

chevelu, quelques remarques relatives au diagnostic et au traitement de l'anévrisme artérioso-veineux de la carotide externe.

LIGATURE DE LA CAROTIDE EXTERNE. — Cette opération a été décrite plus haut, à l'occasion de la ligature de la carotide interne.

§ V. — Anévrismes des artères extérieures du crâne,

Nous les réunissons dans un seul paragraphe, parce que le traitement qui leur est applicable est à peu près le même, quelle que soit leur origine. Sauf l'artère sus-orbitaire, branche de l'ophthalmique, toutes les artères des téguments du crâne sont d'ailleurs des branches de la carotide externe.

A. *Anévrismes artériels.* — Pétrequin (1), Decès (2), Malgaigne (3), Frestel (4), Pavési (5), ont vu des anévrismes sur la temporale ou sur ses branches; Raoul Deslongchamps (6), sur l'artère sus-orbitaire; Giehrl, (7) sur l'occipitale; Boyer (8), sur l'auriculaire postérieure.

Ces anévrismes sont presque toujours d'origine traumatique; ils n'acquiescent pas en général un volume considérable, et leur diagnostic est souvent des plus faciles. Il peut cependant arriver, si l'anévrisme occupe une des artères temporales profondes, que l'aponévrose temporale masque les battements expansifs; l'auscultation seule peut alors faire éviter une erreur de diagnostic. Un anévrisme de l'artère méningée moyenne, après avoir usé les os du crâne, a pu simuler un anévrisme de la temporale. Il faudra par conséquent, dans ces circonstances, toujours rechercher si la compression de la temporale arrête les battements de la tumeur et s'il n'existe pas derrière elle une perforation osseuse. On devrait recourir à la ligature de la carotide externe, si cette exploration faisait reconnaître l'existence d'un anévrisme de l'artère méningée moyenne.

Le traitement qu'il convient de diriger contre ces anévrismes a été fort bien résumé par Broca (9). « Ils sont, dit-il, en général peu volumineux et situés sur le trajet d'un vaisseau d'assez petit calibre; en outre, ils sont à la fois très-superficiels et très-rapprochés d'une surface osseuse résistante sur laquelle il est aisé de les comprimer. Ces conditions sont très-favorables, et il en résulte que beaucoup de méthodes peuvent être appliquées sans inconvénients sérieux. La méthode ancienne elle-même,

(1) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, t. XXI, p. 992.

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

(3) *Journal de chirurgie*, 1846, t. IV, p. 239.

(4) *Revue médico-chirurgicale*, 1850, t. VII, p. 168.

(5) *Gazette hebdomadaire*, t. I, p. 481.

(6) *Gazette des hôpitaux*, 1853, n°s 43 et 59.

(7) *Journal d. Chir. und Augenh.*, neue Folge, Bd. V, Heft 1, 1846.

(8) *Traité des maladies chirurg.*, 1831, t. II, p. 154.

(9) *Op. cit.*, p. 881.

c'est-à-dire l'incision suivie d'une double ligature, ou plus simplement d'un tamponnement au perchlorure de fer, donnerait, selon toutes les probabilités, des succès à peu près constants. La méthode d'Anel, la galvano-puncture, les injections coagulantes, la suture entortillée, ont tour à tour réussi, et j'ai lieu de croire que la méthode endermique réussirait également. On n'a pour ainsi dire ici que l'embarras du choix. Il est bien entendu que la méthode d'Anel s'appliquerait sur le tronc de l'artère malade, à une petite distance de l'anévrisme. Les battements du vaisseau, toujours faciles à sentir à travers les téguments, guideraient le chirurgien. Il ne serait même pas nécessaire de procéder à une ligature méthodique. Il suffirait de couper d'un seul coup la petite artère en travers, comme si l'on pratiquait l'opération de l'artériotomie; un bandage compressif, ou plus simplement un petit tampon imbibé de perchlorure de fer, empêcherait toute hémorrhagie. On pourrait encore, sans diviser la peau, soulever l'artère avec une épingle et l'oblitérer au moyen de la suture entortillée. En tout cas, la méthode d'Anel devrait être appliquée très-près de l'anévrisme, parce que sans cela les très-larges et très-nombreuses anastomoses artérielles du cuir chevelu pourraient empêcher l'oblitération de la tumeur.

