

malade éprouve une sensation de froid, et cependant il y a une augmentation notable de la température, qui peut dépasser d'un degré et demi celle de la région correspondante; la quatrième enfin, des *troubles de nutrition* importants, augmentation de volume des os, des muscles, de la peau et de ses annexes, poils et ongles; hypertrophie des membres, sorte de développement éléphantiasique, et plus rarement troubles trophiques, œdème et ulcération.

Broca avait déjà indiqué la plupart de ces lésions; suivant ses remarques, les poils hypertrophiés deviennent plus gros, plus bruns et plus longs, les ongles sont plus cassants.

Marche. — Durée. — La marche de l'anévrisme artério-veineux est presque toujours lente et bénigne. Quatorze ans après avoir consulté William Hunter, une de ses malades, jeune dame de province, lui écrivait qu'elle ne trouvait pas que le mal fût pire que quand il l'avait vu. Verneuil a retrouvé dans des conditions à peu près semblables un malade qu'il avait observé seize ans plus tôt : la maladie était restée stationnaire.

Cette *marche bénigne* est donc essentiellement différente de la marche envahissante de l'anévrisme artériel. Par contre, l'anévrisme artériel est susceptible de guérison spontanée, tandis qu'on n'observe rien de semblable dans l'anévrisme artério-veineux.

Cette double différence doit être profondément gravée dans la mémoire de tous les chirurgiens. Mais tous les anévrismes artério-veineux ne restent pas stationnaires : Delbet a justement fait ressortir dans son mémoire, et Broca, avant lui, avait bien vu, que dans un certain nombre de cas les anévrismes artério-veineux font des progrès incessants, refoulent et détruisent les tissus et finissent par se rompre. Dans le mémoire auquel nous avons fait de nombreux emprunts, Delbet relève 8 cas de rupture confirmée, 17 faits de rupture menaçante, dont 7 au membre supérieur, et 10 au membre inférieur. La gangrène est exceptionnelle dans les faits anciens, l'observation de Gripat est unique dans la science. Les troubles trophiques, les altérations de développement sont parfois extrêmement graves : dans deux cas ils ont nécessité l'amputation; d'autres fois ils réclament des soins prolongés ou produisent une gêne réellement considérable qu'il est bon de ne pas perdre de vue quand on est appelé à traiter un anévrisme artério-veineux. Bramann, dans le travail dont nous avons donné l'indication bibliographique, arrive à cette conclusion qu'il n'y a pas un seul cas où l'intégrité fonctionnelle absolue ait été observée.

Diagnostic. — Le chirurgien a rarement l'occasion de constater au moment où le traumatisme vient de la produire, la communication d'une artère avec une veine; plus tard, la situation de la plaie, l'impulsion des veines, le frémissement, la notion du traumatisme, permettent presque toujours d'établir le diagnostic de l'anévrisme traumatique.

L'anévrisme spontané demande une recherche plus minutieuse, mais les caractères du frémissement et les troubles circulatoires sont presque toujours tellement accentués que le doute n'est pas possible.

Les malades ne se présentent pas toujours pour une tumeur pulsatile; il en est qui viennent réclamer les secours de la chirurgie pour des ulcères, des accidents phlébitiques (Cordonnier, Trélat); un examen complet est alors nécessaire pour rattacher ces troubles à leur véritable cause.

Enfin le frémissement vibratoire est parfois tellement marqué à distance,

qu'on pourrait ne pas rechercher plus loin et croire à une phlébartérie fémorale, alors qu'il existe un anévrisme artério-veineux poplité. Il n'est pas mauvais d'être prévenu de cette cause d'erreur dans le cas où le diagnostic du siège n'est pas évident.

En dehors de ces petites difficultés exceptionnelles, le diagnostic de l'anévrisme artério-veineux est facile. Seuls les anévrismes artériels et surtout les anévrismes cirsoïdes peuvent être confondus avec les anévrismes artério-veineux.

L'*anévrisme artériel circonscrit* se présente sous l'aspect d'une tumeur pulsatile comme l'anévrisme artério-veineux; mais on n'y trouve guère le frémissement vibratoire, les pulsations veineuses; le souffle n'y est pas continu, mais bien intermittent; la tumeur est ordinairement plus consistante, elle n'est molle et réductible que dans les anévrismes artériels récents; les troubles de compression sont en général peu marqués et la marche lente dans les anévrismes artério-veineux; c'est l'inverse de ce qui s'observe dans les anévrismes artériels dont nous avons signalé la marche incessante et l'augmentation progressive.

