

ischiatique anormale est devenue deux fois le siège d'anévrysmes qui ont été décrits sous le nom d'*anévrysmes ischiatico-poplités*. Il est donc indiqué, quand on se trouve en présence d'un anévrysme de la fesse, d'explorer la fémorale pour savoir si elle a son volume habituel.

ANÉVRYSMES DE LA MAIN.

La plupart des anévrysmes de la main sont d'origine traumatique. Tantôt ils succèdent à des plaies, tantôt à des contusions, ou violentes ou répétées. Les plaies sont de beaucoup la cause la plus fréquente et même si l'on en croit G. Martin (1), les blessures artérielles de cette région seraient souvent suivies d'anévrysmes. Sur 72 blessures des vaisseaux de la paume de la main, 17 auraient entraîné des anévrysmes. Cette proportion me paraît exagérée; car en somme les plaies des vaisseaux de la main sont très fréquentes tandis que les anévrysmes sont rares. Dans quelques cas la tumeur succède presque immédiatement à la plaie, il s'agit alors de ce qu'on appelait un anévrysme faux primitif, c'est-à-dire d'un hématome enkysté. Dans d'autres, c'est après la cicatrisation que l'anévrysme se développe. Les anévrysmes produits par les contusions sont plus rares; ils existent néanmoins. Roux (2) a vu s'en développer un chez un individu qui s'était réduit lui-même une luxation du pouce. Les chocs répétés du manche du marteau ont eu le même résultat chez le malade de Pilcher et chez le forgeron de Duvernoy.

Les anévrysmes siègent soit sur l'arcade palmaire superficielle, soit sur l'arcade profonde, quelquefois même sur leurs branches et jusque sur les collatérales des doigts. Verneuil en a observé un sur la collatérale externe de l'index.

Les anévrysmes de la main attirant forcément l'attention dès leur début n'ont généralement pas un volume considérable quand les malades viennent réclamer un traitement. Guérineau, Guattani, Roux en ont cependant rencontré qui avaient le volume d'un œuf ou d'une pomme. D'ordinaire les dimensions ne dépassent guère celles d'une petite noix.

Mais une tumeur n'a pas besoin d'être grosse pour gêner notablement les fonctions de la main. Aussi les troubles fonctionnels sont-ils habituels. Certains anévrysmes déterminent même des phénomènes de compression nerveuse fort pénibles.

Le diagnostic est en général facile. L'origine traumatique le facilite encore et très souvent on voit sur la tumeur la cicatrice de la plaie qui en a été l'origine. Cependant, là comme ailleurs, les anévrysmes qui ne présentent ni battements ni souffle donnent lieu à

(1) GUSTAVE MARTIN, Plaies artérielles de la main, thèse de Paris, 1870.

(2) ROUX, *Gaz. méd. de Paris*, 1837, p. 524.

des erreurs. Tantôt l'anévrysme est pris pour un abcès comme dans les cas de Guattani et de Roux. Tantôt il en impose pour une tumeur solide. Verneuil prit pour un fibrome un anévrysme de la collatérale externe de l'index.

La thérapeutique des anévrysmes de la main est simple. Il importe surtout de savoir quelles méthodes il faut éviter. Parmi les plus dangereuses est la méthode des injections coagulantes, qu'il faut absolument proscrire à la main plus encore qu'ailleurs. Les anastomoses si nombreuses dans cette région exposent trop à la diffusion de la substance coagulante. Keen avait injecté la solution de Monvel. Toute la main se gangrena, il fallut désarticuler le poignet. La compression directe doit être également rejetée, car elle expose à la rupture du sac. C'est ce qui est arrivé dans un cas de Letenneur.

