

Étiologie. — Il s'en faut de beaucoup que l'arthralgie hystérique constitue une affection rare. Déjà Brodie déclarait que, « dans les classes élevées de la société, quatre cinquièmes des femmes qui se plaignent d'affections musculaires sont simplement atteintes d'hystérie ». Cette manière de voir a été également défendue par Paget. Elle n'est cependant pas exempte d'une certaine exagération.

Quel que soit l'intérêt qui s'attache à l'étude de la coxalgie hystérique, elle est loin de constituer la seule manifestation de la diathèse du côté des articulations. En effet, l'arthralgie hystérique peut se retrouver sur toutes les grandes articulations des membres; 5 fois sur 4, dit Briquet, l'arthralgie occupe les membres inférieurs. La hanche et le genou en sont le siège le plus habituel. D'après M. Charcot, l'arthrodynie du genou serait la plus fréquente de toutes. Sur un total de 70 cas, l'arthralgie aurait occupé 58 fois le genou, 18 fois la hanche, 8 fois le poignet, 4 fois l'épaule, 2 fois le cou-de-pied.

C'est surtout chez les jeunes sujets qu'on rencontre la coxalgie hystérique; cependant on peut l'observer à tout âge, chez les adultes comme chez de jeunes enfants de huit à dix ans. On vivait autrefois sur cette donnée que la coxalgie hystérique était une affection du sexe féminin, se montrant chez des jeunes filles présentant à un degré plus ou moins marqué tous les attributs du tempérament hystérique. Nous savons aujourd'hui que ces données étiologiques doivent être profondément modifiées. La coxalgie hystérique peut se montrer, avons-nous dit, chez des malades de tout âge, elle peut survenir dans le sexe masculin aussi bien que dans le sexe féminin, enfin elle peut constituer la première manifestation de la diathèse chez des sujets jusqu'alors bien portants. L'un des malades qui ont fait l'objet des leçons de Charcot était un homme de quarante-cinq ans. C'est qu'en effet, la coxalgie hystérique peut être l'une des manifestations de cet état particulier auquel on a donné le nom d'hystéro-traumatisme. Souvent c'est un accident, une chute, un coup, qui est le point de départ de la maladie. Et il n'est pas nécessaire que l'accident ait eu par lui-même une notable gravité; il a pu être insignifiant. En effet, ce n'est pas le traumatisme qui donne naissance à l'arthralgie, il n'a été que la cause occasionnelle chez un sujet présentant un état d'esprit particulier; il n'a fait que créer pour ainsi dire la suggestion. Dans d'autres cas, on ne peut incriminer aucun traumatisme; la contracture articulaire succède à d'autres accidents, par exemple à des convulsions. Enfin elle peut être la manifestation de la tendance à l'imitation souvent très marquée dans l'hystérie. Paget en rapporte un exemple remarquable, relatif à une jeune fille dont le frère était atteint d'une affection organique de la hanche arrivée à un degré fort avancé, et qui présenta elle-même tous les symptômes de la coxalgie hystérique.

Symptômes. — En général, le début est extrêmement brusque. A la suite d'un accident, d'une fatigue ou d'une émotion vive, une malade accuse de violentes douleurs dans la hanche, qui se place dans une attitude fixe, le plus souvent la flexion combinée à l'adduction. La brusquerie du début est un des caractères les plus importants de la coxalgie hystérique qui, en quelques jours, réalise tous les symptômes qui ne se produisent habituellement qu'au bout d'un temps plus ou moins long dans la coxalgie tuberculeuse.

