

modification; la poche continua à se développer et le malade mourut au bout de deux mois de rupture du sac⁽¹⁾.

6° *Ligatures simultanées de la carotide et de la sous-clavière.* — Proposée en 1842 par Diday, exécutée pour la première fois en 1844, par Rossi⁽²⁾, cette opération a été pratiquée un assez grand nombre de fois depuis quelques années.

Tandis que Le Fort, en 1869, n'en relevait que 3 observations, Poinso⁽³⁾ pouvait, en 1882, en réunir 25 et Wharton, en 1887, dans le travail que nous avons cité plus haut, arrivait à 52 cas.

Les ligatures périphériques ont été appliquées aussi au traitement des anévrysmes de l'aorte et Rosenstirn⁽⁴⁾, a donné, dans une statistique générale, les résultats de ces opérations.

En ne comprenant que les opérations pour anévrysme innominé, nous avons, en 1891, réuni un total de 55 observations⁽⁵⁾. Sur ses 25 observations, Poinso comptait 4 guérisons vérifiées à l'autopsie, le malade étant mort ultérieurement d'une autre affection, 4 améliorations considérables ou guérisons, 5 améliorations passagères, 3 morts rapides, 2 morts par hémorragie secondaire; en résumé 8 guérisons sur 25, soit 32,4 pour 100. Wharton trouve 12 guérisons sur 32 cas, soit encore 37,4 pour 100. Sur notre total de 55 cas, nous voyons 14 guérisons, soit 40 pour 100.

Mais, disions-nous, si nous ne tenons compte que des opérations faites depuis 1882, c'est-à-dire postérieures à la statistique de Poinso, nous voyons que, sur les 12 cas dont nous avons donné les indications, presque toujours le résultat a été bon: la guérison complète semble avoir été parfois obtenue, en tout cas presque toujours une très notable amélioration, puisque dans un cas seulement la tumeur a continué à évoluer, et dans un autre cas, le malade mourut un an après, avec une hémiplegie consécutive à la ligature; les 10 autres faits sont favorables; sans doute beaucoup n'ont pas été suffisamment suivis pour qu'on puisse affirmer soit la guérison, soit même une amélioration de durée, mais toujours les accidents les plus pressants ont été conjurés, la tumeur a diminué de volume, les accidents de compression se sont amendés.

Les observations publiées depuis 1891, les mémoires de Randolph, Winslow⁽⁶⁾.

(1) MARTEL (de Saint-Malo), *Anévrysme du tronc brachio-céphalique. Premier Congrès français de chirurgie*, 1885, p. 616.

(2) LANCET, 1844-1845, t. I, p. 510.

(3) ROSENSTIRN, *Opérations de Brasdor pour les anévrysmes de la crosse de l'aorte et du tronc innominé. Arch. für klin. Chir.*, 1886, t. XXXIV, p. 1.

(4) Voici les observations que nous avons pu ajouter à celles citées par Poinso (1882): WYETH, *Ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droites dans un cas de tumeur anévrysmale de la région sterno-claviculaire droite; guérison. Philadelphie*, 1882, in-8°. — VON BERGMANN, *Ligature de la carotide et de la sous-clavière pour anévrysme brachio-céphalique. Berl. klin. Woch.*, 14 mai 1885, p. 506. Résultat: amélioration, diminution de la tumeur, des douleurs et des pulsations. — LANGLEY BROWNE, *Idem; guérison. Medico-chir. Transact.*, LXV, p. 21, 1884. — BEANCY, *Idem; guérison. Australian med. Journal*, juillet 1884, et *Med. News*, 11 oct. 1884. — BARWELL, *Idem; résultat très satisfaisant, diminution considérable de la tumeur. Medico-chir. Transact.*, 1885, LXVIII, p. 425. — ASHURST, *Idem; guérison, plus d'expansion. Tumeur dure. Semaine méd.*, 1886, n° 52, p. 528. Relation d'une opération faite à l'hôpital de l'Université de Pensylvanie, le 6 nov. 1886. — PRAGER, *Idem; hémiplegie gauche, mort un an après l'opération. Brit. med. Journal*, mars 1887, p. 509. — MAC BURNEY, *Idem; diminution de la poche. New-York surg. Society*, 12 janvier 1887, et *Annals of surgery*. Saint-Louis, 1887, t. V, p. 559. — WHARTON, *Idem; amélioration, peut-être guérison. Loc. cit.*, p. 457. — J.-A. WELLS, *Idem; guérison. New-York med. Journal*, 6 oct. 1888, p. 575. — PERCEVAL, *Idem; arrêt de l'évolution. Brit. med. Journal*, 2 juin 1888, p. 1161. — HEATH, *Idem; amélioration considérable. Lancet*, 14 avril 1888.

