

Les varices ont une marche essentiellement chronique, et, arrivées à un certain degré, elles peuvent persister presque indéfiniment. Cependant elles tendent à s'affaïsser avec l'âge, et on les a même vues disparaître à peu près complètement, ce qui est rare. Il est un mode de guérison spontanée que l'anatomie pathologique nous a déjà fait connaître, c'est la phlébite adhésive et l'oblitération consécutive du vaisseau; mais assez souvent les varices sont l'origine d'accidents divers qui deviennent parfois de graves complications : ce sont l'érysipèle, le phlegmon, la phlébite, l'ulcération et l'hémorrhagie.

L'érysipèle est remarquable dans ce cas par sa coloration livide, sa marche lente et chronique; parfois il est le point de départ d'un phlegmon circonscrit ou diffus, et d'abcès multiples situés le long des veines variqueuses. La phlébite est plus fréquente; elle est le plus souvent adhésive, et c'est à elle qu'il faut attribuer ces oblitérations déjà signalées et qui sont un mode de guérison spontanée des varices. Mais parfois l'inflammation ne se limite point à la veine, elle se transmet à son atmosphère celluleuse, et la suppuration a lieu au dedans et au dehors du vaisseau. De petits abcès indépendants se forment encore le long de la veine enflammée; mais l'infection purulente est très-rare.

L'ulcération de la peau est le plus fréquent de tous les accidents qui compliquent les varices, puisqu'elle peut succéder à ceux que nous venons de signaler, ou survenir primitivement. Dans ces tissus où l'irritation est chronique, la circulation entravée et la nutrition incomplète, une exco-riation superficielle, une contusion légère suffiront pour déterminer la production d'un ulcère variqueux, qui peut survenir aussi spontanément. L'ulcère variqueux, d'abord superficiel et peu étendu, s'accroît bientôt en surface et en profondeur. Il en résulte une plaie irrégulière, à bords durs et taillés à pic, à fond livide et souillé de sang, à suppuration sanieuse et fétide, et qui peut être parfois le siège d'une abondante hémorrhagie. Ces ulcères ne se montrent guère qu'à la jambe, et surtout au voisinage des malléoles.

L'hémorrhagie, que nous venons de voir compliquer les ulcères, peut survenir aussi primitivement, à la suite d'une contusion légère, d'un effort, ou de l'ulcération spontanée de la peau et de la veine. Cette hémorrhagie, qui s'accomplit le plus souvent sans douleur, est remarquable par son abondance. Tantôt, le sang coule en bavant; tantôt et plus fréquemment il s'échappe en jet saccadé et rutilant : ce qui s'explique par l'état des parois veineuses dont la structure se rapproche de celle des parois artérielles, et par la dilatation des veinules et des capillaires où le sang se désartérialise incomplètement.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic des varices est en général assez facile, mais dans certains cas, lors même qu'on n'a aucun doute sur l'existence des varices, on doit rechercher s'il ne s'agit pas de varices simulées. L'application de ligatures autour des jambes a été employée par des conscrits pour simuler des varices; mais il n'y a alors qu'une simple

dilatation momentanée, sans flexuosités ni altération, et l'on peut, par l'examen minutieux du membre, constater la présence de l'agent constricteur.

Une petite hernie crurale a pu simuler une dilatation de la saphène à sa partie supérieure, au point où elle traverse le *fascia cribriformis*. L'erreur inverse peut être commise, et cela d'autant mieux, que les efforts de toux impriment une certaine impulsion au sang contenu dans la tumeur variqueuse; mais une hernie crurale réductible ne reparait pas après l'application d'un bandage, tandis que la tumeur formée par une dilatation variqueuse de la saphène se montre au-dessous de lui.

Les anévrysmes sont animés par un souffle et un mouvement d'expansion; les varices anévrysmales font entendre un susurrus particulier et présentent un frémissement cataire, tous symptômes qui ne permettent point de confondre ces tumeurs avec de simples varices.

