1. *Ligature au tiers moyen de la jambe.*

Procédé. — La jambe étant mise en flexion et reposant sur sa face externe, après avoir reconnu le bord interne et postérieur du tibia, diviser la peau et le tissu sous-cutané sur une hauteur de 8 centimètres, à 1 centimètre, derrière ce bord, parallèlement à lui (fig. 77, A).

Diviser l'aponévrose jambière, décoller le soléaire et le repousser en dehors.

Reconnaître le long fléchisseur commun des orteils qui recouvre la face postérieure du tibia ; puis, en dehors, sur la face postérieure de ce muscle, *rechercher le gros nerf tibial postérieur.*

Diviser l'aponévrose profonde immédiatement en dedans du nerf. On tombe aussitôt sur l'artère tibiale postérieure. Deux veines satellites, souvent volumineuses et à parois épaisses, l'une en dehors, l'autre en dedans de l'artère.

Isoler et lier.

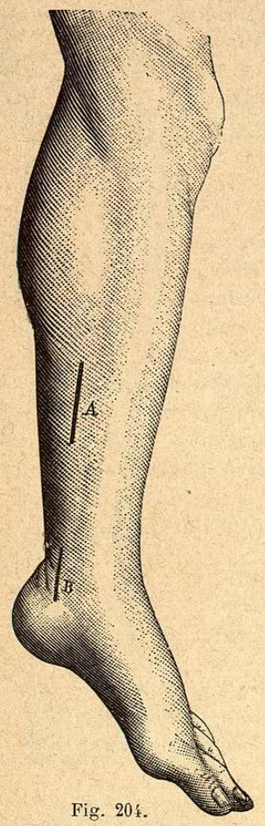

Fig. 204.
Ligature de l'artère tibiale postérieure :
A, au tiers moyen de la jambe ; B, derrière la malléole.

2. *Ligature derrière la malléole.*

Procédé. — Diviser la peau et le tissu sous-cutané suivant la ligne indicatrice, dans une étendue de 5 centimètres (fig. 204, B).

Diviser avec précaution sur la sonde l'aponévrose jambière et une partie du ligament annulaire interne du tarse, en respectant la gaine séreuse du muscle jambier postérieur et du long fléchisseur commun des orteils dont on reconnaît les tendons superposés derrière la malléole.

Rechercher encore le gros nerf tibial postérieur, et diviser l'aponévrose profonde sur la sonde, immédiatement en avant de ce nerf. On trouve aussitôt l'artère, placée entre deux veines satellites épaisses ; pour éviter toute erreur, disséquer les trois vaisseaux *in situ*, et recourir à l'expression des veines.

Isoler et lier.

SECTION II

OPÉRATIONS SUR LES ARTÈRES ET SUR LES VEINES

ANÉVRISMES ARTÉRIELS EXTERNES

A. — Leur traitement en général

L'anévrisme artériel dont le chirurgien s'occupe est une tumeur ordinairement sacciforme (fig. 205), quelquefois fusiforme, remplie de sang liquide ou concrété et qui communique directement avec la lumière d'une artère. Il est alors *circonscrit* par les tuniques plus ou moins altérées de l'artère ou par une membrane plus ou moins épaisse de tissu conjonctif en majeure partie néoformé. Il est tantôt d'origine traumatique, tantôt de nature spontanée. Parfois encore, spontanément ou par quelque violence extérieure, cet anévrisme circonscrit se rompt sous la peau et, alors aussi, mais sous les caractères d'un anévrisme *diffus*, il donne lieu à des indications opératoires particulières. Nous avons donc à exposer le traitement de l'anévrisme circonscrit, puis celui de l'anévrisme diffus.

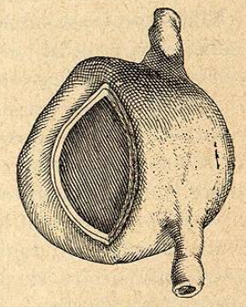

Fig. 205.
Anévrisme sacciforme typique de l'artère poplitée, d'après une pièce du Middlesex Hopital Museum (P. Gould, in Treves's System 1895).