(5) RANDOLPH WINSLOW, *Annals of surgery*, mai 1891, p. 556.

de Le Dentu⁽¹⁾, de Guinard⁽²⁾, les thèses de Poivet⁽³⁾ et de Blacque⁽⁴⁾ inspirées par Guinard, ont apporté à ces conclusions un nouvel appui et, dans un tout récent article sur ce sujet, Pierre Delbet⁽⁵⁾ adopte aussi comme méthode de choix, la double ligature simultanée.

7° Un cas de *ligature simultanée de la carotide et de l'axillaire* n'a pas donné de résultat favorable⁽⁶⁾.

En résumé, à moins d'accidents pressants, on doit toujours commencer par essayer du traitement médical, repos, alimentation réglée, administration d'iodure de potassium.

Si la tumeur augmente, si les accidents de compression sont menaçants, c'est à la ligature qu'il faut recourir. Holmes et Le Fort, conseillent de faire d'abord la ligature de la carotide primitive et, si elle ne suffit pas, de lier ensuite la sous-clavière. Les statistiques récentes sembleraient plutôt plaider en faveur de la double ligature simultanée, dont l'antisepsie a sensiblement diminué aujourd'hui la gravité, comme nous l'avons montré plus haut, et qui paraît donner de bons résultats thérapeutiques, lorsque l'anévrysme est bien limité au tronc innominé⁽⁷⁾.

V

ANÉVRYSMES DE LA SOUS-CLAVIÈRE⁽⁸⁾

I. — ANÉVRYSMES ARTÉRIELS

Étiologie. — Les anévrysmes traumatiques sont rares. Poinso en rapporte 7 cas, 5 consécutifs à une plaie par instrument tranchant (Bonnet, Cuvellier et

(1) LE DENTU, *Anévrysme du tronc brachio-céphalique et de la carotide primitive, traité par la ligature périphérique simultanée de la sous-clavière et de la carotide primitive droites. Bull. de la Soc. de chir.*, 1891, p. 562. — DU MÊME, *Anévrysme du tronc brachio-céphalique et de la crosse de l'aorte traité par la ligature des grosses artères du cou. Bulletin de l'Acad. de médecine*, 21 février 1895.

(2) GUINARD, *loc. citato.* — DU MÊME, *Traitement des anévrysmes de la base du cou par la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droites. Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1896, t. XXII, p. 595.

(3) POIVET, Thèse de Paris, 1895.

(4) BLACQUE, Thèse de Paris, 1895.

(5) PIERRE DELBET, *Anévrysmes du tronc brachio-céphalique. Traité de chir. clin. et opérat.*, t. IV, p. 294.

(6) BONN MAY, *Anévrysme sacciforme du tronc brachio-céphalique; ligature simultanée de la carotide primitive et de l'axillaire, mort. Lancet*, 14 juin 1884, p. 1066.

(7) Barwell, dans l'excellent article que nous avons cité, donne les règles opératoires suivantes: « 1° Si l'anévrysme occupe avec l'extrémité supérieure de l'innominée, l'origine soit de la carotide, soit de la sous-clavière, sans que ces deux vaisseaux soient affectés à la fois, on peut lier respectivement l'une ou l'autre. 2° S'il existe seulement un faible degré d'insuffisance aortique, qui pourrait rendre dangereuse la double ligature simultanée, le chirurgien doit rechercher avec soin si l'étendue de la lésion contre-indique aussi la ligature isolée de l'un des vaisseaux. 3° La dilatation de l'aorte peut être de nature à permettre sans danger la ligature isolée de l'un des vaisseaux, mais non la ligature simultanée des deux. 4° Les signes, indiquant avec une grande probabilité une altération de la carotide ou de la vertébrale gauche, contre-indiqueraient la ligature de la carotide droite, mais non de celle de la sous-clavière dans sa troisième partie. 5° Dans tous les cas, à l'exception du dernier, l'opportunité de la ligature consécutive de l'autre vaisseau peut se déduire de la façon suivant laquelle la première opération a été supportée, de l'importance de l'amélioration obtenue, des modifications produites dans la marche de la tumeur anévrysmale. 6° Quand il n'existe aucune contre-indication, et que l'anévrysme de l'innominée ne gagne pas sur une branche à l'exclusion de l'autre, il faut lier les deux vaisseaux. »

