

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.

cela suivant les besoins de la réunion, en faisant précéder l'extirpation de la ligature étagée de la saphène à la cuisse (1).

Nous commençons toujours par lier et sectionner la saphène à la partie supérieure de la cuisse, afin d'empêcher toute embolie pendant les manœuvres de l'extirpation. Nous avons pratiqué cinq fois cette opération qui nécessite l'anesthésie générale, et toujours avec d'excellents résultats, non seulement au point de vue de la guérison rapide de l'accident, mais encore de la cure même de l'état variqueux.

Notre dernier opéré portait une tumeur de 15 centimètres de long sur 7 à 8 de large, la saphène déroulée présentait, après l'excision, une longueur de près de 70 centimètres.

Lorsque la phlébite variqueuse se termine par abcès localisé ou en chapelet, l'indication est d'ouvrir la ou les collections purulentes dès qu'elles sont formées, d'évacuer le pus sanguinolent, le mélange du sang et du pus qu'elles renferment et de panser antiseptiquement.

Un traitement général approprié sera institué, si des symptômes de septicémie se manifestaient.

III

DE LA PHLÉBITE (2)

On désigne sous ce nom l'inflammation des veines.

Il y a quelques années encore, il eût fallu de toute nécessité écrire un chapitre « thrombose » distinct de celui de la « phlébite » ; actuellement cela n'est plus de mise, la thrombose n'étant que la manifestation d'une altération, si minime soit-elle, de la tunique interne des veines.

Cruveilhier, dès 1834, accentua ce rapprochement et fit l'assimilation complète et sans aucune restriction. Il admit que la coagulation du sang dans les veines thrombosées est le résultat d'une altération inflammatoire de la tunique interne ; pour lui le sang chargé de principes phlogogènes irrite les parois veineuses, et le premier phénomène de cette irritation, c'est la coagulation du sang ; la phlébite est primitive, la thrombose, comme l'on dira plus tard, est secondaire.

Les idées de Cruveilhier furent adoptées par tous ses contemporains. Cependant, dès 1845, Bouchut apportait, le premier, une restriction aux idées de Cruveilhier et pensait que la composition même du sang pouvait, chez les cachectiques et les individus atteints de maladies chroniques, jouer un rôle prépondérant pour la coagulation.

(1) E. SCHWARTZ, *Presse méd.*, 1^{er} février 1896.

(2) Nous avons profité largement pour la rédaction de ce chapitre du consciencieux et savant mémoire de Vaquez sur la phlébite des membres. VAQUEZ, *Clin. méd. de la Charité*, 1894, p. 751.

C'est Virchow qui, dans ses différents Mémoires de 1854 à 1873, combattit le plus vigoureusement la phlébite primitive de Cruveilhier ; la phlébite devenait pour lui secondaire à la coagulation, à la thrombose qui était primitive ; la *phlegmatia alba dolens* était une thrombose marastique et non plus une phlébite oblitérante par coagulation secondaire du sang dans les vaisseaux ; la coagulation spontanée pouvant être due soit à des altérations spéciales du sang, soit à des modifications dans les conditions mécaniques de sa circulation. Il établissait, au point de vue pathogénique, cinq catégories de thromboses : 1^o par compression ; 2^o par dilatation ; 3^o par traumatisme ; 4^o la marastique ; 5^o par altération vasculaire. Pour Virchow, la phlébite suppurée est un phénomène pathologique commençant par une thrombose et finissant par le ramollissement du thrombus ; s'il existe des altérations de la paroi des veines, elles sont secondaires.

Cornil et Ranvier montraient bientôt l'absolu de l'opinion de l'anatomo-pathologiste allemand, en décrivant l'endophlébite qui succède à une plaie d'amputation et atteint un vaisseau vide de sang.

Dès 1874, dans son cours, Vulpian s'élevait contre la doctrine de Virchow et se demandait si vraiment les thromboses marastiques étaient spontanées et non précédées du développement d'un état morbide des parois veineuses. Il réclame des examens répétés et consciencieux pour éclairer ce point de pathogénie.

