

vaisseau ; des gangrènes diverses, la pourriture d'hôpital, etc. D'après Sanson, les hémorragies consécutives ont quelquefois le type *intermittent* et cèdent alors aux préparations de quinquina.

Le traitement des hémorragies consécutives varie en raison de l'abondance de l'écoulement sanguin et des vaisseaux qui fournissent ce dernier.

Quand le sang est versé en nappe par la surface d'une plaie et que l'hémorragie est le résultat d'un travail inflammatoire ou d'une trop forte constriction de l'appareil, il faut couvrir mollement la plaie, appliquer un simple bandage contentif et modifier la fluxion inflammatoire par des émissions sanguines. Si l'hémorragie est fournie par un vaisseau d'un petit calibre, on exerce une compression sur son orifice, ou bien on le cautérise avec un bouton de feu ; cette dernière pratique convient également aux hémorragies fournies par des tissus érectiles. S'il se manifeste des hémorragies *capillaires* consécutives chez des individus faibles, scorbutiques, on a recours aux topiques astringents et styptiques, aux absorbants, etc., à un régime analeptique, à des boissons aiguës avec des acides minéraux. L'hémorragie consécutive peut être la conséquence du retour du sang par le bout inférieur, lorsqu'on a omis de faire la ligature de ce bout, ou bien de la section prématurée des tuniques artérielles de l'un ou de l'autre des bouts de l'artère liés tous les deux au moment de la production de la blessure. La plupart des chirurgiens modernes conseillent, en pareille circonstance, de pratiquer une nouvelle ligature à une certaine distance de la première, persuadés que les artères qui se trouvent au fond d'une plaie qui suppure sont trop fragiles pour supporter la constriction d'un fil à ligature ; ils préfèrent donc la méthode d'Anel. D'autres praticiens professent que toutes les fois que la plaie artérielle est située dans une région où les anastomoses permettent à la circulation de reprendre rapidement son cours, à la main, au pied, au cou, le retour de l'hémorragie après l'application de la méthode d'Anel est presque inévitable. Ils préfèrent pratiquer la ligature directe de l'artère au fond de la plaie ; les expériences sur le cadavre et sur les animaux vivants faites par Courtin démontrent en effet qu'on a exagéré la fragilité des artères entourées de tissus enflammés. Nous pensons que, lorsque l'hémorragie peut être arrêtée par la compression directe, celle-ci est préférable.

ARTICLE II.

De l'artérite.

C'est l'inflammation des artères que l'on désigne sous le nom d'*artérite*. Quelques pathologistes l'attribuent à l'abus des alcooliques, à l'usage habituel d'une nourriture trop animalisée, à l'action d'un froid excessif ; les lésions mécaniques de toutes sortes des artères la produisent ; il est rare qu'elle soit la conséquence de la propagation jusqu'au tube artériel d'une inflammation des tissus au milieu desquels l'artère se trouve ; elle peut naître *spontanément*, c'est-à-dire sans cause appréciable. Nous avons

indiqué précédemment (p. 127) l'influence exercée sur la production de l'artérite par l'arrêt d'un *embolo* dans un des vaisseaux à sang rouge.

Anatomie pathologique. La coloration rouge de la face interne des artères ne suffit pas à elle seule pour caractériser l'artérite ; car elle est souvent la conséquence d'une imbibition cadavérique produite par le contact du sang renfermé dans le vaisseau. Il n'en est pas de même de l'injection des capillaires qui rampent dans l'épaisseur des tuniques artérielles ; cette hyperhémie est souvent accompagnée d'une sécrétion de lymphes plastique et d'un épaissement avec friabilité des parois du vaisseau. L'artérite a pour conséquence de donner lieu à la coagulation du sang renfermé dans l'artère, d'où l'oblitération de cette dernière et un obstacle à la progression du sang. Le caillot subit diverses transformations : il contracte des adhérences intimes avec les parois artérielles, se condense, et l'artère se transforme après un certain temps en un cordon fibreux ; ou bien il est résorbé et le canal artériel est rendu à la circulation ; la suppuration du caillot est rare.

