



Thèse

1896

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

Traitement des varices et des ulcères variqueux par la ligature de la veine
saphène interne

Châtelain, Auguste

How to cite

CHÂTELAIN, Auguste. Traitement des varices et des ulcères variqueux par la ligature de la veine saphène interne. Doctoral Thesis, 1896. doi: 10.13097/archive-ouverte/unige:27203

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:27203>

Publication DOI: [10.13097/archive-ouverte/unige:27203](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:27203)

TRAITEMENT
DES
VARICES
ET DES
ULCÈRES VARIQUEUX

PAR LA
LIGATURE DE LA VEINE SAPHÈNE INTERNE

PAR
AUGUSTE CHATELAIN
Ancien interne de chirurgie à l'Hôpital Cantonal



GENÈVE
IMPRIMERIE F. TAPONNIER
Rue de Carouge, 19
—
1896

La Faculté de Médecine autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Le Doyen :

G. Julliard.

Genève, le 19 Juin 1896.

INTRODUCTION

Le traitement des varices et de leurs complications se rencontre très souvent dans la pratique chirurgicale.

Si les varices constituent pour les personnes aisées un état pathologique qu'elles peuvent rendre relativement supportable, grâce à des soins et à des précautions appropriés, il n'en est pas de même pour celles qui sont obligées de vaquer à un travail corporel pénible, et principalement pour les gens que leur métier force à marcher beaucoup ou qui doivent se tenir debout la plus grande partie du jour.

En effet, l'impossibilité de prendre les précautions voulues — ou du moins suffisantes — d'un côté ; la négligence dans les soins et dans le traitement, de l'autre, font des varices et de leurs complications, une affection pour ainsi dire spéciale à la classe des travailleurs et des pauvres. Les varices en elle-mêmes entraînent déjà des troubles fonctionnels sérieux, mais leurs complications sont encore plus graves, puisque outre l'ulcère variqueux déjà très pénible à supporter, elles peuvent devenir dangereuses pour la vie, en cas de phlébite ou d'hémorragie veineuse abondante.

Dans bien des cas, quand les varices se sont développées chez un sujet sain, il est possible d'obtenir la guérison par les bandages compressifs ordinaires, mais ces bandages échouent quand les gros troncs veineux

et la plus grande partie des veines du membre inférieur sont atteints ou quand il y a ulcération de la peau. Il faudra alors tâcher d'enrayer la cause même des varices.

Puisque les ulcères variqueux ne sont qu'une complication des varices, il est évident que le même traitement radical s'appliquera à tous les deux, tandis que le traitement local sera différent.

Vu la fréquence des varices et les troubles de toute nature qu'elles entraînent, on comprend que dès les temps anciens les chirurgiens s'en soient occupés et aient constamment cherché un moyen efficace de les guérir radicalement.

Après avoir passé en revue les principaux traitements successivement employés jusqu'à nos jours, nous nous occuperons plus spécialement de l'opération inventée — ou plutôt modifiée et réintroduite dans la pratique chirurgicale, par le professeur *Trendelenburg* de Bonn — et nous présenterons ensuite à l'appui quelques observations de malades ainsi traités, que nous avons eu l'occasion de soigner nous-mêmes — pour la plupart du moins — dans le service de chirurgie de M. le professeur Julliard, à l'Hôpital cantonal.

CHAPITRE PREMIER

DES VARICES

Les *varices* ou ectasies des veines étaient connues de tous les temps et pendant longtemps on a cru qu'il s'agissait de simples dilatations, sans changements dans les tissus. Or, il n'en est point ainsi.

On a observé des varices dans différentes parties du corps. Rarement on voit des sujets atteints de varices à la tête, dans la cavité buccale, à la muqueuse stomacale ou vésicale, dans le vagin. Quelquefois on en voit au membre supérieur.

Plus fréquentes au cordon inguinal et aux veines de l'anus, les varices siègent pour l'immense majorité des cas, au membre inférieur et spécialement dans le domaine des veines saphènes.

On distingue d'après leur forme, les varices *simples*, *cylindriques*, *cirsoïdes*, *serpentine*s quand il y a en même temps allongement du vaisseau; quelquefois on a à faire à de véritables nodosités variqueuses formant tumeur.

Comme les varices sont pour ainsi dire une affection spéciale à la veine saphène et que l'opération de Trendelenburg porte sur cette veine, rappelons son trajet en deux mots.

La grande saphène part du bord interne du pied,

suit en montant le côté interne de la jambe, tourne derrière le condyle interne du fémur, longe ensuite la partie intero-interne de la cuisse, et passant par le trou ovale du fascia-lata, vient se jeter dans la veine fémorale.

Tout le long de ce trajet, la veine saphène reçoit de nombreuses anastomoses venant des veines profondes, surtout à la cuisse.

Les veines profondes peuvent aussi être atteintes de varices, ainsi que l'a démontré *A. Verneuil*, mais ces varices profondes sont loin d'avoir l'importance clinique de celles de la veine saphène. Les veines profondes sont entourées de tous les côtés par des tissus fermes qui en soutiennent et protègent les parois. De plus dans ces veines profondes les contractions musculaires favorisent beaucoup la circulation du sang.

Bardeleben en 1877, démontre que les veines du membre inférieur sont les plus riches en muscles lisses et en valvules, car de toutes les veines ce sont celles qui ont la plus grande pression à supporter. Aussi, lorsque ces muscles et ces valvules deviennent insuffisants, elles seront plus facilement distendues que les autres.

Les valvules sont de la plus grande importance, car elles divisent la colonne sanguine en plusieurs segments, en sorte qu'à l'état normal cette colonne ne pèse pas de tout son poids sur les veines du membre inférieur. Que pour une raison ou pour une autre ces valvules deviennent insuffisantes, c'est alors le poids tout entier de la colonne sanguine qu'auront à supporter les parois veineuses.

D'autres conditions peuvent aussi produire une augmentation de pression.

Souvent il s'agit d'une pression extérieure : jarretière trop étroite, bandage herniaire trop serré à l'anneau crural, etc.

Hérath signale un rétrécissement de l'orifice aponévrotique du fascia-lata, qui en entravant le cours du sang aurait produit des varices. Nous verrons, dans le chapitre suivant, comment il supprime cet obstacle.

La grossesse est un état particulièrement favorable au développement des varices, soit par augmentation de la pression abdominale, soit par une pression directe sur les veines cave et iliaque, qui entravent fortement la circulation du sang. Ces varices ne disparaissent pas toujours après l'accouchement, même quand la circulation est de nouveau parfaitement normale. D'après *Lesguillon* le $\frac{1}{20}$ des femmes qui ont eu des enfants seraient atteintes de varices.

Le même effet peut aussi se produire en cas de tumeurs abdominales, telles que kyste de l'ovaire, fibrome ou fibromyôme de l'utérus.

Cette grande pression sanguine dans le membre inférieur agit aussi à la longue d'une façon prédisposante chez les personnes que leur métier oblige à travailler debout, ou à marcher une grande partie du jour. Tels sont les soldats, les facteurs, les garçons de café ou de magasins, les portiers, etc.

Pour bon nombre de personnes exerçant ces métiers, viennent s'ajouter de mauvaises conditions hygiéniques, l'action d'une chaleur continue, par exemple, pour les cuisiniers, les verriers, les chauffeurs, etc.

Les hommes — en raison même de ces conditions — sont plus souvent atteints de varices que les femmes. On trouve souvent des varices chez des jeunes gens, et

lors des recrutements militaires, c'est une cause fréquente d'exemption temporaire ou définitive.

En outre, certaines affections du membre inférieur peuvent déterminer la formation de varices, par exemple de gros callus osseux, des cicatrices de la peau, qui compriment les veines sous-cutanées.

Enfin, on peut quelquefois accuser certains obstacles à la circulation générale, maladie de cœur, emphysème pulmonaire.

La phlébectasie produite par ces différentes causes, se développe d'ordinaire lentement et progressivement, cependant on cite des cas, rares il est vrai, où la dilatation veineuse aurait apparu subitement, à la suite d'efforts violents ou de contusions.

Toutefois une augmentation de pression ne suffit généralement pas à elle seule à produire des varices. Il faut qu'elle coïncide avec un état pathologique des parois des veines. C'est ce qu'admettent *Billroth*, *Bardleben*, *Ziegler*, *Orth*, et ce qui aurait été confirmé par les recherches de *Lesser* (v. *Virchow's, Archiv.*, Bd. 101).

Les recherches de *Cruveilhier* et de *Cornil* ont montré que les parois des veines variqueuses sont épaissies en certains endroits et amincies en d'autres. La tunique moyenne est la plus altérée, et parfois elle est si amincie, qu'elle disparaît par places; quelquefois au contraire on trouve une véritable hypertrophie de cette tunique.

Du reste, l'état des parois vasculaires varie avec le degré de l'altération pathologique, car il arrive souvent que la tunique moyenne hypertrophiée d'abord, s'atrophie ensuite.

Des recherches sur la structure des veines normales et variqueuses, ont été reprises en ces derniers temps

par *Epstein*, spécialement dans le domaine de la saphène. Il trouve que les dilatations des veines entraînent une altération des tuniques vasculaires. Il confirme l'hypertrophie, puis l'atrophie successives de la tunique moyenne. En même temps, cette tunique ainsi que l'adventice apparaissent vascularisées et plus ou moins infiltrées de petites cellules. On a observé le même phénomène à la suite de la ligature simple des veines et à la suite de la ligature avec section du vaisseau dans les moignons d'amputation. Pendant ce temps l'intima est le siège d'une endophlébite formative, qui rétrécit la lumière du vaisseau.

La dilatation des veines est toujours reliée à un ralentissement du courant sanguin dans les ramifications veineuses lointaines. Il en est de même du reste, dans les artères dilatées, et dans l'un et l'autre cas, il y a néo-formation de tissus dans l'intima, avec cette différence que ce processus néo-formatif, commence déjà avec un degré léger d'altération dans les artères dilatées, tandis que dans les veines il survient plus tard.

En résumé donc, dans les varices, nous avons à faire à des dilatations veineuses, accompagnées d'altérations bien marquées des parois vasculaires.

On peut diviser d'après leur stade les varices en trois degrés :

Premier degré. Les veines sont seulement dilatées, sans déformation ni altération des parois — varices non circonscrites — les dilatations peuvent encore disparaître en même temps que la cause qui les a produites ; c'est ce qu'on voit fréquemment après l'accouchement ou après l'ablation de tumeurs abdominales.

Deuxième degré. Ici il y a dilatation et déformation,

les parois sont épaissies, le vaisseau est sinueux. En incisant la veine, elle peut rester béante et donner lieu parfois à de redoutables hémorragies.

Troisième degré. Altérations manifestes des parois et renflements partiels. Ici il n'y a pas partout hypertrophie. Souvent la tunique moyenne est si amincie qu'elle finit par se rompre, et à ces endroits se forment des dilatations partielles en forme de sacs.

Par suite de cette dilatation des veines, les valvules cessent de se toucher et deviennent insuffisantes, allongées, déformées, en parties détruites.

Enfin, à un stade encore plus avancé d'altération, les parois ont perdu leur élasticité, elles sont rougeâtres, molles, imbibées par le sang.

En outre il y a aussi altération du sang et des parties voisines.

