

favorisés par des lésions préexistantes de l'artère, artérite ou insuffisance congénitale de la tunique moyenne, car il n'est pas très rare de trouver plusieurs anévrysmes échelonnés le long du tronc artériel du membre inférieur. George Lowe (1) en a vu trois chez un homme de vingt-sept ans, un inguino-fémoral, un fémoral et un poplité. Le même malade avait un quatrième anévrysme sur la poplitée, du côté opposé. Scarpa a vu également un malade qui avait quatre anévrysmes disposés à peu près de la même façon. J'ai déjà parlé du cas de Monro (Voy. fig. 7, p. 175) où il y avait quatre anévrysmes du même côté, un sur l'iliaque externe, deux sur la fémorale et le quatrième sur la poplitée. J'étudierai dans un chapitre spécial ces cas d'anévrysmes multiples.

Les anévrysmes qui se développent vers la pointe du triangle de Scarpa sont généralement globuleux; ceux qui siègent plus bas tendent à prendre une forme aplatie.

La veine fémorale échappe assez facilement à la compression, aussi l'œdème est-il bien plus rare que dans les anévrysmes poplités. En fait de nerfs, seul le saphène interne est menacé. On observe quelquefois des phénomènes douloureux, fourmillements, élancements sur son trajet. Mais il ne saurait y avoir de paralysie motrice, puisque ce nerf est purement sensitif.

Ces anévrysmes, comme tous les autres, augmentent progressivement de volume et tendent vers la rupture, mais leur marche est peut-être moins rapide que celle des anévrysmes poplités, et on a observé quelques cas de guérison spontanée. Toutefois celle-ci est beaucoup trop rare pour qu'on puisse en tenir le moindre compte dans le pronostic. Encore que ces anévrysmes soient moins graves que ceux du creux poplité, il n'en est pas moins vrai que la nécessité de les traiter s'impose dès qu'ils sont reconnus.

Mais les anévrysmes de la cuisse ne siègent pas toujours sur la fémorale elle-même : ils peuvent avoir pour origine une de ses branches. Ainsi dans un cas de Canton (2), il s'était développé, à la suite d'une contusion, un anévrysme gros comme une noix sur une branche musculaire du couturier. Dans un autre fait de Letenneur, communiqué par Chassaignac à la Société de chirurgie en 1854, la tumeur avait probablement pour origine la grande musculaire.

Les anévrysmes de la cuisse sont en général très faciles à diagnostiquer. Le seul point délicat, c'est de reconnaître ceux qui siègent sur les branches de la fémorale et non sur le tronc lui-même. Cela est fort difficile, quand la tumeur est situé sur le trajet de l'artère principale; on doit cependant pouvoir y arriver, au moins dans un certain nombre de cas. Quelquefois on peut sentir la fémorale indépendante de la tumeur : dans le cas de Letenneur et Chassaignac, on

(1) GEORGE LOWE, *Med. Times and Gaz.*, 1862, vol. II, p. 383.

(2) CANTON, *The Lancet*, 1848, vol. I, p. 258.

pouvait suivre par la palpation un cordon artériel pulsatile qui s'étendait de la fémorale à l'anévrysme. Enfin l'exploration du pouls des artères de la jambe fournit de précieux renseignements. Quand l'anévrysme siège sur une collatérale on n'y trouve pas les modifications qui sont constantes lorsque la tumeur s'est développée aux dépens du tronc principal.

**Traitement.** — Je suis très embarrassé pour parler de la compression appliquée au traitement des anévrysmes fémoraux. Dans ma première statistique, elle avait donné d'excellents résultats, près de 70 p. 100 de guérison. Dans la seconde elle en a donné de déplorables. Sur onze cas, six seulement ont guéri, et parmi les cinq autres il y a eu une rupture du sac. C'est le seul point sur lequel mes deux statistiques ne concordent pas. A quoi peut tenir une pareille différence? Peut-être à ce qu'on fait aujourd'hui la compression avec moins de conviction et de patience qu'autrefois. En tout cas, la compression indirecte ne paraît pas avoir d'autre inconvénient, dans les anévrysmes fémoraux, que sa faible efficacité.

