

térales fournies par l'artère au-dessus de la ligature avec le sac et la portion d'artère voisine. Qu'on n'oublie pas que les anastomoses artérielles sont tellement nombreuses, qu'alors même que la circulation est interrompue dans l'artère principale du membre, le sang est bientôt reporté dans la portion d'artère placée au-dessous de la ligature; et dans les anévrysmes spontanés le rétablissement de la circulation est favorisé non-seulement par la dilatation des collatérales, mais encore par celle des vaisseaux capillaires.

Les suites de l'opération sont variables : dans les cas les plus heureux, la tumeur continue à diminuer de volume et dureté; la circulation se rétablit régulièrement dans la partie inférieure du membre qui recouvre bientôt sa température normale; finalement le sac anévrysmal disparaît après un temps plus ou moins long, et l'artère qui lui a donné naissance reste oblitérée dans une étendue plus ou moins considérable. D'autres fois il se manifeste des accidents plus ou moins graves qui compromettent la vie du malade; parmi ces accidents, les plus fréquents sont les *hémorragies consécutives* dues à la section *prématurée* des tuniques artérielles par la ligature. On les voit apparaître du cinquième au vingt-cinquième jour à partir de l'opération. Le sang est fourni, soit par le bout supérieur de l'artère, ce qui est le plus fréquent, soit par le bout inférieur. Dans le premier cas, il est prescrit d'appliquer une nouvelle ligature sur un point plus élevé de l'artère; dans le second, on agira de la même manière, à moins que le voisinage d'une grosse branche collatérale ou du sac lui-même ne s'y oppose, circonstance malheureuse qui ne laisse au chirurgien d'autre parti à prendre que d'avoir recours au tamponnement. — La tumeur anévrysmale, au lieu de revenir sur elle-même après la ligature, se *distend* graduellement par l'arrivée d'une nouvelle quantité de sang que rapportent les branches collatérales. Si on abandonne les choses dans cet état, il peut en résulter une rupture de l'anévrysmale. Pour prévenir cette fâcheuse terminaison, on recherchera la voie de retour du sang dans la tumeur; et si on la trouve, on pourra en arrêter les progrès par l'application de nouvelles ligatures; si celles-ci sont insuffisantes, on n'a d'autre parti à prendre que de choisir entre l'opération par l'ouverture du sac, dont on connaît toute la gravité, et l'amputation du membre. — La tumeur anévrysmale s'échauffe après l'opération, et cette inflammation se termine par suppuration ou par gangrène des parois du sac. Si des hémorragies se déclarent, l'amputation du membre est prescrite par les auteurs; s'il n'y a pas d'hémorragie, ils conseillent de temporiser et d'avoir recours à un pansement convenable. — Enfin la gangrène d'une partie du membre est encore une conséquence de la ligature, lorsque la circulation ne se rétablit pas d'une manière suffisante; la mortification des extrémités du membre n'est pas grave, celle qui en atteint toute l'épaisseur exige l'amputation; Marjolin et P. Bérard conseillent de la pratiquer avant que la mortification soit bornée.

Pour apprécier la valeur de la méthode d'Anel, il faut rechercher les résultats qu'elle a donnés. Il nous suffira de citer quelques statistiques pour en démontrer les tristes conséquences. Sur 389 cas rassemblés par B. Phillips, cette méthode a donné 112 morts; sur 418 cas recueillis par