La douleur revêt un caractère tout particulier. Elle est beaucoup plus vive et beaucoup plus superficielle que dans la coxalgie vraie. C'est, comme l'a bien

établi Brodie, surtout une hyperesthésie cutanée. « Si vous pincez la peau, dit-il, jusqu'à la soulever des parties sous-jacentes, la malade se plaint plus que si vous poussiez la tête du fémur dans la cavité cotyloïde. » Cette hyperesthésie, de même que les anesthésies qu'on rencontre aussi dans l'hystérie, n'a pas une localisation qui réponde à la distribution anatomique des nerfs; elle a pour ainsi dire une disposition géométrique. En ce qui regarde la coxalgie hystérique, le territoire cutané hyperesthésique représente un triangle dont le sommet serait à la racine des bourses, ou à la naissance du mont de Vénus chez la femme, et dont la base contournerait le pli de l'aîne et la région fessière. La douleur est du reste sujette à varier; les malades l'accusent beaucoup plus vivement lorsqu'ils suivent attentivement l'exploration.

Les attitudes vicieuses peuvent reproduire absolument ce qu'on observe dans la coxalgie; mais souvent aussi elles en diffèrent sous bien des rapports. Ainsi, au début, l'adduction jointe à la flexion se rencontre souvent au lieu de l'abduction qui caractérise la coxalgie au début. En outre, on observe parfois des changements brusques d'attitude qui ne se rencontrent pas dans la coxalgie tuberculeuse. Il est à noter enfin que les contractures ne se limitent pas toujours à l'articulation de la hanche; elles peuvent s'étendre à la totalité du membre inférieur, surtout quand celui-ci est emprisonné dans un appareil qui le comprime.

En général, la claudication n'offre pas une grande importance. De bonne heure, en effet, les malades sont immobilisés au lit par l'exagération des douleurs et de la contracture. Il peut arriver cependant que la claudication soit exagérée comme les autres symptômes; les malades font, pendant la marche, des soubresauts, des saccades irrégulières. M. Paget a même donné à ce type de boiterie irrégulière, le nom de boiterie choréiforme, et il en a fait le type particulier à la coxalgie hystérique.

L'examen local ne fait constater ni adénopathie, ni empâtement, ni abcès; un signe sur lequel insiste beaucoup Paget, c'est l'absence d'élévation de la température locale, qui ne manquerait pas de se rencontrer s'il s'agissait d'une arthrite véritable aussi douloureuse.

L'examen de l'articulation sous le chloroforme permet de reconnaître l'absence de lésions anatomiques, et de constater la conservation des mouvements. Toutefois, il faut bien le dire, lorsque l'articulation a été longtemps immobilisée par la contracture musculaire, il peut se produire dans son intérieur des altérations donnant naissance à des craquements, à des frottements plus ou moins abondants. Le mode de réapparition des phénomènes à la suite de la chloroformisation peut aussi, d'après M. Charcot, constituer un élément de diagnostic. La sensibilité cutanée reparait la première, puis ensuite les douleurs articulaires et la contracture. Dans la coxalgie vraie, les contractures et les douleurs articulaires sont, au contraire, les premiers phénomènes qui marquent le réveil du malade.

La durée de la coxalgie hystérique peut être fort longue, de quelques mois à plusieurs années; la marche n'est pas toujours continue; elle présente souvent des apparences de guérison et des rechutes. Elle est, en effet, très sujette aux récidives. M. Charcot a démontré que, lorsqu'une anesthésie ou une hyperesthésie en territoire géométrique se superpose à une paralysie ou à une contracture, les troubles de sensibilité persistent toujours quelque temps après la disparition du symptôme fonctionnel. Tant qu'existent les troubles de la sensibilité,

on peut craindre le retour offensif de l'affection. Aussi faut-il soigneusement préserver le malade des accidents, chutes et contusions, qui pourraient devenir l'occasion d'une récurrence.

Souvent la guérison survient subitement et en dehors de toute prévision. Brodie cite le cas d'une jeune fille retenue au lit depuis de longues années par suite d'une affection hystérique de la hanche. Son confesseur ayant récité des prières à son intention, elle se leva subitement et descendit souper, au grand étonnement de toute la famille.

Crolay rapporte l'histoire d'une religieuse guérie miraculeusement, à la fin d'une neuvaine, d'une coxalgie hystérique, et celle d'une jeune fille dont le mal disparut pendant que les médecins prenaient rendez-vous pour l'application d'un appareil.

