

Le seul traitement vraiment curatif est celui qui, s'adressant à tout le système veineux d'un membre, serait capable de rendre aux parois vasculaires leur structure normale. On a récemment vanté l'usage de l'*Hamamelis virginica* qui, à la dose de 5 à 7 grammes par jour d'extrait fluide, aurait amené des guérisons complètes⁽¹⁾. Ai-je besoin de dire que la réserve est de rigueur jusqu'à plus ample observation.

TRAITEMENT NON OPÉRATOIRE. — Certaines règles d'hygiène sont particulièrement recommandables aux variqueux; ils doivent éviter de porter des vêtements qui les serrent soit au tronc, soit en un point des membres, ils ont lieu surtout de se garder de la station prolongée; la marche leur est assurément moins nuisible. On peut leur conseiller les ablutions froides ou chaudes⁽²⁾, on doit réclamer d'eux une propreté minutieuse et les engager à éviter toute cause d'irritation de la peau.

La base du traitement des varices est le port d'un bandage compressif. Le plus simple est la bande de flanelle roulée, elle peut suffire dans les cas légers, à condition d'être méthodiquement appliquée chaque jour⁽³⁾. En général, on lui préfère l'usage des bas lacés et surtout des bas élastiques. Ces derniers sont fabriqués avec du tissu mélangé de fils de coton ou de soie et de fils de caoutchouc; ils laissent le talon et les orteils libres et remontent plus ou moins haut suivant l'étendue des varices⁽⁴⁾; leur élasticité est pour ainsi dire destinée à compenser celle qui a disparu des parois veineuses.

Malheureusement, ces appareils ne sont pas toujours aisément supportés, ils se détériorent facilement, se salissent et déterminent des éruptions diverses; ils n'en rendent pas moins de grands services et permettent aux malades de continuer leur profession, en évitant la plupart des complications de l'état variqueux⁽⁵⁾.

TRAITEMENT OPÉRATOIRE. — Dans tous les procédés opératoires, sauf celui d'Héracpath⁽⁶⁾ et celui de Maclaren⁽⁷⁾, le chirurgien se propose d'obtenir l'interruption de la circulation dans un segment des veines malades; or, on peut y arriver par trois méthodes principales: 1° en liant les vaisseaux; 2° en les détruisant; 3° en provoquant une phlébite dite adhésive qui les oblitère.

⁽¹⁾ MUSSEY, *Philad. med. Times*, 1885. Les effets bienfaisants se feraient sentir après un mois d'administration du médicament.

⁽²⁾ A 40 degrés au moins.

⁽³⁾ On a aussi employé les bandelettes de diachylon imbriquées.

⁽⁴⁾ Les bas sont dits *simples* quand ils s'arrêtent au-dessous du genou, avec *genouillères*, quand ils comprennent le genou. Lorsque les varices sont très développées à la cuisse, ou lorsqu'elles se compliquent de sciaticque, il importe de faire remonter le bandage jusqu'au pli de l'aîne, et comme il est souvent difficile de le maintenir, on est obligé d'ajouter une véritable ceinture. Le malade porte alors non plus un bas, mais un caleçon élastique.

⁽⁵⁾ Faut-il faire porter des bas élastiques aux femmes enceintes? Chaussier, Dubois, Depaul (cités par Budin) ont rapporté quelques accidents dus à la compression des membres inférieurs pendant la grossesse; ces accidents (avortement, petites hémorragies utérines et pulmonaires) paraissent tellement exceptionnels qu'ils ne suffisent pas à créer une contre-indication au traitement palliatif des varices. Voy. BUDIN, Thèse d'agrég., *loc. cit.*

⁽⁶⁾ Héracpath, convaincu que les veines subissent un étranglement au niveau des orifices aponévrotiques, conseillait de débrider l'orifice que traverse la saphène interne au niveau du *fascia crebriformis*, et celui qui livre passage à la veine saphène externe à la région du jarret.

