Anévrismes multiples d'un membre inférieur. — Ces anévrismes, dont le nombre peut varier de deux à quatre sur le même membre, ont été spécialement étudiés par Delbet[1] au point de vue thérapeutique, d'après un travail récent de Souchon (de New-York)[2]. Nous ne dirons quelques mots que des anévrismes doubles, qui sont, d'ailleurs, les plus communs.

Sur quatre malades qui ont été traités par la compression, on compte deux guérisons totales, une guérison de l'anévrisme inférieur, un échec total.

Sur huit malades qui ont subi la ligature au-dessus du sac supérieur, « trois ont guéri, dont l'un après des ligatures successives nécessitées par des hémorragies secondaires. Trois sont morts, dont un à la suite de gangrène. Un autre, qui a eu également de la gangrène, a guéri après amputation. Dans un dernier cas, la ligature fut sans effet, les deux anévrismes ont persisté ».

Ajoutons que dans un cas (Gaston) où le fil fut placé *entre* les deux anévrismes (poplité et fémoral superficiel), l'inférieur a seul guéri, tandis que l'autre a augmenté de volume.

Anévrismes rétro-pelviens (*fessiers et ischiatiques*). — Les anévrismes rétro-pelviens, c'est-à-dire développés dans la fesse, émanent de deux artères, la *fessière*, l'*ischiatique*. Ceux de la fessière sont quatre fois plus communs que ceux de l'autre artère (Pearce-Gould); mais presque tous sont d'origine traumatique, presque tous ont d'emblée et conservent le caractère d'anévrismes diffus, c'est-à-dire *sont dépourvus de sac*. Ils ont tous un bout central, plus ou moins court, qui correspond à la partie supérieure (anévrismes fessiers) ou à la partie inférieure (anévrismes ischiatiques) de la grande échancrure sciatique ; mais ils n'ont pas, pratiquement du moins, de bout périphérique. Enfin, quand la tumeur anévrismale présente un volume plus considérable, ce qui est la règle en clinique, le diagnostic de siège entre les anévrismes fessiers et les anévrismes ischiatiques est impossible. Ces quelques notions préliminaires ont une importance capitale au point de vue du traitement opératoire.

Les injections coagulantes et la galvano-puncture ont fait leur temps, ici comme pour les autres anévrismes. La compression indirecte, celle de l'aorte, qui est seule possible, est des plus aléatoires. C'est aux opérations sanglantes seules que nous devons, aujourd'hui, demander la guérison.

D'abord la *ligature*. Où faut-il la pratiquer ? A l'extérieur du bassin, sur le tronc même de l'artère fessière ou ischiatique ? ou dans l'intérieur du bassin, sur l'iliaque interne, qui donne directement naissance à ces deux vaisseaux ? La ligature extra-pelvienne des artères malades elles-mêmes serait en principe la plus logique, puisqu'elle porterait immédiatement au-dessus de la tumeur anévrismale ; mais celle-ci est d'ordinaire trop volumineuse, trop diffuse, pour permettre l'accès de l'artère d'origine, d'autant

[1] Delbet. *Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet*, 1897, t. IV, p. 245.
[2] Souchon. *New York Med. J.*, 2 nov. 1895.

qu'alors on ignore même quelle est cette artère. Ajoutons que la ligature extra-pelvienne est très difficile, même à l'état normal, surtout pour le tronc de la fessière qui se divise en trois ou quatre branches terminales contre la *lèvre externe même* du bord supérieur de l'échancrure sciatique (voy. *Ligature de l'artère fessière*, p. 254), à moins que l'anévrisme ne siège sur une de ces branches. Elle n'a été faite que trois fois et dans la période préantiseptique ; Delbet n'en a point trouvé un seul cas depuis 1875. Elle ne nous paraît acceptable que pour les anévrismes bien circonscrits et qui n'ont guère dépassé le volume d'un œuf de poule ou de dinde ; mais il est si rare que l'on vienne alors réclamer notre assistance !