I. — ANÉVRISMES CIRCONSCRITS

Grâce à la méthode antiseptique et à sa vulgarisation, grâce aux progrès de l'hémostase opératoire, le traitement curatif des anévrysmes externes se trouve aujourd'hui presque réduit, dans la pratique générale, à l'emploi de quelques opérations sanglantes : la *ligature de l'artère*, l'*incision du sac anévrismal*, l'*extirpation du sac*. Nous disons *presque réduit*, parce qu'il y a encore des praticiens qui sont restés fidèles *à la compression de l'artère* ou qui, du moins, tiennent à en faire épreuve avant de prendre le bistouri.

Le traitement curatif des anévrismes artériels s'impose dans tous les cas, à moins qu'ils ne soient de petit volume, peu gênants, depuis longtemps stationnaires, — car on sait qu'ils ont d'habitude une tendance incessante à s'accroître, à comprimer les organes voisins, à user, déplacer ou même perforer certains d'entre eux, et qu'ils sont alors une menace de mort perpétuelle par rupture du sac. On sait également que leur guérison spontanée est exceptionnelle, et qu'il ne faut point compter sur l'efficacité du traitement médical, en dehors de ceux qui auraient un fonds syphilitique.

Les moyens de traitement que nous avons mentionnés un peu plus haut peuvent se diviser en deux grandes classes, selon leur mode d'action : la *compression* et la *ligature* de l'artère d'une part; l'*incision et l'extirpation du sac anévrismal* de l'autre part. Les premiers guérissent l'anévrisme en favorisant la coagulation et l'organisation du sang dans le sac, ou dans le sac et l'artère ; les seconds arrivent au même résultat en oblitérant par bourgeonnement ou en supprimant le sac et le tronçon correspondant d'artère.

Nous allons exposer maintenant leurs indications et contre-indications respectives, ainsi que la technique qui les concerne en particulier ; puis nous ferons connaître leurs résultats immédiats et thérapeutiques, en y joignant le traitement de la gangrène post-opératoire et celui des récidives.

Compression digitale de l'artère. — La compression digitale est applicable aux anévrismes des membres dans les deux tiers inférieurs, — à ceux de l'artère carotide commune dans sa partie supérieure, mais pourvu que les sacs ne soient pas enflammés, ni trop volumineux, ni trop minces. Ailleurs elle ne peut se faire d'une façon convenable ou même d'aucune façon.

Elle se pratique sur le même point d'élection que pour l'hémostase préliminaire (voy. p. 34), c'est-à-dire entre le cœur et l'anévrisme ; seulement, pour ne pas se fatiguer trop vite soi-même et pour ne pas trop faire souffrir le patient par une pression limitée soutenue, on comprime tantôt avec l'un tantôt avec l'autre des quatre derniers doigts juxtaposés sur le trajet de l'artère comme sur un clavier. Il faut un certain nombre d'aides, au moins quatre, qui se relaient tous les quarts d'heure environ, et auxquels on a déjà enseigné pratiquement le *modus faciendi*.

La compression doit être *continue* et arrêter *complètement* le cours du sang dans l'artère et, par conséquent aussi, dans l'anévrisme ; lorsqu'un aide va être remplacé, le remplaçant doit se substituer à lui de telle façon qu'il n'y ait pas le moindre battement artériel en aval du point de la compression. La première séance doit durer de douze à quinze heures ; afin de calmer les douleurs, au besoin, on donne du chloral ou l'on fait quelques piqûres de morphine. Si une séance ne suffit pas pour la coagulation *complète* du sang dans l'aponévrose, on en fait une deuxième de même durée, après avoir maintenu momentanément le résultat acquis au moyen de la compression mécanique, d'une pelote par exemple et d'une bande en toile.

Si la deuxième séance s'est montrée *insuffisante*, on doit passer à une troisième et ainsi de suite jusqu'à résultat positif *complet*. Mais si, au bout de trois séances, qui ont duré chacune de douze à quinze heures, on ne constate *aucune* modification dans les battements, le souffle, le volume et la consistance de l'anévrisme, nous pensons qu'il est parfaitement inutile d'insister.

Ligature de l'artère. — La ligature peut s'appliquer à toutes les artères ; mais elle n'a point partout les mêmes chances de succès, ainsi qu'on le verra à propos des anévrismes en particulier, notamment à cause de la richesse

vasculaire de certaines parties du corps où le sang revient promptement par les anastomoses.

