

expansion, sans bruit de souffle; leur réductibilité est plus parfaite, les effets de la compression veineuse plus manifestes.

Avec les *angiomes artériels* la distinction est plus difficile, d'autant que ces tumeurs sont très souvent la première étape de l'anévrisme cirsoïde; toutefois leurs battements sont plus doux, leur souffle moins perceptible, le frémissement fait défaut. Les relations étroites qui existent entre ces diverses tumeurs expliquent à merveille les difficultés du diagnostic, dans les cas où la tumeur participe à la fois de l'une et de l'autre affections.

Les *tumeurs malignes pulsatiles* ont un siège qui les distingue déjà : elles s'observent surtout aux extrémités osseuses; elles ne sont point réductibles; les artères ne sont point dilatées à la périphérie et la consistance est toujours bien différente.

L'*encéphalocèle* ressemble par certains points à l'angiome rameux du cuir chevelu, et Gosselin eut un jour à établir ce diagnostic. Dans les deux cas, il y a à la fois bruit de souffle et pulsations; mais, comme le fait remarquer Gosselin, la compression d'une seule carotide arrête les battements d'une tumeur cirsoïde; l'encéphalocèle ne les voit disparaître que par la compression des deux carotides, et cette compression même, continuée, n'a qu'un effet momentané; les battements ne tardent pas à reparaître, la circulation se rétablissant par l'intermédiaire des vertébrales.

Pronostic. — La tendance à l'accroissement, qui est le propre de la tumeur cirsoïde, la gravité des méthodes thérapeutiques qu'elle nécessite, rendent le pronostic de cette affection très sérieux. On l'a même vue, dans un cas exceptionnel, se manifester sous la forme d'une véritable diathèse anévrysmale, à tumeurs multiples, récidivant à distance après chaque intervention.

Traitement. — Terrier a groupé en quatre catégories les méthodes thérapeutiques de l'anévrisme cirsoïde, suivant qu'elles ont pour but de supprimer l'arrivée du sang dans la tumeur, de détruire l'anévrisme, d'y déterminer la coagulation du sang, ou par des moyens combinés d'obtenir plusieurs de ces résultats en même temps.

1° On arrête la circulation dans la tumeur, en interrompant le courant sanguin dans le tronc principal, dans les troncs secondaires, ou dans les rameaux qui alimentent l'anévrisme.

La *compression* et la *ligature* concourent à ce but; *l'une et l'autre sont inefficaces*. La compression de la tumeur ou des artères différentes n'est qu'un procédé palliatif; on arrête les hémorragies; on met pour quelque temps un terme à l'accroissement de la tumeur; aussitôt que la compression cesse, la tumeur reprend tous ses droits. Sur 26 observations d'anévrysmes cirsoïdes de la main et des doigts, la compression a été essayée 7 fois sans aucun succès (Polaillon).

La *ligature* est aussi inefficace et dangereuse. Pour des tumeurs du cuir chevelu, on a lié l'une des deux carotides ou les deux : d'après une statistique de Wyeth, comprenant 98 cas de ligature d'un seul côté, la mortalité s'est élevée à 50 pour 100, et la moitié des survivants à peine a guéri. Sur 9 cas de ligature double, il n'y a eu que 5 morts, mais des 7 survivants, il n'y eut qu'une guérison et deux améliorations.

La ligature des rameaux secondaires, la ligature des vaisseaux, et même de la tumeur, n'ont pas eu plus de succès.

Sur 15 cas de ligatures pour tumeurs cirsoïdes de la main, Polaillon ne compte que deux succès, encore la ligature fut-elle combinée à d'autres méthodes.

2° La destruction de la masse se fait par *cautérisation* ou par *excision*.

La *cautérisation* au fer rouge ne convient qu'aux tumeurs de très petit volume; on peut encore l'utiliser comme adjuvant, quand on combine plusieurs méthodes.

