

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

à la longueur et à la profondeur de l'incision, au nombre de centimètres carrés de la surface cruentée. Mais, aujourd'hui, est-ce qu'un chirurgien digne de ce nom hésite jamais dans une opération sur les membres à agrandir une incision pour se donner du jour? Dire d'une opération qu'elle est bénigne parce qu'elle se fait au travers d'une petite incision, et d'une autre qu'elle est grave parce qu'elle nécessite une vaste ouverture, c'est faire un raisonnement qui retarde de plusieurs années. Pour ce qui est des anévrysmes, la meilleure opération, la plus bénigne, n'est pas celle qui se fait le plus vite, avec l'incision la plus courte, c'est celle qui guérit le plus sûrement, qui supprime le plus complètement les douleurs, qui évite le plus sûrement la gangrène. Que l'on consulte les faits et on verra que ce n'est pas la ligature qui donne ces résultats. Il ne faut donc pas hésiter à pratiquer l'extirpation.

## ANÉVRYSMES ILIAQUES.

Ces anévrysmes peuvent siéger soit sur l'iliaque externe, soit sur l'iliaque interne, soit sur l'iliaque primitive. Les deux dernières variétés sont tout à fait exceptionnelles, et la plupart de ces anévrysmes ont pour origine l'iliaque externe.

Les traumatismes sont souvent notés dans les circonstances étiologiques : c'est ce qui explique que ces anévrysmes sont plus fréquents dans le sexe masculin. Tantôt ce sont des traumatismes portant directement sur la région, tantôt des traumatismes indirects, tels que des chutes ayant déterminé de grands efforts. Les efforts sans traumatisme proprement dits, efforts de toux, efforts pour soulever des fardeaux, etc., sont signalés aussi : ce qui est bien en rapport avec ce que j'ai précédemment exposé sur l'étiologie générale des anévrysmes.

Ces anévrysmes pelviens présentent une physionomie clinique spéciale. Ils ont une marche rapide. Comme ils ne rencontrent du côté du péritoine aucune résistance sérieuse, ils atteignent vite un volume considérable. Malgré cette marche rapide, et précisément parce qu'ils ne rencontrent aucune résistance, ils passent parfois complètement inaperçus. Un malade de Hughes (1), qui se considérait comme très bien portant, fut pris de douleurs un vendredi ; le dimanche suivant, deux jours après, il mourait. L'autopsie montra un anévrysme rompu de l'iliaque primitive.

Le pronostic de ces anévrysmes est extrêmement grave. Avec leur marche rapide, ils n'ont aucune tendance à guérir spontanément. Il n'est pas très rare qu'ils déterminent la gangrène du membre. La rupture survient vite : et lorsque le péritoine ne résiste pas, le sang

(1) HUGHES, *The Dublin Hosp. Gazette*, vol. III, 1856, p. 8.

fait issue dans la cavité séreuse et la mort est rapide. Il semble que parfois la rupture se fasse en deux temps. Le sang s'infiltré d'abord dans le tissu cellulaire, puis la séreuse cède à son tour et le sang fait irruption dans la cavité péritonéale. C'est sans doute ainsi que les choses se sont passées dans le cas de Hughes, préalablement cité, car on a trouvé du sang à la fois entre les lames du mésentère et dans le péritoine.

Le diagnostic des anévrysmes iliaques est souvent difficile. Dans les premières phases de leur évolution, alors qu'ils ne déterminent aucun symptôme subjectif, ils passent inaperçus du malade lui-même, de sorte que le chirurgien n'est guère appelé à les examiner que lorsqu'ils ont déjà un volume considérable, circonstance fâcheuse pour le traitement. Lorsqu'un anévrysme volumineux bat et souffle, rien n'est plus facile que de le reconnaître. Mais il n'est pas absolument exceptionnel que les battements disparaissent dans des tumeurs volumineuses et qui cependant continuent à croître. Le diagnostic devient alors extrêmement difficile. Verneuil rapporte un cas qui donne une juste idée de ces difficultés. « Un homme d'une forte constitution, âgé de cinquante ans environ, fut reçu dans le service de Lisfranc, en 1845. Le membre inférieur gauche était envahi par un œdème énorme, qui remontait presque jusqu'à l'ombilic ; le pli de l'aîne et la fosse iliaque étaient occupés par une tumeur considérable, dure, immobile, qui fut prise pour un ostéosarcome du bassin. A la longue, le sommet se ramollit, et l'on pensa à un abcès ; l'ouverture donna issue à une énorme quantité de caillots fibrineux et de sang altéré. Le malade mourut épuisé par la suppuration et l'infection putride. A l'autopsie, on trouva un anévrysme de l'iliaque externe de dimension gigantesque et qui était oblitéré. L'examen le plus attentif pendant la vie n'avait pas révélé la nature du mal (1). »

