

ARTICLE II  
LÉSIONS TRAUMATIQUES

Les lésions traumatiques des artères comprennent : A. la contusion des artères ; B. les plaies non pénétrantes ; C. les plaies pénétrantes.

1. — CONTUSION DES ARTÈRES.

L'élasticité de leur tissu et la laxité de l'atmosphère cellulaire au milieu de laquelle elles sont plongées rendent les artères peu accessibles à la contusion.

Celle-ci ne pourrait avoir de fâcheux effets qu'en déterminant une artérite, chose fort rare, ou en déchirant les tuniques moyenne et interne, ce qui ne saurait guère arriver que sur une artère athéromateuse.

Les symptômes de semblables lésions seraient ceux d'une artérite ou d'une oblitération artérielle.

2. — PLAIES NON PÉNÉTRANTES.

Lorsqu'un instrument vulnérant intéresse seulement la *tunique externe* d'une artère, cette petite plaie se réunit par première intention ou se recouvre de bourgeons charnus ; mais on ne voit jamais les tuniques interne et moyenne venir faire hernie à travers la tunique externe, ainsi qu'on le croyait jadis. Si la plaie est plus profonde et intéresse, en même temps que la tunique externe, la *tunique moyenne*, ou bien les choses se passent comme dans le cas de plaie limitée à la tunique externe, ou bien il se produit une hémorragie, tout comme si les parois de l'artère avaient été complètement divisées.

A la suite d'opérations pratiquées dans des régions très vasculaires il n'est pas rare de *dénuder* certaines artères, la partie découverte n'éprouve guère de modifications et la plaie des parties molles se cicatrise sans encombre ; cependant Verneuil a vu les parois dénudées se gangréner et déterminer

des hémorragies consécutives. Mais cela n'est à craindre que si la plaie suppure et non si elle reste aseptique.

**Traitement.** — Cherchez à réunir par première intention en prenant toutes vos précautions pour lutter contre l'hémorragie ; si elle venait à se produire, le traitement serait le même que celui des plaies pénétrantes d'artère.

Si l'hémorragie ne se produit pas, bornez-vous à recommander au malade le repos, la diète et peut-être un peu de digitale (50 centigrammes par jour), de façon à diminuer la tension du sang dans le système artériel.

3. — PLAIES PÉNÉTRANTES.

Nous étudierons : les *plaies produites par les instruments piquants* ; par les *instruments tranchants* ; les *plaies par arrachement* ; les *plaies produites par les armes à feu*.

**PLAIES PAR INSTRUMENTS PIQUANTS.** — Une piqûre étroite ne donne lieu à aucun accident, les lèvres de la plaie se rapprochent et se réunissent par première intention. Si l'aiguille restait à demeure dans l'artère, elle deviendrait le point de départ d'un caillot qui oblitérerait le vaisseau. Plus large, la plaie se comportera comme une section incomplète par instrument tranchant <sup>1</sup>.

**PLAIES PAR INSTRUMENTS TRANCHANTS.** — *Section complète.* — Supposons la section transversale complète d'une artère : si cette artère est du calibre de la fémorale, de l'humérale ou de la radiale, le sang s'échappe avec impétuosité sous forme d'un jet saccadé et le blessé meurt.

Mais si l'artère est moins volumineuse, l'hémorragie peut s'arrêter, non seulement d'une manière provisoire, mais définitivement. Nous étudierons le mécanisme de l'arrêt immédiat de l'hémorragie et l'occlusion définitive du vaisseau.

<sup>1</sup> On a vu, à la suite de certaines piqûres, la tunique externe se réunir immédiatement, et la cicatrisation des tuniques profondes s'effectuer à l'aide d'une suffusion plastique.

**Arrêt immédiat de l'hémorrhagie.** — Le sang cesse de couler :

1° Parce que l'artère s'est rétractée dans sa gaine cellulaire<sup>1</sup>.

Cette rétraction de l'artère tient aux fibres élastiques longitudinales que possèdent ses parois.

Cette rétraction est une propriété du tissu, ainsi qu'on peut s'en assurer sur le cadavre : sectionnez l'artère fémorale, ses deux bouts s'écartent ; pratiquez une nouvelle section, un cer-

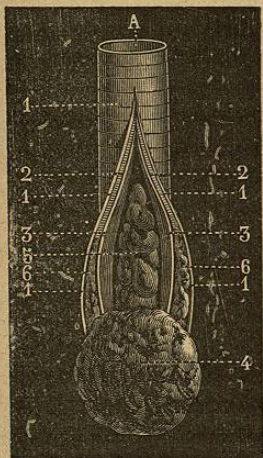


Fig. 94. — Cette figure est destinée à montrer la manière dont s'effectue l'hémostase provisoire.