Etat du sang. Dans les premier et deuxième degrés, le sang est normal, il circule seulement plus lentement dans les veines dilatées.

Dans le troisième degré il circule encore plus lentement, il se coagule par place et forme un caillot qui oblitère plus ou moins la lumière du canal. Pour que le sang se coagule, il faut qu'il y ait une altération de la paroi veineuse.

Etat des parties voisines. Dans un degré déjà avancé, on trouve souvent le tissu cellulaire voisin infiltré de lymphe plastique, épaissi, induré, lardacé, quelquefois plus vascularisé. La peau est épaissie, adhérente, comme spongieuse, les veinules en sont dilatées; ou bien au contraire la peau est amincie, luisante et parfois *ulcérée*.

Etiologie

Les anciens ne connaissaient pas les causes des varices. Depuis la découverte de la circulation, on leur en attribue diverses : La *pesanteur* entrave naturellement le retour du sang veineux au cœur, ou tout au moins elle doit être vaincue, à l'état normal, et on comprend qu'elle soit pour beaucoup dans l'étiologie des varices.

Nous avons vu l'influence d'*obstacles* extérieurs qui compriment les veines, nous n'y reviendrons pas.

Delpech et *Briquet* indiquent comme cause de varices, une hyperémie chronique des membres dues à un excès d'activité.

Chez les sujets qui font beaucoup travailler les muscles de leurs membres inférieurs, le sang est appelé dans ces régions, mais la contradiction presque permanente des muscles comprime les veines profondes, et la plus grande partie du sang est obligée de passer par les veines superficielles, lesquelles finiraient par s'hypertrophier. Cela expliquerait en effet pourquoi les varices surviennent fréquemment chez les personnes qui marchent ou qui stationnent beaucoup.

Toutefois on ne peut nier que la prédisposition aux varices est souvent congénitale et héréditaire dans beaucoup de familles. On rencontre, en effet, souvent des varices chez des personnes dont les parents en avaient, et que leur métier n'oblige pourtant ni à la marche, ni à la station debout prolongée.

Souvent les varices atteignent des sujets de haute taille, et dont les extrémités inférieures sont très développées.

Diagnostic

Il est très simple le plus souvent, car on voit et on sent les varices. Le processus variqueux commence souvent par la dilatation des veinules de la peau, qu'on aperçoit d'abord sous forme de points bleuâtres, étoilés, ou de taches pigmentées.

Les varices qui sont tendues quand l'individu marche ou stationne, disparaissent ou tout au moins diminuent sensiblement quand il prend la position horizontale, car la colonne sanguine cesse de presser sur les parois des veines. Si on élève le membre, les varices se vident et se remplissent de nouveau dès qu'on l'abaisse.

Les varices sont en général plus grosses en été qu'en hiver. Elles se dilatent si le sujet prend un bain chaud, au contraire elles se contractent sous l'influence du froid.

Avec des varices peu développées, les troubles sont légers. La peau ne présente encore aucune altération importante et glisse facilement sur les tissus sous-jacents. On remarque, seulement après de longues marches, une sensation de douleur vague et un sentiment de pesanteur dans la jambe, mais ces symptômes disparaissent rapidement avec le repos.

Dans un degré plus avancé, les varices affectent la forme de dilatations sacciformes, qui peuvent atteindre le volume d'une noix ou même plus. On en a vu de la grosseur d'un œuf d'oie. Ces varices sont molles, fluctuantes, la peau est amincie. Ces grosses varices siègent surtout sur le tronc de la saphène, à l'anneau crural et au-dessous du condyle interne du fémur.

On trouve fréquemment dans le voisinage un œdème

chronique, et les veines formant alors des conduits noyés dans les parties molles auxquelles ils adhèrent fortement, ne peuvent être disséquées qu'à grande peine.

Il pourrait arriver qu'on prenne de très grosses varices siégeant à l'anneau crural pour une hernie, vu le caractère réductible de la tumeur à la pression. En ce cas, il faudra mettre le sujet dans une position horizontale et élever le membre inférieur. Alors, la tumeur diminuera de volume si c'est une varice et ne changera pas d'aspect si c'est une hernie. En outre, si on comprime la veine fémorale au-dessus de la tumeur, la varice se gonflera par l'afflux du sang. Du reste un examen attentif ne permettra guère de s'y tromper. Sans doute, une pareille erreur de diagnostic est excessivement rare, cependant on en signale deux ou trois dans la littérature.

Lorsqu'on a à faire à de très grosses varices, on observe quelquefois des pulsations et un bruit de sang isochrone aux battements du cœur, mais ces bruits et ces pulsations n'appartiennent pas aux varices ; ils sont propagés depuis les artères qui siègent en dessous.

Varices profondes. — Si le diagnostic est facile pour les varices superficielles, il n'en est pas de même pour les varices profondes. Celles-ci produisent des troubles après une courte marche, le sujet se fatigue plus vite.

Particulières aux varices profondes sont ces crampes et ces douleurs névralgiques bien connues du vulgaire. Elles se font surtout sentir dans les muscles du mollet. On les expliquerait par la pression des veines dilatées sur les filets nerveux voisins.

Si donc chez un sujet qui n'a pas de varices superfi-

cielles, on observe, après la marche, un sentiment de douleur vague et de pesanteur dans la jambe, de l'œdème autour des malléoles, une dureté anormale et une augmentation de volume du mollet, on peut avec probabilité conclure à des varices profondes.

Marche et pronostic. — La marche et le pronostic des varices sont très différents selon les cas, et dépendent beaucoup du métier et de la position sociale du patient. Plus celui-ci sera dans une position aisée, plus il pourra prendre les soins et les précautions nécessaires pour enrayer la marche de ses varices. Aussi les varices très grosses, et surtout les ulcères variqueux, se rencontrent-ils presque toujours dans la classe pauvre où, par manque de soins, l'affection va toujours empirant.

Les varices, avons-nous dit, se développent lentement, sans changements appréciables d'abord, mais après un temps plus ou moins long, il survient des altérations dans les varices elles-mêmes et dans les tissus environnants.

Comme le ralentissement de la circulation est favorable à la formation de thrombus, il s'en forme dans bien des cas dans les dilatations variqueuses, et en particulier dans les poches formées par les valvules. Ces thrombus subissent diverses modifications.

Dans les cas les plus favorables — mais malheureusement aussi les plus rares — le thrombus s'organise peu à peu en un tissu conjonctif ferme, et par obstruction complète de la veine, amène une guérison spontanée des varices.

Mais la formation de thrombus n'est pas sans danger. Il peut arriver que le thrombus, au lieu de s'organiser, subisse une désagrégation et donne lieu à des

embolies. Quelquefois le thrombus devient purulent. Dans certains cas, il y a seulement formation d'abcès qui peut crever au dehors, mais dans d'autres, des embolies purulentes peuvent arriver dans le poumon où elles forment des foyers purulents métastatiques, et peuvent donner lieu à une pyémie généralisée.

Une complication également très redoutable des varices est l'*hémorragie veineuse*. Cette hémorragie se produit souvent à la suite d'une légère blessure — par grattage, par gerçure, ou par une rupture spontanée qui peut arriver à la suite d'un effort. La peau est alors si amincie, qu'elle cède en même temps que la paroi de la veine.

Généralement cette rupture est indolore, en sorte que le patient ne s'en aperçoit que par le sang qui inonde sa jambe.

La plupart de ces hémorragies se font par de très petites ouvertures, et s'arrêtent bientôt d'elles-mêmes. Même dans les cas d'hémorragies considérables, par une grande ouverture, il peut y avoir encore un arrêt spontané. Il se produit par la perte de sang une anémie cérébrale, le sujet perd connaissance et tombe à terre. Alors le membre qui saigne se trouve dans la position horizontale, et la pression du sang étant beaucoup diminuée, l'hémorragie peut s'arrêter.

Malheureusement, il y a aussi beaucoup de cas mortels, par suite d'hémorragies profuses. La mort de Copernic a été causée par une rupture de varices.

Il peut arriver aussi que la peau soit assez résistante, pour ne pas se rompre en même temps que la paroi de la veine, en sorte que le sang se répand dans le tissu cellulaire sous-cutané. Le patient est alors saisi de vives

douleurs et de gonflements considérables de la région.

La dernière complication des varices, qui est en même temps la plus fréquente et la plus importante, est l'*ulcère variqueux*.

Ulcère variqueux. — L'extrémité inférieure, par ses conditions peu favorables de circulation, offre un terrain tout préparé à l'éclosion d'ulcérations. Qu'à ces conditions, par suite de varices, viennent s'ajouter une circulation entravée, une nutrition incomplète de la région, alors il suffira d'une légère excoriation superficielle, d'une simple contusion, ou même d'un eczéma, pour provoquer la formation d'un ulcère variqueux. Du reste, l'ulcère peut aussi naître spontanément. Il s'accroît peu à peu en surface et en profondeur. Il en résulte une plaie irrégulière, à bords durs et taillés à pic, à fond bourgeonnant paresseusement ou pas du tout, livide, donnant un liquide sanieux et fétide. Cette plaie peut, à un moment donné, s'infecter et suppurer. Il peut quelquefois y avoir une infection généralisée, ou encore de l'érésipèle. Il s'y produit aussi assez souvent des hémorragies. En outre l'ulcération peut prendre de telles dimensions, que dans certains cas, on a dû finir par amputer la jambe.

D'après *Quenu*, il y aurait une influence nerveuse sur la pathogénie des ulcères variqueux ; elle agirait par paralysie des vaso-moteurs.

L'ulcère variqueux siège le plus souvent au tiers inférieur de la jambe, à la région sus-malléolaire, le plus souvent du côté antéro-interne.

C'est surtout quand les ulcères variqueux ont pris de grandes proportions, que les sujets qui en sont atteints viennent se faire soigner. C'est encore un état relati-

vement très supportable d'être atteint de varices, si grosses qu'elles soient, comparé à celui où se trouve une personne atteinte d'un ou plusieurs gros ulcères variqueux, et souvent aux deux jambes à la fois.

Aussi, a-t-on essayé depuis longtemps une foule de traitements contre l'ulcère variqueux. Nous les rappellerons plus loin. Et de fait, on n'avait trouvé jusqu'ici aucun traitement vraiment efficace, ce qui n'est guère étonnant puisqu'en soignant l'ulcère seul, on ne supprimait pas sa cause.

L'opération de *Trendelenburg* a donc été la bienvenue, car comme nous le verrons, elle agit favorablement non seulement sur les varices elles-mêmes, mais encore d'une façon bien visible sur les ulcères variqueux, en hâtant leur guérison.

CHAPITRE II

Traitement. — Aperçu historique

Pour les anciens comme pour nous une varice était « toute dilatation anormale des veines » aussi bien des autres parties du corps que des jambes. Ils pensaient que cette dilatation provenait d'un flux trop grand de sang « épais et mélancolique ».

Voici ce qu'en dit *Hippocrate*, et comment il recommande de les traiter. « Quand il y a, dit-il, sur la partie antérieure des jambes, des varices apparentes ou enfoncées dans les chairs, quand le devant de la jambe est noir et qu'il semble qu'une évacuation de sang est nécessaire, il ne faut pas scarifier avec un scalpel large. Souvent en effet, l'incision a occasionné de grandes plaies à cause de l'afflux du sang. Il suffira donc de faire des piqûres sur la varice même, suivant le besoin. »

Pourtant Hippocrate reconnaît que dans certains cas, il faut avoir recours à l'incision, et il recommande « de faire cette incision promptement, car ceux que l'on opère ressentent de la douleur, et il faut que l'instrument qui occasionne la douleur agisse le moins de temps possible, ce qui arrivera si l'incision est rapide.

