

qu'on peut désigner sous le nom de *symptômes de voisinage*. Ainsi les nerfs peuvent être refoulés, comprimés, aplatis par les anévrysmes; de là naissent des fourmillements, des engourdissements, des névralgies intenses, phénomènes qui quelquefois fixent seuls l'attention des observateurs. C'est surtout dans les anévrysmes internes que ces névralgies peuvent égarer le diagnostic du médecin. Quand les veines sont comprimées, c'est de l'œdème qu'on observe: ainsi, au début de l'anévrysme poplité, la veine de ce nom, rétrécie par la tumeur, amène quelquefois un œdème du pied qui peut induire en erreur sur la nature de la maladie. On a vu des anévrysmes, en augmentant de volume, repousser les os, les amincir, les fracturer même; ou bien l'anévrysme se dirige vers une articulation, déplace les surfaces articulaires, use les ligaments, perfore l'article, et se rompt dans sa cavité.

L'accroissement des anévrysmes se fait, tantôt régulièrement, tantôt par saccades. On voit, dans ce dernier cas, la tumeur augmenter brusquement de volume dans les points où les tissus offrent le moins de résistance. Cet accroissement dure un temps qu'il n'est pas possible de préciser, et la maladie se termine de diverses manières.

L'anévrysme abandonné à lui-même finit le plus souvent par une rupture qui amène la mort, et quelquefois cette rupture établit des communications anormales du sac anévrysmal avec les organes voisins. Dans des cas très-rare, certains anévrysmes s'ouvrent dans une veine adjacente, et c'est ainsi que prennent naissance les anévrysmes variqueux spontanés; on a vu aussi des anévrysmes voisins du cœur s'ouvrir dans cet organe. Quand des anévrysmes perforent une articulation, ils communiquent à la synoviale des battements semblables à ceux de l'anévrysme, et si l'amputation n'est pas promptement pratiquée, il survient une inflammation violente de l'article, dont la synoviale peut même se rompre sous l'effort du sang. Les anévrysmes peuvent s'ouvrir dans une séreuse ou dans une muqueuse, et rien ne mettant obstacle à l'hémorrhagie, la mort est la terminaison très-prompte de cet accident.

Le plus souvent les anévrysmes se rompent sous la peau. Si la rupture est peu étendue, l'épanchement de sang peut rester limité, mais dans le cas contraire les tissus sont infiltrés par une quantité considérable de sang; de là naissent des inflammations violentes, des suppurations diffuses et la gangrène de la partie.

L'ouverture des anévrysmes externes du côté de la peau se fait de différentes manières. Ainsi la rupture a lieu quelquefois par l'intermédiaire d'un abcès qui se développe entre l'anévrysme et la couche cutanée. L'abcès grossit, s'ouvre du côté de la peau, se vide, mais la paroi anévrysmale dénudée par le pus et amincie ne tarde pas à se rompre. Si le contenu de l'anévrysme ne s'est point coagulé par le travail inflammatoire, il peut en résulter une hémorrhagie promptement mortelle. Dans d'autres cas, le sac anévrysmal soulève peu à peu la peau, l'amincit, l'ulcère de dedans en dehors, et devenue violacée, d'une minceur ex-

trême, cette peau se perfore sous le choc du sang ou par la moindre violence extérieure. Quelquefois les téguments, comprimés fortement par la tumeur anévrysmale, se sphacèlent, et à la chute de l'eschare, si l'inflammation éliminatrice n'a point amené la coagulation du sang, il peut encore survenir une hémorrhagie promptement mortelle. On a vu, mais très-rarement, la perforation de l'anévrysme s'établir par un pertuis étroit qui laisse seulement suinter du sang; cela persiste pendant quelque temps, puis survient une rupture plus large avec toutes ses fâcheuses conséquences.

La plus heureuse terminaison de l'anévrysme, c'est l'oblitération du sac par la fibrine qui s'y dépose, et c'est alors que la tumeur devient dure et perd tous ses caractères. Broca a consacré un chapitre important de son ouvrage à étudier ce mode de guérison des anévrysmes, et nous allons donner un aperçu de ses recherches avant d'aborder le traitement de cette maladie. On comprendra mieux ainsi comment agissent certaines méthodes thérapeutiques que nous décrirons plus loin.