A. Artère qui a été divisée et dans laquelle l'hémorrhagie s'est arrêtée par la formation d'un caillot. L'artère a été ensuite fendue longitudinalement dans toute la longueur du caillot, afin de démontrer la disposition de celui-ci.

1, 1, 1. Tunique externe.

2, 2. Tunique moyenne.

3, 3. Tunique interne.

4. Caillot divisé en deux parties. L'une très volumineuse et renflée, que désigne le no 4, est située en dehors de l'artère et forme le couvercle ; l'autre, cylindroïde, allongée, que désigne le no 5, s'enfonce dans l'artère, c'est le bouchon ; de plus, un peu de sang s'est infiltré entre les tuniques artérielles.

5. Caillot s'enfonçant dans l'artère (bouchon) et remontant jusqu'à la première collatérale.

6, 6. Sang infiltré entre les tuniques artérielles.

tain écartement se produira encore. Lors donc qu'une artère sera complètement divisée dans la continuité d'un membre, les deux surfaces de section s'écartent et le sang rencontrera à sa sortie la gaine cellulaire périartérielle mise à nu par le retrait du vaisseau. Or cette gaine n'offre pas la surface lisse, unie, de la tunique épithéliale des artères, elle est plus ou moins rugueuse et, partant, favorable à la coagulation du sang.

1. On sait que les artères, indépendamment de leur tunique externe, qui est cellulaire, sont logées au milieu du tissu cellulaire, dont elles aplatissent les mailles de manière à s'en former une gaine, c'est de cette gaine que nous parlons.

Ainsi : Première cause d'hémostase : Retrait de l'artère, état rugueux de la gaine cellulaire sur laquelle s'épanche le sang.

2° Or, non seulement après la section l'artère se rétracte, mais elle se contracte, son calibre diminue<sup>1</sup>. Ainsi : Deuxième cause d'hémostase : Diminution du calibre de l'artère par contraction de ses fibres musculaires.

On a encore cru pouvoir attribuer une certaine importance comme agents hémostatiques à la diminution des contractions du cœur et à l'augmentation de la plasticité du sang.

Assurément, si la force de projection du sang diminue, le caillot naissant se trouvera moins ébranlé, surtout si la plasticité plus grande du sang accélère sa formation.

Mais, sauf les cas où une syncope vient arrêter les contractions du cœur, il faut tenir peu de compte de ces moyens.

En résumé : le sang est sorti plus difficilement de l'artère par le fait de la diminution de son calibre, il a rencontré une surface rugueuse qui est la gaine cellulaire, il s'y est coagulé, ainsi d'ailleurs que dans les parties molles du voisinage où il a pu s'infiltrer ; enfin le caillot s'est prolongé dans l'artère jusqu'à la première collatérale importante.

Le caillot obturateur est donc formé (ainsi que l'a démontré J.-L. Petit) de deux parties : 1° un bouchon logé dans l'artère et ayant la forme d'un cône dont le sommet correspond à la première collatérale et dont la base se continue avec : 2° le couvercle, c'est-à-dire le sang coagulé dans la gaine cellulaire. Il est entendu que ce couvercle peut se trouver placé entre deux bouchons s'engageant dans chacun des bouts de l'artère.

Le couvercle ou caillot extérieur s'étend jusqu'au niveau de la plaie cutanée, et Amussat a noté un fait important en clinique, c'est que la partie moyenne de ce caillot extérieur (qu'il nomme *cratère*) est toujours plus molle et, en la suivant, on arrive directement sur la plaie de l'artère.

1. Le contact de l'air excite les fibres musculaires. Cette contraction des artères est très certaine ; ainsi, en les électrisant, on est parvenu à diminuer de moitié leur calibre ; de plus, à la suite des amputations, quel est le chirurgien qui n'a observé que, en l'absence de toute compression, certaines artères volumineuses ne donnent point de sang.

