

RÉFLEXIONS

N.^o 21.

SUR

L'OPÉRATION DE L'ANÉVRISME

A L'ARTÈRE CRURALE,

ET SUR

LA LIGATURE DE CETTE ARTÈRE DANS LE CAS D'HÉMORRHAGIE CONSÉCUTIVE;

*Présentées et publiquement soutenues à la Faculté de Médecine
de Montpellier, le 5 Mars 1823 ;*

PAR AUGUSTE FOURCAUD,

Natif de TOULOUSE (Haute-Garonne) ;

Bachelier ès Lettres de l'Académie de Montpellier ; Chirurgien Aide-Major
au 4.^e Régiment de Chasseurs à cheval (Arrière) ; ex-Chirurgien Sous-
Aide des Ambulances de l'Armée de Catalogne, de l'ex-3.^e Régiment
d'Infanterie légère et de l'Hôpital militaire de Toulon ; ancien Élève
interne de l'Hôpital général St.-Joseph de la Grave de Toulouse.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

*In vulneribus, ulceribusque, plus perfici mavis
quàm medicamento, credo.* CELSUS.

A MONTPELLIER,

Chez JEAN MARTEL AÎNÉ, Seul Imprimeur de la Faculté
de Médecine, près l'Hôtel de la Préfecture, n.^o 62.

1823.

A MA TANTE,
SIMONE FOURCAUD, VEUVE SARRAT.

En vous dédiant le premier fruit de mes études médicales, ô Tante chérie, je ne prétends point m'acquitter envers vous. Non, je sens trop combien mes engagements sont au-dessus de mes forces, le cœur seul peut payer les dettes dont je vous suis redevable; puissiez-vous lire dans le mien mon amour, mon respect et ma reconnaissance.

L'AUTEUR
A SON PÈRE ET A SA MÈRE;

LE FILS LE PLUS TENDRE,
LE PLUS RECONNAISSANT,
LE PLUS RESPECTUEUX.

A MONSIEUR PIGNI,
CHEF DE BATAILLON EN RETRAITE,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
ANCIEN AIDE-DE-CAMP DU PRINCE MASSÉNA;

ET

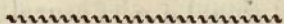
A MONSIEUR TRASTOUR,
CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HOPITAL MILITAIRE DE TOULON,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

Permettez-moi de vous donner un témoignage public de ma vive reconnaissance pour l'intérêt que vous m'avez toujours porté, et pour toutes les preuves d'amitié dont vous m'avez honoré.

A. FOURCAUD.



RÉFLEXIONS
SUR
L'OPÉRATION DE L'ANÉVRISME
A L'ARTÈRE CRURALE,
ET SUR
LA LIGATURE DE CETTE ARTÈRE DANS LE CAS
D'HÉMORRHAGIE CONSÉCUTIVE.



LORSQUE je me suis proposé des réflexions sur l'anévrisme de l'artère crurale, et sur l'hémorrhagie qui résulte de sa rupture consécutive, je n'ai voulu considérer ces accidens que lorsqu'ils ont lieu à la région supérieure de ce vaisseau; c'est pour cela que je pense devoir commencer par l'exposition anatomique de l'arcade crurale et des parties qui se trouvent au-dessous, afin d'en déduire les difficultés qui se présentent dans l'opération et les précautions à prendre pour bien réussir.

L'arcade crurale est formée, à proprement parler, par le ligament de Fallope ou de Poupart, que quelques anatomistes ont cru être tissu par la réunion de l'aponévrose du muscle *facia lata* avec celle du grand oblique du bas-ventre. Ce ligament est placé obliquement depuis l'épine supérieure et antérieure de l'os des îles, jusqu'à la crête du pubis où il s'unit avec le ligament de Gimbernat, et paraît en faire partie.

Il résulte de la position de l'arcade crurale une ouverture oblique terminée en bas par le bord supérieur du pubis, par l'éminence iliopectinée et l'échancrure antérieure de l'os des îles ; mais ces sinuosités osseuses sont recouvertes par une partie des muscles psoas et iliaque réunis : c'est sur ces muscles que passent les nerfs, les vaisseaux sanguins et lymphatiques qui se dirigent de la cavité abdominale à la cuisse.

En enlevant les tégumens assez délicats qui recouvrent le pli de l'aîne et la région supérieure de la cuisse, on découvre une membrane formée par du tissu cellulaire graisseux que l'on a nommée *fascia superficialis* (1) ; celle-ci recouvre non-seulement l'aponévrose *fascia lata*, mais encore elle s'étend sur une grande partie du muscle grand oblique. Après l'avoir enlevée, on découvre l'aponévrose *fascia lata* sur laquelle se trouvent quelques petites glandes conglobées, soutenues par un tissu cellulaire assez lâche (2). Cette dernière aponévrose étant retirée, on aperçoit l'origine de l'artère crurale placée un peu en dehors de l'axe de la cuisse, mais se dirigeant bientôt vers la région interne. Le nerf crural, placé plus en dedans, s'étend en partie sur l'artère crurale en formant un épanouissement d'où partent un grand nombre de nerfs pour les muscles de la cuisse ; il recouvre la veine crurale placée en dedans et plus profondément que l'artère. Le cordon spermatique, chez l'homme, est dirigé obliquement vers la région pubienne, enveloppé par une lame du péritoine et le muscle crémaster ; il recouvre une partie de l'artère du nerf et de la veine pour sortir par l'anneau inguinal.

D'après cette direction, le cordon spermatique laisse un espace triangulaire entre son bord inférieur et la région interne des vaisseaux cruraux. C'est dans cet espace que se trouvent plusieurs glandes conglobées qui forment la couche profonde, auxquelles se rendent des vaisseaux lymphatiques de la couche superficielle, et d'où partent plusieurs autres qui viennent ramper sur l'artère et la veine

(1) Cloquet, Mémoire sur les hernies.

