

qui occupent la partie supérieure de l'artère fémorale ; ils sont assez fréquents et occupent souvent le triangle inguinal, mais peuvent cependant siéger plus bas, vers la terminaison de l'artère fémorale ; ils n'offrent rien de spécial ; la compression digitale et, en cas d'insuccès, la ligature au-dessus du sac, seraient les moyens les plus propres à les combattre.

Les anévrysmes variqueux de l'artère fémorale ont été plusieurs fois observés ; les diverses tentatives faites dans le but de les guérir n'ont pas donné des résultats bien satisfaisants, mieux vaut rester dans l'expectation, d'autant mieux qu'on a vu des malades atteints d'une semblable lésion continuer à vivre et même à se livrer à leurs travaux habituels.

Anévrysmes poplités ¹.

L'artère poplitée est, après l'aorte, le vaisseau le plus fréquemment atteint d'anévrysme spontané.

Cette fréquence tient à la position de l'artère poplitée qui, dans les mouvements de la jambe, se trouve alternativement fléchie et étendue. Tant que l'artère a conservé l'intégrité de sa structure, ces mouvements s'effectuent sans qu'il soit possible à un anévrysme de se produire ; mais lorsqu'elle a subi la dégénérescence calcaire, ils déterminent aisément une déchirure de la tunique moyenne. Aussi cet anévrysme s'observe-t-il surtout chez des gens qui exercent des professions pénibles, et dont les jambes sont habituellement fléchies (tailleurs, cochers, etc.).

L'anévrysme siège à peu près indifféremment sur un point quelconque de l'artère poplitée, mais quel que soit son point de départ, il se dirige toujours vers la partie centrale du creux poplité qui lui offre le moins de résistance ; toute autre direction lui est d'ailleurs interdite par la présence des muscles qui limitent le creux poplité.

Symptômes. — Son existence ne passe pas longtemps inaperçue, car aux symptômes ordinaires de tout anévrysme : battements, souffles, etc., viennent se joindre des symptômes de voisinage qui appellent l'attention.

¹. Vu leur importance, nous imprimons les anévrysmes de l'artère poplitée en grands caractères.

Symptômes de voisinage. — 1° La veine poplitée se trouve très rapidement comprimée, et il en résulte un *œdème du pied, de la jambe*, et une dilatation variqueuse des saphènes.

2° La compression du nerf sciatique détermine soit des phénomènes de *paralyse*, soit plutôt des *irradiations douloureuses* ou de l'anesthésie de la jambe.

3° La présence de la tumeur poplitée *gêne considérablement les mouvements du genou*, aussi la jambe est-elle dans la demi-flexion ; plus tard surviennent les hydarthroses, les arthrites, la destruction des ligaments postérieurs de l'articulation, l'usure des os, etc.

4° Plus que tout autre, l'anévrysme poplité expose au sphacèle, aussi les *gangrènes, soit du pied, soit de la jambe, sont-elles fréquentes*. C'est généralement une gangrène humide, et elle doit en grande partie être attribuée aux modifications de la circulation veineuse ; la veine poplitée étant comprimée, il ne reste que la saphène interne pour ramener le sang veineux de la jambe. Il faut aussi tenir un certain compte de l'obstacle que l'anévrysme peut apporter à la circulation artérielle, et de la difficulté avec laquelle s'établit une circulation collatérale ¹.

Abandonné à lui-même, cet anévrysme prend de grandes proportions, puis se rompt, et les hémorrhagies, les gangrènes, les phlegmons qui accompagnent ces ruptures, sont habituellement mortels.

La position superficielle de l'anévrysme, l'appui que lui fournit le genou, en rendent les symptômes aisément appréciables et par conséquent le diagnostic facile (voy. TUMEURS DU CREUX POPLITÉ, *Pathologie générale*).

Traitement. — La *compression indirecte digitale exercée sur le pubis* doit être la première tentative de traitement.

En cas d'insuccès, on aurait recours à la *ligature de la fémorale au niveau du canal du troisième adducteur*. Sur 32 cas de ligature faite antiseptiquement, Brun n'a relevé qu'un cas

¹. On a noté fréquemment l'engorgement des trois ou quatre ganglions renfermés dans le creux poplité.