« Mais, s'il faut faire plusieurs incisions, l'opération doit se pratiquer lentement, car un chirurgien trop

prompt cause une douleur vive et continue, et il est préférable de n'agir que par intervalles pour laisser quelque répit au malade. Il faut se servir de couteaux très effilés, car le sang s'échappe si vite hors des veines variqueuses, qu'il est difficile de l'arrêter, aussi ne pratiquez que de très petites incisions, car en agissant ainsi, il est impossible que le sang s'écoule trop abondamment. »

« Mais pour les parties où il n'y a pas de danger et où le sang n'est pas trop subtil, il faudra se servir de couteaux larges. De cette manière, le sang coulera, autrement il ne sortirait point du tout ; or il est très honteux de ne point obtenir d'une opération le résultat qu'on en attend. »

A. *Paré*, pour diminuer l'afflux trop grand du sang dans les jambes, fait parfois une simple incision de la veine variqueuse et en a souvent retiré un profit réel.

Toutefois cette simple « saignée » fut bientôt abandonnée par les anciens chirurgiens eux-mêmes, et on chercha de bonne heure un traitement plus efficace et plus radical.

Les principales méthodes de la cure des varices sont :

- A. *L'extirpation.*
- B. *La cautérisation.*
- C. *L'oblitération.*
- D. *La ligature.*

Examinons successivement ces différentes méthodes, et les modifications qu'elles ont subies depuis leur origine jusqu'à nos jours.

A) Extirpation

Elle date de plus de deux mille ans et dès son début est appliquée au cas célèbre de C. Marius.

Plutarque, nous relate ainsi cette opération (trad. Amyot). « Caius Marius s'estant mis entre les mains des chirurgiens, car il avoit les cuisses et les jambes pleines de grosses veines, et s'en faschant, parceque c'était chose laide à voir, bailla l'une de ses jambes au chirurgien pour y besoigner, sans vouloir estre lié . . . et endura sans gémir, sans remuer ne soupirer. . . , mais quand le chirurgien ayant fait à la première, voulait aller à l'autre, il ne la voulut point bailler, disant : je vois que l'amendement ne vaut pas la douleur qu'il faut endurer. »

Celse, décrit aussi l'extirpation et l'approuve.

Plus tard, *Dionis* dans son « Cours d'opérations de chirurgie démontrées au Jardin royal (1714) » la décrit ainsi : « La manière d'opérer est de marquer avec de l'encre, la peau qui est sur la varice, . . . de soulever ensuite cette peau en la pinçant, d'en tenir un côté et de couper la peau à l'endroit marqué, et l'ayant relâchée, de disséquer avec un scalpel ou un déchaussoir le vaisseau variqueux et passer par dessous une aiguille enfilée de deux fils, de couper ces fils proche l'aiguille, d'en couler un au-dessus de la varice, l'autre beaucoup au-dessous, de lier ces fils à un bon pouce l'un de l'autre, pour avoir la liberté de couper la veine entre les deux fils avec des ciseaux, ou de la laisser si on juge à propos. »

J.-L. Petit est tout à fait partisan de l'extirpation des paquets variqueux : « A l'égard de leur destruction to-

tale, dit-il, je la pratique dans deux cas : lorsqu'il y a un gros paquet enflammé et douloureux on fait alors une ligature au-dessus et au-dessous et on extirpe la tumeur ; on fait de même lorsque la varice se trouve placée dans un lieu incommode et qu'elle cause quelque difformité apparente. »

Richeraud et *Boyer* emploient aussi l'extirpation et quelquefois avec succès.

Cerny, de Rouen, en 1891, résèque un paquet de varices derrière le condyle interne du fémur, chez une femme de 30 ans, par un ulcère variqueux rebelle à tout traitement.

Malheureusement, l'extirpation des varices est une opération longue et très douloureuse, dont les suites pouvaient être graves et même fatales avant la découverte de l'antisepsie. *Lisfranc* perd trois opérés sur cinq d'infection purulente.

Dupuytren redoute surtout la phlébite.

On comprend dès lors facilement, qu'il se fit une réaction contre ce procédé. *Velpeau* et *Nélaton* refusent absolument de faire l'extirpation.

Madelung, de Rostock, publie en 1884, le résultat de onze extirpations de varices cirsoïdes. Il enlève les varices sur une grande étendue et applique au-dessus et au-dessous des ligatures, là où les veines sont encore saines. Il revient plusieurs fois sur le même membre. Mais cette méthode eut peu d'écho en Allemagne, car d'après les recherches de plusieurs chirurgiens, ce procédé n'empêche pas la récurrence, même assez prompte.

B) Cautérisation

Elle a été appliquée dès le début, par la simple cautérisation au fer rouge. C'est la méthode employée par *Celse*. Il enlevait ainsi des parties de veines atteintes de varices. Mais on comprend qu'en face d'un procédé aussi douloureux, on ait cherché autre chose.

Bonnet employa au début la potasse caustique, que du reste il remplaça bientôt par la pâte de Vienne qui donne des escharres plus limitées. On appliquait le caustique sur la peau et on l'y laissait pendant 20 minutes environ. Puis on enlevait la pâte et on recouvrait la place d'un morceau de sparadrap. La veille de l'application, on faisait marcher longtemps le malade et on marquait à l'encre les nodosités les plus saillantes, afin d'appliquer le caustique à la bonne place. L'escharre ainsi formée ne tombait parfois qu'après très longtemps. Il est important que la cautérisation soit profonde et détruise toute l'épaisseur de la veine. En cas de cautérisation insuffisante, on s'exposait non seulement à un résultat incomplet, mais encore lors de la chute de l'escharre, à la phlébite ou à une hémorragie redoutable. On n'était du reste jamais sûr d'avoir atteint toute l'épaisseur de la veine et dans nombre de cas il fallait recommencer même plusieurs fois. Même dans les cas favorables cette méthode offrait plusieurs inconvénients, soit :

1° Une douleur excessive, car le caustique devait être appliqué à plusieurs endroits à la fois.

2° Elle condamnait le patient à un séjour prolongé au lit, jusqu'à cicatrisation des plaies.

3° Il en reste parfois de vilaines cicatrices.

4° Le procédé n'est pas applicable — à cause des cicatrices qui gêneraient les mouvements — lorsque les paquets variqueux siègent au genou ou aux molléoles.

Toutefois cette méthode présentait l'avantage de ne fournir qu'une mortalité très minime.

C) Oblitération

On avait remarqué depuis longtemps que l'oblitération de la veine saphène par des caillots sanguins qui interrompaient la circulation, avait parfois amené une guérison spontanée des varices et des ulcères variqueux. L'expérience ayant ensuite démontré que l'oblitération en un seul point de la veine, amène en général la formation de caillots dans toute sa partie inférieure, on tâcha d'obtenir une oblitération artificielle de la veine. Pour atteindre ce but, on eut recours à trois procédés :

- 1° *Oblitération de la veine par adhérences des parois.*
- 3° » » » » *incision.*
- 4° » » » » *formation des caillots.*

1° OBLITÉRATION PAR ADHÉRENCES

C'est l'école de *Heuter*. Le procédé consistait à appliquer avec un bandage des pelottes sur la veine, dans l'espoir que sous l'influence d'une pression continue, les parois veineuses adhèreraient entre elles.

Davat essaya d'un traumatisme léger des parois. Il traversait la veine avec une aiguille et la trouvait peu après oblitérée. Il croyait obtenir ainsi une adhésion des parois, mais ce n'était qu'un caillot sanguin et l'adhésion ne persistait pas. Aussi ce procédé fut-il abandonné.

2° OBLITÉRATION PAR INCISION

Elle se faisait de deux manières.

a) *Incision ordinaire*. On soulevait un pli de peau avec la veine et on sectionnait d'un seul coup par transfixion. On remplissait la plaie de charpie pour provoquer la suppuration. Quelques chirurgiens liaient en outre le bout inférieur de la veine.

b) *Incision sous-cutanée, ou procédé de Brodie*. On se sert d'un ténotôme qu'on glisse à *plat* entre la peau et la veine, puis tournant le tranchant sur le vaisseau, on retire l'instrument en pressant légèrement. On pose un pansement compressif sur l'endroit sectionné pour éviter l'hémorragie et l'entrée de l'air. Cette incision valait donc mieux que la précédente, en ce qu'elle exposait moins à l'infection, mais il arrivait souvent que la section de la veine était incomplète ; et du reste ce procédé n'empêcha pas des cas graves de phlébites de se produire quelquefois.

On peut citer encore la méthode de *Richeraud* qui, lui, faisait une incision *en long* de 10 à 12 cm. de la peau et de la veine et pansait à plat. Mais c'était trop dangereux et l'exemple ne fut pas suivi.

3° OBLITÉRATION PAR FORMATION DE CAILLOTS

On l'obtenait de quatre manières :

1° *Arrêt temporaire du sang.*

2° *Galvanisme.*

3° *Par phlébite.*

4° *Injections coagulantes.*

1° **Arrêt temporaire du sang.** *Colles* appliquait une pression sur la saphène, au niveau de l'aîne.

Sanson comprimait la veine variqueuse entre deux pelottes.

Wise appliquait une ligature temporaire qu'il enlevait après 24 ou 36 heures.

Velpeau étreignait dans une espèce de suture entortillée, en passant une épingle par dessous le vaisseau et serrant la peau par dessus avec un fil en 8 de chiffre.

Par ces divers procédés, il se formait des caillots, mais l'oblitération n'était que temporaire, car au bout d'un certain temps ceux-ci se dissolvaient et le sang reprenait son cours.

2° **Galvanisme.** On enfonçait dans une grosse varice plusieurs épingles d'acier très fines, en communication avec le pôle positif d'une pile. On mettait le pôle négatif en contact avec la peau et on faisait passer le courant. Après dix minutes environ il se formait des caillots, mais ceux-ci encore ne persistaient qu'un certain temps, et bientôt la veine était de nouveau perméable.

3° **Oblitération par phlébite.** *Velpeau* passait à travers la veine variqueuse deux ou trois fils, à une certaine distance l'un de l'autre, et il leur imprimait matin et soir de petits mouvements de va-et-vient, jusqu'à l'apparition de l'inflammation veineuse qui se montrait après le deuxième ou le troisième jour. Mais sur douze opérés il eut un cas de mort et trois faillirent succomber à la violence de la phlébite. En outre les résultats sur les varices n'étaient pas assez certains, en sorte que *Velpeau* renonça à un traitement aussi dangereux.

4° **Injections coagulantes.** C'est une application aux varices du procédé que *Pravaz* employait pour les

anévrismes. *Vallette* injectait dans la poche de dix à quinze gouttes de liqueur iodo-tannique. On comprimait la veine au-dessus et au-dessous de la varice et, avec une petite seringue à trocart fin, on injectait le liquide.

Weinlechner modifia le procédé. Il injecte en une seule fois; en plusieurs points, trois à quatre gouttes de perchlorate de fer au 3 sur 225. Sur 32 opérés il obtint 30 succès, mais sur ces 30 cas, il eût un phlegmon de la jambe et 18 fois une gangrène limitée de la peau.

