

sur l'artère et une sur la veine. L'ouverture veineuse et l'ouverture profonde de l'artère se convertirent en un seul orifice établissant entre les deux vaisseaux une communication permanente; de plus, l'ouverture superficielle de la crurale restant béante produisit un anévrisme traumatique artériel. Il y avait donc simultanément phlébartérie et anévrisme artériel; en d'autres termes, la poche anévrysmale était située sur l'artère, et non sur la veine, comme à l'ordinaire. Aussi M. Broca donne-t-il à cet anévrisme le nom d'anévrisme variqueux enkysté artériel. Baroni (1) prétend que, dans le cas qu'il a opéré, l'artère fémorale commune, la veine correspondante, la fémorale profonde et la circonflexe externe de la cuisse communiquaient avec la poche anévrysmale. L'artère fémorale superficielle était oblitérée au-dessous de la tumeur, et, au-dessus, la veine fémorale commune était ouverte dans l'étendue de trois lignes, jusqu'à sa jonction avec la saphène; Follin fait remarquer qu'une disposition si compliquée du sac anévrysmal ne doit pas être rare dans ces anévrysmes artérioso-veineux de la partie supérieure de la fémorale, là où naissent dans un espace si étroit tant de branches collatérales.

**Symptômes et marche.** — Le développement de l'anévrisme artérioso-veineux ne se fait pas toujours de la même manière. Dans un certain nombre de cas, la tumeur semble ne se former que plus ou moins longtemps après le traumatisme. Ainsi, dans le cas de Larrey, au dire du malade, le jet sanguin de la plaie avait tous les caractères des hémorragies veineuses; il était continu, non saccadé, et ce n'est qu'un mois après cet accident qu'on s'aperçut d'une tumeur pulsatile et frémissante à la cuisse. Chez le malade d'Huguier, la compression faite pour arrêter l'hémorragie fut maintenue pendant environ trois mois; puis le membre revint à son état normal; cependant le malade y sentait de l'engourdissement et des battements au niveau de la plaie. Pendant les quatre années qui suivirent, le membre ne présenta rien de particulier, sauf les battements, et ce n'est qu'au bout de six années qu'apparut la tumeur avec tous ses caractères.

On trouve dans ces anévrysmes les battements, le bruit de souffle et le frémissement caractéristiques. La dilatation veineuse présente des caractères variables: chez le malade observé par Henry, le membre était couvert de veines variqueuses très volumineuses et de quelques veines capillaires, mais la veine saphène interne ne présentait pas de dilatation marquée; dans un autre cas, elle était seulement dilatée dans l'étendue de 6 pouces, au-dessous de son abouchement dans la veine crurale.

Le membre sur lequel siège l'anévrisme est en général engourdi, plus faible, disposé à l'œdème. Sur le malade d'Huguier, tout le membre inférieur gauche présentait une tuméfaction considérable; il était arrondi en pain de sucre, et était augmenté d'un quart environ. Dans le cas de Giralès (*Société de chirurgie*, 1855), le membre malade offrait un gonflement énorme, et à cette hypertrophie avec œdème se joignaient des varices superficielles considérables, et des ulcérations aux jambes. Le squelette lui-même était hypertrophié en longueur. La cuisse, la jambe et le pied du côté malade, comparés avec les mêmes segments du membre sain, offraient un allongement total de 5 centimètres. Dans plusieurs cas (Henry, Larrey), une compression de la tumeur, assez forte pour empêcher le sang d'y affluer, donnait lieu à un sentiment d'angoisse très marqué vers la région cardiaque.

(1) BARONI, *Arch. gén. de méd.*, 1840, t. VIII, p. 105.

Quoique ces poches anévrysmales puissent, pendant la toux, éprouver une notable augmentation de volume, on ne saurait jamais, dit Follin, les confondre avec des hernies.

Dans la plupart des cas, l'affection remontait à plusieurs années (huit ans dans le cas de Huguier, douze ans dans celui d'Henry, quatorze ans dans celui de Giralès). C'est dire que l'anévrisme artérioso-veineux de la fémorale, comme celui des autres régions, a une grande tendance à rester stationnaire. Toutefois cette marche n'est pas fatale; dans d'autres cas, la tumeur peut prendre une marche envahissante. Les troubles auxquels elle donne lieu, hypertrophie du membre, œdème, ulcérations, peuvent rendre nécessaire une intervention chirurgicale.

