

le fait de la compression; 5^e enfin l'anévrisme variqueux peut se transformer en anévrisme artériel circonscrit (Morvan).

Dans les deux observations citées par Morvan et qui appartiennent à Nélaton, ce chirurgien a constaté la disparition du frémissement, alors que le bruit de souffle, continu avec renforcement, est devenu intermittent simple.

Traitement. — Si la maladie est stationnaire, il faut s'abstenir de tout traitement (Hunter).

Veut-on tenter la cure radicale de l'anévrisme, on essayera d'abord la *compression directe* sur la tumeur; ce procédé compte un assez grand nombre de succès. D'ailleurs cette compression pourrait transformer l'anévrisme artérioso-veineux en anévrisme artériel que l'on traiterait ensuite (Nélaton).

Vanzetti (de Padoue) a eu l'heureuse idée d'utiliser simultanément la compression directe de la tumeur et la compression digitale indirecte de l'artère. Il obtint ainsi deux succès (Le Fort).

Lorsque la tumeur est cause d'une grave incommodité et que la compression ne donne pas de résultat, on peut recourir à la *ligature* de l'artère, mais il ne faut pas oublier que la méthode d'Anel, c'est-à-dire la ligature entre la tumeur et le cœur, doit être proscrite, la gangrène et la mort sont la suite presque inévitable de cette opération.

C'est à la *méthode ancienne* qu'on doit avoir recours : l'incision faite sur la tumeur, on cherchera les deux bouts de l'artère, et on les liera dans la plaie. On évitera qu'il y ait entre les deux ligatures une collatérale qui ramènerait le sang dans la tumeur.

Malgaigne a lié l'artère au-dessus et au-dessous du sac sans ouvrir ce dernier.

BIBLIOGRAPHIE : — Sennert, *Opera omnia*, Lugduni, 1666, t. V, lib. V, p. 1, chap. XLIII, p. 841. — De la Combe, *Sur un anév. de l'artère crurale*, in *Journal de médecine de Vandermonde*, 1762, t. XVII, p. 262. — Flaubert et Leudet, *Observ.*, in *Rép. de physiol.*, t. III, p. 55, Paris, 1827. — Rodrigues, *Observ.*, in *l'Expérience*, 1840, t. VI, p. 414. — Thurnam, *Mém. sur les anévrismes variqueux spontanés de l'aorte*, etc., in *Arch. gén. de médecine*, 1841, 3^e série, t. XI, p. 210. — Amussat, *Rech. expér. sur les blessures des artères et des veines*, Paris, 1843. — Morvan, *De l'anévrisme variqueux*, thèse de Paris, 1847, n^o 41. — A. Bérard, *Note sur une forme nouv. d'an. variqueux*, in *Arch. gén. de médecine*, 1845, 3^e série, t. VII, p. 38. — Monneret, *Observ. d'un anév. artériovoineux simple*, in *Mém. de la Soc. de chirurg.*, 1853, t. III, p. 61. — Goupil, *De l'anév. art.-veineux spontané de l'aorte et de la veine cave supérieure*, thèse de Paris, 1855, n^o 50. — Malgaigne, *Note sur un nouveau procédé opératoire pour la cure de l'an. art.-veineux*, in *Revue médico-chirurg.*, 1852, t. XI, p. 155.

— Henry, *Considér. sur l'an. artér.-veineux*, thèse de Paris, 1856, n^o 70. — Richet, art. ANÉVR. ARTÉRIO-VEINEUX, in *Nouveau Dictionnaire de méd. et chirurg. pratiques*, 1865, t. II, p. 430. — Le Fort, art. ANÉVR. ARTÉRIO-VEINEUX, in *Dict. encycl. des sc. médicales*, t. IV, p. 673, 1866. — Georgesco, *Contr. à l'ét. de l'an. artériovoineux*, Th. de Paris, 1873, n^o 318. — G. Hiard, *Essai sur l'an. art. vein.*, etc., Ibid., 1875, n^o 114. Consulter en outre la bibliographie des anévrismes en général.

ART. IV. — ANÉVRYSMES CIRSOÏDES.

Nous décrirons sous ce nom, dû à Breschet, la dilatation avec allongement des troncs, des branches, des rameaux et des ramuscules, d'un ou de plusieurs départements artériels.

