Res Med XUB 105.762 49

N.° 63.

ESSAI

SUR

L'ANÉVRYSME EXTERNE.

Tribut Académique,

PRÉSENTÉ ET PUBLIQUEMENT SOUTENU

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER,

LE 9 JUILLET 1824;

PAR

ROLLAND (JEAN-LOUIS-GÉRAUD),

DE TOULOUSE, *Département de la Haute-Garonne*;

DOCTEUR EN MÉDECINE,

Aide-Chirurgien à l'Hôtel-Dieu St.-Jacques de Toulouse; Bachelier ès Lettres, et Membre résidant de la Société d'Émulation médicale de la même ville.

Quidquid præcipies esto brevis.
HORACE.

BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE MONTPELLIER

A MONTPELLIER,

Chez JEAN MARTEL AÎNÉ, Seul Imprimeur de la Faculté de Médecine, près l'Hôtel de la Préfecture, N.° 62.

1824.

A MON MAÎTRE,

CH.LES VIGUERIE,

Docteur en Chirurgie de la Faculté de Montpellier ; Chirurgien en Chef de l'Hôtel - Dieu St. - Jacques de Toulouse ; Professeur de Clinique externe à l'École de Médecine et de Chirurgie de la même ville ; Membre non résidant de l'Académie de Médecine de Paris ; Membre de l'Académie des Sciences de Toulouse, etc. etc. etc.

Vous qui avez constamment guidé mes pas dans la carrière médicale, et à qui je dois les faibles connaissances que je possède ;

Vous qui, par des soins aussi habiles que désintéressés, avez prolongé, autant que possible, l'existence de mon malheureux Père ;

Vous, enfin, à qui je dois tout, agréez, mon Respectable Maître, *du faîte de gloire où votre génie vous a placé, et du milieu des bénédictions qui vous environnent, l'expression de ma vive reconnaissance pour vos bontés, et de mon admiration pour vos rares talens.*

L. ROLLAND.

Aux Mânes

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE.

REGRETS ÉTERNELS ! ! !

A MON MEILLEUR AMI,

J.N BONSIN,

Docteur en Médecine de la Faculté de Montpellier; Médecin-Adjoint de la Maison de Charité de la Paroisse St.-Étienne; ex-Aide-Major aux Armées françaises; Membre résidant de la Société d'Émulation médicale de la ville de Toulouse, etc. etc.

Gage d'une amitié inaltérable.

L. ROLLAND.

ESSAI

SUR

L'ANÉVRYSME EXTERNE.

NOTRE Acte probatoire nous impose la nécessité d'écrire, nous nous y conformons. Combien toutefois est épineuse cette obligation pour celui qui, au doute philosophique, seul régulateur de la conduite du médecin, joignant encore l'inexpérience de l'âge, est obligé malgré lui de livrer à la presse, et par voie de suite, à des Juges éclairés, des opinions que souvent leur manière de voir improuve, et que leur pratique dément!

C'est cette affligeante idée qui, vingt fois, nous a fait faire des pas rétrogrades devant le devoir qui nous est imposé. Mais si, d'un côté, elle a jeté le découragement dans notre âme, du moins nous a-t-elle conduit à faire choix d'un sujet qui, sans être entièrement exempt d'hypothèses dans son essence et dans ses causes, a du moins l'avantage de parler aux yeux, de frapper nos sens, je veux dire d'un sujet chirurgical.

Eh! quel temps plus opportun pour se retrancher derrière ce *palladium* de la médecine, que celui où, à la honte de l'art, des faits avérés par l'expérience des siècles sont remis en question; où

une secte nouvelle menace d'envahir le riche domaine que nos prédécesseurs ont cultivé avec tant de fruit, et qui, si elle ne fait autre chose, offre du moins le désolant spectacle de débats scandaleux et indignes de la science.

L'anévrysme sera donc le sujet de notre dissertation : le considérer sous le point de vue externe, parler de ses causes, du diagnostic, du pronostic et du traitement; telle est la tâche que nous nous sommes imposée. Puissent nos Maîtres accueillir avec bienveillance cet opuscule qui, s'il n'est pas à la hauteur du sujet, aura du moins l'avantage incontestable de la brièveté, et celui de ne point fatiguer leur attention.

Anévrysme vient d'un mot grec qui signifie dilater, distendre. Les anciens avaient donné ce nom à toute tumeur formée par le sang contenu dans une artère dilatée ou sorti d'une artère ouverte.

Ces différens états de l'anévrysme lui avaient fait donner des noms propres à le distinguer : ainsi, on appelait *anévrysme vrai*, celui où toutes les membranes artérielles dilatées forment une tumeur plus ou moins volumineuse ; *anévrysme faux*, celui où les tuniques rompues donnent passage au sang. Celui-ci a encore été divisé en *faux primitif* et *faux consécutif*. Le *faux primitif*, ou par *infiltration* et non *circonscrit*, est celui où le sang s'épanche, sans limite fixe, dans le tissu cellulaire circonvoisin ; le *faux consécutif*, ou par *épanchement* et *circonscrit*, est celui où le sang s'accumule lentement au voisinage de l'ouverture de l'artère, et y forme une tumeur qui simule l'*anévrysme vrai*. On nomme encore *anévrysme mixte*, celui où une seule tunique artérielle résiste encore, tandis que les autres sont rompues : il a été divisé en *interne* et en *externe* pour différencier celle des membranes qui avait résisté. Enfin, *anévrysme variqueux*, la double lésion d'une artère et d'une veine correspondante qui permet le passage du sang contenu dans la première, dans la cavité de la seconde.

On donne aujourd'hui le nom d'anévrysme, à une tumeur formée par le sang artériel contenu dans une poche particulière qu'on nomme sac, lequel se trouve produit par le tissu cellulaire et les

organes environnant l'artère dont les membranes propres ont été détruites par une cause interne.

Ces différentes manières de définir l'anévrysme prouvent qu'il a existé une diversité d'opinions touchant les parties qui forment le sac anévrysmal. Le différent est encore loin d'être vidé. Parmi les praticiens modernes, les uns, tels que le célèbre Scarpa, le professeur Delpech et plusieurs autres, veulent que le sac soit toujours formé par le tissu cellulaire et les autres organes qui environnent l'artère affectée; tandis que d'autres, tels que le professeur Boyer, Hodgson, etc., prétendent que dans certaines circonstances le sac peut être formé par les membranes artérielles simplement dilatées.

Ces deux opinions se trouvant partagées par des hommes également célèbres, nous ne chercherons pas à prouver laquelle des deux est la plus vraie. Nous laissons ce soin à une plume plus exercée que la nôtre. Notre tâche se bornera seulement à tracer le tableau de la maladie sur le modèle de nos prédécesseurs.

CAUSES. Toutes les artères du corps peuvent être affectées d'anévrysme ; cependant elles sont d'autant plus sujètes à cette maladie, que leur calibre est plus considérable ; et en effet, on observe que l'épaisseur des parois artérielles est en raison inverse de la grandeur de leur diamètre, tandis que la force avec laquelle le sang réagit contre les parois des vaisseaux qui le contiennent, est d'autant plus grande que le diamètre du vaisseau est plus considérable.

