

face régulière, offrant à chaque pulsation le phénomène d'expansion. Les anévrismes qui ont leur point de départ en dedans des scalènes, s'étendent, au contraire, dans le cou et jusque dans la cavité thoracique, et ils sont très difficiles à distinguer des anévrismes de la carotide et du tronc innominé; la difficulté est d'autant plus grande du côté droit qu'assez souvent ici le tronc brachio-céphalique contribue à former le sac anévrisimal.

Ces différences s'effacent peu à peu à mesure que la tumeur augmente de volume. Sa surface devient irrégulière, souvent bosselée; elle présente, en outre, une consistance très variable d'un endroit à l'autre. A côté de points fluctuants, animés de pulsations, on en trouve d'autres qui ont une consistance dure, opposant au doigt une certaine résistance. La tumeur envahit le cou de bas en haut, s'étend vers la clavicule et l'omoplate jusque dans l'aisselle, et, le long des vaisseaux, jusque dans le thorax. Les parties qui arrivent en contact avec l'anévrisme subissent une véritable usure, et l'on voit disparaître ainsi non seulement les tissus mous, mais aussi les os, comme la clavicule, une partie de l'omoplate, les côtes et même les corps des vertèbres.

On comprend que, dans une période aussi avancée, il soit difficile et même tout à fait impossible de faire le diagnostic différentiel entre ces anévrismes et des néoplasmes occupant la même région, et dont on n'a pas pu suivre le développement. Car même les mouvements d'expansion, synchrones aux pulsations des artères, peuvent faire défaut dans les anévrismes de la sous-clavière, lorsque la paroi interne du sac est tapissée de couches épaisses de fibrine. On ne peut tirer non plus aucun signe certain de diagnostic des phénomènes de compression des organes en contact avec l'anévrisme. Tels sont les symptômes du côté de la respiration, de la voix et de la déglutition, provenant en partie de la compression des nerfs (vague et récurrent); il en est de même des anomalies de la sensibilité que l'on observe dans les parties innervées par le plexus brachial, et qui sont dues aussi à la compression de ce dernier. De même les troubles circulatoires indiquant une pression de l'anévrisme sur les grosses veines, comme les phénomènes de stase à la tête et à la face, peuvent être tout aussi bien le fait d'un sarcome à développement rapide, occupant la même région.

Lorsque l'anévrisme est encore assez peu développé pour que l'on puisse reconnaître son point de départ en dedans des scalènes, on devra tenter d'abord la méthode de *traitement* de VALSAVA, qui a déjà donné quelques bons résultats¹. On pourra joindre à ce traitement l'application

1. La méthode VALSAVA consiste dans la diète, les purgations et les saignées souvent répétées, dans le but de diminuer la réplétion du système circulatoire et de favoriser la coagulation du sang. BROCA dit avoir lu plus de 30 observations d'anévrismes inopérables qui auraient été guéris par cette méthode. JOLLIFFE-TUFFNEL préconise un traitement analogue, mais sans émissions sanguines. Repos au lit dans

du froid et la compression digitale de la portion périphérique du vaisseau. Enfin une dernière ressource sera la ligature d'après la méthode de BRASDOR (KOCH).

Dans les cas où l'anévrisme a son point de départ en dehors des scalènes, on essaiera, en premier lieu, la compression digitale; si elle ne conduit pas au but on pourra faire la ligature d'après la méthode de HUNTER, qui jusqu'ici, il est vrai, n'a donné le plus souvent que de mauvais résultats. SYME a proposé d'inciser le sac anévrisimal et de lier directement l'artère; il se base, pour conseiller ce procédé, sur les conditions anatomiques, sur le fait qu'ici comme dans les anévrismes traumatiques, la tumeur sacciforme recouvre le vaisseau, auquel elle est reliée par une sorte de pédicule. Une pareille opération exige une très large incision et la dénudation préalable de la portion centrale de l'artère, afin de pouvoir exercer sur elle une compression (KOCH). Ce procédé est impraticable dans les anévrismes très volumineux. Dans ces cas on a obtenu quelques succès de la ligature entre les scalènes.

Ligatures des vaisseaux du cou.

§ 16. **Ligature du tronc brachio-céphalique.** — Cette ligature ne saurait être bannie de la liste des opérations, car, dans certaines conditions, elle constitue le seul moyen capable d'arrêter une hémorragie. Il est douteux que l'on soit autorisé à la pratiquer dans les gros anévrismes de la sous-clavière, bien qu'elle ait été déjà, une seule fois il est vrai, couronnée de succès (SMITH). Depuis MOTT qui l'a tentée le premier en 1818, la littérature médicale renferme 48 cas dans lesquels l'opération a pu être achevée; de ces 48 cas un seul eut une terminaison heureuse. Presque toujours la mort survint au bout d'un certain temps, par suite d'hémorragies secondaires. Dans le cas de SMITH il en eût été de même si l'opérateur n'avait pas fait la ligature de la vertébrale au moment de l'hémorragie. A l'autopsie des autres opérés on trouvait, il est vrai, une oblitération du tronc innominé et de la carotide, laquelle ne donne aucune branche collatérale jusqu'à sa bifurcation; par contre les nombreuses branches de la sous-clavière avaient établi une circulation collatérale, cause de l'hémorragie secondaire.

La ligature du tronc innominé est difficile dans les conditions où l'on est appelé à la pratiquer. On devra donc choisir l'incision qui donne le plus d'espace. De GRAEFE conseille une incision oblique le long du bord interne du sterno-mastoidien; DIETRICH et PIROGOFF ont fait une incision verticale au-dessus de la fourchette sternale; MANEC recommande l'incision transversale commençant immédiatement au-dessus

la position horizontale; diète sèche pendant six semaines (par jours seulement 200 grammes de lait, 200 grammes de pain, 15 grammes de beurre et 90 grammes de viande).

(Note du trad.)