Après que les recherches de *Langenbeck* sur la guérison des anévrismes, au moyen d'injections d'ergotine eurent été confirmées, *P. Vogt* essaie de traiter les varices par des injections de solution de seigle ergoté. Il injecte, à côté de la dernière dilatation variqueuse — du côté du cœur — une seringue de la solution suivante, dans le tissu cellulaire :

Extract. secal. cornut. aquos. 2,0

Spirit. vini.

Glycérine aa. 7,5

Il répète l'injection tous les deux jours et obtient l'oblitération de la veine dans un certain nombre de cas. *Vogt* admet que cette injection agit de trois façons.

1° En faisant contracter la tunique musculaire des artères de calibre moyen. Il passe moins de sang par ces artères, par conséquent il en arrive moins dans les veines.

2° En faisant contracter la tunique musculaire des veines ectasiées dans les endroits où cette tunique existe encore.

3° A l'endroit où est faite l'injection, se produit un œdème de quelque durée qui comprime directement la veine et renforce ainsi l'effet produit.

P. Vogt a obtenu plusieurs résultats favorables par ces injections ; il les recommande quand les varices sont légères et quand le patient refuse l'opération radicale.

Wernich modifie la solution de *P. Vogt*. Il injecte :

Extract. secal. cornuti.	1,0
Aqua destill.	10,0
Acide phénique, goutte	1

Avec une solution semblable, il n'y a ni abcès, ni inflammation.

Schwable conteste l'efficacité du seigle ergoté et attribue l'effet produit à l'alcool seul, qui occasionnerait une infiltration à l'endroit injecté. Il préconise donc des injections d'alcool absolu dans le tissu péri-veineux, répétées plusieurs fois.

Dans la méthode italienne, *Porta* et *Valérani* injectent une solution de $\frac{1}{3}$ de chloral pour 1 gramme d'eau distillée dans les varices elles-mêmes. Cette injection amène une phlébite qui hypertrophie les parois veineuses et l'épaississement dure encore après la résorption du caillot.

Weber injecte dans les veines dilatées deux à trois gouttes d'acide phénique en divers endroits. Il obtient aussi des caillots.

Avec ces injections coagulantes, la douleur n'est que peu sensible et les caillots ainsi obtenus paraissent plus durables que par les autres méthodes. Toutefois *Debout* cite un cas mortel par phlébite à la suite de telles injections.

Du reste, de toutes les méthodes employées que nous venons de voir, aucune n'offrait de sécurité bien établie. Beaucoup n'étaient pas suivies d'amélioration du-

nable, et plusieurs offraient un danger sérieux. Fréquemment il y avait injection généralisée, souvent la phlébite artificielle était si violente qu'elle mettait le malade en danger de mort, et enfin les caillots obtenus pouvaient donner lieu à des embolies.

NB. Se rapprochant de l'ergotine — et quoique non employé en injection — on peut encore citer l'« extractum fluid Hamamelis » que les médecins américains font prendre à l'intérieur contre les varices. Une cuiller à thé, 4 fois par jour.

D. Ligature

Nous avons vu que tous les divers procédés essayés pour combattre les varices, avaient pour but de supprimer la circulation du sang dans la veine malade. Après avoir longtemps tâtonné dans cette direction, la *ligature* de la veine était indiquée comme le moyen le plus sûr d'arriver à ce but.

Toutefois la ligature de la saphène ne date pas d'aujourd'hui, mais elle subit plusieurs modifications et fut abandonnée avant d'être reprise par *Trendelenburg*, qui en fit l'opération dont nous aurons à nous occuper plus spécialement dans le chapitre suivant.

La ligature fut pratiquée de bonne heure. On croyait alors que la circulation dans les veines était centrifuge, et par la ligature, on s'imaginait arrêter le cours du sang venant d'en haut. Une fois qu'on sut que le sang veineux est centripète, on abandonna cette méthode.

Everard-Home reprend l'opération en 1799 et lie douze fois la saphène au-dessous du genou. Mais de

nombreux cas d'infection survinrent et il abandonna la ligature.

Reynaud lui, passait au moyen d'une aiguille courbe un fil sous la veine, directement, sans inciser la peau.

On nouait les deux bouts du fil sur une petite compresse ou sur un rouleau de diachylon, et on serrait chaque jour la ligature un peu plus, jusqu'à section complète du vaisseau.

En 1865 *Rigaud*, professeur à Strasbourg et à Nancy, emploie la *méthode de l'isolement simple*. Cette méthode consistait à disséquer la veine variqueuse et à passer au-dessous une bande de caoutchouc ou de toile. Par cette méthode, *Rigaud* espérait que sous l'action de l'air, il y aurait rétraction du tissu veineux ainsi isolé, et même que cette action irait à travers les parois de la veine, jusqu'à former des coagulums qui oblitéreraient définitivement la veine. Mais tous les opérés avaient de la fièvre, quelques-uns eurent de la lymphangite, du phlegmon. Enfin dans trois cas où la veine avait été blessée, les opérés succombèrent.

Dans une opération analogue, *Delpech*, à Montpellier, eût un cas de mort, ce qui lui fit renoncer à l'opération.

Béclard emploie aussi ce procédé, mais il le modifie en ce qu'il sectionne la veine en amont de la ligature, espérant ainsi empêcher la propagation de la phlébite, si elle venait à se produire au point lié.

La méthode de l'isolement faisant courir de tels dangers aux malades, elle ne tarda pas à tomber dans l'oubli.

Schède, en 1877, passe sous la veine variqueuse, à travers la peau, plusieurs fils de catgut distants de 1 centimètre l'un de l'autre, et les roule sur un rou-

leau de ouate salicylée appliqué sur la peau. Plus tard il remplace ce rouleau de ouate par un tuyau en caoutchouc. Cette pression modérée comprimait et vidait la veine, et provoquait une légère inflammation des parois du vaisseau qui adhéraient entre elles, et peu à peu la veine se transformait en un cordon solide. Schede put après quelques années, constater des résultats durables de son procédé; souvent les varices avaient complètement disparu, et même les ulcères variqueux les plus opiniâtres s'étaient cicatrisés. Quelque favorable que fut cette opération, elle n'était cependant point sans danger, car on risquait de piquer la veine et de provoquer une phlébite. D'un autre côté, il arrivait quelquefois que la ligature comprenait, outre le vaisseau, trop de tissu périvasculaire, de sorte que la veine n'était comprimée que d'une façon insuffisante et que le résultat de l'opération était incomplet.

A la suite de ces nombreux procédés qui ont tous pour but d'arrêter le cours du sang dans les veines ectasiées, il faut signaler l'opération faite par *Hérapath*, qui s'en distingue en ce qu'elle se propose justement un but contraire. Hérapath, avons-nous vu, signale des varices de la jambe et de la cuisse, produites par un obstacle mécanique à la circulation en retour du sang dans la saphène. Cet obstacle provient d'un rétrécissement de l'orifice aponévrotique que traverse la saphène au creux poplité, et d'un rétrécissement analogue au pli de l'aîne. Ce chirurgien opère le débridement de ces orifices par le procédé suivant : Il incise la peau à l'endroit où la veine est étranglée, il déprime le vaisseau avec le doigt, et glissant un bistouri pointu entre lui et l'anneau, incise le bord supérieur de celui-

ci sur une longueur de 10 à 12 millimètres. On voit alors la dilatation veineuse s'affaïsser immédiatement.

Du reste, dans ce cas, il ne s'agit que d'une simple dilatation de la veine par obstacle à la circulation, et non point de varices provenant d'une altération des parois. Toutefois *Malgaigne* répéta une fois cette opération pour des varices vraies, et il obtint une certaine amélioration.

Mais ce procédé ne s'appliquant qu'à des cas très rares, il ne peut être cité que comme simple renseignement.

Avant de parler de la ligature de la saphène telle que la pratique Trendelenburg, il est intéressant de jeter un coup d'œil sur les principaux modes de traitement employés pour guérir ou améliorer les ulcères variqueux. Comme nous l'avons dit, l'ulcère variqueux est la complication la plus pénible des varices. C'est en effet, une plaie toujours ouverte, suintante, s'infectant parfois, et obligeant même le patient le plus négligeant à constamment y appliquer un pansement quelconque, tout primitif qu'il puisse être.

Divers traitements de l'ulcère variqueux

Nous nous bornerons à en rappeler les principaux. Il est évident qu'il ne saurait rentrer dans le cadre de ce travail de nommer toutes les applications successives — et souvent des plus fantaisistes — qui ont eu pour but la cicatrisation de l'ulcère variqueux.

En premier lieu, nous avons le *traitement général*, qui consiste avant tout en un *repos complet au lit*, dans le décubitus horizontal, le membre atteint d'ulcères un

peu élevé, sur un coussin, ou soutenu par une suspension quelconque. Et, en définitive, le repos au lit a été jusqu'ici le moyen le plus sûr — quoique fort long — d'arriver à la guérison des ulcères variqueux. Par le repos, le membre malade est le plus possible soustrait à toute irritation locale ou générale ; par l'élévation on évite un trop grand afflux de sang, et même on diminue l'afflux normal. En effet, le sang artériel arrive plus difficilement jusqu'au pied, et le sang veineux regagne le cœur plus facilement, on évite ainsi la stase dans les vaisseaux altérés et l'œdème résultant de cette stase sanguine.

Quand la perte de substance est limitée et que la nutrition n'est pas trop compromise, le repos combiné à l'élévation du membre suffisent souvent à amener la guérison.

A l'intérieur, on a prescrit certains médicaments, surtout le iodure de potassium. En 1867, *Fayer*, en Angleterre, recommande l'opium. Mais aucun de ses médicaments n'a donné de résultats certains.

En second lieu, nous avons le *traitement local*, qui consiste surtout en *applications* et en *pansements* spéciaux.

Très souvent les malades arrivent à l'hôpital avec un ulcère enflammé, fétide, purulent. Avant tout, il faut procéder à la désinfection d'un semblable ulcère par un pansement antiseptique. *Lucas Championnière* fait des pulvérisations d'une solution phéniquée. L'eau de Labarraque agit aussi favorablement. Si l'ulcère est étendu, il sera préférable d'éviter le sublimé. Au bout de deux ou trois jours, on a déjà une amélioration visible, le fond se déterge, les sécrétions fétides s'arrê-

tent, les bords se délimitent, l'ulcère prend une couleur rosée et le liseré cicatriciel s'accroît.

C'est alors qu'on pourra appliquer sur l'ulcère diverses substances destinées à en hâter la cicatrisation. Ces substances ont été de bien des espèces.

Hippocrate dans son traité « *Des plaies* », dit que quand les bords de l'ulcère sont enflammés, il est bon de mettre des cataplasmes *autour* de celui-ci. Il faudra aussi souvent en nettoyer la surface avec des éponges et l'essuyer avec des compresses sèches et propres.

Unna faisait laver soigneusement toute la jambe malade, et il enduisait l'ulcère préalablement saupoudré de iodoforme d'une « colle » ainsi composée :

Oxyde de zinc . . .	40,0
Gélatine	40,0
Glycérine	40,0
Eau distillée	40,0

L'ulcère une fois enduit de cette « colle d'Unna », il enroule directement sur le membre une longue bande de tartalane gommée à deux chefs, qu'il croise au devant de l'ulcère. Il commence aux orteils et va jusqu'aux genoux en serrant assez fortement. Il enroule encore par dessus une seconde bande pour consolider le tout. On peut laisser ce pansement en place, selon l'abondance des sécrétions.

