

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^{er} 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

superficielle. La ligature fut faite dans le triangle de Scarpa le 24 octobre. L'anévrysme supérieur continue à battre et c'est seulement le 7 novembre, alors que des hémorragies secondaires eurent obligé à agrandir la plaie et à faire de nouvelles ligatures, que ses battements disparaissent.

Cette impuissance relative de la ligature sur l'anévrysme le plus élevé me paraît commander le véritable traitement des anévrysmes doubles. Il faut, à mon sens, s'attaquer directement à l'anévrysme supérieur, le plus résistant, et l'extirper.

ANÉVRYSMES FESSIERS ET ISCHIATIQUES.

Les anévrysmes des artères ischiatiques et fessières peuvent se développer soit sur la portion intrapelvienne de ces artères, c'est-à-dire dans le bassin, soit sur leur portion extrapelvienne, c'est-à-dire dans la fesse. Les anévrysmes *intrapelviens* sont si rares qu'il n'y a pas à en parler. Au contraire les anévrysmes *extra* ou *rétro-pelviens* ont une réelle importance et doivent être connus des chirurgiens. Il faut dire que certains anévrysmes sont à la fois intra et rétro-pelviens; ils ont la forme d'une gourde dont une partie fait saillie dans le bassin et l'autre à la fesse, le point rétréci correspondant à l'échancrure sciatique.

Étiologie. — Ces anévrysmes sont beaucoup plus fréquents chez l'homme, dans la proportion de 31 pour 7, d'après Farabeuf. Cela tient à ce qu'ils ont le plus souvent une origine traumatique. Sur 38 faits, Farabeuf en compte 12 consécutifs à des plaies, et 12 consécutifs à des ruptures soit par fracture du bassin, soit par contusion sans fracture. D'après Farabeuf, les deux variétés de traumatisme n'atteignent pas les deux artères dans la même proportion. La fessière est plus menacée par les instruments tranchants, l'ischiatique par les chutes sur le siège. Le côté gauche est plus fréquemment atteint que le droit.

Je dois dire que beaucoup de ces anévrysmes sont des anévrysmes faux, c'est-à-dire des hématomes artériels plus ou moins enkystés.

Anatomie pathologique. — Quelquefois, je l'ai dit, le sac est en forme de gourde avec une portion intrapelvienne; mais en général la tumeur est globuleuse. Elle peut atteindre un volume très considérable. Il n'est pas rare que la paroi se laisse distendre irrégulièrement ou se fissure en certains points. Il se forme alors des poches secondaires qui donnent à la masse une forme irrégulière.

Il peut être intéressant de savoir que les anévrysmes fessiers sont beaucoup plus fréquents que les ischiatiques. Sur 30 cas où le siège a pu être exactement déterminé, 21 avaient la fessière pour origine et 9 seulement l'ischiatique.

Symptomatologie. — Parfois le début de ces anévrysmes passe

complètement inaperçu, et c'est par hasard que les malades en constatent l'existence. Ainsi, c'est en allant à la garde-robe que l'opéré de Mott s'était aperçu qu'il avait d'une tumeur pulsatile dans la fesse. Dans d'autres cas, la formation de la tumeur suit presque immédiatement le traumatisme. Mais d'ordinaire la première manifestation des anévrysmes rétro-pelviens consiste en phénomènes de compression nerveuse. Tantôt ce sont des fourmillements, de l'engourdissement, une certaine gêne entraînant un peu de claudication, tantôt des douleurs irradiées le long du sciatique et qui atteignent dans certains cas une acuité extrême.

L'évolution est tout à fait irrégulière. Certains anévrysmes, et ce sont surtout les faux anévrysmes d'origine traumatique, évoluent avec une extrême rapidité, au point que quelques-uns ont été pris pour des phlegmons. D'autres, au contraire, restent stationnaires pendant des années. Mais ces deux cas extrêmes sont naturellement des exceptions. En général l'évolution est assez rapide, et il n'est pas rare qu'elle se fasse par à-coups. La tumeur augmente brusquement de volume, puis reste un temps stationnaire, pour s'accroître de nouveau plus tard. Chacune de ces augmentations brusques correspond à une fissuration de la poche. Abandonnés à eux-mêmes, ces anévrysmes finissent par se rompre largement. Si la rupture se fait dans le tissu cellulaire, il se produit un vaste hématome qui envahit la fesse et la cuisse, compromettant la vitalité du membre. Si elle se fait à l'extérieur, l'hémorragie peut être si terrible qu'elle se termine par la mort sans qu'on ait le temps d'intervenir.