L'anévrysme reconnu, il faut encore déterminer sur quelle artère il a pris naissance, c'est fort difficile, quand la tumeur est volumineuse. Les probabilités sont toujours pour l'origine aux dépens de l'iliaque externe, puisque c'est l'artère qui est le plus souvent atteinte. Mais c'est bien peu d'une probabilité aussi vague quand il s'agit de prendre une détermination pour le traitement. C'est d'ailleurs chose fort embarrassante que d'instituer la thérapeutique de ces anévrysmes.

Voyons d'abord ceux de l'iliaque externe. Voici les résultats de mes deux statistiques sur ce point. Deux malades ont été guéris par la compression. Chez l'un on avait fait la compression mécanique, et il y eut une escarre au niveau du tourniquet. La compression est si difficile à appliquer dans ces cas qu'on ne peut en attendre de grands résultats.

(1) VERNEUIL, *Diet. encyclop.*, art. AINE, p. 295.

La ligature de l'iliaque externe est le plus souvent impossible. Elle a été faite une fois, il y eut de la gangrène et il fallut amputer le membre. L'impossibilité habituelle de lier l'iliaque externe est l'un des points qui différencient fondamentalement les anévrysmes iliaques, de ceux du pli de l'aîne : c'est pourquoi je n'ai pas suivi la tradition classique qui est de les décrire tous en bloc.

Quand la ligature de l'iliaque externe est impossible, on pourrait songer à employer la méthode de Brasdor, c'est-à-dire à faire la ligature distale. D'après Arimond (1), Deschamps aurait fait cette opération pour un anévrysme inguinal ; le malade succomba. La méthode de Brasdor a été abandonnée pour les anévrysmes périphériques, aussi lorsque le volume de la tumeur empêchait d'atteindre l'iliaque externe, est-ce à l'iliaque primitive qu'on s'est adressé. C'est Valentin Mott qui fit le premier cette opération, le 15 mars 1827, pour un anévrysme de l'iliaque externe. Son malade a guéri. J'ai réuni neuf cas de ligature de cette artère pratiqués depuis l'ère antiseptique. Cinq malades ont guéri, dont un après suppuration du sac. Dans un cas, il y eut de la gangrène et il fallut amputer. Dans un autre, après une amélioration momentanée, l'amputation devint également nécessaire. Enfin deux malades sont morts.

On a été jusqu'à lier l'aorte. A. Cooper fit le premier cette ligature. Le malade ne survécut que quarante heures. M. Kirmisson, qui a soigneusement étudié cette question, arrive à la conclusion suivante : « Sur onze cas de ligature de l'aorte pratiqués jusqu'à ce jour, on ne compte pas encore un succès ». Ce n'est pas encourageant.

Il semble donc que ce n'est pas du côté de la ligature que doit s'orienter le traitement des anévrysmes iliaques ? L'action directe sur le sac donnera-t-elle de meilleurs résultats ?

La double ligature au-dessus et au-dessous du sac a été faite une fois avec succès. Mais on a été plus loin. Tout le monde connaît le beau cas de Quénu, qui a extirpé avec un plein succès un anévrysme de l'iliaque externe du volume d'une tête d'enfant. Billroth a opéré par l'incision du sac et la double ligature un anévrysme de l'iliaque externe gauche d'origine traumatique. Le malade, âgé de vingt ans, avait reçu un coup de couteau deux ans avant. La tumeur avait le volume de trois poings ; ses deux tiers supérieurs étaient dans le bassin, son tiers inférieur débordait l'arcade de Fallope. Le 22 janvier 1892, l'aorte étant comprimée, Billroth incisa la tumeur et la débarrassa de ses caillots. Un jet de sang conduisit sur la plaie de l'artère située à un doigt au-dessus de l'arcade crurale. On lia au-dessus, on lia au-dessous et on tamponna la cavité à la gaze iodoformée. Le sac s'est lentement éliminé, si bien que la guérison n'a

(1) ARIMOND, Inaug. Dissert. Berlin, 1886.