**Traitement.** — La ligature par la méthode d'Anel appliquée aux anévrysmes artérioso-veineux de la cuisse a donné les plus tristes résultats. Dans le cas cité par Alquié (1), il s'agissait d'un homme de vingt-sept ans, chez lequel la pointe d'un couteau avait pénétré au milieu de la cuisse. L'anévrisme variqueux qui en résulta augmenta au point d'acquies le volume d'une orange de moyenne grosseur. Le 18 mai 1858, Lallemand pratiqua la ligature de l'artère à 6 centimètres au-dessous de l'arcade de Fallope; cinq jours après, il y eut une hémorragie secondaire pour laquelle Lallemand fit la ligature de l'iliaque externe; mais de nouvelles hémorragies secondaires déterminèrent la mort du malade. Le résultat ne fut pas meilleur chez le malade opéré par Picard (de Joigny) et présenté à la Société de chirurgie par M. Larrey, malade dont nous avons déjà parlé. Il s'agit de ce maréchal des logis qui, dans un duel au sabre, avait été blessé à la partie supérieure et interne de la cuisse. La fémorale fut liée à 1 pouce 1/2 au-dessous du ligament de Fallope, et la guérison de la plaie fut obtenue en un mois; mais le résultat curatif fut tout à fait nul. Dès le lendemain, on entendait le bruit de souffle dans les deux lobes de l'anévrisme, presque aussi fortement qu'avant la ligature, et, le troisième mois, tous les symptômes existaient comme auparavant; le volume de la tumeur même, loin de diminuer depuis l'opération, s'était accru sensiblement.

Malgaigne, dans le cas publié par M. Jaccoud (2), opéra son malade par la ligature de la fémorale, au-dessus et au-dessous du sac, mais sans ouvrir celui-ci. Il se guida, dans ce cas, sur un cordon dur que formait le vaisseau. Pendant huit jours, tout alla bien, mais il survint une suppuration abondante, des hémorragies, une angine, et le malade mourut. A l'autopsie, on trouva l'artère crurale coupée au niveau des deux ligatures; dans le bout supérieur, existait un caillot qui ne suffisait pas pour arrêter l'hémorragie, et dans le bout inférieur il n'y avait aucun caillot. Velpeau a obtenu un succès par cette méthode. Dans un cas où la compression et la flexion avaient échoué, Spence (3) lia l'artère au-dessous et au-dessus du sac sans l'ouvrir; il obtint une guérison.

La compression directe, qui doit être repoussée dans le traitement des anévrysmes artériels, peut fournir des résultats avantageux pour les anévrysmes artérioso-veineux. Broca la considère même comme la méthode de traitement par excellence pour les anévrysmes artérioso-veineux de l'aîne et de la cuisse.

(1) ALQUIÉ, *Clinique chir. de l'Hôtel-Dieu de Montpellier*, 1858, t. II, p. 245-249.

(2) JACCOUD, *Bull. de la Soc. anat.*, 1858, p. 555.

(3) SPENCE, Congrès de l'Assoc. méd. anglaise. *Arch. gén. de méd.*, 6<sup>e</sup> série, 1875, t. XXVI, p. 492.

Si nous consultons à cet égard la statistique de M. Delbet, nous voyons que, sur 11 cas, la compression a donné 2 guérisons. La première est celle du malade d'Hesselbach (1) qui avait reçu un coup de sabre au milieu de la cuisse. Quelques jours après, on constata les signes d'une varice anévrysmale, et le traitement fut commencé aussitôt : enveloppement du membre et compression directe sur la tumeur avec des compresses et des tampons. Au bout de trois semaines, le souffle est moindre; au bout de cinq semaines, il a presque disparu; à la dixième semaine, lorsque le malade se lève pour la première fois, le souffle disparaît subitement. Dans le cas de M. Trélat (2), l'anévrysme artérioso-veineux s'était d'abord transformé en anévrysme artériel; celui-ci a guéri par la compression.

Il est donc indiqué d'avoir recours tout d'abord à la compression directe sur la tumeur à laquelle on peut ajouter la compression indirecte sur l'artère.

