CHAPITRE V.

AFFECTIONS DES VEINES.

Art. I. — Phlébite.

On désigne sous ce nom l'inflammation des veines. Les auteurs ont décrit une *phlébite interne* ou *externe*, selon que la tunique interne ou externe est enflammée, et l'on désigne sous le nom de *phlébite mixte*, ou simplement *phlébite*, l'inflammation de toute l'épaisseur du vaisseau. Nous ne nous arrêterons pas à ces distinctions, qui nous paraissent établies plutôt par des idées théoriques que sur l'observation clinique.

Anatomie pathologique. — M. le professeur Cruveilhier admet quatre degrés différents : 1° coagulation du sang avec adhérence aux parois des vaisseaux ; 2° pus au milieu des caillots sanguins, 3° pus remplissant la cavité de la veine ; 4° rupture de la veine.

Premier degré. — La membrane interne de la veine est rouge, cette rougeur peut se propager à la tunique externe et au tissu cellulaire ambiant. Les *vasa vasorum* sont gorgés de sang, les parois vasculaires sont épaissies et ont contracté des adhérences avec le tissu cellulaire infiltré de lymphe plastique. Le sang est coagulé dans l'intérieur du vaisseau ; le caillot est adhérent à la veine, il est plus étendu du côté des capillaires que du côté du cœur. Dans quelques cas, on l'a trouvé percé d'un canal central qui laisse circuler le sang veineux.

Le caillot qui oblitère plus ou moins complétement la veine enflammée, se prolonge ordinairement du côté du tronc principal (caillot prolongé), et il peut même finir par oblitérer ce tronc lui-même. Cependant, ce caillot prolongé peut être désagrégé ou même rupturé et entraîné par le courant sanguin il donne alors naissance à une *embolie*.

Certains auteurs et en particulier Virchow ont nié absolument l'inflammation primitive de la membrane interne des veines, et d'après les expériences de Callender, cette membrane ne fournirait pas de lymphe plastique, alors même que des matières irritantes sont mises en contact avec elle. Il est donc probable que l'altération de la membrane interne est consécutive à l'inflammation des deux autres tuniques ; cependant des faits bien observés ont prouvé que la phlegmasie peut débuter par cette membrane interne.

Deuxième degré. — La veine a encore augmenté de volume, la coloration rouge a disparu, le vaisseau est blanc et a perdu son aspect lisse et poli ; au centre du caillot se trouve un liquide couleur lie de vin, qui prend bientôt l'aspect du pus phlegmoneux.

Troisième degré. — La veine est distendue par du pus qui a remplacé les caillots sanguins, et comme ceux-ci ont conservé encore dans certains points les caractères que nous leur avons assignés dans le

deuxième degré de la phlébite, il en résulte que la veine n'étant pas distendue dans ces points, présente un aspect moniliforme fort remarquable.

Quatrième degré. — La veine distendue par le pus se perfore et le liquide s'épanche dans les parties environnantes. Il se forme un abcès qui communique avec le vaisseau.

L'obstacle apporté par la coagulation du sang à la circulation veineuse détermine l'infiltration des parties situées entre les points enflammés et les capillaires. La peau prend une teinte livide, les capillaires sont distendus, ultérieurement on voit la circulation se rétablir par des veines collatérales qui augmentent considérablement de volume.

Symptomatologie. — Les malades ressentent une douleur vive dans le point enflammé, et même dans tout le membre si l'inflammation est étendue ; on voit se dessiner sur la peau une ligne rouge, chaude, résistante au toucher ; on observe enfin une réaction extrêmement vive. La maladie s'étend tantôt vers le cœur, tantôt vers les capillaires ; quelquefois des deux côtés en même temps.

La phlébite peut se terminer par résolution, alors tous les accidents disparaissent graduellement et la circulation veineuse se rétablit.

La terminaison par oblitération du vaisseau est plus fréquente ; le caillot est absorbé graduellement ; il peut ainsi disparaître totalement et la veine représente un cordon noueux imperméable (*phlébite adhésive*). Les petites concrétions désignées sous le nom de *phlébolithes*, et qu'on trouve parfois dans les veines des organes pelviens, ont été rapportées par quelques auteurs à la phlébite. Dans cette espèce de terminaison, la dilatation des veines collatérales est permanente.