L'*excision* est la méthode qui a donné le plus de succès; la forcipressure rend pour cette opération les plus grands services, et évite les dangers d'une hémorragie, qui serait sans elle rapidement mortelle. Les vaisseaux sectionnés sont fort nombreux et, dans une opération de ce genre, Bryant dut lier vingt vaisseaux de fort calibre sans dépasser les bords de l'anévrisme. Cette méthode toutefois ne convient qu'aux tumeurs de moyennes dimensions.

5° Pour coaguler le sang dans la tumeur, on a recours à l'*électropuncture* ou aux *injections coagulantes*. On a aussi employé le séton filiforme simple ou caustique. L'*électropuncture* a réussi quelquefois; on lui reproche d'exposer aux hémorragies.

Les *injections coagulantes*, de perchlorure de fer, de liqueur de Piazza, ont été maintes fois employées. On injecte seulement quelques gouttes dans différents points de la tumeur : il faut autant que possible la circonscire avec un anneau compresseur, qui oppose un obstacle à la mobilisation du caillot. Cette méthode est préconisée par Gosselin, Broca, Polaillon; Berger en a rapporté un bel exemple à la Société de chirurgie en 1884; cependant elle est quelquefois inefficace; elle a déterminé des accidents, des phlébites, des embolies, des eschares, des gangrènes.

4° Reste la *méthode mixte*, qui comprend la combinaison de plusieurs procédés, ligature et compression, excision et ligature : on commence par la ligature des principales branches, il en résulte une diminution de l'afflux sanguin; la compression, la cautérisation, les injections font le reste.

L'excision doit être considérée comme la méthode de choix, toutes les fois que les dimensions de la tumeur la rendent possible.

Lorsque la tumeur est trop volumineuse, on aura recours à la méthode mixte, en procédant par segments et avec beaucoup de lenteur et de persévérance.

Ces différentes méthodes, d'ailleurs, dont nous venons de voir les avantages et les inconvénients, trouvent dans les dimensions mêmes de la tumeur des indications spéciales à chacune d'elles et qui se résument dans les conclusions suivantes :

En principe, il faut agir sur la tumeur même, et ne pas agir sur ses branches.

Le professeur Trélat a formulé, d'une manière plus concise encore, à la Société de chirurgie (décembre 1889), les règles du traitement des anévrysmes cirsoïdes :

- 1° Pas de ligature;
- 2° Excision, si elle est possible;
- 3° Dans le cas contraire, amputation.

CHAPITRE IV

DILATATION SERPENTINE DES ARTÈRES

Cruveilhier a bien distingué les *dilatations serpentine des artères* des anévrysmes cirsoïdes avec lesquels Breschet et d'autres auteurs les avaient confondues.

Entre ces deux affections, il y a cette différence que, dans la première, les flexuosités morbides sont la conséquence d'une lésion des parois artérielles, tandis que dans la dilatation serpentine des artères, les parois artérielles présentent simplement une légère hypertrophie en rapport avec leur augmentation de volume; elles ont de plus conservé toute leur élasticité.

Cruveilhier les distingue en *dilatations physiologiques* et *dilatations hypertrophiques*.

Les *dilatations physiologiques* sont surtout le résultat du progrès de l'âge; on les observe principalement chez les *vieillards*.

L'ectasie vasculaire porte généralement alors sur les gros vaisseaux: l'aorte abdominale, les artères iliaques primitives, le tronc brachio-céphalique, l'artère axillaire, l'humérale et la radiale.

Les *dilatations hypertrophiques* sont parfois plus considérables encore; elles sont ordinairement la conséquence de l'oblitération de l'artère principale d'un membre: « on voit alors non seulement les artères collatérales principales, mais encore et essentiellement des artérioles du plus petit calibre, des artères capillaires, en même temps qu'elles se dilatent d'une manière prodigieuse, décrire des flexuosités à circonvolutions excessivement rapprochées; et une chose bien remarquable, c'est que ces flexuosités sont en général limitées aux artérioles les plus déliées, si bien que les artères dont elles émanent sont à peine dilatées et à peine flexueuses » (Cruveilhier).

