

immédiat, la suppuration était peu abondante, les bourgeons charnus grisâtres, blafards; on panse avec du vin miellé. Le malade a peu d'appétit; les douleurs du genou et de la jambe sont si vives qu'elles interrompent fréquemment le sommeil. Une once de sirop diacode procure de meilleures nuits.

Les jours suivants, la suppuration diminue d'une manière sensible, l'appétit devient meilleur chaque jour. Il allait régulièrement à la selle et sans lavements; mais ses douleurs nerveuses persistaient toujours, avec cette différence qu'au lieu de se faire sentir au côté externe du genou et de la jambe, elles en occupaient le côté interne.

Du quarante-deuxième au quarante-huitième jour, la convalescence paraît arrêtée dans sa marche, le malade est morose et semble désespérer de son salut. Divers accidents nerveux ont lieu et font redouter une fièvre de mauvais caractère. Alors il sembla convenable de le changer d'air, de lieu, d'aliments et d'alentour; à cet effet, on le transporte dans une maison située sur l'un des quais les plus vivants de la capitale, où la beauté du point de vue, et surtout le mouvement firent diversion à ses idées, et fournirent une distraction à son imagination active et inquiète.

Ce changement et la nature des aliments qui lui furent donnés influèrent si rapidement sur sa convalescence, que la suppuration était entièrement tarie et la plaie de l'opération cicatrisée au bout de huit jours. On commença pour lors à lever graduellement le malade pendant quelques heures.

Le soixantième jour de l'opération, il put se lever lui-même.

Le soixante-quatrième jour, l'ouverture de l'abcès étant aussi presque entièrement cicatrisée, il survint autour d'elle un engorgement œdémateux qu'on dissipa par l'emploi des spiritueux.

Le soixante-huitième jour, il marchait seul et pouvait aller prendre ses repas à quelque distance de son habitation, sans éprouver autre chose qu'un peu de roideur dans la cuisse.

C'est ainsi qu'après deux mois d'accidents nerveux, renouvelés sous toutes les formes; qu'après avoir vu les battements reparaitre dans la tumeur, celle-ci s'ouvrir vers le vingt-cinquième jour, donner lieu à des hémorrhagies répétées, se vider des caillots anciens qu'elle contenait, des abcès se former dessous sur le trajet de l'artère fémorale, et entretenir pendant quelque temps une abondante suppuration; qu'après avoir été plusieurs fois menacé de fièvre nerveuse pendant le cours de sa convalescence, Berger a été enfin conduit à une guérison qui ne laisse rien à désirer.

Aujourd'hui, trois ans écoulés depuis l'opération, le malade est dans l'état suivant :

Le membre a même volume, même forme, et à très peu de chose près même force que celui du côté opposé. La chaleur, la sensibilité et la myotilité n'y ont éprouvé aucune altération; la circulation s'y continue, mais sans s'y manifester par aucun battement sensible aux doigts, encore que les artères paraissent pleines et résistantes.

Le malade fait fréquemment plusieurs lieues à pied, et se livre tous les jours sans peine et sans fatigue au métier qu'il exerce; il a même fait, sans éprouver le moindre accident, une route de plus de quarante lieues; il lui reste pourtant une incommodité, c'est une faiblesse des parois du ventre, à l'endroit de la cicatrice de l'opération, faiblesse qui l'oblige à porter un bandage.

Aujourd'hui, 15 janvier 1827, onze ans écoulés depuis que la ligature de l'artère iliaque a été pratiquée, Berger est dans l'état le plus satisfaisant, et sa guérison ne s'est pas démentie un instant, encore qu'il ait exercé le métier pénible de maçon.

Les détails dans lesquels nous sommes entrés dans le cours de cette importante observation, nous dispensent d'ajouter quelques réflexions. Nous dirons seulement que ces opérations, montrent suffisamment les immenses ressources que l'on possède aujourd'hui contre les anévrismes regardés jusqu'à ces derniers temps comme incurables.

OBS. VIII. — *Anévrisme de l'artère iliaque externe.* —

*Hypertrophie du cœur. — Rupture du sac anévrisimal. — Mort.* — Les grandes opérations que l'on pratique sans un certain nombre de probabilités en leur faveur, accélèrent ordinairement la mort du malade, et compromettent toujours la chirurgie et le chirurgien. Dans le fait que nous allons raconter, si M. Dupuytren eût opéré, les jours du malade n'auraient point été sauvés, et l'issue malheureuse eût fait rejaillir une certaine défaveur sur une des plus belles opérations de ces temps modernes.

Un homme de quarante-cinq ans, d'une taille assez élevée, d'une constitution molle et lymphatique, exerçant la profession de vidangeur, se fit recevoir à l'Hôtel-Dieu le 17 octobre 1828. Trois semaines avant son entrée, il avait senti, sans cause connue, une douleur assez vive, qui descendait de l'aîne jusqu'au bas de la cuisse. Cette douleur fut promptement remplacée par une sorte d'engourdissement avec sensation de froid. La marche était difficile; le travail augmentait ces premiers symptômes, et bientôt le malade ne put plus se tenir debout. Cet homme toussait depuis long-temps; il avait eu des maladies vénériennes, de l'œdème aux extrémités inférieures et des ulcérations superficielles.

