

**Dictionnaire des maladies
éponymiques et des observations
princeps : thrombose artérielle**

**CID DOS SANTOS, J. - Sur la
désobstruction des thromboses
artérielles anciennes**

*In : Mémoires de l'Académie de chirurgie (Paris),
1947, Vol. 73, pp. 409-11*

Toujours, jusqu'ici, le résultat a été le même : suppression immédiate des douleurs, suivie d'un soulagement moral fort appréciable.

L'indication de telles opérations nécessite évidemment un examen clinique neurologique et radiographique attentif pour bien fixer le plan opératoire des sections radiculaires.

Mais sous cette réserve, et si l'indication est bien posée, nous estimons que dans le traitement des algies des cancers pelviens, les radicotomies postérieures multiples sont de bonnes opérations. Nous les croyons plus souvent efficaces que les sympathectomies, et nous pensons qu'elles doivent garder leur place à côté de la chordotomie, (opération qui semble actuellement délaissée) et à côté aussi de la myélotomie commissurale, intervention encore à l'étude.

Les radicotomies postérieures multiples pour algies cancéreuses pelviennes sont des opérations assez simples, n'exigeant somme toute qu'une pratique assez limitée de la neuro-chirurgie. Nous pensons qu'elles sont aussi bien du domaine de la chirurgie générale.

Nous les pratiquons sous narcose, ce qui est fort apprécié de ces malheureux malades.

RAPPORT

Sur la désobstruction des thromboses artérielles anciennes,

par M. Jean Cid dos Santos (de Lisbonne).

Rapport de M. R. LERICHE.

J. Cid dos Santos, le fils de notre collègue de Lisbonne, nous a adressé un intéressant mémoire qui apporte des faits nouveaux dans la thérapeutique des thromboses artérielles. Les tentatives qu'il a faites paraîtront, probablement, absurdes à ceux d'entre nous qui ne connaissent pas encore l'extraordinaire pouvoir de l'héparine. Je leur demande de ne pas juger trop vite un problème neuf qu'il ne faut pas regarder avec les yeux d'autrefois.

Confiant dans le pouvoir antithrombotique de l'héparine, Jean dos Santos a tout d'abord essayé de faire des embolectomies tardives dans des cas où l'on aurait certainement fait une artériectomie : dans un cas, au quatrième jour, il put enlever de longs caillots adhérents par une double artériotomie et fit un véritable curetage intra-artériel entre les deux ouvertures. Malgré ces conditions fâcheuses, qui auraient autrefois amené infailliblement une nouvelle thrombose, l'artère resta libre grâce à l'héparine, et quatre jours après, le malade étant mort d'un infarctus du myocarde, on put constater la perméabilité de l'artère.

Se basant sur ce fait, Jean dos Santos essaya la désobstruction des artères thrombosées suivant une idée émise par son père dans la leçon qu'il voulut bien faire l'an dernier dans ma chaire du Collège. Il la tenta pour la première fois chez un homme âgé ayant une oblitération de la fémorale superficielle depuis son origine jusqu'à l'anneau des adducteurs. L'artère fut découverte de l'arcade au canal de Hunter. Elle fut incisée longitudinalement sur 2 centimètres à chaque extrémité. Un plan de clivage fut aisément trouvé entre le thrombus et la paroi. Avec une spatule mousse et un stylet, une bonne partie du caillot fut libéré en bas et en haut. Il tenait encore à la partie moyenne de l'artère. A travers l'artériotomie inférieure une pince le saisit, lui imprima quelques mouvements de rotation et finalement il fut enlevé en presque totalité. Une longue et étroite cuiller fut ensuite passée à travers l'artère ramenant ce qui en restait. Après lavage de la lumière au sérum, les deux brèches artérielles

furent recousues à la soie 000. De l'héparine fut donnée par voie intraveineuse puis les clamps furent enlevés. La circulation reprit. Les sutures étaient bien étanches. L'artère battait au-dessous de la suture inférieure. Une artériographie pratiquée sur la table d'opération montra une artère perméable et des collatérales utiles. Au reste, aussitôt le courant rétabli, les collatérales avaient saigné, ce qui ne saurait surprendre puisque dans l'artériectomie on voit le plus habituellement les collatérales donner à contre-courant. Le malade qui était dans un état lamentable, mourut trois jours plus tard d'insuffisance rénale. Une artériographie faite avant l'autopsie et l'autopsie montrèrent que l'artère était toujours perméable. Histologiquement, le clivage du caillot s'était fait contre la musculaire. L'endothélium était évidemment disparu. Il ne pouvait en rester.

Il semblait donc établi que l'on pouvait enlever un thrombus ancien et, avec l'héparine, maintenir l'artère perméable, les collatérales demeurant utilisables.