(2) Kruiksaak, Anatomie des absorbans.

pour se rendre dans le bas-ventre (1). La face intérieure de l'arcade crurale est recouverte, indépendamment du péritoine, par cette membrane qui a été nommée *fascia transversalis*, que Douglas regardait comme un repli du péritoine (2); qu'Astley Cowper a décrit comme devant former le canal herniaire par une ouverture oblique qui lui est propre, et dans laquelle passe le cordon spermatique, comme l'a décrit Scarpa (3).

L'artère épigastrique, placée au-dessus de la crurale, se dirige de dehors en dedans, forme une courbe et s'élève pour ramper derrière le muscle droit antérieur du bas-ventre. La circonflexe iliaque prend encore naissance vis-à-vis, après quoi la crurale fournit les circonflexes et la profonde, appelée petite crurale qui fournit du sang profondément aux muscles internes et postérieurs de la cuisse. Je ne parle pas des autres vaisseaux qui partent de cette artère principale.

Telle est la disposition des parties contenues sous l'arcade crurale; mais dans l'état pathologique, c'est-à-dire dans la formation d'un anévrisme, il arrive un dérangement tel, qu'il n'est guère facile de retrouver l'ordre primitif; car la tumeur artérielle déjette le nerf crural en dedans, la veine se trouve au-dessous de l'anévrisme, le cordon spermatique est soulevé, le tissu cellulaire très-dilaté se confond avec les tégumens ou les aponévroses, les glandes sont portées en avant, de sorte qu'il est presque impossible de décrire les changemens qui peuvent survenir dans cet état; ce qui peut dérouter l'opérateur et rendre la ligature très-difficile à placer.

On sait que l'anévrisme est une tumeur sanguine formée par la dilatation ou par le déchirement des membranes qui composent les parois interne ou externe des artères; et de là, les divisions que les nosologistes ont données des diverses espèces d'anévrismes, divisions sur lesquelles je ne m'arrêterai pas.

La cause des anévrismes est assez obscure; on ne sait pas bien

(1) Kruiksank, *ibid.*

(2) *De peritoneo.*

(3) *Traité des hernies.*

encore pourquoi et suivant quelles lois les membranes qui forment les artères se dilatent extraordinairement, jusques à se rompre et donner lieu à des hémorrhagies mortelles. En accusera-t-on le défaut de résistance et une faiblesse ou un état d'inertie dans ces mêmes membranes ? Mais alors on demanderait pourquoi l'anévrisme a lieu dans un endroit plutôt que dans un autre, chez un sujet ordinairement faible ; pourquoi cette tumeur a-t-elle lieu chez un autre extrêmement vigoureux. Sera-ce le mouvement des articulations ? Mais alors on demanderait pourquoi l'anévrisme se forme-t-il à la crosse ou au tronc de l'aorte, au trépied céliaque, etc. ; et n'arrive-t-il jamais, du moins que je sache, aux artères émulgentes. Je sais bien que cette tumeur se manifeste plus souvent auprès des grandes articulations, mais qu'il y a, comme l'observe Morgagni (1), une espèce de diathèse anévrismatique à laquelle sont livrés certains sujets. Je sais encore qu'une plaie, qu'une érosion, qu'un ulcère qui auront affecté la membrane extérieure d'une artère, peuvent donner naissance à un anévrisme. On n'en peut pas donner la cause à l'impulsion du sang, puisqu'elle est égale pour tout le système artériel ; on sait néanmoins que les personnes sujetes à des palpitations du cœur habituelles sont plus disposées que toute autre à éprouver des tumeurs anévrismatiques (2).

On sent bien que le pronostic de cette affection doit être extrêmement fâcheux, sur-tout si le sujet est abandonné sans remèdes. Sa rupture, comme l'observe très-bien Ambroise Paré, est toujours mortelle, si l'on n'y apporte de prompts secours, et encore on ne peut pas en attendre de résultats heureux, quand bien même on aurait arrêté le cours du sang au moyen de la compression, des astringens et même du feu.

Les plus anciens auteurs se contentaient de comprimer la tumeur anévrismatique, dès qu'elle commençait à se manifester à l'extérieur ; ils soutenaient cette compression par un bandage approprié, mais

(1) *De sedibus et causis morborum.*

(2) Dictionnaire des sciences médicales, art. anévrisme.

on s'aperçut que ce moyen n'était pas suffisant pour obtenir une cure radicale; c'est pour cela que l'on imagina d'ouvrir les tégumens, d'isoler la tumeur, de faire deux ligatures, une supérieure et l'autre inférieure, d'ouvrir l'anévrisme, de donner issue au sang ramassé en caillot, et panser ensuite le tout comme une plaie simple. Paul d'Egine fut un des premiers à suivre cette méthode; AETIUS et Actuarius la conseillèrent et l'employèrent; long-temps après, le restaurateur de la chirurgie, Ambroise Paré, ne trouva pas de meilleur moyen, pour traiter l'anévrisme, que d'employer la ligature, ayant à combattre le sentiment de ceux qui voulaient appliquer le feu, comme avaient pensé ceux qui suivaient le sentiment d'Actuarius, qui non-seulement admettait la ligature, mais encore le cautère actuel. Fabrice d'Aquapendente, ennemi de ce moyen cruel, suivit la pratique d'Ambroise Paré, et dès-lors tous les chirurgiens admirent la ligature, comme le seul moyen efficace et le plus propre à remplir l'objet que l'on devait se proposer.

Les connaissances peu étendues dans l'anatomie arrêtaient d'abord les chirurgiens, surtout lorsqu'il fallut lier un des gros vaisseaux; l'expérience avait fait voir quelquefois, qu'après la ligature le membre perdait sa chaleur ordinaire et que souvent il tombait en mortification, ce qui peut-être, était plutôt dû au mode d'opérer qu'aux ressources de la nature dans le grand nombre d'anastomoses qu'elle a mis entre les vaisseaux; ce que les injections les plus délicates prouvèrent ensuite. D'après cela, les chirurgiens furent plus enhardis et cherchèrent à opérer suivant une méthode plus satisfaisante, quoique admettant toujours l'usage de la ligature.