Dans ces circonstances moins heureuses, la phlébite se termine par suppuration (*phlébite suppurative*), on observe alors les accidents les plus graves et souvent l'infection purulente.

Cependant la phlébite suppurative ne présente pas toujours cette terminaison fâcheuse. Un abcès se forme dans le tissu cellulaire environnant, soit primitivement, soit consécutivement à la perforation du vaisseau, et le malade guérit après que le pus s'est écoulé.

Dans quelques cas, on trouve un large abcès ayant les caractères d'un phlegmon diffus ; dans d'autres, on rencontre une série de petits abcès le long du vaisseau. Cette terminaison s'observe quand l'adhérence d'un caillot s'oppose à la pénétration du pus dans le sang ; la maladie doit alors être considérée comme tout à fait locale.

Étiologie. — La phlébite est quelquefois spontanée, mais le plus souvent elle reconnaît pour cause l'action des agents mécaniques : les ligatures, la compression violente, les plaies des veines, surtout lorsque des principes irritants sont introduits dans le vaisseau ; enfin elle peut survenir par contiguïté lorsque les tissus voisins sont enflammés.

Diagnostic. — La phlébite est une affection généralement facile

à reconnaître ; l'existence de cordons noueux, volumineux, la distingue du phlegmon (voyez *Angioleucite*, *Diagnostic*).

Pronostic. — Le pronostic de la phlébite est grave, pris d'une manière générale. Quand la maladie se termine par oblitération du vaisseaux, *phlébite adhésive*, il ne survient aucun accident ; il n'en est pas de même, ainsi que nous l'avons vu, dans la *phlébite suppurative*. Cette affection d'ailleurs emprunte un caractère spécial de gravité lorsqu'elle siége dans le voisinage d'organes importants.

Traitement. — Les antiphlogistiques, une position favorable au cours du sang, sont les moyens auxquels on devra d'abord avoir recours. Nous ne mentionnerons que pour les blâmer la compression appliquée entre les points enflammés et le cœur, ou la section de la veine pratiquée dans le même point.

L'infiltration sera combattue par une compression méthodique ; le traitement des abcès ne présente pas d'indication particulière (voyez *Abcès*).

Bibliographie. — J. Hunter, *Œuvres complètes*, traduit par Richelot, t. III. p. 643, 1843. — Hogdson, *A treatise of the diseases of arteris and veins*, London, 1815, traduit par Breschet. Paris, 1819. — Breschet, *De l'inflammation des veines ou de la phlébite*, in *Journ. compl. du Dict. des sc. méd.* 1818-19. — Ribes, *Exposé succinct des recherches faites sur la phlébite* in *Mémoires*, t. I, p. 36, 1841. — Bouillaud, *Recherches cliniques pour servir à l'histoire de la phlébite* in *Rev. méd.*, 1825, t. II, p. 80.—Cruveilhier, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. Phlébite, t. XII, p. 637, 1834. — Dance, *De la phlébite utérine et de la phlébite en général, etc.*, in *Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. XVIII, 1828 et t. XIX, 1829. — Duplay, *Quelques observations tendant à éclairer l'histoire de la phlébite* in *Arch. gén. de méd.*, 2e série, t. II, p. 58. — Tessier, *Critiques des doctrines de la phlébite*, in *Expériences*, t. II, p. 1, 1839 et t. VIII, p. 177, 1841 ; *De l'oblitération des veines enflammées, etc.*, in *Gazette médicale*, p. 809, 1842. — Nélaton, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. I, p. 510, 1844.—Raige-Delorme, *Dict.* en 30 vol. (*Veine infl.*), t. XXX, p. 604, 1846, 2e édit. — A. Bérard, Denonvilliers et Gosselin, *Compendium de chirurgie*, t. II, p. 148, 1851. — Virchow, *Thrombose und Embolie*, etc., in *Gesamm. Abhandl. zur wissens. medicin.* Frankfurt, 1856, p. 219 ; *Pathologie cellulaire*, trad. Picard, p. 162. — Vidal (de Cassis), *Traité de pathologie externe*, 5e édit., revue par Fano, t. II, p. 9, 1861. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. II, 1re partie, p. 517, 1863. — Hardy et Béhier, *Traité élém. de path. int.*, t. II, 2e éd., p. 993, 1864.

Art. II. — Plaies des veines.

