

anévrisme de la fémorale profonde, près de sa naissance, de celui qui siège sur la fémorale commune.

Traitement. — La rareté exceptionnelle de la guérison spontanée, la gravité des accidents auxquels exposent les anévrysmes inguinaux, imposent au chirurgien la nécessité d'un traitement actif. Follin fait remarquer qu'il n'existe que très peu de cas de guérisons obtenues en dehors du traitement par la ligature. Un cas curieux de cette espèce, c'est celui qui a été publié par Reynaud (de Toulon) (1). C'est un fait d'anévrysme inguino-iliaque, guéri par l'immobilité et les applications prolongées de glace. Le traitement, commencé le 20 février 1854, a été continué jusqu'au 9 février 1856. Durant ces deux années, le malade a gardé l'immobilité dans le lit, et a été soumis à un régime alimentaire peu excitant et à des applications de glace, auxquelles, depuis le mois d'octobre 1855, on avait joint une certaine compression directe sur la tumeur. La guérison fut com-

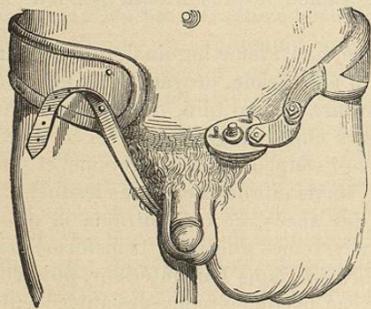


FIG. 74. — Compresseur de Verdier.

plète, car cet anévrysme devint dur, s'affaissa, et des pulsations se firent percevoir de nouveau dans la pédieuse et la tibiale postérieure.

La compression indirecte, digitale ou instrumentale, a pu procurer un certain nombre de guérisons. Sur un malade de Dupuytren, présentant un anévrysme inguinal du côté gauche, la compression produisit un résultat avantageux; mais le malade impatient refusa de la supporter plus longtemps. On dut faire la ligature de l'iliaque externe, qui réussit à procurer la guérison. Verdier (2) a fait

connaître un compresseur (voy. fig. 74) destiné à comprimer l'iliaque externe. Il l'employa sur un malade qui, après avoir subi l'amputation de la cuisse pour un anévrysme poplité compliqué de gangrène, souffrait encore d'un anévrysme inguinal. La compression le fit rester pendant près de six ans stationnaire, dans un état voisin de la guérison.

La compression digitale a réussi quelquefois; M. Alphonse Guérin (3) rapporte deux cas de guérison par ce procédé: « En 1866, dit-il, j'ai pu guérir par la compression digitale un anévrysme de la partie supérieure de la fémorale, remontant jusqu'au ligament de Fallope. Dans ce cas, on dut comprimer l'iliaque externe. C'est, je crois, la première fois qu'on a fait la compression de cette artère pour guérir un anévrysme. En 1867, j'ai fait comprimer l'artère iliaque externe pour un anévrysme semblable au précédent, sur un malade que nous avons guéri, trois mois auparavant, d'un anévrysme poplité du côté opposé par la compression de la fémorale. Chez ce malade, comme chez le précédent, la guérison fut la conséquence de la compression. »

Mais, en somme, les guérisons obtenues, soit par la compression digitale, soit par la compression mécanique, sont assez exceptionnelles. Quant à la compres-

(1) REYNAUD, *Gazette méd.*, 1857, p. 565.

(2) VERDIER, *Mémoire sur un appareil compressif de l'artère iliaque externe dans le cas d'anévrysme inguinal*. Paris, 1825.

(3) GUÉRIN, *Éléments de chirurgie opératoire*, 5^e édit., p. 54.

sion élastique par la méthode de Reid, elle n'est que difficilement applicable, vu la difficulté ou même l'impossibilité de placer le tube compresseur au-dessus de la tumeur. Dans le cas qui nous est personnel, la méthode de Reid fut appliquée à deux reprises différentes, la première fois pendant une heure et neuf minutes, la seconde pendant une heure; mais ces deux tentatives échouèrent, et nous dûmes en venir à la ligature de l'iliaque externe, qui procura la guérison sans incident (4).