L. Porta, il y a eu 117 morts; sur 125 cités par Lisfranc, 38 morts; c'est-à-dire une moyenne de 28 pour 100.

b. Il est des anévrysmes situés de telle façon, qu'il serait impossible ou dangereux de porter une ligature entre la tumeur et le cœur : tels sont les anévrysmes de la carotide primitive à son origine, de la sous-clavière, de l'iliaque externe, etc. C'est pour ces sortes d'anévrysmes que Brasdor a proposé d'appliquer une ligature entre la tumeur et les capillaires. L'auteur de cette méthode espérait obtenir une oblitération de l'artère liée et une coagulation du sang qui se transmettrait de proche en proche jusqu'à la tumeur anévrysmale. La *méthode* de Brasdor se divise en deux *procédés*, suivant qu'on ne laisse aucune branche collatérale entre le sac et le point où la ligature est appliquée (procédé de Brasdor), ou qu'il existe, au contraire, des branches collatérales entre les deux (procédé de Wardrop). Il résulte de l'ensemble des faits rassemblés sur cette méthode que, sur vingt-huit opérations, il y a eu huit guérisons. Le *procédé* de Brasdor compte un plus grand nombre de succès que le *procédé* de Wardrop, surtout pour les anévrysmes de la carotide, qui ont fourni cinq guérisons sur six cas.

Nous rattachons à la méthode de Brasdor la *compression* exercée *au-dessous du sac* anévrysmal, entre ce dernier et les capillaires, sur l'artère anévrysmatique; ce procédé appartient à Vernet. Les résultats qu'on en a obtenus sont peu encourageants; sur sept malades, on compte six insuccès et un succès contestable.

8° La *compression indirecte* est la compression exercée sur l'artère principale du membre sans toucher à la tumeur. Appliquée pour la première fois par Guattani, elle a été créée par Desault, exécutée ensuite par Ford et J. Hunter en Angleterre, par Chopart, Vernet, Lassus en France. Boyer, Dubois, Viricel et Dupuytren en ont obtenu des succès, et, malgré l'heureuse modification imaginée en 1823 par Belmas, consistant à remplacer la compression indirecte unique par la compression indirecte *multiple et alternative*, cette méthode a été abandonnée en France; elle reprit au contraire un nouvel essor dans les îles Britanniques et notamment en Irlande; Hutton, Cusack, Liston, Bellingham en ont retiré de beaux succès, et les résultats semblent ne pas avoir été moins brillants en Amérique.

La compression indirecte peut être exécutée de diverses manières; cette *méthode* peut donc être subdivisée en *procédés*.

La compression peut être *totale*, c'est-à-dire faite de telle façon, qu'elle arrête entièrement les pulsations de la tumeur en interceptant complètement la circulation; elle place les tumeurs anévrysmales dans les mêmes conditions que la ligature; aussi a-t-elle donné quelquefois des guérisons très-rapides. Elle a cependant plusieurs inconvénients assez graves pour la faire rejeter : elle expose à la formation de caillots mous ou passifs; elle donne lieu à des douleurs, à la rubéfaction, à la vésication, à l'excoriation de la peau et même à la gangrène du tégument externe, dans le point où l'appareil à compression est appliqué. La compression *partielle* est celle qui laisse passer assez de sang pour communiquer encore de légers battements à la tumeur. Il faut y rattacher la compression en *deux temps*, dans laquelle

on commence par exercer une compression partielle continue et à peu près uniforme, de manière à diminuer les battements de la tumeur sans les éteindre tout à fait. Puis, au bout de quelques jours, lorsque la poche est oblitérée par des caillots fibrineux, on augmente l'intensité de la compression de manière à faire cesser tout battement dans l'anévrisme. La compression *graduelle* est celle qu'on augmente chaque jour; la compression *intermittente* est celle dans laquelle la compression est suspendue pendant quelques minutes ou pendant quelques heures, pour être reprise ensuite: cette modification est nécessitée par la douleur quelquefois très-vive que les malades éprouvent par l'action continue des appareils compressifs. C'est dans le but de prévenir cet inconvénient qu'on a recours à la compression *double et alternative*, suivant le procédé Belmas; il suffit d'avoir un appareil compressif pourvu de deux pelotes (GH, GH, fig. 38) que l'on applique très-exactement sur le trajet de l'artère, en les serrant et en les relâchant alternativement. Quelquefois la douleur éprouvée par les malades, ou pour mieux dire leur susceptibilité, est telle, que la compression n'est plus tolérée après un certain nombre de jours, et qu'on est forcé de l'interrompre pendant quelque temps pour la reprendre plus tard; on peut caractériser ce procédé sous le nom de *compression interrompue*.

