

solidification de l'anévrysme existait déjà quarante heures après le commencement du traitement, et en cinq jours elle était complète. Au bout de douze jours le membre fut remis dans l'extension, et le malade marcha sans peine; enfin, au bout de trois mois, la tumeur avait presque disparu, et l'on sentait des battements dans l'artère sur laquelle elle reposait autrefois.

Mais tous les cas où cette flexion forcée a été appliquée n'ont pas été aussi heureux. Ainsi, dans un fait de Moore où le membre fut mis dans la flexion forcée, l'anévrysme poplité, d'ailleurs d'un volume énorme, s'ouvrit dans l'articulation. Toutefois la ligature de l'artère parvint à sauver le malade. Dans un autre cas de Paget, l'anévrysme paraît avoir augmenté de volume par la flexion forcée du genou.

Il faut simplement conclure de ces derniers cas que la flexion forcée ne doit point être employée là où l'anévrysme est volumineux et prêt à devenir diffus.

Quand la compression indirecte et la flexion forcée du genou échouent, il faut pratiquer la *ligature de la fémorale*, et c'est au milieu de la cuisse, ou mieux tout à fait en bas, au-dessus de l'anneau du troisième adducteur, que l'on conseille de lier le vaisseau, car c'est là que les chances de danger sont les moindres.

Broca a péremptoirement démontré que Desault avait appliqué le premier (22 juin 1785) la méthode d'Anel au traitement des anévrysmes poplités en liant l'artère poplitée immédiatement au-dessus du sac, et c'est par un sentiment mal compris de patriotisme que les chirurgiens anglais continuent de donner le nom de Hunter à cette application de la méthode d'Anel. L'opération de Hunter, faite le 12 décembre 1785, fut d'ailleurs conduite de la façon la plus maladroitement, car le chirurgien plaça en deux points, au-dessus de l'anneau du troisième adducteur, une double ligature qui comprimait la *veine* et l'artère. Malgré cela, le malade parut guéri au bout de six semaines, mais il ne tarda pas à rentrer à l'hôpital pour un vaste abcès formé sous la cicatrice, et qui exigea un traitement de sept mois.

Les accidents de la ligature de la fémorale pour des anévrysmes poplités sont encore assez fréquents. J'ai donné plus haut la statistique de Norris, et l'on voit la gangrène survenir vingt-huit fois sur cent cinquante-six cas de ligature. Un développement énorme de la tumeur qui comprime les vaisseaux principaux, artères et veines, prédispose à cette gangrène qui se trouve confirmée par l'arrêt brusque de la circulation dans les collatérales. Mais le procédé d'Anel où on lie l'artère fémorale ou la poplitée même, immédiatement au-dessus du sac, cause moins souvent la gangrène que les procédés où l'on s'éloigne de ce sac. Nous avons exposé déjà la raison de cette différence en montrant comment se fait la circulation anastomotique. Quand la ligature est suivie de gangrène, et que le sphacèle est limité, il faut amputer au-dessus de lui; s'il ne dépasse pas le pied, on fera l'amputation à la partie inférieure de la jambe; mais

quand le sphacèle remonte jusqu'à l'anévrysme, on doit amputer la cuisse au tiers inférieur au-dessous de la ligature de la fémorale.

L'hémorrhagie est un accident fort grave après la ligature de la fémorale pour un anévrysme poplité, et elle met souvent le chirurgien dans un grand embarras. Il faut chercher à la combattre par la compression; mais, si cela ne réussit pas, on doit porter une nouvelle ligature au-dessus du point qui saigne, ou bien chercher les bouts du vaisseau dans la plaie même. Lier l'iliaque externe ou la fémorale au-dessus de la plaie, est alors une opération des plus dangereuses, car elle est souvent suivie de gangrène. En effet, si l'on porte une ligature sur l'iliaque externe sans que la fémorale superficielle soit liée, la circulation collatérale se fait très-bien des branches de l'iliaque interne à la fémorale profonde, et de celle-ci dans la fémorale superficielle, qui devient alors un canal facile pour l'écoulement du sang vers les rameaux anastomotiques des articulaires. Mais quand la fémorale superficielle a été liée, les conditions du retour du sang sont beaucoup plus difficiles, car c'est par les rameaux ténus de la fémorale profonde que ce second cercle de circulation collatérale doit se rétablir, et l'on doit comprendre tout de suite la difficulté de ce mode d'anastomose.

Devant ces dangers réels, il ne faut pas hésiter, si la disposition des parties le permet, à aller directement à la recherche du bout artériel d'où le sang s'écoule. On peut, par une dissection habile, mettre à nu le bout artériel qui donne issue au sang, le lier ou le cautériser par un caustique coagulant.

