

une tumeur érectile au sternum, ou un anévrysme. Pour le cancer, nous n'avons rien à ajouter aux signes différentiels que nous venons d'indiquer et à ceux que nous avons développés dans notre article général sur le CANCER.

Nous ne connaissons qu'un exemple de tumeur érectile du sternum où la question de diagnostic qui nous occupe ait dû être soulevée; il a été publié par Reich, de Magdebourg (1). Mais, dans ce cas, l'absence de tous les symptômes de voisinage propres à l'anévrysme du tronc brachio-céphalique ne permettait pas d'hésiter.

Il est par contre extrêmement difficile et souvent impossible de déterminer si la tumeur anévrysmale que l'on a reconnue, soit directement, soit à l'aide des seuls signes rationnels, siège sur le tronc brachio-céphalique ou sur la partie transversale de la crosse aortique. Holland, se basant sur l'analyse comparative de quarante-cinq observations d'anévrysmes innominés et de douze cas d'anévrysmes de la crosse de l'aorte, avait déduit de ce parallèle une série de signes différentiels séduisants à première vue. Malheureusement ce travail est loin d'avoir la valeur que lui attribuait son auteur; voici néanmoins, parmi les différences signalées par Holland, celles qui méritent d'être prises en considération :

1° Les symptômes de l'anévrysme du tronc brachio-céphalique (tumeur, affaiblissement des pulsations artérielles, douleurs, œdème, dilatations variqueuses, altérations du murmure vésiculaire, souffle propagé dans les artères carotide et sous-clavière) sont perçus à droite, tandis que les symptômes de l'anévrysme aortique se montrent à gauche.

2° En comprimant les artères carotide et sous-clavière droites, on diminue ou l'on supprime les pulsations du thorax, s'il s'agit d'un anévrysme du tronc brachio-céphalique, tandis que la même compression exercée, soit à droite, soit à gauche, reste sans effet si l'anévrysme occupe l'aorte.

Popham (2), qui n'a pas eu de peine à démontrer que ces signes sont loin d'avoir une valeur absolue, attire l'attention sur les points suivants :

1° L'obscurité du son, à la percussion, descend en général plus profondément vers le sternum et les cartilages costaux du côté droit, dans les anévrysmes de la portion transversale de la crosse aortique que dans ceux du tronc innominé.

2° La faiblesse du murmure respiratoire dans le poumon droit est plus considérable dans les anévrysmes de la portion transversale de l'aorte que dans ceux du tronc brachio-céphalique.

3° Dans les cas douteux, alors qu'on se demande s'il n'y aurait pas à tenter quelque opération, on ne devra jamais oublier que les anévrysmes de l'aorte sont beaucoup plus fréquents que ceux du tronc innominé.

On voit que la seconde conclusion de Popham établit tout bonnement le contraire de ce que croyait Holland, et nous ne sommes pas en posses-

(1) *Deutsche Klinik*, 1854, 22 juillet.

(2) *Voy. Archives générales de médecine*, avril 1858.

sion de documents suffisants pour vider le débat. A plus forte raison, le diagnostic est-il impossible lorsque l'aorte et le tronc brachio-céphalique sont simultanément affectés d'anévrysme.

Mais de nouvelles difficultés, presque insurmontables dans quelques cas, surgissent lorsque l'anévrysme a envahi le cou; alors, en effet, on n'aura plus à compter avec l'aorte seule, mais encore avec la sous-clavière, la carotide et la vertébrale. Nous nous occuperons de ce diagnostic différentiel dans le paragraphe consacré aux anévrysmes de l'artère sous-clavière.

