

première portion de la sous-clavière et de la carotide commune a été faite une fois. Le malade est mort avec des accidents cérébraux.

Pour se mettre en garde contre les hémorragies se faisant par le bout distal de la sous-clavière, Kearney Rodgers a proposé de joindre la ligature de la vertébrale à celle de la première portion de la sous-clavière et de la carotide primitive. William Parker a pratiqué cette triple ligature, qui n'a pas empêché son malade de mourir d'hémorragie le second jour.

Ce n'est pas un chapitre de thérapeutique, c'est un martyrologe ! « Ces désastres, dit Souchon, ont conduit à abandonner la sous-clavière comme décidément réfractaire à l'opération, et les efforts se sont dirigés vers le tronc brachio-céphalique », mais sans plus de succès.

Le tronc brachio-céphalique a été lié seul dans quatorze cas : tous les malades sont morts.

Le tronc brachio-céphalique et la carotide primitive ont été liés simultanément dans quatre cas. L'un des malades est mort. Un autre a guéri, celui de Coppinger ; il a été revu deux ans après l'opération, sans trace de récurrence. Dans le cas de Smyth, une hémorragie secondaire obligea à lier la vertébrale cinquante-quatre jours après la première intervention, ce qui n'empêcha pas le malade de mourir d'hémorragie au bout de quarante-huit heures. Dans le cas de Mitchell Banks, le retour des pulsations conduisit à pratiquer la ligature de la première portion de la sous-clavière soixante-sept jours plus tard. Le malade est mort d'hémorragie.

J'arrive aux *ligatures distales*, c'est-à-dire aux applications de la méthode de Brasdor.

Dans un cas jusqu'ici unique, M. Monod a pu lier la troisième portion de la sous-clavière au-dessous de l'anévrysme. Ce chirurgien avait essayé de lier le tronc brachio-céphalique, mais l'ayant trouvé dilaté et aminci, il y renonça, jeta un fil dans l'espace fort restreint compris entre l'anévrysme et la clavicule, et lia aussi la carotide primitive. Quatre mois après, toute trace de la tumeur avait disparu. C'est un succès remarquable (1).

La ligature de l'artère axillaire a été faite cinq fois. Tous les malades sont morts. « Cette ligature, dit Souchon, n'a jamais rien donné de bon, mais il est probable qu'elle a hâté la terminaison fatale. »

Schopf a pratiqué avec succès l'extirpation du sac. Il s'agissait d'un homme de quarante-six ans. L'anévrysme avait amené des accidents nerveux très graves. Presque tout le membre était atrophié et impotent. Il y avait en outre des troubles trophiques avec une ulcération au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt. L'extirpation fut extrêmement pénible, en raison des adhérences du plexus brachial. La veine put être ménagée. Dès la seconde

(1) Monod, *Bull. de l'Acad. de méd.*, janvier 1895, p. 97.

semaine, l'ulcération commence à guérir ; les articulations récupèrent leurs mouvements, et tous les phénomènes morbides disparaissent. C'est un résultat admirable.

Fergusson a proposé de traiter les anévrysmes de l'aisselle par la désarticulation de l'épaule. Il avait pour but d'arrêter complètement la circulation dans la tumeur. C'était donc une application de la méthode de Brasdor, mais une application singulièrement mutilante. Les malades qui ont eu le courage de se soumettre à cette mutilation n'ont pas tous été récompensés de leur héroïsme. Dans les cas de Spence, de Holden, de Heath, l'anévrysme n'en a pas moins continué à grossir.

En somme, sur cinquante-six cas d'anévrysmes spontanés de la troisième portion de la sous-clavière traités opératoirement, huit seulement ont été guéris.

L'un (Green) a été guéri par la ligature de la troisième portion de la sous-clavière au-dessus de la tumeur, qui était petite.

Un autre a été guéri par la ligature simultanée du tronc brachio-céphalique et de la carotide. (Coppinger.)

Dans le cas de Smyth, il fallut joindre aux ligatures du tronc brachio-céphalique et de la carotide qui étaient restées sans effet, la ligature de la vertébrale. Encore l'anévrysme a-t-il récidivé au bout de dix ans.