La ligature n'a jamais donné que des résultats médiocres pour ces anévrysmes. Dans ma première statistique, elle n'avait amené que onze guérisons sur vingt cas et encore, dans deux de ces cas guéris, le remède a été pire que le mal, car il s'est développé un second anévrysme au siège de la ligature. Parmi les neuf autres faits, il y a eu deux cas de gangrène; il est vrai que dans l'un de ceux-ci il s'agissait d'un anévrysme diffus.

Ma nouvelle statistique comprend onze cas traités par la ligature. L'un est à éliminer, car la poche avait commencé à s'enflammer avant l'opération. Restent dix cas, sur lesquels six seulement ont guéri. Parmi les quatre autres, il y a eu deux gangrènes ayant nécessité des amputations, mais il s'agissait, dans les deux cas, d'anévrysmes diffus. Je laisse de côté un cas de mort dont la ligature n'est pas responsable. On avait ponctionné le sac : pour arrêter l'hémorragie formidable qui se produisit, on pratiqua la ligature de la fémorale. Malgré cette ligature et un tamponnement, l'hémorragie se reproduisit et le malade succomba le quatrième jour.

L'extirpation du sac a été faite sept fois et l'incision neuf. Si on y ajoute deux cas d'extirpation qui font partie de ma première statistique, cela porte à dix-huit le nombre des cas d'intervention directe sur le sac. Tous les malades ont parfaitement guéri, bien que dans un cas on ait lié la veine, et que dans deux on ait lié la fémorale profonde blessée par mégarde.

Ces chiffres parlent d'eux-mêmes. La ligature est infidèle et quelquefois dangereuse : l'extirpation est sûre et inoffensive. Nulle part il n'est plus formellement indiqué d'abandonner la première pour la seconde. Encore que Buchanan et Pereira Guimaraes aient trouvé des difficultés opératoires et blessé la fémorale profonde, l'extir-



pation a donné des résultats tellement supérieurs à ceux de la ligature qu'elle s'impose comme méthode de choix.

D'ailleurs il ne faut pas se laisser effrayer par ces deux cas, car l'opération est en général facile. Il n'y a en fait de nerfs que le saphène interne à ménager, et le mal ne serait pas bien grand si on venait à le couper. C'est donc vers la veine que doivent converger les efforts. Il est presque toujours possible de la ménager, soit en la disséquant complètement, soit en taillant une lanière à même le sac. D'ailleurs, si on venait à la blesser, c'est que, sans doute, elle serait singulièrement aplatie et à peu près perdue pour la circulation. Au reste, l'observation de Waren Collins montre que la résection simultanée de l'artère et de la veine n'est pas toujours suivie d'accidents.

Je ne parlerai pas ici des indications opératoires dans les cas d'anévrysmes multiples, me réservant de leur consacrer un chapitre à part.

#### ANÉVRYSMES INGUINAUX.

Je range sous cette dénomination les anévrysmes de la fémorale commune et ceux de l'origine des fémorales secondaires. Les anévrysmes qui siègent très haut sur la fémorale superficielle ou sur la fémorale profonde se rapprochent beaucoup des anévrysmes de la fémorale commune au point de vue du traitement. En effet, leur siège très élevé rend impossible la ligature des fémorales secondaires. On pourrait, il est vrai, lier la fémorale commune, mais cette ligature est si mauvaise, qu'ils ont presque tous été traités par la ligature de l'iliaque externe; c'est en cela qu'ils se rapprochent des anévrysmes inguinaux classiques.

**Étiologie.** — Ces anévrysmes ne se rencontrent guère que chez l'homme. Dans les diverses statistiques, les femmes ne comptent pas pour plus de 3 p. 100.