Elle se fait *presque toujours* entre le cœur et l'anévrisme, en deçà ou en amont de ce dernier, c'est la *ligature centrale, d'après la méthode d'Anel-Hunter* (méthode de choix) ; *quelquefois*, comme pour les anévrismes de la base du cou, on est obligé de la pratiquer au delà ou en aval de l'anévrisme, c'est la *ligature périphérique, d'après la méthode de Brasdor-Wardrop* (méth. de nécessité).

a. *Ligature centrale.* — Suivant la tradition, elle compte deux procédés : l'un où le fil est placé juste au-dessus du sac (*procédé d'Anel*) ; l'autre où la ligature est reportée à une hauteur plus ou moins considérable, laissant une ou plusieurs branches collatérales entre elle et l'anévrisme (proc. de Hunter). Mais en réalité, dans la pratique, on lie l'artère *où l'on peut, le plus près possible du sac, sans s'exposer toutefois à le léser ou à l'infecter, — qu'il y ait ou qu'il n'y ait point quelque branche collatérale intermédiaire.*

b. *Ligature périphérique.* — Ici encore on distingue deux procédés : celui de Brasdor où l'artère est liée immédiatement au delà du sac, celui de Wardrop où elle est liée plus loin, au delà des collatérales. Nous y reviendrons au sujet des anévrismes de la base du cou.

Quant à la technique même des ligatures — centrale ou périphérique — elle ne diffère parfois de celle qui a été décrite pour la ligature des artères dans la continuité (voy. p. 226), que par la direction de l'incision cutanée et la manière d'aborder l'artère.

Après la ligature de l'artère, s'il s'agit d'un membre, surtout du membre inférieur, on favorise le retour de la circulation, on cherche à maintenir la vitalité en mettant en élévation la partie opérée et en y entretenant la chaleur par tous les moyens possibles (coton, bouillottes, couvre-pieds). Si l'opéré, au réveil anesthésique, se plaint de douleurs vives, d'engourdissements et fourmillements pénibles, on prescrit du chloral ou l'on pousse une injection de morphine.

Incision de l'anévrisme. — Cette opération consiste à lier les bouts supérieur et inférieur de l'artère, — à la faveur d'une incision droite de la peau soit pour anévrisme fessier, soit pour affections de l'utérus.

Sur treize cas de ligature colligés par Delbet de 1875 à 1895 et qui sont relatifs aux anévrismes iliaques externes, on ne compte que deux ligatures qui recouvrent l'anévrisme — après avoir isolé la veine de l'artère, puis à inciser le sac, à évacuer tout le contenu et à livrer la plaie au bourgeonnement. Elle est connue sous le nom de *méthode ancienne* ou *méthode d'Antyllus*.

Que lui manque-t-il pour prendre rang dans la chirurgie contemporaine ? Rien que l'application de la méthode antiseptique et aseptique. Avec celle-ci tomberait la plus sérieuse objection qu'on ait pu lui adresser : celle d'exposer

aux hémorragies secondaires par les collatérales à la suite d'inflammations et de suppurations.

L'opération d'Antyllus peut donner une guérison radicale comme l'extirpation, — mais par seconde intention, — tout en étant moins difficile et plus souvent praticable. Nous pensons qu'elle mérite d'être réhabilitée au même titre que cette dernière et de prendre place entre elle et la méthode d'Anel-Hunter.

Voici les temps principaux du manuel opératoire que nous conseillons :

1° Après ischémie préliminaire selon la région, longue incision des téguments ;

2° Ligature du bout central de l'artère ;

3° Ligature du bout périphérique de l'artère ;

4° Longue incision et évacuation du sac ; hémostase directe des collatérales par l'intérieur du sac ; aucune dissection périphérique du sac ;

5° Tamponnement aseptique de la plaie qu'on laissera au moins quarante-huit heures.

Si le bout périphérique de l'artère n'a pu être lié avant l'incision du sac, le lier après cette incision par manœuvres internes ou par manœuvres combinées.

La plaie se réunit comme une plaie cavitaire quelconque.