⁽⁷⁾ MACLAREN, *Sem. méd.*, 1889, p. 211. Le procédé de cet auteur consiste à exciser une bande de la peau du mollet de 50 centimètres de long sur 5 centimètres de large. « La cicatrisation produit une tension de la peau qui comprime les veines comme une sorte de bas élastique naturel. »

1° *Ligature*. — On a lié les veines à ciel ouvert⁽¹⁾, ou bien sans incision cutanée, en passant un fil derrière, puis au-devant d'elles⁽²⁾, ou bien encore en passant simplement un fil sous la veine et en l'étranglant contre la peau⁽³⁾, etc. On a aussi proposé de glisser une épingle sous la varice, puis d'étrangler, par un fil lié circulairement autour de l'épingle, et la veine et la peau soulevées⁽⁴⁾. Toutes ces complications opératoires n'ont plus leur raison d'être aujourd'hui; c'est à ciel ouvert qu'il faut agir⁽⁵⁾, si on choisit la ligature comme procédé de traitement.

2° *Destruction*. — On réalise la destruction d'un segment veineux de plusieurs manières, par *dénudation*, par *cautérisation* et par *excision*.

Dans le *procédé de dénudation* (Rigaud)⁽⁶⁾, on pratique une incision le long de la veine, qu'on isole des parties environnantes dans une certaine étendue; alors on interpose entre elle et les tissus sous-jacents un bout de sonde ou une bandelette de caoutchouc; le vaisseau ainsi dénudé et exposé à l'air ne tarde pas à se gangrener.

La *cautérisation* est un moyen très anciennement employé. Celse, A. Paré, etc., se servaient du cautère actuel. Bonnet⁽⁷⁾, Laugier, Valette, etc., lui ont préféré les caustiques; Follin recommandait d'appliquer pendant une ou deux minutes, sur le point qu'on veut cautériser, une mince couche de pâte de Vienne qui ramollisse la peau et permette ainsi l'action de la pâte de Canquoin ou du sparadrap au chlorure de zinc⁽⁸⁾.

L'*excision* des varices, fort pratiquée chez les anciens⁽⁹⁾, a été remise en honneur par Rima⁽¹⁰⁾ (de Venise); de nouveau condamnée et abandonnée⁽¹¹⁾, elle a, dans ces dernières années, reçu de l'antisepsie son entière réhabilitation. En Angleterre, Steele (de Bristol), Marshall⁽¹²⁾, Davies Colley⁽¹³⁾, ont publié dès 1875, des observations attestant l'innocuité et la simplicité de la méthode: leurs conclusions ont été successivement adoptées par Howse⁽¹⁴⁾, Annandale⁽¹⁵⁾, Dunn⁽¹⁶⁾, Fry⁽¹⁷⁾, Franks Kendal⁽¹⁸⁾, etc.

⁽¹⁾ E. HOME, *Prat. obs. on treat. of ulcers on the leg.*, 1197. — TRAVERS, BÉCLARD, FELINE, MARIE, *Rivista clinica di Bologna*, 1881. — STEELE, *Brit. med. Journal*, 1875. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, *Chirurgie antiseptique*, 1876.

⁽²⁾ GAGNEBÉ, Thèse de Paris, 1850.

⁽³⁾ CHAUMETTE, DE GOUEY, LOMBARD (cités par Follin), ARMSBY, *Med. press and circ.*, 1888.

⁽⁴⁾ Davat enfonce une première épingle en arrière du vaisseau, puis une seconde à travers celui-ci, alors il croise les épingles et les assujettit à l'aide d'un fil en 8. Au bout de cinq à sept jours on enlève les épingles. DAVAT, Thèse de Paris, 1855, et *Arch. de méd. Soc. de chir.*, 1878.

⁽⁵⁾ En un seul point ou en plusieurs points différents, avec ou sans incision de la veine entre deux ligatures.

⁽⁶⁾ RIGAUD, *Soc. de chir.*, 1875. — CAZIN, *Modific. aux procédés de Rigaud*. *Soc. de chir.*, 1875.