On avait depuis longtemps recueilli des faits d'anévrysmes guéris spontanément, lorsque Hodgson, rassemblant ces faits épars çà et là, étudia le mécanisme de ces guérisons. Il supposa qu'elles pouvaient provenir: 1° de la gangrène de la tumeur; 2° de la pression que le sac exerce sur l'artère, pression qui a pour résultat de faire adhérer entre elles les parois opposées de ce vaisseau et d'y intercepter le passage du sang; 3° du dépôt graduel de la fibrine jusqu'à complète oblitération du sac, avec ou sans oblitération de l'artère adjacente. Depuis lors on a indiqué plusieurs autres conditions de cette guérison: ainsi on a admis que l'artère pouvait être oblitérée par la compression du sang épanché dans sa gaine sous l'aponévrose, ou bien par de la lymphe plastique qui boucherait le bout supérieur de l'artère. Broca a longuement discuté ces diverses hypothèses, et montré qu'on pouvait réduire à deux les causes de ces guérisons spontanées: 1° l'inflammation, 2° la coagulation fibrineuse.

1° L'inflammation, souvent hérissée de dangers, donne lieu à des guérisons spontanées accidentelles, tandis que la coagulation fibrineuse, résultat d'un travail lent, mais durable, produit des guérisons spontanées naturelles.

L'inflammation développée dans un anévrysme ordinaire, plein de sang liquide, a pour résultat de modifier la consistance de la tumeur, qui devient plus ferme et dont les battements diminuent ou cessent complètement. Ces phénomènes sont dus à la formation prompte de ces caillots noirs, mous, friables, qu'on désigne sous le nom de *caillots passifs*, et qui existent tantôt seuls, tantôt mêlés à des caillots fibrineux plus durs. La guérison peut survenir dans les trois terminaisons de cette inflammation, la suppuration, la gangrène et la résolution.

La suppuration qui naît autour du sac anévrysmal peut, comme nous l'avons déjà indiqué, amener sa perforation, et de là des accidents hémorrhagiques promptement mortels; mais si la phlegmasie fait coa-

BIBLIOTHECA  
MUSEI HIST. NAT. UAN.



guler le sang dans la tumeur, et si celle-ci résiste à la suppuration, l'hémorrhagie peut bien ne pas survenir et la guérison s'effectue. La gangrène n'amène que rarement la guérison des anévrysmes, et ce résultat heureux n'arrive en général qu'à la suite d'affreux désordres. En effet, c'est après l'élimination des eschares, l'expulsion des caillots sanguins et l'exfoliation même du sac, que les parties se détergent, se remplissent de bourgeons charnus et guérissent; mais cette guérison est traversée, comme on voit, par de redoutables accidents. La plus favorable terminaison de ces inflammations anévrysmales, c'est la résolution; quelquefois la tumeur enflammée reprend peu à peu ses caractères primitifs, et rien n'est changé dans la maladie; mais, assez souvent, l'anévrysme est devenu dur, irréductible, sans battements ni souffle.

Il résulte de tout cela que la guérison par inflammation s'obtient au moyen de caillots passifs; mais ces caillots, lorsqu'ils sont formés dans les conditions les plus favorables, ne suffisent pas toujours à une guérison solide. Aussi, après avoir cessé de battre pendant quelque temps, la tumeur peut-elle être de nouveau animée de battements. C'est que les caillots passifs, mous, friables, peu susceptibles d'adhésion, ont été dissociés par les efforts du courant sanguin qui vient les frapper et se crée une voie nouvelle. Si cela ne survient pas, les caillots passifs se ramollissent; on constate alors une dureté à la circonférence de la tumeur et une mollesse remarquable à son centre. Ces caillots ramollis peuvent se résorber peu à peu, lentement, et à la fin il ne reste plus sur l'artère qu'un petit noyau dur qui persiste assez longtemps; mais les choses ne se passent pas toujours d'une façon aussi heureuse. La suppuration peut se montrer au milieu de ces caillots, et l'abcès qui s'ouvre au dehors est suivi d'une hémorrhagie abondante. On a vu ces abcès survenir tardivement et même dans un cas trois ans après la guérison. Un malade de Reynaud (de Toulon) (1), traité par les réfrigérants pour un anévrysme inguinal, fut considéré pendant trois ans comme guéri; mais alors un abcès se forma autour des caillots passifs, et cet accident se termina par la mort du sujet.