De tous les procédés que nous venons de passer en revue, celui qui fournit les plus beaux résultats est la compression en *deux temps*, exercée d'une manière *continue*, en la rendant à la fois *double et alternative*, suivant le procédé Belmas indiqué plus haut.

On se sert d'un appareil (fig. 38) formé d'une espèce de cuirasse (BB)

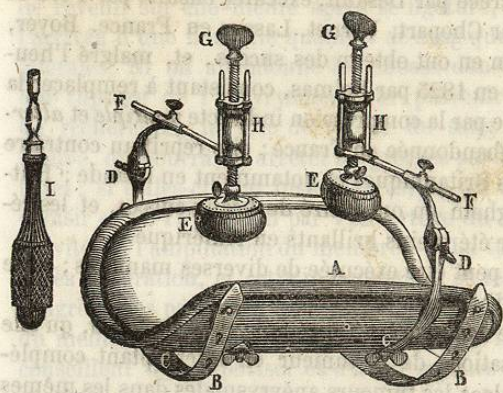


Fig. 38.

propre à embrasser le membre malade et pourvu de deux pelotes (GH, GH), qui, au moyen d'un mécanisme convenable, peuvent être appliquées sur le trajet de l'artère et être serrées ou relâchées à volonté. Il faut ajouter que, dans quelques cas assez rares, où la compression des pelotes n'a pu être supportée, on l'a remplacée par la compression faite avec le doigt de plusieurs aides, se succédant

les uns les autres, pendant un certain nombre d'heures. Ce procédé est connu sous le nom de *compression digitale*.

L'avantage principal de la compression indirecte est de laisser l'artère perméable au niveau du point comprimé, ce qui prévient la gangrène du membre, et de favoriser le dépôt de caillots *fibrineux* dans l'intérieur du sac anévrysmal. L'inconvénient de cette méthode est d'être parfois insupportable pour les malades, ce qui force à y renoncer. Les résultats favo-

rables qu'elle a donnés l'emportent de beaucoup sur ceux de la ligature: sur cent soixante-trois observations rassemblées par Broca, il y a eu cent seize succès: environ 70 pour 100.

2° DES ANÉVRYSMES TRAUMATIQUES.

Il y a trois espèces d'anévrismes traumatiques: le faux primitif, le faux consécutif et l'artério-veineux.

I. DE L'ANÉVRYSME FAUX PRIMITIF.

On désigne encore cette espèce d'anévrisme sous le nom de *tumeur hémorragiale non circonscrite*, d'*anévrisme faux non circonscrit* ou d'*anévrisme diffus*. Elle consiste dans un épanchement ou une infiltration de sang dans le tissu cellulaire qui entoure l'artère, d'où la formation d'une tumeur vague, irrégulière, quelquefois très-étendue.

Causes. Le plus souvent, l'anévrisme faux primitif succède à une blessure artérielle dans laquelle la plaie du vaisseau est étroite et non parallèle à celle des parties molles, ce qui empêche le sang de s'écouler au dehors. Elle est quelquefois la conséquence d'une déchirure d'artère par un fragment ou une esquille d'os fracturé; ou bien encore d'une plaie par arme à feu. Lorsqu'une artère se déchire après un effort violent ou après des tractions énergiques exercées sur un membre, qu'une poche anévrysmale considérablement distendue se rompt sous les téguments, il en résulte encore la formation d'un anévrisme diffus. Quelle que soit d'ailleurs la cause de l'anévrisme faux primitif, le sang s'infiltré d'abord dans la gaine celluleuse de l'artère, puis dans le tissu cellulaire voisin, plus tard dans les espaces intermusculaires, entre les muscles et le périoste, enfin entre la peau et les aponévroses d'enveloppe.