(8) FOLLIN et DUPLAY, *Pathologie externe*, t. II, p. 424. — LE FORT, art. SOUS-CLAVIÈRE du

Le Fort, Thiersh), 2 à une plaie par arme à feu (Sinks, Mac Kinnon), 2 sans plaie extérieure, par rupture de l'artère (Auvert, Mitchel Banks). Twynam⁽¹⁾ a récemment observé un anévrisme consécutif à une fracture de la clavicule.

L'étiologie des anévrysmes *spontanés* ne présente rien de spécial; nous ne pouvons que renvoyer à ce que nous avons dit des causes des anévrysmes de la carotide et du tronc brachio-céphalique.

La seule cause particulière à la région est l'existence d'une côte cervicale surnuméraire. (Hillefeld)⁽²⁾ a insisté sur cette disposition; l'artère, soulevée par la côte anormale, est constamment exposée aux traumatismes, aux pressions, aux frottements, et peut être atteinte d'artérite, puis d'anévrisme, comme dans trois cas observés par Baum, Poland et Adams.

Les anévrysmes sous-claviers sont beaucoup plus fréquents chez l'homme (50 hommes, 2 femmes) (Erichsen); on les observe trois fois plus souvent à droite qu'à gauche.

Anatomie pathologique. — La tumeur se développe soit sur la première portion de l'artère, soit sur la troisième. Les anévrysmes de la *première portion* ne s'observent guère qu'à droite. Barwell en a vu un seul cas à gauche et le malade était gaucher. Ces anévrysmes s'accompagnent très souvent d'altérations analogues du tronc brachio-céphalique. Le développement de la tumeur, d'habitude sacciforme, bridée en dehors par les scalènes, se fait comme celui de l'anévrisme innominé, avec les mêmes accidents de compression sur les vaisseaux, les nerfs, la plèvre et le poumon, les os, etc.

Les anévrysmes de la *troisième portion* se développent dans le creux sus-claviculaire, se prolongent parfois sur l'axillaire; les accidents de compression ne se font guère sentir au début que sur le plexus brachial, les veines superficielles du cou et les vaisseaux du membre supérieur. Le développement de la tumeur amène d'autres désordres analogues à ceux que nous avons déjà signalés pour les gros anévrysmes carotidiens inférieurs ou les anévrysmes innominés.

L'anévrisme de la *seconde portion* de l'artère est absolument exceptionnel. On ne l'observe guère que dans les cas très rares où toute l'artère est dilatée.

Le *volume* de l'anévrisme est, en général, assez petit, égal à celui d'un œuf de poule (Le Fort); mais parfois il peut acquérir des dimensions considérables; dans un cas, cité par Boucher⁽³⁾, la tumeur soulevait la clavicule et l'omoplate, et la clavicule était luxée dans ses deux articulations. Le Fort rapporte encore un cas de Velpeau, dans lequel la tumeur avait envahi toute l'aisselle, le sommet de la poitrine et la base du cou, s'élevant jusqu'à l'angle de la mâchoire et débordant en arrière les apophyses transverses cervicales.

La tumeur est ordinairement globuleuse, mais souvent envoie des prolongements plus ou moins irréguliers sous la clavicule, sous l'omoplate, dans le creux de l'aisselle, sous le sterno-mastoïdien, etc.

Dict. encycl. des sciences méd., 5^e série, t. X, p. 671. — POINSOT, art. SOUS-CLAVIÈRE du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXXIII, p. 419. — BARWELL, *Encycl. intern. de chir.*, t. III, p. 657. — PIERRE DELBET, *Traité de chir. clin. et opérat.*, 1897, t. IV, p. 265. — SOUCHON, *Traité opératoire des anévrysmes de la troisième portion de l'artère sous-clavière. Annals of surgery*, nov. et déc. 1895. — GUINARD, *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1896, t. XXII, p. 2-595.

⁽¹⁾ TWYNAM, *Lancet*, 21 juin 1890, t. I, p. 1552.