Diagnostic. — Au début, lorsque le malade se plaint simplement de fourmillements, d'élançements, de douleurs, on passe fatalement à côté du diagnostic si l'on ne fait pas un examen local attentif. La sciatique est là toute prête pour étiqueter ces erreurs, à côté de tant d'autres.

Quand on a constaté l'existence d'une tumeur qui bat et qui souffle, il s'agit de savoir si on a affaire à un anévrysme ou à un sarcome télangiectasique des os du bassin. L'erreur a été commise. Pour l'éviter, il faut étudier attentivement les connexions de la tumeur. Les sarcomes ont une large base adhérente à l'os. Souvent on y sent des corpuscules ou des lamelles osseuses qui donnent sous la pression du doigt la sensation de crépitation parcheminée.

Quand on a reconnu qu'il s'agit d'un anévrysme, il faut s'efforcer de déterminer sur quelle artère il siège. Cela n'est point toujours facile. Sappey a donné deux signes pour reconnaître l'anévrysme ischiatique et le distinguer de l'anévrysme fessier. — « 1° Il est situé plus bas que l'anévrysme de la fessière, au niveau de la tubérosité de l'ischion; 2° il est doué d'une mobilité latérale que n'a pas ce dernier. » Ces deux signes sont bons quand la tumeur est petite, mais ils disparaissent dès qu'elle atteint un certain volume. Aussi

est-il absolument impossible, dans bien des cas, d'affirmer avec certitude qu'un anévrysme de la fesse siège sur telle artère plutôt que sur telle autre.

L'examen externe doit toujours être complété par le toucher vaginal ou rectal, très attentivement pratiqué. Il est capital de savoir si l'anévrysme a un prolongement intrapelvien, car ce seul fait augmente beaucoup la gravité et modifie complètement les indications thérapeutiques.

Traitement. — Il n'y a évidemment rien à attendre de la compression. La compression indirecte est à peu près inapplicable, puisqu'il faudrait agir ou sur l'aorte ou sur l'iliaque primitive. Le levier de Davy qui permet de comprimer cette dernière n'est pas sans inconvénient. Il peut amener, comme le dit Barwell, l'inflammation de la veine iliaque. Quant à la compression directe, c'est toujours une mauvaise méthode, et elle est de plus rendue ici presque impossible par les douleurs qu'elle détermine du côté du sciatique.

La galvanopuncture a été employée une fois par Blasius. Elle aurait peut-être réussi, dit Farabeuf ; mais le malade est mort du choléra.

Les injections coagulantes ont été préconisées jusque dans ces derniers temps. Dorveaux (1) les considérait encore comme « le meilleur traitement à opposer aux anévrysmes de volume médiocre ». Je me suis élevé en 1889 contre cette manière de voir. « Le nombre des faits n'est pas assez considérable pour établir l'efficacité de ce mode de traitement. Quant à son innocuité, elle est pour le moins douteuse : deux malades sont morts sur six. C'est une proportion considérable. Nous considérons la méthode des injections coagulantes comme tout à fait contre-indiquée pour les anévrysmes de la fesse, en raison de l'impossibilité absolue où l'on se trouve d'isoler le sac de la circulation, c'est-à-dire de se mettre à l'abri de la diffusion de l'injection et de la migration des caillots. » Depuis, Montaz a traité un anévrysme ischiatique par une injection de perchlorure de fer. L'anévrysme a guéri, mais le malade a eu de la gangrène du pied.

Toutes ces méthodes étant mauvaises, il ne reste que la ligature ou l'action directe sur le sac.

La ligature de l'iliaque interne a donné des résultats déplorables. Sur 16 cas réunis par Dorveaux, 8 malades sont morts. En 1889, j'avais relevé deux cas plus récents : l'un s'est terminé par la guérison complète. Dans l'autre, celui de Poncet, le malade a survécu, mais quarante-huit heures après la ligature, les battements avaient reparu dans la tumeur. En somme, la ligature de l'hypogastrique est à la fois trop dangereuse et trop incertaine. On ne peut la conseiller

(1) DORVEAUX, thèse de Nancy, 1880, p. 103.

que dans les cas où l'anévrysme a un prolongement intrapelvien, parce qu'alors il est impossible de faire mieux.