On compte encore au nombre des causes de l'anévrysme, tout ce qui peut s'opposer au cours du sang, sans cependant l'interrompre complètement. Ces causes sont : les courbures artérielles et les angles qu'elles forment à leur bifurcation, les ligatures trop étroites, etc. Aussi il n'est pas rare de rencontrer l'artère aorte plus ou moins dilatée à sa division en iliaques communes, et l'on observe toujours à sa crosse, des excavations que les anatomistes ont décrites sous le nom de sinus. Ces sinus sont d'autant plus profonds que le sujet est plus avancé en âge. Bichat dit qu'on ne les observe jamais chez le fœtus, et ils sont au contraire si constans et

si considérables chez les vieillards, que Monro a avancé que plus de la moitié portaient un anévrysme au commencement de la crosse de l'aorte. On ne sera pas surpris que la courbure seule de cette artère soit cause de cette maladie, si l'on se rappelle que toutes les fois qu'un liquide circule dans un tuyau courbe, il frappe constamment contre ses parois pour tendre à le redresser.

Les violentes extensions des membres ont encore été regardées, par quelques praticiens, comme pouvant produire l'anévrysme. Lassus et le professeur Richerand observent dans leurs ouvrages, que cette cause seule peut distendre, affaiblir et même rompre dans quelques circonstances les parois de l'artère poplitée, et occasioner ainsi l'anévrysme. L'expérience semble bien propre à confirmer leur opinion, car elle nous apprend que cette maladie est très-fréquente chez les *frotteurs d'appartemens*, les *jokeis*, les *danseurs*, les *maîtres d'armes*, les *hommes de peine*, etc. Mais, d'un autre côté, une opinion contraire se trouve partagée et émise par beaucoup de praticiens non moins recommandables, tels que Hodgson et le professeur Delpech. Le premier dit (1): « Toutefois, je « n'ai jamais rencontré de déchirement des membranes d'une artère « qui n'eût pas éprouvé précédemment quelque altération morbide; « et je crois fortement que tout exercice, insuffisant pour déchirer « les parties environnantes, ne pourrait produire la rupture des « membranes d'un vaisseau sain. » Et plus loin il ajoute: « J'ai « plusieurs fois répété cette expérience; mais je n'ai jamais déchiré « les membranes de l'artère, à moins que la violence ne fût telle, « qu'elle produisît en même temps la rupture des ligamens du « genou; évènement sans doute très-rare dans ces accidens, aux- « quels on attribue l'origine des anévrysmes. »

M. Delpech (2), tout en avouant que chez les hommes de peine, les jokeis, etc., on observait plus fréquemment l'anévrysme de l'artère poplitée que chez les autres, dit: « On connaissait alors peu

(1) Maladies des artères et des veines, t. I, pag. 75.

(2) Maladies réputées chirurgicales, t. III, pag. 672.

« de chose sur les lésions organiques des artères, et sur le rôle « important qu'elles jouent dans la production des anévrysmes : « dans l'état actuel de la science, il n'est pas possible de se per- « suader que la constitution des artères soit assez défectueuse pour « qu'il suffise, pour les rompre, d'un mouvement, d'un effort, « dans lesquels même tout tiraillement, toute compression de ces « organes sont impossibles. On conçoit bien que lorsqu'une artère « principale est chargée d'ossifications qui rendent une inflexion « soudaine ou une distension brusque dangereuse ; que lorsque des « ulcérations qui ont détruit la couche fibreuse, ont abandonné « les parois d'une artère à la seule résistance de la membrane « interne pour soutenir l'effort latéral du sang, toutes circons- « tances capables de donner plus d'intensité à ce phénomène « d'hydraulique ; que ces causes, dis-je, doivent amener une so- « lution de continuité, et déterminer la première extravasation : « mais il existait précédemment une lésion organique, et nous de- « meurons persuadé, d'après le témoignage des faits, que, sans « cette prédisposition, toute violence de cette espèce est incapable « d'un semblable résultat. » En outre, les expériences faites par plusieurs chirurgiens, tels que Jones, Hunter, Ewerard Home viennent confirmer cette manière de penser. Le premier a divisé les membranes interne et moyenne d'une artère saine, et au lieu de voir survenir un anévrysme, il se fit, à travers les lèvres de la plaie, un épanchement lymphatique qui rendit le vaisseau beaucoup plus fort. Hunter et Ewerard Home, voulant répéter l'expérience de Haller, enlevèrent la tunique externe de quelques artères d'un animal vivant, et au lieu de voir la tunique interne et moyenne céder à l'effort latéral du sang et finir par se rompre, ils ont constamment observé qu'un épanchement de lymphe s'est fait vis-à-vis le lieu de la blessure, et que le vaisseau est devenu plus épais, plus fort, et moins susceptible de se dilater.

Les causes prédisposantes de l'anévrysme paraissent être indépendantes du tempérament. On a vu survenir cette maladie chez des sujets d'une constitution lymphatique, comme chez ceux doués d'un

tempérament sanguin. Cependant les praticiens, frappés de rencontrer dans certaines circonstances plusieurs anévrysmes sur une seule ou plusieurs artères chez un même sujet, ont été obligés de reconnaître l'action d'une cause inconnue, s'exerçant, dans cette circonstance, plus particulièrement sur ces vaisseaux; et ils ont donné à cette disposition du corps le nom de *diathèse anévrysmale*. Le propre de cette diathèse est de produire dans les artères des lésions organiques particulières, telles que l'ossification, l'ulcération, l'épaississement de leurs parois, les dépôts de matières athéromateuses, etc. Les membranes artérielles ainsi modifiées perdent leur propriété élastique pour devenir friables; aussi elles ne peuvent plus résister à l'effort latéral du sang, et quelquefois il suffit de la plus légère cause déterminante pour voir un anévrysme paraître.

On a cherché si l'on ne pouvait pas comparer la diathèse anévrysmale avec une autre diathèse connue, exerçant son empire sur les membranes artérielles; et ces recherches ont conduit les auteurs à penser d'une manière tout-à-fait différente. Les uns, frappés de ce qu'un anévrysme se manifeste ordinairement avec des crampes, des douleurs vagues dans le membre qui en est le siége, ont pensé qu'alors l'anévrysme dépendait d'une diathèse rhumatismale. Les nombreuses observations d'anévrysmes survenus chez des sujets affectés de rhumatisme nous font croire, sans pouvoir nous en rendre raison, à la possibilité de l'action de la diathèse rhumatismale pour la formation de l'anévrysme; mais les raisons qui ont engagé les auteurs à penser ainsi, nous paraissent beaucoup trop faibles; car ne sait-on pas que les artères sont toujours accompagnées par des nerfs, organes éminemment sensibles? Et alors est-il étonnant qu'une tumeur qui se développe à leur côté, au milieu des muscles et autres organes environnans qu'elle presse, ne fasse éprouver par sa présence des sensations douloureuses? D'autres, observant de l'analogie entre certaines excroissances que l'on rencontre quelquefois sur le bord libre des valvules sémi-lunaire, mitrale, tricuspide, avec de pareilles que l'on observe sur toute autre partie du corps, et qui sont occasionées par le virus syphilitique, avaient attribué à la diathèse vénérienne le

pouvoir de produire ce genre de lésions et d'être ainsi cause d'anévrysme. Mais M. Hodgson, tout en avouant que le plus grand nombre de personnes qu'il a vu affectées d'avévrysme avaient éprouvé précédemment des maladies vénériennes, rapporte (1) l'observation d'un jeune homme chez lequel il rencontra de pareilles végétations (nom que leur a donné M. Corvisart), et dont toute la vie avait été exempte d'infection syphilitique. Plusieurs ont pensé encore que le mercure que l'on prenait dans le traitement des affections vénériennes, agissait tantôt en affaiblissant les membranes artérielles, tantôt en accélérant la circulation; mais toutes ces observations sont encore loin d'avoir acquis un caractère de vérité.