L'opération, ainsi conduite, est certainement accessible à la grande majorité des chirurgiens. Elle n'exige pas « cette expérience et cette adresse absolument exceptionnelles », dont Syme a fait preuve en modifiant la méthode d'Antyllus de la manière suivante : « ayant à traiter un anévrisme de l'iliaque près de sa bifurcation, il ouvrit le sac, enfonça rapidement le doigt, puis la main dans la tumeur, isola et lia l'iliaque primitive au-dessus et au-dessous du sac et lia, de plus, l'iliaque interne à son origine. Il avait retiré du sac six livres de caillots. Le malade guérit. » (Le Fort.)

Extirpation de l'anévrisme. — Lorsqu'elle est possible, l'extirpation, nommée encore *méthode de Purmann*, est sans contredit la meilleure des opérations sanglantes qui ont pour but la cure radicale des anévrismes. Ce sont surtout, on le sait, les travaux de Pierre Delbet qui l'ont remise en honneur et qui ont montré toute sa valeur pratique.

Le point délicat encore discuté est celui qui concerne l'étendue *moyenne* de ses indications dans la pratique générale. Pour nous, elle est nettement indiquée dans tous les anévrismes du membre supérieur à l'exclusion de la sous-clavière ; elle l'est aussi dans ceux du pied et de la jambe, dans ceux de quelques branches superficielles de la carotide externe ; elle est enfin acceptable au creux poplité et dans les trois quarts inférieurs de la cuisse. On peut sans doute y avoir recours pour les autres anévrismes : anévrismes iliaques, anévrismes rétro-pelviens, anévrismes de la vertébrale, anévrismes sous-claviers, etc. ; mais ce sont là, — il n'est point difficile d'en convenir, — des opérations extrêmement périlleuses et qui demandent des qualités chirurgicales poussées au suprême degré de la perfection.

Le manuel opératoire général est le suivant :

1er *temps*. — L'ischémie préliminaire étant assurée, si elle est possible, — le malade profondément endormi à l'éther ou chloroforme, — faire une incision cutanée qui suive le grand axe de la tumeur et le dépasse largement aux deux pôles ;

2e *temps*. — Disséquer les deux lèvres de la plaie cutanée, et aller directement : d'abord au bout central de l'artère anévrismatique et le lier, puis au bout périphérique et le lier.

3e *temps, le plus difficile*. — Disséquer le sac en le serrant toujours de près, en se servant tantôt du bistouri et des ciseaux, tantôt de la diérèse mousse, et en forcipressant ou liant tous les vaisseaux au fur et à mesure. Les nerfs méritent une attention particulière lorsqu'ils sont engagés dans l'épaisseur du sac ; on les y suit à partir du point où ils sont libres. On doit également ménager la veine satellite, quand il s'agit d'une grosse veine unique ; pour la rendre visible et bien apparente, le moyen le plus simple consiste à supprimer le tube ou la bande élastique qui a fait l'ischémie ; la veine se gorge aussitôt de sang, et il devient moins difficile de le séparer de l'artère, à laquelle elle adhère d'une manière plus ou moins intime.

Si le sac est trop volumineux ou trop mince pour être disséqué en bloc, le fendre de haut en bas comme dans l'opération d'Antyllus ; hémostaser directement les collatérales qui s'y révèlent, puis disséquer chaque moitié de la poche.

4e *temps*. — Le sac une fois isolé d'une façon ou de l'autre, l'enlever après avoir divisé les deux bouts de l'artère en deçà des ligatures.

5e *temps*. — Faire la réunion immédiate de la plaie d'après les règles ordinaires.

Résultats des divers moyens de traitement curatif des anévrismes. — Ces résultats doivent être appréciés d'après les trois éléments suivants : la *mortalité*, la *gangrène post-opératoire* du membre, la *récidive*. Voici les indications si lumineuses de Delbet, indications que nous sommes heureux de reproduire, tout en regrettant qu'elles n'aient pas été poursuivies à part pour l'incision des anévrismes, pour l'opération d'Antyllus proprement dite.

Considérons d'abord la *compression indirecte* de l'artère : elle donne 50 p. 100 environ de succès dans les anévrismes de l'humérale, de la fémorale et de la poplitée ; elle a été suivie de gangrène dans 6 p. 100 des cas d'anévrismes poplités.

La ligature appliquée aux anévrismes de grosses artères, de 1886 à 1895, nous présente 8,33 p. 100 de mortalité et 8,25 p. 100 de gangrène. L'anévrisme persiste ou récidive dans 5 p. 100 environ des cas.