Traitement. — Le traitement général, et en particulier le traitement moral, est celui qui convient avant tout à la coxalgie hystérique. Cependant, on a quelquefois tiré un parti avantageux de l'application des appareils. Dans un cas, M. Le Fort⁽¹⁾ a obtenu un succès au moyen d'un appareil plâtré, renforcé par des attelles métalliques; Tœlken a recommandé récemment⁽²⁾ ces appareils immobilisateurs appliqués pendant l'anesthésie chloroformique. Malgré les succès obtenus par Tœlken, M. Charcot⁽³⁾ continue à se défier des appareils inamovibles, qu'il croit capables de perpétuer l'affection.

Il semble préférable de chercher par l'exercice à maintenir l'intégrité de la jointure; si la malade est dans l'impossibilité de marcher, on peut, par les frictions et le massage, suppléer à l'absence de mouvements. On comprend ainsi comment la mobilisation de l'articulation sous le chloroforme a pu parfois être fort utile. M. Trélat⁽⁴⁾ a rapporté une observation où une amélioration notable fut observée après les mouvements imprimés à la jointure sous le chloroforme. M. Gosselin⁽⁵⁾ a même obtenu sous cette influence une guérison complète.

Wernher a donné comme traitement de choix, dans la coxalgie hystérique, l'extension continue. Il se sert de poids allant jusqu'à 5 et 6 livres. Sous l'influence de ce traitement, les douleurs disparaissent, les attitudes vicieuses se corrigent. Seule l'impotence des muscles longs de la cuisse est lente à s'améliorer, et pour y réussir, il est bon d'avoir recours à la faradisation. Quand la malade commence à se lever, on doit continuer pendant la nuit l'emploi de l'extension continue.

On a peine à comprendre que des opérations chirurgicales aient été entreprises contre la coxalgie hystérique. Cependant Soden a pratiqué l'amputation de la cuisse pour une douleur hystérique du genou; Herbert Mayo a fait non seulement l'amputation de la cuisse, mais la résection de la hanche et du sciatique. Dans un cas où la coxalgie hystérique se prolongeait depuis six années et où l'état général rendait la mort menaçante à bref délai, Eugène Bœckel a pratiqué la désarticulation de la hanche, qui a permis de constater une atrophie très marquée des os et du cartilage, avec dégénérescence graisseuse. Le résultat thérapeutique semble avoir été peu satisfaisant.

(1) LE FORT, in BLUM, Thèse d'agrég. de Paris, 1875, p. 91.

(2) TŒLKEN, *Zeitschrift für klin. Med.*, 1890, supplément Heft, p. 174.

(3) CHARCOT, *Progrès médical*, 1890, vol. II, p. 264.

(4) TRÉLAT, *Gazette des hôpitaux*, 1880, p. 1055.

(5) GOSSELIN, *Gazette des hôpitaux*, juin 1862.

5° DE LA PÉRI-ARTHRITE COXO-FÉMORALE

L'articulation coxo-fémorale, comme l'articulation de l'épaule, est entourée de bourses séreuses dont l'inflammation peut simuler celle de la jointure elle-même. D'où la nécessité de décrire une péri-arthritis coxo-fémorale, analogue à la péri-arthritis scapulo-humérale.

M. Pétrequin (de Lyon) semble avoir été un des premiers à attirer l'attention sur les altérations de la bourse séreuse rétro-trochantérienne. Il pense que les altérations du grand trochanter sont souvent consécutives aux inflammations de cette bourse séreuse⁽¹⁾. Un de ses élèves, M. Game⁽²⁾ a fait de ce sujet l'objet de sa thèse inaugurale. Cruveilhier, dans son *Anatomie pathologique*, rapporte un fait qu'il qualifie de collection rhumatismale de la bourse synoviale sous-jacente au muscle grand fessier, chez un médecin qui se croyait atteint d'une maladie de l'articulation coxo-fémorale⁽³⁾.

