

ou régions; les fibromes et myxomes sont à cet égard moins graves.

Il est remarquable de voir combien les fibromes multiples sont en général peu douloureux, s'accroissent lentement et conservent les allures de tumeurs tout à fait bénignes.

Diagnostic. — Celui-ci est facile dans les cas types de tumeurs douloureuses avec irradiations par la pression, siégeant sur le trajet d'un nerf superficiel ou profond connu.

Certaines tumeurs paranerveuses, développées au voisinage des nerfs peuvent quelquefois donner le change et faire croire à des néoplasmes latéraux en connexion peu étendue avec le cordon nerveux; isolée et comprimée seule, elle n'est pas douloureuse quand elle est indépendante du nerf.

Les tubercules sous-cutanés douloureux, situés sur le trajet d'un nerf, sont ordinairement très petits et il semble que la douleur soit en raison inverse du volume.

Quand il s'agit de fibromes multiples des nerfs, le diagnostic peut être difficile avec des lipomes multiples douloureux; ceux-ci sont irrégulièrement distribués et contrastent ainsi avec la situation régulière des néoplasmes développés sur un tronc ou ses branches.

La réaction électrique pourra donner des renseignements quand il y aura doute.

Traitement. — Ce sont la douleur et le rapide développement qui constituent les deux indications essentielles, pouvant armer la main du chirurgien.

Plusieurs cas peuvent se présenter au point de vue du genre de l'intervention qui souvent ne pourra être décidé que lorsque la tumeur aura été mise à nu; ce sont en effet la bénignité ou la malignité et les connexions du néoplasme avec le nerf qui dicteront la conduite à tenir par le chirurgien.

1° Supposons qu'il s'agisse d'une tumeur bénigne, fibrome ou myxome, située latéralement au nerf tendu sur elle ou relié par un pédicule plus ou moins épais, ou encore périphérique ou centrale, mais disposée de telle façon que l'on puisse ménager les filets nerveux; l'on n'hésitera pas alors à faire la simple énucléation du néoplasme sans léser le cordon nerveux autant que possible.

C'est là évidemment l'opération idéale.

Mais il faut bien savoir qu'elle ne met pas constamment à l'abri de récidives, même quand il s'agit de productions bénignes, de plus qu'elle peut être suivie de troubles fonctionnels persistants résultant très probablement de lésions des filets nerveux passées inaperçues. Courvoisier cité par Kölliker, rapporte le résultat de vingt-trois extirpations sans résection avec treize guérisons, une mort, quatre récidives, cinq guérisons avec troubles fonctionnels.

La technique opératoire est différente suivant les dispositions anatomiques. Après incision des téguments et des parties molles qui re-

couvrent le fibrome ou le myxome, on constatera s'il est latéral, périphérique ou central. S'il est latéral, il sera facile de le dégager jusqu'à son implantation sur le nerf; on observera si celui-ci, plus ou moins tendu et aplati, n'envoie pas sur la tumeur quelques fascicules venant le rejoindre plus loin et on tâchera, avec une spatule, de le dégager et de le ménager.

Si le néoplasme est périphérique et le nerf central, on incisera d'abord la capsule formée par le périnèvre et l'on disséquera, on sculptera le nerf dans la tumeur.

Quand celle-ci est centrale et le nerf disposé en petits treillis autour d'elle, la situation se complique, il faut tâcher de la dégager de tous les filets nerveux qui l'entourent en les conservant. Ce sera là souvent un travail de patience que l'on ne regrettera pas quand on trouvera complètement intactes les fonctions du territoire nerveux opéré. Kölliker cite un cas de fibrome du nerf médian central qu'il extirpa de la sorte. La guérison se fit sans troubles fonctionnels aucuns, il n'y eut pas de récidive. La cicatrice resta très douloureuse à la pression sans donner lieu à des irradiations périphériques.

