

médiaire d'une poche anévrymale. Parmi les cas dans lesquels la communication se faisait avec les veines profondes, on peut citer ceux de Park (de Liverpool) (1), de Voillemier (2), de Follin (3) et de Pouydebat (4).

Le diagnostic n'est pas toujours aisé. On ne trouve pas toujours dans une plaie, qui a lésé simultanément l'artère et la veine, les caractères propres aux hémorragies veineuses et ceux qui distinguent les hémorragies artérielles. L'infiltration du sang dans les tissus rend difficilement appréciables les circonstances de la plaie artérioso-veineuse. Quelquefois aussi le sang qui s'écoule de la blessure d'une veine est rouge et sort par un jet saccadé; mais, dans ce cas, la compression faite au-dessous de la plaie suffit à démontrer que la veine seule est intéressée.

Il reste encore à établir si la communication existe entre l'artère et une veine superficielle, ou bien avec une des veines profondes. Au cas où la communication existe entre l'artère et la veine médiane basilique, on trouve, du côté des veines superficielles, tous les caractères de l'anévryse artérioso-veineux; mais, dans les cas où l'artère communique uniquement avec les veines profondes, on ne trouve dans les veines sous-cutanées, ni frémissement, ni pulsations, ni augmentation de calibre.

L'observation publiée par Follin, et que, dix ans plus tard, Charnal (5) a complétée par l'autopsie du malade, est un exemple remarquable de l'intégrité des veines superficielles en pareil cas. Follin put en effet pratiquer une saignée dans la cicatrice même de la piqûre de la veine médiane basilique, qui avait autrefois causé la blessure artérielle, et cette saignée eut tous les caractères d'une saignée ordinaire. Le jet sanguin était noir, sans saccade, et, en dénouant la bande, il s'arrêta de lui-même. On pouvait également, dans ce cas, déplacer légèrement la veine médiane basilique, et, en comprimant la peau de dedans en dehors sur le trajet de l'artère, au niveau du noyau induré, faire disparaître entièrement le souffle et le frémissement cataire.

En général, le pronostic n'offre pas de gravité. Il existe cependant une certaine faiblesse du membre, quelquefois même des douleurs. Si la communication artérioso-veineuse se complique de l'existence d'une tumeur, le pronostic devient plus sérieux, la tumeur pouvant augmenter de volume, ou subir des transformations dangereuses.

Pour ce qui est du traitement, si l'on est consulté au moment de la blessure, il faut mettre en usage la compression directe qui peut réussir en permettant à la plaie veineuse de se cicatriser avant la plaie artérielle; et, par suite, en empêchant la formation de l'anévryse artérioso-veineux. Le même moyen peut réussir, même quand l'anévryse est constitué; il amène la suppression de la communication artérioso-veineuse et la transformation de la tumeur en un anévryse artériel simple, dont la compression indirecte peut déterminer la guérison. M. Delbet, qui a relevé 96 cas d'anévryses artérioso-veineux du pli du coude, en a trouvé 40 dans lesquels la compression a été mise en œuvre. Sur ce nombre, il y a eu 22 guérisons, 17 échecs sans accidents et 1 résultat inconnu; ce qui donne une proportion de guérisons de 57,69 pour 100. Mais il

(1) PARK, *Medical facts and observations*. London, 1795, vol. IV, p. 111. In BROCA, *Traité des anévrysmes*, p. 50.

(2) VOILLEMIER, *Bull. de thérap.*, 1845, t. XXV, p. 55.

(3) FOLLIN, *Mém. de la Soc. de chir.*, t. II, p. 52.

(4) POUYDEBAT, *Bull. de la Soc. anat.*, 1854, t. IX, p. 42.

(5) CHARNAL, *Mém. de la Soc. de chir.*, t. V, p. 282.

est à remarquer que ces guérisons ont été obtenues sur des anévrysmes de date récente; sur les 22 cas d'anévrysmes guéris par la compression, il y en avait 9 seulement, nous dit M. Delbet, qui avaient plus de quarante jours d'existence, le plus ancien datait de treize mois.