⁽⁷⁾ BONNET, *Mémoire sur le traitement des varices des membres inférieurs*. In *Arch. de méd.*, 1859. — BÉRARD, *Idem*. In *Gaz. méd.*, 1842. — VALETTE, *Clin. chir. de l'Hôtel-Dieu à Lyon*, 1875.

⁽⁸⁾ FOLLIN et DUPLAY. « On découpe un morceau de sparadrap au chlorure de zinc de 1 centimètre de long sur 5 millimètres de large, on l'applique au centre de la première eschare et on l'y maintient fixe pendant vingt-quatre heures ».

⁽⁹⁾ Opération faite sur Marius (dans *Plutarque*). Voy. CELSE, FALLOPE, etc.

⁽¹⁰⁾ RIMA, *Gaz. méd.*, 1857.

⁽¹¹⁾ « Cette méthode opératoire est donc une de celles qui présentent le plus de dangers » (Follin). Gross cite l'excision comme très dangereuse (*System of surgery*, 1882).

⁽¹²⁾ STEELE, MARSHALL, *Lancet*, 1875.

⁽¹³⁾ DAVIES COLLEY, *Guy's hosp. rep.*, 1875.

⁽¹⁴⁾ HOWSE, *Guy's hosp. rep.*, 1877.

⁽¹⁵⁾ ANNANDALE, *Brit. med. Journal*, 1879.

⁽¹⁶⁾ DUNN, *Saint-Barthol. hosp. rep.*, 1879.

⁽¹⁷⁾ FRY, *Brit. med. Journal*, 1885.

⁽¹⁸⁾ FRANKS KENDAL, *Dublin Journal med. sc.*, 1886.

En Allemagne, Schede (1), Starke (2), Madelung (3), Risel (de Halle) (4), etc., se sont également montrés partisans de l'extirpation des tumeurs variqueuses.

En France, cette opération est peu pratiquée, si l'on en juge du moins par le petit nombre d'observations publiées; nous ne craignons pourtant pas de dire dès maintenant que l'indication d'un traitement opératoire une fois admise, l'extirpation est le procédé de choix (5).

La plupart des chirurgiens cités plus haut font des excisions multiples entre deux ligatures; celles-ci sont faites au catgut ou à la soie antiseptique.

5° *Méthode d'oblitération par phlébite.* — Cette méthode comprend toute une série de procédés plus ou moins dangereux sur lesquels je n'insisterai pas: tels sont la compression par divers appareils (6), l'acupuncture, le séton, la coagulation par rayonnement (7), la galvano-puncture, etc. Je ne m'arrêterai qu'aux injections coagulantes intra ou extra-veineuses.

Les injections *intra-veineuses* (8) ont été faites spécialement avec le perchlorure de fer (9), à la dose de 2 ou 5 gouttes pendant qu'un aide isolait par compression le segment veineux injecté. On détermine ainsi *directement* une inflammation coagulante qu'on crée *indirectement* par les injections péri-veineuses (10). Celles-ci ont été faites avec une solution d'alcool (Englisch, M. Sée, Broca, etc.), avec de l'ergotine (Vidal et Ferrand (11), Guyon), et du perchlorure de fer, etc.

J'ai déjà, dans le cours de cette énumération de procédés opératoires, marqué nettement ma préférence pour l'extirpation entre deux ligatures. A mon sens, toute méthode qui a pour essence même de provoquer une phlébite est une mauvaise méthode, l'opérateur n'est jamais maître des limites et de l'intensité de l'inflammation qu'il a déterminée; il expose en outre ses malades aux dangers nullement imaginaires (12) de l'embolie, surtout s'il a recours aux procédés aveugles et condamnables de l'injection intra-veineuse; je pense en somme que, dans la chirurgie des veines comme dans celle des autres organes, il y a tout intérêt à voir et à savoir ce qu'on fait; les méthodes sanglantes et à ciel ouvert, ligature ou excision, me semblent les seules acceptables.

La difficulté est bien moins dans le choix du procédé opératoire que dans la solution des deux questions suivantes:

1° Rend-on réellement service aux variqueux en général en déterminant une oblitération partielle de leurs varices?