Mais c'est Chassaignac⁽⁴⁾ qui, le premier, dans un mémoire publié par les *Archives de médecine* et dans son *Traité de la suppuration*, a donné une description des lésions de la bourse trochantérienne.

En 1872, M. Foix⁽⁵⁾ a publié dans les *Archives de médecine*, 6 observations publiées dans les journaux anglais, de lésion de la bourse trochantérienne ayant simulé une coxalgie. L'année suivante, 1873, M. Duplay fit paraître sur ce sujet une leçon clinique, dans laquelle il réunit tous les éléments de la question et fait une comparaison entre la péri-arthritis de la hanche et celle de l'épaule, déjà décrite antérieurement par lui⁽⁶⁾. Depuis lors, de nombreuses thèses ont été publiées sur la question: nous citerons entre autres celles de Renon, de Mielly, de Grenier, etc.

Étiologie. — Les causes qui donnent naissance à la péri-arthritis de la hanche sont très variées; ce sont d'abord les traumatismes qui peuvent atteindre soit la bourse trochantérienne sous-cutanée, soit celle qui est placée au-dessous du tendon du grand fessier, en arrière du grand trochanter, bourse séreuse rétro-trochantérienne. Tantôt ce sont des chutes, tantôt des coups reçus sur la région trochantérienne; il en résulte la production d'hématomes dans l'intérieur de la bourse séreuse, qui deviennent le point de départ de la suppuration.

Quelquefois la péri-arthritis de la hanche se montre en dehors de tout traumatisme chez des rhumatisants. Souvent aussi elle survient lentement, petit à petit, avec les allures de l'abcès froid ordinaire. Nul doute qu'en pareil cas il ne s'agisse de tuberculose, ainsi que le démontrent les fongosités qu'on trouve dans l'intérieur de la bourse séreuse, les grains riziformes dont les relations avec la tuberculose sont aujourd'hui parfaitement établies, les altérations osseuses, enfin, qu'on voit si souvent succéder aux inflammations primitives de la bourse séreuse rétro-trochantérienne.

(1) PÉTREQUIN, *Journal des connaissances médicales*, 1842.

(2) GAME, *Considérations sur les tumeurs des bourses ou capsules muqueuses du grand trochanter*. Thèse de doct. de Paris, 1846.

(3) CRUVEILHIER, *Traité d'anat. pathol.*, t. III.

(4) CHASSAIGNAC, *Recherches cliniques sur les bourses de glissement de la région trochantérienne et de la région iliaque postérieure*. *Arch. gén. de méd.*, avril et juillet 1855.

(5) FOIX, *Arch. gén. de méd.*, janvier 1872.

(6) DUPLAY, *Progrès médical*, 1874.

Dans un cas de M. Duplay, l'influence de la puerpéralité a été manifeste; une femme de vingt-six ans, primipare, d'une bonne santé habituelle, présenta, quinze jours après son accouchement, des douleurs au niveau de la partie antéro-externe de la cuisse droite; au bout d'un mois, il se forma en ce point un abcès.

Bien que la péri-arthritis coxo-fémorale puisse s'observer à tout âge, cependant on la rencontre le plus souvent chez les jeunes gens.

