BIBLIOGRAPHIE. — A. Paré, *Œuvres complètes*, édit. Malgaigne, Paris, 1840, t. I, p. 372. — Lancisi, *De motu cordis et aneurysmatibus*, Rome, 1728. — D. Anel, *Suite de la nouvelle méthode, etc.*, Turin, 1714, in-4°, p. 257. — J. L. Petit, *Mémoires de l'Académie des sciences*, 1732, édit. in-12, t. II, p. 543 et suiv. et 1735, t. II, p. 599. — Foubert, *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, 1853, t. II, p. 535. — W. Hunter, *The history of an aneurism of aorta*, etc., in *Medic. obs. and inquiries*, London, 1757, vol. I, p. 323 ; *Further observations upon a part. species of aneurism*, in *Med. obs. and inq.* London, 1761. — Th. Lauth, *Scriptorum latinorum de anevrysmatibus collectio* : Lancisius, Guattani, Matani, Verbrugge, Weltinus, Murray, Trew, Asmann, in-4° Argentorati, 1785. — Ever. Home, *An account of M. Hunter's methode*, etc., in *Trans. of Society for the improvm, of med. and chirurg. knowledge.* London, 1793, t. I, p. 138 ; *Additionnal cases to illustrate M. Hunter's methode*, in *Ibid.*, t. II, p. 235, 1800. — Deschamps, *Observations et réflexions sur la ligature des principales artères*, 2e édit. Paris, 1797. — Desault, *Œuvres chirurgicales*, par Bichat, 3e édit. 1830, t. II, p. 568. — Ch. Maunoir, *Mémoires physiologiques et pratiques sur l'anévrysme*, etc. Genève, 1802. — Scarpa, *Sull'aneurisma riflessioni ed osservaz. anat. chir.* Pavie, 1804, in-folio, trad. française, par Léveillé (*Bibl. méd.*) et par Delpech, Paris, 1809, in-8 ; *Memoria sulla legatura delle principali arterie, etc.* Pavie, 1817, in-4, trad. par Ollivier, Paris, 1821 ; *Observations et réflexions pratiques sur la ligature des principales artères, etc.*, in *Arch. gén. méd.*, t. XVIII, p. 66 ; *Mémoire sur cette question, etc.*, in *Arch. gén. de méd.*, 1830, t. XXII, p. 516. — Pelletan, *Clinique chirurgicale*, 1810, t. I, p. 54 et suiv. — A. Cooper, *Dissection of a limb on which the op. for poplital aneur.*, etc., in *Med. chirurg. Transact.*, 1811, t. II, p. 249. — Richerand, *Dictionnaire* en 60 vol., art. ANÉVRYSME, t. II, p. 88, 1812. — Lawrence, *A new method of tying the arteries in Aneur.*, etc., in *Med. chirurg. Trans.*, 1814. — Crampton, *On account of a new method of operating for the cure of external aneurism*, etc., in *Med. chirurg. Trans.* London, vol. VII, 1816. — Hogdson, *Traité des maladies des artères, etc.*, trad. Breschet, Paris, 1819, p. 95, 153 et 189. — Casamayor, *Réflexions et observations anat. chirurgicales sur l'anévrysme en général, etc.* Paris, 1825. — Turner, *On the arterial system*, etc. London, 1826. — Sam. Cooper, *Dictionary of surgery*, 5e édit., London, 1825, et *Dictionnaire de chirurgie pratique.* Paris, 1826, t. I, p. 111. — Ph. Bérard, *Dissertation sur plusieurs points d'anatomie pathologique, etc.*, thèse de Paris, 1826, n° 23 ; *Mémoire sur l'état des artères qui naissent des tumeurs anévrysmales, etc.*, in *Arch. gén. de méd.*, juillet, 1830, 1re série, t. XXIII, p. 362. — Dupuytren, *Mémoire sur les anévrysmes qui compliquent les fractures, etc.* (*Répert. d'anat. et de phys. path.*), t. V, 1828. — Wardrop, *On aneurism*, London, 1828 ; *The Cyclopœdia of pract. surg.*, t. I, p. 208. — Velpeau, *Piqûre ou acupuncture des artères dans le traitement des anévrysmes*, in *Journ. univ. et hebd.*, 1831, t. II, p. 57. — Breschet, *Mémoires chirurgicaux sur les différentes espèces d'anévrysmes*, avec 6 planches, Paris, 1834. — Begin, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. ANÉVRYSME. Paris, 1829, t. II, p. 390. — Marjolin et Bérard (Ph.), *Dictionnaire* en 30 volumes, art. ANÉVRYSME, Paris, 1833, t. III. — Dezeimeris, *Dictionnaire* en 30 volumes, art. ANÉVRYSME (historique), t. III, p. 96, 1833. — Lisfranc, *Des diverses méthodes d'oblitération des artères*, thèse de concours. Paris, 1834. — Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain.* Paris, 1838, 27e et 28e livraison, in-folio ; *Anatomie pathologique.* Paris, 1852, t. II, p. 626, 732, etc. — Malgaigne, *Traité d'anatomie chirurgicale*, 1re édit., 1838, t. II, et 2e édit., 1859, t. I. — Renault et Bouley, *Recueil de médecine vétérinaire*, 1839, t. XVI, p. 478 ; *Ibid.*, 1840, t. XVII, p. 546. — Cusack et Bellingham, *Annales de la chirurgie française et étrangère.* Paris, 1843, t. VIII, p. 221 et 371. — Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. I, p. 438, 1844. — Bérard et Denonvilliers, *Compendium de chirurgie*, t. II, p. 105, 1845. — Lebert, *Physiologie pathologique*, 1845, t. II, p. 89. — O'Bryen Bellingham, *Observations on aneurism and its treatment by compression.* London, 1847. — Crisp, *On structure, diseases and injuries of the blood vessels.* London, 1847. — Chassaignac, *Sur les anévrysmes des membres*, in *Arch. gén. de méd.*, janvier, 1851. — Fr. Rizzoli, *Boll. delle scienze mediche di Bologna*, 1850, p. 135. — Follin, *Du traitement des anévrysmes par la compression*, in *Arch. gén. de méd.*, 1851, t. XXVII, p. 257. — Verneuil, *Un mot sur les tumeurs fibrineuses*, in *Moniteur des hôpitaux*, 1854, t. II, p. 113. — P. Broca, *Des anévrysmes et de leur traitement.* Paris, 1856. — Houel, *Manuel d'anatomie pathologique.* Paris, 1857, p. 510. — Verneuil, *Note sur l'origine de la compression digitale*, in *Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1858-59, t. IX, p. 409. — Ciniselli (L.), *De l'électropuncture dans le traitement des anévrysmes*, 1858. — Marey (E. J.), *Physiologie médicale de la circulation du sang, etc.* Paris, 1863. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. II, 1re partie, p. 291, 1863. — Richet, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. ANÉVRYSME, t. II, p. 260, 1865.