Un quatrième malade a été guéri par la ligature de la troisième portion de la sous-clavière au-dessous de l'anévrysme et la ligature de la carotide (Monod). Deux, au dire de Souchon, ont été guéris par la désarticulation de l'épaule. Enfin deux malades ont été guéris par l'intervention directe sur le sac, l'un par l'incision (Syme), l'autre par l'extirpation (Schopf).

Étant donnés les résultats des ligatures, il me semble que les chirurgiens ne peuvent guère être tentés d'y recourir. La ligature de la troisième portion de la sous-clavière n'a donné qu'un succès sur onze cas, et il ne faut pas oublier que cette ligature n'est possible que si l'anévrysme est très petit, c'est-à-dire dans les cas les plus favorables. Quant aux ligatures simultanées du tronc brachio-céphalique et de la carotide, c'est un pis-aller car il est bien grave de s'exposer aux troubles de la circulation cérébrale et aux autres accidents de ces ligatures.

Au milieu de ces désastres effroyables, l'action directe sur le sac, l'incision et surtout l'extirpation avec ou sans ligature d'attente apparaissent comme une planche de salut. Mais il est à craindre qu'elle ne soit pas toujours possible. Que faire alors ? Cela est fort difficile à dire, car les statistiques que j'ai citées comprennent trop de cas anciens. Il est bien certain que le pronostic des ligatures des gros troncs de la base du cou est aujourd'hui profondément modifié, mais nous ne sommes pas renseignés sur leur efficacité.



3° *Anévrysmes récidivés de la troisième portion de la sous-clavière droite.* — Souchon en cite deux cas : dans celui de Smyth, l'anévrysme a récidivé dix ans après les ligatures du tronc brachio-céphalique, de la carotide et de la vertébrale. Cela montre combien est précaire la guérison obtenue par ces ligatures multiples. Le chirurgien incisa le sac. L'hémorragie fut si terrible qu'il n'eut que le temps de faire un tamponnement rapide. Le malade succomba quarante-huit heures après.

Mitchel Banks avait lié simultanément le tronc brachio-céphalique et la carotide. Les pulsations ayant reparu le troisième jour, le chirurgien fit la ligature de la première portion de la sous-clavière. Le malade est mort d'hémorragie.

Souchon, qui a fait l'autopsie du malade de Smyth, a pu constater que la circulation collatérale qui avait déterminé la récurrence de l'anévrysme se faisait par les vaisseaux perforants des intercostales aortiques et leurs anastomoses avec les branches de la sous-scapulaire. Il en conclut qu'en cas de récurrence, le mieux serait de lier l'axillaire entre le sac et la sous-scapulaire. Smyth donne le conseil de lier plutôt la sous-scapulaire elle-même.

4° J'arrive aux anévrysmes de la *troisième portion* de la sous-clavière gauche. Ils sont beaucoup moins fréquents que ceux du côté droit. Sur cent vingt cas, Poland n'en compte que trente-cinq à gauche, environ 20 p. 100.

Souchon a réuni dix-sept cas d'anévrysmes traumatiques, qui ont tous été traités par la ligature de la seconde ou de la troisième portion. Deux malades sont morts, l'un d'accidents cérébraux, l'autre d'hémorragie. Les quinze autres ont guéri, mais un des malades a eu de la gangrène des doigts.

Les résultats ont été un peu moins bons dans les cas d'anévrysmes spontanés.

La ligature proximale de la troisième portion a été faite quinze fois. Trois malades sont morts.

La seconde portion n'a été liée qu'une fois, le malade est mort. K. Rodgers n'a pas été plus heureux en liant la première portion.

La ligature distale (méthode de Brasdor) de la troisième portion a été faite une fois. Le malade a guéri, mais il ne paraît pas bien sûr que l'anévrysme ait fait de même.

Mac Lean a lié l'axillaire. La tumeur avait notablement diminué. Mais huit mois après, elle se remit à grossir, se rompit et le malade mourut d'hémorragie.

Heath a désarticulé l'épaule sans améliorer l'anévrysme. Dans la discussion qui suivit la communication de ce fait à la Société médico-chirurgicale de Londres, on a cité quatre cas de désarticulation de l'épaule avec une seule amélioration et encore légère. Depuis, Morton a fait la même opération pour un anévrysme du volume de la

moitié d'une grosse orange, qui continua à croître après l'opération comme avant. Le malade est mort d'hémorragie.