La compression indirecte est peu efficace; elle échoue dans plus de la moitié des cas, mais elle est inoffensive, et mérite à ce titre d'être conservée, d'autant plus qu'elle donne parfois de très beaux succès et très rapides. Tout le monde cite le malade de Vecelli, qui fut guéri en une demi-heure. Pitha obtint en deux heures un succès complet par la compression alternative de l'humérale et de la radiale. Comment doit-on faire la compression? La flexion forcée de l'avant-bras, qui n'a guère été employée, que je sache, serait excellente dans le cas où elle arrêterait les battements de l'anévrysme. M. Lannelongue a obtenu un beau succès en comprimant simultanément la radiale et la cubitale. On peut faire très simplement cette double compression avec le petit appareil de Nélaton. Si la compression de la radiale et de la cubitale n'arrête pas les battements de l'anévrysme, ce qui peut fort bien arriver quand les interosseuses ou l'artère du nerf médian sont très développées, il faut comprimer l'humérale ou alternativement l'axillaire sur la tête de l'humérus et l'humérale au milieu du bras.

Il va sans dire que dans le cas où l'anévrysme est sur le point de se rompre, la compression même indirecte doit être absolument rejetée.

Quand la compression a échoué ou qu'elle n'est pas indiquée, que convient-il de faire? Il ne saurait y avoir actuellement aucun doute sur ce point. Les ligatures à distance, que l'on recommandait naguère encore, doivent être absolument abandonnées. Ce qui est vrai des hémorragies de la main l'est également des anévrysmes. La ligature indirecte est une méthode infidèle et dangereuse; il faut agir directement sur la tumeur et l'enlever. Barwell rejette absolument l'intervention directe parce que « il existe trois faits où, à la suite d'une opération de ce genre, la suppuration envahit la paume de la main et le carpe fut atteint de carie ». Ce sont là des accidents terribles, mais qui ne doivent plus arriver aujourd'hui. Sur sept cas que j'ai relevés, sept fois la guérison s'est faite sans encombre. Il faut préférer l'extirpation à l'incision, parce que cette dernière est défavorable à la

réunion primitive, qu'elle expose aux hémorragies secondaires par les collatérales qui s'ouvrent presque toujours dans le sac, et que le noyau fibreux formé par ce dernier pourrait gêner le fonctionnement de la main.

L'extirpation est certainement délicate ; il faut ménager nerfs et tendons, mais il n'y a pas là de bien grandes difficultés pour un chirurgien exercé. On est toujours obligé de lier plusieurs artères. M. Pozzi n'ayant pu dans un cas fixer un fil sur une artériole qui s'enfonçait dans l'espace interosseux, laissa dans la plaie une épingle destinée à maintenir le fil. Il serait plus simple, en semblable occurrence, de placer une pince à demeure.

ANÉVRYSMES DE L'AVANT-BRAS.

La plupart de ces anévrysmes sont d'origine traumatique et siègent dans la région du poignet, plus souvent sur la cubitale (9 cas) que sur la radiale (4 cas). Ils succèdent généralement à des plaies ; cependant, dans un cas de Wakley (1), il s'agissait d'une rupture. Deux mois avant, le malade, âgé de soixante-quinze ans, avait eu la main violemment retournée en arrière en tombant d'un chariot. Il y a quelques cas d'anévrysmes spontanés, et contrairement aux autres, ceux-là siègent généralement sur la partie supérieure des vaisseaux.

Le diagnostic est presque toujours facile. Il importe cependant de signaler une cause d'erreur. On a vu certains de ces petits kystes connus sous le nom de ganglions envoyer des prolongements qui venaient s'insinuer en avant des artères et qui, soulevés par elles à chaque pulsation, ont pu en imposer pour des anévrysmes. L'absence habituelle de réductibilité et de véritables mouvements d'expansion permettront d'éviter cette erreur pour peu qu'on ait l'attention éveillée.

Les indications du traitement me paraissent fort simples et nettement fournies par les faits.

La compression a échoué trois fois sur quatre ; il n'y a donc pas lieu de s'y arrêter.

On a lié une fois la radiale et deux fois la cubitale avec succès. Les ligatures de l'humérale ont été moins heureuses. Sur cinq cas, il y eut trois hémorragies secondaires. Dans un cas on a lié l'axillaire ; une hémorragie obligea à porter un second fil sur la sous-clavière et cette seconde ligature amena la gangrène. Le malade dut subir l'amputation.