L'*anévrisme cirsoïde*, au contraire, présente, comme nous aurons l'occasion de le dire, bien des points de contact avec l'anévrisme artério-veineux; le souffle est bien continu, le frémissement vibratoire existe également, mais la tumeur occupe le cuir chevelu ou les extrémités, sièges exceptionnels d'anévrismes artério-veineux; on observe autour de la tumeur des dilatations artérielles serpentineuses qui s'étendent parfois fort loin.

Le diagnostic des variétés n'est pas sans importance : seule une exploration minutieuse permet, dans les cas difficiles, de préciser l'état des vaisseaux et de déterminer le siège exact de l'anévrisme.

Pronostic. — Le pronostic de l'anévrisme artério-veineux est bénin en ce sens que la tumeur reste longtemps stationnaire ou du moins qu'elle a une marche très lente. Cette opinion nous a été transmise par Hunter, Boyer, S. Cooper, Nélaton, Gerdy, Le Fort.

Cette règle comporte un certain nombre d'exceptions : Scarpa, le premier, avait soigneusement distingué le pronostic bénin de la varice anévrysmale, du pronostic toujours plus sérieux de l'anévrisme variqueux. Cette distinction est admise par Hodgson et Richet, Bardeleben et Barwell. Broca a ajouté, et il est facile de vérifier cette assertion, que le pronostic est toujours plus sérieux pour les anévrismes du membre inférieur.

Mais il ne faut pas oublier que la varice anévrysmale est beaucoup plus rare que l'anévrisme variqueux, que Barwell n'en a trouvé que 5 cas seulement sur 60 faits d'anévrismes artério-veineux. De plus, Delbet a montré que même dans les cas bénins l'anévrisme artério-veineux constituait une véritable infirmité : les dangers, les menaces de rupture, surtout les troubles de la sensibilité, les altérations trophiques, sont assez fréquents pour engager le chirurgien à intervenir.

Ajoutons en terminant que l'anévrisme artério-veineux ne guérit jamais spontanément; après Scarpa et Brown, Nélaton, en 1846, a signalé la possibilité de sa transformation en anévrisme artériel; mais il s'agit là d'anévrismes tout à fait récents et de faits absolument exceptionnels.

Traitement. — On a longtemps traité les anévrismes artério-veineux par l'expectative; William Hunter avait conseillé à sa malade de ne rien faire, d'éviter les causes de compression veineuse, et, quatorze ans après, elle lui écrivait qu'elle ne s'était pas mal trouvée de cette abstention.

Mais l'infirmité persiste; elle s'aggrave même, et cela au bout d'une période stationnaire extrêmement longue; on conçoit donc qu'on ait cherché à la combattre, soit par les méthodes non sanglantes, soit par les méthodes sanglantes.

Parmi les *méthodes non sanglantes*, la *compression* seule mérite d'être conservée.

Les injections coagulantes ont donné deux gangrènes sur quatre faits; la galvanopuncture a échoué quatre fois sur huit.

La *compression* a donné de meilleurs résultats; jusque dans ces dernières années, elle était considérée comme la méthode de choix. Mais tous les modes de compression ne conviennent pas également aux anévrysmes artério-veineux; la compression indirecte seule, la compression élastique totale, n'ont donné que des résultats défectueux ou des insuccès; la flexion a été essayée 6 fois: il y a eu 6 échecs.

La seule méthode qui ait donné des succès a été la *compression directe de l'anévrysme associée à la compression digitale indirecte de l'artère*. Vanzetti (de Padoue), qui avait obtenu par ce moyen 2 succès, avait recommandé dans certains cas de faire la compression de la communication artério-veineuse dans le but de transformer en anévrysmes artériels les anévrysmes artério-veineux qui présentaient ainsi un point dont la compression empêchait le sang de passer de l'artère dans la veine. Le même fait avait été observé et signalé par Brown et Nélaton.

Pour que la compression directe associée à la compression indirecte donne de bons résultats, il faut: 1° que l'anévrysme artério-veineux soit récent, 2° qu'il siège, soit au coude, soit sur la fémorale superficielle. La méthode a été essayée 26 fois sur d'autres anévrysmes avec 26 insuccès (Delbet).