Etant donné ce résultat dont vous saisissez la valeur, Jean dos Santos opéra une jeune femme qui présentait un syndrome ischémique grave du membre supérieur droit. Les premiers signes remontaient à deux ans. Le membre était pâle, les doigts froids et légèrement cyanotiques. Il n'y avait ni pouls ni oscillations à tous les niveaux du membre. La sous-clavière ne battait pas. Le pouls était perceptible à gauche. La radiographie indiquait une double côte cervicale. L'artériographie était impossible puisque la sous-clavière était oblitérée. Jean dos Santos commença par explorer l'axillaire ; il la trouva bouchée, exposa l'humérale au pli du coude : elle était perméable mais de très petit calibre et ne saignait pas. Une artériographie rétrograde montra que l'oblitération s'arrêtait au tiers moyen du bras. Par une troisième incision, la sous-clavière fut découverte. On vit alors que la côte anormale n'était pour rien dans la thrombose : l'artère se couvait à angle aigu sur le scalène antérieur qui s'insérait en partie sur une sorte d'anneau fibreux entourant l'artère. Le scalène fut coupé. L'artère se redressa. La thrombose commençait exactement au niveau de la couture. En amont, l'artère était perméable. Par une double artériectomie, l'une au niveau de la sous-clavière à hauteur de la clavicule, l'autre, sur l'axillaire, le thrombus fut enlevé à l'aide d'une curette fine. Aussitôt les sutures terminées et les clamps relâchés, l'artère se remplit de sang sur toute la longueur de la zone désobstruée et se mit à battre. La côte ne fut pas enlevée. Aucune opération sympathique ne fut faite. L'héparinisation fut commencée et l'on maintint le temps de coagulation entre onze et douze minutes pendant quatre jours. Puis on cessa toute médication. Le syndrome ischémique disparut. Plusieurs artériographies montrèrent que la sous-clavière et l'axillaire restaient perméables. Une grosse circonflexe à travers le deltoïde rétablissait la circulation vers l'avant-bras.

La malade est opérée depuis six mois. Le membre est chaud, les mouvements sont normaux. La sous-clavière bat fortement. Voici un film qui montre la sous-clavière et l'axillaire bien remplies donc perméables.

Il y a là un réel succès de la désobstruction qui montre que celle-ci peut réussir même quand elle n'est pas complète, ce qui ne laisse pas que d'étonner. Mais le fait est là. Et comme (ainsi que l'artériectomie l'a établi depuis longtemps) les collatérales d'une artère oblitérée restent très longtemps perméables (elles saignent presque toujours par leur bout périphérique quand on les coupe) on peut, par la méthode nouvelle, espérer rendre à la périphérie une circulation satisfaisante dans nombre de cas.

Quel est l'avenir de la désobstruction des artères thrombosées ? Est-elle destinée à se substituer à l'artériectomie ? Il est vain d'en parler. Ce sont les faits qui nous fixeront peu à peu en nous disant l'étendue et les limites du pouvoir de l'héparine, et en nous permettant de voir comment se rétablit le revêtement endothélial après désobstruction. Pour l'instant, je vois l'intérêt de la méthode nouvelle au delà des embolies opérées tardivement. Je le vois surtout dans

les thromboses aiguës des artérites des gens âgés. On n'a pas encore relevé dans ces artérites, l'évolution en deux temps qui est habituelle. Pendant des mois et même des années, il n'y a que de la fatigabilité et de la claudication. Puis un jour, brusquement, survient une vive douleur et aussitôt le pied et la jambe deviennent complètement blancs. Il n'y a ni pouls, ni oscillations. On parle de gangrène probable, puis après quelques jours de repos, généralement, les choses s'arrangent. Mais elles s'arrangent mal. Sans doute, le spectre de la gangrène est écarté, mais le malade est entré dans la seconde phase de la maladie et il n'en sortira plus. Le petit infirme est devenu un malade. Je pense depuis longtemps que la brusque blancheur du membre est un signe d'alarme qui doit imposer une opération d'urgence. Jusqu'ici, l'opération d'urgence était pour moi l'artériectomie qui me montrait dans la lumière artérielle une sorte de gelée de groseille non encore organisée. Et presque toujours l'opération donnait un remarquable succès : de nombreux vieillards doivent à cette opération d'urgence d'avoir conservé leur jambe. Je pense qu'aujourd'hui, le principe de l'intervention est plus impérieux que jamais, mais il faut substituer à l'artériectomie la désobstruction à la façon de Santos. Probablement on aura là, avec l'héparine, une conservation de la fonction artérielle.

Quant à la désobstruction des vieilles thromboses, il serait vain d'en parler pour ou contre. Je ferai simplement remarquer que l'opération ne sera probablement pas facile car généralement ces thromboses descendent dans le creux poplité et remontent jusqu'à la fémorale commune le plus souvent intacte. Je crois qu'elles commencent habituellement dans le canal de Hunter, progressent dans les deux sens et souvent vont jusqu'au voisinage de la bifurcation poplité. Mais plus nous opérerons précocement, plus on aura chance d'arriver à temps. Dans la thrombo-angéite où l'artère est un vrai cordon fibreux, *a priori*, la condition artérielle n'est pas favorable, mais que savons-nous de ce qu'il en sera dans des interventions précoces ?

Je pense que nous devons féliciter Jean dos Santos de ses essais prometteurs et l'imiter. Depuis vingt-cinq ans j'ai cherché par l'artériectomie à trouver des conditions favorables au rétablissement de la continuité artérielle par greffe. Je n'ai jamais pu accomplir mon programme. La méthode nouvelle va, je l'espère, nous permettre de rétablir une fonction perdue. Et ce sera un immense progrès.

COMMUNICATIONS

Résultats opératoires dans la sténose hypertrophique du pylore du nourrisson,

par M. Marcel Fèvre.

Actuellement, le meilleur traitement de la sténose hypertrophique du pylore reste, sans conteste, l'opération de Fredet. Le traitement médical peut donner des succès, en milieu très surveillé, avec des prises répétées, des antispasmodiques, des lavages d'estomac, etc... L'ensemble des pédiatres considère l'intervention chirurgicale comme préférable. Des chirurgiens ont espéré trouver dans les infiltrations splanchniques un mode de guérison de la sténose hypertrophique et nous avons rapporté nous-même à cette tribune les succès de notre ami Luzuy, chez des vomisseurs, dont peu d'ailleurs évoquaient par leur observation la sténose organique.

Doi-je rappeler que le diagnostic de sténose organique est facile ? Les pédiatres expérimentés ne font pas d'erreur. Schématiquement, la notion d'intervalle