En l'examinant, on découvre une tumeur arrondie et du volume d'un œuf, tout-à-fait située dans la fosse iliaque gauche. Si l'on presse sur elle, on sent qu'elle est le siège de mouvements d'expansion et de retrait isochrones à ceux du cœur. L'oreille appliquée sur la tumeur, laisse percevoir manifestement le *susurrus*; le pouls est irrégulier; l'abord du sang dans les artères fait entendre un véritable bruissement. Le bruit donné par le cœur est également sourd; le choc n'est pas intense.

La nature de l'anévrisme reconnue, M. Dupuytren présente des considérations d'un véritable intérêt sur cette maladie, qui réclamait pour sa guérison une opération difficile, et dont les fastes de l'art n'offraient peut-être pas d'exemple. La ligature de l'artère iliaque externe a été pratiquée un certain nombre de fois, mais toujours pour des anévrismes vrais ou faux, ayant leur siège dans l'aîne, sur le

trajet de la crurale. La tumeur remontait-elle jusqu'à l'arcade, ou même passait-elle en partie au-dessous, la ligature était toujours posée sur le tronc de l'iliaque externe. Mais ici la tumeur occupait précisément cette région; ses limites supérieures n'étaient pas exactement déterminées, et il devenait indispensable d'oblitérer l'artère dans un point plus élevé qu'on ne l'avait fait jusqu'à ce jour. Depuis la symphyse sacro-iliaque jusqu'à l'arcade crurale, origine et terminaison de cette artère, il y a quatre pouces au plus; et dans ce trajet, le tronc ne fournit que deux branches, l'épigastrique et la circonflexe de l'iléon, toutes deux très voisines du ligament de Fallope. Il était extrêmement probable que la tumeur anévrismale naissait au-dessus de ces deux artères. Restait à savoir combien il se trouvait d'espace libre jusqu'à la bifurcation du tronc innominé. L'appréciation exacte de cette distance serait d'une grande utilité, en ce que l'opération devrait être modifiée si la tumeur se rapprochait beaucoup de l'artère hypogastrique. On sait en effet qu'une ligature placée trop près d'un gros tronc collatéral n'est pas suivie de l'oblitération du vaisseau, parce que la colonne de sang qui passe par le canal voisin détruit le caillot et détermine la rupture des parois artérielles.

Les anévrismes de cette portion de l'iliaque externe sont rares. Béclard a trouvé sur deux cadavres des tumeurs de ce genre qui n'avaient pas été soupçonnées pendant la vie, et qui, suivant lui, n'eussent pu être guéries que par la ligature de l'iliaque primitive. On conçoit tout de suite quel degré d'importance acquiert une opération de ce genre. Mais si, comme nous sommes loin de l'espérer, il reste assez d'espace pour lier sans inconvénient l'iliaque externe, quel procédé devra-t-on choisir?

La ligature de cette artère est une des conquêtes de la chirurgie moderne; Sue, ancien bibliothécaire de la Faculté, en a le premier démontré la possibilité. Les voies anastomotiques sont nombreuses, et la circulation peut parfaitement se rétablir. Marc Séverin a vu une guérison spontanée survenir à la suite de la gangrène, qui s'empara de toute la

tumeur. Gualtari cite un cas semblable. Massinini ayant ouvert un anévrisme de ce genre, vida le sac, entassa de la charpie, comprima fortement, et eut le bonheur de guérir son malade. En 1776, Abernethy lia l'artère, mais sans succès; il ne fut pas plus heureux une seconde fois, et il réussit une troisième. MM. Dupuytren, Boucher, Delaporte, Bédard, Richerand en France; MM. Cooper, Touclinson, Frégu en Angleterre, ont obtenu des succès. A l'époque où Hodgson publia son ouvrage, vingt-cinq opérations de ce genre étaient connues, et les deux tiers avaient réussi. Depuis, c'est-à-dire dans l'espace de douze ans, le nombre est plus que doublé, et les succès sont dans la même proportion.

En admettant que l'opération fût ici praticable, ce que nous ne croyons pas par des raisons que nous déduirons bientôt, le procédé à suivre n'est point indifférent. Ainsi l'incision pratiquée au milieu de l'espace compris entre l'épine supérieure de l'iléon et celle du pubis a l'inconvénient, comme nous venons de le faire voir sur le cadavre, de tomber sur l'artère épigastrique, et même sur son côté interne. Il faut donc la pratiquer plus en dehors, afin d'éviter cet obstacle et de décoller plus facilement le péritoine. Ce dernier point est d'un haut intérêt, car la lésion de la séreuse peut compromettre gravement le succès de l'opération. Il ne paraît pas qu'on ait jamais éprouvé beaucoup de difficultés à faire ce décollement, car les auteurs n'en parlent pas. De plus, on sait que dans la ligature de l'artère hypogastrique faite aux Antilles sur M. Stewens, le péritoine fut décollé jusque dans le bassin, ce qui dépasse la limite de toutes les opérations de ligature de l'iliaque externe. Une autre difficulté consiste dans le développement des ganglions lymphatiques qui peuvent alors entourer le tronc artériel. On a encore conseillé dans ces derniers temps de découvrir d'abord l'artère épigastrique pour arriver, en se guidant sur elle, au tronc de l'iliaque externe. Mais agir de la sorte, c'est procéder du plus difficile au plus aisé, du composé au simple, et jusqu'à ce jour, aucune science ne s'est bien trouvée d'une semblable marche.

