

veineux de l'aisselle. La plus intéressante de ces observations est celle de Bergmann, qui pratiqua l'extirpation de la tumeur. « L'opération, entreprise le 26 juillet 1884, fut d'autant plus difficile qu'on ne put employer la bande d'Esmarch. Tout d'abord les vaisseaux axillaires furent dénudés au-dessus de la tumeur. La veine axillaire, grosse comme le pouce et animée de fortes pulsations, se présenta d'abord; derrière elle se trouvait une autre veine plus petite, et, dans le fond, l'artère axillaire. Cette dernière paraissait absolument normale; elle n'était ni élargie, ni sinueuse. Ensuite les vaisseaux furent isolés au-dessous de la tumeur, et ils furent liés au-dessus et au-dessous. Aussitôt les pulsations et le souffle s'arrêtèrent complètement. L'extirpation présenta de grandes difficultés. Il fallut lier de nombreux vaisseaux. La tumeur était très adhérente aux parties molles; et les nerfs musculo-cutané et cubital étaient absolument englobés dans la paroi de la varice. Le nerf musculo-cutané fut coupé, parce que sa destruction ne devait pas amener de troubles fonctionnels importants; le nerf cubital fut soigneusement disséqué. Mais il était si aminci et si altéré qu'on ne le jugea pas capable de remplir ses fonctions; alors, sans le sectionner, on réunit par des ligatures au catgut deux portions du nerf situées au-dessus et au-dessous de la partie altérée. La tumeur extirpée, on fit la suture du musculo-cutané: hémostase complète, deux drains, suture de toute la plaie. Le second jour, la température s'éleva à 50°,2, le troisième à 58°,2, puis elle retomba à la normale. Réunion par première intention. La cyanose des doigts et de la main avait disparu dès le troisième jour. Au quarante-cinquième jour, lorsque le malade quitta l'hôpital, il jouissait de l'intégrité des mouvements de son bras. Le malade a été présenté au Congrès des chirurgiens allemands, huit mois après l'opération. Aucun trouble de la motilité. Il peut se livrer sans gêne aux travaux les plus pénibles. La sensibilité est restée un peu obtuse dans le domaine du cubital (1). »

Aux faits précédents nous pouvons joindre un cas d'extirpation d'anévrysme artérioso-veineux de l'aisselle rapporté par Reclus (2). Il est relatif à un homme de quarante-quatre ans qui portait sa tumeur depuis vingt années. Celle-ci fut dénudée; comme l'artère et la veine étaient intimement unies, elles furent comprises dans une ligature unique, au-dessus et au-dessous de la poche. Tous les vaisseaux qui étaient en rapport avec le sac furent liés séparément et la tumeur enlevée. Le malade guérit.

Si la compression peut être essayée au moment même de l'accident, si l'anévrysme peut être respecté dans les cas où il ne détermine qu'une gêne minime, nous concluons en disant que, dans tous les cas où l'intervention chirurgicale s'impose, l'extirpation du sac constitue la méthode de choix.

## II

### ANÉVRYSMES DU MEMBRE INFÉRIEUR

Les anévrysmes du membre inférieur sont plus importants au point de vue chirurgical que ceux du membre supérieur. Nous étudierons dans autant de

(1) BRAMANN, *Arch. für klin. Chir.*, 1886, t. XXXIII, p. 43.

(2) RECLUS, *Semaine méd.*, 28 mai 1891.

chapters distincts : 1° les anévrysmes du pied; 2° ceux de la jambe; 3° les anévrysmes poplités; 4° les anévrysmes fémoraux; 5° les anévrysmes inguinaux et iliaques.

#### 1° ANÉVRYSMES DU PIED

Naguère encore, les anévrysmes du pied étaient à peine indiqués par les auteurs; leur étude a été constituée grâce aux recherches de M. Delorme (1) et à la thèse de son élève, M. Toussaint (2). Ils sont cependant moins rares qu'on ne pourrait le supposer tout d'abord. M. Delorme en a recueilli 14 observations, se rapportant aux anévrysmes de l'artère pédieuse et, dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*, M. Chauvel (3) a pu porter ce nombre à 20.