En résumé, la guérison due aux caillots passifs nés de l'inflammation n'est souvent obtenue qu'au prix d'accidents sérieux, et peut être au bout d'un long temps suivie de conséquences graves.

2° La guérison spontanée des anévrysmes par coagulation fibrineuse est au contraire justement désignée par Broca sous le nom de guérison naturelle des anévrysmes. En effet, la face interne du sac se recouvre peu à peu d'une couche dense et feuilletée de caillots fibrineux, et à mesure que ce dépôt a lieu, la cavité de l'anévrysme se rétrécit, les battements s'arrêtent, et le malade guérit. Ce dépôt lent de caillots actifs ne se traduit le plus souvent par aucun phénomène extraordinaire, mais parfois, au moment où l'oblitération s'achève, le malade éprouve pendant quelques heures une douleur assez vive dans toute la partie inférieure

(1) Gazette médicale, 1841, p. 585.

du membre où siège l'anévrysme. On n'a point encore donné une explication satisfaisante de ce symptôme.

La stagnation incomplète du sang dans la poche anévrysmale favorise, comme nous l'avons dit plus haut, le dépôt naturel des caillots fibrineux. Ce ralentissement du courant sanguin peut s'expliquer par la situation de l'orifice du sac, sa largeur, la direction de son axe comparée à celle de l'artère; mais une certaine plasticité du sang est surtout la cause de ces concrétions fibrineuses.

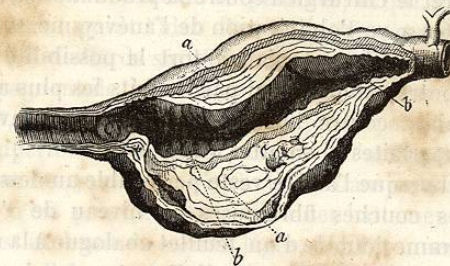


Fig. 73. — Section longitudinale d'un anévrysme de la fémorale dans lequel un caillot fibrineux est déposé tout autour de la cavité interne du sac. Un petit canal est conservé au centre de la masse pour le passage du sang. Le sac commence immédiatement au-dessous de l'artère épigastrique. — aa, épaisseur du caillot; bb, canal central du caillot. (Hodgson, tab. VII, fig. 4.)

La substance fibrineuse qui oblitère ces anévrysmes est disposée en feuillettes, dont les plus internes sont épais et mous, et les plus externes minces et secs; quelquefois on trouve au centre une certaine masse de caillots passifs.

Lorsque la tumeur est devenue dure et a cessé de battre, elle subit en général un mouvement assez prompt de retrait; ainsi elle diminue parfois de moitié en quelques jours, puis survient un temps d'arrêt. Cette diminution rapide de la tumeur est due sans doute à la rétraction des caillots qui se débarrassent de tout le liquide qu'ils contiennent. Chez beaucoup de malades les choses ne vont pas au delà, tandis que chez d'autres la résorption des caillots continue, mais lentement, et au bout de plusieurs années on ne trouve plus sur l'artère qu'un petit noyau dur ou une lamelle épaissie. De ces deux phases de la résolution des anévrysmes, la première est constante et rapide, l'autre éventuelle et lente.