La seule avec laquelle la diathèse anévrysmale semble avoir de l'analogie, est la diathèse scrophuleuse. En effet, au rapport de M. Delpech, on a vu succomber, à une affection pulmonaire tuberculeuse, des personnes qui avaient survécu long-temps à une opération de l'anévrysme. D'un autre côté, les tumeurs que l'on rencontre dans les membranes artérielles, la matière qu'elles contiennent, les ulcérations qu'elles laissent après elles (affections organiques qui accompagnent si souvent l'anévrysme), présentent beaucoup de ressemblance avec les tubercules et les autres résultats dépendans de la diathèse scrophuleuse (2).

Tout ce qui peut par son action sur l'économie animale donner plus de force, plus de fréquence à la circulation, peut aussi devenir cause d'anévrysme. Ces causes sont : l'abus des boissons spiritueuses, l'usage trop prolongé des excitans, le coït trop souvent répété, les accès de colère, l'exercice violent, les douleurs de l'enfantement, une température trop chaude ou trop froide, etc. Nous voyons, en effet, tous les jours que ces mêmes causes déterminent l'accroisse-

---

(1) Ouv. cit., t. I, p. 21.

(2) Cette opinion se trouve partagée par M. Frank, *Médecine-pratiq.*, *Traduct. franç.*, *t. III*, *p.* 217, et par le Docteur Laënnec, *De l'Auscultation médiate.*, *t. II*, *p.* 419.

ment ou la rupture du sac anévrysmal. Morgagni, au rapport de M. Cailliol, parle d'un hiver très-rigoureux dans lequel il périt beaucoup de personnes affectées d'anévrysmes internes. Il fait observer surtout, que ces personnes périrent presque toutes en passant d'une température très-élevée dans celle de l'air atmosphérique qui alors était très-froide.

Diagnostic. Il est essentiel de bien connaître la marche de l'anévrysme, les signes, les symptômes qui le caractérisent, afin de ne pas confondre cette maladie avec certaines tumeurs qui offrent entre elles quelque ressemblance, car la moindre erreur dans le diagnostic peut entraîner les suites les plus fâcheuses. Nous allons décrire sa marche et ses symptômes.

Après une violence extérieure, d'autres fois sans cause connue, il se manifeste une tumeur sur le trajet d'une artère ; cette tumeur offre d'abord peu de volume, elle est molle, sans changement de couleur à la peau, de forme ronde, et offre des pulsations isochrones à celles du pouls. Si l'on exerce une compression sur la tumeur, elle diminue de volume, et finit même quelquefois par disparaître entièrement. Si l'on comprime l'artère affectée au-dessus de la tumeur, les battemens qu'on y observait cessent, et elle diminue de volume. Si c'est au contraire au-dessous que s'exerce la compression, elle devient rénitente, plus volumineuse, et les pulsations se montrent avec beaucoup plus de force ; les mouvemens du membre se font en pleine liberté ; le malade ne ressent aucune douleur, d'autres fois il éprouve un engourdissement. La maladie reste en cet état plus ou moins de temps.

Tout-à-coup, après quelque mouvement violent, quelque accès de colère, ou sans cause connue, la tumeur s'accroît rapidement. De circonscrite qu'elle était, elle devient inégale et augmente tous les jours, elle acquiert de la dureté ; la compression exercée sur elle ne la fait plus disparaître, les pulsations qu'on y observait deviennent obscures et finissent même par s'éteindre. Si l'on comprime l'artère au-dessus de la tumeur, les battemens cessent, mais elle ne se ramollit pas, ou très-peu ; sa grosseur gêne les organes voisins et

détermine quelquefois des douleurs considérables ; le membre s'engorge, il devient œdémateux ; plus tard sa température ordinaire diminue, ses veines deviennent variqueuses, la peau qui recouvre la tumeur s'amincit, un point de sa surface s'enflamme, devient livide ; la gangrène s'en empare, et à la chute de l'escarre une hémorrhagie se manifeste et finit par enlever le malade. Voilà à peu près la marche d'un anévrysme abandonné à la nature.

Par la manière dont nous avons tracé les symptômes et la marche de la maladie, il est aisé de s'apercevoir qu'elle a deux périodes bien marquées : dans la première, la tumeur est molle, semble rester stationnaire, et offre des pulsations isochrones à celles du pouls ; dans la seconde, au contraire, elle augmente de volume, devient dure, les pulsations diminuent et finissent même par s'éteindre.

L'autopsie d'un anévrysme nous présente des phénomènes différens, suivant que la maladie se trouve au premier ou au second degré : dans le premier, la tumeur se trouve formée par le sang artériel liquide, le sac qui le contient est produit par les membranes de l'artère, plus ou moins dilatées dans une partie de sa circonférence ; dans le second, au contraire, la dissection de la tumeur nous présente le sac confondu avec les parties environnantes, les muscles, les nerfs amincis, et quelquefois même les os voisins sont détruits. L'intérieur de la tumeur se trouve rempli par du sang coagulé, disposé par couches, et auquel on a donné le nom de *coagulum lamelleux*. Ce coagulum diminue de densité, à mesure qu'il se rapproche de l'ouverture qui lui a donné passage. Lorsque l'on a nettoyé le sac de tout le sang qu'il contient, on observe, dans son intérieur et vers le fond, l'ouverture résultant de la déchirure des membranes de l'artère ; ces membranes présentent ordinairement quelqu'une des affections organiques que nous avons énumérées, le sac a augmenté d'épaisseur, excepté vers le point par où a eu lieu l'hémorrhagie qui a occasioné la perte du malade.

Maintenant on peut se rendre raison de la différence des symptômes que présente l'anévrysme, suivant qu'il est parvenu au premier ou au second degré : dans le premier, la tumeur est petite et cir-

conscrite, parce que le sac se trouve formé par les membranes artérielles simplement dilatées ; elle est molle et offre des battemens isochrones à ceux du pouls, parce que le sang qui la forme est liquide et est encore sous l'empire de la circulation ; dans le second, au contraire, les membranes artérielles s'étant rompues, la tumeur acquiert un volume plus ou moins considérable ; elle est dure, parce que le sang qui la forme s'est coagulé, n'étant plus en communication avec celui qui circule dans l'artère ; le malade ressent de violentes douleurs, parce que sa distension presse les nerfs, gêne et détruit même les organes environnans ; le membre est œdémateux et présente des varices, par l'obstacle qu'oppose la tumeur au retour de la lymphe et du sang veineux, etc.

Nous le répétons donc, voilà quelle est, en général, la marche de l'anévrysme abandonné aux seules ressources de la nature ; à la vérité, sa terminaison n'est pas toujours aussi fâcheuse : on en a observé qui se sont guéris d'une manière spontanée. Mais ces observations sont si peu nombreuses, que l'on peut dire, sans craindre d'avancer un paradoxe, que la mort du malade est inévitable si la maladie est abandonnée à elle-même.