On vit que quelquefois la ligature trop étroite coupait l'artère et ne mettait pas à l'abri de l'hémorrhagie: c'est pour cela que l'on plaça des ligatures d'attente, mais celles-ci étant comme des corps étrangers devenaient souvent nuisibles au vaisseau en fatiguant ses parois. Dessault essaya de n'employer qu'une ligature; Hunter pensa que, pour parvenir à faire diminuer la tumeur anévrismale, il fallait placer la ligature, non près de la tumeur, mais au tronc principal; c'est ainsi qu'il proposa de lier la crurale vers son milieu dans le

cas d'anévrisme à la poplitée et ce moyen fut efficace dans plusieurs occasions. M. Deschamp inventa un presse-artère afin d'éviter l'inconvénient de la ligature, sur-tout lorsque le vaisseau est placé profondément; les ligatures larges et cirées ont été utiles quelquefois; enfin, on n'a rien négligé pour éviter la rupture de l'artère. M. Maunoir a proposé, lorsque la ligature était faite convenablement, d'emporter entièrement le sac anévrisimal et de réunir la plaie par première intention. D'autres, après avoir fait une ligature, le laissent abcéder.

Mais pour faire cette opération, il faut, par une dissection exacte, après avoir ouvert les tégumens et séparé le tissu cellulaire ou les membranes qui recouvrent la tumeur, éloigner les nerfs, dégager les veines qui presque toujours accompagnent l'artère, isoler autant que possible le sac anévrisimal, et passer la ligature supérieurement au cours du sang, la serrer peu à peu, la fixer au moyen du presse-artère, et lorsque l'on sent que la pulsation ne se fait plus sentir dans la tumeur, l'ouvrir, retirer les caillots ou les substances polypeuses, ou bien la livrer à l'inflammation qui est accompagnée de la suppuration et traiter le tout le plus méthodiquement possible. Mais il s'en faut bien que dans tous les cas cette opération ne présente pas des difficultés; souvent le chirurgien doit vaincre des obstacles qu'il n'avait pas prévus: c'est alors qu'il a besoin de toutes les ressources de l'art pour parvenir au but qu'il s'est proposé.

Après m'être livré à des préceptes généraux sur la nature et le traitement des anévrismes, je vais exposer un cas particulier qui prouvera: 1.^o la nécessité de faire cette opération, 2.^o les ressources de la nature pour maintenir le membre dans son état naturel, 3.^o les difficultés inattendues dans cette opération.

Le nommé Petit (1), fusilier sédentaire à la sixième compagnie, entra à l'hôpital de Toulon le 12 novembre 1821. Ce soldat avait reçu, depuis douze ans, un coup de lance à deux pouces de l'arcade

(1) Si je choisis cette observation, ainsi que celle qui suit, c'est parce que j'en ai été le témoin oculaire.

crurale du côté droit; la plaie qui en résulta fut très-peu considérable et cicatrisa dans l'espace de six semaines; mais quelque temps après, il parut au même endroit une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, qui ne donna aucune inquiétude d'autant que le sujet n'en était pas incommodé; un mois avant son entrée à l'hôpital, il fit une chute où cette tumeur fut heurter contre un morceau de bois; dès-lors elle s'accrut considérablement, de telle sorte que, lors de son entrée, elle avait acquis une grosseur considérable, ayant la figure d'une sphère aplatie, dont le diamètre vertical était d'environ trois pouces et demi, et le transversal de près de trois pouces; elle était à un pouce et demi de l'arcade crurale. La couleur de la peau qui la recouvrait n'était nullement altérée, le centre de cette tumeur offrait plus de mollesse que la circonférence; on voyait, vers le tiers inférieur, la cicatrice du coup de lance, on y sentait des battemens isochrones à ceux du cœur; si l'on appliquait la main sur la portion de la crurale qui était entr'elle et le ligament de Fallope, on sentait pendant sa dilatation un frémissement très-marqué, et si on la comprimait fortement, la tumeur s'affaissait et les battemens cessaient de s'y faire sentir.

Cet anévrisme avait fait des progrès si rapides depuis le 1.^{er} du mois de novembre que M. Trastour, chirurgien en chef, se déterminait tout de suite à faire l'opération en liant la crurale au-dessous du ligament de Fallope, craignant que, par un plus grand accroissement, il ne fut privé de cet avantage et ne fut obligé à faire la ligature sur l'iliaque externe; en conséquence, il fit une incision d'un pouce et demi sur le trajet de la crurale, depuis la tumeur jusques au ligament de Fallope; il disséqua cette artère, l'isola et passa une ligature, au moyen d'une aiguille mousse à sa pointe et tranchante sur ses côtés, comme celle de Deschamp. Il mit sur l'artère un petit rouleau de sparadrap aplati, d'un demi-pouce de longueur et de trois à quatre lignes de largeur, et serra la ligature sur ce rouleau; mais le sang continuant de passer dans la tumeur, il retira le petit rouleau et fit la ligature circulaire immédiate; malgré tous ses soins, l'artère ne fut pas assez serrée, et le sang ne fut pas arrêté. Un

événement suspendit son opération, ce fut l'ouverture de la veine crurale par le talon de l'aiguille : ce qui donna une hémorrhagie si abondante que tout en fut inondé ; alors on tamponna , on mit des compresses graduées qui furent maintenues par un spica.

La chaleur du membre ne diminua point , les battemens de la tumeur se firent sentir à travers le bandage , quoique avec moins de force.

Le lendemain , le malade se trouvait assez bien , il avait somméillé ; mais les battemens de l'artère étaient si forts qu'ils ébranlaient le bandage.