2° Existe-t-il des cas spéciaux qui soient justiciables d'une intervention opératoire?

On est à peu près d'accord sur le premier point: la grande majorité des vari-

(1) SCHEDE, Congrès des chirurgiens allemands, 1884 (cité par Schwartz).

(2) STARKE, *Idem*.

(3) MADELUNG, Treizième congrès des chirurgiens allemands. *Centralbl. f. Chir.*, 1884.

(4) RISEL (cité par Lebrun), *Journal de méd. chir. et pharm.* Bruxelles, 1885.

(5) Schwartz a écrit en 1885: « Ce serait presque le procédé de choix ».

(6) Voy. description et indications bibliographiques dans Follin.

(7) PIFFARD, *Charleston med. journal and rev.*, 1877.

(8) Préconisées surtout par les chirurgiens de Lyon, Vallette, Pétrequin, Desgranges, etc.; employées par Broca, Follin, Chassaignac. Soc. de chir., 1852, 1854, 1858, 1865.

(9) D'autres ont préconisé une solution iodo-tannique (iode, 5 gr.; tanin, 45 gr.; eau, 1000 gr.); à la dose de 7 à 8 gouttes. Voy. Thèse Legendre, 1881.

(10) ENGLISCH, *Wiener med. Wochenschr.*, 1878. Voy. Thèse Chabert, 1879; Thèse Falin, Lagarigue et Decourbe, 1880.

(11) Acad. de méd., 1881.

(12) Ainsi que l'a prétendu Ellinger (cité par Frank).

queux peuvent se passer d'opérations et nous ne comprenons plus qu'un chirurgien ait eu à opérer des centaines et des milliers (1) de varices. Assurément nous n'avons plus pour repousser l'intervention les mêmes raisons qu'au temps de Velpeau et de Nélaton: les risques opératoires se sont de plus en plus réduits, mais les chances d'une guérison *persistante* ne se sont guère accrues. Sans invoquer les raisons théoriques que nous énumérons dans les généralités thérapeutiques du début, sans parler d'accidents exceptionnels, je le veux bien, avec nos nouvelles méthodes, mais toujours possibles, on peut encore aujourd'hui répéter avec Michon et Nélaton (2), avec Velpeau, Verneuil, etc., que les varices sont incurables et que la récédive ou mieux que la continuation de la maladie est la règle. Rigaud n'a revu que 15 opérés sur 140: Dans 5 cas, de nouvelles varices s'étaient développées dans des branches collatérales qui n'étaient nullement variqueuses au moment de l'opération; d'autres fois la saphène externe était devenue malade, ou bien de petits ulcères s'étaient reproduits (3).

Mais si l'intervention est à repousser comme méthode générale de traitement, peut-être n'en est-il pas de même pour un certain nombre de cas particuliers; *il est possible qu'en France nous ayons trop de tendance à nous abstenir.*

L'indication d'intervenir peut être discutée dans trois circonstances différentes: dans les cas de douleurs vives dans un paquet variqueux, dans les cas d'hémorragies, dans les cas d'ulcères.

Les varices développées le long des saphènes peuvent être extrêmement douloureuses, en dehors de toute poussée inflammatoire, uniquement parce qu'elles ont englobé et irrité les nerfs correspondants; la résection de la tumeur douloureuse nous paraît être une conduite chirurgicale des plus logiques, elle a été du reste pratiquée par Schwartz avec un plein succès (4).

La résection ou mieux la ligature, dans les cas d'hémorragies par ruptures de varices, nous paraît également défendable (5); la grosseur (6) cesse même, en raison du danger, de devenir une contre-indication formelle.

Pour les ulcères variqueux la question est plus discutable. Bon nombre d'opérations pratiquées chez les variqueux l'ont été à cause d'ulcères compliqués et difficiles à guérir. *Théoriquement*, en supprimant les paquets variqueux au-dessus de l'ulcère, on favoriserait la circulation de la peau, on la déchargerait du poids d'une colonne sanguine considérable. *Pratiquement*, les observations

(1) BONNET, *Deux mille cas traités par des caustiques.* Thèse Legendre.