La méthode de choix, celle que nous considérons comme la méthode de l'avenir, est la *ligature de l'iliaque interne*, non point par la voie sous-péritonéale, mais à *travers le péritoine, à la faveur de la laparotomie médiane ordinaire*. C'est nous-même[1] qui avons, le premier, en 1884, recommandé et décrit d'une manière générale la ligature transpéritonéale des artères iliaques ; mais c'est Dennis (de New-York)[2] qui, tout en insistant de son côté sur les avantages de la voie nouvelle, nous a fait connaître, en 1886, les premiers faits cliniques relatifs au traitement des anévrismes rétro-pelviens. Ces faits, au nombre de trois, sont des succès parfaits, sans le moindre incident ; dans l'un, Dennis a lié, en la même séance, les deux artères iliaques internes pour un anévrisme sur chaque fesse. Nous avons eu l'occasion, le 12 avril 1894, à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, de faire la même ligature, mais trop tard, comme on le lira un peu plus loin.

Grâce à la laparotomie, la ligature intra-péritonéale a les avantages d'une opération simple, facile, précise, bénigne ; la ponction de Trendelenburg, en éloignant les intestins, favorise encore davantage, à un haut degré même, les manœuvres usuelles. Nous n'avons guère mis plus de dix minutes à lier l'artère chez notre opéré. La voie transpéritonéale permet, en outre, dans le cas particulier, de se rendre bien compte de l'état des artères, de voir s'il existe ou non un prolongement intra-pelvien comme dans l'anévrisme bilobé ou en gourde, et de juger si la ligature peut être faite sur l'iliaque interne, ou s'il faut la reporter sur l'iliaque primitive. Enfin, en cas d'erreur ou d'incertitude du diagnostic relatif au siège, elle s'applique aussi bien à l'une qu'à l'autre variété d'anévrisme rétro-pelvien.

C'est donc par la ligature transpéritonéale, d'emblée, de l'artère iliaque interne que nous recommandons de traiter régulièrement les anévrismes rétro-pelviens.

Examinons, en second lieu, l'*incision*. Sur quatorze observations Delbet a trouvé douze guérisons et deux morts, soit une mortalité de 16,66 p. 100 ; ce pourcentage n'est certes pas mauvais pour une affection aussi grave que l'anévrisme rétro-pelvien. Mais il ne faudrait pas croire que l'opération va

[1] Chalot. De la ligature des artères iliaques en dehors du péritoine et à travers le péritoine. Simplification nécessaire. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, nos 2 et 3, 1884, avec figure ; et Nouveaux éléments de chirurgie opératoire, p. 69, 1886.)
[2] Dennis *New York Med. News*, 20 nov. 1886 ; et *Annals of Surgery*, v. n° 1, p. 55.

d'ordinaire toute seule, qu'il n'y a qu'à cueillir les caillots, à jeter çà et là des pinces, à remonter jusqu'au collet du sac pour lier ou forcipresser l'artère d'origine. Delbet lui-même reconnaît « que l'opération exige beaucoup d'habileté et de sang-froid ». Il n'en peut être autrement avec un anévrisme diffus, souvent énorme et très étendu, où la section du grand fessier mène l'opérateur de suite en pleine collection et où le sang afflue de nouveau à flots pressés, si bien que la pose même de pinces est absolument impossible. Nous avons fait l'expérience de pareille situation chez le malade dont nous avons parlé plus haut.