J'ai observé, comme prosecteur de la Faculté, une pièce anatomique des plus curieuses, dont je n'ai pas trouvé d'autre exemple: Toutes les artères pariétales du tronc d'un homme d'un certain âge étaient dilatées et flexueuses; cette dilatation portait surtout sur la mammaire interne et épigastrique. De ces deux artères partaient une série de flexuosités occupant toutes leurs anastomoses, artères intercostales, artères thoraciques, scapulaires et lombaires. Ces artères injectées au suif, dessinaient à la surface du thorax une série tout à fait curieuse de courbes serpentine dont je crois avoir trouvé la cause dans une disposition spéciale que présentaient les deux artères sous-clavières: ces deux vaisseaux, après avoir fourni les mammaires internes, traversaient au-dessus de la première côte, dans le tendon du muscle scalène antérieur, une véritable boutonnière, qui avait dû certainement gêner la circulation et provoquer la dilatation collatérale des branches thoraciques et lombaires anastomosées avec les mammaires internes.

Les *dilatations serpentine séniles* forment parfois de véritables tumeurs résultant du rapprochement de deux ou trois flexuosités; la poche ainsi formée est animée de battements. On y a entendu des bruits de souffle intermittents et même continus; Broca et Demarquay auraient même senti un véritable frémissement vibratoire.

L'examen de la tumeur, la dilatation des autres grosses artères, l'âge du sujet, permettent en général d'établir le diagnostic.

MALADIES DES VEINES

Par le D^r QUÉNU

Chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté de Paris.

Les maladies des veines consistent en lésions traumatiques et en altérations diverses, primitives ou secondaires, de leurs parois. Parmi ces dernières, les plus communes⁽¹⁾ sont d'ordre inflammatoire: quand elles affectent une marche chronique, elles sont susceptibles de donner naissance à des dilatations plus ou moins irrégulières, connues sous le nom de varices. Notre étude comprendra donc les *lésions traumatiques des veines*, leur inflammation ou *phlébite*, leurs ectasies ou *varices*. Quant à l'histoire des coagulations sanguines ou thromboses veineuses, elle paraît intimement liée à celle de la phlébite, et sera décrite avec elle. Peut-être eût-il convenu de clore ce résumé de la pathologie des veines par une revue rapide des embolies qu'on observe dans le système veineux. L'importance du processus et sa fréquence relative nous y invitaient, mais cette étude eût fait double emploi, car le sujet a été en partie déjà traité à propos des complications des plaies⁽²⁾.

ABERNETHY, Surgic. observat. of the ill conseq. of veinsect. London, 1825. — AMUSSAT, Recherches expérimentales sur les blessures des artères et des veines. Paris, 1845. — BOECKEL, *Revue de chirurgie*, 1881. — COOPER and TRAVERS, In *Surg. essays*, 1818. — *Encycl. int. de chir.*, t. III. — JAMAIN et TERRIER, *Man. de path. chir.* — LANGENBECK, Contribution à la pathologie chirurgicale des veines. *Arch. f. klin. Chir.*, t. I, 1861. — LEGUEST, *Arch. de méd.*, 1875. — NICAISE, Thèse d'agrég., 1872. — HODGSON, Diseases of arteries and veins. — OLLIER, Plaies des veines. Thèse d'agrég., 1857. — RENAULT et BOULEY, *Rev. de méd. vétér.*, 1859. — SAMSON, Thèse de concours, 1856. — TROUSSEAU et RIGOT, *Arch. de méd.*, 1827. — WEBER, *Pitha und Billroth*.

(1) L'envahissement des parois veineuses par les néoplasmes a été décrit dans le volume premier, au chapitre *Tumeurs*.

(2) Voy. RECLUS, *Thromboses et embolies traumatiques*, t. I, p. 190. — QUÉNU, *Carcinome et sarcome*, t. I, p. 388 et 417. *Entrée de l'air dans les veines*, t. II, p. 185.