Si, après la ligature de la fémorale pour un anévrysme poplité, les pulsations reviennent dans la tumeur, on ne doit pas désespérer de la guérison. On tiendra le membre élevé, au repos, et en même temps on exercera une compression indirecte sur la fémorale.

Nous avons dit plus haut, en parlant des anévrysmes fémoraux diffus, qu'on était parfois obligé d'avoir recours à l'amputation, à l'exclusion de tout autre traitement préalable. C'est ici le cas d'examiner les conditions qui exigent le sacrifice du membre.

Il y a quelques cas d'anévrysmes poplités diffus qui ne peuvent être traités que par l'amputation, mais la détermination de ces cas est des plus difficiles.

Lorsqu'un anévrysme poplité circonscrit devient diffus, le malade éprouve dans le membre une vive douleur et une sensation de chaleur; en même temps la température de la partie s'abaisse, son volume augmente, la tumeur devient solide, irrégulière, sans pulsations ni bruit, et la peau prend un aspect luisant avec des taches purpurines. Que doit-on faire en pareil cas? Si l'on suppose que la déchirure du sac anévrysmal soit peu étendue, et qu'il y ait peu de sang épanché, si la compression de l'artère arrête tout battement dans la tumeur, on doit lier tout de suite l'artère fémorale. Il faut encore avoir recours à la ligature dans des cas plus graves où, malgré le volume de l'anévrysme, sa distension croissante,

l'absence de pulsations dans les tibiales, l'œdème et le refroidissement, on peut supposer l'existence d'un certain courant sanguin dans l'anévrysme. On s'assure de ce fait en comprimant la fémorale, et dans les cas favorables la compression de l'artère amène assez promptement une certaine diminution dans le volume de la tumeur. On peut donc espérer que la ligature de l'artère, en diminuant la tension du sac anévrysmal, donnera plus de facilité au développement de la circulation collatérale et empêchera la gangrène.

Mais si cette compression de l'artère ne change rien au volume énorme de la tumeur; si toute pulsation a depuis longtemps cessé; si les téguments sont tendus et livides; si le membre est œdémateux et refroidi, avec quelque tendance à la vésication et à l'ulcération de la peau, on doit pratiquer tout de suite l'amputation, qui est alors la seule chance de salut pour le malade. Il n'y a pas non plus d'autre ressource que l'amputation dans les cas où l'anévrysme a entraîné des suppurations articulaires, des nécroses ou des caries.

Cependant le chirurgien doit être prévenu qu'un anévrysme diffus peut amener les conséquences les plus fâcheuses sans augmenter considérablement le volume de la partie. C'est lorsque la rupture du sac se fait au-dessous de l'aponévrose profonde. Le sang contenu par cette aponévrose, par les muscles environnants et par les os, peut désorganiser les parties au milieu desquelles il se trouve, et en particulier la veine poplitée et les nerfs. Mais alors il existe profondément une très-vive douleur. La terminaison de ces anévrysmes diffus profonds est des plus fâcheuses, car le sang ne tarde pas à s'infiltrer dans le tissu cellulaire sous-cutané, où il trouve place pour se développer. Il y a des cas où la circulation peut être complètement interrompue dans l'artère poplitée, et cependant la vitalité du membre est encore conservée par les branches anastomotiques qui ne sont pas trop comprimées; la tension n'est pas considérable dans les tissus sous-cutanés; mais dès que cette infiltration superficielle s'effectue, les branches collatérales sont oblitérées et la gangrène arrive. Le sphacèle suit en général assez vite la ligature de la fémorale, car cet arrêt brusque du sang porte un coup funeste à cette circulation anastomotique.

Quand la gangrène existe avant ou après la ligature, il faut amputer, et l'on doit, dans ce dernier cas, porter le couteau au niveau de la ligature.

2° Anévrysmes poplités variqueux.

On n'a observé jusqu'alors qu'un très-petit nombre d'anévrysmes poplités variqueux. Dans un cas rapporté par Porter (1), cet anévrysme s'était développé spontanément. Le malade avait au jarret, depuis quatre ans, une tumeur qui avait acquis le volume d'une tête d'enfant. Quand cette tumeur resta stationnaire, les veines du membre commencèrent à grossir et devinrent énormes. Le frémissement et le bruissement des

(1) *Cyclopædia of Anat. and Physiol.*, t. I, p. 242.

varices anévrysmales pouvaient être distinctement perçus dans chacune de ces veines. On a donné aussi comme un cas d'anévrysme variqueux spontané de la poplitée une observation de Perry (1); mais en étudiant ce fait avec soin, on reconnaît que la communication artérioso-veineuse existait à la cuisse, au-dessus de l'anneau du troisième adducteur. Le malade avait aussi un anévrysme poplité artériel, et l'existence de cette dernière tumeur a sans doute produit quelque confusion dans l'esprit des chirurgiens qui ont indiqué ce fait comme un anévrysme variqueux de la poplitée.