L'artère dans cette guérison spontanée des anévrysmes par coagulation fibrineuse est le plus souvent oblitérée, mais quelquefois elle reste perméable. Il semble qu'au contact des caillots fibrineux du sac, le sang ait une tendance marquée à laisser déposer sa fibrine, et que la tumeur qui comprime le vaisseau et y ralentit la circulation favorise encore ce dépôt. L'oblitération ne se fait pas brusquement, l'énergie des battements artériels décroît peu à peu jusqu'à cessation complète, et quelquefois le vaisseau reste perméable pendant plusieurs jours après la solidification de la tumeur. La dilatation des collatérales se produit en même temps et on les voit battre fortement sous les téguments; c'est dans l'anévrysme poplité qu'on observe bien ce phénomène de la dilatation des collatérales sur les côtés du genou, et cela explique combien il est important, dans le traitement de cet anévrysme, de ne point exercer de compression trop forte sur cette région. Ce conseil pratique, sur lequel Deschamps insistait beaucoup, peut servir à éviter bien des insuccès. Peu



d'heures après la solidification d'un anévrysme, les collatérales sont souvent déjà apparentes, mais dans d'autres cas on ne les distingue bien que le lendemain ou les jours suivants. Cette diminution graduelle de la circulation dans l'artère et ce développement des collatérales doivent rassurer le chirurgien contre la production de la gangrène.

On a vu l'oblitération de l'anévrysme survenir et l'artère conserver son calibre. Scarpa niait à tort la possibilité d'une semblable guérison, démontrée aujourd'hui par les faits les plus authentiques, et l'on peut aussi établir contre l'illustre chirurgien de Pavie que ces guérisons ne sont ni imparfaites ni sujettes à récidives.

Lorsque l'artère reste perméable au-dessous d'un anévrysme, la surface des couches fibrineuses au niveau de l'orifice du sac devient lisse et comme doublée d'un feuillet analogue à la membrane interne des artères ; mais quelquefois, sous l'effort du sang, la membrane qui tapisse le caillot se rompt sur un point de sa circonférence, et le liquide, pénétrant dans le sac anévrysmal, décolle les caillots qu'il renferme.

Dans un anévrysme fusiforme la guérison peut avoir lieu sans que la cavité du sac soit entièrement oblitérée. Il existe alors au milieu des caillots fibrineux un canal de calibre inégal (fig. 75), dilaté sur certains points, rétréci en d'autres, lisse à sa face interne. On a vu quelquefois ce canal situé sur les parties latérales, entre les caillots et la paroi du sac.

De ce qui précède il résulte que la guérison par coagulation fibrineuse est la plus sûre des guérisons, et c'est vers ce but que devront tendre les méthodes rationnelles de traitement.

DIAGNOSTIC. — Dans les cas simples, le diagnostic des anévrysmes est facile, mais certaines complications peuvent lui donner une assez grande incertitude.

Il faut : 1° distinguer les anévrysmes de certaines tumeurs qui ont avec eux quelques traits de ressemblance ; 2° déterminer quelle espèce d'anévrysme on a sous les yeux.

1° Le caractère principal des tumeurs qui peuvent être confondues avec les anévrysmes, c'est d'être pulsatiles et quelquefois de laisser entendre un bruit de souffle. Or, parmi ces tumeurs, quelques-unes ont des battements qui leur sont propres et d'autres des battements communiqués. Dans la première catégorie, nous trouvons les *tumeurs érectiles artérielles*, les *varices artérielles*, certaines *dilatations locales des artères*, quelques *cancers hématoïdes* ; dans la seconde catégorie, on peut placer toutes les tumeurs solides qui se trouvent situées en avant des artères et certaines collections liquides qui les environnent.

Les *tumeurs érectiles artérielles* diffèrent des anévrysmes par leur forme, en général aplatie, et par leur siège, qui n'est guère celui des tumeurs anévrysmales. Elles sont réductibles, mais leur réductibilité est toujours incomplète et permet de distinguer une masse solide sous-jacente. Les battements et le bruit de souffle qu'on y perçoit diffèrent de ce qu'on observe dans les anévrysmes. En effet, les battements sont moins rudes,

plus lents et le souffle plus doux et plus faible que dans les tumeurs anévrysmales ; enfin, la consistance molle des tumeurs érectiles ne pourra point être confondue avec la rénitence marquée des anévrysmes.