⁽²⁾ HILLEFELD, *Ueber die Spontanheilung eines Anevrysmas der Arteria sus-clavia bei bestehender Halsrippe. Diss. inaug.*, Göttingen, 1872.

⁽³⁾ BOUCHER, *Journal de méd. de Vandermonde*, 1761, vol. XIV (cité par Le Fort).

Symptômes et marche. — Lorsque l'anévrisme siège sur la troisième portion de l'artère, les modifications de la circulation n'existent qu'au membre supérieur. Le système carotidien n'est pas atteint.

L'anévrisme de la première portion peut comprimer, au contraire, l'origine de la carotide et provoquer, par suite, une diminution d'amplitude des pulsations dans le système carotidien; mais, comme l'a montré Franck, l'exagération du retard de la pulsation n'existe alors qu'à la radiale et pas à la carotide.

Nous n'avons pas à insister sur la symptomatologie des phénomènes de compression, déjà étudiés à propos des autres anévrysmes. L'anévrisme sous-clavier provoque surtout des troubles dans le membre supérieur, œdème, douleurs, fourmillements, paralysie d'un groupe de muscles animés par les branches du plexus brachial.

La *marche* est le plus souvent progressive, mais peut être très lente; la terminaison la plus fréquente est la rupture du sac à l'extérieur ou même dans la plèvre ou les bronches.

La *guérison spontanée* a été observée dans des cas de tumeur sacciforme latérale. Poinsot en cite 8 cas.

Diagnostic. — Diverses tumeurs de la région sus-claviculaire : abcès froids, affections ganglionnaires, lipomes, kystes, soulevés par les battements de l'artère, peuvent en imposer pour un anévrisme; par contre, un anévrisme peut être méconnu et pris pour une de ces tumeurs. Nous avons suffisamment insisté sur le diagnostic des anévrysmes carotidiens pour n'avoir pas à revenir ici sur les différents caractères qui permettent d'établir le diagnostic, expansion, souffle, et surtout modifications du pouls.

C'est encore par l'étude des modifications du pouls qu'il sera possible, comme nous l'avons déjà dit (voy. *Anévrysmes de la carotide*), de déterminer le siège exact de l'anévrisme.

Pronostic. — Le pronostic est extrêmement sombre, d'autant plus que, dans un grand nombre de cas, l'intervention chirurgicale est absolument impuissante ou dangereuse. La durée de survie, en dehors de toute intervention, a été indiquée dans 11 observations relevées par Poinsot : elle a été 1 fois de huit ans (Guattani), 1 fois de deux ans et huit mois (Ogle); dans les autres cas, elle a varié de cinq mois à deux ans.

Traitement. — Toutes les méthodes de traitement ont été appliquées aux anévrysmes sous-claviers.

Le *traitement médical* sous ses différentes formes, repos, diète et saignées (Valsalva), diète sans saignées (Tuffnell), iodure de potassium (Bouillaud), a donné quelques guérisons. Poinsot en a recueilli 7 cas. Nous pouvons ajouter 1 cas de Milne⁽¹⁾, dans lequel le repos et l'administration de l'iodure de potassium ont amené une guérison complète.

Traitement chirurgical. — La *compression indirecte* est le plus souvent impossible à appliquer au-dessus de l'anévrisme. La compression au-dessous, essayée dans deux cas, n'a produit aucun résultat.

⁽¹⁾ MILNE, *Anévrisme de la sous-clavière diagnostiqué à sa première période. The Lancet*, 15 juillet, 1882, p. 50.

La *compression directe*, d'une application très difficile et d'ordinaire mal supportée, a donné trois succès à Warren et à Corner⁽¹⁾; dans d'autres cas, elle a été employée comme adjuvant du traitement médical.

Nous ne ferons que signaler la *compression immédiate* à l'aide d'une pince placée directement sur l'artère (innommée ou première portion de la sous-clavière).

La *malaxation*, inaugurée par Fergusson, a donné deux succès sur 4 cas (Le Fort). Mais cette méthode, très dangereuse, ne saurait être appliquée aux anévrysmes siégeant en dedans des scalènes. De plus, elle expose à l'oblitération de la vertébrale.