1. — PHLÉBITE (φλέψ, veine).

Mot créé par Breschet pour désigner l'inflammation des veines.

Les phlébites sont infectieuses et parfois toxiques.

Les *phlébites infectieuses* sont de beaucoup les plus fréquentes. Elles sont produites soit par une *plaie* faite avec un instrument septique, soit par un *foyer infectieux* dans lequel plonge la veine (foyer de fracture, surface utérine après l'accouchement, anthrax, etc.), soit enfin par certaines *maladies générales* de nature microbienne, telles que septicémie, fièvre typhoïde, grippe.

Toutes ces phlébites résultent d'une infection microbienne locale ou générale.

Les *phlébites toxiques* sont liées à un trouble général de la nutrition, rhumatisme chronique, goutte, etc., et produites par l'action sur les parois veineuses des produits anormaux engendrés par ces maladies constitutionnelles.

Anatomie pathologique. — Nous exposerons d'abord la théorie qui avait cours jusque dans ces derniers temps. Deux points doivent être étudiés : 1° l'état des parois veineuses ; 2° l'état du sang qu'elles renferment.

1° *Etat des parois veineuses.* — L'inflammation se généralise souvent à toute la paroi de la veine, mais où débute-t-elle ? Contrairement à l'opinion de Hunter, qui pensait que la phlébite commençait habituellement par la tunique interne, c'est au contraire, dans la grande majorité des cas, par les tuniques externe et moyenne qu'elle commence, et très exceptionnellement par l'interne ¹.

1. Suivant le point de départ et parfois la localisation de l'inflammation, on a distingué deux variétés de phlébites :

a) La *périphlébite*, inflammation souvent primitive des tuniques externe et moyenne, caractérisée par la prolifération de leurs éléments cellulaires et le développement des vasa vasorum.

b) L'*endophlébite* ou inflammation de la tunique interne ; presque toujours consécutive, soit à une périphlébite, soit à une thrombose, elle est caractérisée par le dépôt de la surface interne de la veine, par la chute de son endothélium et très rarement par le dépôt d'une couche fibrineuse stratifiée.

La *tunique externe* est épaissie ; il n'est pas rare de rencontrer des cellules embryonnaires ou des globules de pus, disposés entre ses faisceaux conjonctifs ; les vasa vasorum sont développés, souvent même ils se rompent et déterminent de légères ecchymoses, donnant à cette tunique une couleur foncée.

La *tunique moyenne*, dont l'inflammation est toujours consécutive, acquiert une épaisseur notable, elle reste béante après la section et ressemble sous ce rapport à une artère. De petits abcès peuvent même se former dans son épaisseur, s'enkyster ou s'ouvrir soit à l'extérieur, soit dans la cavité de la veine ¹.

La *tunique interne* s'enflamme, se détruit consécutivement aux phlegmasies des enveloppes externe et moyenne. Cependant on a observé quelques cas dans lesquels elle devient *primitivement* rugueuse, dépolie, infiltrée de lymphes plastique. Il est également probable que dans la coagulation spontanée du sang, c'est par elle, s'il survient une phlébite, que débute la phlegmasie.

2° *Etat du sang.* — Dès qu'une veine est enflammée, le sang qu'elle renferme se coagule, le caillot peut être d'abord limité aux parties enflammées, mais bientôt, soit par l'obstacle qu'il apporte au cours du sang, soit en jouant le rôle d'un corps étranger, le caillot s'élève jusqu'aux collatérales voisines, s'arrête à leur niveau ou même s'y prolonge ².

Que deviennent ces caillots ? — 1° Ils peuvent oblitérer complètement la veine, lui adhérer intimement, passer à l'état fibreux, se rétracter en entraînant dans leur rétraction la veine qui se trouve réduite ainsi à un cordon imperméable.

2° Ils ferment incomplètement la veine qui continue à livrer passage à une certaine quantité de sang.

1. Lorsque l'inflammation est limitée aux tuniques externe et moyenne de la veine (périphlébite), le sang pourrait ne pas se coaguler, mais ordinairement l'inflammation ne se localise pas, elle se généralise aux trois tuniques.