Pour l'enlever, on fait tremper la jambe dans l'eau tiède jusqu'à ce que les jambes soient ramollies.

Avec ce pansement le patient peut continuer à marcher. On obtient, paraît-il, une guérison plus rapide que par le repos simple. Ici par la compression des bandes, la peau environnante est repoussée vers le

milieu de l'ulcère dont la surface est ainsi rapetissée, ce qui favorise la cicatrisation.

Krisch, de Breslau, emploie la compression élastique de la jambe, combinée avec une pression modérée sur l'ulcération elle-même. Dans un ulcère profond, il bourre de gaze iodoformée jusqu'au niveau de la peau, il saupoudre les bords et les environs de l'ulcère avec du dermatol. Sur la gaze iodoformée, il met une compression hydrophyle, et sur celle-ci une éponge plate, mouillée et exprimée, qui recouvre tout l'ulcère. Dans un ulcère plat, la disposition est la même, la gaze iodoformée en moins.

Ensuite, il enroule en partant des orteils, une bande élastique en imbriquant les tours les uns sur les autres. On changera le pansement de temps à autre, suivant le besoin.

Peu à peu l'œdème de la jambe diminue, les bords de l'ulcère se ramollissent, le fond bourgeonne plus activement et la cicatrisation est plus rapide. Toutefois il faudra continuer la compression encore un certain temps après la guérison.

Quand les bords de l'ulcère sont très indurés, *Krisch* obtient leur ramollissement en les massant dans la direction centrifuge avec un petit rouleau à manche. Ce massage combiné avec la compression donnerait de bons résultats.

Il arrive quelquefois que les ulcères sont douloureux à la pression. Alors *Krisch*, pendant un certain temps, commence par enrouler la bande depuis les orteils jusqu'à la zone sensible, en empiétant un peu sur cette zone à chaque pansement. Ainsi on habitue peu à peu l'ulcère à supporter la compression, et alors on place le pansement compressif de la manière indiquée.

Avec ce pansement le patient peut également continuer à marcher.

Reboul, de Marseille, commence par déterger l'ulcère au moyen de cataplasmes trempés dans la liqueur de van Swieten, ou dans une solution de naphthol camphré et recouverts de gutta-percha, et il continue ces cataplasmes jusqu'à ce que l'ulcère bourgeonne activement. Alors il saupoudre l'ulcère de dermatol et le remplit de gaze au dermatol. Il enroule la jambe de ouate et enroule sur le tout deux bandes de tartalane gommée. Ce pansement sera renouvelé au bout de quinze ou vingt jours. Quelquefois on trouve l'ulcère déjà guéri dès le deuxième pansement, dans le cas contraire on continue le traitement.

Langs, de Welzheim, panse l'ulcère variqueux avec un onguent de vaseline renfermant de 2,5 à 10 pour 100 d'oxyde rouge de mercure. Il renouvelle chaque jour ce pansement. D'abord, l'application en est d'habitude un peu douloureuse, mais après quelques jours elle devient indolore. De purulente, la sécrétion devient séreuse, le fond de l'ulcère se met à bourgeonner et la cicatrisation commence bientôt, *Langs* lave chaque jour l'ulcère avant d'y appliquer sa pommade.

Citons encore la pommade composée par le Dr *Lambossy*, de Nyon, qu'il étendait sur une étoffe épaisse — flanelle ou *lint* — et dont il recouvrait les ulcères variqueux une fois détergés. Cette pommade était ainsi formulée :

Empl. simple. . .	100
Empl. diachylon. . .	100
Cire jaune. . . .	400
Colcothar	100
Ol. oliv. ad . . .	1000

Une autre méthode de traitement était celle des bandelettes de diachylon ou d'emplâtres de Vigo, imbriquées sur la perte de substance. C'était le pansement de *Baynton*. Ces bandelettes ont la double fonction d'exciter la surface granuleuse et d'exercer une compression méthodique. Ce procédé, importé d'Angleterre, fut très en vogue pendant un certain temps.

Duplay emploie aussi les bandelettes, mais si l'ulcère variqueux est très étendu il pratique les greffes Reverdin ou de Tiersch. Mais pour que ces greffes réussissent, il faut que la surface de l'ulcère soit bourgeonnante. Pour cela, il faudra d'abord tenir la jambe au repos, et on excitera la surface granuleuse par des applications appropriées — sulfate de cuivre, permanganate de potassium, etc. — et on appliquera les greffes qu'une fois que la surface de l'ulcère sera bien détergée, rosée, commençant à se cicatriser dans les bords.

Berger recommande ces greffes pour les ulcères variqueux de moyenne grandeur et à bords non indurés. Quand les bords sont très indurés, il recommande l'incision circonférencielle de *Dolbeau*.

Un médecin américain *H. Martin*, a proposé une bande élastique longue de trois à quatre mètres et large de 75 millimètres. Il la fait appliquer directement sur la peau et sur l'ulcère. D'après lui, le patient doit enrouler sa bande, le matin au lit, avant de se lever et avant que les veines soit remplies, en serrant la bande juste assez pour qu'elle ne glisse pas. Une fois le patient levé la jambe augmente de volume par l'afflux du sang et la bande se trouve alors suffisamment serrée. Cette bande doit rester sur place toute la journée. Elle a le double avantage de maintenir une compression égale et

constante et, comme elle est imperméable, la plaie se trouve ainsi de son propre suintement dans un bain humide, chaud et complètement à l'abri de l'air, ce qui est une condition excellente pour favoriser le développement des bourgeons charnus et de la cicatrisation. Inutile de recommander l'antisepsie tant de la plaie que de la bande élastique. Le soir le malade n'a qu'à dérouler sa bande, l'étaler pour la faire sécher et mettre sur son ulcère un pansement quelconque.

Incision circonférencielle de Dolbeau. C'est la méthode sanglante. *Dolbeau* pour les ulcères variqueux à bords calleux, fait une incision profonde de la peau, tout autour de la perte de substance, à 2 centimètres en dehors du bord. Cette incision doit être continue, intéresser toute l'épaisseur souvent considérable de la peau et diviser les veines dilatées. On arrête l'hémorragie qui en résulte par la compression et l'élévation du membre. Par cette incision, on supprime la pression sanguine au niveau de l'ulcère et de suite on voit les veines s'affaisser. Peu après, les bords sont ramollis, la surface se met à bourgeonner et l'ulcère marche vers la guérison.

Malheureusement ce procédé de Dolbeau ne s'applique qu'à un seul ulcère à la fois et n'est guère possible quand la jambe en porte un grand nombre.

CHAPITRE III

Opération de Trendelenburg

De tous les traitements que nous venons d'examiner, aucun n'offrait jusqu'ici de résultats vraiment très favorables. Les uns ne portaient que sur les varices, les autres seulement sur les ulcères variqueux.

Beaucoup de ces traitements étaient très longs, d'autres nécessitaient dans tous les cas une narcose complète et plusieurs mêmes étaient dangereux pour la vie, — telles les injections coagulantes, qui pouvaient donner lieu à des embolies et, avant l'antisepsie, le plus grand nombre d'entre eux, faisaient courir au patient de grands dangers d'infection.

Enfin, aucun n'offrait une statistique aussi élevée de guérisons durables que l'opération de Trendelenburg, tant pour les varices que pour les ulcères variqueux.

Cette opération constitue incontestablement le plus grand progrès qui ait été fait ces derniers temps dans cette direction. Si tous les résultats ne sont pas favorables, néanmoins dans la grande majorité des cas on obtient une guérison durable — et presque toujours une amélioration évidente — et la cicatrisation des ulcères est plus rapide que par tous les autres traitements,

ainsi que nous le verrons dans les quelques cas que nous avons pu soigner et observer nous-mêmes.

Trendelenburg en étudiant les conditions de la pression du sang dans les veines — *Blutdruckverhältniss* — se fonde sur ce que la plupart des varices du membre inférieur sont en relation avec une dilatation générale de la veine saphène et que par suite de cette dilatation, les veines deviennent insuffisantes. Comme les veines iliaque et cave inférieure ne possèdent pas de valvules, il en résulte que la colonne sanguine qui va depuis le cœur droit jusqu'à l'extrémité de la saphène, n'est plus divisée en segments différents et qu'elle presse de tout son poids sur les parois du membre inférieur et de leurs ramifications. Cette hypothèse expliquerait l'œdème, les douleurs vagues et les ulcérations qui compliquent si fréquemment les varices.

Trendelenburg appuie cette hypothèse par une petite expérience.

Il vide les veines ectasiées du membre inférieur par l'élévation de celui-ci et il abaisse de nouveau le membre en comprimant fortement le tronc de la saphène ; alors on voit que les veines ne se remplissent que lentement par le sang en retour qui vient des artères tandis que, au moment où l'on cesse cette compression, on voit l'onde sanguine venant de haut en bas, remplir instantanément tous les troncs veineux, ce qui prouve bien qu'il y a une forte pression centrale agissant sur les parois veineuses.

Se basant sur ce fait, *Trendelenburg* conseille « *de mettre à nu la veine saphène, de la lier fortement en deux endroits et de la sectionner entre les deux ligatures.* »

En vérité, il semble paradoxal, au premier abord, de

vouloir guérir une affection résultant d'une stase du sang dans les veines, justement par une suppression totale du courant sanguin dans ces veines-là. Mais en même temps qu'on supprime la circulation dans la veine, on y supprime aussi la grande pression qui vient d'en haut et c'est ce qui est l'important. Le sang ne pouvant alors plus passer par la saphène, est obligé de couler par les anastomoses dans les veines profondes qui ont généralement leurs valvules encore intacts et où la circulation est favorisée par l'action des muscles.

Manuel opératoire

L'opération de la ligature de la saphène est l'une des plus simples et ne diffère pas d'une autre ligature de vaisseau.

Instruments. — Il n'est besoin d'aucun instrument spécial : un bistouri, une pince à griffe, quelques pinces hémostatiques, des ciseaux droits et une aiguille pour les sutures de la peau.

Il faudra laver, raser et désinfecter soigneusement la place où l'on fera l'incision, afin d'obtenir si possible une réunion de la plaie par première intention.

Certains auteurs recommandent de placer une bande d'Esmarch sur le membre à opérer. Cependant dans les cas que nous avons opérés dans le service de chirurgie, il nous a semblé préférable de ne pas appliquer la bande d'Esmarch et de faire directement l'hémostase avec des pinces. De cette façon les vaisseaux sont liés de suite et il n'y a pas à craindre, à l'enlèvement de l'Esmarch, un écoulement sanguin dans la plaie qui donnerait de la rétention.

Pour trouver la *ligne d'incision* on explorera avec soin

la face interne de la cuisse et on trouvera une ligne ombrée, bleuâtre, indiquant le trajet de la saphène interne. Cette veine sera d'autant plus facile à trouver, si à ce niveau elle est dilatée, ce qui a lieu dans la plupart des cas. Chez les sujets où le trajet de la saphène n'est pas facilement visible, on peut appliquer une constriction au haut de la cuisse, mais pas trop serrée, en sorte que le sang continuant à arriver dans le membre inférieur par les artères, les veines superficielles se gonfleront et apparaîtront d'une façon beaucoup plus nette.