PRONOSTIC. — Il est inutile d'insister sur la gravité du pronostic dans les cas où l'anévrysme est abandonné à lui-même; nous verrons tout à l'heure si les efforts de l'art ont été beaucoup plus heureux que ceux de la nature. Ajoutons seulement que lorsque la tumeur se développe surtout en haut et en dehors, elle peut acquérir un volume considérable sans produire des désordres graves dans des organes importants, tandis qu'elle entraîne plus rapidement une terminaison fatale quand elle se porte en arrière et en dedans. Il résulte de là cette conséquence, paradoxale à première vue, c'est que les tumeurs les plus volumineuses ne sont pas celles qui comportent le pronostic le plus grave.

TRAITEMENT. — L'anévrysme du tronc brachio-céphalique est, avon-nous dit, à peu près toujours mortel quand il est abandonné à lui-même; nous sommes obligé d'ajouter que la gravité du pronostic a été à peine atténuée jusqu'ici par les divers moyens de traitement mis en usage, et qu'il existe à peine d'exemples authentiques de guérison définitive.

Cette impuissance presque complète de la chirurgie est-elle le dernier mot de l'art, ou bien est-il permis d'espérer qu'en perfectionnant les ressources thérapeutiques et en les combinant plus méthodiquement, on arrivera à en augmenter l'utilité et à en diminuer les dangers? Pour répondre à ces questions, et savoir quelle doit être, dans l'état actuel de la science, la conduite du chirurgien, il ne suffit pas de supputer le chiffre des guérisons et celui des morts qu'ont eu à enregistrer les diverses méthodes, mais il importe surtout de rechercher les causes des insuccès.

La méthode de Valsalva, plus ou moins modifiée, est conseillée partout, et il est probable qu'elle a été employée souvent. Les renseignements que nous possédons sur les résultats qu'elle a donnés, se réduisent pourtant à fort peu de chose. On lit bien dans quelques auteurs qu'elle a réussi plusieurs fois; mais en essayant de remonter à la source de ces assertions, il nous a été impossible de trouver plus d'une seule observation qui n'est même pas tout à fait démonstrative, c'est celle de Luke (1). Le malade fut traité par des saignées répétées et peu abondantes et par la digitale; tout battement disparut dans la tumeur. Deux ans après, l'individu ayant succombé à une méningite, l'autopsie fit voir le sac anévrysmal

(1) L'observation est résumée dans le travail de Holland que nous avons cité plus haut.

complètement rempli par une masse fibrineuse d'une densité uniforme, sans aucun caillot plus mou qui eût accusé un passage quelconque du sang à travers la tumeur. La sous-clavière était restée perméable; mais la carotide était oblitérée, et il est très-probable que cette circonstance avait contribué autant que le traitement général à la guérison de l'anévrysme.

Nous aurons à revenir plus loin sur ce fait important; notons seulement ici que le traitement de Valsalva, employé seul, ne compte peut-être pas un seul succès bien constaté. Cela suffit-il pour le faire rejeter? Nous ne le croyons pas; mais pour bien comprendre la place qu'il doit occuper dans le traitement de l'anévrysme du tronc brachio-céphalique, il faut d'abord apprécier l'utilité des autres moyens qui ont été opposés à cette maladie.

La *ligature du tronc brachio-céphalique* était condamnée d'avance par les plus simples prévisions. La brièveté de l'artère, le voisinage du cœur, la chance presque inévitable d'agir sur des parois malades, et par suite l'imminence des hémorrhagies à la chute de la ligature, n'ont pourtant pas arrêté quelques chirurgiens, et l'expérience est venue juger d'une manière aussi triste qu'irréfusable ces tentatives téméraires: les onze opérés dont on connaît l'histoire ont tous succombé (1). Deux malades chez lesquels on lia simultanément la carotide et la sous-clavière à leur origine n'ont pas été plus heureux (2). Il ne saurait donc être question à l'avenir, dans le traitement des anévrysmes du tronc brachio-céphalique, ni de la *méthode d'Anel*, ni du *procédé de Brasdor*.