2. Le caillot est formé de couches concentriques, rouges à la périphérie, jaunâtres au centre ; il renferme souvent une matière puriforme composée de globules blancs caséux, de granulations graisseuses ; souvent il présente une pointe libre, flottante (caillot *prolongé*), qui battue par le courant sanguin provenant de la collatérale voisine, peut se détacher et former une *embolie*.

3° Ils peuvent se ramollir, se fragmenter, et, lorsque le fragment correspond au bout cardiaque, entraîné par la circulation, il traverse le cœur droit, est lancé par l'artère pulmonaire dans les poumons, où il produit des accidents divers. Le fragment de caillot ainsi détaché porte le nom d'*embolie*¹ (voy. *Pathologie générale*).

4° Parfois le caillot subit une sorte de désorganisation qui offre l'aspect du pus ; c'est un détritit blanchâtre formé par un grand nombre de globules blancs qui ont subi la dégénérescence caséuse.

Ainsi donc la phlébite est ou *adhésive* ou *suppurée*. La suppuration est primitive ou secondaire (suppuration du caillot).

Une THÉORIE NOUVELLE tend à remplacer les opinions jadis acceptées sur la pathogénie des phlébites — les *phlébites reconnaîtraient pour cause l'action sur l'endothélium veineux d'un agent microbien* ; ainsi les phlegmatia des nouvelles accouchées ne seraient point dues à une coagulation spontanée du sang, mais au dépôt sur l'endothélium (tunique interne) de la veine du *streptococcus pyogenes*. — La phlébite, qu'elle soit adhésive ou suppurative, est antérieure à la thrombose, la cause initiale est la même dans les deux cas (microbe déposé sur la tunique interne) et c'est sa virulence différente qui engendre tantôt la phlébite adhésive, tantôt la phlébite purulente.

Symptômes. — Les phlébites présentent, suivant leurs causes et surtout suivant l'intensité de l'infection, des différences qui conduisent à en décrire trois variétés.

A. La phlébite atténuée (thrombose ou phlegmatia alba dolens). — B. La phlébite d'intensité moyenne. — C. La phlébite suppurée d'emblée conduisant à l'infection purulente.

A. *Phlébite atténuée.* — Généralement décrite sous le nom de thrombose ou de phlegmatia alba dolens elle se développe chez les femmes en couches, chez les cachectiques (tuberculose, cancer), à la suite de la fièvre typhoïde, des opérations

1. Ainsi toutes les embolies veineuses sont entraînées par le torrent circulatoire vers le cœur et les poumons, elles marchent de la périphérie vers le centre ; au contraire, les embolies artérielles se dirigent vers les capillaires.

pratiquées sur l'utérus et ses annexes et des maladies microbiennes. Les veines des membres inférieurs (surtout la veine fémorale) en sont le siège de prédilection et elle se traduit par de la *douleur*, de l'*œdème*, par un *cordon dur* sur le trajet de la veine enflammée et souvent par une élévation brusque de la température (de 38 à 39°). Elle peut donner lieu à des *embolies*. 1° La *douleur* est le premier symptôme ; elle s'irradie de la veine malade aux régions voisines et consiste en élancements et en une sensation de gêne et de pesanteur.

2° L'*œdème* est rapide, il s'étend de haut en bas, envahit souvent tout le membre, sa durée est toujours longue et varie de quelques semaines à plusieurs mois, il s'accompagne d'une *impotence* qui pour quelques auteurs ne serait pas simplement mécanique ou d'origine douloureuse, mais liée à l'altération des troncs nerveux (extension de la phlébite à la veine qui accompagne le nerf sciatique).

3° Un *cordon dur et douloureux* peut être suivi sur le trajet de la veine malade, il correspond à son oblitération.

4° L'*embolie*, accident possible, résultant de la fragmentation brusque du caillot et de son transport dans le cœur droit ou l'artère pulmonaire, se traduit par des accès de dyspnée intense, mortels ou passagers.

B. *Phlébite d'intensité moyenne.* — Cette forme plus grave en raison de la plus grande virulence du principe infectieux ou du mauvais état du sujet peut succéder à la phlegmatia, à une plaie septique ou contuse, ou à une suppuration quelconque.