Les plaies des veines diffèrent beaucoup de celles des artères par les conséquences qu'elles peuvent amener. Ainsi l'hémorrhagie s'arrête, à moins qu'on n'ait affaire à un vaisseau d'un gros calibre. Il ne tarde pas à se former un caillot qui bouche l'ouverture de la veine, et disparaît par absorption, le vaisseau redevient perméable. La cicatrisation des plaies veineuses a été étudiée récemment par M. Ollier ; il a vu que ces plaies se réunissent par suite d'un épanchement de lymphe plastique, et que le caillot, loin de favoriser cette réunion, ne faisait au contraire que la gêner. L'examen microscopique du prétendu caillot interposé entre les lèvres de la solution de continuité, a montré qu'il était formé par de la matière amorphe, contenant dans son épaisseur des noyaux fibro-plastiques à contours pâles et sans nucléoles.

Cet épanchement ne tarde pas à s'organiser et présente ultérieurement à peu près les mêmes éléments anatomiques que les parois veineuses.

Le pronostic des plaies des veines n'est pas grave dans la plupart des cas ; cependant si une grosse veine était blessée, il pourrait survenir une hémorrhagie très-sérieuse qui nécessiterait la ligature du vaisseau, opération pouvant entraîner des accidents très-graves. Les plaies des veines peuvent être suivies de phlébite ou d'infection purulente.

Traitement. — Lorsque la blessure d'un gros vaisseau détermine une hémorrhagie abondante, on devra employer la compression ; si celle-ci ne suffit pas, on aura, malgré les accidents qui peuvent en résulter, recours à la ligature. Cependant on ne devra placer un fil circulaire autour de la veine que si celle-ci est d'un petit calibre et si elle peut être facilement remplacée par des collatérales. Dans le cas contraire, on saisira avec un ténaculum les deux lèvres de la solution de continuité, et l'on fermera à l'aide d'un fil l'ouverture faite au vaisseau de manière à suspendre l'hémorrhagie sans que le cours du sang soit interrompu. Cette *ligature latérale* aurait donné un succès à Guthrie. Enfin, certains auteurs ont conseillé la ligature de l'artère correspondante pour arrêter le sang provenant d'une veine volumineuse (Gensoul, Langenbeck).

Bibliographie. — A. Cooper and Travers, *Essays on wounds and ligatures of veins*, in *Surg. essays*, 3d édit. London, 1818. — Amussat. *Recherches expérimentales sur les blessures des artères et des veines*. Paris, 1843. — Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. I, p. 127, 1844. — Raige-Delorme, *Dict.* en 30 vol., t. XXX, p. 629, 2e édit., 1846. — A. Bérard, Denonvilliers et Gosselin, *Compendium de chirurgie*, t. II, p. 145, 1851. — Ollier, *Des plaies des veines*, thèse de concours, 1857. Langenbeck, *Beiträge z. chirurg. pathol. der venen*, in *Arch. für klinsche chirurg.*, Bd. 1, S. 1. Berlin, 1861. — Vidal de Cassis. *Traité de pathologie externe*, 5e édit., revue par Fano, t. II, p. 4, 1861. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. II, 1re partie, p. 528, 1863.

Art. III. — Varices.

On donne ce nom à la dilatation permanente des veines.

Anatomie et physiologie pathologiques. — Nous admettrons, avec M. Briquet quatre états différents, qui sont : 1° Le simple élargissement des veines ; 2° la dilatation uniforme avec épaississement ;

3° la dilatation inégale avec épaississement et amincissement ; 4° la dilatation des petites veines sous-cutanées, *veinosités*. Nous ne ferons que mentionner cette altération souvent combinée avec les varices et qui ne cause aucune incommodité sérieuse.

1° *Élargissement des veines*. — Cet état se rencontre souvent dans les veines sous-cutanées lorsqu'il existe des tumeurs. Elles constituent aussi le premier degré par lequel passent les veines pour arriver à l'état de varices proprement dites ; le sang que ces veines dilatées renferme a conservé toutes ses propriétés ; les veines jouissent de toute leur rétractilité (*Varices cylindroïdes*).

2° *Dilatation uniforme avec épaississement*. — Les veines sont élargies comme dans le cas précédent, en outre, leurs parois sont épaissies. Cette hypertrophie des parois se fait aux dépens des tuniques externe et moyenne ; aussi lorsque l'on coupe transversalement une veine variqueuse, sa lumière reste béante comme celle d'une artère. En même temps, les veines augmentent de longueur et décrivent un grand nombre de flexuosités (*Varices serpentines*).

