

seau et en s'arrêtant à 3 centimètres du grand trochanter. On incise au niveau d'un des interstices du grand fessier A, et l'on écarte ses bords avec des crochets. Puis le chirurgien cherche à la partie la plus élevée de l'échancrure les battements de la fessière B, et lorsqu'il les a trouvés, il isole avec le plus de soin possible l'artère des veines C.

Bouisson fait sur le point par où l'artère sort du bassin une incision transversale qui divise les fibres du muscle grand fessier, et dans ce cas, on n'est pas aussi gêné par les bords de l'incision musculaire que dans les autres procédés, mais cet avantage est fortement compensé par d'autres inconvénients. La section des fibres musculaires donne un écoulement sanguin assez fort qui rend moins facile la recherche du vaisseau.

L'artère ischiatique sort au bas de l'échancrure sciatique, à 3 centimètres au-dessous de la fessière, entre le muscle pyramidal et le petit ligament sacro-sciatique, dans la direction d'une ligne qui va de l'épine iliaque postérieure et supérieure à la tubérosité sciatique. Sappey fit une incision de 41 centimètres, parallèle au plan médian et située à égale distance du grand trochanter et de la tubérosité sciatique. Il coupa les tissus sous-jacents et le grand fessier dans ses deux tiers inférieurs. On reconnut l'artère par le toucher et on la lia suivant les règles habituelles.

### § XV. — Anévrysmes fémoraux.

#### 1<sup>o</sup> Anévrysmes artériels spontanés et traumatiques.

Nous avons déjà parlé dans le paragraphe XII des anévrysmes de l'extrémité supérieure de la fémorale, et nous avons dit les raisons qui, au point de vue du diagnostic et du traitement, nous avaient engagé à confondre leur étude avec celle des anévrysmes iliaques; il sera surtout question maintenant des anévrysmes situés sur les autres points de la fémorale.

Les anévrysmes fémoraux sont encore assez fréquents : ainsi sur le relevé de 551 anévrysmes fait par Crisp, ils figurent pour 66 à côté de 137 anévrysmes poplités. Si l'on recherche quels sont les points de l'artère le plus souvent atteints, on trouve sur ces 66 cas 45 anévrysmes à l'aîne ou à la partie supérieure de la fémorale, et 21 sur la fémorale proprement dite ou à l'union de la fémorale avec la poplitée. On explique par la disposition anatomique des parties la cause de cette plus grande fréquence des anévrysmes vers la partie supérieure de l'artère. Ainsi du ligament de Poupart au bord supérieur du muscle couturier l'artère est assez superficielle, et peut plus facilement être atteinte par les violences extérieures que dans sa seconde partie, où elle est profondément située. Du reste, quand on étend fortement la cuisse sur le bassin, on voit l'artère s'aplatir à sa région supérieure au niveau de l'articulation, et cet aplatissement peut être assez grand pour nuire aussi à la solidité du vaisseau.

Les anévrysmes se développent en général sur la fémorale commune ou

sur la fémorale superficielle; il est assez rare de voir la fémorale profonde atteinte d'anévrysmes. Erichsen (1) a donné le dessein d'un cas de ce dernier genre. Le malade était mort de pneumonie très-peu de temps après son admission à l'hôpital, et à l'autopsie on trouva dans la cuisse une large tumeur qui n'avait point été examinée très-exactement pendant la vie; c'était un anévrysmes de la fémorale profonde. Briant (2) a rapporté un autre cas d'anévrysmes de la fémorale profonde qui s'était développé depuis quatre semaines chez un homme de vingt-six ans. La tumeur pulsatile qui existait au tiers supérieur de la cuisse n'avait rien de particulier. On pratiqua la ligature de l'iliaque externe, et au bout de seize jours le fil se détacha, puis la tumeur devint plus petite et plus dure. Neuf semaines après, ce malade succomba à une hémoptysie et à une affection du cœur. A l'autopsie on trouva que le sac anévrysmal qui renfermait beaucoup de sang fluide et peu de caillots naissait de la fémorale profonde presque à sa séparation de la crurale, et s'étendait en avant sous le tendon du psoas iliaque et en arrière jusqu'au petit trochanter.

L'anévrysmes de l'artère fémorale se développe facilement dans le triangle inguinal et prend là une forme arrondie, tandis qu'à la partie inférieure de la cuisse il est beaucoup plus aplati.