« Toutes ces méthodes me paraissent également inoffensives. Dans un cas de ce genre, je commencerais par une application de perchlorure de fer, faite suivant la méthode endermique; si cela ne réussissait pas, j'injecterais le perchlorure dans le sac. D'autres préféreront la galvano-puncture ou la méthode d'Anel. Ces diverses méthodes ont des avantages et des inconvénients qui se balancent, et le choix est à peu près indifférent. »

B. *Anévrismes artérioso-veineux.* — Il en existe un petit nombre d'exemples observés par Laugier (1), Broca (2) et Moore (3); les deux premiers se rapportent à des branches de l'occipitale, le dernier à une artère temporale.

Les phlébartéries du cuir chevelu envahissent facilement un grand nombre de veines dont la dilatation produit des bosselures irrégulières, molles et fluctuantes. Chez la malade de Laugier la communication existait entre l'artère auriculaire postérieure et sa veine satellite postérieure; les veines occipitales et temporales étaient très-dilatées; la dilatation était moins considérable, mais cependant très-manifeste sur toutes les veines sous-cutanées du même côté du crâne et même sur celles du côté opposé. Chez le malade de Moore, deux grosses veines qui suivaient le trajet de la jugulaire externe étaient énormément dilatées. Nous avons déjà vu que cette généralisation de l'ectasie veineuse se rencontre également pour les anévrismes artérioso-veineux de la région parotidienne.

(1) Cité par Robert dans le travail mentionné plus haut. La pièce se trouve au musée Dupuytren sous le n° 247.

(2) *Bulletins de la Société de chirurgie*, t. VI, p. 148.

(3) *Medico-chirurgical Transactions*, 1858, t. XLI, p. 1.

Au niveau des tumeurs formées par les veines dilatées, on constate les signes habituels des communications artérioso-veineuses ; le souffle, parfois très-fort, est perçu par le malade, et peut même troubler son sommeil. L'ensemble des caractères que l'on observe dans cette affection lui donne une grande analogie avec les *varices artérielles* du cuir chevelu. Il y a cependant des différences qui rendent le diagnostic assez facile. Les pulsations sont plus circonscrites et moins énergiques dans l'anévrisme variqueux que dans la varice artérielle ; le bruit de souffle est continu dans la première de ces affections. Les tumeurs formées par les veines dilatées se tendent quand on comprime vers les capillaires, ce qui n'arrive

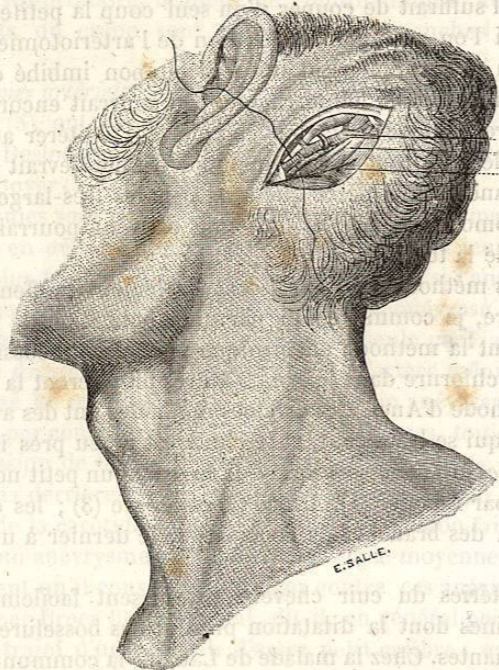


FIG. 96. — Ligature de l'artère occipitale.

pas pour la varice artérielle. De plus, en exerçant une compression sur le point où la maladie a débuté et où l'on trouve une cicatrice, on fait disparaître les caractères de l'anévrisme artérioso-veineux, tandis que ceux de la varice artérielle persistent.