Symptômes. Diagnostic. Lorsque l'anévrisme est produit à la suite d'une blessure étroite d'artère, un jet de sang artériel sort par la plaie extérieure au moment de l'accident et cesse bientôt. Un gonflement se manifeste d'abord sur le trajet du vaisseau, puis sur les autres points du membre. Ce gonflement est mal circonscrit, mou, indolent, sans changement de couleur de la peau, qui ne présente que plus tard une teinte bleuâtre marbrée. Il est rare de percevoir une fluctuation qui est le plus souvent remplacée par une tension élastique; quelquefois on découvre des battements isochrones à ceux du pouls ou un léger frémissement, mais il est impossible de trouver nulle part un bruit de souffle. Le gonflement n'apparaît pas toujours immédiatement après la blessure; il peut survenir plus tard, lorsque la blessure artérielle est très-étroite; il peut aussi y avoir absence d'hémorragie au moment de l'accident, parce que le sang ne s'écoule pas au dehors en raison du défaut de parallélisme et de l'éloignement de la plaie extérieure et de la plaie artérielle. Lorsque l'anévrisme diffus succède à la déchirure d'une artère ou à la rupture d'un sac anévrysmal, la tuméfaction

se développe très-rapidement et elle est accompagnée de douleurs très-vives. La tumeur, mal circonscrite, présente des pulsations obscures, et l'on perçoit souvent un léger frémissement vis-à-vis l'ouverture de l'artère.

Marche. Terminaisons. Le sang est en grande partie résorbé, le vaisseau blessé s'oblitére au-dessus et au-dessous de la blessure; la guérison est complète. Ou bien la résorption du sang n'est que partielle, la tumeur devient circonscrite et un *anévrisme faux consécutif* succède à l'anévrisme diffus; ou bien encore le sang se décompose, le foyer s'enflamme et se convertit en un abcès sanguin qui s'ouvre à l'extérieur, ce qui donne lieu à des hémorragies graves; parfois même ce travail de décomposition du sang amène un gonflement considérable et une gangrène du membre.

Pronostic. Traitement. Le pronostic est d'autant plus grave que l'artère blessée est plus voisine du tronc, qu'elle est située plus profondément, que l'infiltration du sang est plus considérable.

L'indication à remplir est de mettre à découvert l'artère blessée, après avoir au préalable fait exercer une compression au-dessus du lieu de la blessure, puis de porter une ligature sur le bout supérieur et sur le bout inférieur. Dans le cas où l'anévrisme s'est formé dans une région où l'existence d'un grand nombre de branches artérielles ne permet pas de préciser exactement celle qui a été blessée, on a conseillé d'avoir recours à la méthode d'Anel, méthode incertaine dans ses résultats, puisqu'elle expose tout au moins, suivant les remarques de Guthrie, à l'hémorragie par le bout inférieur, dans lequel les anastomoses rapportent le sang. Aussi le chirurgien anglais prescrit-il formellement de mettre à découvert le vaisseau blessé pour en faire la ligature, quels que soient les délabrements qu'une pareille opération nécessite. Nous pensons qu'il serait plus convenable, en pareil cas, de tenter la méthode de la compression indirecte (p. 261), qui a donné quelquefois de bons résultats.

II. DE L'ANÉVRYSME FAUX CONSÉCUTIF.

Cette espèce d'anévrisme est encore désignée sous les noms d'*anévrisme faux circonscrit*, d'*anévrisme faux enkysté* ou *faux saciforme*. Elle consiste en une tumeur formée par du sang artériel, circonscrite, à parois celluluses, adossée à une artère et communiquant avec elle par une ouverture qui est produite par une blessure plus ou moins ancienne.

Causes. Mécanisme. L'anévrisme faux consécutif succède presque toujours à une plaie artérielle qui s'est promptement fermée, d'abord par la formation d'un caillot et plus tard d'un bouchon de lymphes plastique. La plaie des téguments se cicatrise à son tour, et le malade paraît à l'abri de tout danger. Mais au bout d'un certain temps, la cicatrice artérielle ou le caillot qui la précède sont lentement soulevés par la pression latérale du sang, et ce liquide se fraye un passage dans la gaine celluleuse du vaisseau et s'y entoure d'un kyste aux dépens du tissu cellulaire. L'anévrisme faux consécutif ressemble donc à l'anévrisme spontané, sous ce rapport que le sang sorti de l'artère est contenu dans un sac; il en diffère par le mode de

formation et surtout par l'intégrité des tuniques artérielles au-dessus et au-dessous de l'ouverture artérielle.