C'était un homme de cinquante-trois ans, artério-scléreux, très maigre, assez frêle, qui avait depuis trois années environ un anévrisme de la fesse droite, à la suite d'une chute sur le siège dans une des rues de Toulouse. Depuis quarante jours, cet anévrisme s'était rompu à diverses reprises; au moment de l'opération (fig. 206), la fesse droite était fortement agrandie en tous sens et très bombée, fluctuante, mais faiblement pulsatile ; la cuisse droite était énorme, surtout à sa partie supérieure et interne, l'épanchement arrivait jusqu'au creux poplité. Espérant bien nous rendre maître de l'hémorragie opératoire, nous fîmes une incision verticale de 15 centimètres environ ; mais à peine les caillots finissaient-ils d'être enlevés ($1^{kg},200$) qu'une hémorragie artérielle formidable eut lieu dans la partie supérieure de la cavité. Le malade eût certainement succombé sur la table, si nous n'avions fait à la hâte un tamponnement très serré avec une douzaine de paquets de gaze iodoformée et du coton hydrophile. Tout le nécessaire fut fait pour remonter le malade. Mais, craignant une nouvelle hémorragie qui eût été le coup de grâce, le soir même, toujours sous l'éther, nous pratiquâmes par la laparotomie médiane la ligature transpéritonéale de l'artère iliaque interne ; cette ligature fut vite faite, et il n'y eut pas plus de 15 grammes de sang perdu. Néanmoins, l'opéré mourut trente-cinq minutes après, plein de connaissance, en état de collapsus. L'autopsie que nous fîmes nous-même, montra : 1° qu'il n'y avait point d'hémorragie post-opératoire : 2° que l'anévrysme émanait d'une des branches terminales de l'artère fessière au niveau même de l'échancrure ; que le sac correspondant, peu considérable (il aurait logé à peine un œuf ordinaire de poule) était largement rompu et déchiqueté dans le fond, et que le reste de la cavité sanguine était directement fermé par les muscles et plans aponévrotiques.

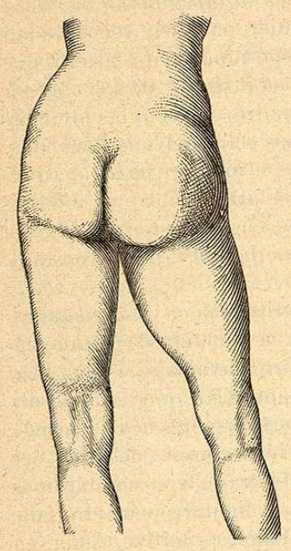

Fig. 206.
Anévrisme diffus de la fessière droite, d'après un de nos opérés.

Ce fait est-il isolé ? Les opérés de Torrachi, de Kade, de Hussey ne sont-ils pas morts également d'hémorragie après l'incision du sac ? En tout cas, si Tillaux et Nicaise ont réussi à arrêter le sang en laissant à demeure des pinces à forcipressure, il importe de savoir que cette précieuse ressource n'est pas toujours utilisable et que le tamponnement lui-même peut être

en défaut. Nous concluons que l'incision peut être une bonne opération, mais *à condition qu'on la fasse comme la véritable opération d'Antyllus, sinon avec ligature des deux bouts artériels, au moins avec ligature préalable du bout central*, puisque celui-là seul existe dans les anévrismes rétro-pelviens. Nous aurions probablement sauvé notre malade si nous l'avions opéré en sens inverse, comme nous nous sommes bien promis de le faire à l'avenir, le cas échéant, lorsque la ligature transpéritonéale se sera montrée ou nous paraîtra insuffisante, à elle seule, pour la cure radicale.

Il nous resterait à apprécier l'*extirpation*. Delbet n'en parle point « parce que les anévrismes intra-pelviens n'ont pas de sac proprement dit ». On doit donc la réserver aux anévrismes petits et circonscrits ; elle nous paraît même préférable alors à la simple ligature extra-pelvienne.

Anévrismes du creux axillaire. — Ces anévrismes siègent soit sur la partie la plus élevée de l'humérale, soit sur les deux tiers inférieurs de l'axillaire, quelquefois sur une de ses branches.

Si l'on fusionne les deux statistiques de Delbet (1875 à 1895), on trouve 61 faits d'anévrismes axillaires ainsi compris. La compression, peu et mal applicable, n'a été employée que 14 fois : il y a eu 4 guérisons (28,5 p. 100) dont une avec paralysie du bras ; 8 échecs simples, dont une suite de compressions utilisables, 1 rupture du sac, 1 ligature consécutive pour hémorragies secondaires.

La ligature centrale a été faite 43 fois : 5 sur l'axillaire, 38 sur la sous-clavière, et presque toujours sur sa troisième portion en dehors des scalènes. La ligature axillaire compte 5 guérisons ; mais dans un de ces cas il a fallu lier ensuite la sous-clavière pour hémorragie. Sur les cas de ligature sous-clavière, 2 étant éliminés (manie aiguë, septicémie), on constate 24 guérisons = 75 p. 100 ; mais la guérison n'a pas été complète chez tous ; il y a eu 2 suppurations du sac dont une avec désarticulation de l'épaule, 1 amputation du bras pour eschare du coude ; 3 persistances de douleur ou d'impotence relative du bras. La mortalité brute a été de 11 = 30,5 p. 100.