Elle se traduit par des phénomènes inflammatoires aigus. Existe-t-il une plaie, elle prend un mauvais aspect, la région devient chaude, gonflée, douloureuse, on perçoit un cordon dur sur le trajet de la veine et une dilatation des veines sous-cutanées.

En même temps surviennent les symptômes généraux de toute infection générale (fièvre, nausées, vomissements, etc.).

Cette phlébite peut se résoudre, mais elle donne lieu d'ordinaire à de la suppuration et parfois à de l'infection purulente.

C. *Phlébite suppurative diffuse*. — Les symptômes sont ceux de l'infection purulente.

Pour compléter la description des phlébites disons que parfois elles déterminent des *hémorrhagies* et des *gangrènes*. — On a vu des hémorrhagies se produire par surcroît de tension du sang en arrière du point coagulé. (Tonnelé a vu une hémorrhagie cérébrale succéder à une phlébite des sinus.)

Une gangrène humide pourrait résulter de l'obstacle apporté à la circulation, mais ces faits sont très exceptionnels, même dans le cas d'oblitération de veines volumineuses comme la fémorale¹. Ces gangrènes sont engendrées sans doute par des embolies septiques.

Diagnostic. — Le diagnostic de la phlébite superficielle est bien plus facile que celui de la phlébite profonde; elle ne pourrait être confondue qu'avec une *angioleucite* ou un *phlegmon*.

Avec l'angioleucite. — Dans les deux maladies, il existe une trainée rouge; mais cette trainée est très superficielle et formée de lignes distinctes dans l'angioleucite. Le cordon volumineux de la phlébite se distingue du léger épaissement de l'angioleucite. L'œdème est beaucoup plus prononcé dans la phlébite que dans l'angioleucite; enfin, dans cette dernière maladie, les ganglions sont pris, tandis qu'ils ne le sont pas dans la phlébite.

Le *phlegmon* détermine une rougeur, une douleur, un gonflement diffus et nullement disposé sur le trajet d'une veine: de plus, il ne détermine qu'un œdème périphérique bien moins prononcé que l'œdème de la phlébite.

Traitement. — Après avoir, autant que possible, placé la région malade dans une position favorable à la circulation veineuse, on la recouvrira d'onguent napolitain, de cataplasmes émollients; les bains locaux tièdes, longtemps prolongés, sont souvent fort utiles. Il peut être indiqué de faire une dé-

1. Certaines phlébites, celle des sinus de la dure-mère et de la veine porte, donnent lieu à des considérations spéciales.

rivation sur le tube digestif par l'usage d'un purgatif salin. Il faut se hâter de désinfecter la plaie et d'ouvrir les collections purulentes. Hunter avait proposé, dans le cas de phlébite suppurée, de s'opposer à la pénétration du pus dans le torrent circulatoire, par une *compression* exercée sur la veine au-dessus du point malade; on ne croit guère aujourd'hui à l'efficacité d'une semblable mesure, et la compression peut par elle-même augmenter l'œdème, et même favoriser la production d'une nouvelle phlébite. Il faut donc s'en abstenir. Lorsque les frissons et la température indiquent une grave infection générale on est peut-être autorisé à tenter directement la désinfection du foyer veineux en allant ouvrir les veines en suppuration et en les *lavant* au sublimé ou au chlorure de zinc; on les a même *réséquées* ou *liées* au-dessus du point malade.

Nous avons vu que la phlébite laisse souvent après elle l'oblitération de la veine malade; il en résulte un œdème que la circulation collatérale ne réussit pas toujours à faire disparaître; il faut venir en aide à cette circulation collatérale en donnant aux parties œdématiées une position élevée, favorable à la circulation veineuse, et en même temps en exerçant sur elles une compression légère.

2. — PLAIES DES VEINES.

Les plaies des veines sont loin d'offrir le même intérêt que celles des artères; produites par des instruments de formes diverses, ces plaies sont complètes ou incomplètes. Au point de vue clinique, nous pouvons grouper toutes ces variétés sous trois chefs:

- 1° Plaie étroite et incomplète produite sur une veine saine (opération de la saignée);
- 2° Section complète;
- 3° Blessure d'une veine variqueuse.