Dupuytren, insistant sur l'ectasie avec allongement des troncs artériels, leur a donné le nom de *varices artérielles* (1); d'un autre côté, J. Bell, Ch. Robin, Gosselin, décrivant plus spécialement les dilatations des rameaux, des ramuscules et des capillaires artériels, les ont désignés sous les divers noms : d'*anévrisme par anastomoses* et de *tumeur cirsoïde artérielle*.

Pour nous, les varices artérielles des troncs ou des branches, et les tumeurs cirsoïdes artérielles dues à l'ectasie des rameaux et des ramuscules constituent l'affection qu'on doit appeler *anévrisme cirsoïde*; c'est l'*angiome rameux*, l'*anévrisme rameux* (*angioma arterialis racemosum*) des auteurs Allemands.

Parmi les autres noms donnés à tort aux anévrismes cirsoïdes, on peut encore mentionner ceux de : *tumeur érectile pulsatile*, *télangiectasie*, *tumeur érectile artérielle*, *anévrisme des anastomoses*.

Étiologie et Pathogénie. — Les anévrismes cirsoïdes résultent : d'un traumatisme, de l'évolution d'un œvus ou angiome, enfin ils se développent spontanément et se montrent dès la naissance.

Les plaies simples, les plaies contuses, les contusions même, peuvent leur donner naissance; pour les uns (Cowfoot, Virchow) ils succéderaient aux inflammations des parois artérielles, pour d'autres il faudrait invoquer une paralysie vaso-motrice; enfin, et nous inclinons vers cette pathogénie, ils résulteraient de la dilatation et des modifications survenues dans le tissu de cicatrice qui succède à la lésion traumatique (Virchow).

L'existence primitive d'un œvus congénital ou acquis précédant l'anévrisme cirsoïde est le cas le plus fréquent (Broca, Heine); il y aurait là une véritable évolution naturelle des angiomes et en particulier, des angiomes dits artériels (Broca). Le professeur Gosselin, tout en

(1) Nous verrons que ces *varices artérielles* limitées aux gros troncs constituent une affection distincte que nous décrirons plus loin.

admettant cette étiologie, est porté à croire qu'il s'agit alors d'une véritable complication; de plus, avec Bruns, il fait jouer un certain rôle aux traumatismes auxquels est exposée la tumeur érectile primitive.

La puberté, la grossesse, les efforts répétés, les troubles menstruels, l'arrêt d'hémorrhagies habituelles (Heine), les affections cardiaques, enfin les émotions morales, seraient des causes prédisposantes à la transformation des angiômes en anévrysmes cirsoïdes.

Les anévrysmes cirsoïdes spontanés, congénitaux, non consécutifs à des œuvi, s'observent surtout aux membres et se caractérisent par une énorme dilatation non-seulement des artères, mais encore des veines; Virchow les rapproche de certains *éléphantiasis*. O. Weber les distingue des anévrysmes cirsoïdes et leur donne le nom de *phlébarteriectasies*. Nous verrons plus loin que la dilatation des veines n'est pas un fait rare dans la plupart des anévrysmes cirsoïdes, aussi croyons-nous inutile d'accepter la distinction d'Otto Weber.

Le *siège* des anévrysmes cirsoïdes est assez variable, toutefois on les rencontre surtout aux points où le système artériel est très-développé: à la tête, aux mains, aux pieds, au tronc. A l'extrémité céphalique, ils occupent de préférence la région de l'oreille, la tempe, le front, les parties latérales de la face, etc.

Robert, A. Verneuil et Ch. Robin se sont efforcés en vain de trouver une raison anatomique de l'apparition plus fréquente des anévrysmes cirsoïdes, dans certains points du système artériel. Peut-être pourrait-on invoquer la structure différente des départements artériels (Gimbert), en particulier la richesse musculaire des artères de la tête. Si en effet, sous une influence vaso-motrice ou inflammatoire, la tunique moyenne des artères vient à s'altérer (Ranvier), on peut comprendre la dilatation de celles-ci et jusqu'à un certain point leur allongement serpentin (Terrier).