Symptômes. Marche. L'anévrisme faux consécutif est caractérisé par les mêmes symptômes que l'anévrisme spontané (p. 253), et se comporte de la même manière que ce dernier; la marche en est généralement plus lente. La présence d'une cicatrice sur la peau qui recouvre la tumeur, les circonstances commémoratives fournies par le malade qui a eu, à une époque plus ou moins éloignée, une blessure d'artère, permettent de distinguer l'une de l'autre les deux espèces d'anévrisme.

Pronostic. Traitement. L'absence d'altération des tuniques artérielles, dans les anévrismes faux consécutifs, en rend le pronostic moins grave que celui des anévrismes spontanés. Cette circonstance amoindrit le danger de la ligature de l'artère que l'on peut pratiquer immédiatement au-dessus de la tumeur (méthode d'Anel) pour obtenir le retrait graduel du sac. La compression indirecte, suivant le procédé précédemment exposé (p. 262), permet quelquefois d'obtenir la guérison.

III. DES ANÉVRYSMES ARTÉRIO-VEINEUX.

On appelle anévrisme *artério-veineux*, *varice anévrysmale*, anévrisme *variqueux*, l'anévrisme dans lequel il existe une communication entre la cavité d'une artère et celle d'une veine. Cette affection, mentionnée par Sennert, a été décrite pour la première fois par W. Hunter et par Guattani.

Causes. Dans quelques circonstances rares, la communication entre l'artère et la veine s'établit consécutivement à une ulcération qui se forme au point d'accolement des deux vaisseaux; l'anévrisme artério-veineux rentre alors dans la classe des anévrismes *spontanés*; mais comme, dans la grande majorité des cas, l'anévrisme s'établit après une blessure qui a intéressé à la fois l'artère et la veine, il est plus rationnel de le ranger dans la classe des anévrismes traumatiques. Le genre de blessure qui peut être suivi de cette communication entre les deux vaisseaux, est variable: la plaie est produite par une lancette, un poinçon, une pointe de sabre, une épée, une balle, un grain de plomb, etc. Tantôt l'instrument vulnérant produit une seule plaie sur chacun des vaisseaux, tantôt il fait trois ouvertures, deux à la veine et une à l'artère; il peut y avoir deux ouvertures à chacun des vaisseaux qui sont traversés de part en part; on conçoit que les rapports des deux vaisseaux l'un avec l'autre, la direction de l'instrument et la profondeur à laquelle il est enfoncé, exercent une grande influence sur les variétés de plaies que nous venons d'indiquer. Dans tous les cas, il suffit, pour la production de l'anévrisme artério-veineux, qu'il reste une ouverture à la veine et une autre à l'artère.

Variétés. L'anévrisme se présente sous plusieurs formes. Lorsqu'il n'existe qu'une seule ouverture à chaque vaisseau dans le point où ils se correspondent, ou bien encore que l'ouverture superficielle de la veine se cicatrise, il s'établit une communication simple et directe entre l'artère et la veine, c'est ce qu'on appelle une *varice anévrysmale* (fig. 39, A). Qu'avec

la communication précédente la veine se dilate plus ou moins, au point d'atteindre le volume d'une noix, d'une pomme ou du poing, il en résulte un *anévrisme variqueux* (fig. 39, B). S'il existe entre la blessure artérielle et celle de la veine un intervalle que le sang est obligé de franchir pour passer de l'artère dans la veine, il se formera dans ce point un kyste : c'est l'*anévrisme variqueux enkysté intermédiaire* (fig. 39, C). Lorsque la blessure a produit deux ouvertures sur l'artère et une seule sur la veine, il se peut que l'ouverture veineuse unique et l'ouverture *profonde* de l'artère, placées en face l'une de l'autre, permettent à la communication artérioveineuse de s'établir. D'un autre côté, l'ouverture superficielle de l'artère, restant béante, donne lieu à la formation d'un anévrisme faux. Il y a donc dans ce cas un double anévrisme : à savoir, une varice anévrismale et un anévrisme artériel. Un exemple de ce genre a été rapporté par Rodrigue. Cette variété peut être appelée anévrisme *variqueux enkysté artériel* (fig. 39, D). A. Bérard a décrit une autre variété qui est l'inverse de la précédente :