En résumé, l'énucléation avec conservation de la continuité du nerf est l'opération de choix toutes les fois qu'elle est possible.

2° Supposons qu'elle ne le soit pas, ou qu'il s'agisse d'un sarcome évoluant rapidement, ou encore d'une récidive locale de tumeur énucléée.

Il faut alors recourir à l'ablation par résection du tronçon nerveux qui supporte le néoplasme.

Cette résection se fera à ras des pôles de la tumeur quand celle-ci sera bénigne, à un centimètre au moins de ces pôles quand il s'agira d'un sarcome.

L'opération est on ne peut plus simple: ce qui ne l'est plus autant, c'est la conduite à tenir après cette extirpation.

Il s'agit, en effet, de rétablir la continuité du nerf réséqué, par un des procédés de suture ou de restauration connus, sous peine de voir s'installer les troubles fonctionnels en rapport avec la section permanente du cordon nerveux réséqué. Il ne faut pas, en effet, compter sur une restauration fonctionnelle absolument aléatoire.

Quand les deux bouts sont peu distants l'un de l'autre, la suture par les différents procédés déjà indiqués, peut amener leur contact et un bon résultat. Il en est rarement ainsi, et l'on sera obligé soit de faire l'élongation des deux extrémités pour les rapprocher, ou la suture tubulaire, ou la suture à distance par les tresses de catgut, ou encore la transplantation, ou la greffe du bout périphérique à un nerf immédiatement voisin, ou enfin la greffe nerveuse proprement dite. Nous avons suffisamment étudié ces divers procédés de restauration nerveuse pour ne pas y insister plus longuement; les manières de faire les plus recommandables sont d'abord la suture après élongation,

puis la suture tubulaire de Van Lair ou la suture à distance au catgut. Ce ne sera que lorsqu'on ne pourra agir autrement que l'on pratiquera les autres procédés de restauration des nerfs. Les résultats obtenus ne diffèrent en rien de ceux que nous avons cités dans le chapitre des plaies et des sutures nerveuses. C'est assez dire que toutes les fois que la suture ne sera pas immédiate, avec ou sans élongation, il ne faudra pas trop compter sur une restauration fonctionnelle motrice, tandis que la restauration sensitive sera généralement complète. En tout cas, c'est quelquefois par mois et même par années que se chiffre le temps qui s'écoule jusqu'à la guérison des troubles moteurs. Toutefois il ne faut pas absolument désespérer, même lorsque la résection a été très étendue et que la suture n'a pu être faite. Bobroff (1) rapporte un fait où l'on excisa 12 centimètres du nerf sciatique atteint d'un fibro-sarcome myxomateux. La paralysie du début disparut peu à peu, si bien qu'au bout de deux ans le malade pouvait très bien se servir de son membre inférieur et marcher. Il y a d'ailleurs d'autres cas analogues.

3° Il est une série de cas qui ne peuvent rentrer dans les deux catégories précédentes. Il s'agit de tumeurs sarcomateuses multiples ou de la racine des membres, non extirpables, adhérentes aux gros vaisseaux, donnant lieu à des douleurs atroces. C'est alors que se pose quelquefois la question de la désarticulation ou de l'amputation, à moins que l'élongation, la névrotomie ou la névrectomie, faites au-dessus de la tumeur, soient possibles et donnent du soulagement. Ce ne sont là, en effet, que des opérations palliatives dirigées contre l'élément douleur.

Quand il s'agira de nerfs mixtes moteurs et sensitifs, il vaudra mieux élonger et réséquer au contraire d'emblée, s'il ne s'agit que de nerfs sensitifs. La simple section nerveuse doit être laissée de côté, la récurrence douloureuse arrivant très rapidement.