Depuis longtemps, on connaît la fréquence des angiômes de l'extrémité céphalique et par cela même se trouve expliquée l'apparition des anévrysmes cirsoïdes dans cette partie du corps. Ici encore, comme pour les angiômes, on a invoqué avec raison l'existence antérieure des fentes branchiales (Virchow, Heine).

Anatomie et Physiologie pathologiques. — Avec Cruveilhier, il est encore permis de dire que les altérations qui constituent l'anévrysme cirsoïde résultent: 1° de la dilatation des artères, 2° de leur allongement et de leurs flexuosités, 3° de leur amincissement.

La dilatation des artères signalée sur les troncs un peu volumineux, par Pelletan, Breschet, Dupuytren (*Varices artérielles*), porte

aussi sur les rameaux et les ramuscules, elle est même plus accusée sur ces derniers (Cruveilhier). Les vaisseaux offrent des ampoules, présentent un aspect moniliforme, et ces ectasies ont été regardées à tort comme des anévrysmes mixtes internes (Breschet, Cruveilhier).

L'allongement des artères donne lieu à des flexuosités en S, en zigzag, en pas de vis, etc; il en résulte une masse bosselée, analogue aux paquets variqueux des veines. Ce sont ces masses ou tumeurs qui ont été étudiées par Ch. Robin et Gosselin sous le nom de *tumeurs cirsoïdes*.

L'atrophie des parois artérielles, signalée par Breschet, Cruveilhier, Robert, Bush, Decès, etc., porterait sur leur tunique moyenne. Notons que cette atrophie n'est pas constante (Cocteau) et ne serait que secondaire pour certains auteurs (Virchow, Billroth).

Les tumeurs (*tumeurs cirsoïdes*) formées par les vaisseaux artériels dilatés et infléchis adhèrent aux téguments, peuvent même les ulcérer, d'où l'apparition d'hémorrhagies comme nous le verrons plus loin. Ces tumeurs contiennent-elles des lacunes ou *lacs sanguins* (Broca)? peuvent-elles être comparées aux angiômes caverneux? présentent-elles des communications artério-veineuses (Breschet)? Ce sont-là des questions non encore résolues. En somme, le mode de communication des artérioles dilatées aux veinules et aux veines, *elles-mêmes dilatées* dans beaucoup de cas, est encore inconnu.

L'examen micrographique des parois des vaisseaux malades a été rarement fait. On a noté une hypertrophie de la tunique élastique des artères (Ch. Robin), une altération grasseuse des fibres musculaires de leur tunique moyenne (Heine). Dans un fait de L. Labbé, la couche moyenne des parois artérielles était épaissie, mais les fibres musculaires lisses très-apparences, présentaient autour de leurs noyaux des granulations grasses. Enfin tout récemment dans un cas de A. Verneuil, on a pu constater un développement anormal de la membrane moyenne, dont les couches internes étaient formées de tissu muqueux (Malassez). Les parois des veines dilatées, offraient la même altération, mais à un moindre degré (1).

Malheureusement ces examens sont encore trop peu nombreux pour en tirer les conclusions indiscutables; toutefois, on peut admettre avec la plupart des auteurs, qu'il s'agit d'un *processus spécial*, qui tend à léser la tunique musculaire des vaisseaux artériels et qui peut résulter d'une prédisposition générale de l'économie. Mais quel est ce *processus*? Virchow croit à une hypertrophie des vaisseaux par irritation nutritive résultant de l'afflux sanguin, suivie de dégénération

(1) Communication orale.

graisseuse. Pour Heine, tout obstacle apporté au cours du sang, par exemple celui qui tient à la présence d'un angiôme, augmente la tension artérielle et celle-ci amène la dégénérescence graisseuse des fibres musculaires des vaisseaux, qui alors se dilatent. Le professeur Broca, au contraire, pense que les artères se dilatent parce que la tension artérielle y est diminuée et que leurs parois s'aminéissent par suite d'une véritable atrophie fonctionnelle. Cette dernière façon d'envisager la question est fort ingénieuse et peut expliquer d'autres lésions vasculaires, en particulier celles de la phlébartérie.

Notons toutefois, que ces deux théories sont difficilement applicables aux anévrysmes cirsoïdes qui succèdent au traumatisme; à moins qu'on n'admette l'existence de communications artério-veineuses (Virchow, Broca), ou qu'on ne fasse jouer à la vascularisation du tissu de cicatrice, un rôle analogue à celui des nævi congénitaux ou acquis.