En dehors de ces conditions spéciales, les méthodes de compression, envisagées dans leur ensemble, sont loin de donner de bons résultats. Sur 76 cas ainsi traités, Delbet n'a relevé que 24 guérisons, soit 31,58 pour 100.

On comprend donc bien qu'avec les progrès de l'antisepsie, on soit revenu à l'emploi des *méthodes sanglantes*.

L'important mémoire présenté sur ce sujet par M. Reclus à la Société de chirurgie en 1885, le rapport de M. Verneuil sur ce travail, la discussion du Congrès français de chirurgie 1889, et les faits rassemblés par P. Delbet, ont apporté une vive lumière dans cette question.

Éliminant immédiatement la ligature de l'artère par la méthode d'Anel-Hunter, qui n'a donné que des résultats déplorables (10 succès seulement sur 45 cas), et les opérations sur la veine seule (Stromeyer, Monmonnier), encore plus mauvaises, le choix du chirurgien est limité à trois grandes méthodes:

- 1° Doubles ou quadruples ligatures;
- 2° Incision du sac;
- 3° Extirpation du sac.

La proportion des succès obtenus par ces trois méthodes est de 77,56 pour 100; on ne compte que 5 gangrènes sur 55 faits.

La *double ligature de l'artère* au-dessus et au-dessous de l'anévrysme a été pratiquée 16 fois avec 9 guérisons et 5 morts. Mais une partie des guérisons étaient de simples varices anévrysmales sans sac, et deux d'entre elles ont été suivies de récurrence. La *double ligature* doit donc être rejetée dans le cas de sac volumineux, et réservée, aux varices anévrysmales, aux cas où il n'y a pas de sac et à ceux où le sac est très petit.

Quadruple ligature. — Dans tous les autres cas, dit Delbet, il faut lier les

deux bouts de l'artère et les deux bouts de la veine. Lidell a conseillé de lier le canal de communication de l'artère avec la veine; Delbet juge cette ligature impossible dans la majorité des cas.

La ligature faite, les uns veulent qu'on respecte le sac, d'autres sont partisans de l'*incision*; d'autres enfin veulent l'*extirpation*.

Nous ne sommes pas partisans de la première méthode, en dehors de quelques cas spéciaux; il existe dans la science des faits relativement nombreux de récurrence rapide après la quadruple ligature; cependant lorsque le sac ne reçoit pas de collatérale importante, il est inutile, dit Reclus, de l'ouvrir.

Cette manière de faire doit être tout à fait exceptionnelle: toutes les fois que le sac persiste, on est exposé à voir persister les troubles fonctionnels, alors même que le sang cesse d'aborder la tumeur. A notre avis, il faut donc détruire le sac, et le détruire aussi radicalement que possible, et c'est pour cela que l'*extirpation* nous semble, comme à Trélat et à Delbet, la méthode d'élection dans la majorité des faits. L'*incision* a le double inconvénient de gêner la réunion immédiate et d'exposer aux hémorragies; la lecture attentive de l'observation de M. Verneuil est sur ce dernier point extrêmement instructive.

Pour résumer cette discussion si intéressante des diverses méthodes applicables au traitement des anévrysmes artério-veineux, nous ne saurions mieux faire que d'emprunter au professeur Trélat les conclusions si claires et si précises de sa communication au Congrès français de chirurgie de 1889:

1° Traiter les anévrysmes artério-veineux dès le début, et pour cela tenter avec prudence et seulement dans les cas récents la compression digitale. Ne pas insister si elle échoue;

2° En cas d'insuccès de la compression, si le sac est petit ou s'il fait défaut, il convient de recourir à la quadruple ligature;

3° Si le sac est volumineux, il vaut mieux en pratiquer l'extirpation.

CHAPITRE III

ANÉVRYSME CIRSOÏDE

Définition. — L'anévrysme cirsoïde est constitué par une dilatation avec allongement des troncs, rameaux et ramuscules d'un ou de plusieurs départements artériels.

Cette définition, qui a été donnée par F. Terrier dans sa thèse d'agrégation, est aujourd'hui reproduite dans tous les traités classiques.