Ainsi donc, *rétraction de l'artère* dans sa gaine celluleuse et diminution de son calibre, *coagulation du sang* dans cette gaine laissée libre par la rétraction de l'artère (couvercle) et *prolongation du caillot* dans le vaisseau sectionné (bouchon), telles sont les causes de l'hémostase provisoire dans les sections complètes d'artères d'un moyen volume.

**Oblitération définitive.** — Parfois le caillot que nous venons d'étudier se détache et l'hémorragie se reproduit, mais souvent une légère inflammation détermine une suffusion plastique qui emprisonne le caillot et le fixe à l'artère; dès lors l'occlusion est définitive<sup>1</sup>. Plus tard, le couvercle et le bouchon se résorbent graduellement et la continuité de l'artère n'est plus établie que par un petit cordon fibreux imperméable.

Pendant ce temps, la *circulation collatérale s'est développée* de façon à remplacer l'artère oblitérée (voyez plus loin).

**Section incomplète.** — 1° Si la section est *longitudinale*, les lèvres de la plaie se rapprochent aisément et leur réunion immédiate ou secondaire expose peu aux hémorragies.

2° Si la section incomplète est *transversale* ou oblique, elle peut ne comprendre que le quart, le tiers ou même la moitié du vaisseau; la rétraction des fibres longitudinales écarte les lèvres de la plaie qui devient ovale au lieu de rester linéaire. — C'est là une disposition des plus fâcheuses, car le caillot se forme plus difficilement que dans les sections complètes. J.-L. Petit l'a comparé à un clou dont la tête serait formée par le sang répandu en dehors de l'artère et dont la pointe très courte enfoncée dans la plaie serait incessamment battue en brèche par le torrent sanguin; aussi offre-t-il très peu de résistance. Quelques chirurgiens ont même été jusqu'à conseiller de compléter la section de l'artère. Si la section comprend les deux tiers du vaisseau, les deux extrémités

1. D'après les recherches histologiques modernes, l'endothélium qui tapisse la surface interne de l'artère serait le siège d'une prolifération très active (*endarterite végétante*), aboutissant à la formation de bourgeons vasculaires; ceux-ci s'enfonceraient dans le caillot et peu à peu se substitueraient à lui (Ranvier, Durante).

Cette doctrine est celle de Morand et de Petit. D'après Pouteau, l'hématose serait due au gonflement des parties environnantes.

de l'artère se rétractent, le point blessé s'allonge, s'amincit, finit par se rompre et tout se passe comme dans une section complète.

**PLAIES PAR ARRACHEMENT.** — Ce sont les moins dangereuses. Lorsqu'un membre est violemment arraché du tronc, les tuniques qui constituent une artère ne se séparent pas simultanément, car leur résistance est inégale, la tunique externe, très extensible, se laisse allonger, tandis que la tunique moyenne, cassante, se brise à la première traction comme le ferait un tube friable. — La tunique interne suit toujours la tunique moyenne.

Entre la section circulaire de la tunique moyenne et la déchirure inégale, frangée, de la tunique externe, se trouve donc un espace conique à base formée par la tunique moyenne, à sommet constitué par les franges de la tunique externe. Ces conditions si favorables à la formation d'un caillot suffisent pour arrêter l'hémorragie, à condition qu'il ne s'agisse pas d'une artère trop volumineuse.

**PLAIES PAR ARMES À FEU.** — Trois cas peuvent être observés : 1° L'artère est divisée par une balle ou un éclat d'obus aussi nettement que par un instrument tranchant et les choses se passent ainsi que nous les avons décrites.

2° L'artère est broyée dans la totalité ou dans une partie de sa circonférence; le sang se coagule aisément à ce niveau, mais cette hémostase peut n'être que temporaire. Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que les hémorragies primitives sont une des causes les plus ordinaires de mort rapide sur le champ de bataille.

3° *Ce qui donne aux plaies des artères par armes à feu un cachet spécial, c'est la possibilité d'hémorragies consécutives.* Les premiers jours l'artère est suffisamment fermée, mais du dixième au vingtième survient une hémorragie. Que s'est-il passé? Les parois artérielles, sur lesquelles s'appuyait le caillot, avaient été sphacelées par le traumatisme, leur élimination s'est effectuée, et le caillot, privé de son point d'appui, a cédé à l'effort du sang. L'infection de la plaie joue un grand rôle dans la production de ces hémorragies consécutives.

**Symptômes.** — L'hémorrhagie est le symptôme capital de toute plaie d'artère ; or deux cas peuvent se présenter : l'artère blessée est à découvert, ou bien elle est restée enfermée dans les parties molles.