Les anévrysmes du pied constituent, du reste, deux groupes distincts, suivant qu'ils siègent sur la face dorsale du pied, auquel cas ils sont développés sur l'artère pédieuse, ou bien qu'ils occupent la voûte plantaire.

#### a. — ANÉVRYSMES DE L'ARTÈRE PÉDIEUSE

C'est surtout à la partie supérieure de l'artère pédieuse, près de son origine, que siègent les dilatations anévrysmales. Sur les 20 observations d'anévrysmes rassemblées par lui, M. Chauvel en compte 8 qui ont une origine spontanée et 12 traumatiques. Les hommes semblent presque seuls sujets à cette lésion, ce qui démontre bien l'action prédominante des influences traumatiques. Le plus souvent, il s'agit de plaies par instruments tranchants.

**Anatomie pathologique.** — Nous savons peu de choses des lésions qui caractérisent les anévrysmes de l'artère pédieuse. Toutefois on put constater, dans le cas de M. Panas, le nombre considérable des branches artérielles prenant naissance dans le sac lui-même ou dans son voisinage immédiat. Chez un malade de Hénop, l'anévrysme était ouvert dans les articulations; la tumeur était recouverte par les tendons des extenseurs; elle était remplie de caillots stratifiés, et dans son intérieur faisait saillie le col de l'astragale profondément usé, de même que le scaphoïde. Les artères du tarse et du métatarse naissaient l'une près de l'autre de la partie antérieure du sac.

**Symptômes et diagnostic.** — La tumeur, qui présente tous les caractères habituels des anévrysmes, siège sur le trajet connu de l'artère pédieuse. La compression de l'artère tibiale antérieure au-dessus d'elle fait quelquefois disparaître complètement les battements; mais souvent ces battements sont seulement atténués; même en comprimant le tronc artériel au-dessus et au-dessous de la tumeur, on n'arrive pas toujours à supprimer entièrement les battements; ce qui est dû à la présence de nombreuses collatérales. Seule la compression de la fémorale fait toujours disparaître et le souffle et les battements.

C'est surtout lorsque l'anévrysme est enflammé, lorsqu'il est dur, rempli de

(1) DELORME, *Des anévrysmes de la pédieuse. Gazette hebdomadaire*, 28 février 1879, et art. *Pied* du *Dict. Jaccoud*.

(2) TOUSSAINT, Thèse de doct. de Paris, 1879.

(3) CHAUVEL, art. *Pied* du *Dict. encycl.*

caillots, lorsque la peau est rouge et que les signes habituels des tumeurs anévrysmales ont disparu, qu'on est exposé à commettre une erreur de diagnostic. Chez son premier malade, M. Panas faillit ouvrir la tumeur pour un abcès; l'étude attentive des commémoratifs, en révélant l'existence antérieure d'une tumeur pulsatile dans le point occupé par l'inflammation, permettra d'éviter l'erreur.

Nous devons signaler également la possibilité de prendre pour un anévrysme de l'artère pédieuse certains sarcomes extrêmement vasculaires des os du pied, qui peuvent être animés de battements. Toutefois ces sarcomes ont, en général, une limitation moins nette; le développement rapide de la tumeur, les douleurs dont elle est le point de départ, son irréductibilité, la possibilité de constater quelquefois la présence de l'artère pédieuse dans son voisinage, sont autant de signes capables de permettre un diagnostic exact.

**Pronostic.** — Au début, la tumeur cause peu de gêne; mais, plus tard, en augmentant de volume, elle occasionne des douleurs, la marche devient difficile; en s'ouvrant dans les articulations, elle compromet les fonctions du pied; elle peut même, en s'ouvrant au dehors, causer la mort du malade. Le pronostic de ces anévrysmes abandonnés à eux-mêmes est donc grave. Il semble grave aussi, d'après les résultats fournis par l'intervention chirurgicale, du moins d'après la statistique établie par M. Chauvel, qui donne 3 morts, 2 amputations de jambe, dont une mortelle, et 11 guérisons. Il est vrai que la statistique de M. Delbet, portant sur les faits qui se sont produits depuis 1885, est plus favorable, puisque, sur 8 anévrysmes de l'artère pédieuse, on ne compte plus qu'une seule mort. Il est permis d'espérer qu'à l'avenir les anévrysmes de l'artère pédieuse, mieux connus et mieux traités, donneront une plus forte proportion de succès.