Quant aux opérations directes sur le sac, on note 7 fois l'incision du sac avec 6 guérisons et 1 mort (désarticulation de l'épaule pour hémorragie) ; 1 fois la simple ligature de l'artère au-dessus et au-dessous du sac, guérison ; 3 fois l'extirpation du sac (3 guérisons) ; et 1 fois une tentative d'extirpation, mort trois heures après. Ces chiffres nous paraissent, du moins encore, trop petits pour être mis en comparaison avec ceux de la ligature. Le dépouillement des observations nous montre, en tout cas, qu'on a pu impunément réséquer la veine axillaire adhérant au sac et lier les sous-scapulaires et les deux circonflexes.

Anévrismes de la sous-clavière. — Sous cette appellation nous comprenons pratiquement deux groupes d'anévrismes : l'un qui renferme à la fois ceux de la première portion de l'axillaire et ceux des deux dernières portions de la sous-clavière ; l'autre uniquement spécial aux anévrismes de la première portion de ce dernier vaisseau.

Nous envisagerons d'abord le traitement opératoire, — encore si difficile et si aléatoire, — des anévrismes du premier groupe. Ils sont presque tous spontanés, et ils se développent d'ordinaire dans les creux sous-claviculaires, quelquefois vers le creux de l'aisselle, déterminant à un moment donné divers accidents plus ou moins pénibles dans l'innervation et la circulation veineuse du bras correspondant.

Les procédés de traitement sont : *la ligature en amont ; la ligature en aval avec ou sans désarticulation concomitante de l'épaule ; l'incision et l'extirpation du sac.*

a. *Ligature centrale.* — Elle porte sur l'artère sous-clavière ou, à droite, sur le tronc brachio-céphalique.

La ligature de la sous-clavière serait presque condamnée sans appel si les documents que Souchon (de New-York) a récemment utilisés dans un excellent mémoire étaient tous à la hauteur de la chirurgie aseptique actuelle. Ainsi, pour les anévrismes tant spontanés que traumatiques du côté droit et du côté gauche, nous notons une mortalité globale de 33 opérés, soit 53 p. 100 ; et, fait remarquable, la mortalité ne serait plus que de 20,5 p. 100 pour les anévrismes de la sous-clavière gauche. Mais, comme le dit fort bien Delbet, les statistiques de Souchon « comprennent trop de cas antérieurs à l'ère antiseptique ». Cette remarque est d'autant plus juste que la plupart des morts signalés avant cette ère se rapportaient à l'infection de la ligature, surtout à l'hémorragie qui en était la conséquence habituelle. Les premiers faits que Delbet lui-même a réunis n'appartiennent guère non plus, pensons-nous, à la période franchement antiseptique. Convenons, tout simplement, que l'heure n'est pas encore venue où l'on puisse savoir de façon certaine ce que peut la chirurgie nouvelle vis-à-vis des affections rares dont il est ici question. La question reste *entièrement ouverte.*

C'est donc à titre provisoire et sous les réserves indispensables que nous nous contenterons d'utiliser dans le présent article les deux tableaux (1889-1895) de Delbet. Cet auteur n'a trouvé en vingt ans environ que : quatre ligatures de la troisième portion de la sous-clavière, — avec deux mots (érysipèle, pyohémie) et deux guérisons, — et deux cas où l'on a simplement tenté la ligature de la seconde ou de la première portion. C'est évidemment trop peu encore pour juger la ligature centrale. Celle-ci n'en reste pas moins jusqu'à nouvel ordre le principal espoir, et, par conséquent, le procédé de choix surtout si on peut l'appliquer à la troisième portion de l'artère.

