

régions, le rhumatisme, la syphilis, l'alcoolisme, déterminant des altérations de la paroi vasculaire. A ces causes générales peuvent s'ajouter des causes locales qui sont les mêmes que celles que nous avons vues entrer en jeu dans l'étiologie des anévrysmes diffus, c'est-à-dire des coups, des contusions, des plaies de l'artère axillaire, des tentatives de réduction de luxations de l'épaule. Chez un malade de Key, la cause de l'anévrysme parut être un mouvement brusque, accompagné d'une sensation de craquement et de douleur. Dans un cas, l'anévrysme s'est montré dans un moignon d'amputation. Un homme de vingt-trois ans, blessé par un coup de canon, avait subi l'amputation du bras près de l'épaule; quatre mois après, on constata dans l'aisselle une tumeur pulsatile, qui nécessita la ligature de l'artère sous-clavière.

M. Legroux <sup>(1)</sup> a publié une intéressante observation relative à une jeune fille de vingt-deux ans, qui présenta, à la suite d'une artérite aiguë généralisée, de nature rhumatismale, une thrombose de l'artère humérale gauche, avec disparition du pouls, mais sans gangrène du membre, et, plus tard, un anévrysme vrai consécutif de l'axillaire. Un cas curieux, c'est celui qu'a rapporté Köhler <sup>(2)</sup>, et qui est relatif à un volumineux anévrysme axillaire, consécutif à la présence dans la paroi de l'artère d'un kyste à échinocoques. Le malade, homme de vingt-cinq ans, fut pris tout d'un coup de diplopie et de fourmillements dans tous les membres. A son entrée à l'hôpital, on constata l'absence de pulsations dans l'artère humérale gauche, et dans les deux radiales. Quelques jours après, il y avait du sphacèle de l'extrémité de l'index et du petit doigt gauche. Le trente-troisième jour, on aperçut un petit anévrysme sur l'axillaire gauche, qui, dans l'espace d'une semaine, atteignit le volume du poing. On fit la ligature de l'artère au-dessus et au-dessous du sac; en essayant d'isoler celui-ci pour en pratiquer l'extirpation, on constata que sa partie inférieure était fusionnée avec du tissu fibreux: le nerf médian était distendu et aplati à sa surface. Pendant l'un des pansements, on trouva dans le sac un kyste à échinocoques du volume d'une noix. Köhler suppose que l'embryon du ténia s'est logé dans la paroi de l'artère, s'est entouré de tissu fibreux, et a donné naissance à un kyste qui a fini par se rompre dans la lumière du vaisseau. C'est à partir de ce moment que la tumeur a pris un rapide développement.

**Anatomie pathologique.** — Les lésions diffèrent suivant le siège occupé par l'anévrysme. Tantôt la tumeur siège dans la partie la plus profonde de l'aisselle, au voisinage de la clavicule; tantôt elle occupe la terminaison de l'artère. Son volume est très variable; quelquefois il atteint celui du poing ou d'une grosse orange; quelquefois il remplit entièrement la cavité axillaire, et se prolonge même jusqu'au-dessus de la clavicule. Dans un cas où A. Cooper voulut faire la ligature de la sous-clavière, l'anévrysme avait repoussé si fortement en haut la clavicule qu'on dut renoncer à la continuation de l'opération. Un malade de Guérin (de Bordeaux) avait la clavicule détruite à sa partie moyenne par les progrès de l'anévrysme; chez le malade de Horne, les deuxième et troisième côtes, usées par la tumeur, s'étaient fracturées à leur partie moyenne, l'anévrysme s'était ouvert dans le thorax. La première côte était creusée dans l'étendue de 1/2 pouce chez l'opéré de Colles. Sur un autre malade, qui s'était

<sup>(1)</sup> LEGROUX, *Gaz. hebdomadaire*, 31 oct. 1884, p. 720.

<sup>(2)</sup> KÖHLER, *Grosses Axillar-Aneurysma durch einen Echinokokkus der Gefässscheide verursacht*. *Berl. klin. Wochenschrift*, 9 déc. 1880, n° 49, p. 1077.

refusé à toute opération, on trouva l'omoplate dénudée et l'articulation scapulo-humérale ouverte par un prolongement de la tumeur. Chez un homme de trente-sept ans, observé par Lawrence, à Saint-Barthélemy, l'anévrysme qui s'était rompu spontanément s'étendait vers la trachée et le sternum, et remplissait les régions axillaire et sous-claviculaire; la clavicule et les premières côtes étaient amincies, dénudées; un prolongement de la tumeur pénétrait dans la poitrine entre la première et la seconde côte, et adhérait au poumon.

Les nerfs du plexus brachial sont comprimés par la tumeur, quelquefois ils sont écartés les uns des autres, ou encore aplatis à sa surface, faisant partie des parois de l'anévrysme; il en résulte, suivant les cas, des douleurs, ou même des phénomènes de paralysie.