Le *procédé de Wardrop* a trouvé un certain nombre de partisans et a donné des résultats un peu moins désastreux que les précédents. Il comprend trois modifications distinctes, suivant qu'on a lié la carotide ou la sous-clavière ou l'une et l'autre de ces artères à quelque temps d'intervalle.

Le résultat général de ces opérations n'a été rien moins qu'encourageant. Quatre fois on a lié seulement la sous-clavière ou l'axillaire. Les malades de Dupuytren, de Laugier et de Pétrequin sont morts de l'opération; l'opérée de Wardrop a été guérie pendant quelques mois, mais un nouvel anévrysme, développé au-dessous du premier, sur la partie inférieure du tronc innominé, a déterminé la mort vingt-six mois après l'opération.

La carotide seule a été liée douze fois (3). Neuf malades ont succombé à l'opération. Celui de V. Mott parut guéri pendant plusieurs mois, puis

(1) Voyez Broca, *Des anévrysmes*, p. 600.

(2) Ces deux faits appartiennent à Liston et à Norris. Les renseignements que nous possédons sur l'opération de Norris sont d'ailleurs peu précis, et on l'a généralement rapportée au procédé de Wardrop. Liston a répété son opération sur un autre malade qui partagea probablement le sort du premier, car l'observation, publiée le quatrième jour, n'a pas été complétée plus tard.

(3) Cas d'Evans, Mott, Key, Fergusson, Morrison, Campbell, Hutton, Vilardebo, Dohlhoff, Porta (voy. Érichsen et Broca, *loc. cit.*), Wright, et un cas anonyme cité par le docteur

sa maladie fit de nouveaux progrès du côté du thorax, et il succomba au bout de sept mois. L'opéré de Morrison guérit de l'opération et mourut vingt mois après subitement. Seul, le malade d'Evans a été définitivement guéri, mais les détails de l'observation laissent planer bien des doutes sur le diagnostic, que l'autopsie n'est pas venue confirmer.

Enfin, les trois malades qui ont subi successivement la ligature des deux branches du tronc brachio-céphalique (1) ont tous succombé.

En résumé, sur dix-neuf opérations faites par le procédé de Wardrop, on trouve seulement trois guérisons, dont une n'est même pas généralement admise, et dont les deux autres furent suivies d'une récurrence funeste ou d'une mort subite. En présence d'une mortalité aussi effroyable, on ne saurait certes blâmer le chirurgien qui renoncera désormais à essayer même du procédé de Wardrop.

Néanmoins on ne doit pas rejeter d'une manière absolue ce mode de ligature, et voici pourquoi. Bien que la mort ait été un grand nombre de fois la suite de l'opération, celle-ci a exercé, dans la majorité des cas, une influence favorable, bien que passagère, sur la marche de la tumeur; l'autopsie a fait voir que le plus souvent cette ligature avait produit dans le sac le dépôt de caillots actifs, et la terminaison rapidement fatale doit être mise, dans un certain nombre de cas, sur le compte d'imprudences commises par le malade, ou de fautes dans le traitement. Or, en évitant toute irrégularité dans la conduite du malade et en insistant sur un traitement général convenable, on peut donc espérer encore que les chances seront un peu plus favorables (2).

Le traitement de Valsalva, modifié selon les conditions individuelles, nous paraît devoir être associé dans tous les cas à la ligature, quel que soit d'ailleurs le procédé pour lequel on se décide. D'une part, il est évident que l'une des causes les plus puissantes qui doivent s'opposer à la guérison d'un anévrysme du tronc brachio-céphalique, c'est l'impulsion énergique dont est animé le sang en abordant dans le sac, et le traitement de Valsalva, aidé de l'administration de la digitale, pourra neutraliser, au moins partiellement, cette influence défavorable. L'observation de Malgaigne démontre, d'un autre côté, que ce traitement, joint à la ligature, peut rendre des services importants. Ce que le chirurgien fait dans ce cas, la marche naturelle de l'affection l'avait produit chez le malade de Luke dont nous avons parlé plus haut; l'oblitération de la carotide était l'un des éléments de la guérison, le traitement de Valsalva était

Holland. Wright se flatte bien à tort d'avoir guéri son malade, qui mourut d'abcès dans le côté droit du cerveau à la suite de la ligature de la carotide.