Pour l'extirpation ou l'incision, dans le même laps de temps, on trouve 2,77 p. 100 de gangrène ; pas de mortalité ; pas, naturellement, de récidive.

Traitement de la gangrène post-opératoire et des récidives. — L'amputation du membre est le seul remède qui nous reste quand la compression, la ligature, l'extirpation ont été suivies de gangrène. Si la gangrène est humide, on pratiquera l'amputation au-dessus de l'anévrisme ; si elle est sèche, avant d'amputer, on attendra la ligne de démarcation. — Les autres indications de l'amputation, telles que les *hémorragies secondaires*, l'*inflammation suppurative*, la *gangrène du sac anévrismal*, sont devenues aujourd'hui extrêmement rares ; et encore, avant de se décider à l'amputation, faudra-t-il se demander si on ne peut point l'éviter par l'opération d'Antyllus ou par celle de Purmann.

Quant aux récidives, — si la situation est inquiétante ou menaçante, on les traitera, par une intervention plus énergique, telle que la ligature après échec de la compression ; l'incision ou l'extirpation après échec de la ligature.

II. — ANÉVRISMES DIFFUS

Le traitement curatif de l'anévrisme diffus secondaire ne nous arrêtera pas longtemps. Il s'agit de parer d'abord à l'accident qui vient d'arriver, à la rupture du sac et à l'épanchement de sang plus ou moins considérable qui en a été la conséquence et qui peut se renouveler. Pour cela, le moyen le plus simple et le plus facile est la ligature de l'artère en deçà de l'anévrisme ; cette ligature peut servir en même temps à la cure radicale de l'anévrisme lui-même. Plus tard, s'il y a lieu et si la région s'y prête, on aura recours à l'incision ou à l'extirpation du sac.

B. — Traitement des anévrismes artériels en particulier

Anévrismes de l'artère poplitée. — Ces anévrismes se distinguent non seulement par leur grande fréquence, mais par leur accroissement rapide, par les troubles précoces qu'ils déterminent du côté des veines et des nerfs poplités, par les gangrènes partielles, ou même la gangrène totale du pied et de la jambe qu'ils occasionnent assez souvent, enfin par leur tendance à se rompre à l'extérieur, sous la peau, dans l'articulation du genou. Ils sont presque toujours spontanés, sacciformes, et ils se développent sur tous les points de l'artère, le plus souvent toutefois dans la moitié supérieure, vers le canal de Hunter, ou dans la moitié inférieure jusqu'au-dessous des jumeaux. Ceux qui naissent sur la paroi postérieure de l'artère deviennent plus volumineux, ils peuvent envahir tout le creux proplité.

On peut d'abord essayer la compression digitale de l'artère fémorale sur le pubis, puisqu'elle a donné un bon nombre de succès. Mais aujourd'hui la plupart des chirurgiens, sinon tous, préfèrent recourir d'emblée soit à la ligature, soit à l'incision ou à l'extirpation.

La ligature se fait suivant le siège de l'anévrisme : au sommet du triangle

de Scarpa, dans le canal de Hunter, dans le creux poplité lui-même ; le canal de Hunter est le lieu de choix. D'après la dernière statistique de Delbet, sur 48 cas, la ligature a donné 70,84 p. 100 de guérisons bonnes et complètes.

L'incision et l'extirpation ne nous offrent guère de particularité technique que pour la double ligature de l'artère : les ligatures doivent être rapprochées le plus possible afin de diminuer les chances de gangrène post-opératoire ; celle-ci est presque fatale lorsqu'on lie la poplitée en haut et le tronc tibio-péronier en bas. Sur 32 cas d'incision et d'extirpation, Delbet a compté 2 gangrènes qui ont nécessité l'amputation de la jambe et 30 guérisons complètes (soit 90,5 p. 100).

L'amputation est la seule ressource lorsque l'articulation du genou a été trop profondément altérée par l'anévrisme ou que celui-ci s'est rompu dans son intérieur. En ce dernier cas, cependant, Delbet estime qu'avant d'amputer « on pourrait tenter l'extirpation et vider la synoviale ouverte de tout le sang qu'elle contient ».