3° *Dilatation inégale avec épaississement et amincissement*. — On observe sur le trajet des veines variqueuses des renflements formés aux dépens d'une des parois du vaisseau et non par la dilatation du vaisseau lui-même (*Varices ampullaires*). En même temps, les valvules sont renversées, présentent des déchirures ou ne sont plus représentées que par des brides saillantes dans l'intérieur de la veine. Les parois des vaisseaux sont grises, plus denses qu'à l'état normal, quelquefois molles, tomenteuses, rougeâtres. Ils n'ont conservé qu'une faible partie de leur élasticité, elles se laissent distendre très-facilement. Le sang est tantôt fluide, tantôt converti en un caillot de densité variable (*phlébolites*). Enfin le tissu cellulaire qui avoisine le vaisseau est induré, adhérent à la tunique externe, et quelquefois infiltré de sérosité ou de sang ; la peau qui recouvre les dilatations variqueuses est amincie, luisante, éraillée.

Jusqu'ici la dilatation des veines superficielles était surtout admise, et à part quelques remarques de M. Briquet sur les communications assez larges des veines superficielles avec les veines profondes, on ne connaissait pas les varices profondes. M. Verneuil le premier a démontré que les veines des parties profondes, inter ou intramusculaires, étaient souvent affectées de varices, alors que les vaisseaux veineux sous-cutanés ne présentaient pas de dilatations anormales.

D'après cet auteur : « 1° Toutes les fois que des varices superficielles spontanées existent sur le membre inférieur ; on observe en même temps des varices profondes dans la région correspondante de ce membre.

2° La réciproque n'est pas vraie, car on peut trouver la dilatation des veines inter et intramusculaires sans que les vaisseaux superficiels soient atteints ; mais lorsque les premiers sont encore seuls dilatés, il est presque certain que dans un délai plus ou moins long les derniers à leur tour s'amplifieront, deviendront serpentins et paraîtront alors sous la peau.

3° La phlébectasie ne porte donc pas primitivement sur les vaisseaux sous-cutanés, pas plus la saphène interne que tout autre ; elle prend au contraire son origine dans les veines profondes en général et dans les veines musculaires du mollet le plus souvent. Ces vaisseaux sont d'abord atteints de dilatation et d'insuffisance valvulaire, et de là ces lésions se propagent aux branches sus-aponévrotiques de deuxième et de troisième ordre ordinairement. »

Siége. — Les varices peuvent occuper toutes les veines de l'économie ; on a vu des varices des jugulaires, de la veine azygos, des veines caves et iliaques, etc., mais les plus fréquentes sont sans contredit celles des membres inférieurs, ce sont elles qui servent de type à notre description. Les veines superficielles sont souvent affectées de varices ; nous avons vu qu'il est fréquent de les observer sur les veines profondes. Les varices du rectum (*hémorrhoïdes*), celle du cordon spermatique (*varicocèle*), seront décrites dans des articles particuliers.

Étiologie. — Les varices reconnaissent un assez grand nombre de causes, parmi lesquelles nous signalerons : 1° la profession : elles sont, en effet, plus fréquentes chez les individus qui restent longtemps dans la station verticale ; 2° le sens dans lequel coule le sang : elles siégent de préférence aux membres inférieurs ; 3° la compression par des jarretières, des ceintures ; 4° la pression exercée sur les vaisseaux veineux par des tumeurs de diverse nature, par la grossesse, etc.

Les différents auteurs qui ont cherché à expliquer le développement des varices, ont émis des opinions contradictoires. Les uns admettent l'influence de la pression exercée par la colonne sanguine sur les parois des vaisseaux, influence exagérée par toute cause opposant un obstacle à la circulation veineuse.

D'autres, et en particulier M. Briquet, pensent que les varices sont dues à une hypérémie chronique, produite par un excès d'activité. Mais cette théorie n'explique pas pourquoi les varices débutent par les veines profondes (Follin). Enfin on a donné aussi pour cause des varices l'espèce d'étranglement que subissent les veines au niveau de quelques orifices aponévrotiques, au pli de l'aine (Herapath), au creux du jarret, etc. (Verneuil).