Un cas observé par Hodgson (2) est d'origine traumatique: c'était sur un dragon qui, en combattant, reçut une balle de pistolet dans le jarret droit; il se produisit alors une hémorrhagie abondante qu'on arrêta toutefois par de la charpie et un cataplasme. Au bout de quelques jours on fit l'extraction de plusieurs morceaux de bourre, mais la balle était sortie du genou. Dix jours après on observa au jarret une tumeur pulsatile, qui continua à faire des progrès pendant quelque temps, et diminua ensuite. Quand Hodgson vit ce malade, il existait à la partie inférieure du jarret une tumeur aplatie, compressible, molle, accompagnée de pulsations ou plutôt d'un tremblement, et faisant entendre une espèce de sifflement ou de bruissement. Depuis seize mois cette tumeur n'était pas plus grosse qu'un œuf. On se contenta de faire porter au malade une bande autour du genou.

Sabatier, Richerand, Boyer, Scarpa, ont tous parlé d'un cas d'anévrysme variqueux traumatique de la poplitée observé par Larrey (de Toulouse). Ce fait a été aussi mentionné par Larrey dans ses *Mémoires de chirurgie militaire*, tome IV, page 380. La pièce et l'observation de ce cas furent envoyées en 1789 à l'Académie de chirurgie, mais la relation n'en fut point publiée. Les détails qu'on trouve dans les *Mémoires de chirurgie militaire* ont sans doute été donnés d'après des souvenirs peu précis, car l'observation du fait publié enfin dans la *Presse médicale*, en 1837, n° 4, ne concorde pas absolument avec ce qui avait d'abord été dit. La tumeur anévrysmale était due à un coup d'épée dans le creux du jarret; elle datait de vingt-six ans, et s'était accrue peu à peu. Très-volumineuse pendant la station, elle diminuait sans disparaître dans le coucher horizontal. On crut devoir traiter par l'amputation cette maladie, qu'on connaissait sans doute fort peu alors. La tumeur était constituée par un kyste, à la partie supérieure duquel s'ouvraient isolément l'artère et la veine crurale très-dilatées. De sa partie inférieure sortait l'artère poplitée, plus petite que d'ordinaire; des parties latérales naissaient les articulaires. Quant à la veine poplitée, elle était oblitérée. Les parois du sac anévrysmal étaient épaissies et ossifiées dans une certaine étendue.

TRAITEMENT. — Il est presque impossible de comprimer directement les

(1) *Gazette médicale*, 1837, p. 551.

(2) *Loc. cit.*, vol. II, p. 365.

anévrismes variqueux du jarret, sans amener du côté du pied et de la jambe un gonflement douloureux. Aussi l'expectation, aidée d'un bas qui soutient doucement tout le membre, paraît-elle être tout particulièrement recommandée ici. Dans les cas où la tumeur ferait des progrès inquiétants, c'est à la ligature des deux bouts de l'artère au-dessus et au-dessous de la plaie artérielle qu'il faudrait avoir recours, en suivant les préceptes donnés par Norris et Malgaigne pour lier l'artère sans toucher au sac.

LIGATURE DE L'ARTÈRE POPLITÉE. — Depuis que la méthode d'Anel a remplacé la méthode ancienne dans le traitement des anévrysmes, on ne lie plus guère l'artère poplitée, à moins qu'il ne s'agisse d'une plaie de ce vaisseau. Malgré cela, la médecine opératoire compte un assez bon nombre de procédés récents pour arriver sur cette artère.

L'artère poplitée *d* (fig. 119) s'étend de l'anneau du troisième adducteur jusqu'à l'anneau du muscle soléaire, où elle se divise en tibiale antérieure et en tronc tibio-péronier. Elle se dirige à travers l'espace poplité, d'abord obliquement de haut en bas et de dedans en dehors, puis elle prend une direction verticale, toutefois un peu rapprochée du côté interne. Il faut examiner les rapports de cette artère en haut et en bas. A sa partie supérieure, elle est en rapport, en avant, avec la face postérieure du fémur, en arrière avec du tissu graisseux et des ganglions lymphatiques qui la séparent de l'aponévrose *a*; en dehors avec le biceps, et en dedans avec le demi-membraneux; plus bas ce vaisseau est en rapport, en avant avec le muscle poplité, en dehors avec le jumeau externe, et en dedans avec le jumeau interne *e*. Il est surtout très-utile de connaître les rapports de cette artère avec le nerf sciatique poplité interne et la veine poplitée. On dit avec raison que ces cordons vasculaires et nerveux sont disposés sur un plan incliné d'arrière en avant et de dehors en dedans. On