Dans ces dernières années, la question a changé complètement de face ; il paraît démontré que, conformément aux idées de Cruveilhier, la thrombose n'est que la suite d'une phlébite, d'une altération endothéliale qui reconnaît elle-même pour origine, dans un grand nombre de cas, la présence de microorganismes pathogènes de nature variable. Les thèses de Widal (1), de Vaquez (2), ont montré que dans l'œdème blanc douloureux des nouvelles accouchées, aussi bien que dans les coagulations veineuses des phthisiques, chlorotiques, etc., l'altération de l'endoveine était primitive, la thrombose secondaire.

En résumé, l'on revient de plus en plus à la manière de voir de Cruveilhier et l'on abandonne la conception de Virchow, qui avait régné en maîtresse jusqu'à ces dernières années.

Étiologie et pathogénie. — Au point de vue étiologique, toute atteinte portée à une veine peut y déterminer de la phlébite. Celle-ci est transitoire et légère lorsque la lésion est aseptique ; quand la lésion est septique, il en résulte des accidents plus sérieux allant de la phlébite oblitérante à la phlébite suppurée et constituant les types de la phlébite infectieuse. Les plaies et contusions des veines peuvent amener la phlébite lorsque la contusion est exposée ; elle peut, comme toute plaie aseptique, évoluer aseptiquement, tout comme

(1) WIDAL, Étude sur l'infection puerpérale, la *phlegmatia alba dolens* et l'érysipèle. Paris, 1889.

(2) VAQUEZ, De la thrombose cachectique. Paris, 1890.

un foyer de contusion fermé, et si la phlébite éclate, c'est une phlébite aseptique dont nous tracerons plus loin l'évolution; la dénudation rentrant dans le cadre des contusions, les choses se passeront comme pour ces dernières, avec cette différence que la dénudation prive la veine d'un grand nombre de ses moyens de nutrition et la met en infériorité au point de vue de l'envahissement des agents pathogènes et surtout de la réparation des lésions.

Dans certains cas, alors que les veines sont altérées, variqueuses par exemple, il suffit quelquefois d'un traumatisme presque insignifiant, d'un effort, d'une fatigue pour amener, par rupture et éraillure des tuniques veineuses, une phlébite aseptique qu'on aura grande tendance à dénommer spontanée, mais qui ne l'est pas en réalité; telle est la phlébite aseptique des variqueux, surtout chez les femmes enceintes.

Lorsque la plaie est septique, la phlébite qui lui succède est septique ou infectieuse à des degrés variables, suivant l'intensité de la virulence des microbes pathogènes, suivant sa nature, etc. La saignée était jadis une des causes fréquentes de la phlébite septique; toutes les plaies, accidentelles ou opératoires sur les régions riches en veines, étaient le point de départ de phlébites infectieuses plus ou moins graves aboutissant souvent à la septicémie et à la pyohémie. Actuellement les phlébites infectieuses opératoires sont devenues très rares, grâce à l'antisepsie; ce n'est que dans les cas d'infections accidentelles auxquelles le chirurgien n'a pu remédier à temps, que l'on voit encore ces phlébites septiques redoutables par les accidents locaux et généraux qu'elles provoquent. Ce sont surtout les plaies contuses, les plaies par armes à feu qui donnent naissance à ces complications. A côté de ces phlébites, que nous pourrions appeler directes, se range une catégorie d'inflammations veineuses à distance et non en relation directe avec un traumatisme opératoire ou accidentel. C'est ainsi que Troisier, dans sa thèse (1), rapporte une observation de Périer dans laquelle on voit une *phlegmatia* débiter dix-huit jours après une ovariectomie compliquée avec fixation du pédicule à la paroi abdominale. Assez fréquents sont les cas où une hystérectomie abdominale partielle ou totale se complique, au bout de quinze jours à trois semaines, de phlébite des membres inférieurs, soit d'un seul côté, soit des deux côtés. L'apparition d'une phlébite analogue à la *phlegmatia* des cachectiques, sous l'influence d'un traumatisme septique à distance, nous est prouvée par un fait de Charcot. Ce dernier fut atteint d'une phlébite de la fémorale à la suite d'une piqûre anatomique de l'index (2).

C'est surtout après les accouchements que se développe la phlébite dite puerpérale: après Hervieux, Siredey, Widal, en 1889, montra la

(1) TROISIER, thèse d'agrégation. Paris, 1880.

(2) CHARCOT, *Union méd.*, 1876, p. 62.

hiérarchie des accidents puerpéraux en même temps que leur origine infectieuse.