Le même chirurgien conseille l'incision à la place de l'amputation classique quand l'anévrisme s'est rompu dans le tissu cellulaire de la jambe et qu'il y a produit un vaste hématome diffus ; peut-être quelquefois réussira-t-on ainsi à éviter la gangrène.

Anévrismes de l'artère fémorale superficielle. — Ces anévrismes sont beaucoup moins graves que les précédents ; ils méritent, néanmoins, d'être traités à cause de leur tendance ordinaire à l'augmentation continuelle de volume.

Ici encore nous trouvons en concurrence les mêmes moyens curatifs, et chacun d'eux a son contingent de succès. Mais les résultats les plus beaux appartiennent encore à l'incision et à l'extirpation du sac ; d'après Delbet, les seize malades ainsi opérés ont tous parfaitement guéri.

Au point de vue opératoire, la seule difficulté importante qui peut se rencontrer a trait à l'isolement de la veine fémorale ; il est vrai que sa blessure et même sa résection n'ont point, en général, de conséquence fâcheuse. Beaucoup de chirurgiens, à l'exemple de Kirmisson, n'en persistent pas moins à considérer la compression et la ligature comme les deux méthodes de choix.

Anévrismes inguinaux. — Delbet rapproche avec raison, sous cette dénomination, les anévrismes qui se développent sur la fémorale commune et ceux, beaucoup plus rares, qui naissent à l'origine des fémorales secondaires. Leur traitement ne comporte que les procédés sanglants ; en premier lieu, la *ligature de l'iliaque externe*, que l'on continue à considérer avec Kirmisson comme le procédé du choix.

Cette ligature peut se faire à travers le péritoine ou par-dessous le péritoine (voy. p. 250) ; la voie sous-péritonéale est encore la plus usitée, parce que la séreuse est très facile à décoller sur les deux tiers inférieurs de l'iliaque externe et que le fil n'est guère placé qu'à quelque 3 à 5 centimètres de l'ar-

cade crurale. L'incision préférée est tantôt parallèle à l'artère, tantôt transversale, au-dessus de l'arcade, — au-dessus du cordon spermatique chez l'homme. Sa mortalité est de 16,90 p. 100, d'après la première statistique de Delbet (1875-1888); elle est nulle dans sa seconde (1888-1895), mais sur les 17 cas nouveaux, on compte 3 gangrènes secondaires qui ont nécessité l'amputation de la cuisse (2 morts, 1 guéri), 1 gangrène de la jambe (mort au quarantième jour) et 1 gangrène légère du pied. La ligature a été suivie de guérison 13 fois (76,4 p. 100).

Dans le même laps de temps (1888-1895), quatre opérations seulement ont eu lieu directement sur l'anévrisme; une même doit être éliminée, la gangrène ayant débuté avant l'opération. On compte dès lors trois succès (Bazy, Quénu, Knox). Dans le cas de Bazy, l'artère fémorale profonde s'ouvrait dans le sac qui était énorme, elle dut être liée. Dans celui de Quénu, le plus remarquable, nous voyons d'abord l'extirpation d'un anévrisme iliaque droit qui était gros comme une tête d'enfant; puis, au bout de quelques jours, l'extirpation d'un anévrisme inguinal gauche, à cheval sur l'arcade, pour lequel on doit lier la fémorale profonde et la veine fémorale. Enfin le cas de Knox se rapporte à une incision du sac après ligature de l'artère fémorale commune en bas et de l'artère iliaque externe en haut : l'anévrisme inguinal dépassait en haut l'arcade crurale. Ces succès sont encourageants; mais il faut reconnaître, en employant les termes de Delbet lui-même « que l'extirpation d'un anévrisme inguinal est évidemment une opération considérable qui exige de l'habileté et du sang-froid ».

Anévrismes iliaques. — Ces anévrismes occupent la fosse iliaque interne quelquefois ou surtout elle. Ils se développent *presque toujours* sur l'artère iliaque externe, très rarement sur l'iliaque interne ou l'iliaque primitive. Ils sont tous remarquables par leur marche rapide comme les anévrismes inguinaux eux-mêmes et les anévrismes poplités.