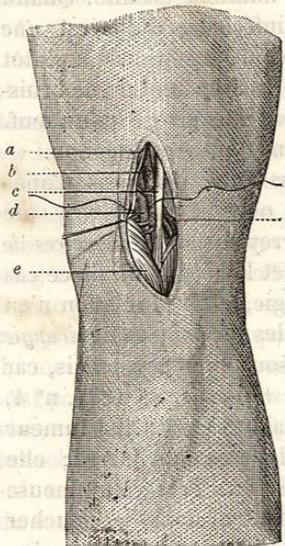


FIG. 119. — Ligature de l'artère poplitée au milieu du jarret.

trouve donc d'abord superficiellement et en dehors, le nerf *c*, puis la veine *b*, qui reçoit au niveau des condyles du fémur la veine saphène externe *f*; enfin, plus profondément et en dedans, l'artère *d*.

On sait que l'artère poplitée donne naissance, en ce point, à un assez bon nombre de branches collatérales, telles que les *articulaires supérieures interne et externe*, les *articulaires inférieures externe et interne*, les *articulaires moyennes*, enfin les *jumelles*. Il existe des anastomoses entre tous ces rameaux artériels et ceux de la grande anastomotique qui naît de la fémorale.

Les procédés pour lier l'artère poplitée varient suivant qu'on porte la ligature vers le tiers supérieur ou vers les deux tiers inférieurs.

a. Ligature à la partie supérieure. — On pratique une incision à partir de l'anneau du troisième adducteur, près du bord externe des muscles qui limitent en dedans le creux poplité, et on la dirige vers le milieu de l'espace poplité. La peau et l'aponévrose incisées, on cherche le bord externe de ce muscle qui longe l'artère située profondément dans une masse de tissu adipeux. On trouve, comme nous l'avons dit, de dehors en dedans, d'abord le nerf, puis la veine, enfin l'artère. On doit passer la sonde cannelée de dehors en dedans pour éviter la veine.

b. Ligature à la partie inférieure. — On couche le malade sur le ventre, on étend sa jambe, et l'on recherche avec le doigt l'intervalle qui sépare les jumeaux. Une incision de 8 à 10 centimètres est pratiquée de haut en bas, à peu près sur la ligne médiane ou un peu en dehors d'elle. Cette incision doit commencer à 1 centimètre au-dessous de l'interligne articulaire. Il faut éviter, dans la section de la peau, la saphène externe; on coupe ensuite l'aponévrose, et, cela fait, on fléchit la jambe sur la cuisse, de façon à pouvoir pénétrer facilement dans l'interstice musculaire avec le doigt et la sonde cannelée, qui servent à isoler l'artère du nerf et de la veine. Après avoir écarté la veine et le nerf, on passe la sonde cannelée de dehors en dedans entre les veines et l'artère.

Il y a d'autres procédés d'amphithéâtre pour lier cette artère, mais je n'y insisterai pas.

§ XVII. — Anévrysmes des artères tibiale, péronière et pédieuse.

Les anévrysmes artériels spontanés des artères tibiale, péronière et pédieuse sont très-rares. La collection du musée Dupuytren n'en renferme aucun exemple; mais dans celle du musée de Saint-George Hospital, à Londres, on voit un cas d'anévrysme de la tibiale postérieure guéri par la ligature de la fémorale. D'ailleurs ces anévrysmes spontanés n'ont guère été constatés que sur des malades déjà atteints d'affections du cœur ou des gros troncs artériels.

On a vu plus souvent les blessures de ces artères par des coups de feu ou des fragments d'os fracturés donner lieu à ces vastes épanchements sanguins qu'on trouve décrits sous le nom d'*anévrismes diffus*. Nous avons dit, dans nos généralités, que nous ne tiendrions pas compte ici de ces infiltrations sanguines auxquelles le traitement des plaies d'artères par la ligature des deux bouts du vaisseau lésé est surtout applicable; c'est dans le cas particulier de blessure des artères de la jambe que les principes développés par Guthrie doivent le plus souvent servir de règle de conduite au chirurgien, de préférence à la ligature suivant la méthode d'Anel, comme Dupuytren (1) l'avait conseillé.

(1) *Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. II, p. 507.