1° *Plaie étroite et incomplète.* — Lorsqu'on pique une veine pour produire une saignée, on voit s'écouler de la plaie un sang noir; il s'écoule en bavant, souvent par jet continu, mais non en jet saccadé. Il arrive parfois que le sang qui s'écoule

d'une veine présente quelques saccades, c'est un effet de transmission dû au voisinage d'une grosse artère : dans d'autres cas, le sang, au lieu d'être noir, présente une teinte rouge, ce qui est dû à l'abondance de l'hémorrhagie qui accélère le passage du sang à travers les capillaires, et ne lui laisse pas le temps de se désartérialiser.

Cet écoulement augmente lorsqu'on exerce une pression entre la plaie et le cœur ; il diminue au contraire si la pression est exercée du côté des capillaires.

Si la piqûre porte sur une grosse veine du cou, de l'aisselle, on voit l'hémorrhagie augmenter pendant l'expiration, les efforts, la toux, diminuer au contraire pendant l'inspiration : ce sont les conséquences naturelles de l'influence qu'exerce la respiration sur la circulation veineuse.

S'il n'existe pas un parallélisme suffisant entre la plaie de la veine et celle des téguments, le sang s'infiltré dans le tissu cellulaire et y forme une petite tumeur désignée sous le nom de *thrombus* ; si l'épanchement est plus considérable, la tumeur est volumineuse, mais pâteuse et dépourvue des battements et du souffle que présentent les anévrysmes diffus.

2° *Section complète.* — Lorsqu'une veine est complètement divisée, ses deux bouts se rétractent par le fait de l'élasticité des parois et elle diminue de calibre par le fait de la contraction des fibres lisses. Les veines adhérentes aux aponévroses et aux canaux osseux ne se rétractent pas. Un sang noir s'écoule en jet continu du bout périphérique et parfois aussi du bout central, lorsque ce bout reçoit entre la plaie et la valvule située au-dessus une collatérale importante.

Les plaies par arrachement ne donnent point lieu à des hémorrhagies primitives, mais elles ont été parfois le point de départ d'hémorrhagies secondaires ; celles-ci ont été également observées à la suite de contusions des veines ou de plaies contuses par armes à feu : hâtons-nous d'ajouter que ces hémorrhagies veineuses secondaires sont infiniment plus rares que les hémorrhagies artérielles secondaires.

Les plaies par écrasement linéaire broient et fusionnent les veines de façon à s'opposer à tout écoulement de sang.

3° Si la veine blessée est variqueuse, ses parois épaissies s'affaiblissent difficilement et l'hémorrhagie peut prendre des proportions inquiétantes.

En tenant compte des différences que présente l'hémostase suivant le volume de la veine, l'étendue de sa lésion et sa nature, on peut, pour les plaies des veines comme pour celles des artères, distinguer deux variétés d'hémostase, l'une primitive, l'autre consécutive.

L'hémostase primitive se fait, comme à la suite des plaies d'artères, par un caillot ayant la forme d'un clou, dont la tige s'enfonce dans la veine tandis que la tête reste en dehors de la plaie (ce caillot est surtout prononcé sur le bout périphérique, il peut manquer sur le bout central).

L'hémostase définitive se fait exactement comme celle des artères, c'est-à-dire par l'inflammation de la tunique interne (endophlébite) qui envoie des bourgeons dans le caillot, celui-ci finit par disparaître, les bourgeons deviennent fibreux, se rétractent et à ce niveau la veine est réduite à un petit cordon fibreux.

Un certain degré d'inflammation semble donc nécessaire à l'hémostase définitive des veines ; on peut se demander si dans une plaie opératoire parfaitement aseptique ce léger degré d'inflammation faisant défaut une veine non liée ne pourrait être le point de départ d'une hémorrhagie secondaire. Lorsque la plaie suppure, tantôt la phlébite reste adhésive, mais si elle devient suppurée elle peut être le point de départ d'une infection générale.

Pronostic. — Sa gravité se basera sur le volume et la situation de la veine blessée ; les grosses veines, celles dont les parois restent béantes après la section (sinus de la dure-mère, de la prostate, veines du cou, etc.), exposent à des phlébites, des thromboses, des embolies, à l'infection purulente, à l'entrée de l'air dans les veines, etc.