Symptômes. L'artérite est caractérisée par une douleur plus ou moins intense qui augmente lorsqu'on exerce une pression sur le vaisseau enflammé ; par des pulsations violentes dans l'artère, au début de la maladie, d'après Broussais et Roche. En explorant l'artère avec les doigts, on constate qu'elle est dure, qu'elle a augmenté de calibre et que la main n'est plus soulevée par des battements. Il est impossible aussi de retrouver ces battements dans tous les points de l'artère situés au delà de la partie enflammée. En même temps, les malades se plaignent de picotements, d'engourdissement, de tiraillements, d'une sensation de froid, dans les organes où se rendent les branches de l'artère affectée d'inflammation. On comprend que tous les phénomènes que nous venons de signaler en dernier lieu sont la conséquence de l'interruption de la circulation artérielle dans une étendue plus ou moins considérable. L'artérite est accompagnée quelquefois de symptômes généraux plus ou moins intenses.

Marche. Terminaisons. Dans les cas les plus heureux, le caillot qui s'est formé dans l'artère se résorbe et la circulation se rétablit ; on voit alors disparaître les phénomènes locaux et les troubles fonctionnels qui en sont la conséquence. D'autres fois l'artère s'oblitére, dans une étendue plus ou moins considérable, et si les anastomoses ne suffisent pas pour rétablir la circulation dans le membre, il se développe une gangrène dont les signes ont été exposés précédemment (p. 125).

Diagnostic. Il est difficile quand l'artère enflammée est située profondément ; ce n'est que par les signes rationnels, c'est-à-dire par la cessation des battements artériels à l'extrémité du membre, qu'on peut soupçonner l'existence de la maladie. L'artère est-elle, au contraire, accessible à l'exploration directe, l'artérite sera facilement reconnue, et on la distinguera de la phlébite aux signes qui seront exposés plus loin. (Voy. *Phlébite*.)

Pronostic. Traitement. Ce sont les conséquences de l'artérite qui en font une affection sérieuse. La gravité de cette maladie est subordonnée avant tout au volume de l'artère. C'est par un traitement antiphlogistique local et général qu'il faut combattre cette affection ; pour calmer la douleur,

on aura recours aux fomentations narcotiques. En cas de gangrène, on se conduira comme nous l'avons indiqué p. 123.

ARTICLE III.

Des anévrysmes.

On désigne sous le nom d'anévrysme (de $\epsilon\delta\rho\upsilon\omega$, je dilate) une tumeur contenant du sang liquide ou coagulé, et communiquant avec le canal d'une artère (*anévrysme artériel*), ou communiquant à la fois avec une artère et une veine (*anévrysme artério-veineux*).

Les anévrysmes se divisent en deux grandes classes : les uns se développent lentement, sans l'intervention d'une violence extérieure la plupart du temps : ce sont les anévrysmes *spontanés*; les autres ne se forment qu'à la suite d'une blessure artérielle, ce sont les anévrysmes *traumatiques*.

1^o DES ANÉVRYSMES SPONTANÉS.

Causes. Toutes les artères ne sont pas atteintes d'anévrysme avec un degré égal de fréquence. Il résulte d'un relevé de Crisp, portant sur tous les cas d'anévrysme recueillis dans la Grande-Bretagne, dans l'espace de soixante-deux ans, que cette affection a son maximum de fréquence sur l'aorte thoracique, puis sur l'artère poplitée, la fémorale, l'aorte abdominale, les carotides, les sous-clavières, l'axillaire, etc. Sous le rapport du siège, on distingue les anévrysmes en *externes* et en *internes*, suivant que la tumeur est accessible ou non à l'application de moyens chirurgicaux. Le plus souvent, il n'existe qu'un seul anévrysme sur le même sujet; on en rencontre quelquefois plusieurs, et l'on cite, comme fait exceptionnel, un malade de Pelletan chez lequel on reconnut à l'autopsie soixante-trois anévrysmes répartis sur diverses artères. Tous les âges ne sont pas également prédisposés au développement de cette affection; les relevés de Crisp, cités il y a un instant, démontrent qu'on les rencontre surtout entre trente et quarante ans. L'influence du sexe est incontestable; le sexe masculin y prend une bien plus large part que le féminin. On prétend que certaines professions, celles qui exigent la flexion permanente d'un membre, jouent un grand rôle dans la production de la maladie, et c'est ainsi qu'on a cru rendre compte de la fréquence de l'anévrysme poplité chez les cochers, les rémouleurs, les cordonniers, les jockeys, etc. Mais il est une influence incontestable et généralement admise par tous les chirurgiens, c'est celle du climat. Tout le monde reconnaît que cette affection est infiniment plus fréquente dans la Grande-Bretagne et aux États-Unis qu'ailleurs; dans certains pays, elle est tellement rare que, d'après un rapport de Tulloch, il ne s'est montré à Ceylan, dans l'espace de six ans, que trois anévrysmes sur treize mille soldats européens, et pas un seul sur vingt-deux mille soldats indigènes. L'influence des races semble également incontestable : ainsi aux États-Unis, les anévrysmes sont assez rares chez