En résumé, les conclusions que nous formulons dans notre mémoire présenté à la Société de chirurgie en 1884, nous paraissent devoir être maintenues à l'heure actuelle. Les divers moyens de traitement, tels que la compression digitale ou mécanique, la flexion forcée, l'emploi de la bande d'Esmarch, ou bien sont applicables à cause du siège et du volume de l'anévrysme, ou bien réussissent trop rarement pour qu'on puisse compter sur eux, et la ligature constitue dans la plupart des cas la véritable méthode de traitement.

Si nous consultons le mémoire de Norris (5), nous voyons que, sur 118 cas de ligature de l'iliaque externe renfermés dans ses tableaux, 85 ont guéri, et 33 se sont terminés par la mort, ce qui donne une mortalité de 27,90 pour 100. Avec Eutter, dont la statistique a paru en 1864, le chiffre des opérations s'élève à 155, fournissant 47 morts, soit une mortalité de 30,71 pour 100.

Sur un total de 90 opérations que nous avons colligées de 1865 à 1885, postérieures par conséquent à la statistique d'Eutter, le résultat définitif est indiqué 84 fois. Or, ces 84 cas nous donnent 65 guérisons et 19 morts, soit une mortalité de 22,61 pour 100, notablement inférieure à celle indiquée par Norris et par Eutter. A n'envisager que les seules ligatures pratiquées pour anévrysmes depuis la vulgarisation de la méthode antiseptique, c'est-à-dire de 1874 à 1885, nous sommes même arrivés à voir la mortalité tomber à 12,50 pour 100. M. Delbet, dont les relevés ont porté sur un nombre de faits plus considérable que les miens, trouve, pour la même période, une mortalité égale à 16,90 pour 100. Quoi qu'il en soit, ces chiffres démontrent que les bienfaits de la méthode antiseptique se sont fait sentir pour la ligature de l'iliaque externe, comme pour celle des autres artères, en diminuant le nombre des accidents septiques et celui des hémorragies secondaires. Il est probable que cette amélioration dans les résultats ne fera que s'accroître. M. Lucas-Championnière a communiqué à la Société de chirurgie l'histoire d'un homme de soixante ans, présentant un volumineux anévrysme iliaque pour lequel il a fait avec un plein succès la ligature de l'iliaque externe (6), le 10 novembre 1887. M. Picqué a présenté, en 1888, au Congrès français de chirurgie, une observation d'anévrysme volumineux de la fémorale au pli de l'aîne, guéri par la ligature de l'iliaque externe. Plus récemment, Macnamara (7) a publié une ligature de l'iliaque externe pratiquée avec succès pour un anévrysme diffus de la fémorale.

Quant à la ligature de la fémorale commune, immédiatement au-dessous de l'arcade de Fallope, elle est le plus souvent inapplicable; le voisinage de l'artère fémorale profonde l'a d'ailleurs fait abandonner des chirurgiens. La ligature de l'iliaque externe nous semble donc applicable à la majorité des anévrysmes

(4) KIRMISSON, *Anévrysme inguinal du côté droit; ligature de l'iliaque externe; guérison*. Bull. et Mém. de la Soc. de chir., 11 juin 1884, p. 472.

(5) NORRIS, *The Amer. Journal of the med. sc.*, janvier 1847.

(6) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, Bull. et Mém. de la Soc. de chir., 4 janv. 1888, p. 40.