**Traitement.** — La compression indirecte a procuré quelques succès, mais à la condition qu'elle porte sur le tronc de la fémorale elle-même. La ligature de la tibiale antérieure a réussi quelquefois également; mais elle n'est pas rationnelle, étant donnée l'existence de collatérales nombreuses qui ramènent le sang dans l'intérieur du sac et y reproduisent les battements; aussi, dans 8 cas, est-elle demeurée sans résultat.

Comme le dit fort bien M. Chauvel<sup>(1)</sup>, « tout conduit à se rapprocher de la lésion, tout incite à mettre en usage la méthode ancienne, ligature des deux bouts de l'artère et des collatérales après large ouverture du sac ». Dans tous les cas où l'état anatomique des parties le permet, on pourra même, suivant le conseil donné par Delorme, préférer à l'incision simple l'extirpation du sac.

Dans tous les cas où l'anévrysme est enflammé et menace de se rompre, le doute n'est plus permis et l'opération par la méthode ancienne, ou même l'extirpation du sac, s'imposent comme une absolue nécessité.

#### b. — ANÉVRYSMES PLANTAIRES

Les anévrysmes plantaires sont extrêmement rares. MM. Delorme et Chauvel, dans leurs relevés, en ont trouvé que 2 cas, auxquels M. Delbet ajoute 2 faits

<sup>(1)</sup> CHAUVEL, art. PIED du *Dict. encycl.*

nouveaux, ce qui fournit un total de 4 observations se rapportant à des anévrysmes de la plantaire externe. Les deux cas de Masson et de Johnson, relevés par Delorme, sont des anévrysmes traumatiques, chez des enfants de sept ans et demi; Johnson, par la compression intermittente de la tibiale postérieure pendant quinze jours, puis de la pédieuse et de la tibiale antérieure, obtint en quarante-cinq jours la guérison de sa malade. Chez la petite malade de Delorme, enfant scrofuleuse, couverte de pustules d'ecthyma, la sensibilité de la peau rendait toute compression impossible. La ligature de la tibiale postérieure n'arrêta pas les battements, mais peu à peu ceux-ci disparurent spontanément, et la guérison fut obtenue. Des deux cas cités par Delbet, l'un fut guéri par la ligature au-dessus et au-dessous du sac; dans l'autre, la méthode de Reid échoua; il en fut de même des ligatures de la tibiale antérieure, de la tibiale postérieure et de la pédieuse pratiquées successivement. Il fallut faire la ligature au-dessus et au-dessous du sac.

M. Chauvel cite un seul fait d'anévrysme de la plantaire interne. Il est relatif à un jeune cordonnier qui avait eu, en 1868, le pied écrasé par une pièce de bois; il en était résulté un anévrysme faux de l'artère plantaire interne. Une ponction donna lieu à une hémorragie que la compression ne put arrêter. On lia la plantaire interne, mais il y eut une récurrence. La ligature de la tibiale antérieure fut suivie le quatrième jour d'une hémorragie nouvelle. Enfin, on lia la tibiale postérieure et la guérison fut définitive.

Le même auteur cite deux faits d'anévrysme de la tibiale postérieure au niveau du cou-de-pied. Dans le premier, qui appartient à Tamplin, il s'agit d'un anévrysme traumatique, développé quinze jours après une piqûre de la tibiale postérieure, au travers du tendon d'Achille, chez un enfant de trois mois. La compression au-dessus et au-dessous de la poche ne fit qu'aggraver le mal et la tumeur menaçait de se rompre. On ouvrit, on lia directement l'artère et l'enfant guérit sans incident.