Symptomatologie. Varices superficielles. — Au début de la maladie, on observe sur le trajet d'un tronc veineux une tumeur molle, circonscrite, qui peu à peu devient plus large, plus flexueuse, plus saillante, et prend avec le temps une teinte bleuâtre en rapport avec la faiblesse et l'amincissement de la peau ; cette tumeur augmente par la station verticale, diminue dans la position horizontale, elle est facilement réductible.

Sur le trajet des vaisseaux flexueux et dilatés, on rencontre souvent, lorsque les varices sont anciennes, des tumeurs plus volumineuses, fusiformes, réductibles par la position horizontale ou par la pression ; dans un cas observé par M. Petit, de Reims, on percevait, dans une tumeur de ce genre, une espèce de frémissement. Ce symptôme est fort rare ; nous l'indiquons afin de prévenir une erreur qui pourrait être commise, si une varice, présentant ce caractère, siégeait dans le voisinage d'un gros vaisseau. Les efforts, la toux, augmentent le volume de ces renflements. (*Renflements variqueux*).

On observe, en outre, dans un point circonscrit, un grand nombre de vaisseaux dilatés, accolés les uns aux autres, formant une tumeur arrondie, bosselée, qui a été comparée à un amas de sangsues entrelacées ; ces *tumeurs variqueuses* sont constituées ou par la dilatation de plusieurs veines, ou le plus souvent par le même vaisseau devenu extrêmement rameux et anastomosé un très-grand nombre de fois avec lui-même.

Varices profondes. — D'après M. Verneuil, leur présence se manifesterait par de la fatigue, de la lourdeur, des crampes, des picotements dans le membre affecté. Ces douleurs siégeraient surtout dans l'épaisseur des muscles et dans ceux du mollet en particulier, elle est peut être due à la compression exercée sur les parties voisines par les veines variqueuses. Parfois le mollet est dur, plus volumineux que du côté opposé, et l'on peut y sentir des nodosités produites par la coagulation du sang dans les veines dilatées.

La peau du membre malade est souvent brunâtre, elle est aussi le siége de démangeaisons, d'éruptions, etc.

Les varices restent fort souvent stationnaires, elles finissent même par disparaître avec l'âge.

Il est rare que les varices n'aient d'autre inconvénient que la difformité ; cela s'observe cependant chez les individus appartenant à la classe aisée de la société qui font un exercice modéré ; mais chez les ouvriers qui restent longtemps debout, la partie inférieure du membre est tendue, la jambe finit par s'épaissir, le tissu cellulaire devient lardacé, la peau s'ulcère ou a du moins une grande tendance à l'ulcération.

Les accidents qui peuvent compliquer les varices sont :

1° L'*inflammation* des téguments et du tissu cellulaire sous-cutané.

2° La *phlébite* simple, c'est-à-dire limitée au vaisseau ou compliquée d'inflammation des parties voisines. On comprend toute la gravité de ces accidents, si l'on se rappelle ce que nous avons dit de la phlébite et des conséquences fâcheuses qui résultent du phlegmon diffus.

3° *Hémorrhagie.* — Celle-ci est déterminée par la rupture d'une veine, rupture produite par un effort violent ou un coup porté sur la tumeur ; d'autres fois l'hémorrhagie arrive pour ainsi dire spontanément par l'ulcération de la veine sous les téguments qui peu à peu se perforent à leur tour.

L'écoulement du sang a lieu souvent en bavant, mais parfois on observe un jet volumineux, rapide, le sang est rutilant et rappelle celui qui sortirait d'une artère. M. Briquet attribue ce phénomène à l'élargissement des capillaires. Cette dernière hémorrhagie est fort grave et peut amener rapidement la mort. L'observation a controuvé complétement les opinions de J.-L. Petit, qui pensait que l'hémorrhagie s'arrêtait dès que la varice était vide du sang qu'elle contenait, et que l'écoulement du sang ne présentait de gravité que quand il y avait épanchement dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Il est généralement assez facile d'arrêter ces hémorrhagies par la compression sur la solution de continuité du vaisseau, par le repos dans la position horizontale.

4° *Ulcères variqueux* (voyez ce mot, page 107).

Diagnostic. — Il est très-facile ; on possède cependant quelques observations d'erreur pour des varices qui siégeaient à la région inguinale et qui ont été prises pour des hernies crurales. (Voy. *Hernie crurale.*)

Pronostic. — Cette affection est peu grave et peut disparaître spontanément quand elle est le résultat d'un obstacle mécanique à la circulation. Nous devons dire que, dans les autres circonstances, on devra considérer la phlébectasie comme une affection sérieuse.