La *galvano-puncture* expose à l'inflammation et à la gangrène du sac; Abeille⁽²⁾ a obtenu par ce moyen une guérison durable. Oliver⁽³⁾ a vu aussi un malade guérir, mais après des accidents redoutables de gangrène du sac.

L'application de courants galvaniques à la surface de la tumeur, moins dangereuse, n'a pas encore été suffisamment expérimentée. Valladarès lui a dû un succès⁽⁴⁾.

Les *injections coagulantes*, l'*introduction de corps étrangers* dans le sac, ont donné des résultats désastreux et doivent être absolument rejetés⁽⁵⁾.

La destruction de la tumeur par les *caustiques* a réussi, dans un cas, entre les mains de Bonnet⁽⁶⁾ (de Lyon), qui employa la pâte de Canquoin.

Pour l'étude du traitement opératoire proprement dit, nous suivrons, à l'exemple de Delbet, la division établie par Souchon qui, dans son importante statistique de 115 cas, examine séparément les résultats et les indications du traitement pour les anévrysmes de la sous-clavière droite et ceux de la sous-clavière gauche.

1° ANÉVRYSMES TRAUMATIQUES DE LA SOUS-CLAVIÈRE DROITE. — Les procédés opératoires les plus variés ont été employés :

Ligature du tronc brachio-céphalique : 1 seul cas, 1 mort.

(1) POINSOT, *loco citato*, p. 451.

(2) ABEILLE, *Archives générales de médecine*, 1840, t. XX, p. 491.

(3) OLIVER, *Guérison d'un anévrysme de la sous-clavière par l'élimination gangreneuse du sac*. Soc. méd. du Northumberland, séance du 9 oct. 1890, in *Semaine méd.*, 1890, n° 48, p. 407. — Voici cette observation : « Il y a deux ans, le malade, atteint d'un anévrysme de la sous-clavière droite, a été traité par l'iodure de potassium qui a amené une amélioration temporaire; au bout de quelque temps il revint à l'hôpital où on fit la galvano-puncture; l'anévrysme devint dur et cessa de battre, mais peu après survint une paralysie du bras droit. Quelques mois plus tard on ramena le malade à l'hôpital dans un état pitoyable, le sac s'était rompu sous la peau et il s'était formé une énorme tumeur bleuâtre non pulsatile; par une petite ouverture de la peau on voyait s'écouler du sang goutte à goutte; on ferma cette ouverture avec du collodion et on attendit les événements. La tumeur, qui était grosse comme une tête d'enfant, finit par être éliminée spontanément, sans hémorragie et le malade guérit. »

(4) VALLADARES, *Observation d'anévrysme de l'artère sous-clavière gauche, traité par les courants continus*. Rapport de Nélaton. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1889, t. XV, p. 115.

(5) Les dernières observations publiées ne font que confirmer les résultats déjà signalés par Le Fort et par Poinsot : RICHARDSON, Anévrysme de la sous-clavière. Repos, compression; introduction de fines aiguilles, ligature de l'axillaire, injection de perchlorure de fer, mort. *American surg. Assoc.*, 12 mai 1887. — ROBERT ABBE, Anévrysme de la sous-clavière. Ponction, introduction de 100 pieds de catgut, pas de douleurs, applications de glace; le troisième jour les pulsations ont diminué, le neuvième jour, introduction de 150 pieds de fil d'acier fin par lequel on fait passer un courant de 50 milliampères; mort deux jours après par ouverture de l'anévrysme dans la trachée. *Med. News*, 9 avril 1887.

(6) BONNET (de Lyon), *Bull. de la Soc. de chir.*, t. III, p. 608.

Ligature simultanée du tronc brachio-céphalique et de la carotide primitive : 2 cas, 1 guérison.

Ligature de la première portion de la sous-clavière seule : 2 cas, 2 morts.

Ligature simultanée de la première portion de la sous-clavière et de la carotide primitive : 1 cas, 1 mort.

Ligature de la seconde portion de la sous-clavière : 5 cas, 5 morts.

Ligature de la troisième portion de la sous-clavière : 2 cas, 1 guérison.

Ligature de la troisième portion de la sous-clavière et incision du sac : 1 cas (Thiersch), guérison.

Incision du sac et ligature des deux bouts de l'artère blessée : 2 cas (Langenbeck), 2 morts.

Incision du sac et ligature d'attente sur la première portion de la sous-clavière : 1 cas (Miles), guérison.

