

CHAPITRE IV  
ANÉVRISMES CIRSOÏDES

**Synonymie.** — *Tumeurs cirsoïdes artérielles* (GOSSELIN, Ch. ROBIN); *anévrismes par anastomoses* (J. BELL); *varices artérielles* (DUPUYTREN); *angiome rameux, tumeurs érectiles pulsatiles, angioma arteriale racemosum* (OTTO WEBER, VIRCHOW, HEINE).

**Définition.** — Il est difficile de donner une définition de l'altération vasculaire à laquelle BRESCHET a donné le nom d'anévrisme cirsoïde. Ce n'est ni un angiome ni un anévrisme artérioveineux et cependant elle présente des points communs avec ces deux affections. Dans le voisinage d'un *angiome*, ou consécutivement à un *traumatisme*, on voit se développer une tumeur au niveau des rameaux vasculaires de petit calibre, intermédiaires aux troncs plus importants et aux capillaires. Cette tumeur est formée de vaisseaux dilatés à parois habituellement amincies et rarement épaissies. La circulation y est très active par suite d'anastomoses artérioveineuses directes, véritables phlébartéries, et par suite de la dilatation des capillaires. Secondairement les troncs vasculaires afférents participent à la lésion.

On admettait jadis que les anévrismes cirsoïdes consistaient dans la dilatation avec allongement des troncs, branches, rameaux, ramuscules d'un ou de plusieurs départements artériels. Telle était la définition donnée par le professeur TERRIER<sup>1</sup> dans sa thèse d'agrégation en 1872, reproduisant l'opinion classique à cette époque. Dix-huit ans plus tard le même auteur<sup>2</sup>

<sup>1</sup> TERRIER. Des anévrismes cirsoïdes. Thèse d'agrégation en Chirurgie, Paris, 1872.

<sup>2</sup> TERRIER. Revue de chirurgie, 1890, p. 47.

reprenant l'étude de ces tumeurs à propos de deux cas personnels nous en montrait les véritables caractères que j'ai tenté de résumer plus haut.

Signalé pour la première fois par

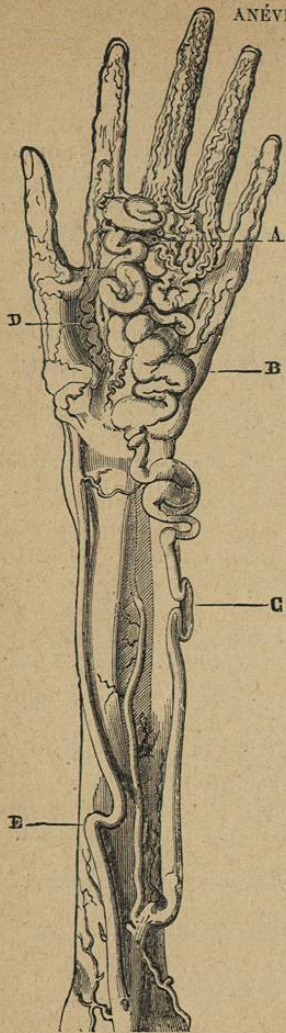


Fig. 45. — Anévrisme cirsoïde du membre supérieur.



Fig. 46. — Anévrisme cirsoïde de la main. Gangrène de l'annulaire (d'après RICARD et BOUSQUET).



VIDUS VIDIVS<sup>1</sup>, médecin de François I<sup>er</sup>, l'anévrisme cirsoïde a attiré l'attention de nombreux auteurs parmi lesquels je citerai : J.-L. PETIT, PELLETAN<sup>2</sup>, DUPUYTREN, JOHN BELL, BRESCHET<sup>3</sup>, ROBERT<sup>4</sup>, MALGAIGNE<sup>5</sup>, CRUVEILHIER<sup>6</sup>, M. VERNEUIL<sup>7</sup>, CH. ROBIN<sup>8</sup>, P. BROCA<sup>9</sup>, DECÈS<sup>10</sup>, A. VERNEUIL<sup>11</sup>, LETENNEUR et COCTEAU, GOSSELIN<sup>12</sup>, LABBÉ<sup>13</sup>, MOREL<sup>14</sup>, DESPRÈS<sup>15</sup>, POLAILLON<sup>16</sup>, GUILLEMIN<sup>17</sup>, LE DENTU<sup>18</sup>, LE FORT<sup>19</sup>, POZZI<sup>20</sup>, TERRIER<sup>21</sup>, Pierre DELBET<sup>22</sup>, MICHAUX<sup>23</sup>.