On a pu voir l'artère axillaire oblitérée spontanément au-dessous de l'anévrysme. Pelletan a rencontré un cas de cette nature. Dans un fait cité par Donald Monro, un anévrysme spontané de l'axillaire se développa par en bas, descendit jusqu'à la partie inférieure du bras, et finit par se rompre en donnant lieu à une hémorragie mortelle. A l'autopsie, on trouva l'artère humérale oblitérée dans l'étendue de 1 pouce 1/2, immédiatement au-dessous de l'orifice du sac; l'artère axillaire se terminait en cul-de-sac dans l'anévrysme. Chez un malade de Liston, l'artère et la veine étaient toutes deux oblitérées.

**Symptômes.** — On trouve habituellement, dans les anévrysmes axillaires, tous les symptômes qui caractérisent les anévrysmes en général. Les rapports intimes de la poche avec la veine et avec les nerfs rendent compte de l'œdème et des douleurs violentes accusées par les malades. Parfois, ces douleurs ont été tellement vives que seules elles ont attiré l'attention; ainsi un malade de Venning ne s'était pas aperçu de l'existence d'une tumeur, et n'était entré à l'hôpital que parce qu'il souffrait dans le bras droit. Quant à la localisation des douleurs, parfois elles étaient étendues à tout le membre; chez d'autres malades, elles se limitaient à certaines parties du plexus brachial. Ainsi l'opéré de Syme n'éprouvait de douleurs que dans l'annulaire et le petit doigt; chez un malade de Mackenzie, les douleurs n'existaient qu'à la partie interne du bras et de l'avant-bras; elles avaient leur maximum d'intensité au niveau de la région du coude.

Le début de la maladie a été assez souvent marqué par une sensation de craquement perçue par les malades; leur attention attirée du côté de l'aisselle leur révélait alors la présence d'une tuméfaction.

Les symptômes diffèrent suivant le siège occupé par la tumeur. Si l'anévrysme siège au-dessus du petit pectoral, entre le bord supérieur de ce muscle et la clavicule, il se développe en soulevant au-devant de lui la paroi antérieure de l'aisselle, quelquefois même il repousse en haut la clavicule, ou, passant au-dessous de cet os, il vient faire saillie dans la région sus-claviculaire. C'est là une circonstance qui présente une gravité très grande au point de vue du traitement; il devient très difficile en effet d'atteindre et de lier, en pareil cas, l'artère sous-clavière. Au contraire, si l'anévrysme se forme au niveau ou au-dessous du petit pectoral, il a tendance à se développer surtout dans la cavité axillaire elle-même, où son volume augmente rapidement, grâce à la laxité du tissu cellulaire contenu dans le creux de l'aisselle.

**Diagnostic.** — Les symptômes que nous venons d'énumérer et ceux qui sont communs à toutes les tumeurs anévrysmales permettent presque toujours de

faire le diagnostic. Cependant, il y a eu bon nombre d'erreurs commises, erreurs dues, comme le fait remarquer Follin, à une observation incomplète des malades.

Les deux affections que l'on peut confondre avec un anévrisme axillaire sont : 1<sup>o</sup> les abcès ganglionnaires de l'aisselle; 2<sup>o</sup> certaines tumeurs pulsatiles de l'humérus.

Un malade de Rigaud avait eu son anévrisme ouvert par un médecin qui avait cru donner issue à du pus. Dupuytren ouvrit pour un abcès l'anévrisme diffus que présentait la malade de Pelletan; Ferrand ouvrit par erreur un anévrisme pour lequel Desault avait essayé la compression indirecte de la sous-clavière.

Inversement, on a pris pour des anévrismes des tumeurs de natures diverses. Earle<sup>(1)</sup> fit la ligature de la sous-clavière chez un homme portant une tumeur pulsatile sous la clavicule gauche; le malade guérit; mais il succomba cinq ans plus tard, et l'on put constater que la tumeur pour laquelle la sous-clavière avait été liée n'était pas un anévrisme, mais bien une tumeur solide développée dans l'épaisseur d'un des nerfs du plexus brachial.

Bakel (de Newcastle)<sup>(2)</sup> lia l'axillaire pour une tumeur de l'aisselle qui lui parut être un anévrisme; la malade mourut peu de temps après, et l'on put constater que la tumeur était un cancer encéphaloïde de l'humérus. Pareille erreur fut commise dans un cas de Nicol (d'Inverness)<sup>(3)</sup>.

Il va sans dire que c'est par un examen soigneux des caractères de la tumeur qu'on pourra éviter les erreurs analogues à celles que nous venons de citer. Le plus souvent on constatera, au niveau de la tumeur, un bruit de souffle, des battements expansifs plus ou moins forts, et la diminution ou l'absence de pulsations de la radiale, signes bien différents du simple soulèvement d'un abcès ganglionnaire par les battements artériels. Pour ce qui est des tumeurs pulsatiles des os, il est à remarquer qu'elles se développent surtout aux dépens de l'extrémité supérieure de l'humérus; elles siègent donc tout d'abord à la partie externe de l'épaule, et non au niveau de la paroi antérieure de l'aisselle, comme les anévrismes. Elles donnent lieu à des tumeurs fermes, élastiques, qui, plus tard seulement, se ramollissent, et détruisent le tissu osseux, laissant une coque qui se déprime sous le doigt, en donnant naissance à la crépitation parcheminée.