Traitement. — Les divers modes de traitement conseillés contre les varices sont *palliatifs* et *curatifs*.

Traitement palliatif. — 1° La *compression.* — Le moyen le plus souvent employé est la compression circulaire du membre affecté de varices soit à l'aide de bandes appliquées avec soin, soit de bandelettes de diachylon, soit enfin à l'aide de bas lacés de fort coutil ou mieux de peau de chien, enfin à l'aide de bas de caoutchouc. La pression uniforme que ces divers appareils exercent sur les parois des vaisseaux comprime légèrement des veines superficielles, empêche le sang de s'y accumuler et le force à passer dans les veines profondes. Ce moyen a des inconvénients sérieux qui en ont fait rejeter l'emploi par plusieurs praticiens. L'appareil peut devenir trop lâche par suite de la diminution de volume du membre ; il peut être trop serré, déterminer de la douleur et des démangeaisons, etc. La compression des veines variqueuses a parfois des conséquences fâcheuses chez les femmes pendant la gestation.

2° La *réduction.* — Ce moyen consiste à refouler dans les veines voisines le sang qui stagne dans les veines dilatées. S'il existait des

caillots, ceux-ci seraient légèrement comprimés, afin de les écraser peu à peu.

3° La *ponction*, conseillée par J.-L. Petit. Quand les veines variqueuses déterminaient de la gêne, de la douleur, cet auteur faisait une petite ponction qui laissait écouler le sang contenu dans la veine.

Traitement curatif. — Plusieurs méthodes, comptant chacune un grand nombre de procédés, ont été imaginées pour arriver à la cure radicale des varices. Ne pouvant entrer ici dans tous les détails de médecine opératoire et d'appréciation, nous renvoyons le lecteur à l'excellent mémoire de M. Verneuil (1). Nous nous contenterons d'une énumération rapide des différents moyens qui ont été conseillés et pour cela nous suivrons le plan qui a été adopté par M. Malgaigne dans son *Manuel de médecine opératoire*..

1° *Procédés pour favoriser le cours du sang dans les veines.*

Les trois procédés que nous avons indiqués plus haut appartiennent à cette catégorie. Il en est encore un imaginé par M. Hérapath, et qui consiste à débrider les anneaux aponévrotiques, au jarret pour la saphène externe, au pli de l'aine pour la saphène interne. Cette opération aurait été, dit-on, suivie de succès.

2° *Procédés pour obtenir l'oblitération des veines.*

A. Compression circonscrite. — a. *Immédiate* ou *procédé de Delpech.* — La veine est disséquée, soulevée par un petit morceau d'agaric et à l'aide de bandelettes de diachylon.

b. *Compression par le procédé de M. Velpeau.* — On passe une aiguille sous la veine sans ouvrir le vaisseau, et on l'étreint à l'aide d'un fil circulaire ou en 8 de chiffre.

c. *Compression médiate par le procédé de Sanson.* — La veine, soulevée avec un pli de la peau, est comprimée par un compresseur à deux branches dont les deux palettes se rapprochent à volonté.

Chacun de ces procédés compte des succès, mais on peut leur reprocher, comme d'ailleurs à tous les moyens conseillés pour la cure des varices, de ne point mettre à l'abri des récidives; ils sont peu dangereux; celui de Sanson est le plus innocent de tous, mais il est fort difficile de bien appliquer la pince, car les téguments et la veine glissent avec la plus grande facilité, et échappent ainsi à la compression.

B. Ligatures. — a. *Procédé Béclard.* — Il découvre la veine, fait une ligature, et coupe le vaisseau au-dessus.

(1) Verneuil, *Des varices et de leur traitement* (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, années 1854-1855).

b. *Procédé de Wise.* — Il dissèque le vaisseau comme Béclard, mais fait un nœud coulant, et enlève le fil au bout de vingt-quatre ou trente-six heures.

Ces procédés ne sont pas plus sûrs que les précédents, ils sont plus dangereux, surtout celui de Béclard, et exposent à la phlébite.