<sup>1</sup> VIDI VIDII. Florentini artes medicinalis. Venetiis, 1611.

<sup>2</sup> PELLETAN. Clinique chirurgicale, t. II, p. 59 et 66, Paris, 1810.

<sup>3</sup> BRESCHET. Mémoire de l'Académie de médecine, t. III, p. 101, 1833.

<sup>4</sup> ROBERT. Bulletin académique de médecine, t. XVI, p. 584, 1850-1851, et *Gazette des hôpitaux*, 1851, p. 421.

<sup>5</sup> MALGAIGNE. Manuel de médecine opératoire, 8<sup>e</sup> édition, 1873, p. 231.

<sup>6</sup> CRUVEILHIER. Traité d'anatomie pathologique, t. II, p. 731, 1852.

<sup>7</sup> F.-M. VERNEUIL. Thèse de Montpellier, 1851, n<sup>o</sup> 44.

<sup>8</sup> CH. ROBIN. *Gazette médicale*, 1854, p. 328.

<sup>9</sup> P. BROCA. Traité des anévrismes, p. 2, 85, 231, Paris, 1857.

<sup>10</sup> DECÈS. Des varices artérielles (anévrismes cirsoïdes). Thèse de Paris, 1827, n<sup>o</sup> 289.

<sup>11</sup> A. VERNEUIL. *Gazette hebdomadaire*, 1858, p. 101.

<sup>12</sup> GOSSELIN. Archives générales de médecine, 1867, 6<sup>e</sup> série, t. X, p. 641.

<sup>13</sup> LABBÉ. Bulletin de la Société de Chirurgie, 1872, p. 405, 417, 496.

<sup>14</sup> MOREL. Thèse de doctorat. Paris, 1873, n<sup>o</sup> 439.

<sup>15</sup> DESPRÈS. Bulletin de la Société de Chirurgie, 1884, p. 298.

<sup>16</sup> POLAILLON. Bull. de la Soc. de Chir., 30 avril 1884, p. 348.

<sup>17</sup> GUILLEMIN. Thèse de Nancy, 1883, n<sup>o</sup> 177.

<sup>18</sup> LE DENTU. Art. Main. Nouv. Dict. de méd. et de chirurg. prat., t. XXI, p. 239, 1875.

<sup>19</sup> LE FORT. Dict. enc. des sciences médicales, 4<sup>e</sup> série, t. XVII, p. 525, 1875.

<sup>20</sup> POZZI. Leçon clinique. Hôpital de la Pitié. Sem. médicale, 1883, p. 257.

<sup>21</sup> TERRIER. *Loc. cit.*

<sup>22</sup> Pierre DELBET. Traité de Chirurgie clinique et opératoire Le Dentu et Delbet, t. IV, p. 329.

<sup>23</sup> MICHAUX. Traité de Clinique Duplay et Reclus, 2<sup>e</sup> édition, t. II, p. 161.

## ÉTILOGIE

L'anévrisme cirsoïde se développe à la suite d'un *traumatisme* ou au niveau d'un *angiome*. Il est parfois difficile d'en retrouver l'origine. Dans un des deux cas rapportés par le pro-



Fig. 47.

Anévrisme cirsoïde du cuir chevelu (d'après le P<sup>r</sup> TERRIER).

fesseur TERRIER, il n'y avait ni traumatisme antérieur, ni tumeur érectile. Le malade succomba quelques mois après l'opération à des accidents saturnins et TERRIER admet que cette intoxication fut la cause de l'altération vasculaire. Après BILLROTH, BAZY<sup>1</sup>, J.-L. REVERDIN<sup>2</sup> admet l'origine infectieuse de certains anévrismes cirsoïdes. C'est surtout dans les *angiomes artériels* (P. BROCA) c'est-à-dire dans les angiomes à circulation active qu'on voit survenir les tumeurs cirsoïdes. Lorsqu'elles succèdent à une contusion ou à une plaie, la lésion simultanée d'une artériole et d'une veinule et la phlébartérie qui en résulte en est sans doute le point de départ.

On les rencontre habituellement chez des sujets jeunes, surtout de quinze à trente ans. La *menstruation*, la *puberté*, la *grossesse* influent sur leur développement. Il en est de même

<sup>1</sup> BAZY. Bull. Soc. de Chirurgie, 1889.

<sup>2</sup> J.-L. REVERDIN. Onzième congr. français de Chirurgie, 1897, p. 679.



des maladies du cœur (hypertrophie cardiaque) des efforts répétés et peut-être aussi des émotions morales vives.