Lorsque l'anévrisme occupe une trop grande étendue de la sous-clavière et que le tronc brachio-céphalique est seul disponible pour la pose du fil, nous pensons également que l'on ne doit point hésiter à lier ce vaisseau si important. Sans doute, dans les trois cas mentionnés par Delbet et où l'artère innominée a été liée, les opérés sont tous morts d'hémorragie, l'un après désarticulation de l'épaule (Heath), un autre au quarante-troisième jour (Thomsen) ; mais l'expérience a montré que cette ligature n'est pas toujours absolument fatale, même sans le concours de l'antisepsie, puisque l'on

compte aujourd'hui sur une trentaine de cas, 6 survies prolongées : 1 de Mitchell Banks (110 jours), 1 de Lewton, 1 de Coppinger, 1 de Symonds (7 mois), 1 de Burrel (104 jours), 1 de Smyth, le plus ancien (10 ans). A la ligature du tronc brachio-céphalique les chirurgiens étrangers ajoutent, en général, celle de la carotide primitive dans sa partie inférieure. Faisons remarquer, en outre, que la résection de l'extrémité interne de la clavicule droite et surtout celle de la poignée du sternum facilitent beaucoup la ligature du tronc brachio-céphalique (voy. p. 241) ; ces opérations préliminaires nous paraissent même indispensables.

b. *Ligature périphérique.* — Le procédé de Brasdor s'adresse spécialement aux anévrismes de la première portion de la sous-clavière (fig. 207, *A*) ; mais on y a eu également recours pour les autres anévrismes de la même artère, qu'ils s'étendissent ou non vers le creux de l'aisselle. La ligature a donc été faite en aval soit sur la sous-clavière elle-même, soit plus souvent sur l'axillaire ; jusqu'à ce jour, que nous sachions, le récent succès de Monod[1] est le seul à enregistrer (ligature de la sous-clavière droite près de la clavicule, et ligature de la carotide primitive) ; les six autres malades qui ont subi la ligature de l'axillaire sont tous morts, à l'exception d'un qui n'aurait eu qu'une guérison temporaire.

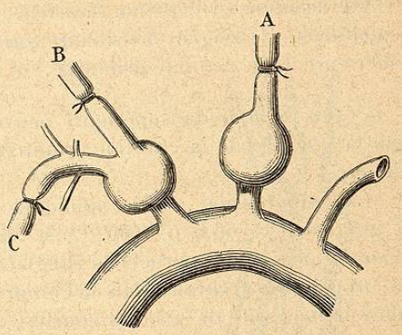

Fig. 207. — Diagramme montrant l'application de la ligature périphérique dans les anévrismes de la racine du cou.

A, ligature de la sous-clavière gauche par le procédé de Brasdor. — B, C, ligatures de la sous-clavière droite et de la carotide droite par les procédés combinés de Wardrop et de Brasdor (P. Gould, in Treves's System, p. 621. i. 1895).

Au procédé de Brasdor nous devons rattacher l'opération de Fergusson, la *désarticulation de l'épaule*, opération qui peut paraître de prime abord singulière et qui a pour but de guérir l'anévrisme sous-clavier ou clavi-axillaire en réduisant au minimum la quantité et la pression du sang qui le traverse. Certes, si le résultat était certain et que les autres moyens de traitement fussent absolument inefficaces, mieux vaudrait encore perdre un membre que de perdre la vie par la rupture habituelle du sac. Plusieurs désarticulations de l'épaule ont été faites suivant la proposition de Fergusson ; il y aurait eu des insuccès ou de simples améliorations ; Pearce Gould estime pourtant qu'elle peut être couronnée d'un bon résultat.

c. *Incision et extirpation du sac.* — Ces opérations sont seulement au nombre de trois dans la dernière statistique de Delbet ; et ce sont en même temps trois guérisons ; mais quelles conclusions en tirer ?

[1] Monod. *Bull. Acad. de méd.*, janvier 1895.

Anévrismes du tronc brachio-céphalique. — Les anévrismes de l'artère innominée, bien étudiés récemment en France par Walther[1], Le Dentu[2], Guinard[3], à l'étranger par Rosenstirn et par R. Winslow, sont rarement limités à cette artère ; presque toujours ils s'étendent, soit en bas sur l'arc aortique, soit en haut à la sous-clavière ou à la carotide primitive ou à ces deux vaisseaux.

