

anneaux fibreux pour les veines profondes (Verneuil), serait la condition anatomique qui expliquerait le mieux quelques-unes de ces dilatations veineuses.

SYMPTOMATOLOGIE. — Le *varicocèle* et les *hémorroïdes* présentent des caractères spéciaux qui motivent une description à part; aussi sera-t-il surtout question ici des varices des saphènes. Nous parlerons tour à tour des phénomènes qu'on observe sur les varices superficielles et sur les varices profondes.

1° *Varices superficielles*. — Au début de la lésion, les veines superficielles ont augmenté de diamètre, et présentent çà et là des renflements veineux correspondant aux points où existent des valvules. La peau possède sa coloration et sa texture normales, et glisse facilement sur la veine. Celle-ci n'est point allérée, la pression la vide facilement, et la circulation s'y opère bien, quoique lentement. Le volume des veines diminue dans la position horizontale pour augmenter au contraire dans la station verticale. Il n'existe point de douleur, mais quand la position déclive est longtemps prolongée, il se manifeste un peu d'œdème et parfois de l'engourdissement dans les extrémités inférieures.

A une période plus avancée, les veines ne sont plus seulement tuméfiées, mais déformées, sinueuses et renflées çà et là. Elles sont d'ailleurs molles, fluctuantes, réductibles par la pression, qui n'est point douloureuse; la peau n'a point changé de température à leur niveau. Une percussion rapide y détermine une ondulation remarquable; et les efforts de toux peuvent leur communiquer une impulsion, une dilatation subite et une rénitence qu'on observe surtout à la partie supérieure de la saphène interne. La contraction musculaire augmente bien plus sûrement cette rénitence.

Les renflements variqueux qu'on voit au niveau des valvules constituent des tumeurs arrondies, rarement fusiformes, du volume d'une noisette à celui d'un petit œuf. Ces renflements ont d'abord les caractères du reste de la veine variqueuse; mais quand l'altération est plus avancée, ils peuvent être rénitents, irréductibles: ils sont alors oblitérés; ou bien encore ils présentent une dureté pierreuse qui trahit la présence d'un phlébolithe. On a dans de rares occasions constaté une impulsion communiquée au renflement variqueux par une artère sous-jacente.

Des gros troncs la dilatation ayant gagné les petites branches veineuses, il en résulte souvent des *tumeurs variqueuses*, tumeurs molles, pâteuses, à large base, ayant parfois l'aspect d'un amas de vers de terre, de sangsues, etc., et qui siègent souvent dans le voisinage du genou. Elles sont indolentes d'ailleurs, et donnent parfois lieu à une sorte de frémissement quand on en opère la réduction.

Cependant les téguments, d'abord sains et mobiles sur les varices, finissent aussi par s'altérer; des plaques brunâtres, violacées, livides, s'y développent; ils s'amincissent ou au contraire s'infiltrent, s'empâtent et deviennent plus adhérents.

La jambe, déformée, acquiert un volume presque égal partout, en même temps qu'elle devient dure, froide et livide. Il y a alors, sinon de la douleur, qui est rare, du moins un sentiment de pesanteur, de tension et d'engourdissement qui entrave les fonctions du membre.

2° *Varices profondes*. — Nous venons de parler surtout des signes des varices superficielles. Est-il possible de constater l'existence des varices profondes lorsque les veines superficielles ne sont pas variqueuses? Verneuil a rapporté un certain nombre de faits qui permettent de répondre affirmativement à cette question, du moins pour les varices des membres inférieurs. Il a constaté que les individus dont les veines profondes de la jambe sont variqueuses, éprouvent facilement de la fatigue dans la marche, un sentiment de lourdeur, un engourdissement, des crampes et des picotements dans le membre, qui devient débile, vacillant, et ne peut plus supporter le malade.

Tous ces phénomènes se manifestent parfois chez des individus qui n'ont pas de varices superficielles, ou chez lesquels on ne trouve que d'insignifiantes varicosités du derme. On comprend donc que la cause de ces phénomènes ait passé souvent inaperçue.

Si le chirurgien interroge alors avec soin le malade, il reconnaît que la gêne douloureuse existe surtout dans l'épaisseur du mollet. Cette douleur cesse brusquement la nuit, lorsque l'individu s'étend dans son lit, ou lorsqu'il place son membre dans la position horizontale, mais elle revient le matin au lever, surtout lorsqu'il reste longtemps debout. Il n'est pas rare de voir cette gêne produite par les veines profondes diminuer notablement lorsqu'il se manifeste des varices superficielles.

La cause de cette douleur paraît être la compression exercée sur les parties voisines par les veines dilatées, soit que ces varices compriment des nerfs moteurs, soit qu'elles agissent d'une façon fâcheuse sur les fibres musculaires.

Le toucher du mollet envahi par des varices profondes donne la sensation d'un empâtement plus ou moins dur. On peut ainsi s'assurer que ce mollet est plus volumineux que celui du côté opposé, et que cette dureté et ce volume diminuent quand on met le membre horizontalement, et qu'on exerce sur lui des pressions de bas en haut. Dès que le membre est ainsi dégonflé, on perçoit bien l'état des choses, et en particulier des duretés qui sont dues à la coagulation spontanée du sang dans les veines variqueuses. De tout cela il résulte que pour se faire une idée nette de l'origine des phénomènes indiqués ci-dessus, on doit examiner attentivement l'état du membre avant le lever, et le soir après une marche un peu prolongée.

Il faut dire enfin que ces varices profondes s'accompagnent assez souvent de taches brunes, diffuses, pigmentaires sur la peau, qui est en même temps le siège d'éruptions, de démangeaisons, et parfois d'une augmentation considérable de la sécrétion sudoripare dans la jambe malade.

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 *plegmon* 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 et 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.

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 flexuosité ni altération, et l'on peut, par l'examen minutieux du membre, constater la présence de l'agent contracteur.

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 *anévrismes* 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 fils 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'aîne 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 *ponctions* 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. 106.

(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 récidive 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 tronç 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 guérison; 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 celle 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*, 1797, p. 170.