

II

Traitement des anévrysmes artériels.

MESSIEURS,

Le traitement des anévrysmes est un de ceux que l'antisepsie a modifiés le plus lentement, et à cette heure, tout comme au temps de l'infection purulente, quelques chirurgiens préfèrent encore les procédés non sanglants. Mais leur triomphe tire à sa fin, et les attaques deviennent si vives, que le jour est arrivé d'une déroute irrémédiable. Je voudrais vous rappeler en peu de mots les étapes qu'a parcourues la question et vous montrer comment l'intervention au bistouri s'est, peu à peu et d'une manière presque complète, substituée aux procédés dits de douceur.

Des méthodes presque innombrables imaginées contre les anévrysmes artériels, il en est peu qui survivent et on n'a plus guère recours qu'à la flexion forcée, du moins lorsqu'il s'agit d'un anévrysme poplité, à l'enveloppement du membre avec la bande d'Esmarch, à la compression digitale, enfin à la ligature de l'artère et à l'incision ou à l'excision du sac.

De ces procédés, il en est un, la flexion forcée, qui nous semble bien compromis, en dépit des espérances

qu'il alluma lors de son apparition. Dès que Maunoir et Hart eurent, en 1857, publié leur première tentative et leur premier succès, la nouvelle méthode, d'une application facile et simple, fut accueillie par nos chirurgiens les plus compétents; mais, lorsque les observations se furent multipliées, on dut reconnaître que la flexion n'est pas sans inconvénients, et il fallut beaucoup rabattre de l'enthousiasme des premiers jours.

Et d'abord la flexion est très douloureuse, d'autant qu'il la faut parfois très énergique et que, pour arrêter le cours du sang dans le sac, le talon du malade doit être au contact de la fesse. Or, souvent, une pareille attitude ne peut être maintenue pendant le temps nécessaire pour atteindre à la guérison; plusieurs patients ne la supporteraient jusqu'au bout qu'avec le secours de l'anesthésie, malheureusement inapplicable dans la plupart des cas, puisque la durée moyenne du traitement est de quatorze jours.

Encore si la guérison était la récompense habituelle de ceux qui ont supporté ce pénible traitement! mais il est loin d'en être ainsi et les statistiques ne nous laissent aucune illusion: Barwell conclut à 46 p. 100 de succès; encore est-il au-dessus de la vérité puisque Fischer, dans de nouveaux relevés, n'en compte que 42, et Delbet que 36 p. 100; c'est peu, surtout lorsqu'on songe que les échecs s'accompagnent parfois de raideurs articulaires, d'arthrites même, puis de ruptures, de suppurations du sac et de gangrène. Ainsi, dans les 59 succès du relevé de Barwell, 4 fois le membre dut être amputé pour des accidents de ce genre.

La flexion n'est donc pas ce procédé de choix qu'on

avait semblé nous promettre : il est vraiment trop infidèle et nous pensons avec Delbet que son emploi doit être limité aux cas fort rares où l'anévrisme, développé sur un sujet jeune, sans tare organique appréciable, sans lésion articulaire du genou, est petit, à parois épaisses et présente une grande tendance à la guérison spontanée. Barwell n'a-t-il pas vu des sacs qui se sont solidifiés en quelques heures par le seul repos joint à la flexion spontanée du genou? « Il serait au moins fâcheux de ne pas faire bénéficier le malade d'un moyen aussi simple. »

La compression élastique préconisée par Walter Reid, en 1875, a sur la flexion forcée l'avantage d'être applicable à tous les anévrysmes des membres. On pourrait croire à son extrême simplicité : on déroule la bande d'Esmarch de l'extrémité du membre au niveau de l'anévrisme qu'on laisse à découvert, puis, immédiatement au-dessus du sac, on applique une nouvelle bande que l'on arrête à la racine du membre où l'on interrompt la circulation par une striction énergique avec le tube en caoutchouc; au bout d'une demi-heure, on enlève les deux bandes.

C'est là le premier temps et, que l'anévrisme soit ou non solidifié, on doit commencer la compression digitale avant même que le tube constricteur soit enlevé; car, si une ondée sanguine vigoureuse abordait le sac, il en désagrègerait sans doute les caillots friables, et provoquerait au loin des embolies et la gangrène. Cette compression est exercée plusieurs heures, parfois plusieurs jours, à ce point qu'on se demande si la bande

élastique diminue en rien le temps qu'il eût fallu à la seule compression digitale pour amener la guérison, et Delbet, après Maunoury, ne saurait dire si, en définitive, la méthode de Reid a une action quelconque sur l'oblitération du sac.