L'hémostase et l'asepsie sont les deux conditions qui dominent le pronostic des plaies des veines.

Diagnostic. — Nous avons déjà donné les caractères qui

permettent de distinguer les plaies des veines de celles des artères ; l'absence de souffle et de battements distinguera l'épanchement de sang veineux de l'anévrysme diffus.

Traitement. — L'indication qui domine le traitement des plaies des veines est de faire une *bonne hémostase* et une *bonne asepsie*.

Les plaies des petites veines ne réclament souvent aucune intervention, le sang cesse de couler de lui-même, ou bien l'hémostase est obtenue par une compression directe faite avec un tampon de gaze ou de ouate où par l'application d'une pince ; lorsque après quelques minutes, la pince étant enlevée, le vaisseau donne encore, il faut le lier.

Les *plaies des grosses veines* doivent comme celles des artères être traitées par la ligature ou les pincés à demeure.

Bien que l'on ait beaucoup redouté la gangrène à la suite de la ligature de grosses veines (crurale jugulaire), cet accident doit être bien rare.

Les *plaies incomplètes des veines* seront traitées soit par la compression, soit par la ligature latérale, soit par l'application de pincés.

3. — ENTRÉE DE L'AIR DANS LES VEINES.

Dans le cours de certaines opérations pratiquées sur le cou, l'aisselle, ou au voisinage de la partie supérieure du thorax au moment où l'instrument divisait une veine, on a entendu un *sifflement* comparable à celui que détermine l'air qui s'engage sous une machine pneumatique, et le *malade a succombé instantanément* ou en très peu de temps : la mort a été attribuée à l'introduction de l'air dans les veines.

Pathogénie. — On sait, en effet, que les veines du cou et celles qui avoisinent le thorax, protégées ou fixées par des aponévroses ou des adhérences fibreuses, restent béantes lorsqu'on les divise, et que, grâce à cette persistance de leur calibre, le thorax, en se dilatant, aspire le sang qu'elles renferment ; on conçoit donc comment, lorsqu'on vient à ouvrir une de ces veines, l'air se trouve aspiré dans sa cavité.

Mais lorsque l'air a pénétré dans ces veines, et, par suite, dans le cœur, comment peut-il déterminer la mort ?

1^{re} opinion. — Quelques chirurgiens croient que l'air agit *mécaniquement*, soit en entravant, par sa présence, les contractions du cœur, soit en s'arrêtant dans les capillaires des poumons et en suspendant ainsi la circulation.

2^e opinion. — Oré a prouvé que l'on pouvait injecter impunément à un chien de forte taille 300 centimètres cubes d'azote dans les veines, tandis que 60 à 80 centimètres d'air atmosphérique tuent un chien de même taille. Ce physiologiste croit que l'air a sur la fibre musculaire du cœur une *action sédative* ou *toxique* qui paralyse cet organe.

Traitement. — Dans les opérations pratiquées sur le cou, on évitera autant que possible la section des veines : si cette section était nécessaire, il faudrait la faire entre deux ligatures. Une veine vient-elle à être ouverte, fermez-la aussitôt avec le doigt, afin d'éviter la pénétration de l'air. Valentine Mott parvint ainsi à sauver un de ses opérés chez lequel la pénétration d'une faible quantité d'air avait déjà déterminé de redoutables accidents. Si ceux-ci commencent à se manifester, il faut, suivant les conseils d'Oré, étendre le malade, et déterminer une forte stimulation à l'aide de l'électricité ; un des pôles de la pile sera appliqué dans la plaie du cou, le plus près possible du tronc du pneumogastrique, et l'autre pôle dans une incision rapidement pratiquée sur la paroi thoracique.

A défaut d'appareil électrique, on pourrait provoquer la respiration artificielle et, au besoin, faire la trachéotomie.

Dès que le malade est revenu à lui, occupez-vous de pratiquer la ligature de la veine blessée.

4. — VARICES (PHLÉBECTASIE).

