

**Dictionnaire des maladies
éponymiques et des observations
princeps : aorte (anévrisme, ablation)**

**DUBOST, Ch. / ALLARY, N. - A propos
du traitement des anévrismes de
l'aorte. Ablation de l'anévrisme.
Rétablissement de la continuité par
greffe d'aorte humaine conservée**

*In : Mémoires de l'Académie de chirurgie (Paris),
1951, Vol. 77, pp. 381-3*

SÉANCE DU 18 AVRIL 1951

Présidence de M. GASTON PICOT, président.

CORRESPONDANCE

Des lettres de MM. BARCAT et Charles-Henri CHEVALIER posant leur candidature au titre d'Associé parisien.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

*A propos du traitement des anévrysmes de l'aorte.
Ablation de l'anévrysme. Rétablissement de la continuité
par greffe d'aorte humaine conservée,*

par MM. Charles Dubost, M. Allary et N. Economos.

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer, dans le Service de notre maître d'Allaines, un cas d'anévrysme de l'aorte abdominale, chez un homme de 50 ans.



FIG. 1.

Il consulta en province pour une claudication intermittente du membre inférieur gauche.
Il nous fut adressé après une laparotomie exploratrice, qui affirma la nature ectasique
d'une tumeur para-ombilicale.

Une aortographie (fig. 1) montra qu'il s'agissait d'un volumineux anévrisme de l'aorte abdominale étendu de l'origine des rénales à la fourche aortique.

* L'iliaque primitive droite demeure perméable, mais elle montre à son origine deux dilata-tions.

L'iliaque primitive gauche est thrombosée sur 5 à 6 cm. Son bout périphérique est revascularisé, semble-t-il, par la spermatique.

La mésentérique supérieure est perméable et naît au-dessus de l'anévrisme.

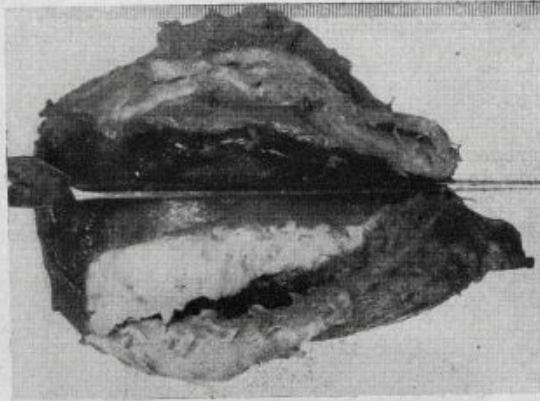


FIG. 2.

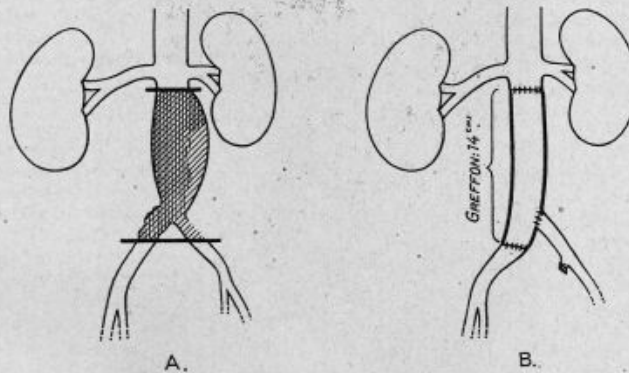


FIG. 3.

La mésentérique inférieure ne s'injecte pas.

Intervention pratiquée le 29 mars par voie thoraco-abdominale, avec résection de la 11^e côte (D^r Ch. Dubost).

Refoulement du sac péritonéal. Le jour obtenu est excellent.

L'anévrisme, très volumineux (fig. n° 2), commence à 3 cm au-dessous des rénales et intéresse la fourche iliaque.

On décide une exérèse et un rétablissement de la continuité par une greffe d'aorte humaine conservée.

L'aorte en amont de l'anévrisme est clampée.

Les deux iliaques primitives sont également clampées.

L'anévrisme est disséqué de bas en haut avec quelques difficultés, liées à l'envahissement de la paroi de la veine cave : on doit laisser en place un fragment de la paroi anévrysmale fusionnée à la veine cave.

La mésentérique inférieure est sectionnée : elle saigne uniquement par son bout péripéritérique.

La continuité est rétablie par un greffon d'aorte humaine conservée depuis quinze jours dans le liquide de Gross (fig. 3) et long de 14 cm.

Anastomose termino-terminale sur l'aorte.

Anastomose termino-terminale sur l'iliaque primitive droite.

L'artère iliaque primitive gauche est débouchée, l'hypogastrique gauche sectionnée, ce qui permet d'obtenir un gain de longueur de 3 cm environ.

Anastomose termino-latérale de l'iliaque primitive gauche dans le flanc du greffon, au-dessus de l'anastomose iliaque droite-greffon.

Les trois anastomoses sont étanches à l'ablation des clamps et le pouls est perçu, non seulement aux fémorales, mais aux deux tibiales postérieures et aux pédiées.

Les suites opératoires furent simples, après un icère transfusionnel.

Actuellement, trois semaines après l'opération, le malade marche normalement et présente un excellent pouls des deux côtés.

Nous n'avons pas pratiqué chez lui de traitement par les anticoagulants.

Nous n'avons pas encore fait d'aortographie de contrôle.

La question de l'extirpation et du rétablissement de la continuité des anévrysmes artériels fera l'objet d'une communication ultérieure.

RAPPORTS

Vingt et un cas de fractures ouvertes traitées par un enclouage médullaire « immédiat ». Résultats récents et éloignés,

par M. J.-S. Magnant (de Langon).

Rapport de M. Séséoux.

Nous apportons dans ce travail le résultat éloigné de 21 fractures ouvertes traitées par la méthode de Küntscher avec enclouage immédiat.

Cette méthode de traitement des fractures qui est maintenant bien connue de tous les chirurgiens a été surtout employée pour les fractures fermées.

Pour les fractures ouvertes, la méfiance, *a priori*, a été plus grande en raison des dangers toujours possibles d'infection du foyer de la fracture, et de la propagation de l'infection dans le canal médullaire en entier par le clou, sans compter également les possibilités en cas de non-cicatrisation *per primam* de la plaie opératoire, de lésions d'ostéite résiduelle et de pseudarthrose. Citons à ce propos les travaux de Reich, de Werner Ehrlich, de Pöhler et de Ehalt ; ce sont les statistiques de la clinique de Kiel (Küntscher) qui sont les plus importantes. Tous ces travaux et leurs résultats sont consignés dans l'important mémoire du professeur Sénèque dans *La Presse Médicale* du 17 avril 1948, et dans les rapports de Cauchoix et de Mirallié à la séance du 21 décembre 1949 de l'Académie de Chirurgie.

Au début de nos enclouages pour fractures ouvertes, nous étions dans l'ignorance de ces travaux et de leurs résultats ; aussi ce n'est pas sans appréhension que nous avons fait nos premiers enclouages en 1945 pour fractures ouvertes, car à ce moment-là l'enclouage était à peine connu, du moins en France.

Nos premiers succès nous ont engagé à poursuivre dans cette méthode et nous pouvons maintenant en rapporter 21 cas dont 20 éloignés.