Or si la bande est inutile, elle est nuisible; d'abord parce qu'elle est douloureuse au point de nécessiter l'anesthésie qui doit durer autant que la compression élastique elle-même, et l'administration de l'éther ou du chloroforme n'a jamais passé pour indifférente en chirurgie. Et puis, et surtout, des accidents graves peuvent survenir : le refoulement du sang du membre est une sorte « d'auto-transfusion » qui crée une pléthore rapide, souvent dangereuse chez les malades atteints de dégénérescence graisseuse du cœur; cet organe est surmené par l'effort que nécessite la tension plus grande du sang, et l'on cite des cas où ce mécanisme peut être invoqué pour expliquer la mort survenue quatre mois, deux mois et demi, et vingt-sept heures après la compression élastique.

La gangrène a été plus souvent observée qu'à la suite des autres procédés : Delbet, dans une statistique qui porte sur 73 anévrysmes poplités traités par la compression élastique, compte 4 sphacèles dont 3 ont nécessité l'amputation du membre, tandis qu'on en relève 3 seulement sur 144 anévrysmes de même siège traités par les autres méthodes de compression : donc « en laissant de côté les cas légers de sphacèle qui n'ont réclamé aucune intervention, on trouve que, jusqu'à présent, la méthode de Reid a donné 4,10 p. 100 de gangrènes, tandis que les autres procédés de compression n'en ont donné que 2,08. C'est une différence de plus de moitié. »

Ce n'est pas tout : cette méthode, lorsqu'elle échoue, ne laisse pas les choses en l'état, et le traitement sanglant qu'on est forcé d'instituer alors provoque plus facilement la gangrène. En effet, la compression élastique semble prédisposer le membre à la mortification ainsi qu'en dépose le relevé dressé par Delbet : sur 20 anévrysmes poplités traités par la ligature après échec de la bande d'Esmarch, 3 se sont terminés par la gangrène, soit 15 p. 100, tandis que la même ligature pratiquée après échec de la compression digitale a donné moins de 10 p. 100 : 5 gangrènes sur 52 anévrysmes.

Et cette considération n'est pas négligeable, car l'insuccès de la compression élastique est malheureusement trop fréquent : même avec l'adjonction de la compression digitale, qui, nous l'avons dit, est peut-être la seule efficace, elle ne donne même pas une guérison sur deux, proportion très différente de celle qu'on nous annonçait lors de l'apparition de la méthode : on parlait alors de 6 succès sur 7 anévrysmes traités ; mais il fallut en rabattre, et l'année suivante on ne comptait plus que 10 succès sur 15 ; puis 14 sur 25 ; avec la statistique de Pearce Gould, échecs et succès se balancent, et sur 70 cas on ne relève plus que 35 guérisons. Enfin arrive le tableau plus récent de Delbet qui, sur 83 cas, trouve 40 succès contre 43 échecs.

Cette énorme proportion de revers, les douleurs que provoque la bande élastique si l'on ne recourt pas à l'anesthésie, les accidents qui peuvent survenir du fait de la compression et ceux auxquels elle prédispose si on est forcé plus tard de pratiquer la ligature, nous sont des raisons suffisantes pour rejeter cette méthode. N'est-elle

pas d'ailleurs le plus compliqué et le moins efficace des procédés non sanglants ?

La compression indirecte est, de toutes les méthodes non sanglantes, celle qui mérite le plus d'être conservée : la compression digitale en est le type, en même temps que le procédé le plus simple et le plus efficace. Elle doit, lorsqu'on le peut, être totale, continue et alternative, c'est-à-dire supprimer d'une manière absolue la pénétration du sang dans le segment inférieur de l'artère, ne jamais être interrompue tant que dure la séance, et s'exercer successivement sur divers points du trajet du vaisseau pour éviter les souffrances trop vives.

Elle a longtemps été le procédé de choix, et cette faveur s'expliquait lorsque sévissaient l'érysipèle et l'infection purulente. Mais elle mérite la plupart des reproches que l'on adresse à la flexion forcée et à la compression élastique. Ces inconvénients sont atténués sans doute, mais, pour exister à un degré affaibli, ils n'en sont pas moins fort graves, et nous avons à parler de la douleur, de la lenteur de la solidification du sac, des insuccès trop fréquents, de l'inflammation et de la gangrène ; nous ajouterons même un accident particulier à la méthode, la formation possible d'un nouvel anévrysme au point de compression.

La douleur est parfois insupportable ; elle l'est d'autant plus que la compression doit souvent être continuée pendant un temps très long : Fischer, dans un intéressant tableau, nous montre que, sur 72 cas guéris par cette méthode, 19 ont demandé d'une à douze heures, 7 de douze à vingt-quatre, 6 de vingt-quatre à trente-six,

et il a fallu dix journées pour les 40 cas restants. Peu de malades et peu de chirurgiens auront assez de constance pour poursuivre le traitement après les premières quarante-huit heures, d'autant qu'un pareil effort est souvent inutile. Ne voyons-nous pas les statistiques accuser environ 50 p. 100 d'échecs? un anévrysme sur deux résiste à toute tentative de compression.