Art. IV. — Anévrysmes de l'aorte.

Ces anévrysmes sont plutôt du domaine de la pathologie interne que de la pathologie externe ; nous renvoyons donc au *Manuel de pathologie interne* de M. Tardieu (1).

Art. V. — Anévrysmes du tronc brachio-céphalique.

On ne connaît pas d'anévrysmes traumatiques du tronc brachio-céphalique. L'anévrysme spontané peut exister à l'origine, à la partie moyenne ou à la terminaison de l'artère. Il est accompagné quelquefois d'une dilatation de l'aorte, d'autres fois les artères carotide et sous-clavière participent à la maladie.

Symptomatologie. — Cette affection est très-difficile à reconnaître au début ; ce n'est que lorsque par suite des progrès du mal, on observe une voussure du sternum et une tumeur à la base du cou, que l'on peut reconnaître les signes d'un anévrysme (voy. *Anévrysmes en général*). La percussion donne une matité correspondant à la voussure sternale, et l'auscultation y révèle un bruit de souffle ordinairement simple.

Le siége de l'anévrysme du tronc brachio-céphalique explique quelques symptômes particuliers dus à la compression des organes voisins, tels sont : la gêne de la respiration, l'enrouement, la toux, la

(1) Tardieu, *Manuel de pathologie et de clinique médicale*, 1 vol. in-18, 3e édition, 1865.

gêne de la circulation veineuse de la face et des membres supérieurs, avec tous les symptômes qui leur appartiennent, la dysphagie, etc.

Traitement. — La méthode de Valsalva a été conseillée; mais a-t-elle réellement donné des guérisons? La seule méthode de ligature qui soit applicable à cet anévrysme est celle de Wardrop.

La ligature doit-elle porter à la fois sur la carotide primitive et sur la sous-clavière? Nous pensons, malgré les succès bien authentiques obtenus par la ligature d'un seul de ces vaisseaux, que la ligature des deux artères met le malade dans les meilleures conditions de guérison. Reste à examiner cette question, à savoir si les deux vaisseaux doivent être liés le même jour, et quel est le vaisseau qui devrait être lié le premier? A la première question, nous répondrons que la ligature simultanée est préférable (Diday); à la seconde, que la carotide doit être liée la première. Enfin, lorsqu'un des deux vaisseaux est oblitéré, Blandin veut que l'on commence par lier le vaisseau qui n'est point perméable, dans la crainte que la ligature de l'autre vaisseau ne vienne à détruire le caillot déjà formé et mettre ainsi le malade dans des conditions moins favorables à la guérison. M. Diday conseille de lier le tronc perméable au sang.

Bibliographie. — Wardrop, *On aneurism and its cure*, etc., London, 1828; *the Lancet*, 1828-29, t. II, p. 788. — Vilardebo, *De l'opération de l'anévrysme suivant la méthode de Brasdor*, thèse de Paris, 1831. — Beistegui, *Déterminer si l'on peut tenter la cure d'un anévrysme du tronc brachio-céphalique, etc.*, thèse de Paris, 1841, n° 49. — Diday, *Traitement des anévrysmes par la méthode de Brasdor*, in *Bull. Acad. méd.*, 13 septembre, 1842, t. VIII. — Guettet, *Déterminer si l'on peut tenter la cure de l'anévrysme du tronc brachio-céphalique*, thèse de Paris, 1844, n° 252. — Nélaton, *Éléments de pathologie externe*, t. I, p. 484, 1844. — Holland, *Aneurisms of the arteria innominata*, etc., in *Dublin quarterly Journal*, vol. XIII, p. 68 et 266, 1852. — Malgaigne, *De la cure des anévrysmes du tronc brachio-céphalique, etc.*, in *Revue médico-chirurgicale de Paris*, t. XII, p. 27, 1852. — Broca, *Des anévrysmes et de leur traitement*, p. 358, 403, 619, 622, 624, 631, 635, 641, 643, 648, 649, 795 et 879, Paris, 1856. W. Wright, *Treatment of aneurism of the arteria innomin.*, etc. Montreal 1856. — Erichsen, *The science and art of surgery*, 1853, London. — Follin, *Traité de pathologie externe*, t. II, 1re partie, p. 375, 1863. — Vidal (de Cassis), *Traité de pathologie externe*, 5e édit., revue par Fano, t. I, p. 673, 1861.

Art. VI. — Anévrysmes de l'artère carotide primitive.

L'artère carotide primitive peut offrir des anévrysmes spontanés, traumatiques et variqueux. Les anévrysmes spontanés se rencontrent principalement à la bifurcation de la carotide (Hodgson) et à son origine (Robert); les anévrysmes traumatiques peuvent occuper tous les points du vaisseau.

Symptomatologie. — Outre les symptômes qui appartiennent à tous

les anévrysmes, on observe des troubles fonctionnels résultant de la compression de la tumeur sur les organes voisins, ou du déplacement de ces organes, tels sont : la dyspnée, la gêne de la déglutition et de la phonation, des troubles dans les organes des sens, etc., etc. Dans quelques cas, on a noté un rétrécissement de la pupille du côté de la tumeur (Ogle) par suite de la compression du grand symphatique correspondant. Cet anévrysme, abandonné à lui-même, finit par se rompre, il en résulte une hémorrhagie mortelle. La rupture peut se faire à l'extérieur ou à l'intérieur, c'est-à-dire dans la trachée, l'œsophage, le pharynx, etc. La guérison spontanée est fort rare.