DIAGNOSTIC. — Les caractères de l'anévrysmes fémoral sont en général si évidents, que les erreurs commises à cet égard par quelques chirurgiens doivent être le plus souvent attribuées à un défaut d'attention. J'ai dit comment on pouvait éviter de confondre un anévrysmes avec un *abcès*, mais il importe de rappeler que cette erreur a été plus d'une fois commise à la cuisse, depuis l'époque où Guattani a rapporté un exemple de cette blessure arrivée par les mains de Maximini. L'existence d'abcès par congestion, sortant par le canal crural, pouvant être réduits et recevant les battements artériels, peut expliquer, sinon justifier cette grosse erreur. Une grosse *varice* pulsatile de la saphène à sa partie supérieure pourrait encore, au premier moment, en imposer pour un anévrysmes; mais sans tenir compte des signes propres aux varices, les battements et le souffle d'un anévrysmes ont une violence qu'on ne rencontre pas dans une affection des veines, et qui ne peuvent guère tromper un chirurgien expérimenté.

PRONOSTIC. — Il s'agit ici d'un anévrysmes très-grave dont la cure spontanée est des plus rares, et quand la gangrène de la tumeur a, comme dans plusieurs cas, été suivie de guérison, les accidents éprouvés alors par le malade ont souvent compromis pendant quelque temps son existence.

TRAITEMENT. — C'est la *compression directe* qu'il faut d'abord mettre en usage pour combattre l'anévrysmes fémoral. Si cet anévrysmes est situé au tiers supérieur de la cuisse, on ne peut pas employer facilement la compression mécanique, et l'on fait alors usage de la compression digitale,

(1) *Loc. cit.*, p. 508.

(2) *The Lancet*, février 1858

qui d'ailleurs est d'une exécution facile sur le pubis. Quand l'anévrysme s'est développé à la partie inférieure de la fémorale, on peut exercer la compression mécanique tour à tour au-dessous de l'arcade crurale et au milieu de la cuisse.

Si la compression ne réussit pas, il faut songer à la *ligature* de la fémorale ou de l'iliaque externe. Dans l'anévrysme de la partie supérieure de la fémorale, on doit lier l'iliaque externe d'après les règles que nous avons indiquées plus haut; mais si l'anévrysme s'est formé dans le triangle de Scarpa, au-dessous de la fémorale profonde ou plus bas encore, le chirurgien peut être embarrassé pour fixer le point où devra être pratiquée l'opération.

La ligature de l'artère fémorale à sa partie supérieure est repoussée par la plupart des chirurgiens, et les raisons qu'on met en avant pour rejeter l'opération en ce point sont surtout tirées de l'origine des collatérales à ce niveau. On fait remarquer avec raison que si l'on place une ligature immédiatement au-dessous de l'arcade crurale, on laisse au-dessus du fil les origines des artères épigastrique et circonflexe iliaque; plus bas ce sont la tégumentouse abdominale et les honteuses externes, et alors on se rapproche de la fémorale profonde dont les anomalies d'origine peuvent assez gravement compromettre le succès de l'opération. En effet, l'origine de cette artère ne se fait pas toujours au même point, et si en général ce vaisseau naît de 2 à 5 centimètres au-dessous de l'arcade crurale, on l'a vu naître aussi, soit sous l'arcade même, soit à 10 centimètres au-dessous d'elle. En résumé, la ligature placée sur le tronc assez court de la fémorale commune doit donner prise à l'hémorrhagie; mais nous ne possédons pas encore tous les éléments nécessaires pour juger complètement cette question. A la vérité, Erichsen dit que sur 12 cas où la fémorale a été liée entre le ligament de Fallope et l'origine de la profonde, on ne compte que trois succès; car dans les 9 autres cas il y eut une hémorrhagie secondaire qui dans 3 cas se termina par la mort, et dans 6 autres fut arrêtée par la ligature de l'iliaque externe. Mais si l'on consulte les autres statistiques, celles de Norris et de Porta, on ne trouve pas de renseignements précis sur ce point. Ainsi les tables statistiques de Norris donnent, dans 27 ligatures de la fémorale pour des anévrysmes de la cuisse, 5 morts, et celles de Porta, sur 16 ligatures pour la même maladie, 8 morts. Il est probable que dans un certain nombre de cas on a lié la fémorale à sa partie supérieure, mais la statistique ne se prononce pas à cet égard.