été complète que le 5 mai. C'est un succès, mais incomparablement moins brillant que celui de Quénu.

Il est difficile de tirer une conclusion de deux faits. Il semble cependant que l'action directe sur le sac doive présenter ici la même supériorité qu'ailleurs. On ne peut guère douter que, dans le cas où l'iliaque externe ne peut être liée, l'extirpation ou du moins l'incision soit préférable à la ligature de l'iliaque primitive et surtout à celle de l'aorte. L'extirpation a une supériorité incontestable sur l'incision : les deux faits de Quénu et de Billroth le montrent bien, mais il est à craindre qu'on ne puisse pas la pratiquer toujours. On pourrait en effet rencontrer des adhérences avec le côlon ou l'S iliaque qui la rendraient trop dangereuse. L'avenir nous renseignera sur ces points.

Quant aux anévrysmes de l'iliaque primitive, ils sont plus embarrassants encore. Dans un cas l'anévrysme rompu a été pris pour un abcès et incisé. Il fut impossible de lier l'artère et le malade est mort d'hémorragie. Dans un autre cas, Schimmelbusch a fait la double ligature au-dessus et au-dessous. Le malade, qui avait en outre un cancer du côlon, est mort de pneumonie septique. On comprend qu'il est impossible, à l'heure actuelle, de formuler une règle pour le traitement des anévrysmes de l'iliaque primitive.

#### ANÉVRYSMES MULTIPLES DU MEMBRE INFÉRIEUR.

Il n'est pas excessivement rare que plusieurs anévrysmes se développent simultanément ou successivement, mais de manière à coexister chez le même individu, du même côté, sur les grosses artères du membre inférieur : iliaque, fémorale commune, fémorale superficielle, poplitée.

Le développement de ces anévrysmes multiples tient sans doute à une insuffisance congénitale de la paroi moyenne des artères. Quoi qu'il en soit de ce dernier point, qui prêterait à de nombreuses discussions et pour lequel je renvoie au chapitre consacré à l'étiologie générale, ces anévrysmes sont très intéressants au point de vue thérapeutique, et c'est pour cela que je leur consacre un court chapitre. La seule étude d'ensemble sur ce sujet est due au docteur Souchon (1). Je me référerai aux faits qu'il a soigneusement réunis.

On a observé sur le même membre deux, trois et même quatre anévrysmes.

Souchon a relevé deux cas d'anévrysmes quadruples, l'un de Scarpa et l'autre de Monro. Dans ces deux cas les anévrysmes étaient disposés de la même façon, un sur l'iliaque externe, deux sur la fémorale superficielle et le quatrième sur la poplitée. Aucun de ces cas n'a été traité.

(1) SOUCHON, *The New York med. Journ.*, 2 nov. 1895, p. 545.

Les anévrysmes triples sont un peu moins rares. Souchon en cite cinq cas. L'un des anévrysmes occupe soit l'iliaque externe, soit la fémorale commune; le second la fémorale superficielle et le troisième la poplitée ou la partie inférieure de la fémorale. Dans un cas, Pemberton fit la ligature de l'iliaque externe, il y eut de la gangrène. Dans deux cas, on pratiqua l'amputation de la cuisse, laissant ainsi l'anévrysme le plus élevé, sur lequel l'amputation pouvait agir à la manière d'une ligature par la méthode de Brasdor. Ces deux anévrysmes ont en effet guéri, mais l'un d'eux seulement après compression de l'iliaque externe.

Je laisse de côté ces cas exceptionnels pour arriver aux anévrysmes doubles, qui ont un véritable intérêt pratique.

Souchon les a classés de la manière suivante, d'après leur siège : 1° anévrysmes doubles de la fémorale superficielle (5 cas); 2° anévrysmes de la fémorale superficielle et de la poplitée (6 cas); 3° anévrysmes de la fémorale commune et de la fémorale superficielle (2 cas); 4° anévrysmes de la fémorale commune et de la poplitée (3 cas). On pourrait y ajouter les anévrysmes siégeant simultanément sur l'iliaque externe et sur la fémorale ou la poplitée. Il y a en effet un cas de Brown (1) où l'anévrysme supérieur s'étendait au-dessus du ligament de Poupart.