Quatre incisions ou extirpations du sac se sont terminées par la guérison. Mais dans un cas, il se fit une hémorragie par le sac incisé et on dut lier l'humérale. Je puis ajouter à ces faits un nouveau cas. J'ai récemment extirpé un anévrysme de la cubitale, du volume d'une noix, avec un plein succès.

(1) WAKLEY, *The Lancet*, vol. II, 1847, p. 648.

Le véritable traitement de ces anévrysmes est l'extirpation. Il faut se garder surtout de lier l'humérale ou l'axillaire. L'extirpation doit être préférée à l'incision, car cette dernière expose à des hémorragies par le sac.

ANÉVRYSMES DE L'HUMÉRALE.

Les anévrysmes spontanés de cette artère sont très rares. La plupart de ceux qu'on observe sont d'origine traumatique et occupent le pli du coude. C'est qu'en effet ils sont ou plutôt ils étaient consécutifs à des saignées maladroites. Dans les cas de Warner et de Delacour, les anévrysmes se sont développés au niveau de ligatures. Le cas de Warner est le plus curieux.

Un premier anévrysme se développa dans un moignon d'amputation du bras. Une seconde ligature par la méthode de Hunter amena un second anévrysme ; un troisième succéda à une troisième ligature. On se demande ce que ce petit jeu aurait duré si on ne s'était décidé à inciser ce troisième anévrysme et à lier l'axillaire.

Les anévrysmes de l'humérale atteignent rarement un grand volume. Ceux qui siègent dans le voisinage du coude, et ce sont les plus fréquents, ont tendance à remonter en se développant. Ce n'est pas l'orifice de communication avec l'artère qui se déplace ; mais le sac s'étend par en haut, sans doute sous l'influence des mouvements de flexion de l'avant-bras qui le chassent dans ce sens.

Les mouvements de l'articulation du coude sont rapidement gênés par les anévrysmes de cette région et particulièrement les mouvements d'extension. Il n'est pas rare que les nerfs soient comprimés, médian et terminaisons du brachial cutané interne. Cette compression se traduit par des fourmillements et des douleurs sur la face antérieure de l'avant-bras et dans la paume de la main. Quelquefois la compression des veines profondes amène la dilatation des superficielles.

Le diagnostic est en général très facile. J'ai vu cependant un cas où un abcès froid développé au-devant de l'artère à la partie inférieure du bras en imposait pour un anévrysme. La tumeur, du volume d'un œuf, était rénitente, presque dure par suite de sa tension. Elle était soulevée à chaque battement artériel, et il était difficile de distinguer ce soulèvement de véritables mouvements d'expansion. Ce qui augmentait encore la difficulté, c'est que la compression déterminée par la tumeur modifiait, au moins à de certains moments, le pouls de l'artère radiale. Sans doute la pulsation n'était pas retardée, mais on sait combien ce retard est difficile à apprécier, et sur le tracé sphygmographique le soulèvement était moins marqué et plus arrondi que du côté sain.

Traitement. — Je ne parle de la compression directe que pour citer

le cas classique de Bourdelot. Cet abbé réussit à se guérir lui-même par cette méthode d'un anévrysme du pli du coude qui avait le volume d'un œuf, mais il y mit un an. Tout le monde n'aurait pas sa patience.

D'après la statistique de Broca, la compression indirecte aurait donné de très bons résultats : 12 succès sur 14 cas. Ma statistique de 1889 est bien moins favorable. Sur neuf cas, elle n'a donné que deux guérisons.

Dans cette même statistique, j'ai réuni sept cas de ligature. Deux fois le fil a été placé sur l'axillaire; dans ces deux cas, il y eut des hémorragies secondaires. L'un des malades a guéri après ligature de la sous-clavière; l'autre a succombé après amputation du bras.

Sur cinq ligatures de l'humérale, il y eut quatre succès complets : mais dans l'un de ces quatre cas heureux, on avait lié au-dessus et au-dessous du sac. Le cinquième cas est au moins douteux. Quand le malade fut perdu de vue, la tumeur n'avait ni durci, ni diminué de volume; de plus un symptôme inquiétant était apparu : l'engourdissement du bras.