En somme, sur dix-huit malades traités par les divers procédés de ligature, onze ont guéri. Les résultats des ligatures sont donc moins mauvais du côté gauche que du côté droit. Néanmoins ils sont loin d'être satisfaisants, et il me semble que l'action directe sur le sac doit encore être préférée quand elle est possible.

## ANÉVRYSMES DE LA TÊTE ET DE LA FACE.

Ces anévrysmes sont rares et n'ont pas grande importance. Ils siègent le plus souvent sur l'occipitale ou la temporale. Mais on en a rencontré sur toutes les autres artères de ces régions : la faciale, la coronaire labiale, les diverses branches de la temporale. On a décrit des anévrysmes des artères palatines, les uns spontanés, les autres traumatiques. J'ai déjà cité celui qui a été déterminé par la plaque d'un dentier. Ruyz et Heyfelder ont décrit chacun un anévrysme de l'artère dentaire inférieure. Les deux tumeurs avaient déterminé de l'ostéite raréfiante, perforé l'os, et étaient venues faire saillie à la face externe du rebord alvéolaire, où elles donnaient lieu à des hémorragies fréquentes. La malade de Ruyz, jeune fille de treize à quatorze ans, est même morte d'hémorragie. Le malade d'Heyfelder a été guéri par des cautérisations du fer rouge, mais il est mort peu de temps après du choléra, ce qui a permis de vérifier l'exactitude du diagnostic.

Celui-ci est presque toujours facile. O. Weber signale cependant la possibilité de confondre un ganglion soulevé par l'artère faciale avec un anévrysme.

Pour ces petits anévrysmes, presque tous les traitements sont bons. Lorsqu'ils reposent sur la paroi osseuse du crâne, on peut essayer d'abord la compression périphérique circulaire, faite avec un anneau de caoutchouc. Poinsoy a guéri un anévrysme traumatique de l'occipitale par ce procédé. On pourrait à la rigueur y joindre les injections coagulantes. La possibilité d'isoler le sac de la circulation par la compression périphérique circulaire met à l'abri de leurs dangers.

Mais le traitement de choix, c'est l'extirpation. Le grand nombre des anastomoses rend aléatoire la ligature par la méthode d'Anel, et il n'est pas besoin de dire que l'extirpation d'un anévrysme de la temporale ou de l'occipitale est moins dangereuse que la ligature des carotides.

## ANÉVRYSMES DE LA CAROTIDE INTERNE.

Les anévrysmes de la carotide interne se présentent sous deux aspects tout à fait différents, suivant qu'ils siègent dans la cavité crânienne ou en dehors d'elle.



**I. Anévrysmes intracrâniens.** — Les anévrysmes intracrâniens de la carotide interne sont en somme fort mal connus, et leur histoire se rattache à celle de l'exophtalmos pulsatil.

Ils siègent sur les côtés de la selle turcique, au niveau du sinus caverneux. C'est là aussi que se rencontrent les anévrysmes artério-veineux qui font communiquer la carotide avec le sinus caverneux. Les anévrysmes que j'étudie ici, bien qu'ayant le même siège, en diffèrent cependant en ce qu'ils ne communiquent pas avec le sinus.

Leur volume ne dépasse guère celui d'un œuf de pigeon, mais cela suffit pour qu'ils fassent saillie dans la fosse cérébrale, refoulent le cerveau et compriment les nerfs qui traversent l'intérieur ou la paroi du sinus caverneux.

Le début est souvent brusque. Masqué par les symptômes concomitants de commotion ou de contusion cérébrale dans les cas traumatiques, il devient très net dans les formes spontanées, où il est quelquefois marqué par une sensation de craquement accompagnée d'une douleur plus ou moins vive. Presque aussitôt paraît un symptôme subjectif très particulier et très pénible. Les malades perçoivent eux-mêmes le bruit de souffle dont l'anévrysme est le siège. Ce bruit persistant, qu'ils comparent à celui d'une scie ou d'un jet de vapeur, trouble leur repos, les empêche de dormir et devient pour eux une véritable torture. Lorsqu'on applique un stéthoscope ou mieux directement l'oreille au niveau de la fosse temporale ou de la région frontale, on perçoit facilement ce souffle qui a les mêmes caractères que dans les autres anévrysmes artériels.