Comme les autres anévrysmes chirurgicaux ils se développent surtout à l'âge de la force et des travaux : le maximum de fréquence est entre vingt-cinq et quarante ans.

Les deux côtés sont à peu près également atteints : cependant on trouve une légère prédominance pour le côté droit, 83 cas à droite, 71 à gauche, et 4 bilatéraux.

Au point de vue étiologique, les anévrysmes inguinaux reconnaissent deux principales causes déterminantes, les traumatismes et les *érosions* inflammatoires. Les traumatismes tiennent la tête et de beaucoup. Ils sont signalés dans un grand nombre d'observations. En dehors des traumatismes portant directement sur l'artère, coups, blessures, luxation comme dans le cas de Middleton Goldsmith (1),

(1) MIDDLETON GOLDSMITH, *Louisville med. Journ.*, 1<sup>er</sup> févr. 1860.

on trouve souvent incriminés des efforts, efforts considérables pour soulever ou remuer des fardeaux. Malgaigne y avait déjà insisté dans son Mémoire de 1846. Les anévrysmes inguinaux sont parmi ceux où la théorie pathogénique que j'ai préalablement développée, et qui attribue la formation des anévrysmes à la rupture de deux tuniques internes des artères sous l'influence de brusques élévations de la pression sanguine, est la plus évidente. En seconde ligne, mais bien loin derrière, il faut placer parmi les circonstances étiologiques les inflammations propagées à l'artère à la suite d'abcès ou de bubons. Certains de ces anévrysmes rentrent donc dans la classe des anévrysmes par érosion (Voy. p. 189). Malgaigne se demandait déjà si chez son malade le bubon qu'il avait eu antérieurement n'avait pas eu quelque influence sur la production de l'anévrysme, et il faisait remarquer que dans les faits de Guattani, Salomon, Garvin, Bujalski, Deguise, des bubons avaient précédé l'anévrysme. M. Kirmisson (1) a justement insisté sur ces faits et en a relevé dans la statistique cinq du même genre.

**Anatomie pathologique.** — Les anévrysmes inguinaux siègent le plus souvent sur la fémorale commune. Ceux de l'origine de la fémorale superficielle sont rares, et ceux de la fémorale profonde exceptionnels. Mais il faut noter que les anévrysmes de cette région ne siègent pas forcément sur les gros troncs. Dans un cas de Bradley, l'anévrysme avait pour origine la circonflexe externe. On comprend que dans ces cas la ligature soit grandement exposée à échouer, puisque l'anévrysme se trouve justement sur le chemin des collatérales par où la circulation doit se rétablir.

En général les anévrysmes du pli de l'aîne se développent du côté de la cuisse, et je crois que dans les cas où la tumeur a une forme bilobée, l'un de ses lobes occupant la fosse iliaque, et l'autre le triangle de Scarpa, c'est que l'anévrysme prend naissance juste sous l'arcade de Fallope ou peut-être aux dépens de l'iliaque externe.

Les anévrysmes inguinaux acquièrent souvent un volume considérable. Ils compriment la veine, et peuvent altérer les tissus voisins. Dans un cas de James, il y avait de l'ostéite du pubis, et l'anévrysme avait à peine deux mois. Dans celui de Syme, outre l'ostéite, il y avait destruction de la partie antérieure de la capsule; dans celui de Langenbeck publié par Putiatzcki, le sac s'était rompu dans l'articulation de la hanche. Dans le cas de Middleton Goldsmith, déjà cité, le malade avait depuis deux mois une luxation non réduite du fémur. Il existait un vaste gonflement diffus dans lequel on ne sentait que de faibles pulsations. La ligature de l'iliaque primitive entraîna la mort en cinq jours. A l'autopsie, on trouve la tête du fémur dans un sac anévrysmal.

(1) KIRMISSON, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 11 juin 1884, p. 478.



**Symptomatologie.** — Nous avons vu que les anévrysmes inguinaux reconnaissent souvent pour origine de violents efforts. Les malades racontent qu'au moment de cet effort, ils ont ressenti une vive douleur dans la région de l'aîne, douleur due sans doute à la rupture de l'artère. C'est quelques jours ou quelques mois après que la tumeur paraît.