(1) Cas de Fearn, de Wickham et de Malgaigne. Nous dirons plus loin pourquoi le cas de Rossi nous paraît appartenir à une autre classe.

(2) Remarquons à ce propos que la ligature d'une seule carotide a même suffi pour amener dans deux cas l'oblitération fibrineuse d'un anévrysme de l'aorte (cas de Tillanus et Rigen; voy. Velpeau, *Médecine opératoire*, 1839, t. II, p. 244).

l'autre. Chez le malade de Ogle, il est vrai, l'oblitération de la carotide paraît avoir suffi seule à oblitérer l'anévrysme.

Mais alors même qu'on agirait comme nous venons de le dire, on aura toujours à compter avec deux conditions défavorables, dont l'une laisse le malade sous le coup d'une récurrence sans cesse imminente, et dont l'autre le menace de dangers immédiats très-sérieux : nous voulons parler de la manière dont se fait habituellement la consolidation des anévrysmes innominés et des dangers inhérents à l'opération elle-même.

Le plus souvent, en effet, le sac anévrysmal ne s'oblitére pas entièrement ; il reste au centre des couches fibrineuses, ou entre elles et les parois artérielles, un canal plus ou moins large par lequel le sang continue à circuler. On devra toujours craindre dès lors que les dépôts fibrineux ne viennent à être décollés, et que l'anévrysme ne se reproduise dans le point qu'il occupait d'abord ou dans une autre partie de l'artère. C'est probablement à l'oblitération complète du sac qui suppura, que le malade d'Evans, si son histoire est bien exacte, dut d'être guéri définitivement ; tandis que l'anévrysme fit des progrès finalement mortels chez le malade de Malgaigne, après que le sang eut fait irruption entre les parois du sac et la masse fibrineuse qui s'y était déposée à la suite de la première ligature.

Pour obtenir l'oblitération complète du sac, il serait plus avantageux de lier la carotide et la sous-clavière que de se contenter d'une ligature unique. Dans ce dernier cas, en effet, le sac continuera à être traversé par le sang destiné au tronc resté perméable et aux branches que la sous-clavière fournit en dedans des scalènes, car les rapports de la tumeur ne permettront, en effet, jamais de lier la sous-clavière entre ces branches et son origine. On peut donc admettre approximativement que le sac recevra toujours les deux tiers du sang qui le traversait avant l'opération, et l'on comprend que la persistance d'un canal central sera presque inévitable. Les cas assez nombreux dans lesquels on a trouvé la carotide ou la sous-clavière oblitérées spontanément, sans que la consolidation de la tumeur s'en fût suivie, déposent également en faveur de l'opération double. Enfin le succès partiel de Wardrop parle lui-même dans le même sens, car la carotide était imperméable au moment où on lia la sous-clavière, et elle ne livra de nouveau passage au sang que le neuvième jour.

La ligature des deux artères est pourtant tellement grave, qu'il serait fort à désirer qu'on pût y suppléer, et obtenir en dehors d'elle l'oblitération complète du sac, sans persistance d'un passage même minime au sang. Les injections coagulantes, la galvano-puncture et la réfrigération pourront-elles avoir ce résultat ? Employées seules, les injections et l'électricité n'ont jusqu'alors produit qu'une amélioration des plus fugaces entre les mains de Wertheimer (1) et Barrier (2), mais il n'en serait

(1) Broca, *Des anévrysmes*, p. 358.

(2) *Bulletin général de thérapeutique*, novembre 1853.

peut-être plus de même si l'on y avait recours en même temps qu'à la ligature ou peu après.