Sur le trajet indiqué, on fera une incision de 7 à 10 centimètres environ. *Trendelenburg* fait porter son incision à l'union du tiers moyen de la cuisse avec son tiers inférieur.

Faisst de Tübingen, recommande de la faire porter plus haut et il en donne les raisons que nous verrons plus loin.

Généralement on trouve la saphène très facilement, ce n'est que chez les sujets très gras que sa recherche est parfois assez difficile.

On écartera les tissus et on isolera la veine autant que possible avec les doigts ou un instrument mousse, afin de ne pas piquer le vaisseau. S'il se présente des ramifications, on y mettra une ligature. On liera la veine au bout supérieur et au bout inférieur de la plaie avec un fort fil de catgut et on la sectionnera d'un coup de ciseau, entre les deux ligatures. On pourra même pour plus de sûreté en extirper une partie. Une fois l'hémostase assurée, il n'y a plus qu'à suturer la peau.

Pansement. On saupoudre la plaie suturée avec du dermatol, on recouvre la suture d'un carré de gaze au

dermatol et par dessus cette gaze on applique à plat, bien tendu, un bout de bande de mousseline qu'on fixe à la peau avec du collodion — pansement occlusif.

Ce pansement — des plus simples, on le voit — sera laissé en place jusqu'à ce qu'on enlève les points de suture. Une fois les fils ôtés, on pourra remettre un pansement semblable et, sauf en cas de suppuration, le laisser jusqu'à guérison complète de la plaie. Si la plaie ne guérissait pas par première intention et qu'on fut obligé de panser souvent, il n'y aurait qu'à appliquer alors un pansement antiseptique ordinaire qu'on fixerait par des tours de bande.

Anesthésie. Chez les personnes craintives on peut faire la narcose à l'éther. L'opération étant de courte durée, l'anesthésie générale sera courte aussi et peu profonde, et il n'en résultera guère pour le patient que les inconvenients qui accompagnent le réveil. Ainsi dans plusieurs des cas opérés à l'hôpital, nous avons endormi le patient à l'éther, nous conformant en cela à sa demande.

Toutefois dans la plupart des cas, on peut se contenter d'une anesthésie à la cocaïne, l'opération, sauf l'incision de la peau, n'étant guère douloureuse.

Comme on le voit, cette opération est fort simple et à la portée de tous les praticiens, à condition toutefois d'observer une antiseptie rigoureuse.

La plaie opératoire se comporte comme toute plaie ordinaire et, s'il y a des ulcères variqueux, il n'y a en attendant la cicatrisation, qu'à les tenir propres et aseptiques.

Après l'opération les varices diminuent rapidement de volume et les ulcères se cicatrisent rapidement. Evi-

demment le repos au lit y est aussi pour quelque chose, mais comme nous le verrons dans les observations notées plus loin, un gros ulcère du côté opéré, se guérit plus rapidement qu'un ulcère plus petit sur la jambe dont la saphène n'a pas été liée.

Une fois la guérison obtenue, il faudra cependant par prudence, toujours conseiller au patient de continuer à porter un bas élastique ou une bande de flanelle, en tout cas encore pendant un certain temps.

Les *résultats* obtenus par cette petite opération sont, d'après les expériences de *Trendelenburg*, généralement bons. Les patients sont bientôt délivrés de leurs infirmités, du moins dans la plupart des cas. Plus de douleurs dans la jambe après la marche ou la station debout, moins ou plus de tout de sentiment de pesanteur dans le membre inférieur. Les ulcères variqueux rebelles à tous les traitements employés jusqu'alors, se cicatrisent d'une façon étonnamment rapide et souvent quand ils ne sont pas trop étendus, on remarque une amélioration notable dès le premier pansement.

Ici se pose la question de savoir si cette guérison est durable, ou si le mal ne récidivera pas après un temps plus ou moins long. Y aura-t-il récidive des varices déjà existantes, ou bien après la ligature se développera-t-il de nouvelles dilatations dans les veines collatérales, par où passe maintenant le sang qui ne peut plus s'écouler par la saphène.

Tobold, dans sa thèse de Bonn, en 1889, publie les résultats obtenus chez neuf patients atteints de varices, qui ont subi l'opération de *Trendelenburg*.

Dans cinq cas, il obtient la guérison complète et durable des varices et des ulcères variqueux.

Dans trois cas, guérison complète de varices non compliquées d'ulcères.

Dans un cas, guérison des varices et des ulcères variqueux aux deux jambes, mais après quelque temps il se rouvrit un ulcère à la jambe droite.

O. Faisst, assistant à la clinique de *Bruns*, à Tübingen, obtient les résultats suivants :

Sur onze patients, il a été fait quatorze ligatures de la saphène, soit trois ligatures doubles. Il en résulte que dans douze cas on a une grande amélioration des symptômes, retour d'une bonne fonction du membre malade, guérison durable des ulcères variqueux.

Dans deux cas la guérison durait encore après deux ans révolus ; dans sept cas, après un espace de un à deux ans, dans trois cas, après quelques mois. Chez un opéré, la guérison était encore complète après deux ans et demi.

Ces époques sont celles auxquelles les opérés ont été revus.

Dans deux cas on n'avait obtenu aucune amélioration. Comment expliquer ces deux échecs ?

On ne peut pas penser ici à un rétablissement du courant sanguin dans la saphène, car dans tous les cas mentionnés par *Faisst*, la veine a été non seulement liée, mais complètement sectionnée.

Faisst pense qu'il n'y a que deux explications possibles : ou bien on n'a pas lié la saphène elle-même, mais une veine parallèle qui se trouve chez certains sujets, ou bien on aurait lié la saphène, mais alors cette même veine parallèle non liée, aurait dès lors joué le rôle du tronc principal, et alors l'opération aurait été incomplète.

Cette supposition n'a malheureusement pas pu être vérifiée dans les deux cas cités.

Pour éviter de faire une ligature incomplète, *Faisst* propose de lier la saphène plus haut que ne le fait Trendelenburg. Celui-ci en effet, choisit, avons-nous vu, comme lieu d'élection, l'union du tiers moyen de la cuisse avec le tiers inférieur.

Or, lorsque ce rameau saphène parallèle existe, il va se jeter dans la saphène vraie, environ à un travers de main au-dessous de la fosse ovale du fascia lata. En liant donc le tronc veineux plus haut, on a plus de chances de lier le tronc vasculaire entier et d'arrêter complètement le courant sanguin superficiel.

Et de fait, *Faisst* remarque que dans les deux cas de non réussite qu'il mentionne, la ligature avait été faite passablement bas.

R. Cordebart, dans sa thèse pour le doctorat, Paris, 1893, indique quinze cas d'opération, dont les résultats sont les suivants :

Dans huit cas de varices avec ulcères variqueux, on obtint une guérison prompte et durable. Deux de ces patients ont été admis de nouveau à l'armée après leur guérison.

Dans quatre cas, on obtint la guérison de varices sans ulcères. Un des opérés fut ensuite déclaré apte au service.

Dans deux cas il y a eu amélioration visible, mais les patients ont quitté l'hôpital avant leur guérison complète.

Enfin dans un cas, varices avec ulcères, il n'y a pas eu d'amélioration notable.

Citons encore *Perthes* qui, sur 63 opérés en a revu

41, après un espace de temps variant de cinq mois à neuf ans. De ces 41 opérés, 32 étaient encore complètement guéris.

Chez neuf d'entre eux, il y avait eu récurrence, et Perthes admet que cette récurrence était due à la formation d'une nouvelle circulation veineuse, probablement à travers une branche collatérale, déjà existante au moment de l'opération.



CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Observation I

P..., Rosa, 31 ans. Horlogère à domicile.

Anamnèse. Souffre depuis dix ans, aux deux jambes, de varices qui souvent ont donné lieu à des ulcères variqueux. La jambe gauche surtout est atteinte, les ulcères s'y forment plus fréquemment et plus rapidement qu'à la jambe droite. La malade a déjà fait six séjours antérieurs à l'hôpital, où elle a été traitée jusqu'ici par le repos au lit et diverses applications sur les ulcères. Les ulcères se guérissaient lentement, dans un laps de temps variable avec leur étendue, mais le séjour à l'hôpital avait toujours été de plus de six semaines, et une fois il avait été de trois mois.

La guérison favorisée par une hygiène et des précautions appropriées se maintenait quelques mois — trois à quatre généralement — puis les ulcères réapparaissaient et obligeaient la malade à entrer de nouveau à l'hôpital.

Maladie actuelle. Entre à l'hôpital le 24 décembre 1894, pour un ulcère variqueux situé à la jambe gauche, au tiers inférieur, face antéro-interne. L'ulcère est de forme ovale, longueur 7 centimètres, largeur 5 centi-

mètres. Bords nets. L'ulcère a réapparu il y a cinq semaines environ.

TRAITEMENT. — *Du 24 décembre 1894* au 5 janvier 1895, repos au lit, pansements compressifs, application de pommade Lambossy. Il y a une légère amélioration, l'épiderme dans les bords de l'ulcère s'est avancé vers l'intérieur de 4 à 5 millimètres, mais la marche de la cicatrisation est très lente.

5 janvier 1895. Opération de Trendelenburg. Sur le désir de la patiente, on lie la veine saphène à *gauche*, au lieu d'élection. Procédé opératoire, comme décrit ci-dessus. Anesthésie locale de la peau par des injections de cocaïne. Sutures au catgut. Pansement : gaze au dermatol.

10 janvier. On ôte les sutures. Il y a un peu de rétention. Les bords de la plaie s'écartent sur une certaine longueur au moment où on coupe les fils. Cataplasmes au sublimé sur la plaie.

Ulcère. Du 5 au 10 janvier la cicatrisation de l'ulcère marche beaucoup plus rapidement. L'ulcère est actuellement de la grandeur d'une pièce de cinq francs.

17 janvier. La plaie opératoire donne encore un léger suintement purulent, mais son fond granule activement. On continue encore les cataplasmes pendant quelques jours.

L'ulcère est complètement recouvert par un épiderme délicat, blanchâtre, transparent, mais sans aucune solution de continuité.

2 février. La malade quitte l'hôpital. Ulcère complètement cicatrisé, peau résistante. Marche sans aucune peine.

Résultat. Revu la malade le 10 décembre 1895, soit

onze mois après l'opération. La guérison s'est parfaitement maintenue depuis lors, la place où était l'ulcère est fortement pigmentée, hyperhémisée, mais la peau est solide, non douloureuse à la pression. Les symptômes généraux sont également très améliorés. La jambe gauche est beaucoup moins lourde que les années précédentes, elle n'enfle plus le soir, quoique la patiente travaille à l'établi, et fasse elle-même son ménage. Plus de douleurs, et la jambe opérée se fatigue beaucoup moins vite que l'autre.

Plus de varices à la jambe gauche, on voit seulement des veines bleuâtres, peut-être un peu plus dilatées qu'à l'état tout à fait normal.

La jambe droite, sans avoir actuellement d'ulcères variqueux, porte actuellement des varices assez prononcées, enfle le soir et se fatigue plus vite que la gauche.

Observation II

D..., Jérôme, 52 ans. Horloger.