En 1889, j'avais réuni cinq incisions de sac et une extirpation. Les résultats furent tous heureux, sauf peut-être dans un cas sur lequel manquent les renseignements. Plusieurs faits ont été publiés depuis ceux de Cellier, de Pluyette, de Vaslin qui firent l'extirpation; celui de M. Kirmisson qui fit l'incision. Tous ces cas sont autant de succès.

Ces faits montrent que l'extirpation du sac, opération bénigne et facile, est la méthode de choix. Elle évite toute surprise en cas d'anomalie artérielle; elle met à l'abri de la paralysie, et l'on a vu que celle-ci peut apparaître après la ligature. Il faut se garder surtout de faire la ligature de l'axillaire, qui n'a donné que de mauvais résultats dans le traitement des anévrysmes de l'humérale.

ANÉVRYSMES DE L'AISSELLE.

Sous cette dénomination topographique, je comprends les anévrysmes du creux de l'aisselle, mais non tous les anévrysmes de l'artère axillaire. Ceux qui se développent sur la première portion de ce vaisseau, qui soulèvent et parfois détruisent la clavicule se rapprochent bien plus des anévrysmes sous-claviers que des anévrysmes de l'aisselle, surtout au point de vue du traitement.

Les anévrysmes de l'aisselle peuvent siéger sur l'extrémité supérieure de l'humérale, sur la seconde moitié de l'axillaire ou sur l'origine de quelqu'une de ses branches. En effet, ces anévrysmes, surtout ceux qui ont une origine traumatique, ne siègent pas toujours sur le tronc principal. J'ai insisté ailleurs sur deux observations, l'une de Desprès, l'autre de Mac Graw où l'anévrysme diagnostiqué axillaire siégeait, dans le premier cas, sur le tronc commun des circon-

flexes, dans le second sur la sous-scapulaire. Il existe une observation antérieure de Roux, où l'anévrysme siégeait sur la scapulaire commune. On comprend que dans ces cas la ligature de la sous-clavière ne puisse qu'aggraver le mal, puisque le sac se trouve sur le trajet des collatérales, qui doivent rétablir la circulation. C'est ce qui en fait l'intérêt.

Étiologie. — Les anévrysmes de l'aisselle sont fréquemment d'origine traumatique. Ils succèdent soit à des plaies, soit à des luxations de l'épaule ou à des tentatives de réduction brutales. Ils peuvent être déterminés par des contusions chroniques. Bardeleben a signalé un cas où l'anévrysme paraissait reconnaître pour cause l'usage de béquilles. Dans quelques cas le traumatisme est insignifiant. Ainsi chez un malade de Key, c'était un mouvement brusque, qui s'était accompagné d'une sensation douloureuse de craquement. J'ai dit, au chapitre des ruptures, que des mouvements de ce genre suffisent dans certains cas à rompre l'axillaire ou l'humérale. On a vu aussi les anévrysmes se développer dans des moignons d'amputation. Dans un cas fort curieux, publié par Kœhler (1) l'anévrysme paraît avoir été déterminé par un kyste hydatique de la gaine des vaisseaux.

Anatomie pathologique. — Les anévrysmes de l'aisselle, lorsqu'ils ne sont pas traités de bonne heure, sont susceptibles d'acquérir un volume considérable. Ils compriment le plexus brachial dès les premiers temps de leur évolution. La situation des nerfs par rapport à la tumeur n'est pas constante. Tantôt ils sont refoulés d'un côté, tantôt ils sont éparpillés autour d'elles. Mais quelle que soit leur situation, ils sont souvent englobés dans les tissus d'inflammation chronique qui se forment autour de l'anévrysme, si bien qu'ils semblent faire partie du sac.

Quand la tumeur devient volumineuse, elle peut remonter sous les pectoraux jusqu'à la clavicule. Les premières côtes sont parfois altérées et si amincies par l'ostéite raréfiante qu'elles se fracturent. L'anévrysme peut alors se rompre dans le thorax. Il en fut ainsi dans les faits de Home et de Lawrence.

Dans des cas plus rares, l'anévrysme se développe vers le bras. Donald Monro a rapporté une observation d'anévrysme de l'artère axillaire qui descendait jusqu'à la partie inférieure du bras. L'artère axillaire était oblitérée juste au-dessous de l'orifice du sac. Ce fait singulier de l'oblitération de l'artère au-dessous de l'anévrysme a été également observé dans un cas de Pelletan, et dans un cas de Liston.