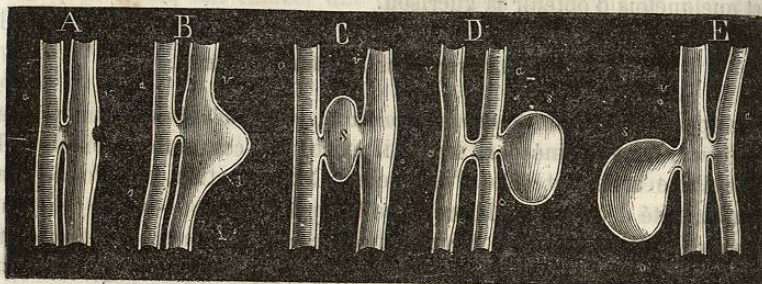


Fig. 39.

il existe deux ouvertures à la veine et une à l'artère. Cette dernière ouverture et l'ouverture profonde de la veine communiquaient ensemble ; le sang artériel, après avoir traversé la veine, s'engage, par l'ouverture superficielle de cette dernière, dans un sac anévrismal accolé à la veine ; c'est l'*anévrisme variqueux enkysté veineux* (fig. 39, E). L'*anévrisme variqueux latéral* diffère des précédents en ce que le sac est sur le côté des vaisseaux qui ont été piqués simultanément. Seulement ici, le sang, au lieu de dilater la veine comme dans la figure 39, B, au lieu de former un kyste entre l'artère et la veine, comme dans la figure 39, C, le sang s'est creusé une cavité sur le côté des deux vaisseaux : dans l'intervalle de ces derniers existe donc seulement un canal qui s'est dilaté latéralement.

Il faut citer comme exceptionnelle la variété suivante d'anévrisme artérioveineux rapportée par Park (de Liverpool). Une lancette maladroite avait perforé de part en part, au pli du bras, la veine médiane basilique et l'une des veines humérales profondes de la paroi antérieure de l'artère humérale, de telle façon qu'il existait en tout cinq ouvertures. Il se forma deux anévrismes communiquant ensemble et avec l'artère humérale ; l'un aux dépens de la veine médiane basilique, l'autre aux dépens de la veine humérale profonde.

physiologie pathologique. Dans l'anévrisme artérioveineux, il s'établit un courant sanguin de l'artère vers la veine, c'est-à-dire que le sang artériel passe d'une manière non interrompue dans la veine, se mêle avec le sang veineux et retourne au cœur à l'état de sang artérioveineux. Le passage du sang artériel dans la veine s'exécute avec plus d'énergie pendant la diastole artérielle (systole du cœur) que pendant la systole artérielle (diastole du cœur) ; c'est donc un véritable courant *continu et saccadé* qui se fait de l'artère dans la veine. L'opinion précédente est professée par Marjolin, P. Bérard et Broca ; elle diffère de celle de Breschet, qui admettait un autre mode de circulation : suivant lui, il y avait passage du sang artériel dans la veine pendant la *systole* artérielle, et passage du sang veineux dans l'artère pendant la *diastole* de ce dernier vaisseau.

Les caillots actifs ou fibrineux ne se déposent presque jamais dans les anévrismes artérioveineux, à moins que le sac ne prenne un grand volume.

Symptômes. L'anévrisme artérioveineux se rencontre le plus souvent au pli du bras ; on en a également signalé l'existence dans toutes les régions du corps où artère et veine sont accolées l'une à l'autre : dans le creux du jarret (Lassus, Hodgson) ; à la partie supérieure de la cuisse (Dupuytren) ; dans la région sus-claviculaire, entre l'artère et la veine sous-clavières (Larrey) ; à la partie moyenne du cou, entre la carotide et la veine jugulaire (Breschet) ; au niveau de l'artère tibiaïale postérieure (Dorsey) ; entre l'aorte et la veine cave inférieure (Syme), etc.