Anévrismes ilio-fémoraux et anévrismes iliaques externes. — La ligature en amont est ici encore le procédé de choix. On la fait, si possible, au haut de l'iliaque externe, et, dans le cas contraire, qui est la règle, sur l'iliaque primitive. La meilleure méthode qui permette justement de bien apprécier le lieu de la ligature et qui en facilite l'exécution est la *méthode transpéritonéale, en position de Trendelenburg*, telle est, du moins, la conclusion à laquelle nous nous sommes personnellement arrêté, depuis maintes années, après avoir pratiqué une vingtaine de fois la ligature de l'iliaque interne et de l'iliaque externe (Bennett, Clutton), elle a été suivie, dans le premier cas, d'une amputation pour gangrène; dans le second, elle a été faite au-dessus et au-dessous du sac; il y a eu guérison. Dans deux cas, la ligature a été couronnée de succès, mais on ignore sur quelle iliaque elle a porté. Dans les neuf autres cas, c'est bien l'iliaque primitive qui a été liée. Or, cette ligature a été suivie sept fois de guérison, et deux fois de mort (une pyohémie après quarante-cinq jours); ce qui nous donne une mortalité de 22,2 p. 100, bien

inférieure à celle indiquée par Richter (1884) dans une statistique qui embrasse tous les faits antérieurs à partir de Valentine Mott (1817). Il est vrai, — comme on pouvait, du reste, s'y attendre — que parmi les sept cas *guéris* il en est un qui consistait dans une simple amélioration momentanée, et où il a fallu, plus tard, amputer la jambe, et un autre où la gangrène a rendu l'amputation également nécessaire.

Nous pensons que la ligature de l'iliaque primitive doit toujours être complétée par celle de l'iliaque interne, lorsque rien ne s'y oppose. Follin avait déjà exprimé une opinion analogue.

En ce qui concerne l'incision ou l'extirpation appliquée aux anévrismes iliaques externes, les faits récents sont trop peu nombreux pour servir à une appréciation générale. Delbet ne signale que deux faits, tous deux heureux : celui de Quénu, dont il a été question déjà et qui, dans une première opération, a su extirper un anévrisme énorme, et celui de Billroth. Il s'agissait, en ce dernier cas, d'un anévrisme traumatique, qui avait le volume de trois poings, dont les deux tiers plongeaient dans le bassin, et dont l'autre tiers débordait l'arcade crurale. L'aorte étant comprimée, le célèbre chirurgien incisa la tumeur, enleva les caillots, lia les deux bouts de l'artère, et *tamponna* la cavité à la gaze iodoformée : la guérison était complète trois mois et demi après. C'est là un bel exemple de l'opération d'Antyllus mise au niveau de la chirurgie nouvelle.

Anévrismes iliaques internes. — Leur traitement peut être confondu pratiquement avec celui des autres anévrismes intra-pelviens et des anévrismes rétro-pelviens. Il en sera question un peu plus loin.

Anévrismes iliaques primitifs. — En principe, ici aussi, nous considérons la ligature en amont comme le procédé le plus recommandable lorsqu'il s'agit d'un anévrysme de l'artère iliaque primitive. Cette ligature doit se faire de préférence sur l'artère elle-même, pour peu qu'il y ait un intervalle disponible entre son origine et la bifurcation terminale de l'aorte. Mais, si elle n'est applicable qu'à la partie inférieure de l'aorte, est-on autorisé à l'y appliquer ? Nous répondons affirmativement, pour les raisons et sous les conditions que nous avons déjà développées ailleurs (voy. p. 249).

Peut-être vaudra-t-il encore mieux — mais à titre d'exception, — recourir au procédé de Brasdor, c'est-à-dire à la ligature en aval, soit de l'iliaque primitive, soit des deux iliaques externe et interne. C'est là une simple suggestion que nous livrons. A l'avenir de nous éclairer sur ces quelques points !

Quant aux autres procédés sanglants, les deux faits recueillis par Delbet ne peuvent guère nous fournir d'indication utile. Dans celui de Bradfort, l'anévrisme iliaque commun s'était rompu, on le prit pour un abcès, on l'incisa, mais il fut impossible de lier l'artère et le malade mourut d'hémorragie. Dans celui de Schimmelbusch on avait réussi à lier les deux bouts de l'artère au-dessus et au-dessous du sac; mais l'opéré, porteur d'un cancer des côtes, fut enlevé par une pneumonie septique.