Les phénomènes de compression nerveuse ne sont pas rares. Ils se traduisent par la paralysie ou la parésie des nerfs moteurs de la paupière supérieure ou du globe de l'œil, ptosis, strabisme, tous phénomènes sur lesquels je n'ai pas à insister car ils se présentent toujours avec le même aspect, quelle que soit la cause de la compression des nerfs. Les zones innervées par l'ophtalmique sont quelquefois anesthésiées. Les troubles de la circulation encéphalique produisent parfois de la céphalalgie, des étourdissements, des vertiges.

Ces anévrysmes sont très graves. J. Hutchinson, W. E. Humble ont observé des cas de guérison spontanée. Celle-ci se produit parfois très vite, presque d'un seul coup. On dirait qu'un caillot oblitère soudain l'orifice de communication de l'artère avec le sac.

Le diagnostic est en général facile. La présence du souffle, qu'on perçoit aisément, permet de reconnaître l'existence de l'anévrysme. On peut se demander s'il s'agit d'un anévrysme artériel ou d'un anévrysme artério-veineux, car on éprouve parfois un certain embarras sur la nature du souffle. Il n'est pas, en effet, toujours facile de savoir si le souffle est intermittent ce qui indique un anévrysme artériel, ou s'il est continu, à renforcement, ce qui est le signe de

l'anévrysme artério-veineux. L'état de l'œil peut servir à préciser le diagnostic. L'exophtalmie manque dans l'anévrysme artériel: elle est la règle avec l'anévrysme artério-veineux. En outre, dans ce dernier cas, la veine angulaire est ordinairement dilatée, et on peut même y percevoir le thrill.

Quand le traitement par l'immobilité absolue et l'iodure de potassium a échoué, on peut tenter la compression de la carotide primitive. Si celle-ci ne donne pas de résultats, on en est réduit à lier cette artère.

**II. Anévrysmes extracrâniens.** — Ces anévrysmes sont très rares et peu étudiés. Ils peuvent produire des phénomènes de compression du côté des nerfs nombreux qui sont en connexion avec l'artère. Ils tendent à faire saillie du côté du pharynx en refoulant l'amygdale, et sont souvent méconnus. Duke et Liston en ont incisé, les prenant pour des abcès de l'amygdale. Dubrueil (1), ayant affaire à un anévrysme qui ne battait plus, crut qu'il s'agissait d'une tumeur solide du voile du palais. Il fit une tentative d'extirpation qui se termina par la mort.

Il semble difficile de traiter ces anévrysmes autrement que par la compression ou la ligature, surtout quand ils siègent un peu haut; malheureusement ces méthodes de traitement sont la première, inefficace, la seconde à la fois bien incertaine et fort dangereuse.

Syme fit la ligature de la carotide primitive. Le malade mourut trente heures après. L'opéré de Mettauer résista douze jours, mais après avoir présenté de l'hémiplégie du côté opposé à la ligature. Les malades de Blessig et de Prewitt sont morts d'hémorragie secondaire. Chez celui de Godfrey, le sac suppura et s'ouvrit dans le pharynx. Hayes Agnew lia la carotide primitive, la thyroïdienne, la linguale et la carotide primitive du côté opposé, ce qui n'empêcha pas le patient de mourir d'hémorragie. Seul Wyeth a guéri son malade en liant la carotide primitive, la carotide interne et la thyroïdienne. C'est son exemple qui paraît être le meilleur à suivre. La ligature de la carotide primitive seule est aussi grave et elle est presque fatalement condamnée à l'impuissance par l'abondance des anastomoses.

#### ANÉVRYSMES DE LA CAROTIDE EXTERNE.

Les anévrysmes de la carotide externe sont un peu moins rares que ceux de la carotide interne. Ils ne présentent aucune particularité clinique digne d'être signalée. La tumeur, généralement de petit volume, fait saillie dans la région du cou, où elle est facilement perceptible.

(1) DUBRUEIL, *Gaz. hebdomadaire de Paris*, 1883, p. 398. — MURATET, thèse de Montpellier, 1883.