La ligature immédiatement au-dessus du sac est le plus souvent impossible ; d'abord on ignore souvent sur quelle artère s'est développé l'anévrysme. De plus, comme l'anévrysme siège d'ordinaire très près du point où l'artère sort du bassin, il est très difficile d'aller jeter une ligature au-dessous de la tumeur, lorsqu'on est gêné par son volume. Enfin on ne peut arriver sur le vaisseau qu'en dénudant et disséquant l'anévrysme sinon en totalité, du moins en partie, aussi vaut-il mieux l'inciser. D'ailleurs, la ligature est très incertaine dans ses effets en raison des nombreuses anastomoses qui se font dans cette région. Ainsi, chez le malade de Sappey-Nélaton, l'anévrysme a persisté et fut guéri vingt ans plus tard par une injection de perchlorure de fer. En outre il ne faut pas oublier que les anévrysmes sont au voisinage immédiat du nerf sciatique, qu'ils déterminent des douleurs et quelquefois de la paralysie de ce nerf et que dans de telles conditions la ligature ne garantit pas la guérison de la paralysie. Il n'en est pas de même de l'incision du sac, et le malade de M. Nicaise a été guéri par cette opération et de son anévrysme et de sa paralysie.

L'action directe sur le sac est donc la méthode de choix. Dans ma statistique de 1889, j'en avais relevé 16 cas dont deux sont à éliminer. Il reste 14 observations avec 2 morts. L'un des malades avait un énorme anévrysme diffus qui occupait toute la cuisse ; l'autre est mort du tétanos.

Je parle ici d'incision et non d'extirpation du sac, parce que le plus souvent les anévrysmes de cette région n'ont pas de sac à proprement parler. Il ne faut pas se dissimuler que l'opération exige beaucoup d'habileté et de sang-froid. La compression de l'iliaque primitive est à peu près impossible, puisque le levier de Davy expose à des accidents : celle de l'aorte ne peut se pratiquer que chez les sujets maigres. On sera donc souvent obligé de faire l'opération sans avoir suspendu le cours du sang dans les régions où elle doit porter. Mais cette nécessité n'a rien qui doive effrayer un chirurgien exercé. Il n'est pas un seul malade qui soit mort de l'hémorragie opératoire, et même lorsque l'anévrysme a été incisé pour un abcès, on a eu le temps de placer une pince sur le vaisseau : ainsi fut fait dans le cas de M. Tillaux et le malade a parfaitement guéri.

Il faut savoir que la ligature après incision du sac n'est pas toujours possible. Dans les faits de M. Tillaux et de Nicaise il fut impossible de placer un fil sur l'artère et les deux chirurgiens laissèrent à demeure les pinces à forcipressure. C'est la conduite qu'il faut tenir en pareil cas.

Avant de terminer ce chapitre, je dois rappeler que, dans certaines anomalies, l'artère ischiatique très augmentée de volume remplace la fémorale et se continue directement avec la poplitée. Cette artère

ischiatique anormale est devenue deux fois le siège d'anévrysmes qui ont été décrits sous le nom d'*anévrysmes ischiatico-poplités*. Il est donc indiqué, quand on se trouve en présence d'un anévrysme de la fesse, d'explorer la fémorale pour savoir si elle a son volume habituel.

ANÉVRYSMES DE LA MAIN.

La plupart des anévrysmes de la main sont d'origine traumatique. Tantôt ils succèdent à des plaies, tantôt à des contusions, ou violentes ou répétées. Les plaies sont de beaucoup la cause la plus fréquente et même si l'on en croit G. Martin (1), les blessures artérielles de cette région seraient souvent suivies d'anévrysmes. Sur 72 blessures des vaisseaux de la paume de la main, 17 auraient entraîné des anévrysmes. Cette proportion me paraît exagérée; car en somme les plaies des vaisseaux de la main sont très fréquentes tandis que les anévrysmes sont rares. Dans quelques cas la tumeur succède presque immédiatement à la plaie, il s'agit alors de ce qu'on appelait un anévrysme faux primitif, c'est-à-dire d'un hématome enkysté. Dans d'autres, c'est après la cicatrisation que l'anévrysme se développe. Les anévrysmes produits par les contusions sont plus rares; ils existent néanmoins. Roux (2) a vu s'en développer un chez un individu qui s'était réduit lui-même une luxation du pouce. Les chocs répétés du manche du marteau ont eu le même résultat chez le malade de Pilcher et chez le forgeron de Duvernoy.