Le 21 , M. Trastour , voyant que les ligatures qu'il avait placées étaient insuffisantes pour arrêter le cours du sang , leva l'appareil , prolongea un peu l'incision en coupant le ligament de Fallope , souleva l'artère avec le doigt indicateur de la main gauche , passa une nouvelle ligature , fit serrer le premier nœud par un aide , pendant qu'il comprimait avec l'un de ses doigts au-dessous de l'artère et de l'autre par-dessus le nœud , pendant que l'aide serrait le second nœud ; de cette manière les battemens cessèrent entièrement dans la tumeur. On appliqua de nouveau l'appareil , sans exercer la compression , l'hémorrhagie veineuse ne s'étant point renouvelée ; la chaleur du membre , loin de diminuer , augmenta et fut supérieure à celle du côté opposé jusqu'au lendemain ; les jours suivans , elle se trouva à son degré ordinaire.

Il y eut peu de fièvre d'abord ; la suppuration s'établit d'autant plus promptement , que la fatigue que la plaie avait éprouvée avait occasionné une inflammation considérable.

Vers les premiers jours de décembre , l'inflammation de la plaie conjointement à l'abcès du sac anévrisimal décida un mouvement fébrile qui s'exasperait sur le soir. Le bas-ventre était ballonné , la pression y déterminait une légère douleur , tout le membre inférieur du côté malade était tuméfié , sur-tout à la région interne et selon le trajet des vaisseaux , même sur la partie latérale du tronc du même côté jusqu'au bas de la poitrine ; néanmoins , vers la fin de décembre , le malade était assez bien , la dernière ligature était tom-

bée au 17.^e jour, les autres tombèrent quelques jours après, l'œdème s'était dissipé, l'appétit était bon; mais, presque chaque nuit, il éprouvait des coliques accompagnées de quelques selles. Aux premiers jours de janvier 1822, la fièvre devint continue, accompagnée de toux, de chaleur, de soif et de coliques; bientôt la toux devint plus intense, des douleurs vives furent ressenties dans la poitrine: un vésicatoire appliqué au bras ne les soulagea pas; la suppuration du sac abcédé devint séreuse et moins abondante.

Le 12 janvier, tous ces symptômes s'accrurent considérablement, la fièvre était intense, le pouls relevé, la chaleur à la peau très-grande, la langue sèche, rougeâtre sur les bords et blanche au milieu; la toux, fréquente sur-tout pendant la nuit, était accompagnée d'oppression et de douleur; le ventre était douloureux au toucher et toujours ballonné, la suppuration de la plaie presque entièrement tarie; le 15.^e, la prostration des forces, l'abattement étaient à leur comble, les traits de la face se décomposaient, les yeux enfoncés, larmoyans, la chaleur diminuée, le pouls petit et fréquent, la bouche fuligineuse et la suppuration totalement supprimée; le 16.^e, sueur abondante, les bronches s'engorgent, la respiration est râleuse, et la mort survient après une courte agonie, le 17.^e à 4 heures du matin.

A U T O P S I E.

ETAT DU MEMBRE. La plaie résultante de l'opération était sur le point de cicatriser et n'avait qu'un ponce d'étendue, le kyste contenait peu de suppuration, la partie inférieure du membre était œdématiée.

Après avoir lié l'iliaque externe à sa naissance, on injecta par l'hypogastrique, et l'on procéda à la dissection des vaisseaux jusqu'à l'artère poplitée. On observa 1.^o une collection purulente entre l'iliaque primitive et le bord interne des muscles psoas jusques au devant du rein droit; 2.^o toutes les parties environnantes de la plaie, formant une substance lardacée par l'épaississement inflammatoire du tissu cellulaire; 3.^o dans d'autres endroits, ce tissu n'était

qu'infiltré, l'endroit où était placée la première ligature était oblitéré. L'extrémité de l'artère était devenue conique et remplie de lymphe coagulable, jusques au-dessous du sac; celui-ci n'était pas plus volumineux qu'une noisette et se trouvait placé au côté interne de l'artère et à côté de la naissance de la profonde.

Au-dessous du sac, l'artère crurale était oblitérée dans une petite étendue; à partir de là jusqu'après son passage à travers le troisième abducteur, elle avait son calibre ordinaire, néanmoins ses parois paraissaient avoir plus d'épaisseur. Elle était remplie d'un sang coagulé, disposé par couches et d'autant plus dense que ces couches étaient plus extérieures, mais alors elle était réduite en forme de ligament dans l'étendue de deux à trois pouces; après quoi elle reprenait son calibre ordinaire, et recevait les artérielles très-dilatées communiquant avec des branches de la sciatique; quelques-unes de celle-ci s'unissaient avec les perforantes de la profonde et avec quelques divisions de l'obturatrice qui était très-dilatée; la profonde était très-dilatée et recevait sans doute avant l'opération tout le sang de la crurale.

Les parois de la veine crurale étaient beaucoup plus épaisses que dans l'état naturel, et cela, dans une grande étendue; elle se trouvait remplie de sang coagulé.

L'ouverture de la poitrine fit apercevoir des anciennes adhérences, sur-tout du côté droit, entre la plèvre et le poumon; on y voyait encore des traces d'inflammation au côté gauche et un épanchement d'un fluide albumineux; beaucoup de liqueur était contenue dans le péricarde, et le cœur se trouvait assez volumineux. Il n'y avait que très-peu d'épanchement dans la cavité abdominale; mais la membrane péritonéale des intestins était rougeâtre, la muqueuse était enflammée et comme fongueuse dans certains endroits, principalement auprès de la valvule cœcale. En fendant le foie, on trouva dans l'intérieur du grand lobe un foyer de pus d'environ cinq onces, très-fétide et épais.