Il établit d'une façon certaine tous les degrés de l'infection puerpérale, depuis l'infection purulente septique jusqu'à la *phlegmatia alba dolens*. La pénétration des germes pathogènes par la plaie utérine, de quelque source qu'ils viennent, est la condition étiologique nécessaire des accidents qui se manifesteront d'autant plus facilement que l'accouchement aura été plus laborieux et fait dans des conditions moins bonnes au point de vue de l'antisepsie. La phlébite peut, dans ces diverses circonstances, atteindre soit les grosses, soit les petites veines, être purement oblitérante, adhésive, ou au contraire purulente, septique, avec tous les signes de la septicémie et de la pyohémie. C'est, comme le montre Widal, pour n'avoir pas assez étudié la période qui s'écoule depuis le moment de l'accouchement jusqu'au début de la phlébite que les auteurs n'ont pas su dépister la nature infectieuse de la *phlegmatia* et faire sauter aux yeux les relations qu'il y a entre elle et l'infection puerpérale plus grave.

Les phlébites que nous venons de passer en revue, qu'elles soient chirurgicales ou puerpérales, sont de cause externe; elles peuvent être opposées à toute une série d'inflammations veineuses de cause interne, spontanées ou encore médicales, que nous ne ferons qu'énumérer au point de vue étiologique. Sans aucune intervention extérieure, comme dit Vaquez, sous l'influence seule d'un état morbide infectieux primitif ou secondaire, les veines de l'économie peuvent être atteintes de phlébite, telles les phlébites de l'érysipèle, du rhumatisme blennorragique, de la tuberculose et des états cachectiques, celles des maladies dites infectieuses, comme la fièvre typhoïde, la grippe, la pneumonie, la syphilis, le paludisme, des maladies constitutionnelles comme la chlorose, la goutte et le rhumatisme.

En somme les phlébites médicales ou spontanées sont souvent infectieuses et produites comme celles dont nous avons parlé précédemment par l'action sur les tuniques veineuses de microbes pathogènes, pyogènes ou non.

Au point de vue pathogénique, la bactériologie des phlébites a fait, dans ces dernières années, de grands progrès. Sous l'impulsion des travaux de Pasteur, Doléris, Weigert, Hutinel, des recherches ont été faites et ont amené un certain nombre de résultats. Il faut arriver à la thèse de Widal pour trouver des constatations précises et multipliées montrant les mêmes microorganismes infectant à la fois les parois veineuses et l'utérus des femmes atteintes d'infection puerpérale: Vaquez a montré que l'on peut facilement produire des phlébites infectieuses en créant sur le système veineux un point d'appel à une infection provoquée. L'altération de la veine appelle l'agent infectieux et son dépôt *in situ*, alors que cet agent a été introduit dans le torrent circulatoire par injection intraveineuse; jamais, par contre,

on n'a pu constater l'apport des microorganismes par les *vasa vasorum*, ni les troubles qui peuvent en résulter pour la nutrition du vaisseau, points très importants étant donné que si la dissémination, comme nous le verrons dans l'anatomie pathologique, se fait indistinctement dans toutes les parties de la veine et dans le caillot qui s'y forme, il n'est pas moins vrai qu'assez habituellement les microbes pourront l'envahir surtout par sa tunique externe et les vaisseaux nourriciers de celle-ci. On a trouvé dans les parois veineuses et le caillot qui remplit le calibre du vaisseau des microbes divers, parmi lesquels nous citerons surtout le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque, le bacille d'Eberth, le *Bacterium coli*.

Il y a pour Vaquez deux conditions essentielles nécessaires dans l'examen des veines atteintes de phlébite, pour obtenir des résultats positifs : 1° il faut que la phlébite soit de date suffisamment récente; 2° il faut faire porter les recherches sur des points multiples et là surtout où la phlébite semble avoir débuté. Il est en effet démontré que les agents infectieux disparaissent assez rapidement des caillots des veines, plus lentement des parois; dans certains cas l'examen des parois est positif, alors que celui du caillot ne donne rien; d'autre part l'on peut, par les méthodes connues, arriver à déceler, dans un caillot, des microorganismes qu'on ne retrouvera pas dans les parois. C'est dans les parties périphériques du caillot et au niveau de la paroi interne de la veine qu'on rencontre le plus fréquemment les microbes pathogènes. Il faut bien savoir que les agents infectieux ainsi trouvés peuvent être identiques à ceux qui ont occasionné la maladie première, mais que souvent ils sont dus à des infections secondaires d'ordre banal, et ce n'est pas là une des moindres difficultés dans l'étude bactériologique et pathogénique des phlébites dites infectieuses.