Les anévrysmes siègent soit sur l'arcade palmaire superficielle, soit sur l'arcade profonde, quelquefois même sur leurs branches et jusque sur les collatérales des doigts. Verneuil en a observé un sur la collatérale externe de l'index.

Les anévrysmes de la main attirant forcément l'attention dès leur début n'ont généralement pas un volume considérable quand les malades viennent réclamer un traitement. Guérineau, Guattani, Roux en ont cependant rencontré qui avaient le volume d'un œuf ou d'une pomme. D'ordinaire les dimensions ne dépassent guère celles d'une petite noix.

Mais une tumeur n'a pas besoin d'être grosse pour gêner notablement les fonctions de la main. Aussi les troubles fonctionnels sont-ils habituels. Certains anévrysmes déterminent même des phénomènes de compression nerveuse fort pénibles.

Le diagnostic est en général facile. L'origine traumatique le facilite encore et très souvent on voit sur la tumeur la cicatrice de la plaie qui en a été l'origine. Cependant, là comme ailleurs, les anévrysmes qui ne présentent ni battements ni souffle donnent lieu à

(1) GUSTAVE MARTIN, Plaies artérielles de la main, thèse de Paris, 1870.

(2) ROUX, *Gaz. méd. de Paris*, 1837, p. 524.

des erreurs. Tantôt l'anévrysme est pris pour un abcès comme dans les cas de Guattani et de Roux. Tantôt il en impose pour une tumeur solide. Verneuil prit pour un fibrome un anévrysme de la collatérale externe de l'index.

La thérapeutique des anévrysmes de la main est simple. Il importe surtout de savoir quelles méthodes il faut éviter. Parmi les plus dangereuses est la méthode des injections coagulantes, qu'il faut absolument proscrire à la main plus encore qu'ailleurs. Les anastomoses si nombreuses dans cette région exposent trop à la diffusion de la substance coagulante. Keen avait injecté la solution de Monvel. Toute la main se gangrena, il fallut désarticuler le poignet. La compression directe doit être également rejetée, car elle expose à la rupture du sac. C'est ce qui est arrivé dans un cas de Letenneur.

La compression indirecte est peu efficace; elle échoue dans plus de la moitié des cas, mais elle est inoffensive, et mérite à ce titre d'être conservée, d'autant plus qu'elle donne parfois de très beaux succès et très rapides. Tout le monde cite le malade de Vecelli, qui fut guéri en une demi-heure. Pitha obtint en deux heures un succès complet par la compression alternative de l'humérale et de la radiale. Comment doit-on faire la compression? La flexion forcée de l'avant-bras, qui n'a guère été employée, que je sache, serait excellente dans le cas où elle arrêterait les battements de l'anévrysme. M. Lannelongue a obtenu un beau succès en comprimant simultanément la radiale et la cubitale. On peut faire très simplement cette double compression avec le petit appareil de Nélaton. Si la compression de la radiale et de la cubitale n'arrête pas les battements de l'anévrysme, ce qui peut fort bien arriver quand les interosseuses ou l'artère du nerf médian sont très développées, il faut comprimer l'humérale ou alternativement l'axillaire sur la tête de l'humérus et l'humérale au milieu du bras.

Il va sans dire que dans le cas où l'anévrysme est sur le point de se rompre, la compression même indirecte doit être absolument rejetée.

Quand la compression a échoué ou qu'elle n'est pas indiquée, que convient-il de faire? Il ne saurait y avoir actuellement aucun doute sur ce point. Les ligatures à distance, que l'on recommandait naguère encore, doivent être absolument abandonnées. Ce qui est vrai des hémorragies de la main l'est également des anévrysmes. La ligature indirecte est une méthode infidèle et dangereuse; il faut agir directement sur la tumeur et l'enlever. Barwell rejette absolument l'intervention directe parce que « il existe trois faits où, à la suite d'une opération de ce genre, la suppuration envahit la paume de la main et le carpe fut atteint de carie ». Ce sont là des accidents terribles, mais qui ne doivent plus arriver aujourd'hui. Sur sept cas que j'ai relevés, sept fois la guérison s'est faite sans encombre. Il faut préférer l'extirpation à l'incision, parce que cette dernière est défavorable à la