En fait, on ne sait encore rien de précis sur le processus de cette singulière altération du système artériel.

Symptômes. — Que la tumeur résulte d'un traumatisme ou bien qu'elle succède à l'évolution naturelle d'un angiôme congénital ou acquis, les symptômes du début sont presque nuls. Toutefois on a signalé de la gêne dans les mouvements, un peu de douleur, des battements (Bruns), de la tension dans les parties atteintes.

À la période d'état, l'anévrysme cirsoïde se caractérise par la présence d'une tumeur bosselée, irrégulièrement limitée, saillante surtout vers son centre. La peau souvent altérée, présente un aspect rugueux, éléphantiasique et des taches rouges violacées ou bleuâtres. Parfois le pigment y est plus développé et l'épiderme y est sécrété en plus grande abondance.

Dans quelques cas, les os sur lesquels reposent les vaisseaux sont creusés de sillons et même perforés (M. Verneuil).

Les bosselures de la tumeur offrent souvent des battements appréciables à la vue seule. Au toucher la masse morbide est molle, légèrement élastique, fluctuante, surtout en certains points, réductible par une compression méthodique; elle semble constituée par des pelotons de ficelle, des paquets de vers (J. L. Petit). Enfin on y perçoit des battements isochrones à ceux de la diastole artérielle et souvent aussi un frémissement vibratoire ou *thrill* assez accusé.

À l'auscultation, on entend un bruit de souffle continu avec redoublements, ou simplement intermittent, qui peut être perçu loin de la tumeur, sur les vaisseaux afférents dilatés (Robert.) Dans les divers cas qu'il nous a été permis d'observer, nous avons toujours constaté l'existence d'un souffle continu avec renforcements; ajoutons toute-

fois que le professeur Gosselin croit qu'une même tumeur peut donner lieu au souffle continu avec renforcements au bien ou souffle intermittent, selon que la pression du stéthoscope est plus ou moins forte?

Autour de la tumeur se remarquent des cordons plus ou moins volumineux, offrant des sinuosités multiples et des ampoules présentant des pulsations et du souffle continu avec renforcement ou intermittent, quelquefois même un léger frémissement vibratoire. Ce sont ordinairement des artères dilatées; mais dans un grand nombre de cas, on a aussi affaire à des veines variqueuses, nous en avons récemment observé un bel exemple à la Pitié, dans le service du professeur Verneuil.

Les troubles fonctionnels sont en général peu marqués, on conçoit qu'ils dépendent beaucoup du siège de l'anévrysme. À la tête, on a noté de la céphalalgie, des battements, un souffle troublant le sommeil, des éblouissements, etc. Aux membres, les mouvements sont gênés, il y a de la lourdeur, de la douleur à la pression, surtout dans certaines positions.

Notons que les efforts violents, la toux, la position déclive, influent sur la tumeur et augmentent son volume. Il en est de même lorsqu'on vient à comprimer les veines qui émergent de l'anévrysme.

La compression du tronc artériel ou des branches principales qui alimentent la tumeur, produit un effet inverse: la masse diminue, se décolore, les bosselures s'affaissent, les battements, le souffle, le *thrill*, disparaissent. Vient-on à cesser cette compression, tous ces symptômes réapparaissent très-rapidement.

Enfin, d'après Letenneur et Coyne, la température des parties qui sont le siège de l'anévrysme, serait plus élevée que celle des parties saines correspondantes.

La *marche* peut être lente ou très-rapide, elle paraît accélérée par l'apparition d'ulcérations cutanées suivies d'hémorrhagies (Terrier). Dans ces divers cas, la tumeur augmente de volume, envahit les tissus sains périphériques, et les artères qui l'alimentent deviennent de plus en plus volumineuses et flexueuses. Cette altération des artères peut ainsi s'étendre fort loin.

Chez la femme, les règles, la grossesse, influent beaucoup sur la marche de l'affection (Panas).

Les parties saillantes de la tumeur s'aminéissent, se fissurent, s'ulcèrent, d'où l'apparition d'hémorrhagies qui peuvent être mortelles (Breschet, Adams, F.-M. Verneuil).