Quant aux dangers inhérents à la ligature, il en est que nous ne parviendrons jamais à écarter complètement : tels sont les accidents graves du côté de l'encéphale, qui ont enlevé le malade de Wright et celui dont parle Holland ; mais d'autres ne sont peut-être pas aussi insurmontables. Ainsi on serait à l'abri de l'hémorrhagie secondaire, qui s'est montrée quelquefois, si l'on parvenait à oblitérer l'artère sans la diviser. La *malaxation* et la *compression* peuvent-elles atteindre ce but ? La malaxation, méthode encore peu étudiée et incertaine, périlleuse toujours, aurait ici les mêmes dangers que pour les anévrysmes de la carotide, et c'est tout au plus si l'on pourrait y songer dans les cas où l'on aurait constaté que la carotide est oblitérée. Quant à la compression, elle mériterait certes d'être mieux étudiée qu'elle ne l'a été jusqu'ici ; car dans deux cas où elle a été employée, en même temps que le traitement de Valsalva, elle a au moins produit une amélioration passagère (1), et il en a même été ainsi dans un anévrysme de l'aorte chez un malade auquel Edwards (2) comprima à la fois la carotide et la sous-clavière. La *compression digitale* aurait peut-être de nouveaux succès à enregistrer dans ces cas où presque tout a échoué ; mais, à défaut d'aides, on pourrait employer le tourniquet de Bourguery pour la sous-clavière et celui qui a été construit sur les indications d'Henry pour comprimer les carotides.

Il résulte de ce qui précède que le traitement des anévrysmes du tronc brachio-céphalique doit être assez complexe pour avoir quelque chance de succès. Nous conseillerons donc de soumettre d'abord le malade au traitement de Valsalva, en même temps qu'on essaiera de la compression suivant la méthode de Vernet, et qu'on agira sur le sac à l'aide de la réfrigération, de la galvano-puncture ou des injections coagulantes. Si la compression ne réussit pas et si l'on est sûr de la patience du malade, on pourra, tout en continuant le traitement général, avoir recours à la ligature de la carotide ou de la sous-clavière, en même temps qu'on reviendra aux injections coagulantes ou à la galvano-puncture. Mais si l'on ne peut pas compter sur une obéissance absolue du malade, mieux vaut renoncer à la ligature que de tenter une opération qui sera inutile ou mortelle.

Nous avons exposé plus haut une des raisons qui militent en faveur de la ligature double ; mais tout en reconnaissant qu'elle deviendra le plus souvent nécessaire, nous pensons qu'on peut d'abord lier la carotide seule, et si la guérison ne s'annonce pas promptement, on liera la sous-clavière en dehors des scalènes. On ne devra pas mettre entre les deux opérations un intervalle de plus de quelques jours ; car si l'on attendait plus longtemps, la dilatation prompte des branches de la sous-clavière diminuerait beaucoup les chances de succès.

(1) Cas de Syme (Erichsen, *loc. cit.*, p. 519) et de Lyon (*Monthly Journal of Medical Science*, 1847, p. 229).

(2) *The Lancet*, 9 janvier, et *Edinburgh Medical Journal*, mai 1858.

Dans le cas où l'une des branches du tronc brachio-céphalique serait oblitérée, nous pensons avec Diday qu'il faudrait commencer par lier celle qui est restée perméable. S'il arrivait, comme le craignait Blandin et comme cela a eu lieu chez la malade de Wardrop, que l'artère oblitérée livrât de nouveau passage au sang, on la lierait à son tour. Lier d'abord l'artère qui ne bat plus, c'est entreprendre une opération fort difficile; elle pourrait, d'ailleurs, être inutile, car chez le malade déjà cité auquel Laugier lia l'axillaire, la carotide qui était fermée au moment de l'opération l'était encore à l'autopsie.