Une seule méthode leur est applicable : celle de Brasdor-Wardrop ; on lie la sous-clavière en dehors des scalènes et la carotide à sa partie moyenne. La plupart des chirurgiens préfèrent aujourd'hui la ligature simultanée à la ligature successive de ces vaisseaux.

« Les résultats, nous dit Delbet[4], ne sont pas pleinement satisfaisants, puisque l'opération donne malheureusement plus d'améliorations que de guérisons ; je crois cependant qu'on est autorisé à la pratiquer. »

Anévrismes de la carotide primitive. — Les anévrismes sont presque tous spontanés ; ils siègent d'ordinaire sur la moitié supérieure ou sur la moitié inférieure de la carotide primitive.

a. Ceux de la moitié supérieure peuvent être traités : *par la compression*, par la *ligature* de la carotide primitive ; enfin par l'*incision* et l'*extirpation du sac*.

La compression a été appliquée six fois depuis 1875, elle a donné 4 guérisons = 66,6 p. 100. C'est donc le premier moyen à employer, d'autant plus que les procédés sanglants ne sont point sans péril grave pour la circulation cérébrale. Mais la compression est souvent douloureuse ; d'où alors la nécessité de séances courtes, qui ne dépassent guère trois à quatre heures, et de procédés plus doux que la compression digitale que l'on fait d'ordinaire contre le tubercule carotidien de Chassaignac ; tel serait, par exemple, le procédé de Rouge (de Lausanne), « qui consiste à pincer la carotide entre le pouce et l'index, placés l'un en dedans, l'autre en dehors du sterno-mastoïdien ».

La ligature centrale est ici une opération très grave ou plutôt très aléatoire, parce que le chirurgien ne peut savoir d'avance si elle aura ou n'aura point pour conséquence des accidents cérébraux, le plus souvent mortels, comme le coma et l'hémiplégie. Cette incertitude nous a personnellement arrêté plus d'une fois, notamment chez des malades qui avaient charge de famille. D'après Le Fort, qui avait spécialement étudié cette grave question des accidents cérébraux, leur proportion serait de 1 sur 4 ligatures ; et celle des cas mortels serait de 1 sur 5 (20 p. 100). Mais, tout en reconnaissant le rôle de la thrombose artérielle (Le Fort, Guinard) et surtout celui de la thrombose légèrement septique (Delbet), nous nous demandons pourquoi l'on

[1] Walther. *Traité de chirurgie, de Duplay et Reclus*, t. V, 1892.
[2] Le Dentu. *Bull. Acad. de Méd.*, 21 fév. 1893.
[3] Guinard. *Bull. gén. de thérap.*, 30 janv., 15 et 18 fév. 1894.
[4] Delbet. *Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet*, t. IV, 1897.

éprouve encore de ces accidents après des opérations absolument aseptiques et où l'on a eu soin d'accoler, non de rompre, la tunique interne de l'artère. Il nous a semblé, d'après les nombreuses ligatures de carotide primitive que nous avons faites pour d'autres affections, — il nous a semblé que les sujets jeunes les supportent bien et que le coma, l'hémiplégie se rencontrent surtout après quarante ans chez les artérioscléreux. N'y a-t-il pas d'autres facteurs que l'âge, l'état des artères ?

Quoi qu'il en soit, Delbet nous signale onze ligatures centrales depuis 1875, avec 9 guérisons et 2 morts (hémorragie, infection), ce qui donne 81,8 p. 100 de succès.

L'incision avait été pratiquée six fois avec une mort et l'extirpation deux fois avec deux succès.

b. Les anévrismes de la moitié inférieure se confondent souvent avec ceux du tronc brachio-céphalique. Ils ne peuvent être soumis qu'à l'opération de Brasdor, comme l'a fait Dittel, qui a malheureusement perdu son malade.

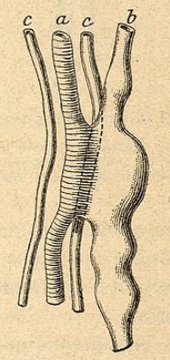

Fig. 208.
Varice anévrismale ou phlébartérie, par fusion de l'artère radiale *a* et de la veine médiane basilique *b*, suite d'une saignée faite 40 ans auparavant ; *c*, *c*, veines radiales intactes ; d'après une pièce anatomique de l'auteur (1878).