Porter (1) a récemment cherché à s'élever contre l'opinion des chirurgiens qui repoussent la ligature de la fémorale commune; mais les observations qu'il cite ne sont pas très-favorables à la pratique qu'il soutient. Il attribue à des causes générales, à l'inflammation ulcérate de la plaie, les hémorrhagies secondaires, et tient peu de compte de la

(1) *Contributions to Operative Surgery (Dublin quarterly Journal. nov. 1860).*

présence des collatérales en ce point. Il décrit aussi un nouveau procédé pour lier facilement, selon lui, l'artère au-dessous du ligament de Fallope. Mais en lisant attentivement ces trois observations, on s'aperçoit que dans 2 cas il y eut de petites hémorrhagies par la plaie de la ligature, seulement le chirurgien fut assez heureux pour en triompher. En résumé, sans pouvoir décider la question, on est autorisé à tenir la ligature de la fémorale commune pour une opération qui prédispose à de très-graves hémorrhagies, accidents qui augmentent beaucoup le chiffre de la mortalité dans ce cas.

La ligature peut être faite avec plus de succès à la partie inférieure du triangle de Scarpa, ou plus bas encore, s'il s'agit d'un de ces anévrysmes fémoro-poplités auxquels on veut appliquer purement la méthode d'Anel. On se guidera dans ce cas sur les principes que nous avons développés dans nos généralités.

Quant aux chances de gangrène après la ligature de la fémorale, elles sont bien différentes suivant qu'on lie cette artère pour des anévrysmes fémoraux ou pour d'autres anévrysmes. La statistique de Norris, un peu modifiée par Broca, donne à cet égard des résultats assez tranchés. Ainsi, sur 204 ligatures on trouve 31 cas de gangrène, soit 15 pour 100; mais si l'on analyse le tableau général, on s'aperçoit que la gangrène est différemment distribuée, suivant qu'il s'agit de tel ou tel anévrysme. Ainsi cette ligature faite pour 156 anévrysmes poplités a donné le chiffre énorme de 28 gangrènes, et pour 5 anévrysmes variqueux la proportion encore plus considérable de 3 gangrènes; mais, par contre, 20 ligatures pour des anévrysmes fémoraux, 6 pour des anévrysmes des artères de la jambe, enfin 17 pour d'autres affections, n'ont fourni aucun cas de gangrène. Dans les 31 cas de gangrène pour l'ensemble des ligatures de la fémorale, on ne compte que 7 guérisons, dont 6 sont dues à l'amputation. Nous discuterons plus loin, à propos des ANÉVRYSMES POPLITÉS, tout ce qui a trait aux amputations dans ce cas.

#### 2<sup>o</sup> Anévrysmes fémoraux variqueux.

ÉTILOGIE. — Les anévrysmes variqueux de la fémorale ne sont pas rares, et ont été souvent produit par des instruments piquants. Plus d'une fois l'accident est arrivé lorsqu'une personne voulait retenir avec les deux cuisses un couteau qui s'échappait de ses mains. C'est ainsi que les choses ont eu lieu dans un cas de Huguier (1) et dans un autre publié par Jacoud (2). Baroni (3) a cité un fait où l'anévrysme avait succédé à une contusion, et Monneret (4) en a rapporté un autre qui se rapproche de celui du chirurgien italien par l'absence de plaie directe des vaisseaux; mais

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, t. II, p. 106.

(2) *Bulletins de la Société anatomique*, 1858, p. 355.

(3) *Archiv. gén. de méd.*, 1840, t. VIII, p. 105.

(4) *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. III, p. 54.