Les *varices artérielles* forment des tumeurs diffuses, inégales, qui se dessinent souvent à travers la peau par des bosselures serpentineuses, et qui, par l'étendue de leur surface, ne donnent point l'idée d'un anévrysme qui est circonscrit. Mais il existe, chez les vieillards surtout, certaines *dilatations locales des artères*, qui s'accompagnent de battements limités, d'un très-léger bruit de souffle, et peuvent, à un examen rapide, être prises pour des anévrysmes. C'est à la partie supérieure de la fémorale, là où l'artère est sous-cutanée, qu'on observe assez souvent cette disposition. Dans ce cas, le bruit de souffle qu'on entend n'est point en proportion des battements assez énergiques de l'artère ; c'est un bruit de souffle léger, doux, souvent à peine perceptible, et d'ailleurs l'observation la plus attentive ne fait point découvrir là de véritable tumeur anévrysmale.

Certains *encéphaloïdes* très-vasculaires et parcourus par de véritables lacs sanguins, ont quelquefois été confondus avec des anévrysmes, mais le plus souvent cette confusion résulte d'un défaut d'attention de la part du chirurgien. En effet, le cancer hématoïde forme d'abord une tumeur dure, partout sans souffle et sans battements ; plus tard il se ramollit et l'on y constate alors des pulsations et des bruits ; mais de pareils changements ne s'observent jamais dans les anévrysmes. D'autre part, la masse cancéreuse ne peut en aucune façon se réduire, et le souffle et les battements ne s'entendent point sur toutes les parties de la tumeur, comme dans un anévrysme.

Nous avons dit que pour certaines tumeurs les battements et le souffle étaient communiqués par l'artère sous-jacente. Ces deux signes joints au siège de la lésion peuvent amener quelquefois une confusion regrettable. S'il s'agit d'une tumeur solide, on essaye de la saisir entre les doigts, et l'on peut constater alors qu'elle n'a pas de battements d'expansion ; déjà à ce seul signe on reconnaît qu'on n'a point à traiter un anévrysme. Si la position de la tumeur permettait qu'on la déplaçât, on pourrait s'assurer directement du trajet de l'artère sous-jacente, et l'on ferait cesser tout de suite les battements et le bruit de souffle. On remarquera encore que ces tumeurs sont irréductibles et que la compression au-dessus ou au-dessous de l'artère ne change point leur volume. Quelques incertitudes peuvent rester dans l'esprit lorsqu'il s'agit de certaines tumeurs anévrysmales remplies de caillots fibrineux, et c'est seulement en étudiant avec attention les antécédents et la marche de la maladie, qu'on arrive au diagnostic.

La transmission des battements d'une artère a quelquefois fait prendre un abcès pour un anévrysme. Quoique cette erreur ne soit pas grave, on saura l'éviter par un examen rigoureux de la tumeur et de son développement ; en effet, les anévrysmes avec lesquels les abcès peuvent être confondus sont en général liquides, réductibles, animés de batte-

BIBLIOTHECA  
MUSEI HIST. NAT. MUSEI  
1740 DE MUSEO U. A. N. I.



ments très-distincts et en somme faciles à reconnaître. Mais l'erreur inverse est plus facile à commettre, et de grands chirurgiens, Dupuytren et Boyer entre autres, y sont tombés. Or, pour qu'un anévrysme puisse être confondu avec un abcès, il faut qu'il cesse de battre et qu'il devienne fluctuant. Cet arrêt de la circulation dans la poche anévrysmale coïncide quelquefois avec une inflammation qui rend la tumeur rouge, chaude, douloureuse, et de là des erreurs d'une gravité extrême. C'est pour les éviter qu'il faudra surtout interroger avec soin les antécédents du malade, et s'assurer si, avant l'abcès, il n'existait pas de tumeur pulsatile dans la même région; car s'il restait quelques doutes au chirurgien, mieux vaudrait attendre, et, en attendant, on faciliterait la coagulation inflammatoire. Mais, si l'abcès s'est développé en dehors de l'anévrysme, dans le tissu cellulaire préanévrysmal, les difficultés ne sont pas moins grandes, et, quand on est forcé d'ouvrir la collection liquide, il faut prendre toutes les dispositions nécessaires pour ne pas être surpris par une hémorrhagie foudroyante.