PRONOSTIC. — Il n'y a qu'une gravité relative, suivant la cause, les professions et les complications. Les varices qui tiennent à la grossesse ou à la présence de tumeurs peuvent spontanément s'effacer après la disparition de la cause productrice; celles qui sont dues à l'exercice de certaines professions s'aggravent au contraire par la répétition des travaux qui les ont causées et peuvent même les rendre impossibles. La gravité des complications ressort d'elle-même.

La rupture des varices peut être fort grave : Chaussier et Murat citent chacun le cas d'une femme grosse qui périt victime de cet accident, et Velpeau a vu un campagnard succomber vingt-quatre heures après la déchirure d'une varice. C'est à pareille cause que serait due, dit-on, la mort de Copernic (1).

TRAITEMENT. — Il y a des varices spontanées qu'il faut savoir respecter, et de ce nombre sont assurément celles qui sont le siège d'hémorrhagies périodiques et remplacent les règles supprimées; il y en a d'autres qui sont symptomatiques d'une grossesse, d'une tumeur, d'un anévrysme variqueux, et qu'on ne peut guérir qu'en s'adressant à la cause qui les a produites; mais en dehors de ces deux conditions il y a d'autres varices qui peuvent exiger un traitement direct.

Un traitement général par les saignées, les purgatifs, ne serait indiqué qu'au cas où des varices douloureuses, pénibles à supporter, seraient symptomatiques de quelque état pléthorique consécutif lui-même à un obstacle à la circulation. Ce sont des moyens locaux qui doivent être opposés aux varices, et ce traitement chirurgical intervient, soit pour pallier, soit pour guérir radicalement ces varices. On agit tantôt directement sur la veine, tantôt indirectement, quand on fait porter les moyens locaux au-dessous du vaisseau variqueux. Quoi qu'il en soit du traitement qu'on met en usage, il est certaines précautions à prendre pour en assurer le succès, c'est d'enlever toute constriction, soit de l'abdomen, soit des

(1) Velpeau, *Traité de médecine opératoire*, t. II, p. 262.



membres inférieurs, de faire cesser la station verticale prolongée et toutes les causes d'irritation cutanée par des topiques résolutifs ou émollients.

Pour présenter avec ordre l'ensemble des nombreux moyens qu'on a cherché à opposer aux varices, nous diviserons d'abord le traitement en deux catégories : 1° *moyens palliatifs*; 2° *moyens curatifs*. Ces derniers moyens peuvent encore être subdivisés en deux groupes distincts, soit qu'on fasse subir à la veine une perte de substance, ou qu'on se contente de l'oblitérer.

**Moyens palliatifs.** — Ils comprennent la *position*, la *compression* et le *débridement*.

a. *Position.* — De tous temps les chirurgiens ont observé l'influence de la position sur le volume des varices. Déjà Aétius prescrivait une situation convenable à donner aux membres variqueux, et de nos jours Gerdy a démontré son utilité par ses recherches sur l'influence de la pesanteur dans les maladies chirurgicales. Mais en tous cas la position seule n'est qu'un léger palliatif, un adjuvant utile des autres moyens curatifs, mais qui ne peut être employé que durant un temps assez limité.

b. *Compression.* — Il s'agit ici de la compression générale qui favorise la circulation en prêtant un point d'appui latéral à la paroi veineuse, vide les veines superficielles aux dépens des profondes, facilite la résorption de la sérosité épanchée, provoque la résolution de l'irritation cutanée, et enfin prévient l'ulcération. La compression dans le traitement des varices remonte à la plus haute antiquité, et déjà Hippocrate l'avait conseillée. Depuis lui elle a été recommandée par presque tous les chirurgiens comme le premier moyen à mettre en usage.