Dans le cas de Mac Swinney, l'anévrysme, suite d'un coup de bâton, était placé immédiatement au-dessus du talon enflammé et ne présentait ni pulsation, ni souffle. Il fut ouvert par erreur. Un tamponnement n'arrêtant pas l'hémorragie, on incise largement, on vide le sac, on recherche infructueusement les deux bouts de l'artère. Le tibia étant très altéré, Swinney se décida à amputer la jambe, mais le malade succomba le second jour à une hémorragie nouvelle.

Les faits précédents montrent que, pour les anévrysmes plantaires, comme pour ceux de l'artère pédieuse, si la compression demeure insuffisante, le mieux est de recourir à la méthode ancienne, ou même, si la chose est possible, à l'excision ou à l'extirpation du sac.

#### c. — ANÉVRYSMES ARTÉRIOS-VEINEUX

Les anévrysmes artérioso-veineux du pied ne paraissent constituer que de rares exceptions. Cadge, chez un amputé de Syme pour arthrite fongueuse, constata le treizième jour, au côté interne du moignon, une tumeur grosse comme une noix, rouge, donnant lieu à un bruit de souffle et à des pulsations assez fortes. Cependant le malade marcha pendant quinze mois avec un membre artificiel. On retrouve alors, au même point, une tumeur plus volumineuse, à battements plus forts, à souffle perçu même à distance. On allait employer la

compression de la fémorale quand le malade mourut d'étranglement interne. L'autopsie montra immédiatement sous la peau la plantaire interne très dilatée, formant un sac de la grosseur d'une fève où s'abouchait une veine.

Dans une observation de Johnson, mentionnée seulement par Samuel Cooper, l'anévrysme s'était développé spontanément et siégeait sur l'artère malléolaire interne et sur la veine saphène interne.

Dans le cas de Rhode, il s'agissait plutôt d'une plaie vasculaire que d'un anévrysme véritable. Le malade avait reçu un coup de cognée sur le pied gauche. Rhode constata que les lèvres de la plaie étaient écartées, et que, dans le fond de celle-ci, il existait une tumeur bleue, de la grosseur d'une petite noix, présentant les caractères d'un anévrysme artérioso-veineux. La compression n'ayant pas réussi à arrêter l'hémorragie, Klingenberg pratiqua la ligature de la tibiaie antérieure et le malade guérit.

## 2° ANÉVRYSMES DE LA JAMBE

Si l'on en croit les auteurs classiques, les anévrysmes des artères de la jambe seraient d'une extrême rareté. Toutefois les récents travaux sur la question montrent qu'ils sont en réalité beaucoup plus fréquents. Les uns sont des anévrysmes artériels, les autres des anévrysmes artérioso-veineux.

### a. — ANÉVRYSMES ARTÉRIELS

Il existe à la jambe des anévrysmes spontanés, et d'autres qui reconnaissent une origine traumatique. Dans sa thèse, publiée en 1882, un élève de la Faculté de Bordeaux, M. Vigen, compte 56 cas d'anévrysmes spontanés de la jambe, dont 5 portaient sur le tronc tibio-péronier, 15 sur la tibiaie antérieure et 20 sur la tibiaie postérieure (1). L'auteur d'un travail assez récent, M. Vèzes (2), fournit des chiffres qui ne diffèrent pas notablement des précédents; il compte 54 cas d'anévrysmes spontanés, dont 5 pour le tronc tibio-péronier, 8 pour la tibiaie antérieure, 19 pour la tibiaie postérieure, et 2 pour les artères tibiales antérieure et postérieure à la fois.

L'âge adulte et le sexe masculin sont les deux principales circonstances prédisposantes. Deux fois seulement, dans la statistique de M. Vèzes, l'anévrysme existait chez des femmes; comme âge moyen des malades, cet auteur trouve 42 ans. Si ces anévrysmes sont spontanés, en ce sens que leur véritable origine est dans une altération des parois artérielles, il n'en est pas moins vrai que des traumatismes légers ont pu jouer le rôle de causes occasionnelles. Des marches forcées, des entorses tibio-tarsiennes, des contusions légères ont pu déterminer l'apparition des accidents.