Les résultats fournis par la ligature par la méthode d'Anel ont été désastreux, puisque, sur 10 ligatures, il y a 2 guérisons seulement, 5 morts et 5 échecs ou récidives; la ligature par la méthode d'Anel est donc à rejeter. C'est à la ligature de l'artère et de la veine, au-dessus et au-dessous du sac, qu'il faut donner la préférence dans tous les cas où les deux ligatures peuvent être placées assez près l'une de l'autre pour qu'on n'ait pas lieu de craindre qu'une collatérale interposée vienne amener la récidive. Dans les circonstances inverses, c'est à l'extirpation de la poche anévrysmale qu'il faut avoir recours. L'extirpation a été faite 1 fois par Wahl (3). L'opération ne présenta pas de difficultés sérieuses, mais il fut impossible de lier isolément le bout périphérique des vaisseaux; on dut pratiquer la ligature en masse.

##### 5° ANÉVRYSMES INGUINAUX ET ILIAQUES

Nous imiterons l'exemple de Follin, et nous étudierons dans un même article les anévrysmes inguinaux, c'est-à-dire ceux qui font saillie dans la région inguinale, qu'ils aient pris leur origine sur la fémorale ou sur l'iliaque externe, et les anévrysmes iliaques formés aux dépens de l'une ou l'autre des artères iliaques, quelquefois de l'iliaque primitive, et qui se développent dans la fosse iliaque même. Dans bon nombre de cas, il est impossible de préciser d'une manière exacte si la tumeur a pris son point de départ sur la fémorale ou sur l'iliaque externe; d'ailleurs les mêmes considérations thérapeutiques sont applicables aux deux variétés d'anévrysmes.

Il est à remarquer que la fréquence des tumeurs anévrysmales n'est pas la même pour chacune des artères que nous venons de nommer. L'iliaque primitive n'est que rarement le siège d'anévrysmes isolés, tandis qu'on les rencontre bien plus fréquemment sur l'iliaque externe et sur la fémorale; les anévrysmes inguinaux appartenant à la fémorale sont du reste beaucoup plus fréquents que ceux de l'iliaque externe.

Malgaigne (4), en 1846, a publié un mémoire sur les anévrysmes inguinaux et

(1) HESSELBACH, *Jahrb. der phys.-med. Gesellschaft*, Wurzburg, 1828.

(2) TRÉLAT, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1884, p. 555.

(3) ED. VON WAHL, *Saint-Petersb. med. Woch.*, 1885, p. 55.

(4) MALGAIGNE, *Mémoire sur les anévrysmes de la région inguinale et sur leur traitement*, *Journal de chirurgie*, 1846, t. IV, p. 2 et 42.

leur traitement; nous-mêmes (4), nous avons communiqué à la Société de chirurgie un mémoire sur le même sujet.

**Étiologie.** — Les anévrysmes inguinaux sont surtout fréquents chez l'homme. Les conclusions auxquelles nous sommes arrivés à cet égard confirment pleinement celles de Malgaigne et de Norris (2).

Sur 65 observations relevées par Malgaigne, il y avait une seule femme. Sur 100 cas, Norris en a trouvé 5 chez les femmes. Sur 48 de nos observations où le sexe est indiqué, nous en avons relevé 45 chez l'homme et 3 seulement chez la femme (5).

Quant à l'âge, le plus grand nombre des anévrysmes inguinaux, d'après Malgaigne, se voit de 50 à 45 ans; sur 81 cas, Norris en compte 29 de 20 à 50 ans, et 26 de 50 à 40. C'est aussi entre 50 et 40 ans que nous trouvons le maximum de fréquence dans nos observations, soit 19 cas de 50 à 40 ans, et 10 de 20 à 50 ans, sur un total de 45 cas.

Il n'y a aucune prédominance marquée sous le rapport du côté. Sur 48 cas où le côté est signalé, Malgaigne en compte 25 à droite, 21 à gauche, et 2 des deux côtés à la fois. Norris note 57 fois le côté droit, et 52 fois le côté gauche. Dans nos observations, le côté droit se trouve noté 21 fois, le côté gauche 18 fois; 2 fois seulement les deux côtés étaient atteints simultanément.

L'une des circonstances étiologiques le plus souvent indiquées, c'est le traumatisme. On comprend dès lors la fréquence spéciale de ces anévrysmes dans le sexe masculin. L'influence de l'effort était nette chez le malade de Malgaigne. Sur ses 68 observations, il en trouve 14 où les malades accusaient des efforts pour soulever ou remuer de lourds fardeaux. Dans un quinzième cas, l'anévrysme avait été déterminé par des efforts de toux; dans un autre, c'était une marche forcée; dans un dernier, une chute durant une lutte; 6 fois, c'était un choc direct sur l'aîne. Une fois l'anévrysme avait succédé à une plaie par arme à feu, d'abord cicatrisée. Dans 11 cas, sur les 55 observations d'anévrysmes que nous avons réunies, nous trouvons noté le traumatisme, qu'il s'agisse d'un effort, d'une chute ou d'un coup.