Diagnostic. — Il est souvent très-difficile. L'anévrysme peut être confondu avec un abcès; cependant, dans ces derniers, les soulèvements sont moins forts et l'on n'y rencontre pas l'expansion qui appartient souvent aux tumeurs anévrysmales. Des tumeurs solides peuvent être prises pour des anévrysmes, mais les battements qui leur sont communiqués cessent dès qu'elles sont déplacées. Nous avons observé un malade qui présentait une tumeur du corps thyroïde qui fut prise pour un anévrysme; nous ne comprenons pas une semblable méprise, car il a suffi de faire exécuter un mouvement de déglutition pour démontrer que la tumeur était dépendante du larynx et non de l'artère. Cependant les erreurs de diagnostic ont été assez fréquentes; des abcès ont été pris pour des anévrysmes, et réciproquement. Lisfranc a pris une tumeur encéphaloïde pour un anévrysme. Mais s'il est difficile, dans un assez grand nombre de cas, de reconnaître une tumeur anévrysmale, il est bien plus difficile de savoir, celle-ci étant constatée, quelle est l'artère qui est le siége de la tumeur. On comprend que ce sont seulement les tumeurs anévrysmales de l'artère carotide qui peuvent être prises pour des tumeurs de la sous-clavière ou du tronc brachio-céphalique, cependant il est quelques signes à l'aide desquels il y a possibilité d'établir un diagnostic relativement certain.

ANÉVRYSMES DE L'ARTÈRE

CAROTIDE.	SOUS-CLAVIÈRE.	BRACHIO-CÉPHALIQUE.
Tumeur située entre les deux insertions inférieures du muscle sterno-mastoïdien.	Tumeur au côté externe du muscle sterno-mastoïdien entre ce muscle et le trapèze.	Tumeur sous le sternum ou sur le bord interne du muscle sterno-mastoïdien
Allongée verticalement.	Plus allongée transversalement.	
Diminution des battements artériels au cou et à la face.	Diminution des battements à la radiale.	Diminution des battements dans la carotide et la sous-clavière.
Prolongement du bruit de souffle du côté de la tête.	Prolongement du bruit de souffle du côté de l'aisselle.	

Pronostic. — L'opération présente des dangers sérieux.

Traitement. — Nous ne ferons que mentionner les réfrigérants et la méthode de Valsalva. Le traitement réellement efficace est la ligature du vaisseau. Des symptômes graves, tels que des convulsions, du délire, des syncopes longtemps prolongées, etc., ont été observés après cette opération. La méthode d'Anel sera celle qu'il faudra préférer; si elle n'était pas praticable, on aurait recours à la méthode de Brasdor. M. Follin conseille la compression mécanique ou digitale avant de se résoudre à opérer la ligature du vaisseau.

Bibliographie. — A. Cooper, *Med.-chir. Trans.*, vol. I, p. 1 et 222, 1805. A. Burns, *Obs. of the surg. an. of head and neck.* Glascow, 1824. — A. Cooper, *Recherches expérimentales sur la ligature des artères carotides et vertébrales, etc.*, in *Gazette médicale*, Paris, 1838, p. 100. — Velpeau, *Médecine opératoire*, 1839, t. II, p. 244. — Robert, *Des anévrysmes de la région sus-claviculaire*. Paris, 1842, thèse de concours. — P. Bérard, *Dictionnaire* en 30 volumes (art. Carotide), t. VI, p. 415, 1834. — Miller, *Mémoire sur la ligature des artères carotides*, in *Gaz. méd.*, 1843, p. 107. — Nélaton, *Eléments de pathologie chirurgicale*, t. I, p. 488, 1844. — Norman Chevers, *Remarks on the effects of the obitl. of the carotid arteries*, etc , in *Lond. med. Gaz.*, new series, vol. I, p. 1140, 1845. — Broca, *Des anévrysmes, etc.*, p. 49, 214, 326, 382, 617, 819. 894, etc. Paris. 1857. — Ogle, *On the infl. of the cerv. port. of the symp. nerve*, etc., in *Med.-chirurg. Trans.*, 1858, t. XLI, 398. — Ehrmann, *Recherches sur l'anémie cérébrale*, thèse de Strasbourg, 1858. — Vidal (de Cassis), *Traité de pathologie externe*, 2e édit. Fano, t. I, p. 677, 1861. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. II, 1re partie, p. 393, 1863.

Art. VII. — Anévrysmes de l'artère carotide interne.

Ils peuvent siéger en dehors ou dans la cavité crânienne.

1° *Anévrysmes de la portion extra-crânienne.* — Les anévrysmes artériels sont ordinairement spontanés, leurs symptômes ne diffèrent que bien peu de ceux des anévrysmes de la carotide primitive. Cependant on doit signaler leur tendance à faire saillie du côté de la cavité buccale, c'est-à-dire du côté où ils rencontrent une résistance moindre.

Leur diagnostic est assez facile, cependant on a pu prendre une de ces tumeurs pour un abcès de l'amygdale (Syme).

Quant aux anévrysmes artério-veineux, ils sont tous traumatiques, et ne présentent rien à noter que les différences des anévrysmes de la carotide primitive.

Le traitement est le même que celui des anévrysmes précédemment décrits. (*Anévrysmes de la carotide primitif.*)

2° *Anévrysmes de la portion intra-crânienne.* — On a signalé quelques observations d'anévrysmes artériels, mais l'anévrysme artério-veineux est plus fréquent (Roux, Baron, Nélaton et L. Hirschfeld).

Il existe dans ces cas une communication entre la carotide interne et le sinus caverneux qu'elle traverse.

Art. VIII. — Anévrysmes de la carotide externe.

M. Follin ne cite qu'un seul cas d'anévrysme artériel et traumatique, tiré de la pratique du professeur Lisco.

Deux autres cas d'anévrysmes artério-veineux ont été observés par Rufz et Gabe de Marsarellos. (Pour plus de détails, consultez Follin, *Traité él. de path. ext.*, t. II, 1re partie, p. 416 et suivantes.)

