

Entre ces deux affections, il y a cette différence que, dans la première, les flexuosités morbides sont la conséquence d'une lésion des parois artérielles, tandis que dans la dilatation serpentine des artères, les parois artérielles présentent simplement une légère hypertrophie en rapport avec leur augmentation de volume; elles ont de plus conservé toute leur élasticité.

Cruveilhier les distingue en *dilatations physiologiques* et *dilatations hypertrophiques*.

Les *dilatations physiologiques* sont surtout le résultat du progrès de l'âge; on les observe principalement chez les *vieillards*.

L'ectasie vasculaire porte généralement alors sur les gros vaisseaux: l'aorte abdominale, les artères iliaques primitives, le tronc brachio-céphalique, l'artère axillaire, l'humérale et la radiale.

Les *dilatations hypertrophiques* sont parfois plus considérables encore; elles sont ordinairement la conséquence de l'oblitération de l'artère principale d'un membre: « on voit alors non seulement les artères collatérales principales, mais encore et essentiellement des artérioles du plus petit calibre, des artères capillaires, en même temps qu'elles se dilatent d'une manière prodigieuse, décrire des flexuosités à circonvolutions excessivement rapprochées; et une chose bien remarquable, c'est que ces flexuosités sont en général limitées aux artérioles les plus déliées, si bien que les artères dont elles émanent sont à peine dilatées et à peine flexueuses » (Cruveilhier).

J'ai observé, comme prosecteur de la Faculté, une pièce anatomique des plus curieuses, dont je n'ai pas trouvé d'autre exemple: Toutes les artères pariétales du tronc d'un homme d'un certain âge étaient dilatées et flexueuses; cette dilatation portait surtout sur la mammaire interne et épigastrique. De ces deux artères partaient une série de flexuosités occupant toutes leurs anastomoses, artères intercostales, artères thoraciques, scapulaires et lombaires. Ces artères injectées au suif, dessinaient à la surface du thorax une série tout à fait curieuse de courbes serpentine dont je crois avoir trouvé la cause dans une disposition spéciale que présentaient les deux artères sous-clavières: ces deux vaisseaux, après avoir fourni les mammaires internes, traversaient au-dessus de la première côte, dans le tendon du muscle scalène antérieur, une véritable boutonnière, qui avait dû certainement gêner la circulation et provoquer la dilatation collatérale des branches thoraciques et lombaires anastomosées avec les mammaires internes.

Les *dilatations serpentine seniles* forment parfois de véritables tumeurs résultant du rapprochement de deux ou trois flexuosités; la poche ainsi formée est animée de battements. On y a entendu des bruits de souffle intermittents et même continus; Broca et Demarquay auraient même senti un véritable frémissement vibratoire.

L'examen de la tumeur, la dilatation des autres grosses artères, l'âge du sujet, permettent en général d'établir le diagnostic.

MALADIES DES VEINES

Par le D^r QUÉNU

Chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté de Paris.

Les maladies des veines consistent en lésions traumatiques et en altérations diverses, primitives ou secondaires, de leurs parois. Parmi ces dernières, les plus communes⁽¹⁾ sont d'ordre inflammatoire: quand elles affectent une marche chronique, elles sont susceptibles de donner naissance à des dilatations plus ou moins irrégulières, connues sous le nom de varices. Notre étude comprendra donc les *lésions traumatiques des veines*, leur inflammation ou *phlébite*, leurs ectasies ou *varices*. Quant à l'histoire des coagulations sanguines ou thromboses veineuses, elle paraît intimement liée à celle de la phlébite, et sera décrite avec elle. Peut-être eût-il convenu de clore ce résumé de la pathologie des veines par une revue rapide des embolies qu'on observe dans le système veineux. L'importance du processus et sa fréquence relative nous y invitaient, mais cette étude eût fait double emploi, car le sujet a été en partie déjà traité à propos des complications des plaies⁽²⁾.

ABERNETHY, Surgic. observat. of the ill conseq. of veinsect. London, 1825. — AMUSSAT, Recherches expérimentales sur les blessures des artères et des veines. Paris, 1845. — BOECKEL, *Revue de chirurgie*, 1881. — COOPER and TRAVERS, In *Surg. essays*, 1818. — *Encycl. int. de chir.*, t. III. — JAMAIN et TERRIER, *Man. de path. chir.* — LANGENBECK, Contribution à la pathologie chirurgicale des veines. *Arch. f. klin. Chir.*, t. I, 1861. — LEGUEST, *Arch. de méd.*, 1875. — NICAISE, Thèse d'agrég., 1872. — HODGSON, Diseases of arteries and veins. — OLLIER, Plaies des veines. Thèse d'agrég., 1857. — RENAULT et BOULEY, *Rev. de méd. vétér.*, 1859. — SAMSON, Thèse de concours, 1856. — TROUSSEAU et RIGOT, *Arch. de méd.*, 1827. — WEBER, *Pitha und Billroth*.

(1) L'envahissement des parois veineuses par les néoplasmes a été décrit dans le volume premier, au chapitre *Tumeurs*.

(2) Voy. RECLUS, *Thromboses et embolies traumatiques*, t. I, p. 190. — QUÉNU, *Carcinome et sarcome*, t. I, p. 388 et 417. *Entrée de l'air dans les veines*, t. II, p. 185.