Middleton Goldsmith (4) a publié un cas curieux dans lequel un anévrysme inguinal était dû à la contusion de l'artère par la tête du fémur dans une luxation non réduite. Un homme de quarante ans se luxa le fémur gauche, et la tête de l'os vint se placer au-dessous de l'arcade de Fallope, sur le bord du bassin, en soulevant l'artère fémorale. Cette luxation resta non réduite pendant deux mois. Le blessé présentait un gonflement diffus qui occupait l'aîne, remplissait la fosse iliaque et s'étendait jusqu'au milieu de la cuisse. On ne sentait que de faibles pulsations dans cette tumeur, qui s'était montrée déjà cinq jours après l'accident. On fit la ligature de l'iliaque primitive, mais le malade mourut au bout de cinq jours. A l'autopsie, on trouva la tête du fémur dans un sac anévrysmal formé aux dépens des artères fémorale et iliaque externe perforées dans l'étendue d'un pouce à leur partie postéro-externe.

(1) KIRMISSON, *Mémoire sur les anévrysmes inguinaux et sur la ligature de l'artère iliaque externe*, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 11 juin 1884, p. 478.

(2) NORRIS, *On tying the iliac arteries*, *Amer. Journal of med. sciences*, 1847, t. XIII, p. 20.

(3) Nos recherches ont porté sur 90 cas de ligature de l'iliaque externe, publiés de 1865 à 1885, postérieurs par conséquent à la statistique de Eutter qui a paru dans l'*American Journal* de 1864.

(4) MIDDLETON GOLDSMITH, *Louisville med. Journal*, 1<sup>er</sup> fév. 1860.

Une circonstance étiologique particulièrement intéressante dans l'histoire des anévrysmes inguinaux, c'est l'existence d'abcès ou de bubons antérieurs. A propos du fait qui lui est personnel, Malgaigne se demande si le bubon qui avait existé chez son malade n'a pas eu quelque influence éloignée sur la production de l'anévrysme. Il rappelle que cette circonstance d'un bubon suppuré et cicatrisé se trouve dans les observations de Guattani, de Salomon, de Garviso, de Bujalski, de Deguise et d'autres. Dans nos observations, nous avons rencontré 5 fois l'existence antérieure de bubons; deux de ces faits sont surtout dignes d'intérêt.

Rouse (1) rapporte le cas d'un jeune homme de vingt-huit ans, portant, en même temps qu'une syphilis constitutionnelle, un bubon ulcéré dans l'aîne droite. Le bubon semblait guéri, quand, le 7 décembre, survint un frisson, avec de la rougeur et de l'œdème autour de la plaie. La rougeur tomba, mais le gonflement ne diminua point. Le 11 décembre, des pulsations distinctes et un fort bruit de râpe pouvaient être perçus au niveau de la tumeur; la compression de l'iliaque externe arrêtait les battements. Le 12 décembre, l'iliaque externe fut liée avec de la soie; la ligature tomba le 29, et, en quelques jours, la plaie opératoire fut guérie, mais le bubon n'avait pas bonne apparence; le 17 janvier, il commença à s'étendre rapidement, et, le 25, une large escarre se détacha. Peu d'heures après survint subitement une hémorragie qui fit perdre au malade environ 10 onces de sang. M. Rouse débrida largement la plaie et ouvrit ainsi une vaste cavité remplie de caillots décomposés. La fémorale fut trouvée escarifiée dans l'étendue de 1/2 pouce. L'artère fut liée ainsi qu'une collatérale qui donnait du sang, et le malade arriva à la guérison.