III. — ANÉVRISMES ARTÉRIO-VEINEUX

Les anévrismes artério-veineux se présentent sous deux formes principales : *la varice anévrismale* (phlébartérie simple de Broca) (fig. 208), où l'artère communique par un orifice plus ou moins grand avec une veine, satellite ou voisine, simplement dilatée au niveau de cet orifice, et l'*anévrisme variqueux* caractérisé par la présence d'un véritable sac, analogue à celui des anévrismes artériels. Ce sac est tantôt commun à la veine et à l'artère (*anévrisme variqueux enkysté intermédiaire*) (fig. 209, *a*), tantôt attenant à l'artère seule (*anévrisme variqueux enkysté artériel* ou *anévrisme de Rodrigues*) (fig. 209, *b*), tantôt, et le plus souvent, spécial à la veine (*anévrisme variqueux enkysté veineux* ou *anévrisme de A. Bérard*) (fig. 209, *c*). Ce qu'il y a, en outre, de particulier pour tous les anévrismes artério-veineux, c'est que le bout central de l'artère et le bout périphérique de la veine sont toujours dilatés sur une étendue variable, parfois à un haut degré ; le premier devient en même temps plus mince dans sa paroi, tandis que celle du second s'hypertrophie, s'*artérialise* comme nous l'avons démontré histologiquement à notre tour[1]. Enfin, — fait capital au point de vue pratique, — on ne trouve *jamais* de caillot fibrineux dans les ané-

[1] V. Chalet, *Soc. chir.*, Paris, 1878, rapp. de M. Detens.

vrismes artério-veineux, si anciens qu'ils puissent être, même après une période de quarante ans (obs. personnelle), ce qui veut dire, en d'autres termes, qu'ils sont incapables de guérir spontanément.

Mais un autre fait non moins important et parfaitement acquis est celui de leur évolution très lente et de leur grande bénignité ; ils restent longtemps peu volumineux, stationnaires, ne déterminent guère de troubles fonctionnels, et l'inflammation, la rupture de leur sac sont exceptionnelles ; exceptionnelle est aussi la gangrène du membre qui en est le siège. Ajoutons encore que la saignée du bras, qui fournissait jadis le plus gros contingent d'anévrismes artério-veineux, a disparu, ou peu s'en faut, de la pratique générale et qu'elle est, en tout cas, exécutée par des mains plus habiles. Il résulte de tout cela que le chirurgien n'a plus que très rarement l'occasion d'intervenir activement pour la cure des anévrismes artério-veineux. Il se borne à ne rien prescrire ou à recommander quelques précautions, le port d'un bandage protecteur, tout en mettant le patient en garde contre les entreprises des ignorants ; c'est là la règle.

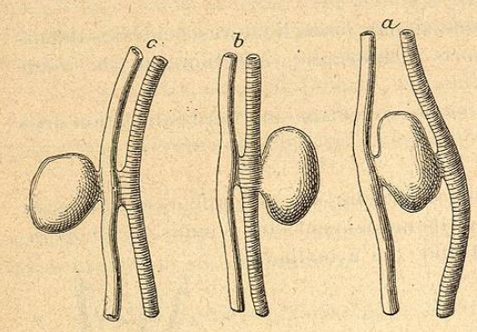

Fig. 209.
Les principaux types d'anévrismes variqueux.

a, anévrisme enkysté intermédiaire ; *b*, anévrisme variqueux enkysté artériel ou anévrisme de Rodrigues ; *c*, anévrisme variqueux enkysté veineux, ou anévrisme de A. Bérard.

Quelquefois pourtant, les vaisseaux se sont énormément dilatés, le sac a pris un volume sérieux, les désordres fonctionnels empêchent le patient de vaquer à ses occupations ou seulement aux besoins de la vie ordinaire. Que faire alors ? S'il s'agit d'un anévrisme de la base du cou, d'une exophtalmie pulsatile, l'abstention peut être encore la meilleure conduite. Mais, si l'on a affaire à un membre impotent ou très endolori, — œdémateux, éléphantiasique, affecté d'ulcères rebelles ou à répétition, — nous considérons l'intervention comme légitime et nécessaire.