2° Il reste maintenant à déterminer l'espèce d'anévrysme, mais cette question ne peut être résolue qu'après avoir étudié les anévrysmes traumatiques et artérioso-veineux.

Enfin, pour compléter ce diagnostic, il importe de connaître la forme de l'anévrysme, l'état du sang qu'il renferme, l'artère qui est devenue anévrysmale, les complications de la tumeur, toutes questions pour la solution desquelles on trouve des éléments dans les pages précédentes.

PRONOSTIC. — Le pronostic des anévrysmes est toujours grave, mais cette gravité augmente encore suivant certaines circonstances qu'il est difficile de préciser, et que nous apprécierons mieux dans l'histoire détaillée des anévrysmes. Ainsi la grosseur de l'artère malade, la multiplicité des anévrysmes, le siège de la tumeur, fournissent souvent des circonstances aggravantes que nous ne saurions apprécier ici utilement d'une façon générale.

TRAITEMENT. — Ces méthodes de traitement sont si nombreuses, qu'on a depuis assez longtemps senti le besoin de les classer. On essaya d'abord d'une division peu rationnelle et qui n'est point restée dans la science; elle comprenait un traitement interne et un traitement externe. Les auteurs du *Compendium de chirurgie* ont proposé une meilleure classification et admis trois méthodes fondées sur des indications distinctes : dans la première on cherche à provoquer la coagulation du sang dans la poche, l'oblitération plus ou moins complète du sac, et souvent celle de l'artère anévrysmatique dans une étendue variable au-dessus et au-dessous de son ouverture de communication avec l'anévrysme; dans la seconde méthode on ouvre le sac et on le vide des caillots qu'il renferme; enfin, la troisième méthode consiste à enlever la tumeur entièrement.

Broca a donné de ces nombreuses méthodes thérapeutiques une division qui nous paraît plus naturelle et plus scientifique, c'est elle que nous

adopterons. Il distingue : 1° les *méthodes directes*, qui s'adressent directement à la partie malade; 2° les *méthodes indirectes*, qui n'agissent que secondairement sur l'anévrysme par l'intermédiaire de la circulation.

Des méthodes directes, les unes ont pour but de supprimer la tumeur : a. *ouverture du sac*, b. *double ligature sans ouverture du sac*, c. *extirpation*, d. *cautérisation* : les autres, de modifier seulement la tumeur : e. *styptiques* et *mozas*, f. *méthode endermique*, g. *acupuncture* et *suture entortillée*, h. *malaxation*, i. *application de la chaleur*, j. *application du froid*, k. *compression directe*, l. *galvano-puncture*, m. *injections coagulantes*.

Les méthodes indirectes sont moins nombreuses, et comprennent : a. le *traitement médical* ou de *Valsalva*, b. la *ligature au-dessus du sac*, c. la *ligature au-dessous du sac*, d. la *ligature au-dessus et au-dessous*, e. la *compression indirecte*.

1° **Méthodes directes.** — a. *Ouverture du sac.* — Cette méthode, qu'on désigne encore par le nom de *méthode ancienne*, a été seulement détrônée par le succès de Desault et de Hunter dans le traitement de l'anévrysme par la méthode d'Anel. Mais durant la longue série de siècles où on l'a mise en usage, elle a subi certaines modifications que nous allons indiquer.