Le siège le plus fréquent est la tête et surtout le cuir chevelu, autour de l'oreille, à la tempe, au front, d'une façon générale sur le territoire des artères occipitales et temporales superficielles. Les membres en sont parfois aussi atteints et particulièrement les extrémités. POLAILLON<sup>1</sup> en a rassemblé quatorze cas à la main et à l'avant-bras.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Étude macroscopique. — A l'œil nu, la tumeur cirsoïde

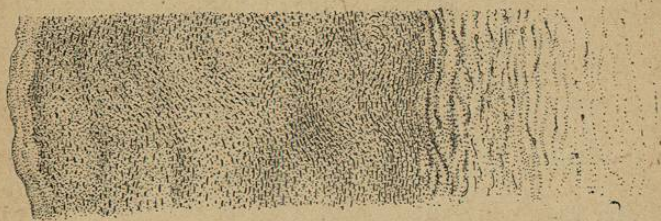


Fig. 48.

Hypertrophie des parois veineuses dans les anévrismes cirsoïdes (d'après QUÉNU).

a l'aspect d'une masse bosselée, irrégulière, mal limitée, de consistance molle, dépressible. Elle est formée par un amas de vaisseaux de calibre variable dilatés, flexueux, ampullaires, moniliformes, entrelacés, tordus en S, en pas de vis; l'ensemble

<sup>1</sup> POLAILLON. Art. Main. Dict. Encyclop. des sc. méd., 2<sup>e</sup> série, t. IV, p. 49, 1871.

forme un lacis inextricable. Ils sont reliés les uns aux autres par du tissu conjonctif adhérent à leurs parois.

Sur une coupe, les lumières des vaisseaux apparaissent béantes ou aplaties suivant les points, les unes énormes, les autres plus petites. Les parois qui les limitent sont d'épaisseur inégale, très minces par endroits, épaissies, indurées en d'autres. La

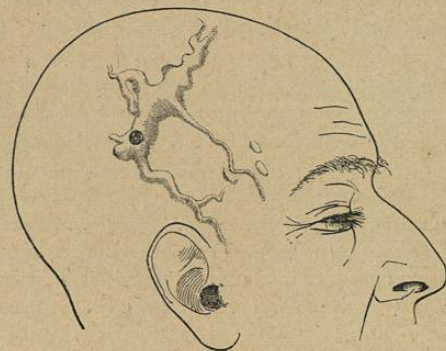


Fig. 49.

On a indiqué le point d'anastomose artério-veineuse (d'après le Pr TERRIER).

surface de section de la tumeur a un aspect aréolaire caverneux. Les lésions ne sont pas localisées aux artères comme on l'a cru longtemps. Il y a, nous l'avons déjà dit, des anastomoses artério-veineuses, et par suite des altérations des veines. Celles-ci sont également dilatées et leurs parois sont amincies, et plus souvent au contraire hypertrophiées.

A la périphérie de la tumeur, les troncs vasculaires afférents sont eux-mêmes dilatés, flexueux, et suivant l'ancienneté de l'anévrisme cirsoïde, la lésion remonte plus ou moins haut. On a signalé des dilatations artérielles s'étendant jusqu'à l'artère sous-clavière dans des tumeurs cirsoïdes de la main.

Étude microscopique. — L'examen histologique en a été fait par Ch. ROBIN, VIRCHOW, HEINE (1869), P. BROCA, LETENNEUR



et COCTEAU, MALASSEZ et QUÉNU, H. MULLER. Les premiers auteurs ont insisté sur l'épaississement des vaisseaux et leur dégénérescence graisseuse. CRUVEILHIER, BRESCHET comparant les lésions artérielles des tumeurs cirsoïdes aux varices des veines, distinguaient : la dilatation, l'allongement avec flexuosités, l'aminçissement des parois. Dans une pièce de VERNEUIL, MALASSEZ a constaté une dégénérescence muqueuse de la portion interne de la couche moyenne. H. MULLER<sup>1</sup> n'a pas constaté sur une pièce d'anévrisme cirsoïde enlevé par BRUNS la dégénérescence graisseuse signalée par HEINE, il existait une prolifération très accusée de l'endothélium, la tunique musculaire était un peu amincie et la tunique adventice, sillonnée d'un riche réseau de vasa-vasorum dilatés. A la longue, la tunique moyenne s'amincit, les éléments musculaires et élastiques sont remplacés par du tissu conjonctif, ainsi que MALASSEZ l'a démontré dans les cas du professeur TERRIER. Contrairement aux artères, les veines sont épaissies, hypertrophiées. Suivant l'heureuse expression de LETENNEUR et COCTEAU elles « s'artérialisent ». QUÉNU a insisté sur cette hypertrophie musculaire des parois veineuses tout à fait comparable quoique moins prononcée, à celle qu'on retrouve dans les anévrismes artério-veineux (fig. 48).