L'anévrisme artérioveineux se présente sous la forme d'une tumeur circonscrite, peu volumineuse, ovoïde, située sur le trajet d'une artère et d'une veine, disparaissant par la compression et revenant à son volume primitif, quand la compression cesse ; animée de pulsations isochrones aux battements du cœur, qui disparaissent avec la tumeur elle-même, lorsqu'on comprime l'artère entre l'anévrisme et le cœur, et deviennent plus fortes par la compression exercée sur la veine seulement, entre l'anévrisme et le cœur. Les pulsations se propagent le long des veines, à quelque distance au-dessus et au-dessous de l'anévrisme. En portant le doigt à la surface de la tumeur, on perçoit une sensation spéciale qu'on a désignée sous le nom de *frémissement vibratoire* ; ce frémissement est continu et redouble d'intensité au moment de la diastole artérielle, il se propage le long de la veine et s'affaiblit d'autant plus qu'on s'éloigne davantage de l'orifice de communication des deux vaisseaux. En appliquant l'oreille nue, ou par l'intermédiaire d'un stéthoscope, sur la tumeur, on entend un bruit de souffle qui se prolonge au loin dans les vaisseaux, et qui a son maximum d'intensité au niveau de l'orifice de communication ; ce bruit est *continu et saccadé*, et nullement intermittent comme le bruit du souffle des anévrismes spontanés ; on l'a appelé bruit de souffle à *double courant*, et comparé au bruit d'un rouet, d'une lime, d'une scie, etc.

Le passage incessant du sang artériel dans la veine distend et dilate ce vaisseau au-dessus de l'orifice de communication, il ralentit le cours du sang au-dessous de l'orifice, de là résulte un allongement de la veine, qui devient variqueuse ; l'obstacle à la circulation veineuse se propage à une

plus ou moins grande distance de l'anévrysme, et des varices se développent sur une plus ou moins grande étendue, quelquefois jusqu'à l'extrémité du membre. En même temps que les veines se dilatent au-dessous de l'anévrysme, l'artère se dilate, s'allonge et décrit même des flexuosités au-dessous de la blessure du vaisseau.

On comprend que les modifications dans la circulation artério-veineuse ont pour conséquence de donner lieu à des troubles fonctionnels. Les malades se plaignent d'un sentiment d'engourdissement dans la partie inférieure du membre, de faiblesse musculaire, d'un refroidissement et d'une diminution de sensibilité de la peau. Broca a observé sur un sujet atteint d'anévrysme artério-veineux un accroissement en longueur du membre; et sur d'autres malades une hypertrophie du système pileux.

Marche. Terminaisons. La maladie peut rester stationnaire pendant un temps très-long; quelquefois l'anévrysme fait des progrès incessants et finit par se rompre. La guérison spontanée est extrêmement rare.

Pronostic. Traitement. Les anévrysmes artério-veineux sont moins graves que les anévrysmes artériels spontanés; la gravité de la maladie est subordonnée à son siège, à la forme de la tumeur.

Si l'on veut bien se rappeler ce que nous avons dit précédemment, à savoir qu'il ne se forme que rarement des caillots actifs ou fibrineux dans le sac d'un anévrysme artério-veineux, on comprendra que la méthode d'Anel et la compression indirecte sont insuffisantes pour obtenir une guérison. La compression directe sur la tumeur a donné des succès à Brambilla, Guattani, Monteggia. Mais le meilleur mode de traitement est la ligature de l'artère au-dessus et au-dessous de la tumeur, en respectant le sac lui-même.

ARTICLE IV.

Des anévrysmes en particulier.

I. ANÉVRYSMES DU TRONC BRACHIO-CÉPHALIQUE.

Les anévrysmes de l'artère innominée sont toujours spontanés; du moins n'existe-t-il pas d'exemple connu jusqu'ici d'anévrysme traumatique de ce vaisseau.