ce dernier malade avait reçu, une vingtaine d'années auparavant, un coup de feu dans la cuisse, où se trouvaient encore des grains de plomb; puis il avait fait sur le membre gauche une chute, et s'était plus tard fracturé le tibia et le péroné gauches. Au milieu de toutes ces lésions, il est difficile de faire la part du traumatisme dans la production de l'anévrysme.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'autopsie de ces anévrysmes, après la ligature, ne donne pas d'indications bien nettes sur la disposition des parties, mais on rencontre là plus ou moins clairement les communications artérioso-veineuses avec des sacs anévrysmaux surajoutés. Ainsi, dans le cas de Rodrigues (1), on trouvait de dehors en dedans de la cuisse le sac anévrysmal, l'artère fémorale, puis la veine communiquant directement par sa paroi externe avec l'artère à laquelle on la voyait accolée. Baroni 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. Une disposition si compliquée du sac anévrysmal ne doit par être rare dans ces anévrysmes artérioso-veineux à la partie supérieure de la fémorale, là où naissent dans un espace si étroit tant de branches collatérales.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'hémorrhagie qui succède aux plaies artérioso-veineuses s'arrête en général assez facilement, et dans un cas même la flexion de la cuisse sur le bassin a suffi pour se rendre maître du sang. Larrey (2) a rapporté un cas d'anévrysme variqueux où, si l'on pouvait toujours croire aux récits des malades, on devrait admettre que la veine fémorale avait été d'abord seule blessée, car le jet sanguin de la plaie faite dans un duel avait tous les caractères des hémorrhagies veineuses; il était non saccadé, continu, en arcade, et ce n'est qu'un mois après cet accident qu'on s'aperçut d'une tumeur pulsatile et frémissante à la cuisse. Du reste, l'anévrysme artérioso-veineux paraît dans quelques cas ne s'être montré qu'un certain temps après la blessure.

On trouve dans ces lésions les battements, les bruits de souffle, le frémissement caractéristiques. L'état des veines du membre n'est pas le même dans toutes les observations recueillies, et cela doit sans doute dépendre de certaines dispositions anatomiques des valvules veineuses: ainsi, dans le cas de Monneret, il existait avant la communication artérioso-veineuse, qui était de date récente, des varices sur toute la jambe et sur le tiers supérieur de la cuisse gauche, mais on ne percevait aucune ondulation dans ces veines variqueuses. Chez un malade dont l'observation est rapportée dans la thèse d'Henri, le membre était couvert de veines variqueuses très-volumineuses et de quelques veines capillaires, mais la veine

(1) *Expérience*, 1840, t. VI, p. 414.

(2) *Bulletin de la Société de chirurgie*, vol. VII, p. 505.

saphène interne ne présentait pas de dilatation marquée; dans un autre cas, enfin, elle était seulement dilatée dans l'étendue de six pouces au-dessous de son abouchement avec la crurale.

Le membre inférieur sur lequel l'anévrysme artérioso-veineux existe, est en général engourdi, plus faible, disposé à s'enfler après des courses prolongées. On a noté parfois, au bout d'un temps assez long, une hypertrophie du membre qui, dans un cas, était de 3 centimètres, et produisait de la claudication; le malade d'Huguier souffrait de temps en temps de petites ulcérations; enfin, 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.

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

TRAITEMENT. — La *ligature* par la méthode d'Anel a donné dans ces cas les résultats les plus tristes, car les malades ont très-souvent succombé à une hémorrhagie répétée et à la gangrène. Le blessé dont Larrey a raconté l'histoire à la Société de chirurgie, et qui fut opéré par un autre chirurgien, résista à cette ligature faite, selon la méthode d'Anel, à un pouce et demi au-dessous du ligament de Fallope; mais la tumeur reprit, dès le lendemain, tous ses caractères, car le souffle y existait presque aussi fort qu'avant l'opération. Du reste, il y a dans ce fait un certain doute sur l'artère liée. On dit, en effet, que l'artère sur laquelle on porta la ligature n'avait que le calibre de la brachiale, et d'autre part on reconnut que l'artère ischiatique, assez longtemps après la ligature, était notablement développée. Comme il ne semble pas avoir été fait de nouvelle opération pour ce malade, il restera toujours à décider si l'on a lié la fémorale commune, la fémorale profonde ou la superficielle. Malgaigne, dans le cas recueilli par Jaccoud, opéra son malade par la ligature de la fémorale, au-dessus et au-dessous du sac, mais sans ouvrir cette poche. Il se guida, dans ce cas, sur un cordon dur que formait le vaisseau. Pendant huit jours tout alla bien, mais survinrent une suppuration abondante, des hémorrhagies, 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 ne suffisant pas pour arrêter l'hémorrhagie, et dans le bout inférieur il n'y avait aucun caillot.