Puis elle augmente vite de volume, car la marche de ces anévrysmes est presque toujours rapide. Quand la tumeur envoie un prolongement sous l'arcade de Fallope l'anévrysme mérite vraiment le nom d'iléo-inguinal; en général elle se développe du côté du triangle de Scarpa. Elle présente les caractères ordinaires des anévrysmes. Malgaigne y a signalé le *thrill*, qui n'a d'ailleurs jamais eu l'intensité ni l'extension qu'il présente dans les anévrysmes artério-veineux.

La guérison spontanée est possible, mais très exceptionnelle. On cite toujours, depuis Malgaigne, les deux cas de M. A. Severin et celui d'Abernethy où l'inflammation et le sphacèle du sac se sont terminés par la guérison. Mais ces complications se terminent bien plus souvent par la mort. Il en fut ainsi dans le cas de Guattani et dans ceux de Ramsden et de Cooper.

Il arrive quelquefois que l'anévrysme cesse de battre tout en continuant à augmenter de volume. La cessation des battements n'est donc pas, je l'ai déjà dit, un gage assuré de guérison.

La compression de la veine détermine souvent un œdème marqué : il n'est pas rare qu'il y ait dans toute la région un empatement considérable. La compression du génito-crural ou des branches du crural déterminent des douleurs parfois vives. Les troubles fonctionnels sont toujours accentués : la tumeur gêne les mouvements de la cuisse, ceux de flexion et ceux d'extension complète.

Les anévrysmes inguinaux sont avec les anévrysmes poplités parmi ceux qui déterminent le plus souvent la gangrène. Lorsque ce terrible accident ne survient pas, leur marche naturelle les conduit à la rupture. J'ai cité un cas où celle-ci s'est produite dans l'articulation; mais en général elle se fait à l'extérieur et comme partout elle peut être précédée de phénomènes inflammatoires.

**Diagnostic.** — Facile quand la tumeur bat et souffle, le diagnostic devient extrêmement difficile dès que ces phénomènes propres aux anévrysmes disparaissent. Dans le premier cas, on ne pourrait confondre l'anévrysme qu'avec un ostéosarcome pulsatile de la branche pubienne, mais la circonscription de la tumeur, sa fusion avec l'os, son évolution, la présence de parcelles osseuses appréciables dans son épaisseur, la crépitation parcheminée, sont autant de signes qui permettent de reconnaître les sarcomes. Quand la tumeur cesse de battre tout en continuant à augmenter de volume, le diagnostic devient très difficile, si les antécédents ne sont pas précis. On peut prendre l'anévrysme soit pour un abcès froid, soit pour une hernie,

soit même pour une tumeur solide de l'aîne. Ces erreurs ont été faites plusieurs fois. Quand l'anévrysme est enflammé, il est encore plus facile de croire qu'il s'agit d'un simple abcès.

L'anévrysme reconnu, il faut s'efforcer de savoir où il a pris naissance. Lorsque la tumeur est volumineuse, on ne peut avoir que des présomptions en se guidant sur le maximum du souffle. Le malade pourrait fournir de précieux renseignements sur le siège exact du mal à son début, mais on sait combien les renseignements fournis par les malades sont vagues et sujets à caution. Il serait fort important de savoir si l'anévrysme a pour origine les troncs artériels principaux, ou s'il a pris naissance sur quelque-une de leurs branches secondaires, mais cela est malaisé. Seule l'exploration du pouls au-dessous de la tumeur pourrait fournir des renseignements à ce sujet. Le pouls est modifié quand l'anévrysme siège sur le tronc principal; il ne l'est pas quand il siège sur ses branches.