1<sup>er</sup> cas. — *L'artère blessée est à découvert.* — Si l'artère est volumineuse, le sang rouge et vermeil sort à flots, par saccades, le blessé tombe et meurt au milieu de secousses convulsives. Cependant si l'écoulement ne dépasse pas certaines limites, une syncope peut survenir et donner au caillot le temps de se former ; le caillot sera insuffisant si l'artère est volumineuse, sinon il suivra l'évolution que nous avons indiquée.

2<sup>e</sup> cas. — *L'artère blessée est cachée dans les parties molles.* — Si le sang ne s'écoule pas librement à l'extérieur, il s'infiltré dans les interstices cellulaires, le membre augmente rapidement de volume, suivant le trajet de l'artère : c'est d'abord une tuméfaction molle, pâteuse, qui devient rénitente. On peut sentir dans toutes les parties gonflées, et cela avec plus ou moins de netteté, des *battements* isochrones au pouls, et même entendre un *très léger bruit de souffle*. La peau est tendue, bleuâtre, le pouls cesse de battre au-dessous de l'artère blessée ; la température du membre, après avoir été très élevée, s'abaisse, la motilité et la sensibilité diminuent, et si l'hémorrhagie n'est pas assez abondante pour tuer le malade, on voit survenir dans les parties infiltrées de sang, soit un phlegmon diffus, soit de la gangrène. Toutefois si l'infiltration était très peu abondante, le sang pourrait se résorber.

Ces plaies donnent naissance aux *anévrismes traumatiques* (voy. plus loin).

**Diagnostic.** — 1<sup>er</sup> cas. — *Le sang s'écoule à l'extérieur.* — On ne le confondra pas avec du sang veineux, en raison de sa couleur rouge, des saccades dont il est animé, et de la cessation de l'écoulement sous l'influence d'une pression exercée sur l'artère au-dessus de la blessure ; mais souvent le bout inférieur de l'artère donne du sang noirâtre qui s'écoule sans saccades, et, d'une autre part, les veines étant appliquées sur les artères, elles peuvent en recevoir des se-

cousses capables de communiquer une forme saccadée à leur écoulement. Mais comprimez au-dessus, l'écoulement s'arrêtera s'il s'agit d'une artère, il augmentera si c'est une veine.

2<sup>e</sup> cas. — *Le sang s'infiltré dans les tissus.* — Si l'on constate des battements et un bruit de souffle, on peut être certain qu'il s'agit d'une hémorrhagie artérielle. Quant à la persistance ou à l'absence du pouls au-dessous du point lésé, elle n'a point grande importance, attendu qu'une partie du sang peut s'écouler tandis que l'autre continue à parcourir le vaisseau, et que les parties infiltrées peuvent comprimer l'artère. Il est donc parfois difficile de déterminer si la blessure est artérielle ou veineuse.

**Pronostic.** — Une plaie d'artère est toujours un accident grave, mais le pronostic varie beaucoup suivant le calibre de l'artère, son accès plus ou moins facile, etc. Les artères athéromateuses se brisent souvent sous le fil à ligature : l'hémorrhagie serait également plus difficile à arrêter chez les diabétiques, les albuminuriques (Verneuil), ce qui n'est pas démontré si la plaie reste aseptique.

**Traitement.** — S'il s'agit d'une hémorrhagie en nappe fournie par des artéριοles, on pourra recourir à l'emploi des réfrigérants, de l'amadou, des styptiques, tels que le perchlorure de fer, et même de la cautérisation au thermocautère.

Mais les plaies d'artères d'un certain calibre (même très petit) nécessitent un autre mode de traitement. Il faut, ou comprimer l'artère, ou la lier, ou la tordre.

1<sup>o</sup> COMPRESSION. — Moyen temporaire, mais indispensable pour arrêter immédiatement l'hémorrhagie. La compression est dite : *immédiate* lorsqu'elle se fait directement sur l'artère au niveau de la plaie ; on la pratique avec les doigts ou avec des pinces à pression continue ; de plus lorsqu'il est difficile dans une plaie anfractueuse de voir et de saisir l'artère qui donne du sang (langue, cou, creux ischio-rectal), ces pinces sont laissées plusieurs heures à demeure jusqu'à ce que l'hémostase provisoire soit constituée ; dans certains cas où l'application des pinces n'est pas possible on tamponne la cavité

saignante avec de la gaze iodoformée. La compression est dite *médiate* lorsqu'elle s'exerce sur un point du vaisseau plus ou moins éloigné de la blessure ; elle s'effectue avec la pulpe de plusieurs doigts, ou à l'aide d'instruments compresseurs, tels que le garrot, le tourniquet de J.-L. Petit, et surtout avec la bande de caoutchouc d'Esmarch.