Quatre cas ont été traités par la compression. Deux malades ont guéri de leurs deux anévrysmes. Chez un troisième malade l'un des deux anévrysmes seulement a guéri, et, chose très remarquable, c'est l'inférieur. Il siégeait sur la fémorale superficielle, tandis que le plus élevé occupait la fémorale commune. J'attire l'attention sur ce fait, en apparence paradoxal, de la guérison de l'anévrysme inférieur avec persistance de l'anévrysme supérieur. Il est d'autant plus intéressant que les choses se sont passées de même dans un cas de ligature. Dans le quatrième cas, l'échec fut complet. Les deux anévrysmes, dont l'un occupait la fémorale commune et l'autre la poplitée, ont augmenté sous l'influence de la compression. Le poplité s'est rompu et le malade est mort d'hémorragie.

La ligature peut être appliquée de deux façons au traitement des anévrysmes doubles siégeant sur le même tronc artériel. On peut placer le fil au-dessus de l'anévrysme supérieur, ou bien le mettre entre les deux anévrysmes, traitant alors l'anévrysme inférieur par la méthode d'Anel ou de Hunter et l'anévrysme supérieur par la méthode de Brasdor.

La ligature intermédiaire aux deux anévrysmes n'a été faite qu'une fois par Gaston. L'anévrysme inférieur, qui siégeait sur la poplitée, a guéri, mais l'anévrysme supérieur, qui s'était développé sur la fémorale superficielle, a augmenté de volume.

(1) BROWN, *The Lancet*, 1<sup>er</sup> juillet 1894.

Les ligatures faites au-dessus de l'anévrysme se répartissent de la manière suivante.

Parmi les anévrysmes du premier groupe (anévrysmes doubles de la fémorale superficielle), trois cas ont été traités par la ligature. Deux malades sont morts : le troisième a guéri. C'est le cas de Souchon, qui est des plus intéressants. Après la ligature de la fémorale l'anévrysme supérieur continue à battre. La plaie suppure; une hémorragie secondaire survient qu'un assistant arrête par une nouvelle ligature faite dans la plaie. Les battements cessent un instant dans l'anévrysme supérieur, mais pour reparaitre bientôt. Nouvelle hémorragie. On agrandit la plaie, et on refait une ligature de chaque bout de l'artère. C'est alors seulement que les battements cessent définitivement dans l'anévrysme supérieur. Mais l'anévrysme inférieur restait volumineux et fluctuant. Deux mois après, Souchon se décide à l'inciser pour enlever les caillots. Seize jours après cette intervention, le malade fait un érysipèle qui détermine une arthrite purulente. Il fallut faire l'arthrotomie du genou, qui s'est enfin terminée par la guérison.

Un cas du second groupe (anévrysmes simultanés de la fémorale superficielle et de la poplitée) a été traité par la ligature. Il s'est produit de la gangrène et le malade est mort.

Enfin quatre cas du quatrième groupe (anévrysmes simultanés de la fémorale commune et de la poplitée) ont été traités par la ligature de l'iliaque externe. Deux malades ont bien guéri. Chez un autre les battements sont revenus dans les deux anévrysmes. Enfin chez le quatrième il se produisit de la gangrène, et il fallut pratiquer l'amputation.

En somme, sur huit cas d'anévrysmes double simultanés traités par la ligature, trois malades ont guéri, dont l'un après avoir subi des ligatures successives nécessitées par des hémorragies secondaires. Trois sont morts, dont un à la suite de gangrène. Un autre malade, qui a eu également de la gangrène, a guéri après amputation. Dans un dernier cas, la ligature fut sans effet, les deux anévrysmes ont persisté.

Ces résultats sont loin d'être bons, mais on ne peut guère espérer en obtenir de très satisfaisants pour des cas aussi graves.

Je suis très frappé de ce fait que la compression et la ligature agissent plus efficacement sur l'anévrysme inférieur, le plus éloigné, que sur le supérieur. Il n'y a pas un seul cas où l'anévrysme supérieur ait guéri sans l'inférieur, tandis qu'il y en a deux où l'inférieur a guéri seul. Je ne parle pas ici du cas de Gaston où la ligature a été faite entre les deux anévrysmes; mais du cas de Boughter où la compression a guéri l'anévrysme de la fémorale superficielle sans guérir celui de la fémorale commune, et du cas de Souchon. Dans ce dernier, que j'ai déjà cité, les deux anévrysmes siégeaient sur la fémorale