On a lieu d'être surpris, qu'après l'opération, au lieu de voir diminuer la température dans le membre opéré, elle ait au contraire

augmenté le premier et le second jour, et qu'elle se soit maintenue ensuite égale à celle du côté opposé, sans doute par un mouvement de réaction dans le système capillaire; mais l'artère fémorale se trouvant oblitérée dans une grande étendue, ceci n'a pu arriver sans un état inflammatoire précédent; il peut bien être arrivé que, lors de la blessure de l'artère, l'inflammation se soit propagée tout le long du tube artériel. L'épaississement des parois et la dilatation que l'on a remarquée à la musculaire profonde annoncent que le sang, ne pouvant plus passer par la fémorale, arrivait aux parties inférieures du membre par les anastomoses entre cette artère et les branches de l'ischiatique et des articulaires, et que tout était disposé d'avance pour le succès de l'opération. Il est malheureux que des accidens ultérieurs aient privé l'opérateur d'une si belle espérance; en effet tout allait au mieux après l'opération, il y avait peu de fièvre, l'inflammation de la plaie tenait à la fatigue que les parties avaient éprouvée pendant que l'on avait appliqué la ligature, autant qu'au genre de pansement qu'il fallut faire: à l'inflammation de la plaie s'est jointe celle du kyste anévrisimal qui contenait de la fibrine, devenue comme un corps étranger dans cette poche enflammée; les parois se sont phlogosées dans l'endroit le plus faible. Toutes ces causes, auxquelles on peut joindre l'inflammation de l'artère liée, devaient nécessairement influencer sur l'organisme; elles ont été assez fortes pour exciter la fièvre et les paroxysmes accompagnés de la soif, de la chaleur à la peau, des coliques accompagnées de quelques évacuations alvines, le bas-ventre ballonné: ces derniers symptômes annonçaient bien une irritation fixée sur le tube intestinal, ils dérivait de l'influence sympathique de l'inflammation locale, effet bien réel de la fièvre traumatique qui se manifeste à la suite des grandes plaies, comme après des opérations pénibles. Abernethy, chirurgien anglais, dans un mémoire imprimé en 1817, relativement à l'influence des maladies locales sur le tube intestinal, a fait voir que, lorsque les maladies locales sont accompagnées de douleurs vives, elles amenaient presque toujours à l'entérite. M. Broussais, après avoir fait l'éloge du mémoire d'Abernethy, affirme cet effet

des maladies locales sur les organes digestifs , et je crois pouvoir en faire l'application au cas qui nous occupe.

REFLEXIONS.

Fallait-il entreprendre cette opération ? Sans doute, le succès était assez incertain si l'on considère l'âge de l'individu atteint d'un anévrisme. On sait qu'à cette période de la vie, la circulation du sang a beaucoup perdu de son activité, et que ce fluide éprouve beaucoup de peine à se former une nouvelle route à travers des anastomoses très-déliçates, dans des vaisseaux qui ont acquis déjà une certaine rigidité. Il est vrai que, chez cet individu, l'oblitération de la fémorale après son passage à travers le troisième adducteur paraissait avoir tout disposé pour le succès de l'opération ; d'autre part, si l'on avait eu égard au volume de la tumeur, on aurait pu fort bien attendre, et quoique cet anévrisme eût fait de grands progrès depuis la dernière chute, la rupture de cette tumeur n'était pas à craindre. A la vérité, cet anévrisme, en prenant un plus grand volume, aurait privé l'opérateur de la ressource qui restait de lier la crurale et décidait une plus grande difficulté : cette maladie était de cause externe, et l'on sait que, dans ce cas, on n'a pas à craindre de rencontrer les parois de l'artère malade dans le voisinage du sac anévrisimal, comme il arrive souvent dans les anévrismes vrais, et c'était le seul motif que l'on avait pour opérer sur la crurale ; car, dans toute autre occasion, je pense qu'on aurait dû lier l'iliaque externe : mais, en liant l'artère crurale, n'eût-il pas été bien important de mettre l'artère à découvert dans une étendue suffisante pour opérer avec moins de difficulté ? Il n'y avait aucun inconvénient de prolonger l'incision jusque vers l'arcade, et en bas jusques au côté interne de la tumeur, sans toucher à ses parois ; il eût été également avantageux, au lieu d'employer des ligatures plates et larges, de lier avec des fils arrondis et moins volumineux, car celles qui sont trop larges lient mal et ne peuvent arrêter suffisamment le cours du sang.

Les premières ligatures n'ayant pas suffi, M. Trastour est bien

louable de ne pas avoir attendu plus long-temps pour en appliquer de nouvelles; car, s'il avait retardé, les premières auraient enflammé, dans une assez grande étendue, les parois artérielles. Il en aurait résulté des ulcérations, et par suite la chute des ligatures, qui aurait été suivie d'une hémorrhagie consécutive; alors on n'aurait plus été à temps d'en appliquer de nouvelles, à moins de les placer sur un tissu malade, ce qui eût entraîné de nouveaux accidens: c'est pour cela que l'on a proscrit les ligatures d'attente. On voit dans le premier volume du Dictionnaire abrégé des sciences médicales, pag. 191, une observation qui constate que M. Dupuytren appliqua successivement plusieurs ligatures sur l'artère brachiale, qui devinrent toutes insuffisantes, parce que, les mettant trop près des dernières, placées dans un lieu où l'artère était déjà enflammée, il ne parvint à réussir que dès qu'il en appliqua une dans un endroit plus éloigné où les parois de l'artère étaient saines.

M. Trastour croit, dans sa dernière incision, avoir coupé l'arcade crurale et lié l'iliaque externe au-dessus de la circonflexe iliaque et de l'épigastrique. Mais dans l'autopsie il n'a pas été possible de démêler à travers les tissus malades les traces de la circonflexe iliaque, et de déterminer si la ligature a été placée au-dessus ou au-dessous de ces artères. Si l'arcade crurale a été coupée, c'est un coup de hardiesse unique dans les fastes de l'art; car on peut juger par le voisinage de ces deux dernières branches, combien l'opération était périlleuse.

