

consiste à placer autour du membre un lien élastique circulaire au-dessous de l'anévrysme, par exemple au niveau du mollet s'il s'agit d'un anévrysme poplité. La bande élastique est ensuite roulée comme d'habitude, mais seulement à partir de ce lien et on place la bande de Nicaise ou le tube d'Esmarch comme d'ordinaire. On a ainsi une ischémie parfaite des régions sur lesquelles doit porter l'opération ; mais on garde dans le membre, au-dessous du premier lien circulaire, une réserve de sang qui peut être utilement employée. En effet, si la veine exsangue et aplatie ne peut être facilement reconnue, il suffit de lâcher le lien inférieur et d'exercer quelques massages sur le membre pour qu'elle se remplisse et devienne visible.

### DES ANÉVRYSMES ARTÉRIELS EN PARTICULIER

Les considérations générales qui précèdent ne peuvent s'appliquer en bloc et de la même manière aux anévrysmes des diverses artères, car les variations de siège leur impriment des caractères particuliers. Il est donc nécessaire de consacrer une courte étude à chacun d'eux. Je le ferai aussi brièvement que possible, en indiquant seulement pour chaque anévrysme ce qui lui est spécial. Je commencerai par le membre inférieur et, pour chaque membre, je procéderai en allant de l'extrémité vers la racine.

#### ANÉVRYSMES DU PIED.

**I. Anévrysmes de la pédieuse.** — Les anévrysmes de la pédieuse sont, dans plus de la moitié des cas, d'origine traumatique : douze sur vingt dans les faits réunis par M. Chauvel. On ne les observe guère que chez les hommes.

Au point de vue anatomo-pathologique, ce qui les caractérise, c'est l'abondance des collatérales qui naissent du sac ou de l'artère dans le voisinage de celui-ci. On comprend tout de suite que la compression doit avoir peu de prise sur eux. Dans un cas de Henop, l'anévrysme s'était ouvert dans l'articulation astragalo-scaphoïdienne. Le col de l'astragale et le scaphoïde très altérés faisaient saillie dans le sac.

Parmi les symptômes, il n'y a qu'un point particulier à signaler, c'est que la compression de la tibiaie antérieure au-dessus du sac ne fait pas toujours disparaître les battements d'une manière complète. Et même, dans un cas de M. Panas, la compression au-dessus et au-dessous du sac ne les arrêtait pas.

Le diagnostic est en général facile. Toutefois on pourrait confondre ces anévrysmes avec certains sarcomes pulsatiles des os du pied. Mais ces sarcomes ont un développement plus rapide ; une circonscription moins nette. Ils ne sont pas réductibles, et quelquefois on peut sentir la pédieuse dans leur voisinage.

Lorsque la tumeur est enflammée, on est, comme partout, exposé à la prendre pour un abcès. C'est l'étude des commémoratifs qui doit sauver de cette dangereuse erreur.

Le pronostic des anévrysmes de la pédieuse abandonnés à eux-mêmes est grave, car ils finissent par compromettre les fonctions du pied, et peuvent même, en s'ouvrant au dehors, amener la mort du malade.

Autrefois les résultats fournis par l'intervention chirurgicale n'étaient pas plus brillants. M. Chauvel, sur vingt cas, compte trois morts et deux amputations de jambe, dont une mortelle.

Il n'en est heureusement plus de même aujourd'hui. La compression est une mauvaise méthode de traitement pour ces anévrysmes. Dans ma statistique, je n'ai trouvé qu'un succès qui lui soit dû et il fallut comprimer la fémorale pendant trois semaines. La seule méthode qui convienne est l'action directe sur la tumeur. Encore la simple incision du sac avec ligature des deux bouts est-elle particulièrement contre-indiquée ; elle expose aux hémorragies ; elle expose à l'inflammation qui peut se communiquer facilement aux articulations du pied. C'est ce qui est arrivé dans un cas d'Adams, où il fallut en venir à l'amputation.

La vraie méthode de traitement des anévrysmes de la pédieuse est donc l'extirpation du sac.

**II. Anévrysmes de la plante du pied.** — Les anévrysmes de la plante du pied sont extrêmement rares. Ils reconnaissent en général une origine traumatique. Tout ce que j'ai dit des anévrysmes de la pédieuse leur est applicable. Je ne connais qu'un cas qui ait été guéri par la compression. Johnson obtint la guérison au bout de quarante-cinq jours de compression intermittente de la tibiaie postérieure, de la tibiaie antérieure et de la pédieuse.

La ligature à distance est une très mauvaise méthode. Dans le cas de Delore, la ligature de la tibiaie postérieure n'arrêta pas les battements ; il est vrai que l'anévrysme a guéri plus tard spontanément. La ligature d'une seule artère est d'ordinaire insuffisante, en raison de la multiplicité des voies anastomotiques. Et même dans un cas on lia successivement et sans succès, la tibiaie postérieure, la tibiaie antérieure et la pédieuse.

La seule bonne pratique est donc encore d'inciser sur le sac pour faire la double ligature s'il est très petit, pour l'enlever s'il est un peu volumineux et s'il contient des caillots.

#### ANÉVRYSMES DE LA JAMBE.

Les anévrysmes des artères de la jambe sont rares. Il est classique de les diviser en anévrysmes spontanés et anévrysmes traumatiques ; cette division n'est point peut-être aussi juste qu'elle le paraît ; car



les anévrysmes dits spontanés reconnaissent souvent pour cause des efforts, des entorses, des contusions, et, d'un autre côté, la lésion préexistante de l'artère qui aurait favorisé leur production n'est jamais bien constatée, ce qui n'a rien d'étonnant, étant donnée la pathogénie que j'ai exposée des anévrysmes dits spontanés.