Anatomie et physiologie pathologiques. — Les phlébites chirurgicales peuvent s'observer dans toutes les régions munies de veines; mais ce sont de préférence les veines des membres et surtout celles du membre inférieur qui sont atteintes d'inflammations; les phlébites des veines prostatiques, de la veine dorsale de la verge, des veines utérines et utéro-ovariennes, succèdent chez l'homme et chez la femme aux lésions inflammatoires et infectieuses de ces régions et organes; les phlébites de la jugulaire interne, des sinus du crâne en particulier, du sinus latéral, sont le plus souvent consécutives à des lésions suppurées de l'oreille moyenne, à des mastoïdites, tandis que celle du sinus caverneux a été observée à la suite d'une phlébite de la veine faciale propagée à la veine angulaire, puis à la veine ophthalmique à la suite d'anthrax et de furoncles de la face, et en particulier des lèvres.

Presque toutes les phlébites chirurgicales sont infectieuses, septiques, l'infection pouvant amener, suivant son atténuation, soit la

phlébite dite adhésive de Hunter, soit la phlébite suppurée circonscrite ou diffuse, lorsque la virulence est plus intense. Vaquez a décrit sous le nom de phlébite aseptique les lésions que l'on observe à la suite d'un traumatisme aseptique, tel qu'une ligature, une plaie. Les lésions consistent dans une vascularisation considérable de la tunique externe dont les *vasa vasorum* sont dilatés, les éléments cellulaires de la tunique interne sont gonflés, en même temps qu'apparaissent de petites cellules arrondies aux confins des pertes de substance; on peut à peine relever au niveau de ces altérations quelques stries fibrineuses ne méritant pas le nom de caillot; d'autant que ce dépôt fibrineux disparaît rapidement et que le vaisseau reprend sa perméabilité complète. Sont-ce bien là des lésions inflammatoires proprement dites, et ne s'agit-il pas plutôt de troubles de nutrition aboutissant à la restauration du vaisseau traumatisé? Lorsque la lésion traumatique a été plus intense, surtout lorsque la veine a été dénudée et privée de ses moyens de nutrition et par conséquent de résistance, il se fait sous le vaisseau de véritables coagulations pariétales qui peuvent persister, oblitérant ainsi le calibre vasculaire. Lorsque le trauma atteint une veine altérée, variqueuse, les coagulations sont encore plus considérables et plus persistantes et peuvent aboutir à une oblitération tout comme dans la phlébite infectieuse.

En résumé, les phlébites dites aseptiques par Vaquez se terminent par guérison complète ou restitution *ad integrum* du calibre vasculaire, ou par oblitération adhésive. Les phlébites septiques se terminent presque toujours par oblitération, quelquefois par suppuration localisée ou diffuse.

Quand l'inflammation est hyperseptique, il ne se produit habituellement aucune coagulation dans l'intérieur de la veine et l'on constate les lésions d'une phlébite suraiguë avec ou sans infiltration purulente des parois. C'est surtout dans les anciens travaux sur la phlébite chez les septicémiques et pyohémiques qu'on trouve des descriptions se rapportant à cette forme anatomo-pathologique.

Les veines sont épaissies, infiltrées, dépolies à leur intérieur et remplies d'un pus quelquefois louable, d'autrefois ichoreux, avec des débris de caillots noirs ou grisâtres formant comme une bouillie puriforme, sans adhérence; en de certains points, une coagulation plus ferme existera et bouchera la veine, comme pour empêcher le travail de la suppuration de s'étendre plus loin. Dans certains cas, les parois de la veine sont comme ulcérées, détruites, sa cavité communique avec les espaces cellulaires périphériques constituant un abcès en bouton de chemise intra et extraveineux; dans quelques cas, enfin, la veine est enflammée et présente les lésions de suppuration que nous avons indiquées, ou simplement épaissie et remplie d'une bouillie noirâtre, nous montrant de distance en distance des abcès périphériques sans communication avec l'intérieur du vaisseau. La