Nous avons commencé par exposer le traitement opératoire des tumeurs des nerfs ; il faut savoir que toute une catégorie de néoplasmes ne peuvent y être soumis, c'est celle des névromes multiples. Chez le malade de Nicaise, le bromure de potassium rendit d'incontestables services à la dose de 5 grammes par jour. Après une période d'indolence on avait vu survenir, des crampes, de la parésie, de la contracture. Ces phénomènes s'atténuèrent peu à peu au bout de trois mois. Il revint avec des tumeurs douloureuses dont plusieurs furent extirpées. Il reprit du bromure et guérit de nouveau. En général, dans ces cas de névromes multiples, ce sont ceux dont la compression du nerf en amont suspend les crises qui doivent être extirpés.

Nous possédons d'ailleurs contre les douleurs, lorsqu'elles sont l'élément essentiel, que la tumeur même unique ne nous paraît pas

(1) BOBROFF, *Centralbl. für Chir.*, 1895, n° 48.

devoir ou pouvoir être extirpée, toute la gamme des narcotiques, des antinévralgiques, depuis la morphine jusqu'à l'aconit en passant par le bromure de potassium, le salicylate de soude, l'antipyrine. C'est au malade et au chirurgien de décider s'il faut s'y borner ou tenter au contraire une opération possible, mais peut-être aléatoire.

Quand un état constitutionnel est en jeu, il ne faut pas hésiter à agir sur le terrain. Poulet n'a-t-il pas vu une tumeur d'un nerf disparaître par l'administration de l'iodure de potassium (1) ?

L'arsenic sera administré chez les arthritiques, l'iodure chez ceux qu'on suspectera de vérole.

2° NÉOPLASMES SECONDAIRES DES NERFS OU PAR ENVAHISSEMENT.

L'épithéliome et le carcinome se propagent aux nerfs par un double processus : 1° par contact direct ou envahissement sur place ; 2° par envahissement à distance. C'est la division adoptée par Lejars et à laquelle nous nous rallions complètement.

Le premier est connu depuis longtemps et chacun de nous a malheureusement l'occasion de l'observer fréquemment. L'envahissement des branches du plexus sacré dans les cas de cancers du petit bassin (utérus et ganglions), celui du plexus brachial dans les cas de cancers ganglionnaires de l'aisselle secondaires à une tumeur maligne du sein, celui du lingual et du glosso-pharyngien dans les cancers de la langue, du dentaire inférieur dans les cas de cancroïde de la lèvre inférieure, tels sont les exemples le plus fréquemment constatés.

J'ai eu l'occasion d'observer, il y a un an, une malade opérée deux ans et demi avant, d'un carcinome du sein et qui présentait une adénopathie carcinomateuse secondaire ayant envahi le plexus brachial. Elle avait depuis plusieurs semaines des douleurs absolument atroces, irradiées surtout dans la main et dans le territoire du nerf médian, lui rendant le sommeil impossible et la vie intolérable. C'est en effet le signe saillant de ces envahissements nerveux que ces douleurs névralgiques, qui sont pour ces malheureux malades une véritable torture. Qui ne connaît celles qu'accusent si souvent les femmes atteintes de cancers utérins inopérables et contre lesquelles toute la série des narcotiques devient à la fin impuissante.

Au point de vue histologique, le processus d'envahissement direct a été étudié par Cornil, Colomiatti et enfin Pilliet (2). Reboul (3) a publié une observation d'épithélioma du dos de la main avec propagation aux vaisseaux et aux nerfs.

Quand un nerf est en contact avec un cancer, les éléments épithé-

(1) RUMÉZ, *Essai sur les névromes*, thèse de Paris, 1875.

(2) PILLIET, *Soc. anat.*, 1888.