C'est à Antyllus qu'il faut faire remonter l'origine de cette méthode. Le livre XLV d'Oribase, retrouvé il y a trente ans par Angelo Mai (1), contient un chapitre sur l'anévrysme, extrait textuellement d'Antyllus, et ce passage remarquable montre combien les idées du chirurgien grec étaient précises. Il distingue avec soin l'anévrysme par dilatation de l'anévrysme par épanchement, et conseille d'opérer le premier par l'ouverture du sac avec ligature préalable des bouts supérieur et inférieur de l'artère, et le second par une ligature en masse en haut et en bas, suivie aussi de l'incision du sac. Les temps de cette opération étaient combinés de façon à évacuer le sang contenu dans la poche anévrysmale et à conjurer l'hémorrhagie par la double ligature. Antyllus opérant tous les anévrysmes, excepté ceux du cou, de l'aîne et de l'aisselle, mais ses successeurs rétrécirent sur ce point le cadre de la médecine opératoire et ne traitèrent plus que les anévrysmes du pli du coude. Aétius, compilateur du v<sup>e</sup> siècle, décrivit cette opération modifiée de la façon suivante : « Nous marquons, dit-il, d'abord supérieurement le trajet de l'artère à la partie interne du bras, entre l'aisselle et le coude, puis nous faisons une incision longitudinale à trois ou quatre travers de doigt au-dessous de l'aisselle, là où l'artère est le plus facile à sentir avec le doigt; nous dénudons peu à peu ce vaisseau, nous l'isolons des parties environnantes, nous le soulevons avec un crochet mousse, nous le lions avec deux fils et nous le coupons entre les deux ligatures. Alors, n'ayant plus à craindre l'hémorrhagie, nous incisons la tumeur au pli du coude, nous évacuons les

(1) Angelo Mai, *Classicarum auct. e Vaticanis codicib. editorum*. Romæ, 1831, t. IV, p. 56.



caillots, nous cherchons l'artère d'où le sang est sorti ; après l'avoir trouvée, nous la soulevons avec un crochet, nous la lions et nous la coupons comme la précédente. » Cette description d'Aétius a fait croire à tort qu'il était l'inventeur de la méthode qu'on doit attribuer à Antyllus, mais Broca a mis nettement en lumière la vérité de ce point historique.

L'opération de l'anévrysme ne subit aucun changement du v<sup>e</sup> siècle au xvii<sup>e</sup> siècle. Il arriva même, en l'absence des connaissances anatomiques, qu'elle tomba à peu près complètement en désuétude. Rhazès en donne la preuve quand, après avoir décrit la méthode d'Antyllus, il ajoute : « *Dico ego jubeo quod non fiat hæc curatio omnino.* » Mais après la renaissance, cette opération, toujours limitée aux anévrysmes du pli du coude, rentra peu dans la pratique sous la forme de la méthode d'Antyllus, et bientôt se montrèrent les modifications du procédé primitif. Ainsi Guillemeau (1) se dispensait de la ligature inférieure, mais ce procédé défectueux ouvrait la porte aux hémorrhagies consécutives.

Les chirurgiens comprirent bientôt qu'il fallait tenter de guérir les anévrysmes autres que ceux du pli du coude, mais, ne connaissant pas les ressources immenses de la circulation collatérale, ils cherchèrent à guérir l'anévrysme sans oblitérer l'artère correspondante. C'est alors qu'on proposa, après avoir fendu la tumeur, de mettre sur le trou de l'artère un petit bouton de vitriol, gros comme un pois et enveloppé de coton. Ce vitriol avait la prétendue propriété de faire refermer l'orifice du sac sans rendre l'artère imperméable ; mais il est facile de deviner qu'il n'en fut rien.

L'emploi de l'agaric de chène, secret payé fort cher par Louis XV à Brossard, chirurgien à la Châtre (2), et la suture des bords de l'ouverture faite à l'artère, furent encore proposés dans le but de maintenir la perméabilité du vaisseau ; mais tout cela n'eut pas de résultats satisfaisants, et l'on s'enhardit à pratiquer la méthode ancienne pour les gros anévrysmes.

Quelques faits avaient déjà prouvé que la fémorale peut être liée sans crainte de la gangrène, lorsque V. Keyslère (3) osa opérer et réussit à guérir par l'ouverture du sac un soldat atteint d'anévrysme poplité ; deux autres malades furent aussi guéris par Keyslère en 1747 et 1748, mais un quatrième succomba. D'autres chirurgiens, plus hardis encore, appliquèrent aux anévrysmes fémoraux la méthode ancienne. Burchall (de Manchester) (4) adressa en 1765, à la Société des médecins de Londres,

(1) *Œuvres de chirurgie*. Rouen, 1649, p. 699.