Le cas de Baker (2) n'est pas moins intéressant; il est relatif à un jeune homme de vingt-quatre ans, qui portait un anévrysme de la fémorale primitive gauche. Trois mois auparavant, il avait eu, dans l'aîne du même côté, un abcès qui fut ouvert par un médecin; le pus s'écoula librement avec une petite quantité de sang. Un mois après, le malade éprouva soudain une douleur à la partie supérieure et interne du membre, et, un peu plus tard, il aperçut une petite tumeur sur la région de l'artère, un peu au-dessous du ligament de Poupart. A l'entrée du malade, la tumeur s'étendait du ligament de Poupart à 4 pouces au-dessous. La peau rouge menaçait de se rompre. Sur le bord supérieur de la tumeur se trouvait un sinus, à travers lequel s'écoulait une petite quantité de sanie noirâtre. C'était là le point où avait été ouvert l'abcès trois mois auparavant. Il n'y avait aucune affection du cœur ou des poumons, ni des artères, ni des veines. M. Baker fit la ligature de l'iliaque externe; quinze jours après, la poche se rompit et livra passage à une sanie noirâtre; néanmoins, il n'y eut aucun incident à la chute du fil, qui eut lieu vingt et un jours après la ligature, et le malade guérit.

Nul doute que les deux faits précédents n'aient trait à l'ulcération d'artères au contact de foyers purulents; mais l'interprétation est plus difficile pour les cas où, comme chez le malade de Malgaigne, l'anévrysme ne se montre que plus ou moins longtemps après la suppuration, alors que la cicatrisation du bubon ou de l'abcès est complète. Il est permis de se demander toutefois si, dans ces cas, l'inflammation des ganglions voisins n'a pas gagné la paroi artérielle et

(1) ROUSE, *Saint-George's hospital Reports*, 1877-1878, t. IX, p. 262.

(2) BAKER, *The Lancet*, et *The medical Times*, 5 mai 1866.

déterminé dans sa structure des modifications préparant la dilatation anévrysmatique qui ne s'est manifestée que plus tardivement.

On trouve, dans l'étude des anévrysmes inguinaux, les mêmes causes générales que pour les anévrysmes des autres régions, savoir l'arthritisme, la syphilis, l'alcoolisme. Du reste, souvent ces anévrysmes ne sont qu'une localisation particulière d'une maladie générale du système artériel, ainsi que le montre leur coïncidence avec d'autres tumeurs anévrysmales. Déjà Norris, sur ses 100 cas, note 4 fois l'existence simultanée d'un anévrysme inguinal et poplité; 8 fois, sur les 55 cas d'anévrysmes inguinaux que nous avons réunis, nous avons trouvé notée la coexistence chez un malade de plusieurs anévrysmes, et surtout d'anévrysmes occupant à la fois l'aîne et le creux poplité. Le malade de M. Berger avait été guéri par la compression digitale d'un anévrysme poplité à droite, avant de voir apparaître dans l'aîne du même côté une tumeur pulsatile, au point même où avait été pratiquée la compression.

Une observation de Henri Steele (1) est particulièrement intéressante au point de vue de la multiplicité de ces anévrysmes; il s'agit d'un homme de soixante-trois ans que Steele avait soigné dix ans auparavant pour un anévrysme fémoral du côté gauche, situé un peu au-dessus du commencement du canal de Hunter. La ligature avait été faite dans le triangle de Scarpa, et le malade avait guéri. Aucun nouveau trouble circulatoire ne s'était montré jusqu'il y a quinze mois, dit Steele, époque à laquelle le malade se présenta avec un autre anévrysme à la place correspondante du côté opposé. La ligature de la fémorale fut faite comme la première fois. Le malade était à peine sur pieds qu'il eut une attaque de rhumatisme aigu qui porta sur le cœur. Au commencement d'août, il revint avec un anévrysme dans l'aîne gauche, débordant un peu en haut le ligament de Poupart. Le 11 août, ligature de l'iliaque externe au catgut; il y eut une suppuration abondante et des hémorragies secondaires répétées. Le 5 octobre, on tenta de lier l'iliaque externe. Mais, quand déjà l'opérateur avait les doigts sur les vertèbres lombaires, une syncope du malade l'obligea à s'arrêter; la mort survint une heure et demie après. A l'autopsie, on trouva tout à fait à l'origine de l'iliaque externe, ou plutôt sur le côté externe de l'iliaque commune, un petit anévrysme qui s'était rompu en donnant lieu aux hémorragies. De sorte que le même malade avait présenté successivement quatre tumeurs anévrysmales : deux anévrysmes fémoraux et deux anévrysmes iliaques.