**Lésions concomitantes.** — La peau est souvent adhérente à la tumeur, parfois même elle est exulcérée comme par un travail d'amincissement et d'atrophie. Les os également, au voisinage des anévrismes cirsoïdes, sont érodés, amincis, frappés d'ostéite raréfiante. CLEMOT, F.-M. VERNEUIL ont cité des cas dans lesquels les os du crâne étaient perforés par un anévrisme du cuir chevelu.

#### PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, la lésion initiale siège au niveau des artérioles dilatées et amincies, qu'elle succède à un angiome ou à une communication artério-veineuse traumati-

<sup>1</sup> H. MULLER. *Beit. zur Klin. Chir.*, Bd. VIII, H. 4, 1891.

que. Quant à expliquer le mécanisme intime de cette transformation, cela est impossible dans l'état actuel de la science. Les différentes hypothèses émises ne résistent pas à une critique rigoureuse des faits. On invoqua tour à tour une paralysie vasomotrice, une périartérite traumatique (COWFORT), une altération nutritive hyperplasique analogue à l'éléphantiasis (VIRCHOW).

Les théories vaso-motrice et inflammatoire ne sont nullement démontrées. Quant à l'opinion de VIRCHOW, elle enregistre un fait d'ailleurs discutable sans l'expliquer.

HEINE admettait qu'il y avait augmentation de la pression sanguine dans l'anévrisme cirsoïde et consécutivement dégénérescence des fibres musculaires. Or, il y a au contraire diminution de la pression dans les rameaux artériels de la tumeur et, d'autre part, si l'obstacle était accru, contrairement à l'opinion de HEINE, il y aurait hypertrophie des parois artérielles et non dégénérescence graisseuse. P. BROCA attribue la dilatation et l'amincissement des vaisseaux à la diminution de la tension artérielle. Il est certain qu'il faut, au point de vue de la physiologie pathologique, tenir compte des modifications de la circulation et notamment de la facile et large communication des artérioles et des veinules. Cette notion explique, d'une façon générale, l'hypertrophie des veines et l'amincissement des artères tout comme dans l'anévrisme artério-veineux. VIRCHOW, P. BROCA ont insisté à juste titre sur ces modifications de la circulation, mais ce sont des altérations secondaires et, je le répète, la lésion initiale et sa raison d'être nous échappent.

#### SYMPTÔMES

**Début.** — L'anévrisme cirsoïde peut pendant longtemps rester à l'état latent. D'autres fois, au contraire, il se développe très rapidement à la suite d'un traumatisme.

Le malade éprouve une certaine tension, si l'anévrisme siège à la main, il a quelque gêne dans les mouvements, puis au bout d'un temps variable de cette phase insidieuse, la tumeur apparaît.



**Signes physiques.** — Peu volumineuse d'abord, elle est irrégulière, bosselée. La peau a conservé son aspect et sa coloration normale, ou bien, au contraire, elle est épaisse, rugueuse, infiltrée. Si l'anévrisme cirsoïde est consécutif à une tumeur érectile, celle-ci est tuméfiée, saillante, violacée.

Au *palper*, la consistance est molle, dépressible par endroits et ailleurs plus résistante. On sent des cordons flexueux, entrelacés donnant suivant l'expression de J.-L. PETIT la sensation de *paquets de verres de terre*, sensation analogue à celle qu'on éprouve en palpant un varicocèle dont les veines sont un peu indurées. La masse est animée de *battements*, de *mouvements d'expansion*, mais les pulsations sont beaucoup moins fortes qu'au niveau d'un anévrisme artériel. Il existe d'ailleurs à ce point de vue des différences selon la zone de la tumeur que l'on explore. Il en est de même du *frémissement* ou *thrill*. Ce dernier symptôme inconstant offre un gros intérêt quand il existe; dans un cas du professeur TERRIER, la compression exercée en un point le faisait immédiatement disparaître. Il y avait donc à ce niveau une communication large entre une artère et une veine et la pression avait pour résultat de supprimer la circulation dans le canal anastomotique. L'étude anatomique de MALASSEZ confirme pleinement cette donnée de la clinique.