Si la compression a échoué, ou qu'elle soit inapplicable vu le volume ou l'ancienneté de la tumeur, on peut, suivant l'exemple de Norris et de Malgaigne, pratiquer la double ligature de l'artère et de la veine au-dessus et au-dessous de la tumeur. Mais, comme le fait remarquer Tripier (1), il vaut mieux recourir à l'extirpation de la tumeur avec ligature au-dessus ou au-dessous d'elle, car on pourrait avoir affaire à la disposition rencontrée par M. Ollier, c'est-à-dire à un anévryse siégeant au niveau de la bifurcation de l'artère humérale; l'opération rentrerait alors dans le cas de ligature par la méthode d'Anel, qui, pour les anévrysmes artérioso-veineux, a toujours donné de mauvais résultats. L'observation de M. Ollier se résume de la façon suivante: anévryse artérioso-veineux au pli du bras, compression digitale directe pendant vingt-quatre heures; le bruit de souffle avait presque complètement disparu, et l'anévryse était dur; cependant on fit continuer la compression au moyen d'un bandage, qui malheureusement fut un peu trop serré. Le lendemain, comme il existait une tache bleuâtre au point le plus aminci de la peau, on se décida immédiatement à pratiquer l'extirpation du sac; la peau incisée et disséquée, on lie l'artère au-dessus; on sectionne entre la ligature et le sac; celui-ci complètement isolé est rabattu; on coupe au-dessous, il survient deux jets de sang; ligature des deux vaisseaux (radiale et cubitale); guérison. La tumeur, du volume d'une grosse noix, présentait à sa partie supérieure un point ramolli, correspondant à la tache bleuâtre de la peau; à la coupe, on trouve une petite cavité pleine de caillots mous, et limitée de tous côtés par des caillots stratifiés.

En résumé donc, si la compression échoue, c'est à l'extirpation de la tumeur qu'il faut avoir recours.

5° ANÉVRYSMES DE L'AXILLAIRE

L'immense majorité des cas de tumeurs anévrysmales de l'aisselle se rapportent aux anévrysmes artériels; nous aurons cependant une mention à accorder aux anévrysmes artérioso-veineux. Parmi les anévrysmes artériels, la plupart sont d'origine traumatique; mais une division, qui a plus d'importance encore que celle des anévrysmes de l'axillaire en traumatiques et spontanés, c'est celle qui range tous les anévrysmes de l'aisselle en deux grandes classes, suivant qu'ils présentent la forme diffuse ou circonscrite; c'est là la division adoptée par le professeur Le Fort (2) dans le remarquable article consacré à l'étude de cette question; c'est celle que nous-même nous adopterons ici.

A. — ANÉVRYSMES ARTÉRIELS DE L'AISSELLE

a. *Anévrysmes diffus*. — Les anévrysmes diffus de l'aisselle peuvent reconnaître une triple origine: les uns succèdent à une plaie de l'artère axillaire pro-

(1) TRIPIER, art. BRACHIALE (Artère) du *Dict. encycl.*

(2) LE FORT, art. AXILLAIRES (Vaisseaux) du *Dict. encycl.*

duite par un corps étranger venu du dehors; d'autres sont la conséquence de la rupture d'un anévrysme circonscrit, que cette rupture se soit faite spontanément ou qu'elle reconnaisse une origine traumatique. Une troisième catégorie d'anévrysmes est constituée par ceux qui succèdent à une rupture de l'artère par des contusions, des tractions ou une pression exagérée, avec conservation de l'intégrité de la peau.

Sans doute la gravité des blessures de l'artère axillaire est considérable, et la mort en est souvent la conséquence; mais l'abondance même de l'écoulement sanguin peut déterminer la syncope; à la faveur de celle-ci, le sang se coagule, l'hémorragie s'arrête, et l'on voit ultérieurement se constituer un anévrysme diffus. Les plaies par armes blanches, sabre, épée, baïonnette, sont fréquemment l'origine de semblables anévrysmes. Un cas particulier, c'est celui de Leroy (de Caen) ⁽¹⁾, relatif à un jeune enfant de deux ans et demi dont l'anévrysme était dû à la perforation de l'artère par une aiguille enfoncée et disparue dans l'aisselle, et qu'on ne découvrit qu'à l'autopsie.

Il est aussi des anévrysmes diffus qui résultent de la rupture spontanée ou accidentelle d'anévrysmes circonscrits préexistants. M. Le Fort cite comme exemples de ce genre les cas de Bickersteth, Dupuytren, Holthouse, Keate, Lawrence, Nélaton et Warren.

Mais la cause la plus fréquente des anévrysmes diffus, c'est la rupture sous-cutanée de l'artère. Celle-ci est souvent survenue à la suite des tentatives de réduction des luxations de l'épaule. Dans un certain nombre de cas, on a pu incriminer la brutalité des manœuvres de réduction; mais, dans d'autres cas, l'accident s'est produit sans que la force employée fût trop considérable. La cause en est dans la rétraction qu'a pu subir l'artère, en même temps que les autres parties molles. Aussi la déchirure de l'artère a-t-elle été observée surtout pendant la réduction des luxations anciennes. La luxation datait de six semaines dans le cas de Calender; de neuf semaines dans celui de Gibson, de seize semaines chez le malade de Blackmann. Il faut tenir compte aussi des lésions antérieures du vaisseau; l'athérome artériel étant surtout fréquent chez les personnes âgées, c'est chez elles surtout que la rupture a été observée.

Bardeleben ⁽²⁾ a rapporté le cas d'un anévrysme axillaire déterminé par la pression d'une béquille, et guéri par l'extirpation après ligature de l'artère au-dessus et au-dessous du sac.