(2) MORAND, *Sur un moyen d'arrêter le sang des artères sans le secours de la ligature* (*Mémoires de l'Acad. royale de chirurgie*, t. II, p. 220). Morand raconte avec détails dans ce travail l'histoire des essais faits par Brossard pour appliquer l'agaric de chène au traitement des plaies d'artère et des anévrysmes.

(3) *Lettre de Testa de Ferrare à Dominique Coturni de Naples*, traduite dans Pelletan, *Clinique chirurgicale*. Paris, 1810, t. I, p. 137.

(4) *Observ. and Inquiries*, vol. III (1769), p. 106.

l'observation d'un anévrysme fémoral guéri par l'ouverture du sac ; Sue le jeune (1) et Sabatier (2) ; en France, adoptèrent aussi cette pratique.

« Depuis lors, dit Broca, il fut admis que la méthode de l'ouverture du sac était applicable aux anévrysmes de l'artère fémorale, mais là devait s'arrêter le progrès de cette opération ; Antyllus lui avait, dès le premier jour, imposé des limites qu'elle ne devait pas franchir. Les anévrysmes de la carotide, ceux de l'aîne et de l'aisselle, tous ceux, en un mot, qu'on ne pouvait pas maîtriser par une compression exercée sur l'artère au-dessus de la tumeur, étaient évidemment en dehors de la sphère d'application de la méthode ancienne. »

Appliquée aux petits anévrysmes, la méthode ancienne avait pu se soutenir par des succès ; mais, quand on vint à traiter de la sorte tous les anévrysmes, les revers furent nombreux, et quelques chirurgiens, parmi lesquels on peut citer Paletta et Percival Pott, finirent par y renoncer et préférer l'amputation. Mais déjà la méthode d'Anel donnait dans les mains de Desault et de Hunter de remarquables résultats, et le règne de la méthode ancienne était fini.

Quoique la méthode ancienne soit peu employée aujourd'hui, nous allons en retracer rapidement le manuel opératoire, en renvoyant au *Traité des maladies chirurgicales* de Boyer, ceux qui voudront en connaître tous les détails.

Cette méthode a pour but de débarrasser le sac anévrysmal des caillots qu'il renferme, en arrêtant l'abord du sang par la ligature de l'artère au-dessus et au-dessous de l'anévrysme.

Le malade étant convenablement placé pour l'opération, on doit comprimer l'artère au-dessus de l'anévrysme, soit par un tourniquet, soit par les mains d'un aide et mieux par les deux à la fois ; cela fait, on pratique, suivant la direction connue de l'artère, une incision qui dépasse de 2 à 3 pouces en haut comme en bas le diamètre vertical de la tumeur. L'anévrysme mis à nu, on l'incise largement, et par cette incision on introduit les doigts pour vider le sac anévrysmal des caillots qu'il contient. Cette incision de l'anévrysme est suivie d'un jet sanguin qui ne tarde pas à s'arrêter, si la compression est exactement maintenue.

Lorsque le sac anévrysmal est complètement débarrassé de ses caillots, on cherche la perforation du vaisseau, et l'on reconnaît souvent cette ouverture à un point jaunâtre qui n'est que la partie de l'artère opposée à la perforation artérielle. Si l'on a quelques doutes à cet égard, il suffit de diminuer un peu la compression, et le sang sort rapidement par le point indiqué. Dès qu'on s'est assuré de la situation de cet orifice, on y introduit dans la direction du bout supérieur une algale de femme pour les grosses artères, et un stylet pour les vaisseaux moins volumineux. La

(1) *Journal de Vandermonde*, 1776, t. XLVI, p. 44.

(2) *Médecine opératoire*, 1<sup>re</sup> édit. Paris, 1796, t. III, p. 194.