Symptômes. — Il y a un point capital dans l'histoire des anévrysmes axillaires, c'est qu'ils sont douloureux. Leur situation au milieu du plexus branchial explique suffisamment ce fait. Les dou-

(1) KOEHLER, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 9 déc. 1889, p. 1077.

leurs sont à peu près constantes, et elles sont souvent fort vives. Dans certains cas elles attirent seules l'attention. Le malade de Venning était entré à l'hôpital parce qu'il souffrait du bras droit. Il ne soupçonnait pas l'existence de la tumeur anévrysmale. Tantôt les douleurs sont diffuses et occupent tout le membre, tantôt elles sont limitées à certaines régions et peut-être portent-elles alors plus souvent sur la zone du cubital.

A ces douleurs s'ajoutent parfois des phénomènes de paralysie motrice. Je ne parle pas seulement de la gêne causée par la tumeur axillaire, mais de paralysies véritables dues à des lésions nerveuses. Ces paralysies, comme les douleurs, peuvent porter soit sur tout le plexus, soit seulement sur certaines de ses branches. En somme, la fréquence des troubles nerveux constitue l'un des caractères principaux des anévrysmes de l'aisselle.

La veine est, elle aussi, fréquemment et rapidement comprimée. Aux phénomènes de douleurs et de paralysie vient alors s'ajouter un œdème qui atteint parfois des proportions considérables.

Quand la tumeur prend naissance dans le fond du canal axillaire, elle tend à se développer vers le haut, et soulève la paroi antérieure de l'aisselle. Elle est plus masquée et plus difficile à reconnaître dans ses premières phases. Ce sont les anévrysmes de ce siège qui érodent les côtes et refoulent la clavicule. Au contraire, les anévrysmes qui siègent sur la partie inférieure de l'axillaire sont immédiatement apparents et faciles à percevoir. Ils ne menacent point les côtes, mais, étant situés dans une région où le tissu cellulaire est lâche, ils ont une marche plus rapide et atteignent plus vite un volume considérable.

On cite quelques cas de guérison spontanée. Dans un cas de Hodgson, elle fut précédée de phénomènes inflammatoires très menaçants. On a vu aussi des anévrysmes axillaires rester huit (Dupuytren), dix (Turner) et même seize ans (Syme), à peu près stationnaires. Mais ce sont là de rarissimes exceptions, sur lesquelles il ne faut pas compter. La règle, c'est que ces anévrysmes s'accroissent jusqu'à ce qu'ils se rompent. La rupture peut se faire soit dans le tissu cellulaire de l'aisselle ou du bras, soit dans le thorax, soit à l'extérieur. Il est donc formellement indiqué de traiter énergiquement un anévrysme axillaire dès qu'il est reconnu.

Diagnostic. — Le diagnostic comprend deux phases : 1° reconnaître l'existence de l'anévrysme; 2° reconnaître son siège.

Le premier point est d'ordinaire facile. Cependant les erreurs sont possibles. Les plus habiles cliniciens en ont faites, qui sont restées célèbres.

On peut prendre un abcès ganglionnaire pour un anévrysme, ou bien, erreur plus grave, prendre un anévrysme pour un abcès. Ferrand, Dupuytren lui-même, ont incisé des anévrysmes croyant avoir affaire à des phlegmons.

Earle a pris pour un anévrysme une tumeur du plexus brachial. C'est une cause d'erreur à laquelle on est moins exposé, ces tumeurs étant fort rares. Plus dangereux sont les sarcomes télangiectasiques de l'extrémité supérieure de l'humérus. Bœckel, Nicol ont pris deux cas de ce genre pour des anévrysmes. Nous avons déjà retrouvé plusieurs fois ces diverses causes d'erreur, et ce sont toujours les mêmes signes qui doivent permettre de les éviter. Les sarcomes télangiectasiques se développant dans l'os, le déforment en général dans son ensemble. Ils soulèvent le deltoïde, tuméfient la partie externe de l'épaule, ce que ne font pas les anévrysmes. Ils sont d'abord solides et ne deviennent pulsatiles qu'ensuite. Les anévrysmes, au contraire, ont en général des battements d'autant plus marqués qu'ils sont moins volumineux. Dans les sarcomes, on sent des lamelles osseuses, qui souvent donnent la sensation de crépitation parcheminée. Ils font corps avec l'os, ce qui n'arrive guère pour les anévrysmes.