Anatomie pathologique. — La bourse rétro-trochantérienne distendue par du liquide peut présenter des dimensions énormes. Dans une observation de Chassaignac, elle s'étendait par en haut jusqu'au-dessus de la crête iliaque, elle dépassait par en bas le pli fessier et avançait en avant jusqu'au pli de l'aîne. Son contenu peut être du liquide sanguin, comme dans les cas de Hervez de Chégoïn et de Robert. Mais le plus habituellement, le liquide est séreux ou séropurulent; quelquefois même c'est un pus bien lié, d'apparence phlegmoneuse. Déjà nous avons dit qu'on pouvait rencontrer, dans l'intérieur de la bourse rétro-trochantérienne, soit des grains riziformes, soit des fongosités. Celles-ci venant à disparaître par les progrès de la suppuration, laissent à nu l'os sous-jacent, qui s'altère: de là, des ostéites et des nécroses de la région trochantérienne. Ces altérations osseuses sont donc secondaires aux affections de la bourse séreuse, comme l'ont admis MM. Pétrequin, Teale et Duplay. Mais il est possible, comme le veut Chassaignac, que la marche soit inverse et que l'affection ait primitivement débuté par l'os; il est souvent difficile de se prononcer en faveur de l'une ou de l'autre hypothèse. Arrivée à suppuration, la poche peut se rompre, en donnant naissance à des trajets fistuleux souvent multiples. Le pus traverse l'aponévrose et vient se répandre dans la bourse sous-cutanée, en donnant lieu à un véritable abcès en bouton de chemise. D'autres diverticules se forment soit au-dessous du grand fessier, soit au-dessous de l'aponévrose *fascia lata*; il en résulte des clapiers dans lesquels stagne le pus et qui peuvent s'étendre au loin dans la fesse et dans la région crurale. Lorsque l'affection est de date ancienne, on voit se former dans l'intérieur de la poche des brides fibreuses qui la cloisonnent en tous sens et qui gênent l'écoulement du pus. Suivant la remarque de M. Duplay, ces brides fibreuses doivent ici, comme au niveau de l'épaule, mettre obstacle aux mouvements de l'articulation.

On a vu la rupture se faire en dehors de la suppuration et la poche donner issue à de la sérosité filante, comme cela arrive pour certains kystes à grains riziformes de la région du poignet. Cette évolution est en rapport avec la nature tuberculeuse de l'affection.

Symptômes. — Il peut se faire que la maladie ait un début aigu. De violentes douleurs se montrent à la partie supérieure et externe de la cuisse, de l'impotence du membre, de la claudication. Le gonflement affecte la forme d'une tuméfaction allongée suivant l'axe du membre, ellipsoïde, circonscrite à sa partie inférieure par une dépression brusque, que Chassaignac compare à un véritable *coup de hache*. Il y a de la chaleur à la main, de l'œdème; la peau rougit, et le pus s'écoule au dehors à travers un orifice qui devient le point de départ d'un trajet fistuleux.

Mais cette marche aiguë n'est pas la plus habituelle; le plus souvent, au contraire, la maladie affecte une marche chronique; les douleurs sont moins vives,

mais il y a de l'empâtement à la partie supérieure et externe de la cuisse, et des troubles fonctionnels. Quelle qu'ait été au début la marche de l'affection, on voit très souvent le membre prendre une attitude vicieuse, comme au cours de la coxalgie. Ainsi, chez un malade de M. Duplay, il y avait aplatissement de la fesse et abaissement du pli fessier. La cuisse était dans l'abduction associée à la flexion et à la rotation en dehors; on constatait de l'ensellure lombaire, de l'allongement apparent à la vue et du raccourcissement à la mensuration. Les mouvements communiqués à l'articulation étaient très limités; la flexion n'était possible que jusqu'à 45 degrés.

La douleur à la pression existe surtout en arrière du grand trochanter; parfois elle se fait sentir suivant le trajet du nerf sciatique. Lorsque l'affection est passée à la suppuration et qu'il s'est formé un ou plusieurs orifices fistuleux, on voit quelquefois des fongosités faire issue à leur niveau; le stylet introduit dans leur intérieur peut permettre de constater un point osseux dénudé.