**Traitement.** — La compression appliquée au traitement des anévrysmes inguinaux a donné des résultats absolument déplorables. Sur trente et un faits où elle a été employée, il n'y a eu que cinq guérisons et vingt-six échecs, soit 16,18 p. 100 de succès. Et parmi les échecs, je compte quatre inflammations ou ruptures du sac dont trois se sont terminées par la mort.

Voyons les résultats de chacun des modes de compression pris isolément. La flexion, employée cinq fois, n'a pas donné un seul succès, mais elle a déterminé trois inflammations ou ruptures du sac dont deux se sont terminées par la mort. On imaginerait difficilement une méthode plus inefficace et plus meurtrière.

La méthode de Reid est inapplicable pour les anévrysmes inguinaux, puisqu'il est impossible de placer la seconde bande élastique au-dessus de la tumeur. On trouve cependant un certain nombre de faits publiés sous cette rubrique. En réalité on a, dans ces cas, appliqué la bande élastique au-dessous de la tumeur et fait de la compression indirecte sur l'iliaque externe. Dans ces conditions il est douteux que l'application périphérique de la bande ait aucun effet. En tout cas ce n'est plus la méthode de Reid. Quoi qu'il en soit, sur sept cas où cette méthode bâtarde a été employée, je compte deux guérisons (l'un des malades est mort huit jours après de la rupture d'un anévrysme de l'aorte); une récurrence rapide, trois échecs simples et une rupture du sac. Ce n'est pas encourageant.

La compression indirecte, soit mécanique, soit digitale, est moins dangereuse, mais elle n'est pas plus efficace. Employée dans seize cas, elle n'a pas déterminé d'accident grave, mais elle n'a procuré que trois guérisons.

Il n'y a donc aucune méthode de compression qui vaille la peine d'être tentée pour les anévrysmes inguinaux.

La ligature de la fémorale commune a été faite trois fois. Sans



entrer dans les détails, je me bornerai à dire que deux malades sont morts et que le troisième n'a guéri qu'après avoir subi une ligature de l'iliaque externe. Il est inutile d'insister : les travaux de Morris, Porta, Erichsen, Turetta ont fait la lumière sur ce point. Tout le monde sait aujourd'hui que la ligature de la fémorale commune est une mauvaise opération.

C'est la ligature de l'iliaque externe qui est généralement considérée comme la méthode de choix dans le traitement des anévrysmes inguinaux. Nous allons voir si cette préférence est justifiée. Longtemps la discussion a porté sur la mortalité. M. Kirmisson avait trouvé qu'elle était de 12,50 p. 100. D'après ma première statistique, qui comprenait un plus grand nombre de faits de la même période, elle s'élevait à 16,90 p. 100. Mais je n'insiste pas sur ces chiffres ; ces mortalités brutes ne nous enseignent pas grand'chose, car il est bien évident qu'aujourd'hui la mortalité directement imputable à l'acte opératoire lui-même doit être à peu près nulle. Ce qui nous intéresse, ce sont les résultats obtenus sur l'anévrysme et sur la circulation du membre.

Voici, d'après ma nouvelle statistique, qui ne comprend que des faits récents, ce que donne la ligature de l'iliaque externe. Sur seize observations qui restent après élimination d'un cas inutilisable, il y a eu trois cas de gangrène, soit 18,75 p. 100. Les trois malades ont été amputés et deux sont morts. A côté de ces cas graves, je dois signaler le cas de Lalimer où il survint une légère gangrène du pied. Enfin, dans un cas de Bryant, le péroné se nécrosa. Il est difficile de dire quel rapport il y a bien pu y avoir entre la ligature et cette nécrose. On voit que la gangrène est le grand danger de la ligature de l'iliaque externe appliquée au traitement des anévrysmes inguinaux.

