrès de chir.*, 1892, p. 458.

(3) QUÉNU, *Ibid.*, p. 464.