Et il ne s'agit pas toujours de simples succès : dans quelques cas, plus rares il est vrai qu'à la suite de la flexion forcée et de la compression élastique, la gangrène se développe; sur 59 anévrysmes réunis par Delbet et traités par la compression digitale, le sphacèle s'est produit 3 fois, soit une proportion de 6 p. 100. C'est au bout de la huitième, de la neuvième et de la dixième heure que les accidents se sont montrés. Le mécanisme de cette gangrène est assez obscur; une fois elle fut provoquée par la rupture du sac, mais, dans les deux autres, la poche était intacte, et il est probable que des fragments de caillot détachés de la paroi de l'anévrysme avaient formé au loin des embolies.

Enfin on a signalé l'apparition d'une tumeur nouvelle au point où l'on a exercé la pression digitale : Berger en a observé un cas; au bout de douze heures l'anévrysme poplité cédait au traitement, mais un second se formait sous le ligament de Fallope; Annandale et Pemberton ont vu chacun un fait à peu près semblable. Le froissement continu exercé sur un vaisseau n'est pas sans danger, pour peu que ses parois soient atteintes de dégénérescence athéromateuse. Aussi faut-il admettre avec Scriba que lorsqu'il existe une artérite étendue, la com-

pression doit être rejetée, car alors elle est à la fois inefficace et dangereuse.

On le voit, ce sont toujours les mêmes objections qui se dressent, et les trois méthodes non sanglantes que nous venons d'énumérer, flexion forcée, compression élastique et compression digitale, ont contre elles les douleurs, les inflammations qu'elles provoquent, la rupture du sac, les embolies, la gangrène et surtout leur regrettable insuffisance, puisque la meilleure, la compression digitale, guérit à peine un anévrysme sur deux. Aussi maintenant que les complications des plaies ne sont plus à craindre, le chirurgien doit recourir aux méthodes sanglantes plus rapides, plus efficaces et moins dangereuses, quoi qu'on en ait dit.

Syme, Bardeleben, Poinso, Brun, Championnière, Lister proposent la ligature et Delbet l'extirpation du sac. Ce dernier accumule les raisonnements, les exemples et les statistiques pour démontrer que « la ligature est une opération incertaine, qu'elle donne, dans les temps aseptiques, une mortalité de plus de 18 p. 100 et qu'il faut l'abandonner comme une des plus meurtrières de la chirurgie ». Mais cette opinion nous semble paradoxale en dépit du talent qu'a déployé l'auteur pour la défendre.

La ligature nous semble à nous, ainsi qu'aux chirurgiens cités plus haut, une opération excellente, et, pour plaider sa cause, nous laisserons de côté les inductions, les déductions et les hypothèses, quelque légitimes et logiques qu'elles paraissent; nous ne nous occuperons que des faits, et nous verrons si les hémorrhagies secon-

daires, les gangrènes et la mort sont plus fréquentes après la ligature, opération simple, facile, réglée dans tous ses détails, qu'à la suite de l'extirpation du sac, intervention toujours délicate, variable selon les cas, irrégulière, nécessitant parfois des délabrements considérables, et au cours de laquelle on risque de blesser les gros troncs nerveux et vasculaires voisins.

M. Delbet fournit deux tableaux comparatifs où l'on voit, que sur 243 anévrysmes traités par la ligature de 1875 à 1887, il y a eu 47 morts, soit une léthalité de près de 19 p. 100, tandis que sur 53 anévrysmes de même siège soumis à l'incision et à l'excision, il n'y a que 6 morts, un peu moins de 12 p. 100. Ces statistiques sont trop inégales, elles laissent trop de cas de côté pour avoir une valeur indiscutable, et nous voudrions leur en substituer une autre.

Nous prendrons comme exemple les anévrysmes poplités, de beaucoup les plus importants d'ailleurs, puisqu'ils fournissent à eux seuls plus de la moitié des anévrysmes externes. Nous commencerons notre statistique par 1880 et cela pour deux raisons : d'abord, parce que, à cette époque, l'antisepsie est acclimatée dans tous les pays, et puis, parce que les relevés complémentaires de Brun nous serviront à rendre plus exacts les tableaux de Delbet. Le total des deux statistiques, auxquelles nous ajoutons 3 cas de Lister, donne 81 anévrysmes artériels poplités traités par la ligature.

Ces 81 cas fournissent 5 morts; nous avons, il est vrai, éliminé le fait de Havard, car le patient, dont la plaie avait guéri par première intention, succomba trente-trois jours après à une hémorrhagie cérébrale, et l'ob-

servation de Boursier, car la gangrène qui nécessita l'amputation était due, ainsi que le démontra l'autopsie, à l'oblitération antérieure du tronc tibio-péronier, de la péronière, de la tibiale postérieure et de la veine poplitée. Restent les faits malheureux de Barwell, de Morton où, au bout de quatre semaines, une hémorrhagie secondaire survint, qui nécessita une amputation dont l'issue fut funeste; de Howse où la rupture du sac, arrivée le trente-deuxième jour, amena la mort; de Schwartz, où, vingt jours après l'intervention, des accidents brusques d'asystolie enlevèrent le malade.