Si la dernière ligature a été placée contre le ligament de Fallope, comme on serait porté à le croire, et si l'on doit considérer cette ligature comme ayant été faite à la crurale et non à la fin de l'iliaque externe, comme le pense M. Trastour, je crois devoir dire qu'elle se trouvait dans un lieu favorable au succès de l'opération; car il est de précepte d'éviter, autant que possible, de lier les artères près des collatérales, et de choisir les endroits où elles n'en fournissent pas; dans le cas contraire, la circulation ayant lieu par les collatérales, le coagulum propre à protéger et à favoriser l'adhésion se forme difficilement. Dans le cas dont il est ici question,

l'inflammation, à ce qu'il paraît, s'est propagée à l'embouchure de la circonflexe iliaque et de l'épigastrique, et elles se sont oblitérées par suite de cette inflammation.

Les motifs que je viens d'exposer étaient-ils assez puissans pour décider M. Trastour à faire la ligature de l'iliaque externe, selon le procédé d'Astley Cooper, chirurgien anglais, qui le premier a tenté cette opération? Sans doute, la ligature de cette artère est plus conséquente que celle de la crurale; mais maintenant on la fait si facilement en incisant les aponévroses des muscles abdominaux vers le milieu du ligament de Fallope, sans s'approcher du péritoine, et immédiatement au-dessus de la naissance de l'hypogastrique, qu'on pourrait en balancer les motifs avec le parti qui a été pris de lier la crurale; car, malgré que l'anévrisme était assez éloigné du ligament de Fallope pour permettre d'appliquer la ligature sur la crurale, cette artère était si enfoncée par la saillie du bas-ventre vers le haut et en bas par la tumeur, comme nous l'avons déjà dit, et elle donne un si grand nombre de collatérales dans cet endroit, que beaucoup de praticiens penseront qu'on eût peut-être mieux fait de lier l'iliaque.

A la vérité, M. Trastour peut s'étayer de l'autorité d'Abernethy, qui, dans un cas à peu près semblable (puisqu'il est dit que l'anévrisme ne s'étendait pas jusqu'à l'arcade), lia la fémorale au-dessous de cet arcade, mais que l'hémorrhagie l'obligea de lier l'iliaque. Je conviens que le cas dont il s'agit doit rendre bien plus circonspect sur le parti que l'on doit prendre dans cette occasion; car on doit considérer l'opération faite par M. Trastour, comme ayant été couronnée du plus grand succès, puisque les accidens qui ont conduit le malade au tombeau, n'étaient pas la suite immédiate de l'opération. Après l'application de la dernière ligature, tout allait à merveille et même au-delà des désirs de l'opérateur, et l'on a dû, avec raison, être surpris qu'au lieu de voir diminuer la chaleur au membre opéré, elle ait au contraire augmenté pendant deux jours par la réaction des capillaires, et que pendant tout le reste du temps elle se soit maintenue à la température de l'autre extrémité: ce que l'on peut expliquer par l'oblitération de la fémorale après son passage à travers le troi-

sième adducteur, oblitération qui avait préparé d'autres voies à la circulation et qui ne peut être que le résultat d'une inflammation antécédente. Ce qui paraît du moins l'affirmer, c'est l'épaississement de l'artère depuis la poche anévrysmale, jusqu'à l'endroit où elle était oblitérée. Il se peut que, lors de la blessure de l'artère dont l'anévrysme a été la suite, l'inflammation qui a dû résulter de cette blessure dans le tube artériel se soit propagée bien plus loin et jusqu'à la jambe. L'épaississement des parois et la dilatation qui ont été remarqués à la musculaire profonde, viennent encore confirmer cette assertion, et annoncent que le sang ne pouvant plus passer par la fémorale se dirigeait dans la partie inférieure du membre, par les anastomoses qui avaient lieu entre la profonde et les branches de l'ischiatique et des articulaires, et que tout était disposé d'avance pour le succès de l'opération.

Maintenant, si nous nous demandons quelles ont été les causes des accidens ultérieurs qui ont terminé les jours du malade, nous les trouverons, je pense, dans l'inflammation dont la plaie a été presque constamment le siège, effet des meurtrissures qu'elle avait éprouvées pendant les longues manœuvres où les nerfs avaient éprouvé de si grandes fatigues, mais sur-tout dans l'intensité de la fièvre traumatique qui avait déterminé un état inflammatoire aux organes digestifs, et sur-tout dans le foie. La collection purulente, qui s'est formée dans le grand bassin, est-elle due à d'autres causes qu'à l'inflammation de la plaie qui s'est propagée dans le tissu cellulaire qui communique de l'aîne dans cette cavité; et c'est une raison de plus pour remonter à la source des accidens dont nous avons parlé, et pour en conclure la nécessité d'employer dans cette opération tous les moyens internes pour combattre des résultats aussi pénibles. Quant au dépôt purulent dans le foie, nous pourrions en trouver la cause dans le trouble qu'une pareille opération a répandu aux voies digestives, comme sur tout le système nerveux, joint ensuite aux effets de la fièvre. Abernethy cite plusieurs exemples de dépôts formés dans le foie à la suite de grandes opérations; je l'ai vu succéder à l'opération de la fistule à l'anús, à la suite d'une plaie

par l'arrachement du pouce de la main droite, comme on l'a observé après des lésions du crâne qui avaient nécessité l'opération du trépan, ainsi que Bertrandi l'a fort bien observé.

Telle est l'histoire de cette opération qui fait beaucoup d'honneur à M. Trastour, puisqu'elle a été faite selon toutes les règles que la prudence exige, et qui a été couronnée du succès, puisque le malade n'a cédé qu'à une affection concomitante. Elle peut figurer à côté de celles du fameux chirurgien Abernethy, et de MM. Bouchet, Delaporte, etc.