Ainsi, sur 15 opérés, 5 seulement ont guéri; mais beaucoup de ces faits sont anciens et plusieurs malades sont morts d'infection.

Souchon conclut en conseillant, comme l'avaient déjà fait Rivisaton, Trèves et Nélaton, de placer une ligature d'attente sur la troisième ou sur la seconde ou même sur la première portion de l'artère, puis de faire l'incision du sac et la ligature des deux bouts.

2° ANÉVRYSMES SPONTANÉS DE LA SOUS-CLAVIÈRE DROITE. — Les résultats fournis par l'intervention opératoire dans les anévrysmes spontanés de la sous-clavière droite sont peu encourageants. Sur 56 opérés, 8 seulement ont guéri.

Voici les procédés employés :

Ligature par la méthode ancienne. Incision du sac. — Cette méthode a été employée par Syme (d'Édimbourg), avec un succès complet, dans un cas resté célèbre. Smyth a fait aussi l'incision du sac, mais l'hémorragie fut telle qu'il n'eut que le temps de faire le tamponnement; le malade mourut au bout de quarante-huit heures.

Extirpation du sac. — Schopf⁽¹⁾ a obtenu un remarquable succès de l'extirpation du sac chez un homme atteint d'anévrysme de la sous-clavière avec compression du plexus brachial, atrophie du membre et troubles trophiques graves. La guérison complète fut obtenue avec rétablissement de toutes les fonctions du bras.

Ligature de la troisième portion de la sous-clavière : 11 cas, 10 morts.

Ligature de la seconde portion entre les scalènes : 2 cas, 2 morts.

Ligature de la première portion : 8 cas, 8 morts.

Ligature simultanée de la première portion et de la carotide primitive : 1 cas, 1 mort.

Ligature simultanée de la première portion, de la carotide et de la vertébrale : 1 cas, 1 mort.

Ligature du tronc brachio-céphalique : 14 cas, 14 morts.

Ligature simultanée du tronc brachio-céphalique et de la carotide : 4 cas, 1 guérison.

Les ligatures par la méthode de Brasdow sont moins nombreuses.

Ligature de l'axillaire : 5 cas, 5 morts.

Ligature de la sous-clavière et de la carotide primitive. Il n'existe qu'une seule

(1) Cité par Delbet, *loco citato*.

observation de cette opération qui a donné à Monod⁽¹⁾ un remarquable succès.

La désarticulation de l'épaule proposée par Fergusson pour assurer plus complètement l'arrêt du sang dans la tumeur, en supprimant la circulation dans la tumeur, a été pratiquée 4 fois. Dans ces 4 cas, l'amputation n'a eu aucune influence sur l'anévrisme qui a continué à grossir.

Comme on le voit, il est impossible de tirer une conclusion ferme de ces résultats. L'opération la plus rationnelle est certainement l'attaque directe de la tumeur, l'extirpation du sac ou tout au moins la ligature par la méthode ancienne avec incision du sac. Mais le volume, les connexions de la poche peuvent rendre cette intervention impossible. Il faudra donc alors recourir à la ligature qui présente aujourd'hui, sous le couvert de l'asepsie, un pronostic moins grave, et la belle observation de Monod montre qu'on en peut espérer un bon résultat.

5° ANÉVRYSMES TRAUMATIQUES DE L'ARTÈRE SOUS-CLAVIÈRE GAUCHE. — Souchon cite 17 cas d'anévrismes traumatiques de la sous-clavière gauche qui tous ont été traités par la ligature de la seconde ou de la troisième portion. 15 opérés ont guéri, 1 est mort d'hémorragie, 1 autre d'accidents cérébraux.

4° ANÉVRYSMES SPONTANÉS DE L'ARTÈRE SOUS-CLAVIÈRE GAUCHE.

Ligature de la troisième portion : 15 cas, 5 morts.

Ligature de la deuxième portion : 1 cas, 1 mort.

Ligature de la première portion : 1 cas, 1 mort.

La ligature par la méthode de Brasdow n'a été appliquée que 2 fois : dans un cas sur la troisième portion, guérison opératoire; dans un autre cas sur l'axillaire, diminution de la tumeur, puis récurrence, rupture du sac et mort.

La désarticulation de l'épaule n'a pas donné plus de résultats que pour les anévrismes de la sous-clavière droite.