Anamnèse. Depuis longtemps est atteint de varices à la jambe droite, mais celles-ci depuis 7 à 8 ans ont très souvent donné lieu à des ulcères variqueux. Chaque année le malade, qui ne peut pas se soigner à domicile, fait deux ou trois séjours à l'hôpital, et y reste pendant un temps variant de trois à six semaines. Il vient toujours se faire soigner avant que l'ulcère soit trop étendu.

Chaque fois est traité par le repos et les applications ordinaires. Grâce au traitement, l'ulcère finissait par se cicatriser, mais il y avait régulièrement récidence un mois ou quelques semaines plus tard. Pendant les dernières années la jambe était lourde, se fatiguant vite, et enflait après le travail.

Maladie actuelle. Entre à l'hôpital le 12 juin 1895, porteur d'un ulcère variqueux grand comme une pièce de deux francs, situé à quelques centimètres de la malléole interne de la jambe droite. Le malade avait quitté l'hôpital en mars et l'ulcère s'était rouvert environ sept semaines plus tard.

Traitement. Le 14 juin, le malade est endormi à l'éther. Opération par le procédé indiqué. Durée 15 minutes depuis le commencement de la narcose. Ether employé 120 centimètres cubes. Sutures. Pansement : gaze au dermatol.

18 juin. Oté les sutures. Les bords de la plaie sont réunis. Aucune rétention. Emplâtre à l'oxyde de zinc sur la plaie opératoire.

20 juin. L'ulcère a déjà visiblement diminué d'étendue. Grand actuellement comme une pièce de vingt centimes. Fond légèrement bourgeonnant, rougeâtre.

26 juin. La plaie opératoire est complètement guérie par première intention. Ulcère complètement cicatrisé, épiderme blanc-rosé. On applique sur cet épiderme un morceau d'emplâtre de zinc et le malade sort de l'hôpital.

Résultat. Revu le malade le 3 décembre. Depuis l'opération l'ulcère n'a pas réapparu. La peau est à la place de l'ulcère pigmentée, rougeâtre, solide. Grande amélioration dans les fonctions du membre. Jambe beaucoup moins lourde, n'enfle plus après le travail. Les veines sont visibles mais ne paraissent pas dilatées.

Observation III

T..., Marie, 62 ans, laveuse de parquets. Est atteinte d'ulcères variqueux aux deux jambes, depuis 40 ans environ. Nombreux séjours antérieurs dans divers hôpi-

taux. Au dire de la malade, tous les traitements essayés jusqu'ici ont échoué. A force de soins, et sous l'influence d'un repos prolongé, les ulcères finissaient toujours par se fermer, mais ils se rouvraient régulièrement après deux ou trois mois.

Maladie actuelle. Entre à l'hôpital le 1^{er} février 1895, atteinte d'ulcères variqueux et de grosses varices aux deux jambes.

A. *Jambe droite.* Un ulcère s'est rouvert il y a trois mois environ, au tiers moyen de la jambe, face antéro-interne. La malade ne pouvant se soigner, l'ulcère augmente rapidement d'étendue, en envahissant aussi la face externe de la jambe.

Actuellement, nous avons un ulcère variqueux de forme irrégulière, mesurant 12 à 15 centimètres dans sa plus grande longueur — soit du bord interne au bord externe, et une largeur variant de 4 à 8 centimètres, soit de haut en bas. — Les bords sont très indurés, déchiquetés. Le fond de l'ulcère est grisâtre, rosé par place, il donne un fort écoulement de sérosité rougeâtre.

B. *Jambe gauche.* Il y a trois semaines environ, apparaît un petit ulcère, au tiers inférieur, face antérieure. Il s'est agrandi assez rapidement, et actuellement est un peu plus grand qu'une pièce de cinq francs, de forme arrondie. Les bords et le fond de l'ulcère présentent les mêmes caractères que celui de la jambe droite.

TRAITEMENT. — 6 février. La malade est endormie à l'éther. On opère selon la méthode ordinaire. La veine saphène, à droite, assez profonde à cause de la couche graisseuse est trouvée très sclérosée, blanchâtre, très épaisse, la lumière du vaisseau très petite. Ligature

double et section entre deux. Sutures de la peau. Pansement comme indiqué plus haut.

En tout l'opération dure 7 minutes. Il a été donné 70 cm³ d'éther pour la narcose.

22 février. Plaie opératoire réunie par première intention.

Le grand ulcère de la jambe droite bourgeonne activement, l'épiderme s'est avancé de plus de deux centimètres de l'extérieur vers l'intérieur de la perte de substance.

Le petit ulcère de la jambe gauche ne fait presque aucun progrès vers la guérison.

15 mars. Le grand ulcère de la jambe droite est complètement recouverte d'épiderme. Les varices du même côté ont presque disparu.

A gauche l'ulcère est encore de la grandeur d'une pièce de deux francs.

27 mars. A la demande de la malade, on lie la saignée à gauche. Même procédé qu'à droite. La plaie opératoire guérit en huit jours par première intention.

8 avril. L'ulcère de la jambe gauche est complètement cicatrisé.

30 avril. La malade restée encore à l'hôpital par précaution, marche parfaitement, sans fatigue. Point d'œdème. Epiderme solide. Sortie.

Résultat. Nous n'avons pu revoir la malade elle-même. Elle venait de partir pour un autre canton, soit le 25 novembre. La personne chez qui la malade logeait nous affirme que la guérison des deux jambes s'était parfaitement maintenue jusqu'alors.

Observation IV

D... Véréna, 42 ans, laveuse de linge.

Anamnèse. Depuis l'âge de 16 ans la malade commence à avoir les jambes enflées après le travail ou après la marche. Il y a sept ans elle commence à avoir des ulcères variqueux, tantôt à une seule jambe, tantôt aux deux à la fois. Elle se soigne à domicile, mais plus tard à cause de l'étendue des ulcères, elle est obligée d'entrer à l'hôpital. Par le repos, les ulcères finissaient par se fermer, mais recommençaient peu de temps après que la malade avait repris son travail. En 1893, elle reste six semaines à l'hôpital.

Maladie actuelle. Elle entre de nouveau à l'hôpital, le 29 octobre 1894, atteinte d'ulcères variqueux aux deux jambes.

A. *Jambe droite.* On constate à la partie inférieure de la jambe, une ulcération grande comme la paume de la main, arrondie, face intérieure de la jambe, et s'étendant en dedans jusque sur la malléole interne.

B. *Jambe gauche.* Plusieurs ulcérations à la partie externe de la jambe, la plus étendue est de la grandeur d'une pièce de cinq francs.

1^{er} novembre 1894. Ligature de la saphène à droite.

La veine est passablement sclérosée. Anesthésie locale à la cocaïne. Pansement occlusif. Durée de l'opération : 10 minutes.

7 novembre. Plaie opératoire guérie par première intention. Les fils ont été enlevés le quatrième jour.

L'ulcère se cicatrise rapidement. Après sept jours, sa

surface a déjà diminué d'un quart environ. Les deux jambes sont traitées exactement de la même façon.

16 novembre. L'ulcère à droite est complètement cicatrisé. Ceux du côté non opéré bourgeonnent paresseusement. Les plus petits sont fermés, mais les plus étendus ne se cicatrisent qu'extrêmement lentement.

30 novembre. La jambe droite est bien guérie, mais à la jambe gauche il persiste encore un ulcère de la grandeur d'une pièce de deux francs. Néanmoins la malade sort de l'hôpital.

La malade rentre à l'hôpital le *13 mars 1895* demandant à être opérée pour la jambe à gauche.

Depuis quatre mois la guérison de la jambe droite s'est maintenue parfaite et, au dire de la malade, jamais ses ulcères n'étaient restés aussi longtemps sans se rouvrir. C'est pourquoi elle vient d'elle-même pour subir l'opération à gauche.

Status actuel. L'ulcère qui existait à la jambe gauche à la sortie de l'hôpital ne s'est jamais fermé malgré tous les soins que prenait la malade. En outre il s'en est formé une dizaine de nouveaux, disséminés sur tout le pourtour de la jambe. Le plus petit est grand comme une lentille, le plus grand comme une pièce de cinq francs.

15 mars. Ligature de la saphène à gauche. Narcose à l'éther : 80 cm³ pour toute la narcose. Durée de l'opération : 12 minutes depuis le commencement de la narcose.

20 mars. Oté les sutures. Plaie opératoire guérie par première intention.

22 mars. Les petits ulcères sont fermés, les plus grands sont en voie de cicatrisation rapide.

27 mars. Les ulcères sont complètement fermés. La malade sort de l'hôpital.

Résultat. La malade a été revue le 30 novembre 1895, soit un an après la guérison de la jambe droite et huit mois après celle de la jambe gauche. Voici ce qu'on pouvait constater :

A. *Jambe droite* va parfaitement bien. Depuis un an aucun ulcère n'est apparu. Varices disparues, veines normales, plus de pesanteur de la jambe, ni d'œdème après le travail.

B. *Jambe gauche.* Il existe sur la molléole interne une petite ulcération, grande comme une pièce de cinq centimes, à bords blanchâtres, indurés. Fond grisâtre. Cette ulcération s'est produite trois jours après la dernière sortie de l'hôpital et est restée telle quelle sans aucune tendance à augmenter.

Au dire de la malade, il s'y forme une croûte brunâtre mais qui est bientôt arrachée quand la malade marche, vu l'insuffisance des pansements qu'elle y applique.

Le reste de la jambe est parfaitement sain.

Les symptômes fonctionnels sont grandement améliorés, il y a encore un peu d'enflure le soir à la jambe gauche, mais la malade marche parfaitement et se fatigue beaucoup moins qu'auparavant, quoiqu'elle fasse souvent un travail fort pénible.

Observation V

G... Français, âgé de 64 ans, ouvrier jardinier.

Souffre de varices et d'ulcères variqueux — depuis 1866 à droite. En 1868 apparaît le premier ulcère à la

jambe droite. L'affection augmente peu à peu. Le malade fait plusieurs séjours à l'hôpital, suivis de guérison, puis de récurrence après quelque temps. Il n'y a jamais eu d'ulcères à la jambe gauche, qui pourtant est atteinte de varice et de gêne fonctionnelle.

Status actuel. A la jambe droite, on constate plusieurs pertes de substance à bords hyperhémisés et indurés. La plus grande d'entre elles siège à la face interne de la jambe, tiers moyen, grande comme la paume de la main. Il y a un an environ que cet ulcère est apparu. Les autres ulcères sont de grandeur variable, les uns comme une pièce de cinq centimes, les autres comme un sou français. Ces ulcères donnent tous un écoulement séro-purulent, abondant et fétide. Dans cet état le malade entre à l'hôpital le 9 octobre 1894.

20 octobre 1894. Ligature de la saphène à droite. Narcose à l'éther. Ether employé : 90 cm³. Durée totale de l'opération : 20 minutes. Pansement occlusif au dermatol.

25 octobre. Enlevé les sutures. Plaie opératoire réunie par première intention. On voit déjà un changement notable dans le bord des ulcères, l'épiderme commence à avancer vers le centre. La surface de l'ulcère bourgeonne beaucoup mieux, les veines du membre inférieur sont beaucoup moins saillantes.

30 octobre. Les petits ulcères sont cicatrisés, les grands diminuent rapidement d'étendue.