Avant de terminer, on peut faire cette question : aurait-on pu, chez ce sujet, déjà dans un âge avancé, tenter la compression de l'artère crurale à son passage sur le pubis ? Ce moyen a réussi à M. Guerin, de Bordeaux, et à Quatani ; mais cette compression a été mise inutilement en usage par M. Dupuytren, à cause de la douleur insupportable qu'elle occasionait. Ce célèbre chirurgien en fit l'application chez un sujet qui portait un anévrisme inguinal, qui, comme dans ce cas-ci, ne s'étendait pas jusqu'à l'arcade crurale ; mais, au 15.^e jour, il survint une maladie qui fut mortelle.

M. Dupuy, médecin-adjoint à l'hôpital de Toulon, avait proposé ce moyen : 1.^o parce que l'on aurait préparé par-là de nouvelles voies à la circulation ; 2.^o parce que l'on se serait opposé à l'oblitération de la fémorale ; il aurait voulu que l'on commençât la compression au moyen d'une calotte de gomme élastique.

M. Dubreuil (1) aurait voulu que l'on liât l'iliaque externe au-dessus de l'arcade, immédiatement avant l'origine de l'épigastrique, selon la méthode de M. Dupuytren ; il désirait que l'on eût employé des ligatures rondes préférablement à celles qui sont aplaties, que M. Trastour avait employées.

Enfin, vu la proximité de cet anévrisme de l'arcade crurale et le peu d'espace qu'il y avait pour lier l'artère, la méthode des anciens aurait pu être employée, ou bien celle de Brasdor mise en usage

(1) Professeur d'anatomie et de physiologie au port de Toulon.

par Dessault , qui consiste à faire la ligature de la tumeur à sa région inférieure.

Je puis conclure, d'après cela, que le chirurgien , en butte aux irrégularités que présente souvent l'état pathologique des parties qu'il doit opérer , comme aux moyens que l'art lui prépare pour parvenir à ses fins , a besoin de joindre, à la profondeur de son jugement , une fermeté constante et une habileté qui le mettent au-dessus de tous les évènements.

Devant exposer, comme je me le suis proposé, des réflexions sur l'hémorrhagie consécutive de l'artère crurale, je vais faire part d'une observation relative à ce sujet.

Un soldat, âgé de 22 ans, ayant un bubon atteint de la pourriture d'hôpital, qui avait résisté à tous les remèdes anti-septiques et à l'action du chlore, souvent efficaces dans cette affection, éprouva, pendant les premiers jours de novembre 1820, deux hémorrhagies considérables qui paraissaient venir des branches génitales qui naissent de l'artère crurale; elles furent arrêtées au moyen d'un tamponnement méthodique qui avait pour base des morceaux d'agaric raclés dans la colophane. Les ravages exercés par la pourriture d'hôpital s'étendaient depuis le pli de l'aîne jusqu'au tiers supérieur de la cuisse, et transversalement depuis l'épine antérieure et supérieure de l'os coxal jusqu'à la partie externe du scrotum; les vaisseaux et les nerfs paraissaient à nu; au centre de cette désorganisation, les muscles couturier et pectiné, ainsi qu'une portion des muscles grand oblique, droit interne, adducteur, crural et droit antérieur, étaient dépouillés de leur enveloppe celluleuse; le cordon spermatique et le testicule faisaient saillie à la partie supérieure et au côté interne de la plaie: il était à craindre que les artères ne pussent toujours résister à la destruction que la pourriture d'hôpital ne cessait d'opérer, et qu'une hémorrhagie foudroyante ne terminât enfin cette scène déplorable.

En effet, le 11 novembre, au pansement du matin, quelques gouttes de sang sortirent du fond de la plaie et redoublèrent les craintes que l'on devait avoir pour le reste de la journée; le soir,

pendant le pansement, et sans que le malade fit aucun mouvement, le sang artériel s'éleva du fond de la plaie avec une abondance telle qu'il fallut promptement exercer une compression sur l'artère au-dessus de l'arcade crurale. Le chirurgien en chef, M. Trastour, fit les recherches les plus exactes pour découvrir les vaisseaux qui fournissaient une si grande quantité de sang, mais il ne put les isoler; il fallut se contenter d'appliquer sur le point d'où surgissait le liquide, des morceaux d'agaric roulés dans la colophane et des boulettes de charpie en une assez grande quantité pour recouvrir toute la plaie. On continua pendant quelque temps encore la compression de l'artère crurale sur le pubis, et l'on attendit de ces moyens qu'un caillot se formerait à l'ouverture par laquelle l'hémorrhagie avait eu lieu.

Cette espérance fut trompée: deux heures après l'application de l'appareil, le sang reparut et imbibait en un instant la charpie et la compresse; l'artère fut comprimée de nouveau, on leva l'appareil, et ne pouvant plus compter sur ce moyen, M. Trastour se disposa à lier l'artère fémorale superficielle, espérant que cette ligature comprendrait les branches qui fournissaient le sang, quoiqu'il craignît qu'il ne vînt de l'artère profonde de la cuisse. Il découvrit facilement l'artère fémorale et l'isola des nerfs cruraux et la lia aussi haut qu'il fut possible, c'est-à-dire dans le point où elle s'éloigne de l'artère profonde; mais le sang reparut bientôt, et cette opération étant devenue inutile, il ne resta d'autre ressource que de mettre à nu le tronc même de l'artère, et de la lier au-dessus de la plaie. Il y procéda de la manière suivante: un aide fut chargé d'exercer sur la plaie une compression immédiate assez forte pour arrêter momentanément l'hémorrhagie; il fit ensuite sur l'arcade crurale une incision d'un pouce d'étendue, et disséqua l'artère crurale jusqu'au pli aponévrotique du muscle grand oblique; il parvint à isoler ce vaisseau par son côté externe, et glissa sous lui son doigt indicateur gauche qui ressortit par le côté externe, et sur lequel il acheva de diviser, avec un bistouri, le tissu cellulaire qui résistait le plus. Il fit glisser ensuite sur son doigt et derrière le vaisseau

la petite extrémité d'une spatule qui servit de guide à une aiguille armée d'un large fil ciré. La ligature étant convenablement serrée, la plaie ne fournit plus du sang. Il enleva, avec des ciseaux mousses, les liens qui avaient été précédemment placés sur l'artère fémorale superficielle, et le malade fut pansé avec les substances que l'on employait depuis quelque temps contre la pourriture d'hôpital.