Anatomie pathologique. Le siège de la tumeur varie: c'est quelquefois l'origine du vaisseau, auquel cas la crosse de l'aorte participe toujours à la dilatation; ou bien la terminaison de l'artère innominée, et alors la carotide et la sous-clavière, parfois les deux vaisseaux, sont aussi dilatés. Lorsque l'anévrysme comprend toute la longueur du tronc brachio-céphalique, il y a généralement une dilatation de la crosse de l'aorte et d'une des branches de bifurcation de l'artère innominée. La tumeur est rarement bornée à la partie moyenne de cette dernière. L'altération des tuniques ne se trouve pas seulement dans le vaisseau anévrysmatique, mais encore dans les artères qui en naissent. L'anévrysme, d'un petit volume au début, peut

prendre plus tard des dimensions considérables, atteindre la grosseur d'une tête de fœtus à terme. La tumeur est dans le principe fusiforme ou sacciforme (fig. 36, p. 252); à mesure qu'elle prend de l'accroissement, elle change de configuration, d'après le degré de résistance qu'elle rencontre de la part des organes avoisinant le médiastin antérieur, ou de ceux qui occupent la partie latérale du cou. C'est ainsi qu'elle présente parfois un étranglement au niveau de la fourchette sternale et devient bilobée; plus tard elle est pourvue de diverticules.

L'anévrysme du tronc brachio-céphalique exerce sur les organes environnants une compression qui donne lieu à des effets variés. Dans la première période, c'est-à-dire lorsque l'anévrysme est contenu dans le médiastin, la tumeur, rencontrant une résistance de la part du sternum en avant et de la colonne vertébrale en arrière, refoule et comprime les organes vasculaires qui émergent du cœur ou se rendent dans ce dernier. Il y a compression et déplacement de l'aorte, des veines caves, du cœur lui-même. La compression peut être portée à un degré tel que le *tronc innominé veineux gauche* est oblitéré. On a observé l'oblitération des artères sous-clavière et carotide primitive, qui sont parfois déviées, refoulées en dehors. De cet obstacle au cours du sang artériel peut résulter une dilatation de l'aorte et même du ventricule gauche. La trachée est refoulée à gauche, aplatie, quelques-uns des cerceaux en sont parfois détruits. La compression peut porter sur la bronche droite et même sur le sommet du poumon correspondant. Les nerfs pneumo-gastrique, grand sympathique et phrénique sont parfois enflammés, aplatis, étranglés par des tissus indurés qui les entourent; le nerf récurrent peut être tirailé et comprimé. La tumeur agit parfois sur le tissu osseux lui-même: les vertèbres dorsales ont été trouvées dénudées, en partie détruites, ramollies; le sternum dénudé à sa partie supérieure et droite; les cartilages costaux en partie détruits; l'extrémité interne de la clavicule luxée. Dans la seconde période, quand la tumeur a franchi la fourchette sternale et fait irruption au cou, elle donne lieu à des désordres semblables à ceux que produisent les anévrysmes de la sous-clavière et de la carotide. (Voy. p. 271 et 276.) Le creux sus-sternal est effacé; il y a refoulement du faisceau sternal d'abord, puis du faisceau claviculaire du muscle sterno-mastoidien. Dans certains cas, la tumeur se montre dans le creux sus-claviculaire; d'autres fois, elle remonte le long de la partie droite de la trachée jusqu'au larynx.

Symptômes. Dans la première période, on constate quelquefois une voussure au niveau de l'extrémité supérieure du sternum, de la clavicule et du premier cartilage costal droit; cette région donne à la percussion un son mat et est soulevée par des battements. Si le sternum est usé par la compression continue qu'exerce l'anévrysme, et si ce dernier se fraye un passage à travers la paroi osseuse, on découvre une tumeur dont les caractères sont semblables à ceux qui ont été indiqués p. 253 et 254. Les phénomènes fournis par l'auscultation sont toutefois variables: on a noté l'absence de tout bruit anormal; dans d'autres cas, il existe un bruit de souffle coïncidant avec la systole ventriculaire et se prolongeant dans la carotide et