La compression s'exécute de diverses manières. Le moyen le plus simple est le *bandage roulé* méthodiquement appliqué; mais c'est là un moyen défectueux, car la bande se desserre bientôt, et il faut la réappliquer plusieurs fois par jour. Les *bandelettes de diachylon imbriquées* exercent une compression très-régulière et assez solide; mais, outre que l'appareil est complètement inextensible et gêne par là les fonctions du membre, il est irritant pour la peau en raison de la substance emplastique qui le constitue. Un *bas* ou un *bracelet lacé*, suivant le siège des varices, convient mieux pour faire la compression. Le bas dont on se sert habituellement pour les varices des membres inférieurs est fait sur mesure; il est de fort coutil ou mieux de peau de chien, qui prête sans cesser d'être élastique. On interpose entre le bas et la peau une couche de coton ou une compresse de toile qui comble les vides et l'empêche d'être souillé. Il est d'une application assez difficile, car il faut éviter surtout de comprimer plus en haut qu'en bas, ce qui entraînerait de l'œdème ou une gêne considérable dans la marche. On fabrique aussi des bas élastiques, soit moitié fil de chanvre et moitié caoutchouc, soit avec du caoutchouc vulcanisé. Ils sont également faits sur mesure, et

le malade doit interposer entre eux et la peau un autre bas de tissu doux et souple.

La compression bien faite peut être fort utile; mal appliquée, au contraire, elle peut produire de sérieux accidents: le chirurgien doit donc présider à sa première application. Il la fera lorsque le malade aura été couché depuis plusieurs heures; puis il l'engagera à se lever et à marcher pour juger du degré de constriction, et le modifier au besoin.

c. *Débridement.* — Ce procédé dérive d'une idée tout anatomique, et consiste à débrider l'orifice aponévrotique que traversent au jarret la saphène externe, au pli de l'aine la saphène interne, devenues variqueuses. Il a pour point de départ cette idée que parfois les varices sont dues à un étranglement produit par l'anneau fibreux traversé; idée émise par Herapath (1), et que Verneuil fait à son tour intervenir pour expliquer les varices profondes. Quoi qu'il en soit de l'idée théorique, le débridement a été pratiqué une première fois par Herapath et une autre fois par Malgaigne (2). Le manuel opératoire rappelle celui du débridement herniaire: s'il s'agit d'élargir l'orifice que traverse la saphène interne au niveau du *fascia cribriformis*, on met ce fascia à découvert, on le dissèque avec soin, on déprime avec l'index la tumeur variqueuse, et un bistouri aigu ou boutonné, introduit dans l'anneau fibreux que traverse la veine, débride son rebord semi-lunaire dans l'étendue d'un demi-pouce (Herapath). Le but pratique n'a guère été atteint, car dans le cas de Malgaigne il y eut phlébite adhésive, bien qu'aucune veine n'eût été lésée; et l'amélioration dérivait probablement de cette inflammation même. Or, on comprend tout le danger de provoquer une phlébite, même adhésive, et dont la nature est de s'étendre, dans le voisinage de la veine fémorale, qui peut s'oblitérer.

Avant d'aborder le traitement curatif, nous mentionnerons encore les *punctions* et les *petites incisions* pratiquées et préconisées par J. L. Petit, qui avaient pour but d'évacuer le *sang grossier*, et qui n'agissaient guère que comme de simples saignées.

**Moyens curatifs.** — Les recherches anatomiques de Verneuil expliquent l'impuissance des procédés de cure radicale et l'imminence des récidives: en effet, tout procédé, quel qu'il soit, a pour but direct de faire cesser la circulation dans les veines variqueuses, et pour but indirect de faire suppléer la circulation veineuse superficielle, désormais suspendue, par la circulation profonde, restée perméable. Mais puisqu'il est démontré que les veines profondes sont toujours, et les premières, affectées, le but ne peut être atteint, et la circulation superficielle ne pourra s'effectuer qu'au prix de la dilatation des veines sous-cutanées restées intactes jusque-là; c'est-à-dire qu'on aura remplacé une infirmité par une autre.

(1) *Revue médico-chirurgicale*, 1848, t. IV, p. 103.

(2) *Ibid.*, 1850, t. VIII, p. 319.



Bien plus, c'est que si les faits indiqués par Verneuil sont généraux, les tentatives de cure radicale sont nuisibles, puisqu'à un membre où la circulation veineuse se fait mal, on enlève encore un certain nombre de ses canaux vasculaires et l'on augmente d'autant la gêne de la circulation et les inconvénients qui en résultent. La prétendue cure radicale sera donc d'autant plus nuisible qu'elle aura mieux oblitéré ou détruit, et ainsi se trouve expliqué, par exemple, l'engorgement éléphantiasique du membre, observé au bout de plusieurs années chez des sujets opérés par A. Bérard.