A l'*auscultation* de la tumeur, on entend un *bruit de souffle* plus ou moins fort. Il peut être simple et intermittent, correspondant aux pulsations artérielles, ou double et intermittent. GOSSELIN admettait qu'ici comme dans l'anévrisme artério-veineux, le double souffle résultait de la pression du stéthoscope sur la paroi vasculaire, aplatissant la lumière et modifiant la circulation dans son intérieur.

D'autres fois, le souffle est continu à renforcement coïncidant avec la diastole artérielle. Dans ce dernier cas, le souffle s'accompagne de *thrill*, comme dans l'anévrisme artério-veineux avec cette différence toutefois qu'il est habituellement beaucoup moins fort. Dans un des cas du professeur TERRIER, le *thrill* était assez intense pour incommoder le malade et pour être entendu à distance.

A la périphérie, la tumeur est mal limitée, on y voit de gros

trones veineux distendus, et on y sent des cordons animés de battements. Ce sont les trones artériels afférents qui sont dilatés et flexueux. Ces modifications artérielles s'étendent très loin, jusque sur l'humérale ou l'axillaire pour une tumeur cirsoïde de la main et de l'avant-bras. Les bruits de souffle se propagent à distance le long de ces vaisseaux.

La compression des trones afférents entraîne une diminution de volume de la tumeur en même temps qu'un affaiblissement ou la suppression des battements et du souffle, mais l'effet de la compression est moins net, moins complet que dans l'anévrisme artério-veineux. Nous avons vu que la compression de la tumeur en un point déterminé peut dans certains cas amener le même résultat. Inversement, la compression des veines efférentes, de même que les efforts, la toux, la position déclive, entraînent une augmentation de volume et de tension de la tumeur, et l'exagération des battements. Mais, ici encore, le résultat est moins constant que dans l'anévrisme artério-veineux.

**Signes fonctionnels.** — Il est remarquable de voir des tumeurs volumineuses de la main ayant envahi l'avant-bras ou des tumeurs du crâne occupant une large surface ne s'accompagner que de troubles fonctionnels minimes. Le malade est gêné pour remuer la main et les doigts, le membre lui semble lourd. A la tête, il éprouve une certaine tension, mais il n'a pas de douleurs à proprement parler, du moins pas de fortes névralgies comme cela se présente dans l'anévrisme artério-veineux.

A la tête, ce qui est le plus pénible c'est le bruit de souffle parfois assez intense pour troubler le malade et le priver de sommeil. Le malade se plaint quelquefois d'avoir des éblouissements et quelques vertiges.

Les troubles de la calorification et de la sécrétion sudorale sont toujours modérés. LETENNEUR et COCTEAU ont constaté une légère élévation de la température locale. On a noté parfois de l'éphidrose. Les troubles trophiques également peu accentués se caractérisent par de l'œdème et de l'infiltration; les doigts s'épaississent et prennent une forme cylindrique. SEBILEAU<sup>1</sup> a

<sup>1</sup> SEBILEAU. Soc. de Derm. et de Syphil., 12 janv. 1893.



observé des ulcérations de la jambe en relation avec un anévrisme cirsoïde du genou.

### ÉVOLUTION

L'évolution des anévrismes cirsoïdes est très variable, tantôt très lente, tantôt rapide. On a dit qu'ils pouvaient guérir spontanément (J. CLOQUET, LECHEVALIER, DECÈS). Le cas doit être exceptionnel.

La puberté, la grossesse (PANAS), ont une action manifestement défavorable.

La peau envahie par la dégénérescence vasculaire devient adhérente à la tumeur, elle s'amincit puis s'ulcère. Il peut en résulter des hémorragies graves par leur abondance et leur répétition (ADAMS, BRESCHET).

Au crâne, l'anévrisme peut perforer la paroi osseuse, et provoquer par rupture une hémorragie intra-cranienne qui entraîne la mort avec des phénomènes de compression cérébrale, comme dans le cas de F.-M. VERNEUIL (de Montpellier).

### DIAGNOSTIC

Il est généralement facile de reconnaître un anévrisme cirsoïde.