(7) MACNAMARA, *The Lancet*, 20 déc. 1890.

inguinaux; mais il ne faut pas oublier les succès fournis de temps en temps par la compression. Dernièrement encore, Symonds a publié un cas d'anévrysme de l'iliaque externe guéri par la compression⁽¹⁾. Dans les cas où la poche est enflammée et menace de se rompre, dans les cas d'anévrysmes diffus traumatiques, ou bien encore s'il s'agit d'une récurrence à la suite de la ligature de l'iliaque externe, la méthode ancienne ou même l'extirpation du sac peut devenir indiquée.

On sait que, dès 1862, Syme⁽²⁾ n'a pas craint de traiter par la méthode ancienne un volumineux anévrysme iliaque. Cet anévrysme naissait à gauche, au-dessous du ligament de Poupart, et s'étendait, en haut, au-dessus de l'ombilic, et à droite, à 2 pouces au delà de la ligne médiane. Le 20 avril 1862, Syme fit l'opération de la façon suivante : « On pratiqua, dit Follin, avec un compresseur à vis, la compression de l'aorte abdominale; puis, dès qu'on fut sûr de l'arrêt absolu de la circulation, on fit une incision à travers tous les tissus et l'on ouvrit complètement le sac, dont on fit sortir 6 livres de sang et de caillots. L'artère communiquait avec l'anévrysme au sommet du sac, car ce vaisseau avait été soulevé par le sang accumulé au-dessous de lui. Dès qu'on eut bien mis à nu l'ouverture artérielle, on porta une ligature sur le vaisseau, au-dessus et au-dessous de cet orifice. Mais ces ligatures posées, on s'aperçut que du sang sortait encore par cet orifice, quoique avec moins de force qu'auparavant, et l'on en conclut que l'iliaque interne naissait sans doute de la portion d'artère comprise entre les fils constricteurs. On mit donc à nu l'iliaque interne, et l'on passa un fil au-dessous d'elle; ainsi furent liées tour à tour l'iliaque primitive, l'iliaque externe et l'hypogastrique. On pansa la plaie superficiellement et tout alla bien, car le dix-neuvième jour les ligatures se détachèrent et la cavité morbide se remplit peu à peu. »

M. Delbet, dans sa statistique, rapporte 9 cas d'incision du sac, sur lesquels il y a eu 5 morts. Dans l'un de ces cas, le sac était ouvert dans l'articulation de la hanche; en même temps que l'incision, on fit la résection de l'articulation coxo-fémorale. Il survint de la gangrène; on pratiqua l'amputation totale du membre, et le malade meurt. Dans le cas de M. Desprès, le sac s'était enflammé à la suite de la ligature; on l'incise, et il se produit une hémorragie, on lie la fémorale profonde, et le malade succombe à la pyohémie. Dans le troisième cas, les détails manquent; il se produisit une hémorragie après l'incision du sac, l'iliaque externe fut liée, et le malade succomba.

L'extirpation du sac anévrysmal a été pratiquée une fois par William Rose⁽³⁾, et dans des conditions particulièrement intéressantes, en ce qu'il s'agissait d'un anévrysme ayant récidivé à la suite de la ligature de l'iliaque externe. Le 18 octobre 1882, on fit sur le milieu de la tumeur une incision de 7 pouces de longueur dans l'axe du membre; on mit à découvert le couturier, qui était étalé au-dessus de la tumeur et dont les fibres profondes faisaient corps avec le sac. Le muscle fut rejeté en dehors, et, en disséquant soigneusement à travers un tissu cellulaire épais, ouvrant le canal de Hunter, on mit à nu l'artère, qui fut sectionnée entre deux ligatures au catgut. Puis, à l'aide des doigts et du manche du scalpel, aidé de temps en temps d'un coup de tranchant, l'anévrysme intact fut détaché de bas en haut. Dans ce temps, la veine fémorale fut ouverte, ce

(1) SYMONDS, *The Lancet*, 10 janv. 1891.

(2) SYME, *The Edinb. med. Journal*, July 1862, p. 65.