Cependant il est certain, d'autre part, que les procédés de cure radicale ont eu souvent pour résultat de faire disparaître les ulcères, de mettre un terme aux douleurs, de faciliter les fonctions du membre, etc. De sorte que, si la récurrence a lieu plus ou moins tard, on a dans tous les cas pratiqué une *cure palliative prolongée*. C'est ce qui va motiver les détails opératoires dans lesquels nous allons entrer, et où nous serons plus d'une fois guidé par un excellent travail de Verneuil.

Le traitement curatif a pour but d'interrompre la circulation dans le vaisseau variqueux, et il arrive à ce but, soit en faisant subir une *perte de substance* à la veine, soit en déterminant l'*oblitération* du vaisseau.

Il présente des indications et des contre-indications assez bien exposées par Bonnet (de Lyon). Il est indiqué, selon lui : 1° toutes les fois que les varices s'altèrent et donnent naissance à des hémorrhagies ; 2° lorsqu'elles sont volumineuses et empêchent la marche et le travail ; 3° lorsqu'il existe des ulcères très-étendus. Il est contre-indiqué : 1° quand le malade est très-âgé ; 2° que la maladie est très-ancienne ; 3° que les deux saphènes sont variqueuses.

A. *Opérations entraînant une perte de substance de la veine*. — Ces opérations sont l'*extirpation*, la *résection*, la *section*, la *ligature* et la *cautérisation* des veines variqueuses.

a. *Extirpation*. — On la pratique sur les points variqueux eux-mêmes. C'est un procédé que suivaient les anciens, et l'on sait, par Plutarque, que Marius subit cette opération à l'une de ses jambes, mais que, vaincu par la douleur, il ne voulut point livrer l'autre au chirurgien. Il n'était guère applicable qu'aux tumeurs variqueuses ou aux varices que leur position rend gênantes ou difformes. On incisait la peau sur un pli, quand elle était saine, et l'on enlevait le paquet variqueux après l'avoir disséqué. Quand au contraire la varice était oblitérée ou adhérente, on faisait une incision elliptique, et l'on enlevait la peau avec les veines qu'elle recouvrait. Cette opération, pleine de périls, est justement abandonnée aujourd'hui.

b. *Résection*. — Dans un procédé plus moderne, sans qu'on en connaisse précisément l'auteur, mais qui s'inspire évidemment des procédés anciens, on excise une portion plus ou moins étendue du tronc veineux principal ; c'est donc une méthode indirecte. On incise la peau sur un pli, on coupe ensuite la veine ainsi dénudée, à l'angle inférieur, puis

à l'angle supérieur de la plaie. Rima (de Venise) (1), qui parmi les modernes a le plus souvent pratiqué cette opération, opère le plus haut possible, très-près de l'arcade crurale, pour les varices des membres inférieurs, et retranche 3 centimètres environ de la veine. Sur trente-quatre opérations, il a eu, dit-il, un tiers de guérisons ; deux tiers d'insuccès plus ou moins complets, parmi lesquels deux cas de mort.

Inspiré par Ricord, son interne, Lisfranc (2), après avoir incisé la peau, coupait la veine sous la peau, à l'aide de ciseaux courbes, au-dessus et au-dessous de la plaie cutanée. Il évitait ainsi le contact de l'air sur les bouts de la veine divisée. Un aide comprimait cette veine au-dessus et au-dessous des points incisés. On réunissait par première intention et l'on exerçait une compression avec des compresses graduées.