Aussitôt après l'opération, le malade témoigna ne plus sentir le membre sur lequel la ligature avait été placée; il devint en peu d'instans plus froid que l'autre; le visage était décoloré, le pouls petit et agité: on se hâta d'appliquer sur les côtés de la cuisse, à l'endroit malade, des sachets remplis de cendres chaudes. Demi-heure après cette opération, la chaleur reparut, et l'on sentit des pulsations à l'artère poplitée; la nuit fut assez tranquille; on renouvela les sachets dans lesquels on remplaça les cendres par du sable également échauffé, et l'on maintint autour de la partie une température toujours égale à celle du corps.

Le lendemain matin, le pouls était développé et très-fréquent, la chaleur de la peau très-intense; celle du membre droit égale à celle du membre opposé; l'artère poplitée continuait de battre, tout annonçait le succès le plus heureux; mais la pourriture d'hôpital résista aux topiques les plus puissans, tels que le chlore, la poudre de quinquina et de charbon unis à l'essence de térébenthine, l'acide citrique, etc. Les médicamens internes les mieux appropriés à l'état général du malade furent également infructueux; le sujet s'affaiblit de plus en plus, il succomba au dixième jour de l'opération. L'injection du membre malade démontra l'existence des communications entre les branches de l'artère iliaque externe et celles de l'artère fémorale, parce que le sang parvint dans l'artère poplitée et que la nutrition du membre ne souffrit pas; il ne s'était manifesté qu'un engorgement médiocre à la jambe et au pied, et deux escarres superficielles bornées aux points sur lesquels ces parties appuyaient, accidens qui n'étaient pas assez graves pour donner des craintes sérieuses sur l'issue de l'opération, dans le cas où le sujet aurait été dans l'état de santé.

Il résulte de ces deux observations, que les moyens chirurgicaux,

qui dans les grandes opérations deviennent triomphans lorsqu'aucune affection particulière ne vient pas les entraver, sembleraient décourager le praticien, s'il ne joignait beaucoup de philosophie pour trouver, dans les cas même les plus désespérans, des vérités utiles, comme Hippocrate savait le faire après avoir tracé les caractères d'une maladie dans laquelle le malade avait succombé.

Je désire que MM. les Professeurs reçoivent avec bonté ces Réflexions que j'ai tracées rapidement, dans un moment où il ne m'est pas possible de suivre, autant que je l'aurais désiré, leurs savantes leçons, dans lesquelles j'aurais pu corriger les imperfections d'un travail fait à la hâte.

F I N.

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. JOSEPH FAGES.
M. ALIRE RAFFENEAU DELILE.
M. FRANÇOIS LALLEMAND.
M. JOSEPH ANGLADA.
M. CÉSAR CAIZERGUES.
M. A. SIMON DUPORTAL.

MATIERE 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.

PROFESSEURS DE LA FACULTE DE MEDECINE

M. JACQUES LORLAT, Docteur.
M. J. ANTOINE CHASTAN, Docteur.
M. J. B. FIMONNET, Docteur.
M. M. J. JOSEPH VITTORELLI, Docteur.
M. PIERRE LAVABRE.
M. J. L. VICTOR BROUSSONNET.
M. G. JOSEPH VIRENQUE.
M. G. J. MATTHEU DELPECH.
M. JOSEPH FAGES.
M. ALAIN BAPTISTE DEBILLY.
M. FRANÇOIS LALLEMAND.
M. JOSEPH ANGLADE.
M. GUYON CAIXNEQUES.
M. A. SIMON DUPORTAL.

MATIERES 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, candidats correspondants.
- 6^e et dernier Examen. Présentoir et soutenance Thèse.

Table

Sur le miel d'un Philosophe par Verulam	51. Page
Sur l'allaitement maternel par Vermier	14.
Sur la fracture de col du fémur par Pinau	40.
Sur l'apoplexie par Lapeyrie	88.
Observations propres à éclaircir quelques points de médecine par Olmsted	30.
Sur la Delirium par Laffon	10.
Sur le Scorbut par Carbonel	7.
Sur l'adynamie par Bessière	28.
Sur le kermès sulfuré par Boulanger X	30.
Sur la neurasthénie par Latus	23.
Sur la fonction de la peau par Sudre	154.
Sur le forage par Ducloux	25.
Sur l'oppression de la Doutonnière par Laffon	23.
Sur quelques propriétés de quinquina par Delgoum	18.
Sur le abus de la manœuvre dans le accouchement par clot	23.
Sur l'oppression de l'aëritisme par Jumeau	29.
Sur l'émorrhagie par Boulon	26.
Sur le cataracte par Rubart	32.
Sur l'encéphalocèle par Marbelle	24.
Sur l'auris externe par Rossard	30.
Sur la topographie médicale de la Gadeloupe par Noaldin Lottin	47.
Sur la structure du squelette humain par Noaldin Lottin	8.
Sur les perforations spontanées de l'estomac par Darnaud	28.
Sur la Distension de l'utérus par Laffon	21.
Sur les émissions sanguines par Jurguet	52.
Sur le alcali végétal par Laffon	35.
Sur l'effet de l'habitude par Sorant	24.
Sur les perforations spontanées de l'estomac par L. Noel	28.
Sur l'analyse de l'extraire d'élégance exotique par Dijon	13.
Synthèse Pharmaceutica et chimica auctore Delgoum Ph ^m	8.
X. Sur l'amputation du membre par Gaillard	30