(2) NÉLATON, Soc. de chir., 1852: « Pendant mon séjour à Bicêtre, j'ai vu bon nombre de malades qui avaient subi des opérations multiples pour être guéris de leurs varices; chez aucun je n'ai pu constater une véritable guérison. »

(3) Rigaud a retrouvé deux de ses anciens opérés de Strasbourg: chez l'un d'eux, la guérison parfaite se maintenait depuis quatre ans, chez l'autre l'ulcère s'était reproduit. Toutes ces observations sont en somme insuffisantes et je n'admets en aucune façon le « pas de nouvelles, bonnes nouvelles » de l'auteur. Je ne saurais trop répéter que la persistance de l'oblitération veineuse (Th. Lagarigue, malade opéré à Necker depuis quatorze ans: les veines étaient restées oblitérées. — Valette, malade opéré par Bonnet, en 1840: la guérison s'est maintenue trente-deux ans), n'est pas le fait qui intéresse le plus le malade, si d'autres varices se développent en d'autres lieux.

(4) Schwartz (Soc. de chir., 1888) a opéré un homme de trente-quatre ans qui portait une tumeur variqueuse grosse comme une mandarine à la face interne du genou, et qui souffrait horriblement de la moindre pression. Ce malade a été guéri de ses douleurs et revu deux ans après.

(5) Peut-être dans les cas de névrites sciatiques graves, non améliorables par le repos ou les bas, serait-on autorisé à pratiquer, au point le plus douloureux, la ligature des veines qui sortent du sciatique.

(6) Observation de Championnière. Th. Legendre.

(7) Observation d'Erichsen (*Lancet*, 1857), de Cazin, etc.

viendraient appuyer l'action chirurgicale⁽¹⁾ : par elle la cicatrisation aurait été hâtivement obtenue sur des plaies rebelles à tout traitement. Je me suis longtemps intéressé à la cure des ulcères variqueux par divers pansements⁽²⁾. Je n'en ai guère vu qui aient résisté aux pansements antiseptiques aidés du repos horizontal, de la compression et au besoin des greffes de Thiersch. Comme la thérapeutique sanglante ne met pas plus que les autres à l'abri des récurrences, comme justement, dans les cas d'ulcères, il est difficile, même à distance, d'obtenir un champ opératoire parfaitement aseptique et des tissus non infectés antérieurement, je conclus ici encore à l'abstention, ne réservant l'indication opératoire que dans les cas où l'ulcération serait le siège de douleurs excessives et rebelles avec des saignements répétés et abondants, mais alors la thérapeutique de ces derniers accidents rentre dans le cadre précédent.

Je résumerai donc les indications opératoires dans le traitement des varices en disant : *Ce n'est que pour des douleurs tenaces et pour des hémorragies que l'intervention chirurgicale est justifiée.*

Telles étaient nos conclusions dans la 1^{re} édition de ce traité, c'étaient celles de la plupart des chirurgiens français en 1889. J'admettais cependant que nous étions peut-être trop abstentionnistes. Depuis nous le sommes devenus un peu moins, principalement à la suite du travail de Trendelenburg⁽³⁾, qui s'est fait, on le sait, l'apôtre de la ligature de la saphène interne contre les varices et leurs complications, lorsque la phlébectasie s'étend au tronc même de la saphène. La méthode qu'il a cherché à réhabiliter consiste à lier la saphène interne à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la cuisse; l'auteur conseille de sectionner le vaisseau entre deux ligatures; je pense qu'il convient de compléter cette intervention en y ajoutant la résection des paquets variqueux développés dans les branches secondaires, et au besoin la ligature du tronc de la saphène à la jambe. Les résultats obtenus par cette opération souvent simple et son influence sur les complications des varices sont réellement remarquables et parfois persistants, c'est ce qui ressort des observations de Trendelenburg et en France des observations de Cerné⁽⁴⁾, Remy⁽⁵⁾, de Championnière, Reclus, Schwartz et des nôtres⁽⁶⁾.