L'anévrysme reconnu, il reste à préciser son siège, c'est-à-dire à déterminer s'il s'est développé sur l'artère principale ou sur quelque-une de ses branches. La chose peut être embarrassante quand la tumeur occupe franchement le creux de l'aisselle, et c'est le cas que je suppose. Seul le pouls peut alors fournir des renseignements. Quand, chez un malade porteur d'un anévrysme de l'aisselle, le pouls n'est ni retardé ni modifié dans son intensité, c'est que l'anévrysme siège sur une collatérale. Il y a de fortes présomptions pour qu'il en soit de même si le pouls est complètement supprimé. Cela tend à prouver, en effet, que la tumeur développée sur une branche comprime le tronc principal. Ce signe n'est cependant pas sûr, car nous avons vu que l'artère est quelquefois oblitérée au-dessous de l'anévrysme. Enfin, ainsi que l'a signalé Perrin, le pouls dans les artères de l'avant-bras peut être intermittent. « Cette intermittence, dit-il, me fit penser que la blessure avait pour siège une artère collatérale et que l'épanchement produisait la compression de l'artère principale et suspendait ses battements (1). » Mais, dans certains cas, la compression peut n'être que partielle. Alors le pouls radial est seulement affaibli, et le diagnostic devient presque impossible, car il est singulièrement difficile de reconnaître, sans appareil enregistreur, le léger retard de la pulsation qui ne se produit que si l'anévrysme siège sur le tronc principal.

Traitement. — La méthode de Valsalva a, dit-on, donné deux succès, l'un à Pelletan, l'autre à Sabatier. Il s'agissait sans doute d'anévrysmes bien enclins à la guérison. Je n'insiste pas.

C'est pour un anévrysme axillaire que Desault eut pour la première fois l'idée d'employer la compression indirecte. L'histoire vaut

(1) PERRIN, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 13 fév. 1878, p. 122.

la peine d'être contée : c'est une des plus tristes qui se puisse imaginer. Desault avait fait faire, pour comprimer la sous-clavière, un appareil assez compliqué. Le malade, terrorisé par cet appareil, s'enfuit de l'Hôtel-Dieu et se réfugia à la Charité. Il y trouva Ferrand, qui, prenant l'anévrysme pour un abcès, y enfonça hardiment le bistouri. En quelques minutes le pauvre diable était mort.

Dans ma première statistique, j'ai réuni dix cas d'anévrysmes de l'aisselle traités par la compression indirecte; quatre ont guéri, et encore dans un cas la guérison a-t-elle été un véritable désastre, car le bras s'est paralysé. Il est très difficile, même impossible, de comprimer efficacement la sous-clavière. Le compresseur de Burgery, si bien construit qu'il soit, ne permet pas d'atteindre sûrement le but. Il ne faut donc pas compter sur la compression indirecte pour guérir les anévrysmes axillaires.

La plupart des anévrysmes de l'aisselle ont été traités par la ligature. Il faut séparer complètement les cas où l'anévrysme ne remontant pas haut laisse l'axillaire accessible au-dessous de la clavicule, et ceux où le fil ne peut être placé que sur la sous-clavière.

En réunissant mes deux statistiques, je trouve cinq cas de ligature de l'axillaire, les cinq malades ont guéri. Dans l'un de ces cas, cependant, il fallut lier secondairement la sous-clavière pour parer à une hémorragie.