La faiblesse extrême du malade et la coexistence de quelque autre anévrysme sont des contre-indications à la ligature; nous ajouterons que, dans les cas où la tumeur a produit des désordres très-graves, tels qu'une destruction avancée des os, l'opération est à peine justifiable. Enfin elle devrait être rejetée si la carotide gauche était oblitérée; un malade auquel Rossi (1) lia à la fois la carotide et la sous-clavière droites à leur origine a succombé le sixième jour, en grande partie du moins, à cette complication, car la vertébrale gauche n'était pas capable de suffire seule à la circulation cérébrale.

Enfin, lorsqu'après une opération la guérison semblera définitive, le régime le plus strict et tous les soins que nous avons décrits à propos du traitement consécutif des anévrysmes graves, seront indispensables pour mettre le malade à l'abri d'une récurrence.

LIGATURE DU TRONC BRACHIO-CÉPHALIQUE. — Nous avons vu que cette opération doit être bannie définitivement du traitement des anévrysmes du tronc innominé. Elle ne pourrait devenir nécessaire que si une plaie avait atteint cette artère ou l'une de ses branches tout auprès de leur origine. La ligature du tronc brachio-céphalique n'aurait pas, à la vérité, beaucoup de chances de réussir dans ces conditions, mais elle en aurait plus que le tamponnement, qui échouerait à coup sûr.

Le tronc brachio-céphalique naît de la partie antérieure de la convexité de la crosse de l'aorte, dont il est la première branche à droite, et après 33 millimètres d'un trajet de bas en haut et de dedans en dehors, il se termine près de l'extrémité sternale de la clavicule droite. Cette artère répond en avant au tronc veineux brachio-céphalique et aux muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien qui la séparent du sternum; en arrière elle est en rapport avec la trachée, qu'elle croise, et avec le nerf pneumogastrique; en dehors, avec la plèvre, qui peut être facilement blessée dans cette ligature; en dedans, avec la carotide gauche, dont la trachée la sépare. Chez quelques sujets, et particulièrement chez les vieillards, le tronc brachio-céphalique déborde l'extrémité supérieure du sternum. Quand on renverse la tête en arrière, on augmente cette saillie du tronc brachio-céphalique au dehors.

On peut lier le tronc brachio-céphalique de plusieurs façons; les pro-

(1) *Gazette médicale*, 1844, p. 58.

cédés de Sédillot, de Manec et de Mott suffisent à donner une bonne idée de ces différents modes opératoires.

1^o Procédé de Sédillot. — Sédillot (1) a décrit un procédé qu'il applique aussi à la carotide primitive et à l'origine de la sous-clavière (fig. 90). Il incise la peau dans l'intervalle qui sépare les deux faisceaux *a* et *b* du sterno-mastoidien. L'incision partant de l'articulation sterno-claviculaire droite est prolongée en haut dans l'étendue de 6 à 8 centimètres. On reconnaît sur le vivant cet intervalle à une fossette souvent assez profonde. Dès que le tissu cellulaire qui se trouve dans cet espace est incisé, on fléchit la tête en avant et l'on écarte à l'aide de crochets les deux faisceaux relâchés du muscle. On divise ensuite sur une sonde cannelée les muscles sterno-hyoïdien et thyroïdien, et après avoir incisé aussi leur fascia profond, qui se perd derrière le sternum dans le médiastin, on aperçoit au milieu d'un tissu cellulaire tomenteux le tronc brachio-céphalique *h*, l'artère carotide primitive *e*, le nerf pneumogastrique *d*, la sous-clavière *g*, et d'autres organes dont le chirurgien doit éviter avec soin la blessure. On isole le tronc innominé, à l'aide du doigt, du tissu cellulaire tomenteux assez épais qui l'entoure, et l'on passe à l'aide d'une aiguille de Cooper la ligature derrière lui, de dehors en dedans, en évitant le nerf pneumogastrique, qui se trouve en arrière, la carotide primitive