**Symptômes.** — Les malades atteints d'anévrysmes inguinaux ont souvent éprouvé une vive douleur dans la région de l'aîne, au moment de l'effort qui a été le point de départ de l'affection. Puis, au bout d'un temps variable, une petite tumeur se montre dans l'aîne ou dans la région iliaque. La connaissance exacte du siège primitif de l'anévrysme est très utile pour le diagnostic; car, plus tard, le volume souvent énorme de la tumeur ne permet pas de connaître l'origine de la lésion. Il est bon, du reste, de se rappeler que les anévrysmes inguinaux ont le plus souvent pour point de départ l'artère fémorale. C'est là la conclusion à laquelle est arrivé Malgaigne, conclusion confirmée par nos recherches, puisque, dans 20 seulement de nos observations, l'anévrysme dépassait l'arcade de Fallope. On comprend dès lors que la ligature de l'iliaque externe soit le plus souvent suffisante.

(1) HENRI STEELE, *Edinburgh med. Journal*, janvier 1870, p. 605.

Malgaigne note que la marche des anévrysmes inguinaux est en général très rapide. C'est aussi ce qui ressort de nos observations. Quand l'anévrysme débute par la partie supérieure de la fémorale, il envoie parfois un prolongement inférieur vers la cuisse, et un autre supérieur dans la fosse iliaque, au-dessus du ligament de Fallope. La résistance de ce ligament explique la forme bilobée de la tumeur. Mais, si l'anévrysme prend naissance sur l'iliaque externe ou sur l'iliaque primitive, il n'y a aucune résistance à son développement qui peut devenir considérable, et la tumeur empiète alors plus ou moins sur la cavité abdominale.

On trouve en général tous les symptômes caractéristiques des anévrysmes. Cependant la tumeur, après être restée quelque temps molle et pulsatile, devient parfois assez dure et cesse de donner des pulsations évidentes. Cela tient à la formation de caillots dans son intérieur, et peut devenir la cause d'erreurs de diagnostic.

La facilité avec laquelle l'anévrysme se développe, lorsqu'il prend naissance dans la fosse iliaque, explique ces faits, d'ailleurs exceptionnels, dans lesquels la tumeur n'a pas été aperçue par le malade lui-même. Ainsi, dans un cas rapporté par J. Hughes<sup>(1)</sup>, un homme, qui n'avait jamais eu d'indisposition antérieure, commença à éprouver des douleurs dans le ventre un vendredi, et, le dimanche suivant, il mourait. A l'autopsie, on trouva un anévrysme de l'iliaque primitive droite avec rupture du sac. Le sang s'était répandu, en partie dans le péritoine, en partie entre les lames du mésentère.

La guérison spontanée n'a été que très rarement observée. Malgaigne cite deux cas de cette nature. Dans celui de M. A. Séverin<sup>(2)</sup>, un anévrysme de l'aîne fut guéri par le sphacèle de la totalité de la tumeur; il existe un cas analogue d'Abernethy, dans lequel la guérison se fit attendre pendant une année. Mais le plus souvent le sphacèle de la tumeur a déterminé la mort, soit par épuisement, soit par hémorragie. Dans un cas de Guattani, un anévrysme inguinal fut attaqué de gangrène; il se détacha une grande quantité d'escarres composées du sac anévrysmal et des parties adjacentes, mais le malade épuisé ne survécut que cinq semaines. A l'autopsie, on trouva l'iliaque externe très contractée et remplie par un caillot consistant. Chez un malade de Ramsden, et chez celui auquel A. Cooper lia l'aorte, la gangrène de la tumeur fut suivie d'une hémorragie mortelle.

L'anévrysme, en se développant, peut causer aussi la gangrène du membre. Cette gangrène était imminente chez un malade d'A. Cooper, au moment où ce chirurgien lia l'iliaque primitive; elle se manifesta peu de temps après, et l'on dut amputer la jambe.

Citons enfin les cas dans lesquels le développement des anévrysmes inguinaux a été l'origine de lésions osseuses. Dans un cas de James, il y avait une ostéite du pubis, bien que l'anévrysme n'eût pas même deux mois de durée; dans un cas de Syme, datant de quatre mois, l'ostéite du pubis s'accompagnait d'une destruction de la capsule de l'articulation coxo-fémorale.

**Diagnostic.** — C'est surtout avec certains ostéosarcomes pulsatiles du bassin qu'on a pu confondre les anévrysmes iliaques. Dans un cas de Stanley<sup>(3)</sup>, la tumeur iliaque pulsatile faisait saillie sur les deux faces de l'ilion, et avait assez aminci la crête iliaque pour qu'un fragment d'os fût devenu mobile. De tels

(1) J. HUGHES, *The Dublin hosp. Gazette*, 1856, vol. III, p. 8.