On croirait, d'après l'énumération des nombreux symptômes que nous venons de décrire, qu'il est toujours facile de reconnaître l'anévrysme ; cependant il existe aujourd'hui un grand nombre d'observations qui prouvent que des chirurgiens, même distingués, ont confondu cette maladie avec des abcès qui peuvent se développer, dans certaines circonstances, sur le trajet d'une artère. On rapporte que Ferrand, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, plongea le bistouri dans une tumeur qu'il prit pour un abcès ; mais il survint une hémorrhagie qui enleva le malade, malgré tous les moyens que l'on put mettre en usage. A la vérité, l'anévrysme ne peut être confondu avec de pareilles tumeurs, que lorsqu'il est parvenu à sa seconde période ; car il arrive quelquefois qu'à cette époque la compression ne peut éclairer le diagnostic, parce qu'elle ne produit aucun changement sensible ; cependant on a prétendu que la compression exacte de toute la tumeur pouvait faire découvrir quelques pulsations inap-

préciables par les autres moyens. Mais il faut sur-tout s'informer de toutes les circonstances qui peuvent avoir précédé la maladie, et s'il reste aucun doute, il vaut mieux se conduire toujours comme si la maladie était un anévryme.

Toutes les fois qu'une tumeur de nature quelconque se trouve située au-dessus ou au-dessous d'une artère considérable, elle en reçoit des mouvemens qui peuvent en imposer pour un instant; cependant, pour si peu que l'on ait eu occasion d'observer ces maladies, il sera facile de distinguer le mouvement d'expansion que produit le sang artériel en entrant dans un sac anévrysmal, du soulèvement ou du mouvement de locomotion qu'imprime l'artère à la tumeur située au-dessus d'elle. Secondement, si par la position du membre ou par le soulèvement de la tumeur, on lui fait perdre les rapports qu'elle a avec l'artère, on voit cesser aussitôt les mouvemens qu'on y observait. La compression exercée sur l'artère au-dessus ou au-dessous de la tumeur, n'apporte aucun changement dans son volume et dans sa densité ; cependant, si elle se trouve formée par un liquide, et sur-tout si l'artère le traverse, il est fort facile de s'y méprendre, les pulsations communiquent alors au liquide un mouvement d'ondulation qui peut en imposer au praticien même le plus exercé.

Pronostic. Le pronostic de l'anévrysme est, en général, fâcheux; car, comme nous l'avons dit, abandonnée à elle-même, cette maladie finit presque toujours par faire périr le malade. Cependant il varie suivant que la maladie est au premier ou au second degré : il sera fâcheux, si la tumeur se trouve située trop près du tronc, si elle a par son développement détruit les organes environnans, si le sujet qui en est atteint est trop avancé en âge, si le membre est infiltré, et sur-tout s'il est devenu froid.

On pourra, au contraire, porter un pronostic favorable, si le sujet est jeune, exempt de maladies, si la tumeur est peu volumineuse et existe depuis quelque temps, si l'artère affectée est superficielle, et sur-tout si au-dessus du sac anévrysmal il existe des branches collatérales assez grosses pour remplacer le tronc après l'opération.

Traitement. Les observations de guérison spontanée d'anévrysme que l'on a été à même de recueillir, nous apprennent que la nature parvient à ce but par des moyens différens.

1.° La tumeur, après avoir acquis une certaine grosseur, peut exercer une compression qui peut devenir avantageuse, si elle a lieu au-dessus de l'ouverture qui a donné passage au sang. Par son secours, le calibre de l'artère est diminué, le sang ne parvient pas avec autant de facilité dans le sac anévrysmal, celui qui y est contenu se coagule, en oblitère la cavité et oblige celui qui s'y rendrait à passer par les artères collatérales.

2.° Les progrès rapides de la tumeur finissent quelquefois par occasioner la gangrène du sac et des parties environnantes, dans une plus ou moins grande étendue; et à la chute de l'escarre et de la tumeur anévrysmale, lorsque tout faisait craindre une hémorrhagie, la guérison se trouve effectuée.

3.° Dans d'autres circonstances, on a vu la tumeur prise par une inflammation aiguë, un abcès en être la conséquence, les tégumens s'ulcérer, et au lieu de sang ne donner que du pus: une cicatrice s'est formée, et la maladie a été guérie sans retour.

Dans le plus grand nombre des cas, la circulation est arrêtée par un caillot qui se forme depuis le sac anévrysmal jusqu'à la naissance de la première artère collatérale; peu à peu l'absorption s'empare du caillot, le calibre de l'artère diminue et elle finit par se convertir en ligament; la tumeur se durcit et son volume décroît de jour en jour. Cependant il est des circonstances où la maladie se guérit sans l'oblitération de l'artère. Corvisart et Hodgson rapportent des observations qui prouvent que, dans quelques circonstances, le caillot présentait une ouverture qui donnait passage au sang, et que la guérison s'était opérée sans que l'artère eût été convertie en ligament.

De quelque manière que s'opère la guérison spontanée de l'anévrysme, elle est toujours à désirer, parce qu'elle fait courir moins de danger aux malades, à moins cependant qu'elle ne soit le résultat de la gangrène de la tumeur: à cela près, il serait à désirer qu'elle fût beaucoup plus fréquente.

Comme l'observe M. Delpech (1), nous ne possédons aucune connaissance certaine sur les causes des lésions organiques qui produisent l'anévrysme ; le traitement que l'on met en usage est purement empirique, et se borne à diminuer ou à empêcher le sang de parvenir dans la tumeur. Ces deux moyens constituent deux méthodes de traitement, que l'on peut appeller *médicale* et *chirurgicale*.

Traitement médical. Avant que l'anatomie pathologique nous eût appris l'état dans lequel se trouvaient les membranes des artères anévrysmatiques, on pensait généralement que le sac anévrysmal était formé par les membranes du vaisseau plus ou moins dilatées, et que la force avec laquelle le sang réagissait contre elles, était seule cause de la maladie. On crut alors que, si l'on diminuait la quantité du sang qui circulait dans les artères, elles reviendraient sur elles-mêmes, et qu'ainsi l'on obtiendrait la guérison de la maladie. Cette manière de voir donna naissance à la méthode dite *débilitante* ou de Valsalva, qui est celui qui l'a employée avec le plus d'avantage; voici en quoi consiste cette méthode: on affaiblit le sujet par des saignées fréquemment répétées; on diminue successivement la quantité des alimens, et on le met à l'usage des boissons froides et acidulées. Lorsque, par ce moyen, on est parvenu à réduire le malade à un degré de faiblesse tel qu'il ne peut lever les bras de dessus son lit, on lui rend peu à peu la quantité d'alimens qu'il avait habituée; et si l'on en croit les Valsalva, les Albertini, les Morgagni, les Pelletan, les Sabatier, les Corvisart, les Hodgson, etc., la guérison a été souvent le résultat d'un pareil traitement.

Cependant, malgré le respect que l'on doit aux opinions de personnes aussi célèbres que celles que nous venons de nommer, cette méthode paraît être généralement abandonnée aujourd'hui ; on a même rapporté des observations qui tendraient à la faire rejeter. M. Boyer (2) dit que, dans deux circonstances où on l'a tentée à

(1) Ouvrage cité, p. 676.