2<sup>o</sup> LIGATURE. — C'est le moyen auquel on a habituellement recours. Elle se pratique avec des fils de soie aseptiques, ou du catgut.

L'étude de la ligature nécessite la distinction de deux cas.

1<sup>er</sup> cas. — *L'artère est complètement divisée à la surface d'une plaie.* — On la saisit avec une pince ou un ténaculum, et l'on jette sur elle une ligature. Il ne saurait y avoir de difficultés que lorsque le vaisseau, fortement rétracté, se trouve masqué par les parties molles, par les aponévroses, que son extrémité est déchirée, taillée en bec de flûte. Toutes choses assez fréquentes pour les artères de la jambe, dont la ligature peut offrir quelques difficultés après les amputations.

2<sup>o</sup> cas. — *L'artère est blessée dans la continuité d'un membre.* — Deux circonstances peuvent se présenter : 1<sup>o</sup> Si l'artère est accessible par la plaie, il y a un grand intérêt à rechercher ses deux bouts et à les lier, on pourrait même agrandir la plaie pour faciliter cette recherche <sup>1</sup>.

Dans toutes les manœuvres faites pour arrêter l'hémorrhagie, il faut avoir soin de *ne rien mettre au contact de la plaie qui puisse la contaminer.*

2<sup>o</sup> Si l'artère n'est pas accessible par la plaie, il faut aller la lier à une certaine distance par les procédés qu'indique la médecine opératoire.

*Comment s'effectue l'hémostase après une ligature ?* — Les tuniques artérielles ont des propriétés différentes : la tunique externe est *souple*, élastique, la tunique moyenne est dure et *cassante* (Quant au revêtement qui constitue la tunique interne, il suit toujours la tunique moyenne). Sous l'influence

1. Nous disons les deux bouts, car, dans plusieurs régions, surtout dans la main, les anastomoses sont nombreuses au point de ramener avec force le sang par le bout inférieur.

de la constriction exercée par le fil à ligature, la tunique moyenne *se rompt*, tandis que la tunique externe *se prête* au resserrement ; ses parois se rapprochent sous la pression du fil : elles viennent se mettre en contact, tandis qu'au-dessus et au-dessous sont repoussés les débris des tuniques moyenne et interne.

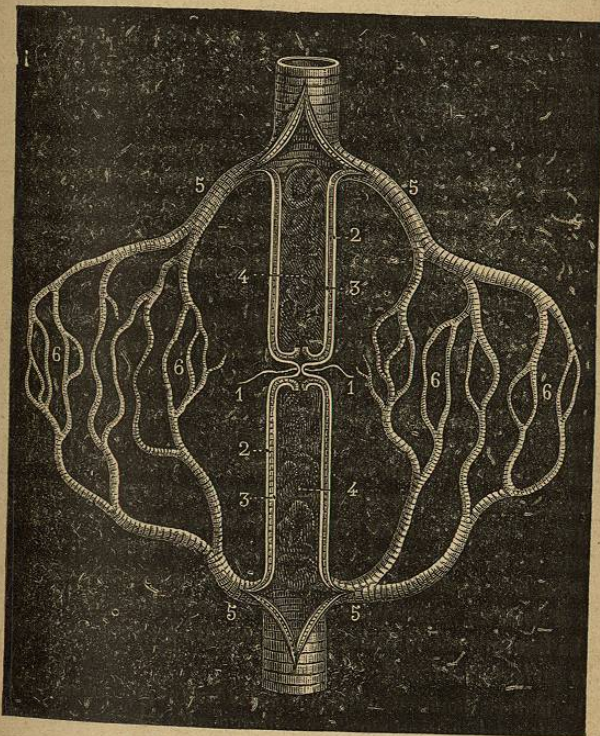


Fig. 95. — Artère liée (figure schématique).