Les accidents de l'extirpation et de la résection sont la *douleur*, qui peut être excessive, et qui s'explique par la présence de filets nerveux qui côtoient les saphènes et leurs divisions ; l'*hémorrhagie*, qui est parfois considérable et pour laquelle on est alors obligé de lier les deux bouts divisés ; enfin des *accidents inflammatoires* nombreux, tels que phlegmon, abcès, érysipèle et surtout phlébite. Ainsi Rima a eu à déplorer 2 morts par phlébite ; et Lisfranc 3 morts sur 5 opérations. Cette méthode opératoire est donc une de celles qui présentent le plus de dangers.

c. *Section simple, transversale et à ciel ouvert*. — Brodie (3), et après lui Velpeau, l'ont mise en usage. On passe un bistouri droit et effilé en arrière de la veine, soulevée dans un pli de la peau, puis on incise veine et peau, de la profondeur vers la surface. On comprime du côté du bout inférieur et l'on panse à plat. Cette opération a aussi donné des résultats désastreux.

d. *Section sous-cutanée*. — C'est encore Brodie qui en eut l'idée. Il introduisait le bistouri à plat entre la peau et la veine, et coupait celle-ci en retirant l'instrument. Jules Guérin (4) a modifié ce procédé en faisant l'incision à la base d'un pli cutané. Les accidents sont moins nombreux et surtout moins redoutables que par l'incision simple.

e. *Ligatures*. — La ligature interrompt la continuité du vaisseau et en détermine l'oblitération au-dessus et au-dessous du point divisé. On l'emploie ici de différentes façons.

1° *Ligature simple à ciel ouvert*. — Analogue à celle qu'on pratique pour les anévrysmes. Elle a été appliquée par E. Home (5), surtout en vue de guérir les ulcères variqueux. Il liait la saphène au-dessus du genou, après incision préalable de la peau, puis réunissait par première inten-

(1) Gazette médicale, 1837, p. 427.

(2) Précis de méd. opér., 1847, t. III, p. 171.

(3) Medico-chirurg. Transactions, 1816, t. VII, p. 197.

(4) Lisfranc, Méd. opérat., t. III, p. 168.

(5) E. Home, Pract. Observ. on Treatm. of Ulcers on the Leg, 1787, p. 170.



tion. Ce procédé a déterminé de nombreux accidents et a été abandonné.

2° *Ligature sous-cutanée.* — Gagnebé (1) l'indiqua le premier en 1830, Velpeau l'appliqua vers 1838, et Ricord la perfectionna en 1839. On passe à l'aide d'une aiguille un fil en arrière de la veine, sans inciser la peau; puis on ramène le même fil en avant du vaisseau, en faisant repasser l'aiguille entre la peau et la veine, par les trous qu'elle a primitivement traversés. La veine se trouve ainsi entourée par une anse de fil dont les deux chefs sortent par le premier trou d'entrée de l'aiguille. On lie ensuite le vaisseau en graduant à volonté la constriction. Ce procédé n'est plus guère appliqué qu'au varicocèle.

3° *Ligature médiate.* — Dans ce procédé plus ancien et plus primitif que le précédent, on n'étrangle pas seulement la veine, mais la peau qui la recouvre. Chaumette (2), de Gouey (3), Lombard (4), l'ont successivement mis en usage. On passe un fil, à l'aide d'une aiguille, en arrière de la veine, et on le lie sur la peau, « laissant le fil jusques à tant qu'il tombe de soy » (Chaumette).

4° *Ligature médiate sur un corps étranger.* — Velpeau, qui en eut la première idée en 1830, l'a surtout popularisée, mais Davat l'appliqua le premier sur le vivant en 1833. Ce procédé consiste à soulever la veine variqueuse dans un pli de la peau, et à passer une épingle sous la veine, à la base du pli; cela fait on étrangle la veine et la peau soulevées, par un fil lié autour de l'épingle circulairement, et non point en huit de chiffre, comme dans la suture entortillée. On opère ainsi en deux ou trois points de la saphène au-dessus du genou, et sur toutes les veines dilatées de la jambe et du pied. Deux ou trois épingles suffisent assez souvent, mais on peut être obligé d'en appliquer successivement huit, dix et même jusqu'à quinze. Aucun pansement n'est nécessaire. La mortification a lieu en six à quinze jours; la plaie qui en résulte est sanieuse, et se cicatrise comme celle d'une brûlure. Les accidents possibles dans ce cas sont une inflammation phlegmoneuse, des abcès, etc. Velpeau (5) qui avait employé ce procédé plus de cent cinquante fois de suite sans revers, a eu une mort à déplorer en 1839. C'est donc là un mode de traitement peu périlleux.