Souvent le début de ces tumeurs est fort obscur; profondément caché sous les masses musculaires du mollet, l'anévrysme ne traduit son existence que par les douleurs et les troubles fonctionnels auxquels il donne lieu; ce sont des crampes, des irradiations douloureuses dans la jambe et le pied; quelquefois, lorsque l'anévrysme siège très haut, une gêne de l'extension du genou, qui fait que le membre reste toujours dans la demi-flexion.

(1) VIGEN, *Lésions des artères de la jambe*. Thèse de doct. de Bordeaux, 1882.

(2) VÈZES, *Anévrysmes des artères de la jambe*. Thèse de doct. de Paris, 1890, n° 82.

C'est parfois à la suite d'une fatigue, d'une marche forcée, d'un mouvement brusque, que le malade accuse une sensation de rupture, un engourdissement, une douleur plus ou moins violente. Enfin l'anévrysme se dessine sous la forme d'une tumeur, ou plutôt, dans bon nombre de cas, sous l'aspect d'une tuméfaction diffuse. On y retrouve les pulsations, le souffle et quelquefois le thrill qui caractérise habituellement les anévrysmes artérioso-veineux. La compression de la fémorale fait disparaître tous ces symptômes.

L'anévrysme, par sa présence, gêne la circulation dans les troncs veineux avoisinants; de là, la dilatation des veines superficielles, et même l'œdème. Les nerfs tibiaux antérieur et postérieur, le nerf musculo-cutané, sont également le siège de compression; de là, des crampes, des fourmillements dans la jambe et le pied, et même des paralysies.

En général, ces anévrysmes ont une marche progressive; il est très exceptionnel de les voir tendre spontanément vers la guérison. Si la poche s'enflamme, les phénomènes de compression s'exagèrent; on peut voir des plaques de sphacèle se développer sur le membre, la luxation de la tête du péroné, une ostéite raréfiante, conduisant à l'incurvation du péroné et du tibia.

**Diagnostic.** — Vu leur siège profond au-dessous des couches musculaires du mollet, les anévrysmes de la partie supérieure de la jambe ont donné naissance à de fréquentes erreurs de diagnostic.

Tout d'abord les tumeurs pulsatiles de l'extrémité supérieure du tibia ont pu en imposer pour de véritables anévrysmes. Mais cela est surtout vrai pour les anévrysmes de l'artère tibiaie antérieure, car c'est en avant que proéminent les tumeurs de l'extrémité supérieure du tibia; encore est-il rare que ces tumeurs présentent une consistance molle, égale, comme celle des anévrysmes. Le plus souvent, au contraire, elles sont de consistance inégale, ici molles, là d'une dureté osseuse, présentant par places la crépitation parcheminée. Il est bien rare également qu'on trouve dans les tumeurs osseuses une réductibilité aussi marquée que dans les anévrysmes. Quant aux tumeurs anévrysmales de l'artère tibiaie postérieure et du tronc tibio-péronier, elles se distinguent des tumeurs osseuses de l'extrémité supérieure du tibia en ce qu'elles font saillie du côté de la face postérieure du membre.

Lorsqu'ils étaient le siège de phénomènes inflammatoires, les anévrysmes de la partie supérieure de la jambe ont pu être pris pour des abcès et incisés comme tels. Dans sa thèse, M. Vèzes signale 5 observations dans lesquelles l'erreur a été commise, et où se sont produites des hémorragies consécutives.

Pour toutes les raisons que nous venons d'énumérer, difficultés du diagnostic, tendance à l'inflammation et à la diffusion, les anévrysmes de la partie supérieure de la jambe comportent un pronostic plus grave que ceux des parties moyenne et inférieure.