(3) REBOUL, *Arch. prov. de chirurgie*, 1893, p. 114.

liaux se groupent en virole, végètent d'abord dans le névrilemme, puis, à sa face profonde, s'infiltrent dans les espaces interfasciculaires en refoulant les tubes nerveux qui dégénèrent; il se forme deux centres de production morbide, l'un externe, l'autre interne aux faisceaux des tubes nerveux. Ce qu'il y a d'important à connaître, c'est que les cellules épithéliales ayant forcé la gaine lamelleuse, elles trouvent dans les espaces lymphatiques des conditions très favorables; elles prolifèrent abondamment, cheminent au loin, quelquefois bien au delà des limites apparentes du mal. Il s'agit alors d'une véritable névrite cancéreuse analogue à la lymphangite cancéreuse et constituant un deuxième mode de propagation des épithéliomes typiques ou atypiques.

La propagation à distance peut se faire sur une grande longueur, et dans une observation d'Oiry (1) le nerf cubital était pris jusqu'au niveau de l'épitrachée; il était gros comme le petit doigt, intact comme névrilemme et farci d'amas épithéliaux contenus dans une multitude de petites logettes avec destruction des tubes nerveux. Dans certains cas, l'envahissement du nerf n'est pas continu; il se fait de petites embolies épithéliales séparées par des parties saines et le nerf paraît extérieurement absolument normal.

En général les vaisseaux du nerf et de son névrilemme présentent toujours des lésions de sclérose assez intense.

Le traitement des carcinomes et épithéliomes secondaires des nerfs est presque toujours simplement palliatif; presque jamais il ne peut être question d'extirpation, même de résection.

Ce sont des opérations palliatives, élongation ou névrectomie, ou encore des opérations radicales, telles qu'une amputation ou une désarticulation quand elles sont possibles, qui sont les seules interventions discutables dans ces cas.

Les névrites cancéreuses à distance nous montrent assez la cause des récidives ou plutôt des repullulations des néoplasmes malins.

Comme annexe à l'étude des néoplasmes des nerfs, nous étudierons cette variété de tumeurs encore peu connue, qu'il est difficile par conséquent de classer et auxquelles le professeur Verneuil a donné le nom de plexiformes.

DES NÉVROMES PLEXIFORMES.

Verneuil a réuni dans ce groupe toute une série de tumeurs qui ne ressemblent en rien à celles que nous avons étudiées jusqu'ici.

Le premier fait a été étudié par Ch. Robin en 1854 (tumeur du plexus solaire). Le premier cas de tumeur sous-cutanée a été observé par

(1) OIRY, Sur un cas d'envahissement du nerf cubital par un épithéliome pavimenteux lobulé, thèse de Paris, 1890.

Depaul et Verneuil en 1857 (1). La statistique de Courvoisier comprend vingt-huit faits. Ramakers et Vincent, dans un excellent Mémoire, en rapportent trente-quatre, dont une observation personnelle (2).

Nous en avons, pour notre compte, observé un seul fait au niveau de la tempe, mais il nous a été impossible de l'étudier, la malade s'étant soustraite à notre observation et à l'opération qui lui était proposée. Ce sont donc des tumeurs rares, souvent congénitales ou datant de l'enfance; on a noté une fois l'hérédité; on les trouve à peu près aussi souvent chez l'homme que chez la femme, ainsi que cela ressort de l'examen du tableau publié par Ramakers et Vincent.

Leur siège est surtout la tête et le cou.

Sur le cou, la nuque est souvent atteinte; sur la tête, c'est surtout la région palpébrale et les alentours des tempes, les régions frontale, pariétale, l'occipitale, puis la joue; sur le tronc, la région lombaire et dorsale, l'abdomen, le périnée, le scrotum, la verge, sont indiqués comme siège.

Les membres ont été pris plusieurs fois, entre autres l'épaule, le bras, la cuisse.

La tumeur est souvent unique et elle siège alors de préférence sur la tête et particulièrement la face; douze fois sur trente-quatre cas elle a été multiple, siégeant alors aussi bien sur la tête que sur le tronc et les membres; dans un cas de Guersant (3), il y avait deux tumeurs, l'une de la région mastoïdienne, l'autre de la voûte palatine.