L'intervention chirurgicale, c'est-à-dire l'excision, me paraît encore justifiée dans certains cas de phlébite variqueuse, soit comme procédé de cure rapide de la poussée inflammatoire, soit comme moyen de prévenir une complication embolique, ou de supprimer des douleurs à forme névralgique. J'ai pour ce dernier motif, en 1892, réséqué la veine poplitée et thrombosée⁽⁷⁾, dilatée en sac et dans d'autres cas réséqué des veines variqueuses et enflammées du nerf sciatique. De même Segond⁽⁸⁾ a extirpé une varice thrombosée de la saphène interne au voisinage de son embouchure.

⁽¹⁾ Observations de Rigaut, Lebrun, Franck, etc., et plus anciennement de Chassaignac, Davat, etc.

⁽²⁾ TH. BLANC, *Traitement des ulcères variqueux par le sulfate de cuivre*, 1887-1888.

⁽³⁾ TRENDLENBURG, *Beitrag zur klin. Chir.*, VII, 1890 et Thèse de Tobold, Bonn, 1889.

⁽⁴⁾ CERNÉ, *Soc. de chir.*, 1891.

⁽⁵⁾ Congrès de chirurgie, 1892.

⁽⁶⁾ *Bull. de la Soc. de chir.*, 27 févr. 1895.

⁽⁷⁾ QUÉNU, Congrès de chirurgie, 1892.

⁽⁸⁾ SEGOND, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1894, p. 587.

LÉSIONS TRAUMATIQUES DES OS

Par le D^r RICARD

Chirurgien des hôpitaux,
Professeur agrégé de la Faculté.

Et le D^r A. DEMOULIN

Chirurgien des hôpitaux,
Ancien chef de clinique de la Faculté.

I

CONTUSION

La contusion des os est très fréquente, mais son histoire détachée des autres lésions traumatiques des os, ne présente guère d'intérêt. Le plus souvent, en effet, la contusion accompagne une plaie des os ou une fracture. Son étude se trouve donc confondue avec celle de ces lésions, et dans ce cas les phénomènes de contusion passent au second plan.

Quand la contusion existe seule, il convient d'envisager deux cas. Tantôt, en effet, elle est produite par un corps contondant qui, pénétrant par effraction, est venu s'arrêter sur l'os après avoir perforé et déchiré les parties molles qui le séparent du squelette, tantôt au contraire les téguments sont restés intacts. Dans le premier cas, fréquent surtout en chirurgie de guerre, l'existence d'une plaie des téguments, conduisant au foyer de la contusion, domine toute l'histoire pathologique de ce genre de lésion, et nous ne nous en occupons pas. Nous étudierons seulement les contusions osseuses avec intégrité des téguments.

Les os le plus fréquemment atteints sont, on le conçoit, ceux qui sont le plus superficiellement placés (crâne, clavicule, face interne du tibia).

La contusion reconnaît comme causes des coups portés avec des instruments contondants et mous; marteau, bâton; des chocs provenant de masses pesantes; pierres, pièces de métal, etc., ou bien des chutes de toute espèce. Voilà pour la pratique civile, mais les contusions des os s'observent surtout en chirurgie de guerre, elles sont alors produites par des projectiles arrivés à la fin de leur course, et qui ne sont plus animés d'une quantité de mouvement suffisante pour triompher de la résistance du squelette; elles s'accompagnent souvent de plaies des téguments, mais elles peuvent aussi rester fermées. Aujourd'hui avec les balles cuirassées, difficilement déformables, douées d'une vitesse considérable et d'une grande force de pénétration, ces contusions deviendront exceptionnelles.

L'anatomie pathologique des contusions fermées des os est mal connue, mais on a cependant des données certaines sur les lésions que produisent les projectiles qui contusionnent les os, et il est permis de conclure, nous semble-t-il, que les altérations doivent être les mêmes, quel que soit l'agent vulnérant.

Du côté du périoste, quand les téguments sont intacts il n'y a pas de déchirure, mais on trouve sous lui du sang épanché, formant tantôt de petits foyers punctiformes disséminés et limités, tantôt une collection plus considérable, un