Ma première statistique comprenait vingt-cinq cas de ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes. Sur ces vingt-cinq faits, dix anévrysmes ont guéri sans encombre, soit 40 p. 100. Quatre autres faits se sont terminés par la guérison du malade; mais une fois l'anévrysme est resté non guéri; une autre fois il y eut suppuration du sac et paralysie du bras; enfin deux autres malades ont dû subir, l'un la désarticulation de l'épaule à la suite de la rupture du sac, l'autre l'amputation du bras pour des escarres du coude; il s'agissait, dans ce dernier cas, d'un anévrysme diffus. Onze malades sont morts, ce qui donne une mortalité brute de 44 p. 100. Mais, éliminations faites, il reste vingt-trois ligatures avec neuf morts, soit 39,13 p. 100 de mortalité. Les diverses statistiques de ligature de la sous-clavière ont donné des résultats analogues. La mortalité est de 44 p. 100 dans celle de Le Fort, de 35,5 p. 100 dans celle de Barwell qui a réuni les tableaux de Morris et de Koch en y ajoutant onze faits nouveaux.

Dans ma nouvelle statistique, les résultats de la ligature de la sous-clavière sont plus favorables. Elle comprend treize cas, mais il faut éliminer un fait, où le malade fut atteint de manie aiguë. Son indocilité, qui ne permit pas de maintenir les pansements, amena de la suppuration, des hémorragies secondaires, et il finit par succomber deux mois et demi après la ligature. Un autre malade est mort de septicémie, mais comme il avait été opéré par Desprès,

je l'élimine également. Il reste onze cas avec une seule mort. Les dix autres malades ont guéri, mais la guérison n'a pas été parfaite chez tous. Chez trois d'entre eux il a persisté des accidents plus ou moins pénibles. L'un a conservé des douleurs; un autre est resté avec le bras partiellement impotent. Chez un troisième, il persistait encore une certaine impotence dix mois après l'opération.

En somme, la ligature est devenue beaucoup moins meurtrière. Les accidents septiques, et particulièrement les inflammations et suppurations du sac, qui étaient si fréquentes autrefois, puisque Le Fort en a relevé seize cas sur soixante et onze observations, sont devenus rares, mais la qualité de la guérison est restée médiocre. Les accidents d'origine nerveuse persistent souvent; ce qui n'est pas pour nous surprendre, car nous avons vu combien sont fréquentes les adhérences des nerfs au sac.

Syme est le premier qui ait osé aborder directement un anévrysme axillaire. Il découvrit d'abord la sous-clavière pour permettre à un aide de la comprimer directement sur la première côte; puis il ouvrit largement le sac, le vida de ses caillots (il y en avait sept livres), lia le bout périphérique de l'axillaire qui saignait, et, ayant coupé le petit pectoral, saisit et lia le bout central. Le malade était complètement guéri six semaines après. Son second cas fut aussi heureux.

Syme fut conduit par ses succès à préconiser l'incision du sac pour les anévrysmes inguinaux, carotidiens et axillaires. Cette proposition a été sévèrement jugée. Le Fort la rejette absolument. Barwell dit : « La proposition faite par Syme ne saurait être soutenue sérieusement ». Et Richet déclare à son tour : « L'ouverture du sac par la méthode ancienne pour en enlever les caillots est un procédé qui ne compte pas un seul succès (1). »

En 1889, j'ai soutenu, au contraire, que l'action directe sur le sac est la méthode de choix. J'avais relevé à cette époque douze cas d'incisions du sac avec dix guérisons et deux morts. Encore faut-il analyser les cas de mort. Un malade est mort trente heures après l'opération. Celle-ci avait été difficile. L'anévrysme siégeait non pas sur l'axillaire, comme on l'avait cru, mais sur la sous-scapulaire. On ne sait à quoi attribuer la mort. Le patient n'avait pas perdu beaucoup plus d'une pinte de sang; cependant il faillit mourir sur la table d'opération et, malgré tout ce qu'on put faire, il succomba peu après. Dans l'autre cas, il s'agissait d'un énorme anévrysme d'origine traumatique et il fallut désarticuler l'épaule.

Ma nouvelle statistique comprend trois extirpations et une incision du sac; les résultats ont été parfaits. Le cas de Bardeleben est particulièrement intéressant. Bien qu'il ait fallu réséquer une partie

(1) RICHET, *Gaz. des hôp.*, 2 sept. 1879.