Généralement, aucune cause efficiente ne peut être indiquée; cependant, dans l'observation de Ramakers et Vincent, il s'agit d'une jeune Espagnole de dix-sept ans, qui aurait reçu, à l'âge de trois ans, un coup de chaise qui l'aurait atteinte au côté droit du cou; ce serait à l'endroit précis du traumatisme que se serait développée une tumeur très molle qui, depuis treize ans, se serait insensiblement accrue et aurait fini par gagner la région occipitale.

En même temps qu'existent la ou les tumeurs, on observe quelquefois de l'hydrocéphalie, de la faiblesse de l'intelligence.

La description de la tumeur est généralement la suivante. Il s'agit d'une masse largement implantée retombant comme un pli cutané très épaissi, de volume plus ou moins considérable; dans un cas cité par Arnozan, elle était tellement pesante retombant du cou sur la poitrine qu'elle avait amené par son poids une luxation de l'atlas et de l'axis (4). Il n'est pas rare de voir la tumeur envahir toute une moitié de la tête. Dans le cas auquel plusieurs fois déjà nous avons fait allusion, le cou dans sa partie latérale droite est le siège d'une

(1) DEPAUL et VERNEUIL, *Bull. de la Soc. anal.*, 2^e série, t. II, p. 24, 1857.

(2) RAMAKERS et VINCENT, *Arch. prov. de chir.*, 1894, p. 505.

(3) GUERSANT, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1859.

(4) Association française pour l'avancement des sciences (*Congrès de Pau*, t. II, 1892, p. 739).

tumeur qui se continue en haut par une autre tumeur volumineuse siégeant à la région occipitale; cette dernière forme une sorte de poche qui retombe en chignon sur la nuque.

Quelquefois la peau n'a pas changé d'aspect, souvent elle est pigmentée. D'autres fois elle paraît épaissie, rugueuse et prend toute l'apparence d'une peau éléphantiasique. Elle se laisse détacher cependant de la masse sous forme de plis, et l'on sent au-dessous d'elle par une palpation attentive, une série de cordons durs, noueux, donnant, comme disent les auteurs, la sensation d'un vaste paquet ganglionnaire ou encore d'un énorme varicocèle avec phlébolithes multiples; pas de battements, pas de souffle, quelquefois des points d'anesthésie cutanée.

Généralement la tumeur est indolente, elle n'est pas non plus douloureuse à la pression; ce n'est que par sa situation et son développement en volume qu'elle devient gênante et pousse le malade ou son entourage à venir consulter le médecin. Il n'y a rien là de ce tableau si douloureux fourni par les néoplasmes proprement dits des nerfs.

L'évolution est généralement très lente: c'est en quatorze ans, chez la malade de Vincent, que la tumeur s'était développée; cette lenteur est notée dans presque toutes les observations.

Maintenant que nous connaissons l'évolution clinique, voyons ce que sont ces tumeurs si bizarres et si quelques notions nouvelles nous sont données sur leur nature intime.

A la coupe macroscopique, ou pendant que l'on opère, l'on tombe sur une masse de cordons blanchâtres enroulés sur eux-mêmes, noyés dans une trame commune qui les unit, de consistance ferme et de diamètre variable. Voici d'ailleurs la description de Vincent et Ramakers, dans leur cas si typique: « Les cordons qui occupent toute la poche occipitale sont bien limités et assez faciles à isoler des téguments; la masse est extirpée en entier après section au bistouri et aux ciseaux de nombreuses cloisons qui séparent chacune des sinuosités de ces cordons. Il n'en est pas de même dans la région du cou: les cordons les plus volumineux et les plus superficiels en même temps sont enlevés comme ceux de la tête; mais ils se continuent dans tous les sens avec d'autres plus petits qui s'enfoncent dans les diverses directions, les uns dans le sterno-mastoïdien qui en paraît farci, d'autres contournent les vaisseaux en arrière et semblent se diriger vers les apophyses transverses; d'autres se continuent avec les organes vasculo-nerveux de la région sus-claviculaire. On est donc obligé de s'arrêter après avoir enlevé les parties les plus volumineuses de la tumeur et avoir suivi les plus grêles aussi loin que la dissection le permet. »