(3) WILLIAM ROSE, *The Lancet*, 21 déc. 1885.

qu'on n'aurait pu éviter qu'avec bien de la peine, à cause de ses connexions intimes avec le sac. Le nerf saphène interne situé derrière le sac, bien qu'aplati par la tumeur, put être facilement disséqué. On atteignit la portion supérieure du sac, on la lia avec un fort catgut, on la sectionna, et la tumeur fut ainsi complètement libre.... La guérison fut rapide. Au moment où l'observation est publiée, la cicatrice est solide; il y a oblitération complète de l'iliaque externe et de la fémorale superficielle. Le membre est aussi fort que celui du côté opposé; le malade bien portant a repris depuis douze mois son travail.

Il est à remarquer que l'opération de Rose a porté sur la fémorale elle-même, et non sur l'iliaque externe. Depuis lors, M. Bazy⁽¹⁾ a fait connaître à la Société de chirurgie un cas dans lequel il a pratiqué l'extirpation pour un volumineux anévrysme inguinal. Il dut lier l'artère épigastrique et l'iliaque externe et réséquer l'artère fémorale sur une étendue de 25 centimètres environ. La fémorale profonde fut également ouverte et liée; enfin l'opération fut extrêmement laborieuse, et laissa, à sa suite, une vaste plaie s'étendant de la région de la fosse iliaque, haut dans l'abdomen, jusqu'auprès de la partie moyenne de la cuisse. Néanmoins les suites furent des plus heureuses.

Des opérations aussi graves ne sauraient constituer, suivant nous, la méthode de choix. Elles sont applicables seulement dans des cas d'anévrysmes diffus, d'origine spontanée ou traumatique, quand déjà la tumeur est le siège de suppuration, ou bien quand elle est enflammée, et menace de se rompre. Elle peut être indiquée également lorsque l'anévrysme traité par une autre méthode est devenu le siège d'une récurrence. Encore, dans ce dernier cas, faut-il examiner soigneusement la tumeur, avant de recourir à son extirpation. Il peut se faire en effet que le sang soit ramené dans la poche par une collatérale dilatée dont il suffit de pratiquer la ligature pour obtenir une guérison définitive.

Une observation de Wood⁽²⁾ nous offre un exemple intéressant d'un succès obtenu dans ces conditions. Dans ce cas, les pulsations reparurent dans le sac anévrysmal, peu de temps après la chute de la ligature, au bout d'un mois ou six semaines environ. Le malade fut perdu de vue pendant deux années, il revint, et Wood trouva le sac à peu près du même volume que peu de temps après la ligature. Il découvrit alors que l'épigastrique était considérablement dilatée, du volume d'une plume d'oie; la compression de cette artère faisait cesser complètement les battements; et le souffle dans l'anévrysme; Wood pratiqua la ligature de l'épigastrique, et obtint ainsi la guérison.

Ainsi donc, en présence d'une récurrence, il faudra chercher tout d'abord si la compression, soit du bout inférieur de la fémorale, soit de l'épigastrique, ne suffit pas à arrêter les battements. Sinon, l'extirpation de la tumeur nous semble bien préférable à la ligature de l'iliaque primitive, qui, avec une gravité considérable, ne présente pas le même degré d'efficacité, la circulation dans le sac pouvant toujours se rétablir par les collatérales.

Dans son mémoire de 1895, M. Delbet compte 17 cas de ligatures de l'iliaque externe pratiquées depuis 1887. Dans l'un d'eux, la gangrène avait commencé déjà avant l'opération qui fut rapidement suivie de mort. Sur les 16 autres cas,

(1) BAZY, *Anévrysme inguinal énorme et enflammé. Douleurs atroces; extirpation; réunion primitive dans la plus grande étendue de la plaie; guérison. Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 7 janvier 1891.