Cette dilatation avec allongement de tout un département artériel est bien, en effet, le caractère dominant, le fait principal. Cependant un certain nombre d'observations récentes, recueillies avec soin, démontrent que cette dilatation artérielle n'existe pas toujours seule, qu'elle est souvent accompagnée d'une dilatation des capillaires, des veinules et des veines correspondantes; de telle sorte que l'anévrysme cirsoïde ne nous apparaît plus comme une affection absolument cantonnée dans le système artériel, mais bien comme un intermédiaire encore assez mal connu entre les angiomes et les dilatations serpentineuses des artères et des veines.

Des recherches nouvelles permettront sans doute prochainement d'établir entre ces diverses lésions une classification tout à fait satisfaisante.

Synonymie. — La tumeur cirsoïde a reçu des noms très divers : *anévrisme par anastomose* (J. Bell), *varice artérielle* (Dupuytren), *angiomes rameux*, *tumeurs érectiles pulsatiles*, *tumeur cirsoïde artérielle* (Gosselin et Robin), *anévrismes cirsoïdes* (Breschet). Cette dernière dénomination, qui n'a d'autre avantage que de rappeler le caractère flexueux de la dilatation artérielle, a remplacé, en France, l'expression analogue et longtemps classique de *Varice artérielle*.

L'expression d'*Anévrisme des anastomoses* nous paraît volontiers répondre mieux que les autres aux faits de dilatation concomitante des capillaires et des veinules dont nous signalions plus haut l'importance.

Historique. — C'est à John Bell que revient le mérite d'avoir donné la première description de ce qu'il appelait *l'anévrisme par anastomose*, parce qu'il y voyait la réunion de canaux ou de lacunes établissant la communication entre des artères et des veines ou entre des ramuscules artériels.

D'autres cependant avaient avant lui observé cette sorte de tumeur : Vidus Vidius, médecin de François I^{er}, avait écrit : « Intumescunt interdum arteriæ, et fiunt in illis veluti varices... » ; J.-L. Petit l'observa aussi et constate aussi que la tumeur donne à l'oreille le bruit tel qu'on l'entend dans l'anévrisme. Pelletan en rapporte deux nouveaux exemples dans sa *Clinique chirurgicale* (1810) et Dupuytren, en 1818, avait l'occasion de pratiquer la ligature de la carotide sur une jeune fille de vingt ans, atteinte de varice artérielle, pour laquelle Populus et Rétif, chirurgiens de l'hôpital de Sens, avaient lié sans succès la temporale, l'auriculaire et l'occipitale.

Les travaux qui suivirent la description de John Bell n'apportèrent aucun document important ; Hogdson, Breschet (1852), Chassaignac (1848) ne firent qu'augmenter la confusion qui existait entre l'anévrisme cirsoïde et les tumeurs érectiles.

En 1851, paraît un mémoire important de Robert, qui, complétant l'œuvre de J. Bell, assigne *aux varices artérielles du cuir chevelu* une place à part dans le cadre nosologique.

Depuis cette époque, ont paru la thèse de F.-M. Verneuil (1852), celle plus importante de Decès (1857), où se trouvent rassemblés tous les cas jusqu'alors épars dans la littérature, et enfin l'importante thèse d'agrégation de M. Terrier (1872).

J. PELLETAN, Mémoires sur des espèces particulières d'anévrismes et sur des tumeurs artérielles ou veineuses. In *Clin. chir.*, t. II, p. 1, Paris, 1810. — BRESCHET, Mémoires sur les anévrismes. In *Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1853, t. III, p. 401. — ROBERT, Considérations pratiques sur les varices artérielles du cuir chevelu. Paris, 1851. — VERNEUIL, Thèse de Montpellier, 1852, n° 44. — VERNEUIL, *Gaz. heb.*, 1858. — COCTEAU, *Arch. gén. de méd.*, 1865, t. II, p. 666. — GOSSELIN, *Arch. gén. de méd.*, t. X, 1867. — HEINE, *Prager Vierteljahrschrift für prakt. Heilkunde*, Bd. CIII u. CIV, 1869. — LABBÉ, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1872. — BARWELL, *Encyclop. intern. chir.* — VERNEUIL, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1874. — DESPREZ, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1884, p. 298. — POLAILLON, *Ibid.*, p. 348. — DECÈS, Thèse de Paris, 1857. — TERRIER, Thèse d'agrég. de Paris, 1872. — OUFRAÏ, Thèse de Paris, 1872. — MOREL, Thèse de Paris, 1873. — GUILLEMIN, Anévrisme cirsoïde de la tête. Thèse de Nancy, 1884. — TERRIER, *Revue de chirurgie*, février 1890.