Tous ces anévrysmes, nous l'avons déjà dit, ont de la tendance à envahir successivement un grand nombre de veines ; mais le malade de Moore est le seul chez lequel l'une des tumeurs veineuses ait fini par se rompre. L'ouverture se fit par un abcès développé entre la peau et la tumeur, et deux hémorrhagies très-graves compromirent un instant la vie du malade.

Dans les cas où aucun accident ne menace la vie, il ne faut pas recourir

à un autre moyen qu'à la compression faite sur le point où existe la communication vasculaire. Grâce à la surface résistante contre laquelle elle est exercée, cette compression réussira presque toujours. Il n'en est plus de même lorsque l'anévrisme occupe le voisinage de la carotide externe dans l'espace parotidien ; la compression ici échouera presque inévitablement, comme dans le fait de Gabe de Masarellos. Du reste, si l'indication d'agir était urgente, il faudrait, à l'exemple de Stromeyer, opérer par la méthode ancienne.

Pour les anévrysmes du crâne, si la compression avait échoué et si des accidents graves réclamaient une intervention active, il faudrait lier

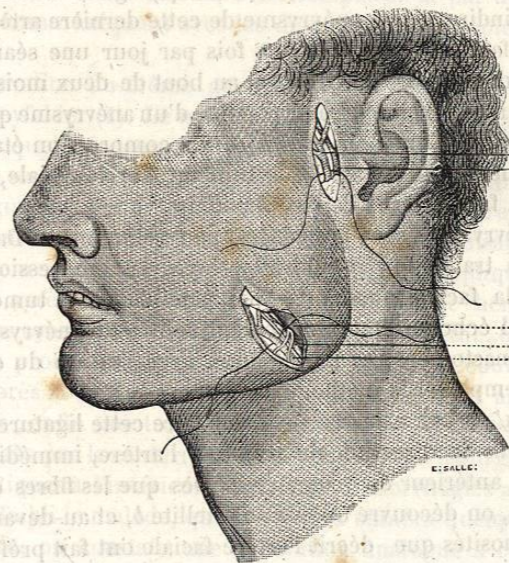


FIG. 97. — Ligature des artères temporale et faciale.

l'artère des deux côtés de la perforation. Nous ne conseillerions pas d'imiter l'exemple de Moore, qui lia, un peu sans le vouloir, l'artère et la veine entre le cœur et la tumeur. Disons toutefois que le malade guérit.

LIGATURE DE L'ARTÈRE OCCIPITALE. — On peut lier l'artère occipitale en arrière de l'apophyse mastoïde (fig. 96). L'incision doit commencer à 12 millimètres en arrière et au-dessous de cette apophyse, et se prolonger obliquement en haut et en arrière, dans une étendue de 3 centimètres. Les parties à diviser sont : la peau, l'aponévrose supérieure du muscle sterno-mastoïdien *c*, et le splénius. Cherchant alors avec le doigt le point le plus saillant de l'apophyse mastoïde, on rencontre l'artère *a*, à 4 millimètres plus bas, dans la partie postérieure de la rainure digastrique, un peu au-dessus du muscle petit oblique *b*.

LIGATURE DE L'ARTÈRE TEMPORALE. — Faites une incision verticale (fig. 97),

de 4 centimètres au niveau et un peu au-dessous de l'arcade zygomatique et à 6 millimètres en avant du tragus. Après avoir divisé la peau, il faut isoler l'artère *a* du tissu cellulaire dense et fibreux dans lequel elle est plongée, en évitant de blesser une veine *b* assez développée, qui suit son bord postérieur.