Quelques auteurs ont signalé des faits où l'affection était restée stationnaire; dans d'autres cas, elle se serait guérie spontanément

(J. Cloquet, L. E. Chevalier, Decès, Krakowitzer et Gibson), mais ces observations sont contestables.

Diagnostic. — Les anévrysmes cirsoïdes peuvent être confondus avec des tumeurs érectiles, des anévrysmes, des dilatations artérielles serpentine (Cruveilhier), l'anévrysme artério-veineux, enfin certaines tumeurs malignes animées de battements (sarcomes, carcinomes télangiectasiques).

Les tumeurs érectiles dites *veineuses* (Broca) ne peuvent guère être prises pour des anévrysmes cirsoïdes, toutefois il faut noter qu'à un moment donné de leur évolution, elles peuvent offrir des battements et des dilatations artérielles périphériques, c'est-à-dire se transformer en tumeurs cirsoïdes (Broca).

Les tumeurs érectiles dites *artérielles* (Broca), en particulier celles qui ont des battements, peuvent, par suite de leur évolution naturelle (Broca), présenter à un moment donné tous les symptômes des anévrysmes cirsoïdes, et les dilatations serpentine des artères afférentes et des veines efférentes. Aux membres ces dilatations atteignent des proportions énormes, alors que la tumeur proprement dite reste très-petite et circonscrite (Terrier).

L'anévrysme artériel siège d'ordinaire sur des artères assez volumineuses et y forme une tumeur limitée, arrondie, à parois fermes ou élastiques; ces caractères suffisent pour le différencier absolument des anévrysmes cirsoïdes.

Quant aux dilatations serpentine séniles des artères, elles sont plutôt confondues avec des anévrysmes (Broca, Nélaton) qu'avec des tumeurs cirsoïdes. Dans tous les cas elles siègent sur de gros vaisseaux (axillaire, iliaque externe, humérale) et ne se montrent que chez des vieillards atteints d'athérome artériel.

Un diagnostic plus difficile est celui de l'anévrysme artério-veineux, lorsque la communication anormale s'établit entre des vaisseaux d'un petit calibre, comme à la suite d'un traumatisme. Nous avons déjà dit que certains auteurs admettaient même cette communication comme normale dans les anévrysmes cirsoïdes succédant au traumatisme. Cependant la forme bosselée de l'anévrysme cirsoïde différencierait notablement de la tumeur due à un sac anévrysmal (Gosselin). Mais il faut le dire, ce sac peut manquer, et le diagnostic devient alors très-incertain, vu la dilatation périphérique des artères et des veines, les bruits de souffle continu avec renforcements, le thrill, qui existent dans les deux cas (Rufz, Gabe de Masarellos, Laugier, Schottin, etc.).

Les sarcomes ou carcinomes télangiectasiques pourraient être

confondus à l'origine avec l'anévrysme cirsoïde, toutefois nous croyons qu'il suffit d'un examen attentif pour éviter cette erreur. La consistance de ces tumeurs, leur irréductibilité, leur siège, leurs relations fréquentes avec les os, doivent mettre sur la voie du diagnostic (1).

Pronostic. — Il est grave, car l'affection tend à envahir les départements artériels voisins, peut déterminer des hémorrhagies répétées et mortelles, enfin nécessite des opérations souvent sérieuses.

Le pronostic varie encore selon le siège et l'étendue de la lésion, c'est ainsi que les anévrysmes cirsoïdes du crâne sont plus graves que ceux des membres ou plutôt des extrémités comme la main ou le pied (Terrier).

Traitement. — Il est palliatif ou curatif.

D'une façon générale, le traitement palliatif n'a pas donné de résultats satisfaisants; il consiste d'ordinaire à exercer sur l'anévrysme une compression plus ou moins énergique; or celle-ci détermine de vives douleurs et peut donner lieu à des accidents d'hémorrhagie tenant à l'excoriation et à l'ulcération des téguments.

On peut ranger dans quatre classes les moyens réellement curatifs (Terrier).

1^{re} classe. *Procédés ayant pour but l'arrêt de la circulation dans l'anévrysme cirsoïde.* — Ceux-ci peuvent être subdivisés en trois groupes selon que l'interruption du courant sanguin porte : *a.* sur les troncs principaux du département artériel atteint; *b.* sur les troncs secondaires, enfin *c.* sur les rameaux qui arrivent à la tumeur cirsoïde elle-même.