**Dilatation serpentine des artères.** — La dilatation serpentine des artères, longtemps confondue avec lui doit en être absolument séparée. Dans ce cas, il n'y a pas de tumeur à proprement parler. Ce sont des troncs artériels volumineux qui sont atteints, l'humérale, par exemple, au pli du coude ou à la face interne du bras. Elle apparaît flexueuse et animée de battements violents qui soulèvent la peau. Mais l'humérale n'est pas la seule atteinte, les radiales, les temporales, etc., sont également flexueuses, et au toucher elles sont indurées annelées, manifestement athéromateuses. La dilatation serpentine est une altération du système artériel liée à l'artérite chronique et qu'on rencontre habituellement chez les sujets

agés. L'anévrisme cirsoïde a des caractères tout à fait différents. Il n'existe pas entre lui et l'artérite chronique de rapports évidents et d'autre part il reste localisé à un territoire artériel sans envahir chez le même individu toutes les régions.

**Anévrisme artériel.** — L'anévrisme artériel est une tumeur circonscrite, régulière, située sur le trajet d'un tronc vasculaire important; il est donc bien distinct de la masse bosselée, irrégulière, en peloton de ficelles, de l'anévrisme cirsoïde.

**Tumeurs osseuses pulsatiles.** — Les tumeurs osseuses pulsatiles (sarcome, carcinome télangiectasiques) ont un siège différent. Elles répondent à l'épiphyse des os longs. Leur consistance est plus ferme, la pression ne les réduit pas.

**Encéphalocèle.** — GOSSELIN a attiré l'attention sur la confusion possible d'un anévrisme cirsoïde du cuir chevelu avec une encéphalocèle. Le siège n'est pas le même; les antécédents, l'évolution permettront également d'éviter l'erreur. Parfois, le cas est complexe et l'on voit des angiomes se développer à la surface d'encéphalocèles (TERRIER). Mais l'anévrisme est alors peu développé et s'efface devant l'importance de la tumeur principale, l'encéphalocèle.

**Angiome. Anévrisme artério-veineux.** — C'est avec l'angiome artériel et avec l'anévrisme artério-veineux que la confusion est le plus souvent faite. Mais y a-t-il lieu en réalité d'établir, comme le font certains auteurs, un diagnostic différentiel entre ces tumeurs, puisque des liens étroits les unissent. Entre l'angiome artériel à circulation active, à pulsations vives, à dilatations vasculaires périphériques et l'anévrisme cirsoïde vrai, la distance est minime, la tumeur cirsoïde n'est souvent que le résultat de l'évolution de l'angiome. De même lorsqu'il existe dans la tumeur cirsoïde des communications artério-veineuses, véritables anévrismes artério-veineux en miniature, l'aspect clinique de l'anévrisme cirsoïde se rapprochera nécessairement beaucoup de celui de l'anévrisme artério-veineux.



## TRAITEMENT

L'anévrisme cirsoïde ne guérit pas spontanément, ou du moins cette terminaison favorable est tellement rare (cas fameux du marquis espagnol vu par CLOQUET et ORFILA) qu'il n'y faut pas compter. Il est donc de toute nécessité de le traiter et cela le plus tôt possible. L'opération sera d'autant plus aisée et plus simple que la tumeur sera plus petite et les pédicules vasculaires moins nombreux et moins dilatés.

**1° Compression.** — La *compression* est une mauvaise méthode, qu'il faut rejeter complètement. Exercée à distance sur les troncs principaux afférents, elle est inefficace; appliquée directement sur la tumeur, non seulement elle est dépourvue d'action utile, mais elle peut être nuisible en irritant la peau et même en provoquant son ulcération. Or ces plaies exposent aux infections et aux hémorragies.

**2° Ligatures.** — Les *ligatures à distance* n'ont pas donné de bons résultats, qu'elles portent sur le tronc principal du membre ou sur les branches afférentes de la tumeur. ROUX<sup>1</sup>, de Brignolles, a cependant rapporté une observation d'anévrisme cirsoïde de la tempe guéri par la ligature de la temporale. Ainsi qu'on peut s'en rendre compte par la lecture de l'observation, le cas était un peu spécial, il ne s'agissait pas d'un anévrisme cirsoïde typique. TÉDENAT a guéri un anévrisme cirsoïde de la même région temporale en pratiquant par des incisions multiples la ligature des différents vaisseaux afférents; mais il avait eu soin d'y associer la destruction directe de la tumeur par l'*ignipuncture interstitielle*. Ce succès ne peut donc pas être mis sur le compte des ligatures.

John WYETH<sup>2</sup> a relevé 73 cas de ligature de la carotide d'un

<sup>1</sup> ROUX (de Brignolles). Rapport de Ch. Nélaton. Bulletins de la Société de Chirurgie, 1897, p. 36.