§ VI. — Anévrysmes de l'artère faciale et de ses branches.

Lussana (1) a guéri un anévrysme de la faciale par une injection de perchlorure de fer; Hoefnagels (2) a extirpé avec succès un anévrysme de l'artère coronaire labiale inférieure, et Boinet (3) a guéri sur lui-même, par la compression indirecte, un anévrysme de cette dernière artère, tout près du tronc de la faciale. Il fit plusieurs fois par jour une séance de compression d'une demi-heure environ, et au bout de deux mois on ne constatait plus qu'un peu d'empatement, au lieu d'un anévrysme qui avait eue le volume de la moitié d'une noix ordinaire. La compression était pratiquée par le malade même en dehors de la tumeur, sur la faciale, au point où elle passe sur la face externe de l'os maxillaire.

Tous ces anévrysmes sont en général peu volumineux. Dans le cas où l'on aurait à en traiter un, il faudrait essayer la compression, et, si elle échouait, lier la faciale aussi près que possible de la tumeur. Mais la méthode d'Anel échouerait probablement contre un anévrysme de la coronaire, qui s'anastomose par inosculacion avec l'artère du côté opposé, et l'on devrait employer la méthode ancienne.

LIGATURE DE L'ARTÈRE FACIALE. — Pour faire cette ligature (fig. 97), on peut inciser dans la direction du trajet de l'artère, immédiatement au-devant du bord antérieur du masséter *a*. Dès que les fibres de ce muscle sont mises à nu, on découvre une veine satellite *b*, et au-devant d'elle l'artère *c*. Les flexuosités que décrit l'artère faciale ont fait préférer à quelques chirurgiens une incision transversale, qui, commençant 1 centimètre et demi en avant de l'angle de la mâchoire, est prolongée du côté de la symphyse du menton, dans une étendue de 3 centimètres. La peau, le tissu cellulaire sous-cutané et le muscle peaucier, sont incisés successivement en travers, et, abandonnant alors le bistouri, le chirurgien isole par la pince et la sonde cannelée l'artère du tissu cellulaire assez serré qui l'entoure.

§ VII. — Anévrysmes de l'artère dentaire inférieure.

Rufz (4) a communiqué à l'Académie de médecine (séance du 26 août 1856) un cas d'anévrysme de l'artère dentaire inférieure. Il fut appelé, un

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1854, t. 1, p. 480.

(2) *Bulletin de thérapeutique*, 1849, t. XXXVI, p. 471.

(3) *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1859, t. IX, p. 332.

(4) *Gazette médicale*, 1856, p. 545.

jour, auprès d'une mulâtresse de treize à quatorze ans, qui se plaignait de perdre continuellement du sang par les gencives. Les deux dernières molaires du côté gauche étaient très-mobiles, et toutes les fois qu'on pressait sur elles, on faisait sortir des alvéoles un jet de sang rutilant; le doigt, posé doucement sur ces dents, les sentait soulevées comme par des pulsations artérielles. Pendant que Rufz se livrait à l'examen de cette singulière lésion, une hémorrhagie considérable survint; la jeune fille tomba en syncope, et mourut lorsque le chirurgien s'occupait activement, après avoir incisé la commissure labiale, d'arrêter l'écoulement sanguin. L'autopsie fit reconnaître que l'artère dentaire inférieure, intacte jusqu'à son entrée dans le canal osseux, était remplacée là par une petite cavité ampullaire, communiquant avec les deux derniers alvéoles et remplie de sang.