Dans le premier cas, on a lié : la carotide ou les carotides primitives, la carotide externe, l'artère principale d'un membre (fémorale et humérale).

Dans le deuxième cas, la ligature a porté sur des troncs secondaires (radiale, cubitale, tibiale). Cette méthode n'a guère été utilisée que pour les anévrysmes cirsoïdes des membres.

Enfin on a cherché à lier toutes les branches, ou plutôt les principales branches afférentes à la tumeur, surtout lorsque celle-ci siège à l'extrémité céphalique, au crâne en particulier. Quelques auteurs ont employé l'acupressure, d'autres la ligature sur des épingles, comme on le fait pour les varices (Maclachlan, Jobert).

Toutes ces méthodes sont inefficaces, elles peuvent parer aux ac-

(1) Signalons encore certaines variétés congénitales de l'éléphantiasis des membres avec dilatations vasculaires énormes (Jacquemot).

cidents d'hémorrhagie, mais ne guérissent pas l'anévrisme. Ceci tient à la persistance de l'ectasie vasculaire, qui reste perméable au sang revenant par les anastomoses.

2^e classe. *Procédés ayant pour but la destruction de la tumeur formant l'anévrisme cirsoïde.* — Ces procédés peu nombreux comprennent : la cautérisation, la section galvano-caustique, la ligature en masse ou par parties, l'excision et l'amputation.

1^o *Cautérisation.* — Elle a été utilisée par Bonnet (de Lyon) et Joly; le premier seul eut un succès, il s'était servi du chlorure de zinc. En fait, cette méthode n'est applicable qu'aux petites tumeurs bien circonscrites.

2^o *L'anse ou le couteau galvano-caustique* pourraient être utilisés, mais aussi dans des cas exceptionnels et pour enlever des tumeurs limitées.

3^o *La ligature en masse, ou par parties* (Foubert, M. A. Petit, Cuttler, S. J. Fauvel, etc.), donne d'assez bons résultats; elle a été souvent combinée à d'autres méthodes comme la cautérisation.

4^o *L'extirpation*, préconisée par beaucoup de chirurgiens et surtout par Decès, fournit de très-bons résultats. Malheureusement elle n'est pas toujours possible, de plus elle expose les malades à une perte de sang assez considérable; aussi a-t-on conseillé la ligature préventive des artères principales qui se rendent à la tumeur. Quoi qu'il en soit, si le chirurgien dispose d'aides suffisants, s'il se sert de pinces à pression continue pour placer sur les principaux vaisseaux sectionnés, il peut enlever des tumeurs même volumineuses (Decès, Guéniot, A. Verneuil).

5^o *Amputation.* — Ce n'est pas là une méthode mais une nécessité à laquelle on se résout, quand les autres procédés ont échoué (Dupuytren, Fergusson, Poland, Letenneur, U. Trélat, etc.).

3^e classe. *Procédés ayant pour but de modifier la nature vasculaire de la tumeur cirsoïde en y faisant coaguler le sang.* — Ce sont : l'électro-puncture, l'incision, les sétons, les applications externes et les injections de perchlorure de fer.

1^o *L'électro-puncture* a donné deux succès entre les mains de Nélaton et de John Duncan.

2^o *L'incision*, suivie d'une compression immédiate (Bernard de Vidauban, Artung) est une opération assez médiocre qui expose comme la précédente aux hémorrhagies.

3^o *Les sétons* ont été combinés à la ligature du tronc principal (G. Southam), ou bien à la ligature de la tumeur sur des aiguilles (W. Colles).

4^o *Le perchlorure de fer*, appliqué une fois à l'extérieur (Broca), est surtout utilisé en injections.

Les injections coagulantes de perchlorure, préconisées par la plupart des chirurgiens, ont en effet fourni de bons résultats (Vellepeau, Broca, Richet, Middeldorpt, Schut, Gosselin, Demarquay, etc.). Le professeur Gosselin (1) a très-bien exposé les règles qui doivent guider le chirurgien dans l'emploi de cette méthode, dont la valeur nous semble un peu exagérée (Terrier).