(2) WOOD, *Ligation of the external iliac artery. The med. Record. New-York*, 1881, t. XIX, p. 525-528.

il y a eu 5 gangrènes graves. Pendant le même temps, on a fait deux fois l'incision, et deux fois l'extirpation d'anévrysmes inguinaux. Dans l'un de ces cas, la gangrène avait débuté avant l'opération chez un cardiaque; les trois autres malades ont guéri. L'observation de M. Quénu est particulièrement intéressante, en ce que son malade présentait à la fois deux anévrysmes volumineux siégeant, l'un sur l'artère iliaque externe du côté droit, l'autre à la naissance de la fémorale gauche. Il fut guéri par l'extirpation de cette double tumeur (1).

Dans les cas où les anévrysmes iliaques remontent trop haut pour qu'on puisse pratiquer la ligature de l'iliaque externe, la ligature de l'iliaque primitive reste l'unique ressource. Cette ligature fut faite pour la première fois, en juillet 1812, par Gibson, pour une plaie par arme à feu. Le malade succomba le quinzième jour. Mais c'est à Valentine Mott, le célèbre chirurgien de New-York, que revient l'honneur d'avoir pratiqué le premier cette opération pour un anévrysme de l'iliaque externe. Il fit son opération le 15 mars 1827, et guérit son malade.

En juillet 1860, Stephen Smith (2) a fait paraître une statistique qui nous permet de juger de la gravité de cette opération. La statistique de Stephen Smith comprend 52 faits de ligature. Sur ce nombre, 15 ont trait à des ligatures pratiquées pour des anévrysmes, et elles ont donné 10 morts et 5 guérisons, soit une mortalité de 66 pour 100 environ. Encore faut-il faire remarquer que deux des malades considérés comme guéris ont succombé plus tard, l'un à une récurrence et une hémorragie, l'autre à la suppuration de sa tumeur. Il n'y a donc eu en réalité qu'une guérison permanente, 2 guérisons temporaires, et 2 guérisons dont on n'a pas pu suivre la durée. Les statistiques récentes ne démontrent pas que le pronostic se soit amélioré, bien au contraire. A propos d'une guérison obtenue par lui au moyen de la ligature de l'iliaque primitive, Stetter (3), reprenant la statistique de Kümmel, et y ajoutant deux nouveaux faits de Barwell et celui qui lui est propre, arrive à un total de 59 ligatures qui lui ont fourni 29 morts, soit une mortalité de 74,5 pour 100. Richter, qui rend compte du travail précédent, mentionne 10 faits de ligature de l'iliaque primitive qui ont échappé à Kümmel et à Stetter, dont 4 concernent des ligatures pour anévrysmes et se sont terminés par la mort, ce qui donnerait, pour la ligature dans les cas d'anévrysmes, 45 opérations avec 53 morts, soit une mortalité de 76,7 pour 100. Suivant la remarque de Follin, il est souvent utile de jeter une ligature sur l'iliaque interne après la ligature de l'iliaque primitive, si l'on peut croire que les communications anastomotiques suffiront à ramener trop rapidement le sang dans le sac.

Mais les chirurgiens, en présence des anévrysmes iliaques, ne se sont pas arrêtés à la ligature de l'iliaque primitive; ils ont été jusqu'à lier l'aorte elle-même. C'est A. Cooper (4) qui pratiqua pour la première fois l'opération sur un homme de trente-huit ans, atteint d'un anévrysme iliaque qui s'était rompu. Il fit une incision de 5 pouces sur le trajet de la ligne blanche, en donnant à cette incision une légère courbure à gauche, pour éviter l'ombilic. Cette incision s'étendit

(1) Voy. *Bull. et Mém. de l'Acad. de méd.*, 1894, p. 542.

(2) STEPHEN SMITH, *The Amer. Journal of med. sc.*, juillet 1860, t. XL, p. 17.

(3) STETTER, *Unterbindung der Arteria iliaca communis wegen eines Aneurysma; Heilung. Centr. für Chir.*, 1884, n° 10, p. 160.