**Anévrysmes traumatiques.** — Les anévrysmes des artères de la jambe reconnaissant une origine traumatique sont loin d'être rares. M. Vèzes, dans son travail, en relate 52 observations, dont 25 portant sur la tibiaie antérieure, 24 sur la tibiaie postérieure, 5 sur le tronc tibio-péronier, 2 sur l'artère péronière, et 1 portant à la fois sur les artères tibiales antérieure et postérieure.

Les différents traumatismes, plaies par instruments piquants, tranchants, contondants, et surtout les plaies par armes à feu peuvent devenir l'occasion de ces anévrysmes. Mais une variété intéressante est celle dont la cause est

dans une fracture des os de la jambe. Parfois la fracture qui donne naissance à l'anévrysme est compliquée de plaie; mais cette circonstance n'est pas nécessaire, et en dehors de toute lésion du tégument externe, les fractures de jambe peuvent devenir l'origine de lésions artérielles, aboutissant elles-mêmes à la formation de tumeurs anévrysmales. C'est alors la pointe des fragments qui détermine la blessure des parois de l'artère.

Dupuytren (1) a pu réunir 7 observations d'anévrysmes compliquant les fractures de jambe, et il s'attache à démontrer les résultats heureux fournis en pareil cas par la ligature de la fémorale. Cette question a été étudiée en 1874 dans la thèse de M. G. Laurent (2). Elle est également traitée dans le mémoire de M. Nepveu, publié dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* (3). L'auteur y mentionne 14 cas d'anévrysmes survenus dans les fractures de jambe. Dans un cas, celui d'Oré, la lésion siégeait sur l'artère nourricière du tibia; 6 fois, la tibiale antérieure était atteinte; 2 fois, c'était l'artère tibiale postérieure, 1 fois la péronière. Dans 4 autres cas, le siège précis de l'anévrysme n'a pas été déterminé.

Dans sa thèse, M. Vèzes porte à 20 le nombre de ces anévrysmes compliquant les fractures. La lésion siège le plus souvent sur l'artère tibiale antérieure; 11 fois, l'anévrysme occupait ce siège; 5 fois, la tibiale postérieure était lésée; 2 fois, c'était le tronc tibio-péronier, 1 fois l'artère péronière; enfin, dans un cas, on n'aurait pas pu diagnostiquer le siège de la lésion.

Nous savons peu de chose sur l'anatomie pathologique de ces anévrysmes. Moore, qui a dû amputer son malade le trente-sixième jour après l'accident, a trouvé sur la tibiale antérieure un sac anévrysmal de la grosseur d'une amande, qui était déchiré par le fragment inférieur du tibia. Le sac était mince, rougeâtre, friable; l'ouverture du vaisseau, lisse, arrondie sur ses bords, laissait passer une sonde. Sur le blessé de Pelletan, le sac qui était situé sur le trajet de la péronière, était limité en arrière par le soléaire, sur les côtés par les muscles profonds de la jambe; il s'étendait en avant sur la membrane interosseuse, qui avait été déchirée par les fragments. Il était rempli de caillots; le calibre du vaisseau était libre au-dessus de sa déchirure; au-dessous il était oblitéré. Le sac avait été déchiré par les fragments pointus du péroné; le tibia était consolidé.

Les anévrysmes traumatiques de la jambe peuvent se produire dans deux circonstances différentes, au moment même de l'accident, ou plus ou moins longtemps après. Une artère de la jambe étant ouverte, on peut voir se former immédiatement un gonflement du membre, qui présente l'expansion et le souffle caractéristiques. Dans d'autres cas, la cicatrisation se produit, et ce n'est qu'au bout d'un temps plus ou moins long que, la cicatrice artérielle se laissant distendre, on assiste à la formation d'un anévrysme. Ces mêmes circonstances étiologiques se retrouvent dans les anévrysmes qui succèdent aux fractures de jambe. Dans quelques cas, en effet, on voit l'anévrysme se produire presque immédiatement; c'est ce qui eut lieu dans les faits de Dupuytren, de Delpech et de Verneuil, où la tumeur anévrysmale se produisit le premier jour après

(1) DUPUYTREN, *Mémoire sur les anévrysmes. Répert. général d'anat. et de physiol.*, 1828, t. V, p. 217.