Symptômes. — Le premier symptôme consiste habituellement dans l'apparition d'une tumeur diffuse dans la cavité de l'aisselle et au-dessous du grand pectoral. Suivant le point de l'artère sur lequel a porté la rupture, la tumeur peut se développer surtout vers la cavité même de l'aisselle, ou bien elle soulève en avant le grand pectoral; elle peut même, repoussant en haut la clavicule, dépasser les limites de cet os, et venir faire saillie dans la région sus-claviculaire. C'est ce qui existait chez la malade de Pelletan, qui portait deux tumeurs, l'une sus et l'autre sous-claviculaire. Dans un cas de Lawrence, le gonflement se prolongeait même vers la trachée et le sternum.

La consistance de la tumeur est plus ou moins molle. Il s'en faut de beaucoup que les battements qui caractérisent habituellement les tumeurs anévrysmales s'y rencontrent constamment. Soit par suite de l'épaisseur des couches muscu-

⁽¹⁾ LEROY, *Ann. de la Soc. de méd. de Caen*, 1860.

⁽²⁾ BARDELEBEN, *Berl. klin. Woch.*, 16 déc. 1889, n° 50, p. 1097.

aires, soit vu la coagulation du sang, les battements peuvent faire défaut, et c'est là une circonstance importante au point de vue du diagnostic. Ce que nous venons de dire des battements, nous pouvons le répéter du souffle et des pulsations au niveau de l'artère radiale. Tandis que Syme et Calender ne perçurent aucun bruit en plaçant l'oreille sur l'anévrysme, Paget constata un fort bruit de souffle, non seulement au niveau de la tumeur, mais encore au-dessus et au-dessous d'elle. De même, Calender note expressément la persistance du pouls radial, qui était absent dans le cas de Paget.

Le développement de phénomènes inflammatoires, en prêtant à la tumeur les caractères du phlegmon, peut encore augmenter la difficulté du diagnostic. Il faut toujours examiner minutieusement la tumeur elle-même, explorer l'artère radiale, et, si ses battements sont conservés, les étudier à l'aide du sphygmographe, pour les comparer à ceux du côté opposé; si le doute persistait, et que la tumeur menaçât de se rompre, on pourrait recourir à la ponction exploratrice pour fixer le diagnostic.

Le pronostic est d'une énorme gravité. On en aura une idée, si l'on sait que, des 26 cas sur lesquels est basée la description du professeur Le Fort, il en est 17 qui se sont terminés par la mort, 5 ont exigé la désarticulation du membre, 4 a été suivi de gangrène de l'avant-bras, 5 seulement ont guéri.

Dans quelques cas, la marche a été pour ainsi dire foudroyante, et les malades ont succombé peu d'heures après l'accident.

Traitement. — En présence d'un anévrysme diffus de l'artère axillaire, l'intervention s'impose. Il est rare que l'espace existant entre la tumeur et la clavicule permette de faire la ligature de l'artère axillaire. Cependant, d'après M. Le Fort, la ligature de l'axillaire a été pratiquée 6 fois dans ces circonstances; mais elle n'a donné que 2 succès. Dans 5 cas, il y eut de la gangrène. La ligature a porté 9 fois sur la sous-clavière, d'après le même auteur; 5 fois la mort en a été la conséquence, 1 fois on fit la désarticulation, et 5 fois le malade guérit. Ces faits montrent la gravité de cette ligature, aussi la meilleure conduite à tenir est-elle d'ouvrir largement la tumeur, et de faire la ligature du vaisseau au-dessus et au-dessous d'elle. Pour se mettre en garde contre l'hémorragie, on fera comprimer l'artère sous-clavière, ou mieux encore, comme l'a conseillé notre collègue M. Nélaton, on découvre l'artère sous-clavière, on la comprime directement dans la plaie, ou bien même on passe au-dessous d'elle un fil d'attente que l'on serrerait au besoin, si l'on ne pouvait parvenir à trouver les deux bouts du vaisseau lésé. La ligature de l'artère sous-clavière ne se présente donc plus au chirurgien que comme un pis aller. Enfin, il est des cas dans lesquels la ligature de la sous-clavière est impossible, ou bien encore elle est suivie de gangrène du membre ou d'hémorragie. Dans ces cas, on est obligé d'en venir à la désarticulation de l'épaule; on peut y être conduit également dans des faits semblables à celui que M. Terrier a communiqué, en 1875, à la Société de chirurgie et dans lesquels il y a, non seulement blessure de l'artère, mais encore de tous les nerfs du plexus brachial, qui laisse un membre complètement inerte ⁽¹⁾.

b. *Anévrysmes circonscrits.* — Les anévrysmes circonscrits de l'artère axillaire reconnaissent les mêmes causes générales que ceux des artères des autres

⁽¹⁾ TERRIER, *Plaie par arme à feu intéressant l'artère axillaire, le plexus brachial et probablement la veine axillaire gauche. Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 6 oct. 1875.