Le néoplasme est en effet diffus et il est impossible, comme le montrent la plupart des observations, de lui trouver une ligne nette de démarcation. Les cordons enchevêtrés sont enfermés dans des

gainnes celluluses facilement dissécables; ils varient, comme gros-seur, depuis le diamètre d'un doigt jusqu'à celui d'une épingle; ils présentent entre eux de nombreuses anastomoses, ils se bifurquent, se divisent en plusieurs rameaux qui viennent les reconstituer plus loin; sur le trajet d'un même cordon l'on trouve des parties amincies; d'autres, renflées, lui donnent l'aspect d'un chapelet. Les altérations de la peau sont bien celles déjà indiquées; elles consistent, surtout pour les névromes plexiformes des parties du corps autres que la face où elle est assez souvent indemne, dans de la pigmentation puis de l'hypertrophie; il se forme des plis, des poches tombantes dont le volume n'est pas en rapport avec le développement du névrome. Le terme ultime est la production de tumeurs, quelquefois monstrueuses, comme dans les cas de Czerny (1), Audry et Lacroix (2), analogues à ces éléphantiasis que Valentine Mott avait décrits sous le nom de pachydermatocèle.

Au point de vue microscopique, quelle est la structure des névromes plexiformes? Ce qui est d'abord avéré, c'est que le névrome plexiforme est formé de tubes nerveux altérés et ces tubes nerveux peuvent être des fibres de Remak, des fibres à myéline ou encore des tubes amyéliniques. Arnozan a décrit une variété de névrome plexiforme dans laquelle on rencontrerait, au niveau des anastomoses, de véritables ganglions nerveux à dimensions variables, depuis le volume d'un grain de mil jusqu'à celui d'une amande.

Les cordons sont constitués presque exclusivement, dans le fait de Ramakers et Vincent, par un tissu conjonctif ondulé, renfermant peu de cellules conjonctives et peu de vaisseaux. A la périphérie il forme, par son épaississement, comme une véritable gaine conjonctive, en relation par sa face externe avec la gaine celluleuse lâche qu'il a été possible de disséquer. Au sein de ce tissu fibreux, et surtout à la périphérie des coupes on trouve des fibres nerveuses à myéline, soit séparées, soit réunies en petits groupes. Dans d'autres cas elles sont groupées en un faisceau central (Audry et Lacroix) entouré de tissu conjonctif adulte. C'est ce tissu conjonctif si abondant, enveloppant circulairement les tubes nerveux qui a surtout frappé Marchand (3), qui propose de remplacer le nom de névrome plexiforme, par celui de fibrome cylindrique de la gaine des nerfs. C'est déjà cette lésion qui avait frappé Cartaz (4).

Quoi qu'il en soit, il paraît bien, d'après toutes les observations plus récemment étudiées, auxquelles on peut encore ajouter celle de Zum Busch (5), que la lésion principale porte en effet sur le tissu

(1) CZERNY, *Archiv für klin. Chir.*, Bd. XVIII, 1874.

(2) AUDRY et LACROIX, *Lyon méd.*, mai 1891.

(3) MARCHAND, *Archiv für pathol. Anat. und Physiol.*, Bd. LXX.

(4) CARTAZ, *Arch. gén. de méd.*, 1876.

(5) ZUM BUSCH, *Arch. für klin. Chir.*, Bd. XL, Heft 2, 1894, p. 453.

conjonctif des nerfs ; mais tandis que Lacroix admet que le tissu nerveux est le principal et primitif intéressé, d'autres, comme Marchand, pensent que le tissu conjonctif nerveux est seul en cause, qu'il agit sur le nerf secondairement par troubles de voisinage. Il est actuellement impossible de prendre parti, tout en remarquant que l'observation de Vincent et Ramakers plaide en faveur de la théorie conjonctive et montre que le névrome plexiforme tend à aboutir au fibrome pur, les lésions cutanées n'étant que des troubles d'ordre trophique.