La ligature donne donc pour les anévrismes sous-claviers gauches de meilleurs résultats que pour ceux du côté droit et peut être faite avec moins de crainte si l'action directe sur le sac ne semble pas possible.

II. — ANÉVRYSMES ARTÉRIO-VEINEUX

Les anévrismes artério-veineux, très rares, ne présentent guère d'intérêt chirurgical. Dans les 6 observations relevées par Poinot, 5 fois la lésion des vaisseaux avait été produite par un coup de feu (Robert, Watmann, Letenneur); 5 fois par un instrument tranchant (Bérard, Larrey, Posada Arango).

L'anévrisme artério-veineux se présente ici avec tous ses signes habituels, thrill, souffle continu, etc., qui ne permettent guère d'hésitation dans le diagnostic.

Ces anévrismes ne grossissent pas, ou, du moins, leur accroissement est si lent que le pronostic doit être regardé comme peu grave. C'est sans doute pour cela qu'on a considéré la formation de l'anévrisme artério-veineux comme une terminaison heureuse des plaies de l'artère et de la veine sous-clavière.

Le traitement devra consister simplement à protéger la tumeur contre les violences extérieures. L'abstention opératoire a été jusqu'ici une règle absolue.

(1) MONOD, *Bulletin de l'Acad. de méd.*, janvier 1895, p. 97.

CHAPITRE VII

TUMEURS

I

TUMEURS SOLIDES

La plupart des tumeurs solides du cou ont déjà été décrites, tumeurs du corps thyroïde, de la glande sous-maxillaire, des ganglions, etc. Nous ne parlerons pas des tumeurs de la peau, kystes sébacés, molluscums, nævi, etc., qui ne présentent aucun caractère particulier. Il ne nous reste donc à étudier que quelques tumeurs pouvant se développer dans les couches celluluses ou aux dépens du squelette de la région.

A. LIPOMES. — Les lipomes ne sont pas rares au cou. Ils sont superficiels ou profonds. Superficiels, ils peuvent siéger partout : région sus-hyoïdienne, région sus-claviculaire; mais la nuque est pour eux un siège d'élection. Les frottements répétés, la pression habituelle de lourds fardeaux paraissent ici comme dans les autres régions jouer un rôle important dans leur développement. Verneuil⁽¹⁾ a signalé la fréquence des lipomes de la nuque chez les porteurs des halles; Lardier⁽²⁾ a vu souvent des lipomes du creux sus-claviculaire chez les meuniers qui portent sur l'épaule leurs sacs de farine.

Les lipomes profonds ont été observés au voisinage des gros vaisseaux (Michaux⁽³⁾, Nélaton⁽⁴⁾), à la région carotidienne ou au creux sus-claviculaire, ou dans le tissu cellulaire péri-pharyngien (Taylor⁽⁵⁾).

Il existe enfin des lipomes congénitaux diffus, parfois adhérents au périoste des os de la région.

Quelles que soient leur origine et leur profondeur, les lipomes du cou peuvent acquérir des proportions considérables, et à mesure qu'ils se développent, leur forme se modifie; tantôt la tumeur, bien limitée, tend à se pédiculiser en grossissant, tantôt, largement étalée, elle arrive à retomber comme une pèlerine sur le dos, sur la poitrine, ou même sur toute la circonférence du thorax.

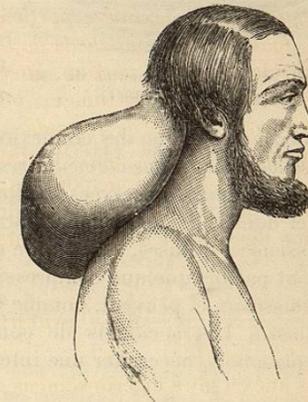


FIG. 147. — Lipome pédiculé.
(D'après Littlewood.)

(1) VERNEUIL, Thèse de Leclerc, 1885.

(2) LARDIER, *Revue méd. de l'Est*, 1884 (cité par Quénu, *Traité de chir.*, t. I, p. 454).

(3) MICHAX (de Louvain), *Bull. de la Soc. de chir.*, t. III, p. 565.

(4) NÉLATON, *Journal de méd. et de chir. prat.*, juin 1859 (cité par Gillette, *loc. cit.*, p. 358).

(5) TAYLOR, *Med. Times and Gaz.*, 1876, vol. II, p. 610.