<sup>2</sup> JOHN WYETH. Encyclopédie internationale de chirurgie, t. III, p. 461.

seul côté pour anévrisme cirsoïde de la tête avec 30 p. 100 de mortalité et seulement 16 p. 100 de guérison. 9 cas de ligature double des deux carotides ont donné 3 morts, 3 résultats nuls, 1 guérison et 2 améliorations.

Je citerai encore les tentatives infructueuses de FISCHER liant l'axillaire et de TRÉLAT liant successivement la radiale puis l'humérale au pli du coude.

Les ligatures isolées ne peuvent donc pas être considérées comme ayant une valeur curative. Elles ne sont admissibles, comme le fait remarquer WYETH, que pour combattre une hémorragie abondante et grave. Malgré l'opinion du professeur CHALOT<sup>4</sup> de Montpellier, qui préconise encore à l'heure actuelle la ligature double, soit des deux carotides externes, soit de la carotide primitive d'un côté et l'externe de l'autre, nous admettons avec LE FORT que pour agir efficacement contre un anévrisme cirsoïde, il faut porter ses efforts sur la tumeur elle-même et non sur ses branches.

**Électropuncture. Acupuncture. Séton.** — On a essayé de provoquer la coagulation du sang au sein de la tumeur par l'*électropuncture*, l'*acupuncture* ou encore par l'emploi du *séton*. NÉLATON, JOHN DUNCAN ont obtenu chacun un succès par l'*électropuncture*. Néanmoins ces méthodes infidèles et dangereuses, car elles exposent à l'inflammation et à la gangrène, sont aujourd'hui à peu près universellement abandonnées.

**Injections interstitielles.** — Les *injections interstitielles* ont joui pendant longtemps d'une grande faveur et sont encore préconisées par certains chirurgiens aujourd'hui. Dans sa thèse d'agrégation, TERRIER a relevé 16 cas d'anévrismes cirsoïdes traités par les injections de perchlorure de fer avec 10 guérisons, 2 améliorations notables, 2 morts et 1 insuccès. P. BROCA, GOSSELIN, POLAILLON ont préconisé la liqueur de PIAZZA. LE FORT recommande aussi d'employer une petite quantité (3 à 4 gouttes) d'une solution de perchlorure de fer très diluée.

<sup>4</sup> CHALOT. Indépendance médicale, avril 1896.



En 1884, le professeur BERGER<sup>1</sup> s'est fait le défenseur de la méthode des injections interstitielles devant la Société de Chirurgie. A l'exemple de LE FORT, BERGER recommande de placer tout autour de la tumeur pendant l'injection et quelques minutes après un anneau métallique compresseur. LE FORT conseillait de maintenir cet anneau pendant une demi-heure. On supprime ainsi momentanément toute communication entre la tumeur et la circulation sanguine et par suite on évite les embolies. Néanmoins cette méthode expose aux escarres, aux phlébites, à la gangrène.

Le professeur LANNELONGUE<sup>2</sup> ayant à traiter une énorme tumeur de la face et du cou de nature cirsoïde a obtenu une très grande amélioration par l'application de sa *méthode sclérogène*, c'est-à-dire en injectant dans cette tumeur une solution de chlorure de zinc à 10 p. 100. Cette pratique d'injection interstitielle dans de grosses tumeurs à la périphérie desquelles l'hémostase temporaire est difficile à réaliser et même souvent impossible, n'est sans doute pas sans danger à cause de la production possible d'embolies.

PLESSING<sup>3</sup> a obtenu la guérison d'un anévrisme cirsoïde en faisant dans son intérieur *cent trente-quatre* injections d'alcool à 30° puis à 75°. Cette méthode a au moins le défaut de n'être pas rapide.

**Extirpation.** — Le procédé de choix est la destruction directe de la tumeur, et pour cette opération on n'aura recours ni à l'anse, ni au couteau galvanique, ni même au thermocautère ou aux caustiques chimiques; l'instrument à employer de préférence est le bistouri. On pourra, comme l'a recommandé le professeur TERRIER, faire l'hémostase temporaire à l'aide d'un tube de caoutchouc. Si l'anévrisme siège à la tête, on le placera circulairement au-dessus des oreilles, et s'il siège à la main on le mettra au bras. L'opération sera faite minutieusement et

<sup>1</sup> P. BERGER. Bulletins de la Société de Chirurgie, 1884, p. 309.

<sup>2</sup> LANNELONGUE. Académie des sciences. Séance du 6 janvier 1896.