13 novembre. Tous les ulcères sont guéris. Forte amélioration des symptômes fonctionnels. Les veines du côté opéré ne paraissent plus dilatées.

Résultat. Nous n'avons pas pu revoir le malade. Au mois de septembre 1895, il était parti sans dire où il

allait. Toutefois le jardinier qui l'employait, nous dit qu'à son départ, le patient marchait très bien, n'avait plus de « plaies » à la jambe et que cette jambe droite allait mieux que la gauche où la saphène n'avait pas été liée.

Observation VI

Fa... Anaïs, 32 ans, menagère.

Anamnèse. Depuis trois ans souffre d'un ulcère variqueux à la jambe droite, face interne, tiers inférieur. Cet ulcère qui a atteint parfois la grandeur de la paume de la main a récidivé plusieurs fois et toujours se refermait, sous l'influence du repos, après un temps plus ou moins long, mais toujours dépassant six semaines.

Etat actuel. A la face interne de la jambe droite, on voit une ulcération allongée d'environ quatre centimètres de large sur sept de long. Fond bourgeonnant paresseusement, peau violacée dans le pourtour de l'ulcère. Pas de varices apparentes, la malade est très grasse. Entrée à l'hôpital le 21 janvier 1896.

1^{er} février. Ligature de la saphène à droite. Recherche du vaisseau assez difficile. Durée de l'opération : 15 minutes.

Narcose à l'éther. Ether employé : 210 cm³.

5 février. Enlevé les sutures. Légère rétention et hyperhémie des bords de la plaie opératoire.

9 février. Plaie opératoire guérie. L'ulcère diminue rapidement d'étendue.

23 février. L'ulcère est complètement cicatrisé.

5 mars. Sortie de l'hôpital. La malade marche plus facilement. Toutefois la jambe enfle toujours un peu.

Résultat. Revu le malade deux mois après. L'ulcère a réapparu environ trois semaines après la sortie de l'hôpital. Il est actuellement grand comme une pièce de deux francs. Les fonctions du membre inférieur très améliorées à la sortie de l'hôpital, sont peu à peu redevenues assez mauvaises pour empêcher la malade de travailler facilement.

N. B. Dans ce cas nous voyons que si l'ulcère variqueux a récidivé, la ligature de la saphène n'en a pas moins hâté la guérison. En trois semaines, nous obtenons une cicatrisation complète, alors qu'auparavant la guérison durait toujours plus longtemps, même quand l'ulcère était plus petit. Il nous semble qu'ici l'hypothèse de *O. Faisst* expliquerait mieux cette guérison, notablement hâtée mais suivie de récurrence. Peut-être à côté de la saphène y avait-il une branche collatérale de petit calibre. Après la ligature, l'effet attendu se serait produit et aurait hâté la cicatrisation de l'ulcère, mais peu à peu tout le sang aurait commencé à s'écouler par la collatérale, qui actuellement jouerait le rôle de la saphène, en sorte que la circulation superficielle serait redevenue ce qu'elle était avant l'opération.

Observation VII

G... André, maçon, 36 ans.

Souffre depuis cinq ans de grosses varices aux deux cuisses et aux deux jambes. A part cela il est bien portant, robuste, de haute taille. Plusieurs membres de sa famille, sa mère en particulier, sont atteints de varices.

Le patient se plaint d'être gêné dans son travail, se fatigue très rapidement et le soir les deux jambes sont

très enflées. Toutefois la jambe gauche est plus atteinte que la droite.

25 janvier 1896. Le malade entre à l'hôpital. On constate à la face interne de la cuisse gauche, dans son tiers moyen, un gros paquet de varices, proéminent de deux à trois centimètres sur les parties voisines. A la face interne de la jambe, il y a un énorme paquet variqueux, haut de trois à quatre centimètres et de huit à dix centimètres de long, sur six à sept centimètres de large.

A droite, on n'a pas de gros paquets variqueux, mais les veines sont très dilatées, tortueuses.

28 janvier. Ligature de la saphène à gauche. Narcose à l'éther. Extirpation du paquet variqueux de la cuisse. Pansement non occlusif : compresse au sublimé, ouate.

2 février. La plaie est en voie de guérison. Le paquet variqueux de la jambe gauche a sensiblement diminué de volume, les veines sont plus petites.

7 mars. Le malade sort de l'hôpital complètement guéri. Grande amélioration des fonctions du membre inférieur. Plus d'œdème, marche très facile. Ne pouvant rester plus longtemps à l'hôpital, le patient refuse l'opération pour la jambe droite.

Résultat. Le patient a été revu le 25 mai 1896. Les varices à gauche ont presque disparu. G... dit qu'elles diminuent de plus en plus. Le malade se sert beaucoup plus facilement de sa jambe gauche. Il n'y a pas de changements appréciables dans la jambe droite. Le patient dit qu'il se soumettrait volontiers à l'opération du côté droit.

Observation VIII

Tur..., Alexandre, ancien journalier, 69 ans.

Depuis plusieurs années, souffre de varices aux deux jambes. Il y a trois ans, commence à être atteint d'ulcères variqueux à la jambe gauche, tiers inférieur.

6 octobre 1895. Le malade entre à l'hôpital pour un ulcère variqueux, grand environ comme la paume de la main, situé à la face interne de la jambe gauche. L'apparition de cet ulcère remonterait à deux ou trois mois, au dire du malade. Varices assez prononcées à la jambe, au-dessus de l'ulcère.

19 octobre. Ligature de la saphène à gauche, par le procédé ordinaire. Anesthésie locale à la cocaïne. Pansement occlusif de la plaie.

24 octobre. Enlevé les sutures. La plaie opératoire est guérie par première intention.

1^{er} novembre. On note une amélioration rapide. L'épiderme s'est avancé de deux centimètres en tous sens, à partir des bords de l'ulcère.

10 novembre. L'ulcère n'est plus que de la grosseur d'une pièce de deux francs. Le malade sorti en permission ne rentre pas.

Résultat. Revu le malade le 20 mai 1896. La jambe gauche est complètement guérie. A la place occupée par l'ulcère, il y a un épiderme solide, rosé, non douloureux à la pression. Le malade dit que son ulcère s'est guéri quelques jours après sa sortie de l'hôpital, quoiqu'il n'ait pas cessé un jour de marcher. Actuellement le malade marche facilement et la jambe opérée se fatigue moins vite que la droite. Au moment où nous examinons le malade, celui-ci travaillait au jardin

depuis deux ou trois heures, et la jambe gauche ne porte qu'un léger œdème au niveau des deux malléoles. Les varices ont disparu.

Observation IX

G..., Claude, jardinier, 57 ans.

Depuis deux ou trois ans souffre d'ulcères variqueux à la jambe gauche, sur tout le pourtour du tiers inférieur. Il a déjà fait deux séjours antérieurs à l'hôpital, où il a été soigné par le repos et les applications appropriées. L'ulcère s'était guéri, mais une fois le malade avait fait à l'hôpital un séjour de deux mois et demi, et la seconde fois un séjour de 7 semaines.

Etat actuel. Le malade rentre à l'hôpital pour la troisième fois le 1^{er} décembre 1894, pour un ulcère variqueux de forme irrégulière, situé au tiers inférieur de la jambe gauche, face interne. La plus grande longueur de l'ulcère est de 40 centimètres, la plus grande largeur de 7. Cet ulcère date de trois mois environ.

3 décembre. Ligature de la saphène à gauche. Narcose à l'éther. Ether employé 100 centimètres cubes. Durée de l'opération 10 minutes. Pansement occlusif.

7 décembre. Enlevé les sutures. La plaie est réunie par première intention. L'épiderme commence déjà à recouvrir les bords de l'ulcère.

20 décembre. Grande diminution de l'étendue de l'ulcère.

4 janvier 1895. Le malade quitte l'hôpital complètement guéri. Grande amélioration fonctionnelle de la jambe.

N. B. — Le malade n'a pu être retrouvé malgré nos recherches, et nous ne connaissons pas l'état actuel de

sa jambe. Mais ici encore reste le fait que la ligature de la saphène a de beaucoup hâté la cicatrisation de l'ulcère.

Observation X

F..., Gustave, 28 ans, cocher.

Depuis deux ans environ, le patient s'aperçoit qu'il a des varices à la jambe gauche. Cette jambe se fatigue plus vite que la droite, et après le travail est très enflée.

En octobre 1895, la jambe malade reçoit un choc assez fort d'une pièce de bois. Il en résulte une petite plaie qui, au lieu de se guérir, va toujours en grandissant et donne un ulcère au tiers inférieur de la jambe, face antéro-interne, actuellement un peu plus grand qu'une pièce de 5 francs. Etat général du malade très bon. Dans cet état le malade entre à l'hôpital le 7 janvier 1896.

Du 7 janvier au 5 février, le malade est traité par le repos complet au lit, l'élévation du membre, et par des pansements antiseptiques sur l'ulcère variqueux. La jambe est moins enflée, mais dès que le patient se lève un moment, les symptômes réapparaissent comme auparavant. L'ulcère se cicatrise très lentement; il est encore actuellement de la grandeur d'une pièce de deux sous français.

5 février. Ligature de la saphène, à gauche. Narcose à l'éther. Ether employé 90 centimètres cubes. Durée de l'opération 12 minutes. Pansement occlusif.

9 février. Oté les sutures. Guérison par première intention de la plaie. L'ulcère après quatre jours est complètement cicatrisé.

12 février. Le malade quitte l'hôpital. Il marche facilement. Les varices ont disparu, à peine si les veines sont encore un peu dilatées. Plus d'œdème après la marche.

N. B. — Le malade n'a pu être revu, il a quitté le pays depuis lors.

CONCLUSIONS

La ligature de la veine saphène, avec section du vaisseau telle que la pratique Trendelenburg, comme traitement des varices et des ulcères variqueux du membre inférieur :

1° Est pour le patient une opération bénigne, en prenant les précautions antiseptiques voulues.

2° Est pour le chirurgien recommandable à cause de sa simplicité.

3° Elle donne un résultat plus complet, plus stable, et une guérison plus rapide que les autres méthodes de traitement.

4° Elle est applicable dans la plupart des cas.

LITTÉRATURE

- BRUNS. Beiträge zur Klinischen Chirurgie. Tübingen, 1895. Band XIV.
- PORTA. Della cura radicale delle varici. Memór. dell' Istit. Lombardo.
vol. XIII.
- BRITISH medical Journal, 1894.
- MALGAIGNE. Médecine opératoire, 1861.
- TILLAUX. Traité de pathologie externe.
- VIDAL. Pathologie externe, 1855.
- SEMAINE MÉDICALE. Années 1890-1895.
- SCHMIDT'S. Jahrbücher der in und ausländischen gesammten Medicin.
- HIPPOCRATE. Des plaies.
- E. FOLLIN. Traité de pathologie externe.
- R. CORDEBART. Traitement des varices et de l'ulcère variqueux du membre inférieur, par la ligature et la résection de la saphène interne.
Thèse de Paris, 1893.
- BILLROTH UND V. WINIWARDER. Pathologie et thérapeutique chirurgicales générales.
- B. TOBOLD. Über Varicen der unteren Extremität und ihre Behandlung.
Thèse de Bonn, 1889.
- BARDELEBEN. Lehrbuch der Chirurgie und Operations Lehre.
- DUPLAY ET RECLUS. Traité de chirurgie.
-
-