5° *Ligature simple ou double, avec section, incision ou excision de la peau.* — On agit directement sur les tumeurs variqueuses pour évacuer le sang contenu ou faire l'extirpation du vaisseau. C'est là un procédé ancien, que Paul d'Égine a décrit, et que A. Paré, et après lui Dionis, n'ont fait que mentionner. La veine variqueuse étant mise à nu dans l'étendue de trois

(1) Thèse de Paris, 1830, n° 5.

(2) *Enchiridion chirurgicum*. Genevæ, 1627.

(3) *La véritable chirurgie établie sur l'expérience et la raison*. Rouen, 1716, p. 231.

(4) *Clinique des plaies récentes*. Paris, 1800, p. 248.

(5) *Méd. opérat.*, 1839, t. II, p. 271.

travers le doigt, on l'étrangle à l'aide de deux fils, on la coupe entre les deux ligatures et on la laisse se mortifier.

f. *Cautérisation.* — C'est la *cautérisation actuelle* qu'employaient Celse, A. Paré, Dionis, et, plus près de nous, Brodie. Mais ce procédé fut toujours exceptionnel, et il tombait presque en désuétude quand on eut l'idée de recourir aux caustiques.

La *cautérisation potentielle* est au contraire un des meilleurs procédés de cure radicale. Bonnet (de Lyon), inspiré par Gensoul, y eut recours le premier, et son exemple a été suivi par un grand nombre de chirurgiens.

Bonnet employa d'abord la potasse caustique, à laquelle Laugier substitua la pâte de Vienne; plus tard le chirurgien de Lyon se décida à faire usage de la pâte de Canquoin. Les caustiques alcalins ont la propriété de dissoudre les tissus, le chlorure de zinc les coagule au contraire. Ces propriétés différentes des caustiques alcalins et du chlorure de zinc peuvent être tour à tour utilisées. Une couche très-mince de pâte de Vienne appliquée pendant une ou deux minutes sur le point qu'on veut cautériser ramollit les couches superficielles de la peau, et rend plus facile l'action du chlorure de zinc qui vient coaguler le sang dans la veine variqueuse sous-jacente et transformer le tout en une eschare dure propre aux hémorrhagies.

Quel que soit le caustique, avant de l'appliquer, on rase la peau du membre, et la veille de l'opération on fait marcher le malade afin de gonfler les varices. On marque alors à l'azotate d'argent ou à l'encre les points où doit être appliqué le caustique.

Le principal lieu d'élection aux membres inférieurs est au-dessous du genou, à peu près au point où l'on applique des cautères aux jambes, parce que les accidents sont toujours moins à redouter quand on opère sur la jambe que sur la cuisse, parce qu'aussi la coagulation du sang, et par suite l'oblitération du vaisseau, s'étend au-dessous du point opéré comme au-dessus, dans le reste de la saphène, et cette dernière condition ne fût-elle point réalisée, le malade ne serait point alors gêné par la dilatation de la portion crurale de la saphène. On est quelquefois obligé de cautériser également au-dessus du genou, quand il existe de nombreuses varices au niveau du condyle interne; mais c'est surtout à la jambe qu'on fait les applications successives de caustique, et c'est alors sur les bosselures les plus volumineuses qu'il faut agir. On doit s'abstenir de toute cautérisation au pied, au niveau de l'articulation du genou, de l'articulation tibio-tarsienne et de la face interne du tibia; la cautérisation profonde pouvant causer en ces points des accidents que l'on conçoit.

Une seule cautérisation suffit rarement; il faut alors avoir recours aux cautérisations multiples, qui ne dépassent guère quatre ou cinq, en des points différents du vaisseau, distants chacun de 12 à 15 centimètres. Ces cautérisations multiples que Bonnet ne craignait pas de pratiquer