C. Suture. — a. *Procédé de Davat.* — Il traverse la veine et les téguments de droite à gauche avec une aiguille, puis avec une autre aiguille dirigée de haut en bas, il traverse le vaisseau; les deux aiguilles se croisent à angle droit, et sont assujetties par un fil.

b. *Procédé de Fricke.* — Il traverse la veine d'avant en arrière avec une aiguille armée d'un fil qu'il laisse en place, et qui fait l'office de séton.

Le procédé de M. Davat n'a pas été encore appliqué sur l'homme, celui de Fricke a donné des succès à son auteur. Dans les deux seuls cas où il a été appliqué par M. Velpeau, il a donné lieu à des phlegmons fort graves.

D. Incision. — a. *Transversale.* — Elle consiste à couper d'un seul coup la veine et les téguments. Brodie a conseillé de conduire le bistouri à plat et de couper le vaisseau d'arrière en avant.

Cette précaution ne prévient pas la phlébite qui est souvent la conséquence de cette opération.

b. *Longitudinale.* — Richerand faisait une incision parallèle au membre sur les tumeurs variqueuses, les coupait, faisait sortir les caillots par la pression, et bourrait la plaie avec de la charpie.

E. Résection. — Ce procédé consiste à exciser une portion du vaisseau, de manière à éloigner les deux extrémités. Il expose également aux érysipèles, aux phlegmons, à la phlébite; il en est de même du procédé suivant.

F. Extirpation. — Méthode abandonnée et qui, au dire de Plutarque, aurait été appliquée à Marius. Ce procédé serait tout au plus indiqué lorsque la maladie consiste en un petit peloton variqueux difforme.

G. Cautérisation. — Soit avec le fer rouge, soit avec la potasse caustique (M. Bonnet, de Lyon), soit avec le caustique de Vienne (MM. Laugier et A. Bérard); ce moyen, le dernier surtout, compte des succès, il existe cependant plusieurs observations de phlébite.

H. Injections de perchlorure de fer. — Le perchlorure de fer, injecté dans la veine variqueuse, a produit la coagulation du sang et amené la guérison; ce traitement a été l'objet d'un mémoire très-intéressant de M. Desgranges, de Lyon; d'après cet auteur il suffit de deux gouttes de perchlorure de fer pour coaguler le sang dans les plus gros lobules variqueux; l'opération faite avec soin ne détermine-

rait pas d'accident : il ne serait pas encore possible de se prononcer sur la valeur curative de la méthode.

I. Electro-puncture. — Les cas qui ont été publiés ne sont pas assez probants pour que l'on puisse préconiser cette méthode (Clavel, Pétrequin, etc.).

Si maintenant on jette un coup d'œil sur les résulats qui peuvent être obtenus par l'application de ces divers procédés, on voit que tous peuvent conduire à l'oblitération des vaisseaux, par conséquent amener la guérison des varices. Mais amèneront-ils une guérison durable ? L'expérience a appris qu'aux varices oblitérées en succéderaient d'autres, et les recherches de M. Verneuil ont donné la raison de ces récidives.

Si, d'un autre côté, on examine les inconvénients inhérents à ces procédés, on voit que tous exposent à des accidents sérieux, et que la phlébite a souvent été la conséquence d'une opération pratiquée sur des veines variqueuses. Nous n'hésiterons donc pas à conclure qu'il ne faut tenter la cure radicale des varices que dans les cas d'absolue nécessité ; car les varices ne déterminent qu'un peu de gêne, et, avec des soins, il est possible de prévenir et de conjurer les accidents ; d'un autre côté, il n'est pas rare de voir cette affection diminuer peu à peu d'intensité ; elle finirait même par disparaître ?