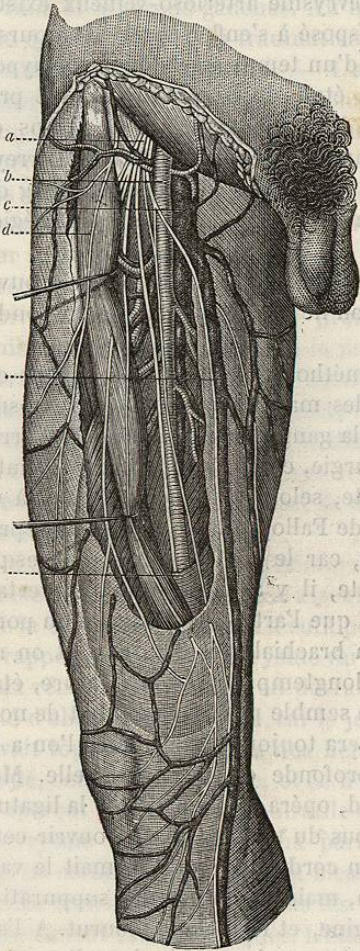
Après ce triste exposé des tentatives opératoires, il ne reste qu'à conseiller le plus souvent possible l'expectation; des exemples sont là pour prouver que des malades atteints d'anévrysmes artérioso-veineux de la cuisse ont pu vivre pendant vingt ans, sans que leur existence fût compromise et avec la possibilité de se livrer à tous leurs travaux. La position du blessé sera rendue plus tolérable par l'emploi d'un bas élastique qui remontera au-dessus de l'anévrysme et pourra être supporté par une ceinture abdominale.

LIGATURE DE L'ARTÈRE FÉMORALE. — L'artère fémorale (fig. 115, *b*) s'étend de l'arcade crurale à l'extrémité du canal du troisième adducteur *f*; sa direction est représentée par une ligne qui irait du milieu du ligament de Fallope au bord postérieur du condyle interne du fémur. L'extrémité inférieure de la fémorale répond environ à 13 ou 14 centimètres au-dessus du bord inférieur du condyle interne. Cette artère est renfermée dans une gaine aponévrotique qui en haut forme le canal crural et en bas se continue avec le canal du troisième adducteur. Elle est accompagnée par la veine fémorale *c*, située en haut à la partie interne de l'artère, qu'elle contourne pour se placer en arrière à la partie inférieure du vaisseau. On trouve quelquefois en bas de l'artère deux veines fémorales, l'une en arrière et l'autre en avant et en dehors. Le nerf saphène interne *a* longe l'artère dans toute son étendue en dehors. La veine saphène interne *e* est parallèle au vaisseau artériel, mais elle se rapproche un peu plus que lui de la ligne médiane. Quelquefois la saphène se divise en deux branches dont l'une croise le vaisseau en dehors. Le chirurgien devra, par une compression circulaire et momentanée du membre, s'assurer le plus exactement possible de la direction de la veine saphène interne.

FIG. 115. — Anatomie chirurgicale de l'artère fémorale.

Les rapports les plus importants de l'artère sont avec le muscle couturier *d*. En haut, elle est située au côté interne de ce muscle, et forme la perpendiculaire du triangle de Scarpa dont les deux côtés sont, en dedans le muscle adducteur moyen, et en dehors le couturier, et dont la base est représentée par l'arcade crurale. Le muscle couturier croise l'artère en avant, au-dessous de ce triangle et plus bas vers l'anneau du troisième adducteur, le vaisseau est situé au côté externe du muscle.

La fémorale, dans son tiers supérieur, donne naissance à la tégumentuse abdominale, aux deux honteuses externes, aux deux circonflexes, à



la fémorale profonde et à quelques autres branches musculaires. Au niveau de l'anneau du troisième adducteur on trouve la grande anastomotique, dont le calibre est parfois assez considérable. Le tiers moyen du vaisseau est seulement l'origine de quelques branches anastomotiques peu importantes, et c'est cette distribution des collatérales qui a fait préférer à quelques chirurgiens la ligature vers la partie moyenne de l'artère.

a. *Ligature au tiers supérieur.* — Rien n'est si facile que de lier la fémorale en ce point (fig. 116). Une incision de 4 à 5 centimètres suivant la perpendiculaire menée du sommet à la base du triangle de Scarpa permet de mettre très-facilement l'artère à découvert. On incise la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, en évitant la saphène le mieux possible,