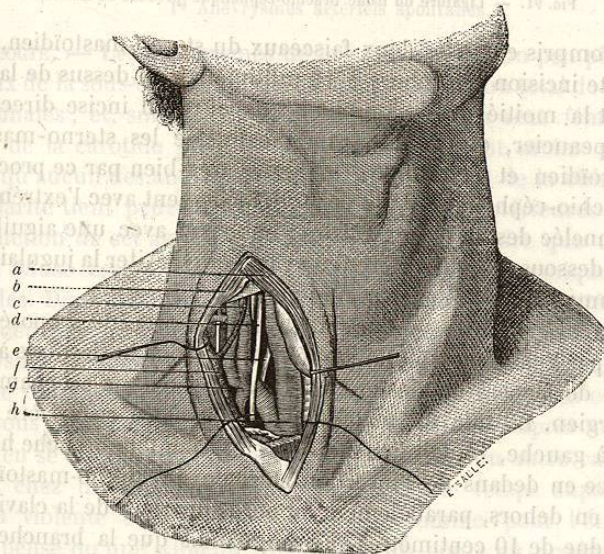


Fig. 90. — Ligature du tronc brachio-céphalique (procédé de Sédillot).

gauche, qui est séparée du tronc brachio-céphalique par toute la largeur de la trachée, et la plèvre, qui pourrait être facilement ouverte. On serre le fil avec les deux indicateurs portés au fond de la plaie.

(1) *Traité de médecine opératoire*, t. I, p. 232, 2^e édit., 1853.

2° *Procédé de Manec.* — Manec (1) a conseillé un autre procédé. Il fait une incision transversale de 9 centimètres, qui commence au milieu de

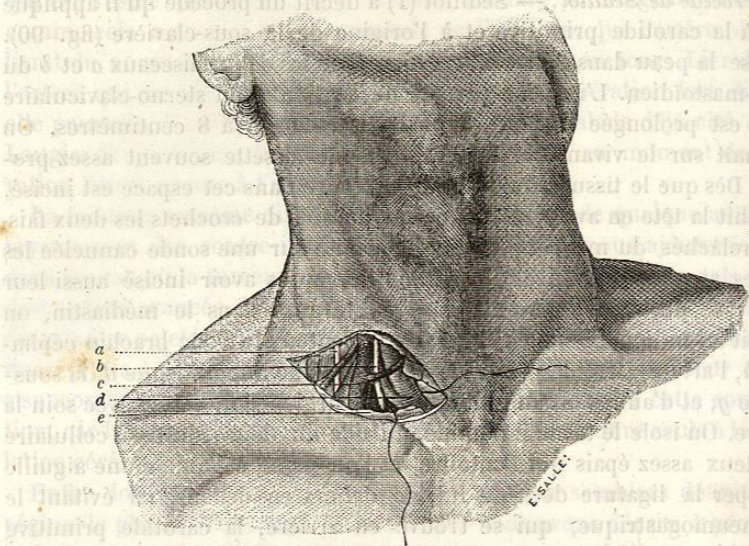


FIG. 91. — Ligature du tronc brachio-céphalique (procédé de Manec).

l'espace compris entre les deux faisceaux du sterno-mastoïdien, et il prolonge cette incision en dehors à 15 millimètres au-dessus de la clavicle et suivant la moitié de la longueur de cet os; il incise directement la peau, le peucier, et sur une sonde cannelée les sterno-mastoïdien, sterno-hyoïdien et thyroïdien. On arrive très-bien par ce procédé sur le tronc brachio-céphalique *d*, qu'on isole facilement avec l'extrémité d'une sonde cannelée des vaisseaux voisins; on passe avec une aiguille courbe un fil au-dessous de cette artère, en ayant soin d'éviter la jugulaire interne *c*, le pneumogastrique *b* et le phrénique *a*.