(2) Maladies chirurgicales, t. II, p. 121.

l'Hôtel-Dieu, elle fit acquérir un volume beaucoup plus considérable à la tumeur, qui finit par se rompre au moment où l'on devait tout attendre du traitement. M. Hodgson (1) prétend, au contraire, que c'est à tort que l'on a abandonné cette méthode, et que, si elle était mise plus souvent en pratique, les anévrysmes internes ne seraient plus regardés comme devant toujours entraîner après eux la mort de l'individu qui en est affecté.

L'usage de certaines substances qui ont la propriété de ralentir la circulation, telles que la digitale, l'eau distillée de laurier-cerise, prises à l'intérieur, ont été encore employées pour seconder les effets de la méthode débilitante. Mais il est bon d'observer, que quelquefois l'usage de ces médicamens irrite, enflamme même l'estomac, et que, dès qu'on s'en aperçoit, il faut en supprimer l'usage.

Des applications astringentes ont encore été appliquées sur la tumeur, afin d'aider le sang qu'elle contient à se coaguler; ainsi, l'eau à la glace, la folle farine de tan bouillie dans du gros vin, etc., ont réussi entre les mains de M. Sabatier. M. Boyer (2) rapporte l'observation d'un perruquier qui guérit, au bout de six mois, d'un anévrysme de l'artère poplitée par ce même moyen.

On conçoit d'avance que les moyens que nous venons de prescrire, comme la diète, la saignée, le repos, etc., doivent être secondés par l'absence de tout ce qui pourrait affecter le moral du malade, d'une manière quelconque. Il convient donc d'éloigner de lui tout ce que nous avons signalé comme pouvant devenir cause déterminante de l'anévrysme.

Traitement chirurgical. De tous les moyens que l'on a mis en usage pour obtenir la guérison de l'anévrysme, les seuls dont l'efficacité soit bien démontrée sont la compression et la ligature : cette dernière porte encore le nom d'opération de l'anévrysme. Ces deux méthodes de traitement agissent en procurant l'oblitération de

(1) Ouvrage cité, t. I, p. 197.
(2) Ouvrage cité, t. II, p. 122.

l'artère, en isolant la tumeur anévrysmale et en en favorisant l'absorption. Nous allons décrire séparément chacune de ces deux méthodes.

Compression. On appelle compression, l'action qu'exerce sur un corps une puissance placée hors de lui, et qui tend à rapprocher ses parties constituantes, et à augmenter sa densité en diminuant son volume.

Pour que la compression puisse être exercée avec avantage, il faut d'abord que l'artère soit superficielle, qu'elle soit située au-dessus d'un os qui lui offre un point d'appui solide, qu'elle ne soit faite que sur une petite étendue de l'artère et le point du membre diamétralement opposé, que la circulation collatérale soit libre; enfin, que le retour de la lymphe et du sang veineux ne rencontre point d'obstacle. Sans cette dernière condition le membre s'engorge, ce qui empêche de continuer, pendant un temps convenable, ce moyen qui peut devenir fort avantageux.

On a reproché à cette méthode une foule d'inconvéniens, tels que la difficulté d'exercer, pendant un temps suffisant, une compression assez forte pour empêcher toute circulation dans l'artère au-dessous de l'endroit où on l'exerce, sans procurer des ulcérations aux tégumens et des douleurs si vives que le malade ne peut y résister, etc. MM. Blizard et Hodgson rapportent que, sur deux malades soumis à ce traitement, les douleurs furent si fortes que l'un ne put supporter la compression que pendant deux heures, et l'autre pendant une heure seulement. En second lieu, il est toujours fort difficile de maintenir l'appareil de manière à ce qu'il ne se dérange pas, et sur-tout d'empêcher qu'il n'occasionne, dans le commencement, un engorgement considérable.

Cependant, plusieurs praticiens français, tels que les professeurs Dubois, Boyer, Richerand, ont employé cette méthode avec beaucoup d'avantage; mais il est bon d'observer que, indépendamment de la compression, leurs malades ont été soumis à la diète et ont gardé le repos pendant des années entières; ce qui constitue la méthode débilitante qui, dans cette circonstance, a eu autant de part à la guérison que la compression.

Si l'on pouvait exercer une compression qui ne fût point sujète aux inconvéniens que nous venons de signaler, nul doute qu'elle ne fût préférable à tous les autres moyens imaginés ; d'abord parce qu'elle dispense d'une opération sanglante et douloureuse, et ensuite par la rapidité avec laquelle elle procure la guérison; car, M. Freer a observé qu'une pression constante sur l'artère radiale des chevaux, en a procuré l'oblitération au bout de quatre jours; et M. Brechet rapporte une observation de M. Dupuytren, qui obtint la guérison d'un anévrysme de l'artère poplitée, par une pression exacte et permanente de l'artère crurale pendant cinq jours seulement.

Quoi qu'il en soit, la compression a été employée sur la tumeur, sur l'artère au-dessus de la tumeur, sur l'artère au-dessous de la tumeur et sur toute l'étendue du membre. Nous allons examiner chacun de ces moyens.

Si, comme le prétend le professeur Scarpa, il faut, pour que la compression réussisse, qu'elle procure la réunion des membranes du vaisseau sur lequel on l'exerce, on voit que la compression sur la tumeur doit avoir de fort mauvais résultats ; d'abord, parce que toutes les poches anévrysmales, même récentes, se trouvent tapissées par quelque couches de coagulum, et qu'alors ce corps intermédiaire empêche la réunion d'avoir lieu ; secondement, parce que la compression, agissant sur la partie supérieure de la tumeur, tend à distendre fortement le sac sur ses parties latérales, et à en procurer la rupture. Quand l'anévrysme est dur, volumineux, la compression ne peut le diminuer, mais elle le repousse sur l'artère qui est comprimée contre les parties opposées ; elle peut l'être alors au-dessus ou au-dessous de l'ouverture par où s'est échappé le sang qui a produit la maladie. Si elle est exercée au-dessus, elle peut empêcher le sang de parvenir dans la tumeur, le forcer à passer par les artères collatérales, et procurer ainsi la guérison de l'anévrysme, si ce moyen est employé pendant un temps suffisant. Si c'est au contraire au-dessous, elle empêche le sang de parvenir au-delà de la tumeur, elle tend à l'accumuler dans le sac anévrysmal, et à en procurer la rupture. C'est ce qu'on a eu occasion d'observer fort souvent.

La compression de l'artère au-dessus de la tumeur est celle qui a offert les meilleurs résultats ; c'est à tort cependant qu'on a avancé qu'on devait la mettre en usage dans toutes les circonstances. Si la tumeur est récente, peu volumineuse, et que le membre ne soit pas infiltré, elle peut offrir des résultats avantageux. Si, au contraire, elle était ancienne, très-volumineuse, le membre œdémateux, froid, l'opération deviendrait indispensable, et l'on perdrait un temps irréparable, si l'on cherchait à en procurer la guérison par la compression. Pour favoriser les effets de ce genre de compression, on appliquera avec avantage sur la tumeur les moyens propres à coaguler le sang, et que nous avons énumérés ailleurs. Le malade doit garder le plus parfait repos, et éviter tout ce qui pourrait augmenter la maladie.