**Marche et pronostic.** — Vu la situation de l'anévrisme au milieu d'un tissu cellulaire lâche, les progrès de la tumeur sont en général très rapides; cependant on l'a vue quelquefois rester stationnaire. L'anévrisme datait de huit ans chez un malade de Dupuytren; de dix ans chez le malade de Furner, et de seize ans chez celui de Syme.

La guérison spontanée est tout à fait exceptionnelle. Cependant on en rencontre quelques exemples. C'est ainsi qu'un garçon de neuf ans, blessé par le fragment d'un plat en terre, présenta dans l'aisselle gauche une tumeur volumineuse, pulsatile, que Gooch reconnut être un anévrisme; mais bientôt les battements cessèrent spontanément, la tumeur se solidifia, et la guérison fut complète. Dans un cas rapporté par Abernethy, un malade succomba aux suites d'un anévrisme axillaire qu'il n'avait pas voulu laisser opérer, prétendant qu'une tumeur semblable qu'il avait dans l'aisselle du côté opposé avait guéri sponta-

(1) EARLE, *London med. Gaz.*, juillet 1855, t. XVI, p. 514.

(2) BAKEL, *The Lancet*, 1828-1829, vol. II, p. 210.

(3) NICOL, *Edinb. med. and surg. Journal*, 1854, t. XLII, p. 1.

nément. L'autopsie confirma cette assertion, car l'on trouva dans la cavité axillaire les traces d'un anévrisme guéri.

Une femme de soixante ans, citée par Hodgson, portait un anévrisme axillaire du volume d'un œuf. La tumeur, placée au-dessous de la partie moyenne de la clavicule, soulevait cet os, et s'étendait jusqu'au milieu du cou. Tout à coup elle s'enflamma, elle devint le siège de douleurs intolérables, les battements augmentèrent; puis tous les symptômes disparurent progressivement, et au bout de dix-huit mois il ne restait plus qu'une petite tumeur dure et incompressible.

Abandonné à lui-même, l'anévrisme aboutit à la rupture en se transformant en anévrisme diffus.

**Traitement.** — La méthode de Valsalva (diète et saignées) a été employée dans deux cas par Pelletan et par Sabatier, et leur a procuré deux succès. Nous concluons avec M. le professeur Le Fort que, dans des cas où toutes les autres méthodes seraient inapplicables, on serait autorisé à revenir à l'emploi de la méthode de Valsalva.

La compression indirecte exercée sur l'artère sous-clavière est d'une application difficile. Dans un certain nombre de cas, la tumeur remonte trop haut pour qu'on puisse comprimer l'artère isolément. En outre, il est difficile d'éviter de faire porter en même temps la compression sur le plexus brachial. C'est à propos d'un anévrisme spontané de l'artère axillaire que Desault<sup>(1)</sup> eut le premier l'idée de recourir dans le traitement des anévrismes à la compression indirecte. Il comprima la sous-clavière au moyen d'un petit bâtonnet fixé par son extrémité supérieure contre une planche, et appuyant par son extrémité inférieure sur la face supérieure de la première côte, au-dessus de la clavicule. Le malade, effrayé de cet appareil, quitta le service de Desault pour celui de Ferrand, qui commit à son égard une erreur de diagnostic, ouvrit la tumeur et causa en quelques minutes la mort du malade.

Un autre essai de compression de la sous-clavière pour un anévrisme axillaire fut fait par Miller<sup>(2)</sup>. Mais cette tentative ne fut pas heureuse, et le chirurgien lia avec succès l'artère sous-clavière. La compression peut du reste être faite, soit avec le doigt, soit avec le compresseur de Bourgery.

Celui-ci se compose d'une pelote pectorale A supportée par une plaque métallique B, destinée à former un plan résistant à la paroi antérieure de l'aisselle. De cette pelote part une autre lame

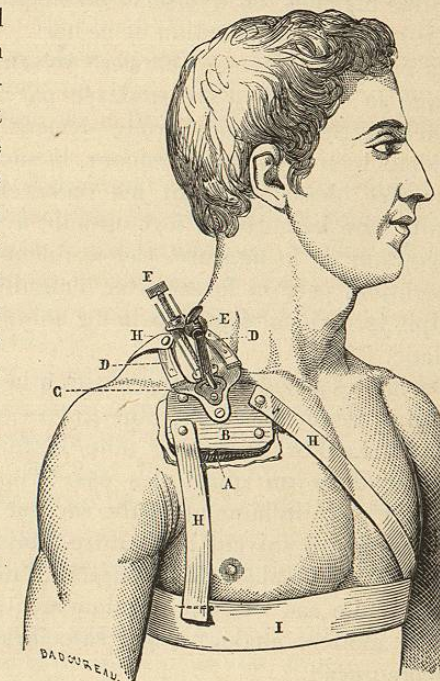


FIG. 72. — Compresseur de Bourgery pour l'artère sous-clavière.

De cette pelote part une autre lame

(1) BROCA, *Traité des anévrismes*, p. 671.

(2) MILLER, *Dublin med. Press*, 1855, vol. XXIX, p. 577.