1. Fil à ligature.
2. Tunique externe de l'artère au niveau de la ligature (elle est serrée par le fil mais non divisée).
3. Tuniques moyenne et interne, rompues et recroquevillées au niveau de la ligature.
4. Caillots remontant jusqu'aux premières collatérales.
5. Collatérales qui vont se dilater pour rétablir la circulation.
6. Anastomoses par lesquelles se rétablit la circulation.

Les choses étant ainsi, le sang, rencontrant un obstacle au niveau de la ligature, stagnera dans cette partie de l'artère comprise entre la ligature et le point d'aboutissement d'une collatérale importante. Or, *privé de mouvement, le sang se coagule* ; il le fera d'autant plus volontiers que les débris des tuniques moyenne et interne forment, dans l'intérieur du vaisseau, au-dessus de la ligature, une petite surface irrégulière sur laquelle la fibrine se dépose comme elle le ferait sur un corps étranger.

Nous avons donc un *caillot étendu de la ligature à la première collatérale importante*. La base de ce caillot repose sur la ligature, son sommet répond à l'origine de la collatérale ; à ce niveau il se termine en bec de flûte, en pointe effilée, etc. Ce caillot se forme très rapidement, en quelques heures ; il est d'abord rouge foncé, très dense ; peu à peu il se décolore, se tasse et contracte des *adhérences intimes* avec la tunique interne de l'artère.

*Que devient le fil à ligature ?* — Si elle est pratiquée avec du catgut elle se résorbe ; si c'est avec de la soie elle persiste longtemps : mais il faut remarquer que si la ligature est placée assez loin d'une collatérale, le caillot est *assez long*, assez adhérent pour s'opposer à la reproduction de l'hémorrhagie ; ou bien la ligature ayant été appliquée sur un point trop voisin d'une collatérale importante, le caillot est *trop court* pour résister à l'impulsion du sang, il se détache au moment de la chute de la ligature, et l'hémorrhagie se reproduit.

*D'où le précepte capital d'appliquer la ligature à un centimètre et demi au moins d'une collatérale importante* <sup>1</sup>.

La ligature est tombée, l'hémorrhagie ne s'est pas produite, *que devient le caillot ?*

1° D'après Manec des vaisseaux s'étendraient des parois artérielles au caillot qui pourrait ainsi s'organiser ; cette organisation du caillot a été acceptée de nouveau par Weber et Bunoff.

2° D'après Notta, *le caillot se condense sans se vasculariser*, il

1. Si on ne le pouvait, il faudrait lier en même temps la collatérale, le caillot s'éleverait jusqu'à la collatérale suivante. — Il est entendu que tout ce que nous venons de dire se passe aussi bien au-dessous qu'au-dessus du point lié, lorsque la ligature a été appliquée sur la continuité d'une artère.

adhère intimement à la tunique interne de l'artère, se rétracte fortement, et, après plusieurs années, il est blanc, ferme et dur.

3° D'après Ranvier et Durante, la tunique interne de l'artère, en contact avec le caillot, s'enflamme (*endarterite végétante*), elle bourgeonne et, vers le douzième jour, ces bourgeons, très vasculaires, pénètrent le caillot et se substituent graduellement à lui : en un mot, le caillot se résorbe au fur et à mesure qu'il est pénétré par les bourgeons nés de l'artère.

Ajoutons que la présence du fil termine une légère suffusion plastique, non seulement au niveau de la ligature (*péri-arterite*), mais encore dans les points voisins.

**Circulation collatérale.** — La ligature d'une artère importante détermine, dans tout le champ de sa distribution, des phénomènes rapides d'*anémie* : refroidissement notable, pâleur des tissus, affaiblissement de la sensibilité et de la motilité. La persistance de ces phénomènes indiquerait une circulation collatérale insuffisante, et, par conséquent, la mort prochaine des tissus anémiés <sup>1</sup>.

Heureusement ce sont là des cas exceptionnels. D'ordinaire, après quelques heures, la température s'élève, quelquefois même d'une manière très notable, les téguments rougissent, et le membre, quoique plus faible, reprend en partie ses facultés. Ce retour de la circulation tient au développement des artères collatérales, développement rapide et portant à la fois sur un grand nombre d'artérioles qui partent, soit directement de l'artère lésée, soit de branches musculaires et sous-cutanées qui n'ont avec elles que des relations indirectes. Des vaisseaux se montrent aussi très rapidement dans l'exsudat plastique qui embrasse la ligature ; ils proviennent des bourgeons inflammatoires formés à ce niveau <sup>2</sup>.