Voyant qu'après la guérison de l'anévrysme par la ligature ou la compression au-dessus de la tumeur, on rencontrait l'artère oblitérée au-dessus et au-dessous du sac, jusques à la naissance des artères collatérales, on avait imaginé de comprimer l'artère au-dessous de la tumeur, lorsqu'elle se trouve située trop près du tronc, pour en permettre la ligature au-dessus. Mais ce moyen n'a pas été couronné de succès. La tumeur a toujours augmenté de volume, et le kyste anévrysmal se serait rompu si on n'avait cessé son emploi.

Cherchant à dissiper l'engorgement œdémateux qui accompagne si souvent l'anévrysme, Théden imagina d'appliquer sur tout le membre un bandage roulé qui le comprimait également sur tous les points ; mais, par son usage, la tumeur diminua de volume et la guérison en fut la suite. Depuis, ce moyen a été employé, et on en a obtenu de bons résultat ; il serait à désirer qu'on s'en servît plus souvent. Le professeur Delpech dit (1) : « Il « nous paraît bien difficile de renoncer à l'essai de la compression « générale, avant d'entreprendre une opération, même lorsque le

(1) Ouvrage cité, t. III, pag. 686.

« membre est chargé d'une infiltration lymphatique, puisque c'est « dans des cas de cette espèce que ce moyen a réussi ; nous voudrions « qu'on ne poussât pas trop loin cette tentative ; car, dans les cas « où l'on a réussi, on a pu le prévoir dès les premiers momens, « par la diminution rapide du membre et de celui de la tumeur, « sans exciter des douleurs dans les parties, et sans que leur tem- « pérature ou leur sensibilité naturelles eussent diminué. » Et on lit dans l'ouvrage de M. Hodgson, que toutes les fois qu'on s'est servi de ce moyen après l'opération de l'anévrysme, l'absorption du coagulum s'est faite avec plus de rapidité.

Ligature. On peut avec M. Richerand définir la ligature, une compression circulaire exercée sur le vaisseau dont elle efface le canal en rapprochant ses parois, de manière que le cours du liquide s'y trouve entièrement intercepté.

Cette opération se pratique de deux manières différentes, qui sont connues sous le nom d'ancienne et de nouvelle méthode.

L'ancienne méthode se pratique de la manière suivante : après avoir situé le malade d'une manière convenable, on applique un tourniquet sur l'artère affectée, à une certaine distance de la tumeur, afin qu'il ne gêne pas le chirurgien dans son opération. Après l'avoir serré de manière à intercepter le cours du sang, on pratique une incision sur le sac, suivant la direction de l'artère. Cette incision doit s'étendre à un pouce au-dessus et au-dessous du sac, et elle sera d'autant plus prolongée que l'artère à lier est plus profondément située. Si, dans ce premier temps de l'opération, on divise quelque artère, on doit la lier de suite, afin que le sang n'empêche pas de reconnaître les parties. Après avoir divisé les tégumens et les parties situées au-dessus du sac, on ouvre celui-ci dans toute sa longueur. Pour cela, on plonge le bistouri dans la tumeur, et on y introduit l'*index* ou une sonde cannelée, et à la faveur de ce conducteur, on incise le sac dans toute son étendue avec un bistouri ou une paire de ciseaux droits. Cela fait, on le débarrasse de tout le coagulum qu'il peut contenir. Après avoir ainsi nettoyé la poche anévrysmale, on aperçoit vers le fond l'ou-

verture de l'artère qui a donné naissance à la maladie; on introduit un stylet dans son intérieur, en le dirigeant vers le bout supérieur. Ce stylet sert à reconnaître l'artère, et à conduire au-dessous d'elle les fils qui doivent la lier. Cela fait, on prend les deux bouts de la ligature et l'on fait deux nœuds. Cette opération doit être répétée pour le bout inférieur de l'artère. Ordinairement on place quatre ligatures, deux à la partie supérieure, et deux à la partie inférieure du sac, et à une certaine distance les unes des autres. De ces quatre, on ne lie que les deux plus voisines de l'ouverture de l'artère, les autres sont nommées ligatures d'attente, et placées pour remédier à l'hémorrhagie consécutive qui peut avoir lieu.

Si la tumeur était peu volumineuse et située superficiellement, on pourrait exécuter cette opération avec assez de facilité, et les accidens qu'elle entraînerait après elle seraient peu nombreux, si on en excepte cependant ceux que peuvent entraîner les ligatures d'attente. Mais, dans le cas contraire, non-seulement l'opération est fort pénible, mais quelquefois même impossible. L'inflammation et les suppurations qui sont la suite inévitable de l'entrée de l'air dans des plaies aussi vastes, peuvent seules causer la mort du malade, et avaient porté certains praticiens tels que Pott et Deschamps à lui préférer l'amputation.

Aussi, pour remédier à des accidens aussi nombreux et aussi dangereux, Anel imagina le premier de lier l'artère au-dessus du sac, et d'abandonner la tumeur à la nature. Le succès le plus complet couronna sa découverte; le missionnaire qui fut le sujet de cette observation, guérit au bout d'un certain temps, et la tumeur disparut peu à peu.

L'exemple d'Anel était perdu pour la science, et n'avait point été répété jusques au mois de juin 1785, lorsque Desault essaya de guérir un anévrysme de l'artère poplitée par le même moyen. Mais la cure fut traversée par l'ouverture de la tumeur qui resta fistuleuse, et le malade mourut, huit mois après l'opération, des suites d'une carie au tibia.

Ce fut vers la fin de la même année que Hunter, célèbre pra-

ticien de Londres, opéra un anévrysme de l'artère poplitée par la méthode d'Anel, après lui avoir fait subir des modifications dont il a retiré la faveur de donner son nom à cette méthode ; et ici, qu'on nous pardonne une légère digression. Quand cesserons-nous de voir ces insulaires à l'affût de nos découvertes, y introduire de légères modifications, pour se donner l'orgueil de la propriété? Ou plutôt, quel doit être le terme de cette apathie nationale, qui empêche de revendiquer en notre faveur ce qui nous est dû, et se prête bassement à leur furtif triomphe ? Que de Français citent Newton sans songer à Descartes!

Hunter ayant observé que très-souvent les membranes artérielles participaient, jusqu'à une certaine distance du sac, à l'affection organique qui a donné naissance à l'anévrysme, pensa que la ligature par la méthode d'Anel devait avoir des suites fâcheuses ; d'abord, parce que l'inflammation qu'elle détermine dans les membranes de l'artère sur lesquelles on l'applique pouvait se propager jusqu'au sac, et entraîner après elle des suppurations interminables; en second lieu, par l'impossibilité où l'on est quelquefois de reconnaître le vaisseau affecté et de le lier lorsqu'il est à une certaine profondeur. Ce chirurgien imagina donc de lier l'artère à une distance plus ou moins éloignée de la tumeur. Par ce moyen, on a non-seulement l'avantage d'opérer à l'endroit qui vous paraît le plus convenable, de ne faire qu'une plaie simple, mais encore de pouvoir en obtenir la réunion immédiate, et de n'être pas gêné par l'écoulement du sang durant l'opération.