Nous ne ferons que signaler les anévrysmes des *artères extérieures du crâne*, de la *faciale*, de la *dentaire inférieure* et des *palatines*.

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

Les anévrysmes traumatiques sont excessivement rares (Bonnet, Legouest); les seuls dont on possède les observations sont les anévrysmes spontanés et les anévrysmes variqueux; ils peuvent siéger sur tous les points du vaisseau. Nous ne noterons pas les caractères anatomo-pathologiques, qui sont les mêmes que ceux que nous avons exposés dans nos généralités : on a observé quelquefois l'épaississement de la plèvre et des adhérences avec le sommet du poumon.

Symptomatologie. — Cachée derrière la clavicule, l'affection ne peut être reconnue à son début. Lorsque l'anévrysme est situé en dedans des scalènes, la tumeur se montre sur la partie antérieure du cou, derrière le sterno-mastoïdien ou dans le voisinage de la trachée. Lorsqu'il est en dehors des scalènes, la tumeur occupe le creux sus-claviculaire. Nous ne ferons qu'indiquer les symptômes de compression exercée sur les organes voisins; la faiblesse, la douleur, la diminution du courant circulatoire dans le membre correspondant.

On possède quelques exemples de guérisons spontanées de cette maladie (J. Cloquet, Hogdson).

Traitement. — La méthode de Valsalva compte quelques succès, on pourrait, ainsi que nous l'avons dit, y adjoindre les réfrigérants.

On peut avoir recours à la ligature; la méthode d'Anel est d'une application très-difficile; les insuccès l'ont fait rejeter. Reste donc la méthode de Brasdor faite par Dupuytren et M. Laugier sur l'artère axillaire. Les chirurgiens anglais conseillent d'opérer le plus près possible de la tumeur, afin de ne pas laisser de branche collatérale entre l'anévrysme et la ligature.

Fergusson a proposé, pour ces anévrysmes, l'amputation scapulo-humérale et la ligature par la méthode de Brasdor.

Bibliographie. — Velpeau, *Dictionnaire* en 30 volumes, art. Sous-clavière, t. XXVIII, p. 451, 2e édit., 1844. — Robert, *Des anévrysmes de*

la région sus-claviculaire, thèse de concours, Paris, 1842. — Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. I, p. 493, 1844. — Broca, *Des anévrysmes*, etc., p. 224, 244, 259, 265, 304, 315, 381, 419, 626, 650, 869, 882, etc. Paris, 1857. — Vidal (de Cassis), *Traité de pathologie externe*, 5e édit., revue par Fano, t. I, p. 688, 1861. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. II, 1re partie, p. 424, 1863. — Bonnet (de Lyon), *Revue médico-chirurgicale*, 1853, t. XIV, p. 41. — Legouest, *Gazette hebdomadaire*, 1860, p. 87.

Art. X. — Anévrysmes de l'artère axillaire.

On y rencontre toutes les espèces d'anévrysmes. Les anévrysmes spontanés y sont fréquents ; les mouvements de flexion et d'extension du bras paraissent y prédisposer.

Ces anévrysmes peuvent occuper tous les points de l'artère ; ils se développent avec une grandre rapidité, à cause de la laxité des tissus qui environnent les vaisseaux.

Symptômes. — Ils présentent dans cette région quelques caractères particuliers qui méritent de fixer l'attention des praticiens. La tumeur repousse en avant le grand pectoral ou en arrière le grand dorsal. Quelquefois même elle soulève la clavicule ; on en a vu user les côtes et contracter des adhérences avec le poumon ; d'autres tumeurs ont fait dévier l'articulation scapulo-humérale, ou ont perforé la capsule articulaire (Colles). Ces tumeurs empêchent le bras de se rapprocher du tronc ; elles causent des douleurs extrêmement vives dans le membre, douleurs dues à la compression des nerfs du plexus brachial. Comme dans l'anévrysme de la sous-clavière, nous devons noter l'engourdissement du bras, l'absence de pulsations à la radiale.

Larrey, Nott, ont signalé des anévrysmes artério-veineux de cette artère.

Diagnostic. — Il n'est peut-être pas d'anévrysme qui ait été cause d'autant d'erreurs de diagnostic ; aussi recommandons-nous la plus scrupuleuse attention lorsqu'on explorera une tumeur axillaire.

Traitement. — Comme dans les cas précédents, on a obtenu quelques succès de la méthode de Valsalva (Sabatier), mais le meilleur moyen est d'avoir recours à la ligature. Celle-ci sera pratiquée par la méthode d'Anel au-dessous de la clavicule, si cela est possible ; dans le cas contraire, au-dessus de la clavicule. Si la tumeur faisait saillie au-dessus de cet os, on devrait avoir recours à la ligature de la sous-clavière.

Bibliographie. — Colles, *The Edinburgh. med. and surg. Journ.*, January, 1815, p. 1. — Pelletan, *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 49 ; et t. I, pl. 1, 1810. — Sabatier, *Médecine opératoire*, t. III, p. 124, 1832. — P. Berard, *Dictionnaire* en 30 volumes, *Anévrysmes axillaires*, t. IV, p. 490, 1833. —

Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. I, p. 495, 1844. — Broca, *Des anévrysmes, etc.*, p. 214, 450, 530, 637, 648, 671, 869 et 883, Paris, 1857. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. II, 1re partie, p. 436, 1863. — Vidal (de Cassis), *Traité de pathologie externe*, 5e édit., revue par Fano, t. I, p. 694, 1861.

Art. XI. — Anévrysmes de l'artère brachiale.

Les anévrysmes spontanés sont fort rares, ils n'offrent d'ailleurs rien de particulier. Les anévrysmes traumatiques sont plus fréquents ; ils sont souvent produits par une saignée malheureuse. Tantôt ils surviennent primitivement ; d'autres fois, ainsi que M. Nélaton en a observé deux cas, ils succèdent à l'anévrysme variqueux.