1. On a conseillé, pour apprécier cette lenteur de la circulation, de vider par la pression du doigt une veine superficielle ; on s'aperçoit qu'elle ne se remplit que lentement.

2. Porta divise cette circulation en directe et indirecte. La première comprend les petits vaisseaux qui se portent directement entre les deux bouts de l'artère oblitérée ; ces petits vaisseaux sont une émanation des *vasa vasorum* proliférés sous l'influence de l'arterite.

La deuxième comprend les dilatations des artérioles qui s'anastomosent normalement autour du tronc artériel.

3° TORSION. — Méthode bonne à conserver pour les artérioles ; on les saisit avec une pince à ligature, et on les tord deux à trois fois sur elles-mêmes. Cette manœuvre rompt les tuniques moyenne et interne dont les débris servent de point d'appui à un caillot.

Tillaux a récemment proposé un nouveau procédé de torsion : au lieu de tordre l'artère, dans le simple but de rompre les tuniques interne et moyenne, il continue à la tordre jusqu'à ce que la partie saisie se détache entièrement ; ce procédé lui aurait donné des résultats supérieurs à ceux obtenus par la torsion ordinaire.

4° PINCES A DEMEURE. — Dans bien des cas où les ligatures sont difficiles et feraient perdre un temps précieux on se borne à saisir les artères avec des pinces hémostatiques et ces pinces sont laissées à demeure pendant 24 ou 48 heures. Les parties molles peuvent être suturées entre ces pinces dont l'asepsie doit être rigoureuse ; elles sont recouvertes de gaze et de ouate et ne montrent en dehors de la ouate que leurs anneaux qui permettent de les retirer sans toucher au pansement.

### ARTICLE III

#### LÉSIONS DIVERSES DES ARTÈRES

##### 1. — DILATATION DES ARTÈRES. — ANÉVRYSME CIRSOÏDE OU VARICE ANÉVRYSMALE.

La dilatation des artères consiste dans une ampliation plus ou moins étendue de ces vaisseaux, sans solution de continuité de leurs membranes : ce caractère, joint à l'absence d'un véritable sac, de caillots feuilletés, distingue la dilatation des artères des anévrysmes, avec lesquels elle a été longtemps confondue.

La dilatation présente deux variétés :

A. La *dilatation simple*, dans laquelle l'ampliation du vaisseau ne s'accompagne pas de flexuosités.

B. La *dilatation anévrysmale* ou *anévrysmes cirsoïde*, remarquable à la fois par la dilatation des artères, leur forme

flexueuse, serpentine, et la grande étendue que présentent ces lésions.

##### a) *Dilatation simple.*

Breschet en admet quatre formes : la première, désignée sous le nom de *sacciforme*, est un véritable anévrysmes et non une dilatation ; restent donc la *dilatation fusiforme*, dans laquelle l'artère prend la forme d'un fuseau ; la *dilatation cylindroïde*, qui affecte une artère dans une grande étendue, de façon à lui conserver son aspect cylindrique ; et la *dilatation avec allongement*, qui n'est qu'un degré plus avancé de la forme précédente.

**Anatomie pathologique.** — La dilatation ne s'observe guère qu'à l'origine de l'aorte, dans le point désigné sous le nom de grand sinus. Laennec a souvent vu, chez des vieillards, l'aorte présenter un calibre supérieur à celui qu'elle offre aux autres âges de la vie.

Les artères dilatées possèdent leurs trois tuniques ; mais, habituellement, ces tuniques sont envahies par l'athérome, la dégénérescence calcaire, etc.

**Pathogénie.** — La dilatation simple des artères se produit sous trois influences :

1° Par le fait des *dégénérescences* dont nous venons de parler, dégénérescences qui affaiblissent la paroi artérielle et lui permettent de céder graduellement à la pression excentrique du sang ;

2° Par le fait d'un *obstacle* à la circulation artérielle : ainsi, à la suite d'une ligature, les branches collatérales se dilatent et prennent peu à peu le caractère des troncs plus volumineux ;

3° Par suite d'un *appel anormal de sang* dans une région quelconque : ainsi, un poumon tuberculeux, un corps thyroïde qui devient goitreux, appellent vers eux une quantité anormale de sang ; aussi voit-on les artères bronchiques ou les artères thyroïdiennes prendre un développement tout à fait anormal.

**Symptômes.** — La dilatation artérielle qui se produit dans