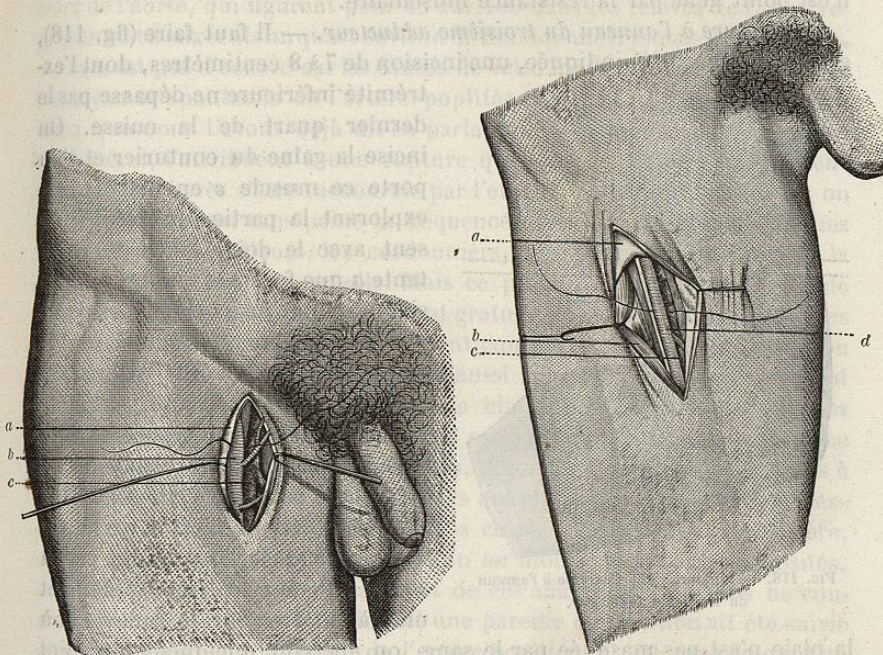


FIG. 116. — Ligature de la fémorale au tiers supérieur de la cuisse.

FIG. 117. — Ligature de la fémorale à la partie moyenne de la cuisse.

la *fascia cribriformis*, qu'on doit couper sur la sonde cannelée, enfin la gaine *a*. On isole l'artère *b* du nerf saphène, qui est dans la même gaine fibreuse, et l'on passe l'aiguille à la ligature de dedans en dehors pour ne pas blesser la veine *c*. Porter, dans le travail que j'ai déjà cité plus haut, propose de lier l'artère par une incision d'un pouce trois quarts dirigée parallèlement au ligament de Poupert, à un demi-pouce au-dessous de ce ligament; mais les avantages de ce procédé n'ont rien de saisissant, car l'incision verticale permet aussi bien que l'incision transversale d'éviter une trop grande dénudation de l'artère.

b. *Ligature au tiers moyen.* — On fait une incision à la peau de 7 à 8 centimètres (fig. 117), suivant la direction connue de l'artère, et l'on

arrive, après avoir coupé l'aponévrose *a*, soit sur le bord interne du muscle couturier *b*, soit sur sa face antérieure, suivant qu'on a fait l'incision plus ou moins près du sommet du triangle de Scarpa. En tout cas il est utile de découvrir le muscle couturier, qui sert ici de point de repère. On éloigne alors ce muscle, soit en dehors, soit en dedans, et l'on découvre une aponévrose épaisse qui forme sa gaine postérieure. L'artère *d* est au-dessous de cette aponévrose avec sa veine *c* en dedans et le nerf saphène en dehors.

Cette ligature est très-facile à pratiquer en ce point, où n'existent presque pas de collatérales, et, si l'on a la précaution de mettre le muscle couturier dans le relâchement par la flexion de la jambe sur la cuisse, on n'est point gêné par la résistance musculaire.

*c. Ligature à l'anneau du troisième adducteur.* — Il faut faire (fig. 418), suivant la ligne déjà indiquée, une incision de 7 à 8 centimètres, dont l'ex-

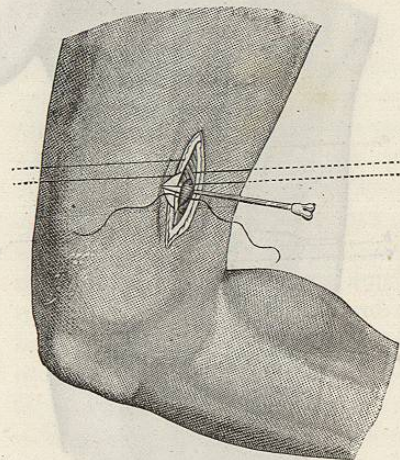


FIG. 418. — Ligature de la fémorale à l'anneau du troisième adducteur.