Les procédés sanglants sont à peu près les seuls qui méritent d'être recommandés. La *compression digitale* par la méthode de Vanzetti, — la meilleure — (sur l'artère en amont de l'anévrisme, et *en même temps* sur l'anévrisme lui-même), peut encore conserver quelques adeptes ; mais, — qu'on le sache bien, — elle n'a chance de réussir que pour les anévrismes qui n'ont que deux ou trois mois d'existence, et cela dans une très faible proportion.

Parmi les procédés sanglants il en est un qui serait l'idéal, croyons-nous avec Delbet, et qui a été préconisé par Lidell, par Zœge-Manteuffel : la *ligature de l'orifice de communication artério-veineuse*. Mais il n'est presque

jamais praticable. Restent l'*incision* et l'*extirpation* de l'anévrisme. C'est à l'une ou à l'autre que l'on doit aujourd'hui s'adresser, la simple ligature, qu'elle soit centrale, double ou quadruple, exposant plus ou moins à la récidive sans nous garantir davantage contre la gangrène des membres.

Incision. — L'incision nous paraît être le procédé d'exception, notamment lorsque l'anévrisme a des rapports dangereux ou délicats, qu'on craint de ne pouvoir mener la dissection à bonne fin. Quant au manuel opératoire, en voici les lignes générales : ischémie préliminaire, si possible ; incision en amont, et ligature simultanée ou mieux isolée de l'artère et de la veine ; incision des téguments prolongée sur l'anévrisme sans l'ouvrir, et ligature des bouts périphériques ; incision de l'anévrisme lui-même ; hémostase directe des collatérales ; tamponnement aseptique.

Extirpation. — C'est pour nous le procédé de choix ; elle supprime d'un coup le foyer morbide, elle supprime les essais et aléas de l'hémostase définitive, elle permet la réunion immédiate ; donc, guérison complète, sûre, le plus rapide possible. Il n'y a guère qu'une ombre dans le programme opératoire, mais cette ombre est parfois très épaisse ; on comprend que nous voulons parler *de la dissection*. Avec des connaissances anatomiques et de la patience on arrive, cependant, au but.

L'extirpation compte déjà un nombre remarquable de succès en France et à l'étranger. Rappelons seulement ceux de Scriba, de Félizet, de Trélat, de Reynier pour les anévrismes du creux poplité ; ceux de Wahl, de Lanelongue (de Bordeaux), de Collin[1], pour les anévrismes de la fémorale superficielle ; ceux de v. Bergmann et de Reclus pour le creux de l'aisselle, etc. Nous avons gardé le souvenir d'une guérison complète que nous avons vu obtenir par le professeur Courty (de Montpellier), en 1874, au moyen de l'extirpation, chez un garçon d'une quinzaine d'années qui avait au pli du coude un anévrisme artério-veineux, suite de saignée. Nous avions bien espéré nous-même apporter un nouveau succès par l'extirpation d'un anévrisme du triangle de Scarpa ; mais nos efforts ont été déçus par un accident tout à fait insolite, qu'il ne sera peut-être pas inutile de signaler pour l'avenir. Voici le résumé de notre cas :

En septembre 1895, nous avions reçu dans notre service, à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, un homme de quarante et un ans, plein de vigueur et très actif, boucher de sa profession, qui avait depuis quelque temps le membre inférieur droit fortement œdématié, quasi éléphantiasique jusqu'au genou et qui ne pouvait plus s'en servir comme il l'aurait voulu. Le triangle de Scarpa du même membre présentait, vers son sommet, une tumeur ovoïde, animée de fortes pulsations et d'un thril formidable, du volume d'un œuf de dinde environ, et qui se prolongeait sous forme d'un énorme tuyau jusqu'au-dessus de l'arcade crurale, où même la pression du poing ne parvenait pas à supprimer les battements et le thrill de la tumeur. Cette tumeur s'était surtout accrue depuis deux ou trois ans ; elle datait de vingt ans, et était consécutive à une

[1] Collin. *Soc. chir.*, p. 283, 15 mars 1899.