Voyons les faits d'action directe sur le sac. Ma première statistique, qui ne contient que des faits antérieurs à 1887 et par conséquent nullement comparables aux cas de ligature que je viens de citer, renferme neuf cas d'incisions du sac. Trois malades sont morts, mais il faut voir dans quelles circonstances. Chez l'un le sac était ouvert dans l'articulation : en même temps que l'incision du sac, on fit la résection de la hanche. Dans l'autre cas, qui est de M. Desprès, le sac s'était enflammé après la ligature ; on l'incise, il se produit une hémorragie : pour parer à cette dernière, on lie la fémorale profonde et le malade meurt de pyohémie. C'est la ligature qui est responsable de l'inflammation, et le chirurgien de la pyohémie. La méthode de l'incision n'a rien à voir là dedans. Chez le troisième malade, une hémorragie se produisit après l'incision du sac et l'iliaque externe fut liée sans succès. L'hémorragie est toujours le grand danger de l'incision du sac ; et ici plus qu'ailleurs, car souvent l'énorme fémorale profonde donne dans l'anévrysme. Dans ma nouvelle statistique, je n'ai trouvé que quatre cas d'action directe sur le sac, encore l'un d'eux est-il à éli-

miner, car la gangrène avait débuté avant l'opération. Restent trois malades qui tous les trois ont parfaitement guéri. Il faut y ajouter le fait antérieur de Rose, qui est également un succès.

Dans ce dernier, il s'agissait d'un anévrysme récidivé deux ans après la ligature de l'iliaque externe. La veine fut ouverte au cours de l'opération, ce qui n'a pas empêché le malade de très bien guérir. Dans le cas de Bazy, la fémorale profonde s'ouvrait dans le sac et dut être liée. Quénu, dans son beau cas (il avait extirpé au même malade quinze jours avant un anévrysme iliaque du volume d'une tête d'enfant), a lié la fémorale profonde et la veine fémorale. Son malade n'en a pas moins bien guéri. Knox lia l'iliaque externe en haut et la fémorale commune en bas.

L'extirpation d'un anévrysme inguinal est évidemment une opération considérable qui exige de l'habileté et du sang-froid. Il est impossible d'employer la bande d'Esmarch et il n'y a d'autre ressource en fait d'hémostase préventive que la compression de l'aorte ; la veine peut être difficile à disséquer : enfin on est fréquemment obligé de lier la fémorale profonde, qui peut s'ouvrir dans le sac, ou être elle-même atteinte. Mais ces éventualités, bien que fâcheuses, ne doivent pas effrayer ; les cas de Bazy et de Quénu montrent qu'elles n'empêchent pas la guérison de se produire très régulièrement. La blessure de la veine fémorale, j'y ai déjà insisté en 1887, n'a pas la gravité qu'on lui avait attribuée autrefois. D'ailleurs on pourra souvent l'éviter dans les cas où elle est encore perméable, dût-on, pour y réussir, tailler une lanière en plein sac. Quant à la ligature de la fémorale profonde, c'est certainement une circonstance fâcheuse au point de vue de la gangrène, mais on ne lie cette artère que dans les cas où elle s'ouvre dans le sac ; or, dans les cas de ce genre, le résultat est exactement le même avec la ligature à distance. La guérison ne peut en effet se produire sans que la fémorale profonde soit oblitérée par des caillots. Mais la guérison après la ligature est bien problématique, car si la circulation collatérale s'établit vite, le sang revient dans l'anévrysme en grande quantité par la fémorale profonde. Si, d'autre part, la circulation collatérale tarde un peu à se faire, le flot de sang arrivant dans le sac par cette voie détournée y rencontrera des caillots mous qui, désagrégés, pourront être entraînés et aller former des embolies. N'est-ce pas là ce qui explique la fréquence de la gangrène dans les anévrysmes inguinaux traités par la ligature ?

Quoi qu'il en soit, si délicate, si difficile même que puisse être l'extirpation des anévrysmes inguinaux, c'est la méthode de choix. On dit, on écrit quelquefois qu'une opération aussi « grave » ne saurait constituer la méthode de choix. Qu'est-ce que veut dire aussi grave ? Je ne comprends pas bien, je l'avoue, cette objection. Elle aurait eu un sens au temps où la gravité d'une opération se mesurait