(4) A. COOPER and TRAVERS, *Surgical essays*, third edition, p. 115. London, 1818. — La pièce de ligature de l'aorte par A. Cooper est déposée au Musée de l'hôpital Saint-Thomas, de Londres, où nous avons pu l'examiner en 1884.

dait à 1 pouce 1/2 au-dessus et le reste au-dessous du creux ombilical. On coupa le péritoine et, en grattant avec l'ongle la racine du mésentère, on isola l'artère, et l'on passa un fil autour d'elle; le malade survécut quarante heures à cette opération. James (1) (d'Exeter) fit la ligature de l'aorte sur un malade presque mourant, chez lequel il avait sans succès appliqué la méthode de Brasdor pour un anévrysme de l'iliaque externe; Murray (2) lia l'aorte sans ouvrir le péritoine, dans un cas d'anévrysme iliaque très étendu. Il fit une incision sur le côté gauche, en avant de l'extrémité saillante de la dixième côte, et dirigea cette incision en bas, dans l'étendue de 6 pouces, vers l'épine iliaque antéro-supérieure. Il divisa les parties jusqu'au péritoine, qui fut détaché avec difficulté de la fosse iliaque et du psoas, et, en grattant avec l'extrémité d'un élévateur et avec les ongles, il créa un passage pour glisser une ligature autour de l'artère, qui fut liée à 5 ou 4 lignes au-dessus de sa bifurcation. Le malade mourut au bout de vingt-deux heures. Le cas de Monteiro (3) est plus intéressant en ce que le malade, opéré le 5 août 1842, survécut jusqu'au 16 à dix heures du matin, c'est-à-dire pendant onze jours. Il s'agissait d'un anévrysme de la fémorale qui s'était rompu, et avait donné lieu à une tuméfaction énorme de la fosse iliaque. Plusieurs hémorragies survinrent après la ligature, et à l'autopsie on constata que la paroi gauche de l'aorte était perforée. Les artères iliaques externe et primitive étaient aplaties, rouges et friables. South (4) de Saint-Thomas Hospital, à Londres, a fait également la ligature de l'aorte, le 21 juin 1856, pour un très large anévrysme des artères iliaque externe et iliaque primitive, occupant une grande partie du côté droit de l'abdomen. Cette opération, faite dans les mêmes conditions que celle de Murray, ne paraît pas avoir présenté de difficultés spéciales, mais le malade mourut au bout de quarante-trois heures.

Les faits suivants n'ont pas été plus heureux: Hunter Mac Guire (5) a fait la ligature de l'aorte pour un anévrysme intéressant à la fois l'aorte et l'iliaque primitive; W. Stokes (6) et P.-H. Watson (7) l'ont pratiquée pour des anévrysmes des artères iliaques. Dans 2 cas, Czerny (8) a fait la ligature de l'aorte pour des hémorragies par blessure de la fémorale et de l'aorte. Tous les malades sont morts. Dans un fait publié récemment, Milton (9) ne fut pas plus heureux. Il pratiqua la ligature de l'aorte pour un anévrysme de cette artère qui s'était rompu. L'incision fut faite sur la ligne médiane, et le péritoine incisé; la ligature fut facile, et l'opération tout entière ne dura que douze minutes. Il y eut arrêt complet des battements dans la tumeur et dans les fémorales. Mais l'opéré succomba au bout de vingt-quatre heures. De sorte que, sur les 11 cas de ligature de l'aorte pratiqués jusqu'à ce jour, on ne compte pas encore un succès.

(1) JAMES, *Med.-chir. Transact.*, 1850, vol. XVI, part. 1, p. 1.

(2) MURRAY, *London med. Gaz.*, 4 oct. 1854.

(3) MONTEIRO, *The Lancet*, 1842, t. I, p. 554, et *Revue méd.-chir. de Paris*, 1852, t. XI, p. 147.

(4) SOUTH, *The Lancet*, 1856, t. II, p. 47 et 222.