Anatomie pathologique. — SIÈGE. — L'anévrisme cirsoïde s'observe en toutes régions ; on le voit à la tête, au front, aux oreilles ; on le rencontre sur les membres, de préférence sur la main, et Polailon réunissait

récemment 14 observations de tumeur cirsoïde de la main. Cependant en aucune région, la fréquence de l'angiome rameux n'est aussi grande qu'au cuir chevelu ; c'est là son siège de prédilection. On a cherché à expliquer ce fait par la richesse des artères musculaires, la présence de fentes brachiales et la fréquence des angiomes dans cette région de l'extrémité céphalique.

Il y a, dans l'anévrisme cirsoïde, deux choses principales : la tumeur cirsoïde et la dilatation des vaisseaux afférents et efférents avec altération de leurs parois.

1° *Tumeur cirsoïde.* — La tumeur cirsoïde est bosselée, irrégulière, mal limitée, ses contours sont mal définis. Il n'y a point, comme dans l'anévrisme artériel, une seule cavité en communication avec une artère ; la tumeur est formée par un amas de vaisseaux dilatés, flexueux, ampullaires, réunis ou accolés et rappelant par leur juxtaposition ce qu'on observe sur les veines variqueuses.

A la coupe, on voit un tissu aréolaire et caverneux, rappelant de très près la

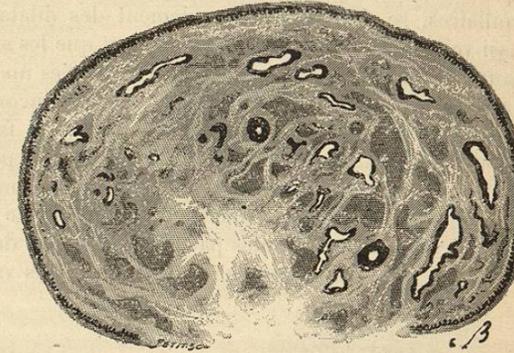


FIG. 69. — Anévrisme cirsoïde du doigt. — Coupe d'ensemble (d'après Quénu) (1).

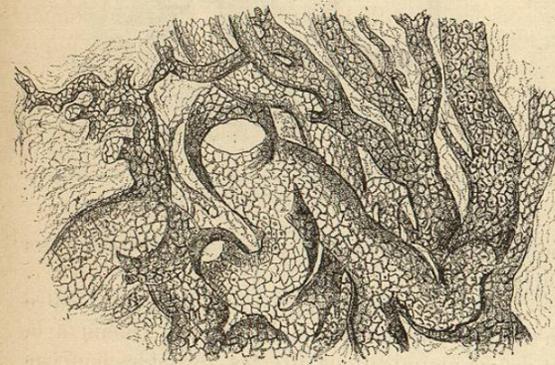


FIG. 70. — Anévrisme cirsoïde traité par la nitration (préparation de Malassez, observation Terrier, *Revue de chirurgie*, janvier 1890).

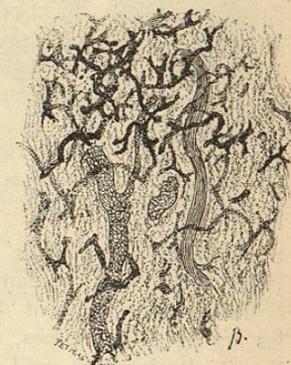


FIG. 71. — Anévrisme cirsoïde traité par la nitration (d'après Quénu).

disposition de l'angiome caverneux. Des cavités plus larges s'y montrent à côté de cavités plus petites, reconnaissables à la loupe, et séparées par des trabécules fines et peu résistantes. Les cavités plus grandes ont des parois plus épaisses.

Il n'est pas facile dans l'état actuel de nos connaissances, de spécifier exactement la part qui revient dans la formation de ces diverses cavités aux capillaires, aux artères et aux veines.

(1) QUÉNU, *Des tumeurs*, t. I, fig. 411.