Parmi les symptômes, nous signalerons la demi-flexion du bras, les douleurs ressenties à l'avant-bras et à la main, et déterminées par la compression du nerf radial et du nerf médian. Nous noterons encore le peu de volume apparent de la tumeur, son irrégularité, lorsqu'elle se trouve placée au-dessous de l'expansion aponévrotique du biceps.

Traitement. — Il ne présente rien de particulier ; cependant, pour les anévrysmes traumatiques au début, on doit tenter la compression directe, employant surtout la flexion forcée (Malgaigne). On a encore employé la compression indirecte, les injections coagulantes, la galvano-puncture avec succès. Si l'anévrysme résiste à ces moyens, il reste à faire la ligature de l'humérale ou de l'axillaire.

Bibliographie. — Malgaigne, *Anatomie chirurgicale*, t. I, p. 194 et t. II, p. 446, 1re édit., 1838 ; et *Anatomie chirurgicale*, 2e édit. — Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. I, p. 498, 1844. — Broca, *Des anévrysmes*, p. 601, 799, 802, 884, etc., Paris, 1857. — Vidal (de Cassis), *Traité de pathologie externe*, 5e édit., rev. par Fano, t. I, p. 703, 1861. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. II, 1re partie, p. 452, 1863.

Art. XII. — Anévrysmes de l'avant-bras et de la main.

Ce sont tous des anévrysmes artériels, ils se rencontrent sur la cubitale, la radiale et les arcades palmaires. Très-rarement spontanés, ils succèdent ordinairement à une lésion traumatique.

Leur volume est peu considérable, cependant ils donnent naissance à des douleurs assez intenses par suite de la compression des nerfs voisins. En outre, ils gênent beaucoup les mouvements, surtout s'ils siégent aux arcades palmaires.

Leur diagnostic est facile ; quant au traitement, on leur a appliqué, et avec succès, un grand nombre de méthodes, la cautérisation (Girouard), la galvano-puncture (Amussat), la compression directe ou indirecte, enfin la ligature.

Art. XIII. — Anévrysmes des artères iliaques.

Les anévrysmes de la région iliaque ne présentent de particulier que leur diagnostic. Nous y reviendrons lorsque nous traiterons du diagnostic différentiel des tumeurs de la région inguinale.

Le traitement serait d'abord la compression, puis la ligature par la méthode d'Anel, soit de l'iliaque externe, soit de l'iliaque primitive, ou même par la méthode de Brasdor, si la méthode d'Anel n'était pas praticable.

Bibliographie. — Verdier, *Mémoire sur un appareil compressif de l'artère iliaque externe, etc.* Paris, 1823. — Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. I, p. 500, 1844. — Malgaigne, *Mémoire sur les anévrysmes de la région inguinale et sur leur traitement*, in *Journal de chirurgie*, 1846, t. IV, p. 2, 42. — Norris, *On tying the iliac arteries*, in *Amer. Journ. of med. sc.*, 1847, t. XIII, p. 20. — Broca, *Des anévrysmes, etc.*, p. 35, 75, 100, 213, 246, 467, 597, 605, 701, 712, 808, 885, etc., 1857. — Stephen Smith, *A statistical examination of the operat. of deligation of the primitive iliac artery*, etc., in *Americ. Journ. of med. sciences*, july, 1860. — Vidal (de Cassis), *Traité de pathologie externe*, 5e édit., revue par Fano, t. I, p. 712, 1861. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. II, 1re partie, p. 464, 1863.

Art. XIV. — Anévrysmes rétropelviens.

On désigne sous ce nom les anévrysmes des artères fessière et ischiatique. Ces anévrysmes peuvent être spontanés ou traumatiques ; enfin on a signalé des anévrysmes artério-veineux.

Les anévrysmes spontanés se développent lentement, les malades ne s'aperçoivent de leur présence que lorsque la tumeur a pris un volume notable. Du reste, ils offrent tous les caractères des anévrysmes, c'est-à-dire des pulsations, des mouvements d'expansion, du souffle, etc. Le plus ordinairement, la tumeur, bien circonscrite et située à la région fessière, donne lieu à des douleurs et à de l'engourdissement du membre correspondant. Cela tient probablement à la compression du grand nerf sciatique par la poche anévrysmale.

Le diagnostic de ces anévrysmes est assez difficile, vu leur profondeur. La brièveté, le voisinage des artères fessière et ischiatique rend le diagnostic différentiel de leurs anévrysmes presque impossible. Enfin, un kyste, un abcès, une tumeur encéphaloïde peuvent être pris pour un anévrysme rétropelvien. Ces anévrysmes peuvent se terminer par :

1° La guérison spontanée, observée par M. Bouisson pour un anévrysme de la fessière.

2° L'état stationnaire, d'après deux faits, qui cependant n'ont pas été observés assez longtemps (Varren Stone, Sappey).

3° L'accroissement progressif de la tumeur, accroissement lent ou par saccades, et se terminant fatalement par la rupture de la poche, si l'art n'intervient pas.

Les anévrysmes traumatiques ne sont pas très-rares, leurs symptômes diffèrent à peine des précédents. Quant aux anévrysmes artério-veineux, nous ne ferons que signaler leur existence.

Traitement. — La compression ne peut être appliquée ici, soit *directement* soit *indirectement*.

On a donc fait la ligature, soit avec *ouverture du sac* (méthode ancienne), soit par la *méthode d'Anel* (ligature de l'iliaque interne), soit enfin immédiatement *au-dessus de la tumeur* (Sappey).

Récemment M. Nélaton (1860) a employé les *injections coagulantes* avec succès. Il se servit d'une solution de perchlorure à 25 degrés, et pour suspendre le cours du sang dans la tumeur pendant l'opération, il fit usage d'un compresseur spécial agissant sur l'aorte.