Bibliographie. — J.-L. Petit, *Œuvres posthumes*, 1774, t. II, p. 45 et suiv. — E. Home, *Practical observations on traitment of ulcers on the leg*, 1797. — Briquet, *Dissertation sur la phlébectasie, etc.*, thèse de Paris, 1824, et *Archives gén. de méd.*, 1re série, t. VII, p. 200 et 396. — Davat, *De l'oblitération des veines comme moyen curatif des varices*, thèse de 1833, et *Arch. gén.*, 1833, 2e série, t. II, p. 5 ; *Du traitement curatif des varices, etc.* Paris, 1836. — Bonnet, *Mémoire sur le traitement des varices des membres inférieurs*, in *Arch. gén. de méd.*, 3e série, 1839, t. V, p. 30 et 172. — Velpeau, *Médecine opératoire*, 1839, t. II, p. 271. — A. Bérard, *Mémoire sur le traitement des varices par le caustique de Vienne* in *Gaz. méd.*, 1842, p. 52. — Laugier, *Des varices et de leur traitement*, thèse de concours de Clinique chirurgicale, Paris, 1842. — Nélaton, *Éléments de Pathologie chirurgicale*, 1844, t. I, p. 516. — J. Cloquet et A. Bérard, *Dict.* en 30 vol., 2e édit., 1846, t. XXX, p. 536. — Lisfranc, *Précis de médecine opératoire*, 1847, t. III, p. 171. — Herapath, *Revue médico-chirurgicale*, 1848, t. IV, p. 106. — A. Bérard et Denonvilliers, *Comp. de chirurg.*, 1851, t. II, p. 153. — Verneuil, *Du siége réel et primitif des varices des membres inférieurs*, in *Gazette médicale*, 1855, p. 524 ; Id. *Des varices et de leur traitement*, in *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1854-55 ; Id., *Note sur les varices profondes de la jambe, etc.*, in *Gazette hebdomadaire*, 1861, p. 428. — Desgranges, *Du traitement des varices, etc., par les injections de perchlorure de fer*, in *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. IV, p. 354. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, 1863, t. II, 1re partie, p. 539.

Consulter aussi les divers traités de médecine opératoire, Malgaigne, Guérin, etc.

CHAPITRE VI.

ANÉVRYSME ARTÉRIOSO-VEINEUX.

Cette affection, désignée encore sous le nom d'*anévrysme variqueux*, de *varice anévrysmale*, d'*anévrysme par transfusion*, etc., est caractérisée par la communication d'une artère avec une veine.

Tantôt cette communication est directe, *anévrysme artérioso-veineux simple* (A. Bérard), *phlébartérie simple* (Broca), tantôt une poche semblable à celle des anévrysmes faux consécutifs est interposée entre les deux vaisseaux, *anévrysme artérioso-veineux faux consécutif* (A. Bérard).

M. Broca a subdivisé cette seconde espèce d'anévrysme variqueux en deux groupes. Dans le premier, la tumeur est formée par la veine, c'est l'*anévrysme variqueux par dilatation ;* il est *simple* si l'artère ne communique qu'avec une veine, *double* s'il y a communication avec deux veines.

Dans l'autre groupe se rangent les anévrysmes variqueux dont le sac est constitué par une membrane de formation nouvelle, c'est l'*anévrysme variqueux enkysté*. Il est dit *intermédiaire* quand le sac est situé entre l'artère et la veine (cas de Lenoir), *artériel* si le sac est situé sur l'artère du côté opposé à la veine (cas de Rodrigue), enfin *veineux* lorsque le sac est sur la veine (cas de M. Bérard).

Étiologie et mécanisme. — L'anévrysme variqueux peut être spontané ou traumatique. Mais les anévrysmes de la dernière espèce sont, sans contredit, les plus fréquents, car ce n'est qu'à l'aorte que l'on a observé les anévrysmes spontanés, et l'on ne possède qu'une seule observation d'anévrysme variqueux spontané, développé au membre inférieur. Dans ces circonstances, les plaques calcaires qui apparaissent dans les artères perforent-elles à la fois la veine et l'artère, ou bien une tumeur anévrysmale s'ouvre-t-elle dans une veine ? Nous pensons que l'affection qui nous occupe peut se développer par ces deux mécanismes, mais les observations ne sont pas assez nombreuses pour qu'il soit possible de se prononcer d'une manière positive.

Les anévrysmes variqueux traumatiques sont donc de beaucoup les plus fréquents, on peut les rencontrer partout où une artère se trouve accolée à une veine ; c'est assez dire que toutes les parties du corps peuvent présenter un anévrysme variqueux. Cette affection a été en effet observée au cou, sur la carotide ; à la cuisse, sur la fémorale ; à la jambe, sur l'artère tibiale postérieure, sur l'artère poplitée ; sur l'artère axillaire; temporale, etc. Mais la région du corps où cette maladie se rencontre le plus souvent, est le pli du bras, et on le conçoit facilement, en effet ces tumeurs se développent souvent à la suite d'une saignée malheureuse dans laquelle on a ouvert en même temps la veine médiane basilique et l'artère brachiale. Les plaies qui intéressent