(5) HUNTER MAC GUIRE, *Amer. Journal of the med. sc.*, 1858, n° 112, p. 415.

(6) W. STOKES, *Dublin quarterly Journal of med. sc.*, 1^{er} août 1869, t. XLVIII.

(7) P.-H. WATSON, *Brit. med. Journal*, 21 août 1869, p. 216.

(8) CZERNY, *Wiener med. Woch.*, 1870, p. 1251.

(9) MILTON, *Ligature of the abdominal aorta for ruptured aneurysm of that vessel, death. The Lancet*, 1891, vol. I, p. 85.

ANÉVRYSMES ARTÉRIOS-VEINEUX INGUINAUX ET ILIAQUES

Les anévrysmes artérioso-veineux du pli de l'aîne sont assez rares. Dans sa statistique, M. Delbet a réuni 26 exemples d'anévrysmes variqueux de la racine de la cuisse. 12 fois la compression a été employée sans fournir une seule guérison. Dans le fait qu'il a communiqué à la Société de chirurgie, M. Polaillon (1), après avoir fait sans succès de la compression directe, a eu recours à la galvanopuncture dont deux séances ont été pratiquées; le malade est mort de septicémie. La ligature à distance par la méthode d'Anel a fourni des résultats déplorables, puisque, sur 11 cas, il y a eu 9 morts et seulement 2 guérisons.

Dans 4 cas, Morton a fait la double ligature sur un jeune homme de vingt et un ans qui avait reçu un coup de couteau dans le triangle de Scarpa du côté droit. Il y eut au moment même une hémorragie abondante, qui fut arrêtée par la compression. Huit jours après, on constata l'existence d'une tumeur pulsatile présentant tous les caractères d'un anévrysme artérioso-veineux. On fit la ligature de l'artère au-dessus et au-dessous de la tumeur, et le malade guérit.

C'est évidemment à la ligature de l'artère et de la veine au-dessus et au-dessous du sac qu'il faudrait s'adresser, en y joignant au besoin l'extirpation du sac; mais c'est là, quand elle doit porter sur l'artère et la veine fémorales communes, une opération grave, en ce qu'elle expose à la gangrène du membre. Jusqu'ici ces faits manquent pour apprécier la valeur d'une semblable intervention.

Si, de la région inguinale, nous montons vers la fosse iliaque, les faits deviennent de plus en plus rares. Larrey a publié un cas (2) de cette nature, dans lequel l'anévrysme a porté sur l'artère iliaque externe. Il s'agit d'un homme qui avait reçu un coup d'épée dans l'abdomen, à quelques millimètres au-dessus du pubis, un peu à gauche de la ligne médiane; l'instrument avait pénétré à 2 pouces de profondeur, en se dirigeant d'avant en arrière, de haut en bas, et de dedans en dehors; on arrêta l'hémorragie par la compression. Un mois après, on constatait un anévrysme reconnaissable à des battements et à un frémissement particulier. Les veines saphène et crurale étaient agitées par de légères pulsations vers le pli de l'aîne, mais on n'y signalait pas de frémissement. Le traitement de Valsalva et la glace en topique furent mis en usage, et, au bout d'une semaine, le bruissement s'était circonscrit dans une partie de l'anévrysme. On continua le traitement pendant plusieurs mois, et, au bout d'un an, la guérison était complète. Follin, qui cite ce fait, élève des doutes sur sa véritable nature, à cause de l'absence de dilatation et de frémissement dans les veines; il est porté à y voir un anévrysme artériel simple. 2 autres cas sont rapportés par Crisp et par Bergmann. Le malade de Bergmann a eu de la gangrène; il a dû subir l'amputation de la cuisse et est mort des suites de l'opération.