Une observation du même genre a été adressée à la Société de chirurgie par Heyfelder (1). Le malade, âgé de trente-deux ans, crachait du sang depuis quelque temps. Heyfelder trouva sur le bord externe de la mâchoire, au-dessous des incisives et de la canine du côté droit, une tumeur fongueuse, arrondie, de 3 à 4 lignes de diamètre. Cette tumeur saignait au moindre contact, et était le siège de pulsations isochrones avec les battements du cœur. Il crut à une épulis et appliqua une ligature. Deux heures après cette opération, il y eut une forte hémorrhagie. Plusieurs moyens ayant échoué contre cette perte sanguine, on recourut à la cautérisation profonde avec le fer chauffé à blanc; l'écoulement s'arrêta. Huit jours après la chute de l'eschare, il reparut et fut arrêté comme la première fois; enfin une troisième hémorrhagie, combattue encore cette fois avec succès par la cautérisation, détermina le chirurgien à prescrire des hémostatiques à l'intérieur; mais ces hémorrhagies avaient considérablement affaibli le malade, qui mourut du choléra quelque temps après.

A l'autopsie, on constata une excavation analogue à celle décrite par Rufz.

La ligature de la carotide externe pourrait peut-être réussir dans un cas de ce genre; mais, si elle échouait, on devrait trépaner largement le maxillaire et remplir la poche de bourdonnets de charpie imbibés de perchlorure de fer.

§ VIII. — Anévrysmes des artères palatines.

Castle (2) (de New-York), Herapath (3) et Teirlinck (4) en ont rencontré chacun un cas. Dans le fait de Castle, la tumeur avait été la conséquence de la pression exercée sur l'extrémité inférieure de l'artère palatine par un dentier artificiel. Développée lentement, au niveau des os

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1857, p. 68.

(2) *Lancet*, 1850, t. II, p. 15, et *Gazette médicale de Paris*, 1851, p. 789.

(3) *Ibid.*

(4) *Bulletin de thérapeutique*, 1854, t. XLVII, p. 298.

palatins, elle avait acquis le volume d'un pois et ne présentait pas de battements. Castle l'incisa comme une fongosité, mais il en résulta un jet artériel qu'on arrêta par un tamponnement. Dans ce but, on coupa un morceau de liège en forme d'X, et on le mit à l'extrémité de la canule d'un petit trocart; puis on fit pénétrer la canule dans l'orifice du trou palatin anomal par lequel l'artère semblait sortir, et l'on y poussa avec une tige d'acier mousse le morceau de liège. Ce bouchon tomba au bout de quatre jours, et la guérison fut complète. Chez le second malade, on croyait ouvrir un abcès; les choses se passèrent ensuite comme chez celui de Castle.

Dans le cas de Teirlinck, il s'agissait d'un homme de soixante-quatorze ans, dont la tumeur était molle, élastique et pulsatile. Elle avait fourni de fréquentes hémorrhagies qui avaient beaucoup épuisé le malade. On appliqua le fer rouge; l'eschare tomba au bout de huit jours et le sujet guérit.

Ces faits, qui ne sont pas assez connus, devront toujours être présents à l'esprit du chirurgien quand il aura à traiter des tumeurs du palais. Nous pensons d'ailleurs que c'est à la cautérisation et au perchlorure de fer que l'on devrait recourir, de préférence aux autres méthodes, si l'on rencontrait un de ces anévrysmes.

§ IX. — Anévrysmes de l'artère sous-clavière.

1° Anévrysmes artériels spontanés.

Ils se rangent, par ordre de fréquence, entre les anévrysmes de la carotide primitive et ceux du tronc brachio-céphalique; on en compte 4 pour 100 dans les tableaux de Crisp.

ÉTILOGIE. — On observe surtout ici des anévrysmes spontanés, et il n'existe qu'un très-petit nombre de cas d'anévrysmes traumatiques de la sous-clavière. Cela tient sans doute, comme on le dit généralement, à ce que les plaies de cette artère sont presque toujours mortelles. Du reste, on trouve plus d'exemples d'anévrysmes variqueux que d'anévrysmes artériels traumatiques de ce vaisseau. Il faut tenir également compte de la rareté des blessures de la sous-clavière, ce qui s'explique par la protection que lui fournissent les parties voisines: l'épaule et la clavicule d'un côté, le sommet de la poitrine de l'autre, et même la tête, qui peut s'incliner au-devant de l'artère dans un mouvement de flexion et d'inclinaison latérale.