Bibliographie. — J. Bell, *Traité des plaies*, trad. Estor., p. 105 et suiv. — Bouisson, *Mémoire sur les lésions des artères, fessière et ischatique, etc.*, in *Gazette méd.*, 1845, t. XIII, n° 11 ; *Tribut à la chirurgie*, 1858, t. I, p. 311. — Sappey, *Revue médico-chirurgicale*, 1850, t. VII, p. 236. — Broca, *Des anévrysmes*, p. 886. Paris, 1857. — Baum, *De lœsionibus anevrysm. arteriarum gluteæ et ischiadicæ, Diss. inaug.* Berlin, 1859. — Blasius, *Eigenthümlicher Schmerz beim Gluteal Aneurysma*, in *Deutsche Klinik*, 1859. n° 11. — W. Campbell, *Ligature of the gluteal artery for traumatic aneurysm.* Montreal, 1861. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. II, 1re partie, p. 481, 1863.

Art. XV. — Anévrysmes de l'artère fémorale.

Les anévrysmes fémoraux sont les plus fréquents après ceux de l'artère poplitée ; on les rencontre généralement au-dessus du muscle couturier ; ces tumeurs se développent avec une assez grande rapidité ; elles sont arrondies à la partie supérieure de la cuisse, aplaties dans la partie inférieure du membre.

Traitement. — Nous signalerons encore pour ce vaisseau la méthode de Valsalva unie à la compression et aux réfrigérants. La compression immédiate sur le corps du pubis, et surtout la compression partielle, comme l'a conseillée M. Broca, constitue un moyen à l'aide duquel on peut triompher d'un certain nombre d'anévrysmes ; mais les accidents que ce procédé détermine forcent quelquefois à recourir à la ligature. Si l'anévrysme siége à la partie moyenne de l'artère, on liera la fémorale à la partie supérieure. Cependant cette opération présente, ainsi que l'a fait remarquer M. Viguerie, des dangers sérieux, à cause des nombreux et volumineux vaisseaux que fournit l'artère à ce niveau.

La ligature de l'iliaque externe sera indiquée dans le cas où l'ané-

vrysme, siégeant trop haut, le fil devrait être placé dans le voisinage de l'artère fémorale profonde.

Bibliographie. — Velpeau, *Dict.* en 30 vol., 2e édit., t. XIII, p. 12, 1836. — Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale, etc.*, t. I, p. 501, 1844. — Broca, *Des anévrysmes*, p. 35, 212, 213, 280, 567, 609, 674, 887, etc. Paris, 1857. — Vidal (de Cassis), *Traite de pathologie externe*, 5e édit., t. I, p. 721, 1861. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. II, 1re partie, p. 488, 1863.

Art. XVI. — Anévrysmes de l'artère poplitée.

Après ceux de l'aorte, les anévrysmes des poplitées sont, sans contredit, les plus fréquents. La cause peut en être attribuée à ce que ce vaisseau, à peu près rectiligne, est situé dans une région où les mouvements brusques sont très-fréquents Il paraît se développer surtout chez les individus qui exercent leur profession étant assis, ou qui sont sujets à de brusques mouvements des jarrets. L'anévrysme peut se montrer des deux côtés chez le même individu; il occupe assez souvent la partie moyenne de l'artère; cependant on l'a rencontré dans d'autres points.

Cachée profondément sous l'aponévrose, comprimée entre cette membrane et les os, la tumeur passe souvent inaperçue au début, et les malades n'en ont conscience que par la gêne, les fourmillements et la douleur qu'elle détermine.

L'anévrysme se développe surtout latéralement et en bas ; mais lorsque l'aponévrose vient à être détruite, il remplit tout le creux du jarret.

Un des caractères de cette espèce d'anévrysme est d'exercer une compression violente sur les tissus qui l'environnent, par conséquent de déterminer des accidents sérieux, tels que : une douleur extrêmement vive, l'engourdissement et l'infiltration du membre, la destruction des os et l'ouverture de l'articulation fémoro-tibiale. On possède même des exemples de gangrène du membre.

Le diagnostic de ces anévrysmes est assez facile. Cependant il n'est pas toujours possible de déterminer exactement le siége de la tumeur anévrysmale et d'en connaître l'étendue.

Traitement. — Nous ne ferons que mentionner les réfrigérants, la méthode de Valsalva et la compression sur la tumeur.

Le procédé auquel on doit surtout donner la préférence, est la compression partielle (Broca) au-dessus de la tumeur. Elle sera faite sur le fémur ; cependant, dans certains cas, elle peut déterminer des accidents et forcer de recourir à la ligature.

La méthode ancienne, c'est-à-dire en ouvrant le sac, est généralement abandonnée ; la méthode d'Anel est celle à laquelle on doit ensuite donner la préférence ; elle peut être pratiquée au niveau de l'anneau du troisième adducteur, mais ce procédé est défectueux ; à la partie moyenne de la cuisse, ou mieux à la partie supérieure, d'après le procédé de Scarpa.

Il est des cas très-graves où l'articulation est désorganisée, le membre fortement émacié, les douleurs très-vives, le sujet avancé en âge ; dans ces circonstances la ligature n'aurait aucune chance de succès ; il faudrait alors recourir à l'amputation.

On a signalé des anévrysmes variqueux de cette artère (Percy, Larrey, etc.).

Bibliographie. — Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. I, p. 504, 1844. — Broca, *Des anévrysmes, etc.*, p. 14, 45, 50, 212, 448, 452, 465, 470, 570, 609, 612, etc. Paris, 1857. — Vidal (de Cassis), *Traité de pathologie externe*, t. I, p. 730, 1861. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. II, 1re partie, p. 497, 1863.

Art. XVII. — Anévrysmes des artères tibiale, péronière et pédieuse.

Ces anévrysmes ont pour cause ordinaire le traumatisme, quelques-uns sont artérioso-veineux. Leur rareté ne permet pas d'en donner une description détaillée, aussi ne faisons-nous que les signaler. (Voy. Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. II, 1re partie, p. 509, 1863.)

Art. XVIII. — Dilatation des artères.

La dilatation des artères se présente sous diverses formes que Breschet a rapportées à quatre principales :

L'*anévrysme sacciforme*, caractérisé par un renflement placé sur le côté du vaisseau.

L'*anévrysme fusiforme*, dans lequel le vaisseau est dilaté dans toute sa circonférence, et de plus, la tumeur s'effile peu à peu, par en haut et par en bas, pour se continuer avec la partie saine de l'artère.