Diagnostic. — Ce que nous venons de dire des symptômes permet de présager les difficultés auxquelles donnera naissance le diagnostic. C'est surtout entre la coxalgie et l'ostéite du grand trochanter que le diagnostic devra être fait. Mais si l'attitude du membre peut être exactement dans la péri-arthritis celle que nous rencontrons dans la coxalgie, la limitation des mouvements est moins considérable que dans l'arthrite coxo-fémorale; les douleurs ont leur maximum en arrière du grand trochanter; il n'y a pas de douleurs dans l'aîne, pas de douleurs à la pression sur le talon. En cas de doute, le diagnostic serait éclairé par un examen pratiqué sous le chloroforme; en effet, on peut, pendant cet examen qui place les muscles dans le relâchement, s'assurer que l'articulation de la hanche a conservé l'intégrité de ses mouvements. Il est plus difficile de différencier la péri-arthritis de l'ostéite du grand trochanter. En ce qui a trait à l'ostéite épiphysaire, elle s'accompagne en général de phénomènes généraux qu'on ne retrouve guère dans la péri-arthritis. Le diagnostic est beaucoup plus difficile en ce qui concerne l'ostéite tuberculeuse; toutefois les phénomènes sont plus limités en général, lorsqu'il s'agit d'une ostéite du grand trochanter, tandis que le gonflement est beaucoup plus étendu dans les cas d'inflammations de la bourse séreuse rétro-trochantérienne. Plus tard, quand il existe des trajets fistuleux, et que le stylet conduit sur un point osseux dénudé, il est bien difficile de dire quel a été l'élément primitivement envahi.

Un dernier diagnostic consiste à différencier l'inflammation de la bourse séreuse rétro-trochantérienne de celle de la bourse superficielle de la région. Toutefois le gonflement est moins étendu, lorsqu'il s'agit d'une inflammation de la bourse sous-cutanée, sa forme est aussi plus aplatie. Enfin on n'observe pas, pour la bourse sous-cutanée, les modifications de forme et de volume auxquelles donnent naissance les contractions du grand fessier, quand il s'agit de la bourse rétro-trochantérienne. Cette dernière bourse, en effet, aplatie pendant l'extension du membre, présente une tuméfaction plus considérable pendant les mouvements de flexion. Cela tient à ce que, pendant ces derniers mouvements, le tendon du grand fessier s'applique intimement sur la face externe du grand trochanter, supprime la partie antérieure de la poche et refoule par conséquent le liquide en arrière, d'où la tension et la saillie de la partie postérieure de la poche. Au contraire, pendant la rotation de la cuisse en dehors, la tumeur disparaît pour ainsi dire au-dessous du muscle contracté.

Pronostic. — Le pronostic ne laisse pas que d'être fort sérieux. En effet, à la différence de la péri-arthrite de l'épaule, qui le plus souvent donne seulement naissance à de la sérosité et à des fausses membranes, celle de la hanche a la plus grande tendance à la suppuration. Vu la disposition de la poche et ses diverticules multiples, le pus stagne, l'os peut être dénudé, des accidents infectieux, des lymphangites, de l'érysipèle peuvent se produire et déterminer une terminaison funeste. En dehors même de ces graves complications, le pronostic est sérieux, vu la persistance des douleurs et des troubles fonctionnels. Abandonnée à elle-même la maladie n'offre aucune tendance à la guérison spontanée. Chez un malade observé par M. Duplay, la péri-arthrite datait de vingt ans quand ce chirurgien est intervenu. Chez un homme de vingt-huit ans, opéré par nous à l'Hôtel-Dieu (1), la maladie remontait à sept ou huit ans.

Traitement. — Si, dans le cas où il s'agit d'un hygroma aigu, consécutif à un traumatisme ou de nature rhumatisme, on peut se contenter d'un traitement consistant dans le repos et des applications résolutive, en présence d'une inflammation chronique, le mieux est de pratiquer la large ouverture de la poche, suivie du lavage de sa paroi interne et du drainage. Cette conduite s'impose *a fortiori* quand il y a suppuration. On grattera à la cuiller tranchante les fongosités, et l'on pratiquera l'évidement du grand trochanter, s'il existe des points osseux nécrosés.

CHAPITRE III

ANÉVRYSMES — NÉOPLASMES OU TUMEURS DES MEMBRES

ARTICLE PREMIER

ANÉVRYSMES DES MEMBRES

Dans l'impossibilité de faire rentrer les anévrismes, soit dans les lésions traumatiques, soit dans les affections inflammatoires des membres, puisqu'ils ont tantôt l'une ou l'autre origine, nous en avons constitué un groupe à part, et nous les avons rapprochés des tumeurs proprement dites. C'est, en effet, sous la forme de tumeurs que les anévrismes se présentent le plus habituellement au chirurgien; c'est dans le groupe des tumeurs qu'il conviendrait de les faire rentrer au point de vue du diagnostic.