(2) A. SÉVERIN, *De recondita natura abscessuum*, p. 199.

(3) STANLEY, *Med.-chir. Transact.*, 1845, vol. XXVIII, p. 505.

signes ne devaient pas permettre la confusion avec un anévrysme. Dans un cas de Moore<sup>(1)</sup>, la région iliaque gauche était le siège d'une tumeur pulsatile, qui avait amené une grande dilatation des veines et du gonflement œdémateux dans le membre correspondant. Quelques détails de l'observation, dit Follin, laissent croire qu'on eût pu soupçonner là un ostéosarcome, que démontra d'ailleurs l'autopsie faite quelques jours après la ligature primitive. M. Verneuil<sup>(2)</sup> cite le cas d'un homme de cinquante ans, observé par lui en 1845, pendant son internat dans le service de Lisfranc: « Le membre inférieur gauche était envahi par un œdème énorme qui remontait presque jusqu'à l'ombilic; le pli de l'aîne et la fosse iliaque étaient occupés par une tumeur considérable, dure, immobile, qui fut prise pour un ostéosarcome du bassin. A la longue, le sommet se ramollit, et l'on pensa à un abcès; l'ouverture donna issue à une énorme quantité de caillots fibrineux et de sang altéré. Le malade mourut épuisé par la suppuration et l'infection putride. A l'autopsie, on trouva un anévrysme de l'iliaque externe de dimension gigantesque et qui était oblitéré. L'examen le plus attentif pendant la vie n'avait pu révéler la nature du mal. »

D'autres erreurs ont consisté à confondre un anévrysme inguinal, soit avec un bubon, soit avec une hernie. Mayer ouvrit un anévrysme, croyant avoir affaire à une hernie crurale; un chirurgien habile, au dire de Marjolin, commit la même faute, en pensant inciser un bubon. Plusieurs chirurgiens, en présence d'une tumeur de l'aîne, crurent à un abcès; Guattani soupçonna un anévrysme, et une incision pratiquée montra qu'il avait raison. Norris cite deux cas dans lesquels de semblables anévrysmes furent ouverts pour des abcès, ce qui entraîna la mort des malades. Enfin on comprend que des anévrysmes guéris et transformés en tumeurs dures par la présence de caillots fibrineux dans leur intérieur puissent exposer à des erreurs de diagnostic. Dans ce cas, la connaissance des antécédents mettra seule sur la voie.

Un dernier point important dans le diagnostic consiste à préciser l'artère sur laquelle a pris naissance la tumeur anévrysmale. Il peut se faire qu'un anévrysme de la partie supérieure de la fémorale ou de l'iliaque externe remonte assez haut dans la fosse iliaque pour faire croire à une tumeur développée sur l'iliaque primitive. Follin fait observer que, dans la majorité des cas où l'on a lié l'aorte, pensant avoir affaire à un anévrysme de l'iliaque primitive, c'était en réalité de l'iliaque externe ou de la fémorale même que la tumeur provenait. Pour éviter l'erreur, il convient d'interroger avec soin le malade sur le siège primitif de la tumeur; il faut aussi se rappeler que, d'après la statistique, la plupart des anévrysmes inguinaux se développent, soit sur la fémorale, soit sur la partie inférieure de l'iliaque externe.

Bien plus rarement on serait exposé à prendre pour un anévrysme de l'iliaque primitive un anévrysme de l'aorte elle-même. Cependant l'erreur eût été possible dans un cas de Letenneur<sup>(3)</sup>. En effet, la tumeur anévrysmale qui soulevait les trois dernières côtes s'accompagnait de très vives douleurs dans l'aîne droite et d'une légère flexion de la cuisse du même côté. A l'autopsie, on découvrit un anévrysme qui partait de l'aorte au niveau des deux dernières vertèbres dorsales et descendait dans l'abdomen jusque dans l'épaisseur du psoas.

Suivant la remarque de M. Verneuil, il sera bien difficile de différencier un

(1) MOORE, *The Lancet*, 21 fév. 1852.

(2) VERNEUIL, art. AÎNE du *Dict. encycl.*

(3) LETENNEUR, *Bull. de la Soc. anat.*, 1858, t. XIII, p. 102.