CHAPITRE PREMIER
LÉSIONS TRAUMATIQUES DES VEINES

Ce titre embrasse non seulement les plaies des conduits veineux, mais encore leur contusion et leurs ruptures.

PLAIES DES VEINES

Anatomie et physiologie pathologiques.

On divise généralement les plaies des veines, d'après leur mode de production, en plaies par instruments piquants ou piqûres, plaies par instruments tranchants, plaies par instruments contondants ou plaies contuses, et plaies par arrachement.

Chacune de ces variétés peut être ou non pénétrante, suivant que toute l'épaisseur ou une partie seulement des parois vasculaires a été intéressée par l'agent vulnérant.

PLAIES NON PÉNÉTRANTES

Les piqûres ou coupures non pénétrantes ne nous sont guère connues que par les expériences d'Ollier et de Nicaise; ces expériences semblent démontrer leur innocuité.

Il n'en est pas de même des plaies contuses, et spécialement des plaies par armes à feu; il peut se faire en effet que la contusion des parois vasculaires soit assez forte pour amener la formation d'une eschare dont la chute tardive détermine une hémorragie grave.

On rapproche habituellement des plaies non pénétrantes les dénudations des veines; ces dénudations se produisent la plupart du temps pendant l'extirpation des tumeurs; on est en droit de les envisager comme des plaies par arrachement ne portant que sur une tunique. La dénudation exposerait, d'après Ollier, à la thrombose et à la phlébite; avec les progrès de la chirurgie antiseptique, il a été permis de réformer ce pronostic, et de dire qu'une veine dénudée placée dans un foyer aseptique, ne court guère de risques⁽¹⁾.

PLAIES PÉNÉTRANTES

1° PLAIES PAR INSTRUMENTS PIQUANTS. — Les piqûres des veines sont opératoires ou accidentelles; je range parmi les premières: la saignée, les ponctions faites aux veines pour y injecter des substances médicamenteuses (chloral, eau salée, etc.), ou du sang. Les piqûres sont suivies d'un écoulement de sang noir

(1) Observ. de Pilcher. In *Philad. med. Times*, 1881-1882.

en rapport avec les dimensions de l'instrument employé⁽¹⁾. Cet écoulement ne tarde pas à devenir intermittent, ne persiste plus que pendant l'expiration, puis s'arrête en général de lui-même. Lorsque la veine est volumineuse et la tension du sang noir considérable (cela s'observe, par exemple, dans les pédicules de tumeurs abdominales), l'hémostase est moins facile et nécessite une intervention prompte; souvent le sang s'infiltré dans la gaine celluleuse du vaisseau et dans le tissu conjonctif environnant, en formant un thrombus; c'est même là un mode d'hémostase primitif et provisoire.

2° PLAIES PAR INSTRUMENTS TRANCHANTS. — Ces plaies sont *incomplètes*, c'est-à-dire n'intéressent qu'une partie du cylindre veineux, ou *complètes*.

Les *sections incomplètes* ou *plaies latérales* sont tantôt longitudinales, tantôt transversales; dans celles-là, les lèvres de la plaie s'écartent peu, le jet de sang ne tarde pas à diminuer, et souvent à s'arrêter de lui-même; dans celles-ci, l'écartement beaucoup plus marqué donne à la plaie la forme d'un ovale allongé dans le sens du vaisseau, l'écoulement est beaucoup plus abondant, l'hémostase spontanée plus tardive. Il est du reste un fait sur lequel on ne saurait trop insister, et qui s'applique à toutes les plaies des veines, c'est que l'hémorragie est favorisée par toutes les causes qui augmentent la tension sanguine dans le bout périphérique du vaisseau.

Les *sections complètes* se caractérisent par un double phénomène de rétraction longitudinale et circulaire. La rétraction longitudinale résulte de l'élasticité physique des parois vasculaires, la rétraction circulaire résulte plus spécialement de la contractilité des fibres lisses, dont la direction est transversale ou oblique. Le sang coule par le bout périphérique, noir, en jet presque continu, en telle abondance, si la veine est grosse, que la mort peut rapidement s'ensuivre. Le bout central ne donne que peu de sang ou saigne abondamment: dans ce cas, c'est qu'il reçoit entre la plaie et la valvule située au-dessus de celle-ci, une collatérale importante. La rétraction circulaire des veines peut être empêchée par une disposition anatomique spéciale (adhérences aux aponévroses, à des canaux osseux, etc.), ou par une modification pathologique des tissus (inflammation, indurations chroniques, calcifications, etc.).

Tels sont les principaux phénomènes qui accompagnent les piqûres ou les coupures des veines; nous devons analyser d'un peu plus près ceux qui président à l'hémostase spontanée, immédiate, puis à l'hémostase définitive.

HÉMOSTASE PROVISOIRE

Nous envisagerons successivement les piqûres, les sections incomplètes et les sections complètes.

Dans les *piqûres*, il est probable que la cause ordinaire de l'hémostase réside dans la formation d'un thrombus dans la gaine celluleuse et autour de la veine.

Dans les *sections incomplètes*, le mécanisme de l'hémostase spontanée paraît résulter de la présence d'un caillot qui, d'abord formé en dehors de la veine⁽²⁾, s'étend peu à peu à travers la solution de continuité, jusque dans l'intérieur du vaisseau. Travers, qui a le premier expérimentalement étudié la question⁽³⁾, a

(1) Voy. les expériences de Nicaise.

(2) OTTO WEBER.

(3) Expérience sur le cheval.