(2) G. LAURENT, *Des anévrysmes compliquant les fractures*. Thèse de doct. de Paris, 1874.

(3) NEPVEU, *Des lésions vasculaires dans les fractures de jambe. Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 28 avril 1875, p. 565.

la fracture. Dans d'autres faits, la tumeur anévrysmale ne s'est montrée qu'au bout d'un temps qui a varié du trentième au quarante-deuxième jour. Dans certains cas, c'est au moment de la levée de l'appareil que l'anévrysme s'est fait jour; ainsi, dans le fait de Pelletan, le membre grossit d'un sixième dans les quatre heures qui suivirent la levée de l'appareil. C'est sans doute à la suppression de la compression qui soutenait la cicatrice artérielle et à l'afflux subit du sang dans le membre qu'est due l'apparition de l'anévrysme à ce moment.

Lorsque l'anévrysme se forme immédiatement après le traumatisme, généralement le membre est très tuméfié, la peau présente une couleur marbrée; en un mot, on observe tous les signes d'une infiltration sanguine. Dans les cas où l'anévrysme se développe sur un membre atteint de fracture avec plaie, on peut observer des hémorragies secondaires avant l'apparition de la tumeur.

Les anévrysmes secondaires affectent les caractères habituels des tumeurs anévrysmales. Quelquefois cependant, ici encore, on rencontre une tuméfaction diffuse plutôt qu'une tumeur bien limitée.

En général, les anévrysmes traumatiques de la jambe ont tendance à augmenter rapidement de volume; ils déterminent du côté des veines et des nerfs des phénomènes de compression; de là, l'œdème et l'engourdissement du pied. Parfois la peau est rouge, distendue, luisante, et l'on voit survenir des phénomènes de suppuration, et même la gangrène. Cependant cette aggravation n'est pas fatale, et dans les anévrysmes compliquant les fractures, la guérison spontanée a été observée.

Déjà nous avons fait remarquer la difficulté du diagnostic, tenant à la présence de l'anévrysme au-dessous des muscles épais du mollet, à la diffusion de la tumeur, et s'aggravant encore par l'adjonction de phénomènes inflammatoires. Il est également fort difficile de déterminer sur quel vaisseau siège la tumeur, de savoir, par exemple, s'il occupe le tronc tibio-péronier ou l'artère tibiale antérieure à son origine. C'est ainsi qu'une malade s'était blessée avec un couteau au niveau de la région antéro-externe de la jambe, à sa partie supérieure, et l'opération démontra que, chez elle, le tronc tibio-péronier avait été ouvert, tandis que la tibiale antérieure était intacte.

**Traitement des anévrysmes de la jambe.** — Il est fort difficile d'établir des conclusions relatives au traitement des anévrysmes de la jambe, les faits n'étant pas assez nombreux, et surtout n'étant pas toujours comparables entre eux. D'après le travail de M. Vèzes, la compression élastique aurait été employée 4 fois, elle aurait fourni 5 guérisons et 1 gangrène suivie de mort.

La compression indirecte appliquée sur l'artère fémorale dans 25 cas a fourni 15 guérisons et 12 insuccès; il y a eu 2 gangrènes et 2 morts, dont l'une à la suite de symptômes cérébraux qui ont fait supposer une lésion des artères intra-crâniennes. Il est à remarquer, du reste, que le malade présentait, en même temps qu'un anévrysme de la tibiale antérieure, un anévrysme de la faciale et de la temporale. Cette mort ne doit donc pas être mise sur le compte du traitement. Dans le second cas, la mort a été la conséquence de l'amputation.

La ligature à distance a porté 24 fois sur la fémorale, et 1 fois sur l'iliaque externe. Elle a donné 16 guérisons et 9 insuccès, 4 fois, il y a eu de la gangrène; 6 fois la mort est survenue, mais, dans 5 de ces cas, la ligature elle-même ne saurait être incriminée.