Parmi les anévrysmes franchement traumatiques, ceux qui compliquent les fractures de jambe méritent une mention spéciale. Dupuytren, Laurent (1), Nepveu (2) se sont occupés de cette redoutable complication, et Vèzes (3) l'a bien étudiée dans sa thèse. Parmi ces anévrysmes, qui sont d'ordinaire étudiés en bloc, il faut absolument faire une division.

Tantôt l'artère n'étant sans doute pas complètement rompue, l'anévrysme ne se forme qu'un certain temps après la fracture, lorsqu'elle est déjà consolidée. Quelquefois, c'est au moment où l'on enlève l'appareil qu'il se manifeste; il en fut ainsi dans un cas de Pelletan. Les anévrysmes qui se comportent de cette façon ne méritent pas de considérations spéciales. Lorsqu'ils se développent, la fracture est consolidée; elle n'existe plus en tant que fracture; l'anévrysme ne présente donc rien de spécial, et il est justiciable du même traitement que ceux qui sont dits spontanés.

Tantôt, au contraire, l'artère est complètement rompue au moment de la fracture, et le sang s'infiltré dans le tissu cellulaire formant un volumineux hématome artériel. C'est le plus souvent l'artère tibiaie antérieure qui est déchirée dans ces circonstances. Mais toutes les artères peuvent être atteintes, même la péronière. Le membre prend un volume énorme, la peau distendue se marbre de taches violettes; le pied se refroidit, et les douleurs sont souvent très vives. Ces cas sont d'une gravité extrême: la gangrène en constitue le gros danger et le traitement est extrêmement embarrassant. Dupuytren a préconisé la ligature à distance, Verneuil et Nepveu la compression indirecte. Il me semble que le véritable traitement, à l'heure actuelle, consisterait à inciser sur la fracture, à enlever autant que possible les caillots infiltrés, à lier l'artère rompue et à terminer par la suture osseuse.

Les anévrysmes dits spontanés se développent bien plus souvent chez les hommes que chez les femmes, et dans bien des cas on peut les rattacher à des efforts, à des marches forcées, des contusions, des entorses, ce qui prouve qu'au point de vue pathogénique ils sont dus à des ruptures partielles de l'artère, suivant la théorie de Recklinghausen et d'Eppinger.

L'artère péronière n'est presque jamais atteinte, et tandis que les anévrysmes consécutifs aux fractures de jambe sont plus fréquents sur la tibiaie antérieure, les autres se développent plus souvent sur

(1) LAURENT, thèse de Paris, 1874.

(2) NEPVEU, *Bull. méd. de la Soc. de chir.*, 28 avril 1875, p. 365.

(3) VÈZES, thèse de Paris, 1890.

la tibiaie postérieure. Les plus rares de tous et de beaucoup sont ceux du tronc tibio-péronier.

Tous ces anévrysmes étant profondément situés passent facilement inaperçus à leur début. Les troubles fonctionnels paraissent les premiers. C'est de l'engourdissement, de la gêne dans le fonctionnement des muscles, des crampes, des douleurs souvent vives qui s'irradient dans la jambe et dans le pied. Si j'en crois ce que j'ai vu, le souffle est perceptible avant la tumeur. Dans le cas auquel je fais allusion, on percevait à peine un vague empâtement dans l'épaisseur du mollet et cependant il y avait un souffle très net. Le malade étant mort quelques jours après, de l'influenza, on a pu constater à l'autopsie l'existence d'un très petit anévrysme, gros comme une noisette, siégeant à l'origine de la tibiaie postérieure.

Bientôt la tumeur se développe et devient perceptible; mais comme on est toujours séparé d'elle, surtout dans les anévrysmes de la partie supérieure de la tibiaie postérieure, par une épaisse couche musculaire, il est difficile d'en apprécier les limites. On sent plutôt un empâtement diffus qu'une tumeur bien nette. A mesure que le volume s'accroît, les phénomènes de compression augmentent. Les veines satellites de l'artère, celles qui siègent dans l'épaisseur des muscles du mollet sont comprimées; l'œdème apparaît et quelquefois les veines superficielles se développent d'une manière exagérée. Il n'est pas rare qu'il survienne du sphacèle, surtout sous forme de plaques.

Abandonnés à eux-mêmes, les anévrysmes de la jambe sont susceptibles d'acquérir un gros volume et ils déterminent des altérations profondes du membre; ils usent l'extrémité supérieure du péroné, amènent de l'ostéite et déterminent des altérations profondes des deux os. Si la gangrène ne survient pas, la tumeur finit par se rompre avec ou sans phénomènes inflammatoires. La guérison spontanée est en effet une très rare exception.

Les anévrysmes de la jambe sont donc graves.

Le diagnostic est souvent malaisé. Au début, alors que le malade ne se plaint que de vagues fourmillements ou de douleurs névralgiques, l'anévrysme peut parfaitement passer inaperçu. J'ai dit que le souffle est facilement perceptible avant que la tumeur soit nette. Il faut donc, dès qu'on sent un léger empâtement dans la masse du mollet, pratiquer attentivement l'auscultation.

Les sarcomes pulsatiles de l'extrémité supérieure du tibia pourraient être pris pour des anévrysmes de la tibiaie antérieure, car c'est toujours en avant qu'ils font saillie. La connexion de la tumeur avec l'os, l'absence ou l'imperfection de la réductibilité, l'inégalité de la consistance, la présence de lamelles osseuses, la crépitation parcheminée feront reconnaître les sarcomes.

L'erreur grave consiste à prendre l'anévrysme pour un abcès :