Certes, la lecture de cette observation prouve que tout autre mode de traitement aurait eu sans doute la même conséquence; nous la mettrons cependant au passif de la méthode et nous avons 4 morts sur 81 cas, soit une léthalité de moins de 5 p. 100, bien loin, on le voit, des 18 p. 100 accusés par les statistiques générales de Delbet. Voyons maintenant si les autres accidents graves, les hémorrhagies secondaires et les gangrènes, sont aussi fréquents qu'on semble le croire.

Et d'abord les hémorrhagies secondaires : si nous laissons de côté les cas de Barwell, de Morton et de Boursier, déjà signalés au paragraphe de la mortalité, nous ne trouvons guère que les faits de Durham et de Morelli, où le sang fut d'ailleurs tari par une seconde ligature. Donc ces hémorrhagies sont devenues fort rares et disparaîtront avec une antisepsie rigoureuse, qui a dû être incomplète dans quelques-unes des observations précédentes. Ne voyons-nous pas, chez le malade de Morelli, que l'artère fut liée à l'aide de trois

fil de soie, soigneusement *cirés*, singulière façon de tuer les germes.

La gangrène est évidemment trop fréquente encore, mais notre statistique est loin de nous donner les chiffres désespérants que l'on indiquait autrefois : sur 81 ligatures de l'artère poplitée, nous comptons 5 cas où le sphacèle survint, et même assez étendu pour nécessiter l'amputation du membre. Mais la ligature est-elle toujours responsable de ces désastres et ne faut-il pas, dans quelques cas, les inscrire à plus juste titre au passif de tous les traitements antérieurs à la ligature, et qui ont préparé le membre au sphacèle par des thromboses ou par des embolies ?

Dans le cas de Bardeleben, on avait exercé sur la fémorale une compression de dix jours, puis on lia le vaisseau et la gangrène survint; le membre fut amputé, et l'examen permit de constater de petites thromboses localisées dans plusieurs artères au voisinage des foyers gangreneux; il s'agissait évidemment de fragments de caillots détachés des parois du sac, — sous l'influence de la ligature, dit M. Delbet; nous dirons, nous, pendant la compression, plus favorable que la ligature au morcellement des caillots, grâce à l'ondée sanguine qui parfois pénètre encore dans la poche.

D'après Pierre Delbet, — et il faut dire que le mouvement qu'il a créé a entraîné un très grand nombre de chirurgiens de marque, — l'extirpation du sac est supérieure à la ligature, d'abord parce que la mortalité serait moindre; il relève 18 cas opérés depuis 1875, sur lesquels 14 ont guéri sans encombre, sauf un qui présenta

une petite plaque de sphacèle sans importance; 1 opéré est mort et 3 ont été amputés, mais, après analyse des faits, l'auteur retranche ces trois cas d'amputation dont la méthode ne saurait être rendue responsable.

Nous acceptons volontiers cette élimination pour les cas de Holmes où la tumeur, prise pour un abcès et incisée, fut comprimée avec des tampons de perchlorure de fer et où la jambe était déjà froide avant l'extirpation de l'anévrysme; nous l'acceptons encore pour le fait de Stammer O'Grady, où, après sept cent soixante-six heures de compression indirecte, le chirurgien veut pratiquer l'incision; il trouve que le sac remonte trop haut vers la cuisse et a recours sur l'heure à l'amputation. Mais nous retenons au passif de la méthode le cas de Zwicke; c'est bien là un échec, et les difficultés extrêmes qu'éprouve l'opérateur, les 30 ligatures qu'il doit poser, la gangrène récidivante et les deux amputations qu'elle nécessite, n'innocentent en rien l'extirpation.

Nous avons donc 16 cas avec une mort et une amputation; la mortalité de l'excision serait donc de plus de 6 p. 100 supérieure, on le voit, à celle de la ligature qui, nous l'avons dit, est de moins de 5 p. 100; quant à la gangrène, accident assez fréquent pour être opposé comme l'objection la plus grave à la ligature, elle est juste de 6 p. 100 dans les deux méthodes, si nous comparons à nos 81 cas avec 5 gangrènes, les 16 cas de Delbet avec 1 gangrène. On ne peut rien conclure d'un relevé aussi restreint, mais pourquoi l'adjonction de nouveaux faits changerait-elle quelque chose plutôt à la ligature qu'à l'extirpation ?

Nous pensons que l'avenir est à la ligature et qu'elle