trémité inférieure ne dépasse pas le dernier quart de la cuisse. On incise la gaine du couturier et l'on porte ce muscle *c* en dedans. En explorant la partie mise à nu, on sent avec le doigt la corde résistante *a* que forme le tendon du troisième adducteur, et en dehors d'elle une dépression qui répond à une aponévrose recouvrant l'artère. On incise cette aponévrose *b* sur la sonde cannelée, on sépare l'artère *d* de la veine et du nerf saphène interne, et l'on passe cette sonde de dedans en dehors. C'est là un temps assez délicat de l'opération, car la veine est souvent très-solidement unie à l'artère. Sur le cadavre, où

la plaie n'est pas masquée par le sang, on aperçoit quelquefois le point où le nerf saphène interne perfore l'aponévrose; c'est par ce passage du nerf saphène qu'on peut aussi glisser une sonde cannelée pour inciser l'aponévrose et arriver plus directement sur le vaisseau.

On pourrait, en prolongeant l'incision en bas, lier l'artère au point même où elle traverse le canal fibreux.

On a quelquefois blessé la veine fémorale durant la ligature de l'artère; et c'est ici un accident très-grave, d'autant plus grave, que quelquefois le fil à ligature a traversé la veine et y est resté comme un séton, dont les fâcheuses conséquences sont ici faciles à saisir. Si l'on s'apercevait d'un pareil accident, il ne faudrait pas hésiter à retirer le fil, à ouvrir la gaine un peu plus haut pour y reporter la ligature sur l'artère, en même temps qu'on exercerait une légère compression sur le vaisseau veineux.

## § XVI. — Anévrysmes de l'artère poplitée.

### 1<sup>o</sup> Anévrysmes artériels spontanés et traumatiques.

**ÉTILOGIE.** — Les anévrysmes traumatiques sont rares sur l'artère poplitée : d'une part, la situation profonde de ce vaisseau et la protection qui lui est fournie par le squelette de la région en avant; de l'autre, la terminaison souvent funeste de ses plaies, expliquent aisément le peu de fréquence de ces tumeurs.

Les anévrysmes spontanés, au contraire, quoique moins fréquents que ceux de l'aorte, qui figurent pour 42 sur 100 dans les relevés de Crisp, représentent à eux seuls un quart environ de tous les anévrysmes chirurgicaux.

On n'est pas d'accord sur les causes de cette fréquence remarquable des anévrysmes spontanés de l'artère poplitée. La plupart des chirurgiens, ainsi que nous l'avons déjà dit en parlant de l'étiologie des anévrysmes en général, l'attribuent à une rupture que subirait l'artère par l'extension forcée, après s'être raccourcie par l'effet d'une fluxion habituelle; on s'expliquerait ainsi sans peine la fréquence des anévrysmes poplités chez les cochers, les tailleurs, les cordonniers, chez lesquels la flexion de la jambe est une attitude usuelle. Mais ce prétendu raccourcissement de l'artère est une hypothèse entièrement gratuite et passible de très-sérieuses objections. S'il se produisait réellement comme conséquence de la flexion prolongée, il devrait être au moins aussi fréquent chez la femme, qui travaille presque toujours assise, que chez l'homme exerçant une des professions indiquées ci-dessus, ce qui est en opposition formelle avec ce fait que sur vingt anévrysmes poplités, dix-neuf au moins sont relatifs à des hommes. D'un autre côté, dans les ankyloses angulaires même très-anciennes du genou, on n'observe pas ce raccourcissement de l'artère, qui reste, au contraire, extensible, ou au moins décrit des sinuosités, condition favorable au redressement de ces ankyloses (1). Nous ne connaissons qu'un seul cas dans lequel une pareille observation ait été suivie d'une solution de continuité de l'artère poplitée (2), et dans ce cas l'inflammation du tissu cellulaire du jarret avait sans aucun doute fixé ce vaisseau dans sa nouvelle situation.

Peut-on, comme Delpéch et Scarpa, attribuer à la fréquence des dégénérescences organiques une importance presque exclusive dans l'étiologie des anévrysmes poplités? Mais si cette opinion était fondée, on ne comprendrait pas pourquoi les anévrysmes sont plus communs sur l'artère poplitée que sur les iliaques, chez lesquelles ces dégénérescences sont plus fréquentes (Lobstein, Bizot, Rokitansky).

(1) Voy. Richet, *Des opérations applicables aux ankyloses*, thèse de concours, 1850, p. 18.

(2) *Aerztlicher Bericht aus dem Allgemeinen Krankenhause zu Wien*, 1857.