Nous étudierons successivement les tumeurs anévrysmales du membre supérieur et celles du membre inférieur, en faisant remarquer que, si les anévrismes du membre supérieur se rattachent surtout par leur origine aux anévrismes traumatiques, ceux du membre inférieur, au contraire, nous présentent le type le plus habituel des anévrismes spontanés. En effet, les anévrismes axillaires reconnaissent le plus souvent pour cause un traumatisme, coup de feu, coup de

(1) KIRMISSON, *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur*, p. 150.

couteau ou d'épée, rupture sous-cutanée de l'artère axillaire; les anévrismes du pli du coude ont succédé surtout à la saignée, ceux de la main et de l'avant-bras ont le plus souvent pour origine des blessures diverses. Sans doute, les anévrismes traumatiques ne sont pas rares au membre inférieur; mais c'est là qu'on observe surtout les principaux types des anévrismes spontanés, survenant en dehors de tout accident, et attribuables à l'artério-sclérose; tels que beaucoup d'anévrismes inguinaux, ceux de la cuisse et de l'artère poplitée.

I

ANÉVRYSMES DU MEMBRE SUPÉRIEUR

Nous étudierons dans trois sections distinctes : 1° les anévrismes de la main et de l'avant-bras; 2° les anévrismes de l'artère humérale; 3° ceux de l'artère axillaire.

1° ANÉVRYSMES DE LA MAIN ET DE L'AVANT-BRAS

On ne rencontre à la main que des anévrismes artériels.

L'immense majorité d'entre eux est d'origine traumatique; cependant, il existe aussi quelques exemples d'anévrismes spontanés. En général, l'anévrisme succède à une petite plaie qui a ouvert un des rameaux artériels de la main; à la suite de la compression ou de l'application d'hémostatiques, l'hémorragie primitive s'est arrêtée; mais, pendant les jours suivants, on voit se produire la tumeur anévrysmale. C'est ainsi que, dans une observation de M. Verneuil (1), un malade se pique au niveau du premier espace interosseux avec un couteau-poignard à lame très étroite. Il s'écoule un jet de sang vermeil. La plaie est pansée avec de la charpie imbibée de perchlorure de fer. Le sang s'arrête et le malade peut reprendre ses occupations; mais, deux jours après, il présente un anévrisme faux primitif. Dans d'autres cas, la cicatrisation se produit, et ce n'est qu'au bout d'un temps plus ou moins long qu'on voit la cicatrice soulevée par une tumeur anévrysmale. D'après G. Martin (2), sur 72 blessures artérielles de la paume de la main, 17 ont été suivies d'anévrisme. Roux (3) a vu survenir une tumeur anévrysmale chez un malade qui s'était réduit une luxation du premier métacarpien, en exerçant lui-même des tractions sur son pouce. Pileher, cité par Erischen, a observé un anévrisme produit sous l'éminence thénar par les chocs répétés du manche d'un marteau. M. Duvernoy a rapporté, dans sa thèse, un fait analogue. Il est relatif à un forgeron qui éprouva, pendant son travail, une douleur dans la paume de la main droite, où il remarqua l'existence d'une petite tumeur pulsatile et réductible.

En général, l'anévrisme siège dans le premier espace interosseux ou sur le trajet de l'arcade palmaire superficielle. Beaucoup plus rarement il occupe l'éminence hypothénar. M. Verneuil a opéré un anévrisme de l'artère collatérale externe de l'index.

(1) VERNEUIL, *Gazette hebdomadaire*, 1866, p. 471.

(2) G. MARTIN, *Thèse de doct. de Paris*, 1870, n° 104.

(3) ROUX, *Gaz. méd. de Paris*, 1257, p. 524.