Nul doute que la méthode d'Anel, ainsi modifiée, ne dût l'emporter sur toutes les autres ; aussi est-ce la seule employée de nos jours. Mais elle était loin d'avoir acquis, entre les mains de Hunter, toute la perfection où elle est parvenue aujourd'hui. Les uns voulaient que l'on employât des ligatures larges, afin que l'artère ne fût pas sectionnée trop vite ; ceux-ci croyaient qu'il était nécessaire d'interposer un corps entre la ligatuture et l'artère pour obvier au même inconvénient; ceux-là, que la ligature ne fût serrée que graduellement, afin de donner aux artères collatérales le temps de se dilater suffi-

samment, pour admettre toute la quantité de sang nécessaire pour nourrir le membre ; d'autres, voyant la fréquence de l'hémorrhagie consécutive, firent revivre la méthode d'Ætius, qui consiste à pratiquer deux ligatures, et à diviser l'artère dans leur intervalle, afin, disaient-ils, de placer le vaisseau dans la même position qu'après une amputation qui n'entraîne presque jamais d'hémorrhagie subséquente. Les chirurgiens anglais ont beaucoup vanté cette dernière méthode. Mais M. Scarpa assure, que sur deux malades chez lesquels ce procédé a été mis en usage en Italie par des médecins instruits, l'hémorrhagie consécutive a toujours eu lieu.

Parmi tant d'opinions diverses, il était difficile de choisir une marche sûre ponr tracer un procédé opératoire. Les préceptes que donne le professeur Delpech nous paraissant les plus convenables, nous ne croyons pouvoir mieux faire que de rapporter son texte même (1).

« 1.° Que l'on doit renoncer aux ligatures d'attente comme inutiles « et dangereuses ;

« 2.° Que le vaisseau que l'on a dessein d'oblitérer doit être en- « touré d'un seul lien, assez mince pour pouvoir, sans un trop grand « effort, rompre sûrement les deux tuniques propres, et pas trop « mince, car la constriction qu'il doit exercer sur le tissu cellulaire « ne tarderait pas à le mortifier ou à l'ulcérer rapidement.

« 3.° Que le lien destiné à opérer l'oblitération doit être placé dans « le contour du vaisseau, ou plutôt de son tissu cellulaire extérieur, « sans comprendre aucune des parties environnantes, afin que la « compression soit uniforme et partout exercée, d'une distance égale, « sur les membranes du vaisseau qu'il s'agit d'altérer. Il importe, « sur-tout, de ne pas distraire ce même tissu cellulaire extérieur de « l'action de la ligature, en négligeant de le comprendre dans l'anse « de ce lien. Pour cela, il est convenable d'user d'un instrument « peu volumineux, mousse, quoique délié, recourbé convenable- » ment, et de le conduire tout autour du vaisseau à la faveur de

(1) Clinique chirurg. de Montpellier, t. I, p. 109.

« légers mouvemens parallèles à l'axe de ce dernier, afin que l'on « puisse être averti du moindre obstacle, et chercher à l'éviter après « l'avoir reconnu.

« 4.° Que l'on doit chercher à éviter, autant qu'il est possible, « d'isoler le vaisseau des parties environnantes et notamment du « tissu cellulaire. En conséquence, il faut renoncer à l'usage des « aiguilles pour placer la ligature, et sur-tout de celles qui ont une « certaine largeur, comme celle de Desault. On doit renoncer aussi « à la dissection avec les doigts, une spatule, etc. La moindre lésion « possible dans le tissu cellulaire pour placer un fil, est tout ce qu'il « faut pour le but que l'on se propose ; c'est pourquoi nous pré- « férons le bout étroit et aplati d'une sonde cannelée, au moyen de « laquelle nous écartons plutôt que nous ne divisons le tissu cellulaire.

« 5.° Que l'on doit soumettre l'artère à l'action d'un effort circu- « laire, dans l'intention d'agir en même temps et d'une manière égale « sur tous les points de son contour, et de rompre, le plus com- « plètement qu'il est possible, les deux tuniques propres. Cet effort « peut être exercé soit au moyen d'un nœud simple, soit en enga- « geant les deux chefs de la ligature dans l'anneau d'un serre-nœud « à polype, lequel peut être fort délié. Ce dernier parti a l'avantage « de permettre de supprimer la ligature à volonté.

» 6.° Que l'on doit être attentif à distinguer la secousse qui annonce « la rupture des membranes propres, la formation du double bour- « relet qui en est la conséquence, et à borner à ce point la compres- « sion que l'on exerce sur le vaisseau. Au-dessous de ce degré, la « compression ne serait pas suffisante pour produire d'abord l'oc- « clusion, puis l'oblitération définitive. Au-dessus de ce même degré, « la compression serait surabondante et pourrait décider la mortifi- « cation du tissu cellulaire qui la supporterait.

« 7.° Que l'on ne doit rien engager sous la ligature : d'abord, parce « que l'expérience démontre que la chose est inutile ; en second « lieu, parce qu'il est plus que vraisemblable que le moyen qui n'al- « tère la continuité des tuniques propres de l'artère que dans une « partie de son contour, n'est pas le plus sûr pour obtenir une obli-

« tération prompte et solide ; en troisième lieu, parce que ces inter-
« positions rendent impossible la réunion immédiate et les avan-
« tages immenses que l'on peut en retirer dans tous les cas, et no-
« tamment dans ceux d'affection morbifique de l'artère à lier. Il faut
« alors, plus que jamais, compter sur le tissu cellulaire, lequel se
« trouve bien plus rarement intéressé que le reste.

« 8.° Que l'on doit procéder avec un grand soin au rapprochement
« immédiat des parties divisées, afin d'obtenir la réunion la plus com-
« plète qu'il se puisse. Cette coaptation doit être accomplie d'un côté
« à l'autre de la division, au moyen de bandelettes agglutinatives,
« et dans le sens de l'épaisseur des parties, au moyen d'une com-
« pression douce, égale et suffisante. Ces soins ont moins pour
« objet la prompte terminaison d'une plaie de peu d'importance, que
« de masser, de grouper autour de l'artère les parties qui doivent
« participer à l'état inflammatoire, afin qu'elles puissent contribuer
« par là à l'oblitération du vaisseau.

« 9.° Qu'il faut supprimer la ligature le quatrième ou le cinquième
« jour, ayant soin de rapprocher aussitôt les parties que cette inter-
« position isolait encore, et d'étendre sur elles la compression générale
« jusqu'à l'entière cicatrisation. »

OBSERVATION (1).

M. C.***, ingénieur-architecte du département de l'Ariège, âgé de 45 ans, d'un tempérament éminemment sanguin et très-nerveux, d'une constitution robuste, a constamment joui d'une bonne santé. Il a été très-sujet, pendant sa jeunesse et jusqu'à l'âge de 35 ans, à des hémorrhagies nasales très-considérables et assez fréquentes. Ces hémorrhagies ont beaucoup diminué à cet âge, et C.*** a été tourmenté par de violens maux de tête et des vertiges, que

(1) Nous devons cette observation à la bienveillance de notre savant et respectable Maître, M. Viguerie.

l'on a combattus et soulagés par l'application des sangsues. Bientôt, l'apparition d'hémorrhoïdes volumineuses, et qui donnaient lieu assez souvent à un flux sanguin considérable, a rétabli l'équilibre de sa santé, et C.*** s'est porté aussi bien qu'avant la cessation de ses épistaxis.