On donne ce nom à la dilatation permanente et morbide des veines. Les varices de certaines régions ont reçu des noms spéciaux : ainsi les *hémorrhoides* sont les veines hémorrhoidales du rectum, celles des veines spermaticques ont reçu le nom de *varicocèle*.

Étiologie. — Les varices sont rares chez les enfants et chez les femmes, chez les vieillards elles ont de la tendance à s'affaïsser. L'influence de l'hérédité et surtout celle des professions qui exposent à des travaux pénibles et à des stations verticales prolongées est indiscutable. Mais la marche n'a pas de fâcheuse influence car la contraction musculaire favorise la progression du sang, aussi les facteurs sont-ils rarement

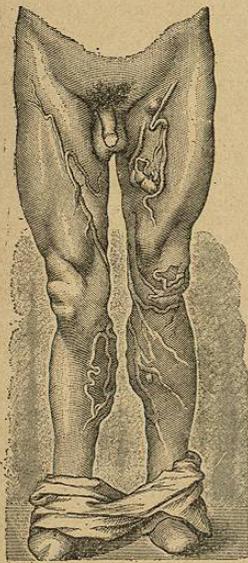


Fig. 403.
Varices des membres inférieurs.

atteints de varices. Les veines du membre inférieur et celles du rectum y sont plus exposées que celles des autres régions, puis viennent les veines spermaticques, surtout celles du côté gauche, les veines intestinales, celles des parois abdominales. A la surface de certaines tumeurs les veines peuvent devenir variqueuses.

Les causes de varices peuvent être divisées en physiques, physiologiques et anatomiques.

1^o Causes physiques. — Nous voyons les varices frapper surtout les régions dont la circulation en retour a le plus à lutter contre l'action de la pesanteur. Il est probable que la pression excentrique exercée par le sang dans ces veines finit par les dilater. Non seulement leur siège

parle en faveur de cette hypothèse, mais de plus, il faut encore remarquer que les veines deviennent surtout variqueuses lorsque, par le fait d'une compression, la tension augmente dans leur cavité : telles sont les varices de la grossesse, diminuant après l'accouchement ; les dilatations variqueuses des téguments qui recouvrent une tumeur (cancer du sein) ; les dilatations des veines intestinales et des veines sous-cutanées

de l'abdomen, lorsqu'une cirrhose comprime la veine porte, etc.

2^o Causes physiologiques. — D'après Briquet, les varices résulteraient : a, d'une prédisposition organique spéciale ; b, de l'appel exagéré du sang vers la région malade : les varices des membres inférieurs à la suite de stations verticales prolongées, les varices du sein à la suite d'une sécrétion normale ou d'un travail morbide (allaitement, cancer du sein).

3^o Causes anatomiques. — Certaines veines traversent des anneaux aponévrotiques, à ce niveau le cours du sang peut être gêné, ce qui prédisposerait aux varices. Ainsi au pli de l'aîne, la saphène interne traverse le fascia cribriformis pour se jeter dans la fémorale ; la saphène externe traverse l'aponévrose poplitée ; les veines profondes traversent l'anneau du soléaire.

Anatomie pathologique. — Nous étudierons : 1^o l'état des parois veineuses ; 2^o celui du sang ; 3^o l'état des parties voisines.

1^o PAROIS VEINEUSES. — Leur altération suit une progression assez régulière qui permet d'établir trois degrés.

1^{er} degré. — La veine est simplement dilatée, elle a conservé l'intégrité de sa structure ; divisée, elle revient sur elle-même. Cet état est réparable, c'est celui que présentent les varices des femmes grosses, et les dilatations variqueuses que l'on observe au pourtour de certaines tumeurs, c'est plutôt une ectasie veineuse qu'une varice. En effet, les parois veineuses sont intactes, tandis qu'elles sont altérées dans la varice véritable.

2^o degré. — La veine est à la fois dilatée et hypertrophiée. — Il résulte des recherches de Ranvier et Cornil sur l'anatomie pathologique des varices que leur point de départ est une inflammation chronique des veines, comparable à l'artérite chronique, inflammation se produisant sous une influence inconnue, parfois héréditaire.

La tunique interne est généralement intacte, cependant on la trouve rugueuse, dépolie, végétante, formant des saillies ou plis longitudinaux.