4^e classe. *Procédés mixtes.* — L'idée de cette méthode appartient à Malgaigne; le but que doivent se proposer les chirurgiens est de diminuer l'afflux du sang dans la tumeur pour attaquer ensuite celle-ci.

La première condition est remplie par la ligature du tronc ou des branches qui alimentent la masse morbide (Demarquay, Broca, Heine, etc.). Quant à la seconde, on peut détruire la tumeur par l'incision, la cautérisation, la ligature, ou bien la modifier, soit en y injectant du perchlorure de fer (Broca, Demarquay, Fauvel), soit en se servant des sétons multiples, de l'acupuncture, de la galvanopuncture, etc., comme on le fait pour les tumeurs érectiles (Terrier).

BIBLIOGRAPHIE. — Vidi Vidii, *Florentini artis medicinalis*. Venetiis, 1611. — Pelletan, *Mém. sur des espèces particulières d'anévrismes*, etc., in *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 59 et 63, Paris, 1810. — J. Hodgson, *De l'anévrisme par anastomose*, in *Traité des maladies des artères et des veines* (Trad. Breschet), t. II, p. 289, 1819. — G. Breschet, *Mém. chirurg. sur les différentes espèces d'anévrismes*, in *Mém. de l'Acad. de médecine*, t. III, p. 101, 1833. — Chassaignac, *Des tumeurs de la voûte du crâne*, Thèse de concours de Clin. chir., Paris, 1848. — Robert, *Considérations pratiques sur les varices artérielles... du cuir chevelu*, in *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XVI, p. 584, 1850-51 et *Gazette des hôpitaux*, p. 121, 1851. — F. M. Verneuil, *Essai sur l'anévrisme cirsoïde*, etc., Thèse de Montpellier, 1851, n^o 44. — Malgaigne, *Procédé nouveau pour traiter des varices artérielles*, in *Revue méd. chirurg.*, 1851, t. IX, p. 237. — Cruveilhier, *Anévrisme cylindroïde serpentin*, in *Traité d'anat. path.*, t. II, p. 731, 1852. — Ch. Robin, *Mém. sur l'anat. des tumeurs érectiles*, in *Gaz. méd.*, 1854, p. 328. — A. M. Decès, *Des varices artérielles (anévrismes cirsoïdes)*, etc., Thèse de Paris, 1857, n^o 289. — P. Broca, *Traité des anévrismes*, p. 2, 85, 231, etc., Paris, 1857. — A. Verneuil, *Du trait. de l'anévrisme cirsoïde*, in *Gaz. hebdomadaire*, 1858, p. 101. — Philippeaux, *Rem. sur le trait. des anévrismes cirsoïdes*, in *Gaz. hebdomadaire*, 1858, p. 332. — Pemberton, *On the Treat. of aneur. from anastomosis by excision* in *The Lancet*, vol. I, p. 516, 1860. — O. Weber, *Von den ästigen Pulsadergeschwülsten*, etc., in *Handb. der allg. u. speciell. Chir.* von Pitha u. Billroth, Bd II, A. 2, L. 1, 5, 154. Erl., 1865 (Bibliogr.). — Cocteau, *Mém.*

(1) Voyez le *Manuel de méd. opératoire* de Malgaigne (8^e édition par Le Fort), p. 251, 1873.

sur les varices artérielles des membres, etc., in *Arch. gén. de méd.* vol. II, p. 666, 1865. — Gosselin, *Mém. sur les tumeurs cirsoïdes artérielles*, in *Arch. gén. de méd.*, 1867, 6^e série, t. X, p. 641. — J. Laburthe, *Des varices artérielles et des tumeurs cirsoïdes*, etc., Thèse de Paris, 1867, n^o 245. — R. Virchow, *Die Krankhaften Geschwülste*, Bd. III, H. 1, s. 473, Berlin, 1867. — Broca, *Traité des tumeurs*, 1869, t. II, 1^{re} partie, p. 187. — Heine (de Heidelberg), *U. Angioma arteriale racemosum (a. cirsoïdes) am Kopfe*, etc., in *Prag. Vierteljahr. f. Prakt. Heilkunde*, 1869, Bd. 103, s. 1 et Bd. 104, s. 1. — F. Terrier, *Des anévrysmes cirsoïdes*, Thèse d'ag. en chirurgie, Paris, 1872. — Onfray, *Des injections de perch. de fer dans le traitement des tumeurs cirsoïdes artérielles*, Thèse de Paris, 1872, n^o 319. — Morel, *Et. sur un point de trait. des anév. cirsoïdes*, *Ibid.*, 1873, n^o 439.