<sup>3</sup> PLESSING. Arch. f. Klin. Chir., XXXIII, p. 251.

patiemment; on aura soin de lier successivement tous les vaisseaux périphériques ouverts au cours de l'extirpation de la tumeur cirsoïde. Dans un cas, le professeur TERRIER eut ainsi *trente-deux ligatures* à placer et POULET<sup>1</sup> dans un autre en fit *vingt-cinq*. Ces ligatures pourront être faites au catgut, à la soie fine ou au fil de lin. Pour notre part, nous préférons le catgut pour éviter d'accumuler un si grand nombre de corps étrangers.

LE FORT a publié une statistique de 14 cas d'extirpation d'anévrisme cirsoïde avec 14 succès.

L'extirpation de la tumeur suffit; quand bien même la dilatation des gros troncs afférents remonterait très loin, il est inutile de s'en préoccuper par la raison que l'ablation de l'anévrisme amène la rétrocession des lésions vasculaires à distance. DECÈS dès 1857 avait insisté sur ce point fort important. Depuis, VERNEUIL, TRÉLAT et TERRIER<sup>2</sup> ont de nouveau attiré l'attention sur lui.

Il y a des cas où l'extirpation de la tumeur n'est pas possible. Le professeur LE DENTU<sup>3</sup> a publié un fait d'anévrisme cirsoïde de la fesse envoyant des prolongements dans le bassin qui n'était guère opérable. D'ailleurs dans un pareil cas, les injections coagulantes ne sont pas plus recommandables que l'ablation, la compression ne pouvant être exercée sur toute la périphérie de la tumeur.

Il y a donc des anévrismes cirsoïdes qui, à cause de leur siège, doivent être respectés, jusqu'à ce qu'une technique plus perfectionnée permette d'aborder des régions qui, à l'heure actuelle, passent pour dangereuses.

Dans d'autres points, la destruction de l'anévrisme cirsoïde nécessitera un sacrifice plus grand. Au doigt par exemple, la désarticulation constituera souvent la seule ressource. De même pour certaines tumeurs cirsoïdes de la main de date ancienne,

<sup>1</sup> POULET. Bulletins de la Société de Chirurgie, 1883, p. 913.

<sup>2</sup> VERNEUIL, TRÉLAT, TERRIER. Bulletins de la Société de Chirurgie, 1884, p. 300.

<sup>3</sup> LE DENTU. Bulletins de la Société de Chirurgie, 1889, p. 784.



ayant entraîné une altération profonde de tous les tissus, on en sera réduit à pratiquer l'amputation au-dessus du poignet, comme KRAUSE l'a fait. LETENNEUR, OBALINSKI, FISCHER n'ont pas reculé devant une opération plus grave encore : l'amputation du bras.

En règle générale, nous dirons avec TRÉLAT que le sacrifice doit être réduit au minimum. On se contentera d'enlever la tumeur sans toucher aux troncs afférents dilatés se souvenant que ceux-ci subissent une modification favorable à la suite de la suppression de l'anévrisme. Et même dans les cas de tumeurs étendues au lieu d'en arriver d'emblée à une amputation, peut-être pourrait-on tenter d'en faire la cure à l'aide d'*opérations successives* d'exérèse et de ligatures ?

## DEUXIÈME PARTIE

### CHIRURGIE DES VEINES

#### CHAPITRE PREMIER

#### LESIONS TRAUMATIQUES

Les lésions traumatiques des veines comprennent les *contusions*, les *ruptures*, les *plaies* et toutes leurs variétés, les *ulcérations*.

##### § 1. — CONTUSIONS

**Étiologie.** — Les contusions veineuses sont *immédiates* ou *médiates* suivant que l'agent vulnérant agit directement sur la paroi de la veine ou indirectement à travers les parties molles. Un projectile d'arme à feu (balle, grain de plomb), un fragment osseux, une esquille dans une fracture peuvent contusionner directement un tronc veineux et y produire des lésions plus ou moins intenses.

Une roue de voiture passant sur un membre détermine une *contusion médiate* si le tronc veineux se trouve pris entre le poids de la voiture et la résistance d'un plan osseux sous-jacent. Dans la strangulation, le mécanisme est le même; sans doute un examen attentif des veines du cou révélerait une altération plus ou moins prononcée de leurs parois. Une compression prolongée telle que celle employée jadis pour guérir les anévrismes agit dans le même sens. C'est ainsi que VERNEUIL<sup>1</sup> a si-

<sup>1</sup> VERNEUIL. Mémoires de chirurgie, t. II, p. 15.