L'*anévrysme cylindroïde*, moins circonscrite que dans les cas précédents, la dilatation a lieu dans une longueur plus ou moins considérable, elle est uniforme dans toute son étendue, et laisse au vaisseau sa forme cylindrique.

L'*anévrysme cirsoïde*. Ici l'allongement coïncide avec la dilatation, et l'artère devient flexueuse comme une veine variqueuse. Les deux premières formes doivent être rangées dans la classe des anévrysmes, comme l'a fait Breschet. La dilatation simple, cylindroïde a surtout été observée sur l'aorte thoracique, ses symptômes sont ceux des anévrysmes, et du reste cette lésion appartient plus à la médecine qu'à la chirurgie.

Nous ne décrirons donc que la *dilatation serpentine*, *anévrysme cirsoïde* de Breschet, *varice artérielle* de Dupuytren.

On donne le nom de varice artérielle, à une dilatation des artères, accompagnée d'un allongement considérable, de telle sorte que l'artère devient flexueuse comme une veine variqueuse.

Les artères malades sont très-dilatées, allongées et flexueuses ; çà et là on trouve des dilatations en ampoule, la peau est amincie, les os sont creusés de sillons plus ou moins profonds (Robert) parfois perforés (Clemot). Le tissu des parois artérielles est ordinairement aminci et s'affaisse comme celui des veines.

Étiologie. — Elles peuvent succéder à des tumeurs érectiles congénitales, ou bien avoir une origine traumatique (Robert, Maisonneuve).

Siége. — Cette affection se rencontre principalement à la tête et au crâne. On l'a observée sur les artères radiale et cubitale. Nous en avons vu un bel exemple, outre celui qui a été déposé par Breschet au musée Dupuytren. Nous avons également observé une tumeur de ce genre occupant la collatérale interne du doigt indicateur.

Symptômes.—Au début ils sont presque identiques avec ceux fournis par les tumeurs érectiles artérielles. Mais bientôt la tuméfaction se propage du côté des artères afférentes à la tumeur, on constate à la vue et au toucher les circonvolutions et les renflements des vaisseaux.

La tumeur, molle, en partie réductible, est agitée de battements isochrones aux pulsations artérielles. L'auscultation fait entendre un souffle continu, redoublé comme le bruit de rouet. La main y perçoit un frémissement vibratoire continu qui se prolonge du côté du tronc principal afférent. Si l'on comprime le rameau qui fournit les artères dilatées, les pulsations et le frémissement diminuent. Les altérations des artères se prolongent au loin, aussi est-il difficile de reconnaître les limites de la maladie. Les malades sont ordinairement incommodés par les battements des vaisseaux et par le bruit circulatoire souvent assez fort pour troubler le sommeil. La marche de cette affection est très-lente en général.

La tumeur donne souvent lieu à des hémorrhagies qui épuisent peu à peu les malades.

Le *diagnostic* est ordinairement facile. Tout au plus pourrait-on confondre cette maladie avec une tumeur érectile artérielle, ou un anévrysme artérioso-veineux.

Traitement — Nous ne saurions formuler un traitement efficace contre cette affection : tous ceux qui ont été tentés, compression, ligature des diverses branches artérielles qui se rendent à la tumeur, ligature du tronc principal, ont été souvent suivis d'insuccès. Cependant nous devons signaler les caustiques, la ligature en masse, et surtout les injections coagulantes de perchlorure de fer (Broca).

Bibliographie. — J. Pelletan, *Mémoire sur des espèces particulières d'anévrysmes, etc.*, in *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 1. Paris, 1810. — Ph. Bérard, *Dict.* en 30 vol., t. IV, p. 113, 2e éd., 1833. — Breschet, *Mémoires chirurgicaux sur les différentes espèces d'anévrysmes*, Paris, 1834 et *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. III, p. 136. — Robert, *Considérations pratiques sur les varices artérielles du cuir chevelu*. Paris, 1851 (*Gaz. des Hôp.*, p. 121). — M. Verneuil, *Essai sur l'anévrysme cirsoïde, etc.*, thèse de Montpellier, 1851, n° 44. — Decès, *Des varices artérielles considérées au point de vue de leurs indications et de leur traitement*, thèse de Paris, 1857. — Broca, *Des anévrysmes*, p. 2, 85. 231. Paris, 1857. — Vidal (de Cassis), *Traité de pathologie externe*, 5e édit. revue par Fano, t. I, p. 595, 1861. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. II, 1re partie, p. 285, 1863.

Art. XIX. — Lésions organiques des artères.

§ 1. — Ossification ou mieux infiltration calcaire des artères.

Nous mentionnerons dans cet article une lésion des parois artérielles caractérisée par la présence d'un dépôt calcaire entre la tunique moyenne et la tunique interne des vaisseaux. Ces concrétions se rencontrent principalement chez les personnes avancées en âge ; les accidents que cette dégénérescence peut déterminer sont assez importants ; nous avons parlé de l'artérite qui peut en être la conséquence, il nous reste à indiquer l'oblitération plus ou moins complète des vaisseaux et la perte de leurs propriétés physiques.

L'art ne possède aucun moyen de guérir ou même de prévenir le dépôt de phosphate calcaire dans les parois artérielles.

§ 2. — Dégénérescences athéromateuses et stéatomateuses.

On désigne sous ce nom des tumeurs d'une consistance molle, ressemblant à du suif concrété, qui se développent sous la tunique interne des vaisseaux, et qui à la longue finissent par amener la perforation et la production d'anévrysmes spontanés. Nous ne faisons que mentionner ces altérations, produites par l'infiltration granulo-graisseuse et souvent même calcaire des parois artérielles.