Au mois d'octobre 1819, C.***, que sa profession oblige à monter très-fréquemment à cheval, fit une chute; sa jambe droite se trouva prise sous le ventre de l'animal dans un état de flexion très-forte, et dans un violent effort qu'il fit pour se relever et s'accrocher à la crinière de son cheval, il sentit un tiraillement douloureux au creux du jarret. Toutes les parties qui environnent l'articulation du genou furent violemment contuses; des compresses trempées dans de l'eau-de-vie camphrée furent tenues appliquées sur la partie malade pendant deux jours, et au bout de ce temps C.*** a recouvré la faculté de marcher, et a repris ses occupations ordinaires qui sont très-fatigantes et qui exigent l'exercice violent des extrémités abdominales.

Depuis cette époque, C.*** a éprouvé une douleur au creux du jarret qui, d'abord légère, ne se faisait sentir que par intervalle à d'assez grandes distances, et seulement lorsqu'il étendait fortement la jambe. A peu près à cette même époque (celle de la chute), les hémorrhoïdes ont entièrement disparu.

La douleur du jarret est devenue de plus en plus fréquente et plus forte, la tumeur grossit; tous les moyens thérapeutiques sont vainement employés, et nous arrivons à cette époque où, son volume égalant celui du poing, et dépassant en conséquence les tendons des muscles qui forment les cordes du creux du jarret, l'opération fut jugée indispensable; le malade appela alors M. Viguerie, chirurgien en chef de l'hospice civil de Toulouse.

C'est le 7 février au matin que l'opération fut faite; elle fut pratiquée d'après la méthode d'Anel, modifiée par Hunter, suivant le procédé de Scarpa, avec les modifications de John, c'est-à-dire, que l'artère fémorale fut liée au bas de l'espace inguinal, vers l'endroit où elle s'engage sous le bord interne du muscle couturier, et

qu'il ne fut appliqué qu'une seule ligature ronde et très-étroite, composée d'un petit cordonnet de soie, préalablement ciré.

Une incision de quatre pouces environ fut faite d'abord aux tégumens de la cuisse, suivant la direction de l'artère. Cette incision commençait environ trois pouces au-dessous de l'arcade crurale, et longeait inférieurement le bord interne du muscle couturier, tandis que, supérieurement, elle en était à une certaine distance. Les tégumens incisés, le tissu cellulaire sous-jacent le fut également; une petite artériole ouverte fut liée sur-le-champ, et l'incision, continuée plus profondément, laissa voir l'artère fémorale entre le nerf et la veine. La gaîne cellulaire, qui entoure le faisceau vasculaire et nerveux, fut incisée, et un cordonnet de soie ciré fut passé sous l'artère au moyen d'une aiguille courbe. Le cordonnet trop simple cassa lorsqu'on voulut serrer le nœud. Une seconde ligature, formée avec le même cordonnet, mais double, fut passée sous l'artère exactement au même endroit que la première; les deux bouts en furent noués ensemble sur l'artère par un double nœud, l'opérateur s'étant assuré, avant de faire le second nœud, que la constriction était assez forte, et que toute espèce de battement avait cessé dans la tumeur. Les bouts de la ligature furent placés dans l'angle inférieur de la plaie; les lèvres de celle-ci furent maintenues rapprochées au moyen de bandelettes agglutinatives. Un plumasseau enduit de cérat, de la charpie mollette, une compresse et un linge qui recouvrant le tout faisait le tour du membre, et s'attachait en dedans avec des épingles, complétèrent l'appareil.

L'opération et le pansement terminés, le malade fut placé dans son lit, couché sur le dos, sa jambe droite à demi-fléchie et renversée un peu en-dehors: la plus grande immobilité du membre lui fut recommandée.

Il serait trop long sans doute de faire le détail de tous les phénomènes qui suivirent cette opération; il nous suffira de dire que le 36.e jour après, le malade s'exerça à marcher dans sa chambre; que le 45.e, il fit sa première sortie avec une canne, et qu'enfin, il partit de Toulouse, pour revenir chez lui, le 29 mars, 51 jours

après avoir été opéré; sa santé était parfaite, la cicatrice complète, et la tumeur, qui avait beaucoup perdu de sa dureté, était réduite au volume d'un petit œuf de poule.

Tel est le faible travail que je soumets à mes Maîtres. Mon refuge, je le sens bien, n'est que dans leur indulgence; c'est aussi sur elle que je me repose; car :

Si desint vires, tamen est laudanda voluntas.

FIN.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

PROFESSEURS

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

M. JACQUES LORDAT, *Doyen.*
M. J. ANTOINE CHAPTAL, *honoraire.*
M. J. B. TIMOTHÉE BAUMES.
M. M. J. JOACHIM VIGAROUS.
M. PIERRE LAFABRIE.
M. J. L. VICTOR BROUSSONNET.
M. G. JOSEPH VIRENQUE.
M. C. J. MATHIEU DELPECH.
M. ALIRE RAFFENEAU DELILE.
M. FRANÇOIS LALLEMAND.
M. JOSEPH ANGLADA.
M. CÉSAR CAIZERGUES.
M. A. SIMON DUPORTAL.
M. . . . . .

MATIÈRE DES EXAMENS.

1.er *Examen.* Anatomie, Physiologie.
2.e *Examen.* Pathologie, Nosologie, Accouchemens.
3.e *Examen.* Chimie, Botanique, Matière médicale, Thérapeutique; Pharmacie.
4.e *Examen.* Hygiène, Police Médicale, Médecine légale.
5.e *Examen.* Clinique interne ou externe, suivant le titre de Docteur en Médecine ou en Chirurgie que le candidat voudra acquérir.
6.e *et dernier Examen.* Présenter et soutenir une Thèse.

Table

Sur le médecin Philosophe par Verrhes — 51. Pages
Sur l'allaitement maternel par Ormières — 14.
Sur la fracture de col du femur par Idrac — 40.
Sur l'apoplexie par Lapeyrie — 88.
observations propres à éclairer quelques points de médecine par Olmade — 30.
Sur la délivrance par Laffon — 40.
Sur le Scorbut par carbonel — 7.
Sur l'adynamie par Bessières — 28.
Sur l'hemoptysie idiopatique par Soulages X — 30.
Sur la nevrose par Latour — 23.
Sur les fonctions de la peau par Sudre — 154.
Sur les forceps par Duclos — 25.
Sur l'opération de la Boutonnière par Nasse — 23.
Sur quelques préparations de quinquina par Delpech — 18.
Sur les abus de la manœuvre dans les accouchemens par Clot — 23.
Sur l'opération de l'anevrisme par Fourcaud — 22.
Sur l'amenorrhée par Boulin — 26.
Sur la cataracte par Lusardi — 32.
Sur l'encephalocele par Marseille — 24.
Sur l'anevrysme externe par Rolland — 30.
Sur la topographie méd.le de la Guadeloupe par Roaldès Etienne — 47.
Sur la structure du Squelette humain par Roaldès fils — 8.
Sur les perforations spontanées de l'estomac par Bernard — 28
Sur la doctrine des fièvres par Lassalvy — 21.
Sur les émissions sanguines par Fourquet — 52.
Sur les alcalis végétaux par Cousseran — 35.
Sur les effets de l'habitude par Parant — 26.
Sur les perforations spontanées de l'estomac par L. Noel — 28.
Sur l'analyse de l'extrait d'aloès exotique par Dujac — 13.
Syntheses Pharmaceuticæ et chymicæ auctore Delpech Ch.n — 8.
X. Sur l'amputation des membres, par Gaillard — 30