ART. V. — DILATATION SERPENTINE DES ARTÈRES.

Cette dilatation décrite en partie par Breschet sous le nom d'*anévrisme cylindroïde*, serait pour cet auteur le premier stade de l'anévrysmes cirsoïde. Cette opinion doit être rejetée, car le plus souvent la dilatation serpentine des artères apparaît dans la vieillesse et semble liée à l'athérome artériel (Cruveilhier).

Dans ces cas, l'ectasie vasculaire porte d'ordinaire sur les gros vaisseaux : artères iliaques primitives (J. Cloquet, Laugier), tronc brachio-céphalique (Broca), artère axillaire (Nélaton), artère humérale (Demarquay).

Il en résulte des tumeurs « constituées par la dilatation locale d'une grosse artère, qui s'allonge et s'élargit à la fois, et qui décrit deux ou trois flexuosités assez rapprochées l'une de l'autre pour simuler un anévrysmes. » (Broca).

Il semble en effet y avoir une poche unique animée de battements, et faisant percevoir à l'oreille un bruit de souffle intermittent. Quelquefois même, on sentait un frémissement vibratoire en appliquant la main sur la tumeur (Broca, Demarquay) et le souffle était continu avec renforcements (Demarquay).

Un examen attentif de la tumeur, sa délimitation mal accusée, ses bosselures, enfin des dilatations analogues sur les diverses grosses artères des membres, faciliteront le diagnostic. Il faut aussi tenir grand compte de l'âge des sujets.

BIBLIOGRAPHIE. — Breschet, *Mém. sur les anévrysmes*, etc., in *Mém. de l'Ac. de méd.* 1833, t. III, p. 126. — Cruveilhier, *Traité d'Anat. path.*, t. II, p. 731, 1852. — P. Broca, *Des Anévrysmes*, etc., 1856, p. 86. — Nélaton, in *Gazette des Hôpitaux*, 1856, p. 601. — F. Terrier, *Des An. cirsoïdes*, Th. d'ag. en Chir., Paris, 1872, p. 97.

CHAPITRE V

AFFECTIONS DES VEINES

ARTICLE I. — LÉSIONS TRAUMATIQUES DES VEINES.

Nous étudierons successivement les contusions et les plaies des veines, puis nous dirons quelques mots d'un accident rare des plaies veineuses : l'introduction de l'air dans le système circulatoire.

§ 1. — Contusions des Veines.

Elles peuvent être légères ou entraîner la mortification des parois veineuses, d'où l'apparition d'une hémorrhagie secondaire.

Les contusions, les fractures, les projectiles de guerre (B. Langenbeck), certaines opérations comme la ligature des artères peuvent déterminer les contusions des veines (Nicaise).

Les accidents qui succèdent aux contusions seraient la thrombose et la périphlébite suppurée (O. Weber).

Le plus souvent, la tunique externe du vaisseau contus s'épaissit, s'infiltré et peut suppurer. Dans quelques circonstances, la contusion aurait pour effet de détacher les deux tuniques internes de l'externe et ces tuniques mortifiées détermineraient soit une thrombose, soit des abcès (O. Weber).

§ 2. — Plaies des Veines.

Comme pour les artères on peut diviser les plaies des veines, en plaies pénétrantes et en plaies non pénétrantes. A ces dernières, d'ailleurs fort rares, se rattache jusqu'à un certain point l'histoire de la *dénudation* des veines.

A. Plaies non pénétrantes et Dénudation des veines.

Les plaies non pénétrantes sont très-rares, elles résultent le plus souvent d'une intervention chirurgicale, alors que les parois celluluses d'une veine ont été intéressées soit dans la ligature des artères, soit dans l'extirpation d'une tumeur.

D'ordinaire, ces plaies se guérissent très-simplement et sans accident (Ollier, Nicaise).

La *dénudation* des vaisseaux veineux s'observe aussi dans les