3° *Procédé de V. Mott.* — Dans un troisième procédé proposé et mis en pratique par Valentine Mott (2), on réunit l'incision horizontale à l'incision verticale, de façon à donner une plus grande étendue au champ d'action du chirurgien. La tête du malade étant renversée en arrière et sa face tournée à gauche, on fait une incision en L, dont la branche horizontale commence en dedans de l'insertion sternale du sterno-mastoïdien et se prolonge en dehors, parallèlement au bord supérieur de la clavicle, dans une étendue de 10 centimètres environ, tandis que la branche verticale, de même longueur, suit le bord interne du sterno-mastoïdien. Ce muscle est divisé au niveau de ses insertions et renversé en dehors. Le muscle sterno-thyroïdien, mis à nu, est également coupé en travers sur une sonde cannelée avec l'aponévrose qui l'entoure. On laisse à droite, ou l'on refoule au

(1) *Traité théorique et pratique de la ligature des artères.* Paris, 1832.

(2) *The Medical and Surgical Register of New-York Hospital*, 1818, t. I, p. 8.

besoin de ce côté les veines jugulaire interne, sous-clavière et innominée, et, se guidant, s'il le faut, sur l'origine de la carotide primitive, on arrive sur le tronc brachio-céphalique, qu'on lie comme dans les autres procédés.

Après l'opération, le malade doit être assujéti au repos et à l'immobilité la plus complète possible, la tête étant maintenue dans une légère flexion en avant et à droite, pour mettre l'artère dans le relâchement. On diminuera en même temps l'énergie du courant circulatoire par l'administration de la digitale à l'intérieur. A la chute des ligatures et quelque temps après encore, on devra recommander au malade d'éviter toute sorte d'effort pouvant donner lieu au détachement du caillot sanguin.

Des trois procédés que nous venons de passer en revue, le dernier, combinaison des deux autres, nous paraît réunir les plus grands avantages, car il permet d'arriver sûrement sur l'artère en donnant une plus large place au jeu des instruments.

§ II. — Anévrysmes de la carotide primitive.

Les anévrysmes de la carotide primitive sont ordinairement artériels et spontanés; on n'a que très-rarement observé sur cette artère des anévrysmes artériels traumatiques et des anévrysmes artérioso-veineux.

1° Anévrysmes artériels spontanés.

ÉTIOLOGIE. — Les anévrysmes de la carotide sont un peu plus fréquents que ceux de la sous-clavière. Crisp en compte 25 sur un total de 551 tumeurs anévrysmales; et, sur ces 25 malades, 13 sont du sexe féminin. L'anévrysmes de la carotide primitive est par conséquent moins rare chez la femme qu'aucun des anévrysmes qui sont du ressort de la chirurgie. Cette particularité tient peut-être à ce que les causes extérieures jouent dans la production de cet anévrysmes un rôle plus secondaire que dans les autres; la cause essentielle est ici la dégénérescence organique des parois artérielles. Dans quelques cas, néanmoins, une violence extérieure a pu contribuer, comme dans tous les anévrysmes spontanés, à la formation de l'anévrysmes. C'est ainsi qu'une fille de vingt-cinq ans éprouva, pendant un effort de vomissement, une sensation analogue à celle d'un coup de fouet au-dessous de l'os hyoïde, à gauche; et six semaines après un anévrysmes carotidien se développa dans ce point (1). Dans un autre cas, la tumeur apparut chez un sujet qui avait subi, peu de temps auparavant, une pression violente sur la région laryngée, comme pour l'étrangler (2). Scarpa pense qu'une violence distorsion du cou a pu produire le même résultat, ce qui n'est pas bien démontré.

Il est également remarquable que l'anévrysmes de la carotide se rencontre plus souvent qu'aucun autre anévrysmes chez des sujets peu avancés en âge: Sykes (de Philadelphie), cité par Érichsen, l'a vu chez une jeune

(1) *Observation de Dropsy et Burnotte (Gazette médicale de Paris, 1856, n° 15).*

(2) *Cas de Décès (Gazette des hôpitaux, 1856, n° 67).*