Le diagnostic du névrome plexiforme, nom que nous conserverons jusqu'à plus ample informé, parce qu'il nous rappelle une des réactions cliniques les plus en vue, est en général facile pour peu qu'on en ait déjà observé un cas. Cette masse de cordons, donnant la sensation d'un paquet de cordes, est vraiment pathognomonique et il nous paraît difficile d'établir un diagnostic différentiel d'avec le lymphangiome et les tumeurs cirsoïdes qui ont de tout autres caractères.

Le traitement, c'est l'ablation aussi large que possible. Certes il y a des névromes plexiformes auxquels on pourra ne pas toucher, lorsqu'ils évoluent très lentement, qu'ils sont peu volumineux, qu'ils ne gênent pas. Inutile, à moins d'indications tirées de l'esthétique, de les opérer. Mais il faut savoir que ces tumeurs peuvent envahir les tissus du voisinage, récidiver après ablation, subir des dégénérescences malignes ; dès que leur évolution se précipite, il faut agir et sans hésiter.

Von Winiwarter (1) rapporte un cas de sarcome développé aux dépens d'un névrome plexiforme du bras.

Des récidives ont été citées par Christot (2), Arnoz, mais elles sont rares, même lorsque l'ablation a été forcément incomplète. Il ne faut donc pas hésiter à intervenir, même lorsqu'une opération radicale est impossible, à plus forte raison quand elle est faisable. Nous serions même assez disposé à conseiller l'opération, même pour les cas simples, aujourd'hui que l'antisepsie et l'asepsie rendent les interventions inoffensives et que les greffes de Thiersch permettent de recouvrir de larges surfaces où la peau a dû être sacrifiée.

(1) VON WINIWARTER, *Archiv für klin. Chir.*, 1876.

(2) CHRISTOT, *Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1870.

MALADIES CHIRURGICALES DES ARTÈRES

PAR

PIERRE DELBET

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien des hôpitaux.

Les maladies chirurgicales des artères comprennent les *lésions traumatiques*, quelques *lésions inflammatoires*, les *anévrismes artériels*, les *anévrismes artério-veineux* qu'on pourrait aussi bien rattacher aux veines, mais qu'il est de tradition d'étudier avec les artères, et les *anévrismes cirsoïdes*. J'étudierai ces diverses affections dans cet ordre.

LÉSIONS TRAUMATIQUES DES ARTÈRES

Je diviserai les lésions traumatiques des artères en deux grandes classes : les *plaies*, et les *contusions* comprenant les *ruptures* et *déchirures*. Je décrirai d'abord les plaies des artères.

I. — PLAIES DES ARTÈRES.

Les plaies des artères se divisent en *pénétrantes* et *non pénétrantes*. — La plaie pénétrante sectionne les trois tuniques et ouvre la lumière du vaisseau ; le sang coule. — Les plaies non pénétrantes n'intéressent qu'une partie de l'épaisseur des parois et n'ouvrent pas le canal artériel ; le sang ne coule pas.

Plaies non pénétrantes. — Il n'y a peut-être pas un seul examen anatomo-pathologique satisfaisant d'une plaie artérielle non pénétrante. Le fameux cas de Guthrie est lui-même sujet à caution et a été fort discuté. Cette pénurie se comprend puisque les plaies non pénétrantes n'entraînant pas d'hémorragie n'exposent à aucun danger immédiat.

Leur existence est admise, théoriquement en quelque sorte, pour expliquer ces cas où il se développe un anévrisme au siège d'une ancienne blessure alors qu'aucune hémorragie artérielle ne s'était