Deux cas publiés, l'un par Adams (3), l'autre par Leflaive (4), établissent l'exis-

(1) POLAILLON, *Varice anévrysmale du pli de l'aîne. Épilepsie et troubles graves consécutifs; électropuncture; septicémie; péricardite infectieuse; mort.* Bull. et Mém. de la Soc. de chir., 1886, p. 431.

(2) LARREY, *Clinique chir.*, t. III, p. 156.

(3) ADAMS, *Dublin Journal of med. sc.*, 1840.

(4) LEFLAIVE, *Revue méd.-chir. de Paris*, oct. 1855, t. XVIII, p. 252. — Le malade de Leflaive est le même que celui qui a été présenté à la Société de chirurgie par Dumesnil. Bull. de la Soc. de chir., t. IV, p. 158.

tence d'anévrysmes artérioso-veineux de l'iliaque primitive. Le malade d'Adams s'était aperçu depuis plusieurs années de l'existence, à la partie inférieure de l'abdomen, du côté droit, d'une tumeur accompagnée de douleurs pulsatives très incommodes. Il mourut subitement, et, à l'autopsie, Adams trouva une dilatation fusiforme de l'iliaque primitive, et, sur un de ses côtés, une ouverture admettant un tuyau de plume, et faisant communiquer l'artère avec la veine correspondante.

À côté de cet exemple d'anévrysme artérioso-veineux spontané, se place le cas observé par Leflaive, qui se rapporte à un anévrysme artérioso-veineux traumatique. Il s'agit d'un homme qui, à l'âge de vingt-deux ans, reçut un coup de couteau à l'hypogastre, un peu au-dessous et à droite de l'ombilic. La blessure ne fut suivie d'aucun accident immédiat; mais, au bout de quelque temps, un gonflement considérable des membres inférieurs se manifesta. Il disparut à droite, mais persista du côté gauche; des varices énormes se formèrent sur la cuisse et sur le ventre, puis des ulcérations, qui obligèrent le malade à entrer de temps à autre à l'hôpital. Quand il fut présenté à la Société de chirurgie par Dumesnil, il avait un développement éléphantiasique du membre inférieur gauche. À 9 centimètres au-dessous de l'ombilic, et à 6 centimètres à droite de la ligne médiane, on voyait la cicatrice du coup de couteau. En portant la main sur cet endroit et en appuyant modérément, on sentait une pulsation isochrone aux battements du pouls, et un frémissement dont le maximum d'intensité existait un peu au-dessous de l'ombilic; en appliquant l'oreille sur ces mêmes points, on entendait un bruit de souffle continu dont le maximum était au niveau de celui du frémissement senti avec la main. M. Gosselin, nommé rapporteur de ce fait intéressant, conclut qu'il existait là une communication artérioso-veineuse entre la veine iliaque primitive gauche, et soit l'aorte à sa terminaison, soit l'iliaque primitive droite près de son origine. Le malade vécut misérablement jusqu'en juin 1855, époque à laquelle il succomba à des hémorragies répétées, provenant de larges ulcérations de la cuisse et de la jambe. L'autopsie faite par Leflaive montra l'existence d'une communication entre l'artère iliaque primitive gauche, par l'intermédiaire d'un sac anévrysmal développé en arrière de l'artère. La veine iliaque primitive gauche présentait une dilatation de 8 centimètres de longueur sur autant de circonférence. Follin, qui rapporte cette observation, la fait suivre de la réflexion suivante: « On ne peut pas tirer d'un si petit nombre de faits des règles absolues de pratique; mais si le chirurgien se trouvait en face d'un cas aussi grave que celui dont Leflaive nous a donné l'histoire, il ne devrait pas rester inactif. C'est alors qu'il serait permis de tenter l'opération par la méthode ancienne, et de lier le vaisseau au-dessus et au-dessous du sac, comme dans le fait de Syme que nous avons mentionné plus haut (1). » Nous nous associons pleinement à ce jugement.

(1) FOLLIN, *Traité élémentaire de pathol. externe*, t. II, p. 481.