les nègres et parmi les familles blanches fixées depuis longtemps dans le pays; ils sont, au contraire, très-communs chez les émigrants venant d'Angleterre ou d'Irlande.

On a signalé, comme causes prédisposantes, l'épaisseur trop grande des parois du ventricule gauche, la courbure des artères, la proximité du cœur, la situation superficielle des vaisseaux qui les expose à être contus, le voisinage des artères de certaines articulations à mouvements étendus, l'usage immodéré du vin et des liqueurs alcooliques, l'abus des plaisirs vénériens et la syphilis constitutionnelle; l'ossification, ou pour mieux dire, l'*infiltration calcaire*, les dégénérescences appelées *athéromateuse*, *stéatomateuse*, les *ulcérations* des parois artérielles, conséquences de l'*infiltration granulo-graisseuse* du tissu de ces vaisseaux; et enfin, en l'absence d'une cause plausible, il a bien fallu invoquer, dans quelques cas, une *diathèse anévrysmale*. On a considéré comme causes occasionnelles les contusions, les coups, l'extension brusque d'un membre, etc.

Anatomie et physiologie pathologiques. Les anévrysmes se développent d'une manière brusque ou lente. Dans le premier cas, c'est à la suite d'un effort violent, d'une contusion; les tuniques internes, en général altérées par l'infiltration calcaire ou par la granulo-graisseuse, cèdent à l'effort exercé par le malade et se déchirent; l'externe seule résiste et se dilate sous l'influence de la pression latérale exercée par le sang. Dans le second cas, la tunique interne est lentement perforée par un travail ulcératif qui est la conséquence des dépôts de matière grasseuse; les fibres de la tunique moyenne sont éraillées à leur tour, et le sang s'insinue sous la tunique celluleuse sous la forme d'une ecchymose. Plus tard, l'ulcération des tuniques internes augmente d'étendue, ce qui permet à une quantité plus considérable de sang de distendre la tunique celluleuse; il se forme ainsi, au bout d'un certain temps, une poche plus ou moins large, compressible, pulsative, adossée à l'artère et communiquant avec elle par une ouverture généralement plus étroite que le corps de la tumeur.

Quelquefois l'anévrysme se forme d'une autre manière : les trois tuniques artérielles se dilatent et forment une tumeur qui reste stationnaire; puis, à l'occasion d'un effort, les deux tuniques internes se rompent; l'externe seule résiste à la pression de la colonne sanguine, se dilate et forme une tumeur d'un volume plus considérable.

Corvisart avait admis, pour les anévrysmes, un autre mode de développement qu'il avait cru surprendre sur le trajet de l'aorte. D'après lui, des kystes se formeraient sous la tunique externe de l'artère, et, par la pression qu'ils exercent, finiraient par user les tuniques internes et par s'ouvrir dans la cavité artérielle, d'où le sang s'insinuerait dans une poche toute préparée pour le recevoir. Bien que ce mécanisme ait été mis en doute par Hodgson, les faits de Guthrie, de Stenzel, de Bérard et Leudet, ne permettent pas d'en révoquer la possibilité. On pourrait désigner les anévrysmes qui se forment de cette manière sous le nom de *kystogéniques*.

Les anévrysmes spontanés ne présentent pas toujours la même configuration; quelques-uns sont constitués par une tumeur petite, en forme de