Bibliographie. — P. H. Bérard, *Dict.* en 30 vol., t. IV, p. 125, 2e éd., 1833. — Ch. Robin. *Sur la structure des artères et leur altération sénile*, in *Comp. rend. de la Soc. de biologie*, 1re année, 1849, p. 33. — A. Bérard et Denonvilliers, *Compendium de chirurgie*, t. II, p 87 et 89, 1851. — Ch. Morel, *Recherches sur l'athérome artériel, etc.*, thèse de Paris, 1856. Tanel, *Recherches historiques sur la nature des altérations séniles des artères*, thèse de Paris, 1856, n° 268. — Virchow, *Das atheromatose Process der Arterien*, in *Gesam. Abhandl. der wissens. Medicin*, 1856, s. 492, 504.—Vidal (de Cassis), *Traité de pathologie externe*, 5e édit. revue par Fano, t. I, p. 599, 1861. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. II, 1re partie, p. 280, 1863.— Raynaud (M.), *Nouv. Dict. de méd. et chir. prat.*, t. III, p. 193, 1865.

CHAPITRE V.

AFFECTIONS DES VEINES.

Art. I. — Phlébite.

On désigne sous ce nom l'inflammation des veines. Les auteurs ont décrit une *phlébite interne* ou *externe*, selon que la tunique interne ou externe est enflammée, et l'on désigne sous le nom de *phlébite mixte*, ou simplement *phlébite*, l'inflammation de toute l'épaisseur du vaisseau. Nous ne nous arrêterons pas à ces distinctions, qui nous paraissent établies plutôt par des idées théoriques que sur l'observation clinique.

Anatomie pathologique. — M. le professeur Cruveilhier admet quatre degrés différents : 1° coagulation du sang avec adhérence aux parois des vaisseaux; 2° pus au milieu des caillots sanguins, 3° pus remplissant la cavité de la veine; 4° rupture de la veine.

Premier degré. — La membrane interne de la veine est rouge, cette rougeur peut se propager à la tunique externe et au tissu cellulaire ambiant. Les *vasa vasorum* sont gorgés de sang, les parois vasculaires sont épaissies et ont contracté des adhérences avec le tissu cellulaire infiltré de lymphe plastique. Le sang est coagulé dans l'intérieur du vaisseau; le caillot est adhérent à la veine, il est plus étendu du côté des capillaires que du côté du cœur. Dans quelques cas, on l'a trouvé percé d'un canal central qui laisse circuler le sang veineux.

Le caillot qui oblitère plus ou moins complétement la veine enflammée, se prolonge ordinairement du côté du tronc principal (caillot prolongé), et il peut même finir par oblitérer ce tronc lui-même. Cependant, ce caillot prolongé peut être désagrégé ou même rupturé et entraîné par le courant sanguin il donne alors naissance à une *embolie*.

Certains auteurs et en particulier Virchow ont nié absolument l'inflammation primitive de la membrane interne des veines, et d'après les expériences de Callender, cette membrane ne fournirait pas de lymphe plastique, alors même que des matières irritantes sont mises en contact avec elle. Il est donc probable que l'altération de la membrane interne est consécutive à l'inflammation des deux autres tuniques; cependant des faits bien observés ont prouvé que la phlegmasie peut débuter par cette membrane interne.

Deuxième degré. — La veine a encore augmenté de volume, la coloration rouge a disparu, le vaisseau est blanc et a perdu son aspect lisse et poli; au centre du caillot se trouve un liquide couleur lie de vin, qui prend bientôt l'aspect du pus phlegmoneux.

Troisième degré. — La veine est distendue par du pus qui a remplacé les caillots sanguins, et comme ceux-ci ont conservé encore dans certains points les caractères que nous leur avons assignés dans le deuxième degré de la phlébite, il en résulte que la veine n'étant pas distendue dans ces points, présente un aspect moniliforme fort remarquable.

Quatrième degré. — La veine distendue par le pus se perfore et le liquide s'épanche dans les parties environnantes. Il se forme un abcès qui communique avec le vaisseau.

L'obstacle apporté par la coagulation du sang à la circulation veineuse détermine l'infiltration des parties situées entre les points enflammés et les capillaires. La peau prend une teinte livide, les capillaires sont distendus, ultérieurement on voit la circulation se rétablir par des veines collatérales qui augmentent considérablement de volume.

Symptomatologie. — Les malades ressentent une douleur vive dans le point enflammé, et même dans tout le membre si l'inflammation est étendue; on voit se dessiner sur la peau une ligne rouge, chaude, résistante au toucher; on observe enfin une réaction extrêmement vive. La maladie s'étend tantôt vers le cœur, tantôt vers les capillaires; quelquefois des deux côtés en même temps.

La phlébite peut se terminer par résolution, alors tous les accidents disparaissent graduellement et la circulation veineuse se rétablit.

La terminaison par oblitération du vaisseau est plus fréquente; le caillot est absorbé graduellement; il peut ainsi disparaître totalement et la veine représente un cordon noueux imperméable (*phlébite adhésive*). Les petites concrétions désignées sous le nom de *phlébolithes*, et qu'on trouve parfois dans les veines des organes pelviens, ont été rapportées par quelques auteurs à la phlébite. Dans cette espèce de terminaison, la dilatation des veines collatérales est permanente.

Dans ces circonstances moins heureuses, la phlébite se termine par suppuration (*phlébite suppurative*), on observe alors les accidents les plus graves et souvent l'infection purulente.

Cependant la phlébite suppurative ne présente pas toujours cette terminaison fâcheuse. Un abcès se forme dans le tissu cellulaire environnant, soit primitivement, soit consécutivement à la perforation du vaisseau, et le malade guérit après que le pus s'est écoulé.

Dans quelques cas, on trouve un large abcès ayant les caractères d'un phlegmon diffus; dans d'autres, on rencontre une série de petits abcès le long du vaisseau. Cette terminaison s'observe quand l'adhérence d'un caillot s'oppose à la pénétration du pus dans le sang; la maladie doit alors être considérée comme tout à fait locale.

Étiologie. — La phlébite est quelquefois spontanée, mais le plus souvent elle reconnaît pour cause l'action des agents mécaniques : les ligatures, la compression violente, les plaies des veines, surtout lorsque des principes irritants sont introduits dans le vaisseau; enfin elle peut survenir par contiguïté lorsque les tissus voisins sont enflammés.

Diagnostic. — La phlébite est une affection généralement facile