L'artère sous-clavière échappe-t-elle par sa situation aux tiraillements qui paraissent contribuer souvent au développement des anévrysmes sur les artères placées du côté de la flexion des extrémités? C'est là une opinion assez généralement reçue. Nous ferons cependant remarquer que les efforts violents, l'exercice répété ou prolongé de l'extrémité supérieure dans des travaux fatigants, ont plus d'une fois déterminé l'apparition des anévrysmes de la sous-clavière. Il en est de même des chutes sur l'épaule

et des coups portés sur cette région. Des faits publiés par Mott, Liston, Laugier, Robert (1), sont parfaitement concluants à cet égard. L'influence de ces causes explique également pourquoi les anévrysmes de la sous-clavière sont beaucoup plus fréquents à droite qu'à gauche (la proportion est de près de 3 sur 1); car les causes que nous venons de signaler agissent en effet beaucoup plus fréquemment sur l'extrémité supérieure droite que sur la gauche. Les hommes, enfin, les subissent bien plus souvent que les femmes, aussi les anévrysmes de la sous-clavière sont-ils très-rares dans le sexe féminin. Erichsen, sur un relevé de trente-deux cas, n'en trouve que deux qui ne se rapportent pas à des hommes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les anévrysmes de la sous-clavière droite peuvent siéger sur chacune des trois portions de cette artère; à gauche, on ne les a presque jamais observés sur le segment de l'artère qui est compris dans le médiastin; des deux côtés, enfin, c'est la troisième portion, celle qui se trouve en dehors des scalènes, qui est le plus souvent affectée. Lorsque l'anévrysme siège à droite, et surtout lorsqu'il est rapproché du point d'origine de l'artère, le tronc brachio-céphalique est également dilaté ou dégénéré.

Le sac anévrysmal ne dépasse pas généralement le volume d'un œuf; dans quelques cas rares, néanmoins, on l'a vu acquérir des dimensions beaucoup plus considérables. Boucher (2) en a vu un qui avait 20 pouces de circonférence. Dans un cas rapporté par Velpeau (3), la tumeur dépassait en arrière les apophyses épineuses des vertèbres, elle arrivait en haut jusques auprès de l'angle de la mâchoire inférieure; vers le bas, enfin, elle occupait la base du cou et avait même envahi le sommet de la poitrine et toute l'aisselle.

Les anévrysmes peu volumineux ont généralement une forme assez régulièrement ovoïde ou allongée; ceux dont les dimensions sont plus considérables, présentent souvent des bosselures, des appendices irréguliers dont quelques-uns sont durs et contiennent des couches stratifiées de caillots actifs, tandis que d'autres sont mous et remplis de sang liquide.

Maisonneuve (4) a présenté à la Société anatomique un petit anévrysme de la sous-clavière qui appartenait très-probablement à la variété des anévrysmes kystogéniques.

Dès qu'elle a pris un certain développement, la tumeur est toujours plus ou moins déviée de sa direction première, et son centre ne correspond plus à l'ouverture du vaisseau. Les anévrysmes qui occupent la première portion de la sous-clavière droite ne dépassent pas, en général, l'espace compris entre la trachée et les scalènes, ou le bord

(1) *Des anévrysmes de la région sus-claviculaire*, thèse de concours de Paris, 1842.

(2) *Journal de Vandermonde*, 1761, t. XIV, p. 55.

(3) *Dictionnaire en 30 volumes*, art. SOUS CLAVIÈRE, t. XXVIII, p. 453.

(4) *Bulletins de la Société anatomique*, t. IX, p. 2.

BIBLIOTHECA
MUSEI HIST. NAT. BRUX.