Après avoir esquissé l'histoire de ce qui s'est fait jusqu'à cette époque et indiqué le procédé que nous croyons le plus convenable, faisons maintenant connaître les motifs pour lesquels nous ne voulons point faire d'opération à cet homme. Dans l'examen de la tumeur, il n'est pas possible de s'assurer jusqu'où elle peut s'étendre; elle peut envahir toute l'artère iliaque externe et empiéter sur l'hypogastrique et l'iliaque primitive. Le décollement du péritoine jusqu'au-dessus des limites du sac n'est pas d'une exécution facile, si, comme on est en droit de le présumer, cette membrane adhère au sac. De plus, le malade tousse depuis long-temps, et tout fait présumer une maladie du cœur et des gros vaisseaux. Ces considérations nous paraissent suffisantes pour motiver notre opinion.

Un traitement énergique ne pouvait plus être employé; on se borne aux moyens palliatifs. La tumeur augmente; elle devient moins circonscrite. Le 16 novembre, la difficulté de la respiration, dont le malade souffre depuis quelque temps, fait des progrès; le côté gauche de la poitrine est douloureux, la langue rouge, un peu sèche, le pouls accéléré. (Deux saignées de bras, une le matin, une le soir.) Le 17, tous ces symptômes s'exaspèrent; les idées se troublent (boissons adoucissantes); prostration, affection morale. Les 18 et 19, la prostration est plus marquée; la tumeur semble envahir toute la fosse iliaque; on sent des battements dans toute cette région. Engorgement de la partie supérieure de la cuisse. (Large vésicatoire sur la poitrine.) Le 20, les symptômes locaux et généraux sont augmentés. Le 21 au matin, la face est grippée; les extrémités sont froides, et la mort a lieu à deux heures après midi.

*Autopsie cadavérique.* — Infiltration marquée des membranes du cerveau; le parenchyme n'offre rien de remarquable. Le cœur a à peu près le double de son volume. Il y a hypertrophie du ventricule gauche sans diminution de sa cavité; au contraire, elle est agrandie. A l'ouverture de toutes les cavités, on trouve un grand caillot fibrineux;

l'aorte est dilatée à son orifice; elle est parsemée de plaques jaunes, et rugueuse. Les poumons semblent rapetissés; ils sont partout adhérents par des productions celluluses anciennes. L'aorte ventrale est saine.

A un pouce au-devant de l'arcade crurale, l'iliaque externe, dont le calibre n'est pas augmenté, présente à son côté externe, un peu au-dessus de l'artère épigastrique, une ouverture arrondie de trois lignes de diamètre, et qui communique avec une poche anévrismale, remontant au-devant du muscle iliaque, dans la fosse de ce nom. Les parois de ce sac sont peu épaisses et celluluses. A sa partie supérieure se trouve une crevasse qui forme un appendice, lequel arrive jusqu'au-devant du rein gauche. Le muscle psoas est disséqué; ses fibres sont écartées, ramollies, et très friables. Ces deux cavités sont remplies de caillots fibrineux, noirs, irréguliers, et non stratifiés, comme dans les anciennes poches anévrismales. Au-dessous de l'arcade crurale, l'artère offre un assez grand nombre de plaques cartilagineuses. La veine est large; ses parois épaisses indiquent une irritation morbide. Au-dessus et au-dessous de l'arcade crurale, depuis cette région jusqu'à l'angle sacro-vertébral, on trouve un grand nombre de ganglions tuméfiés, ramollis au centre, et tout-à-fait désorganisés. Le tissu cellulaire qui les unit offre quelques traces d'une infiltration sanguine et purulente à demi concrète. Le péritoine s'enlève très difficilement au-dessus du vrai sac anévrisimal. L'articulation du genou gauche est remplie de pus blanc et bien lié. Ce liquide s'est échappé de la capsule synoviale par son côté externe, et a fusé sous l'aponévrose jambière dans une étendue de plusieurs pouces. La dissection a prouvé que l'opération eût été sans succès, et que M. Dupuytren avait parfaitement jugé en refusant de la pratiquer. La maladie du cœur et des gros vaisseaux, le catarrhe pulmonaire, l'état de la tumeur, étaient autant de contre-indications.

Dans le sujet que nous traitons, il est tout naturel de placer l'anévrisme de l'artère fémorale, car c'est, sans contredit, un de ceux qu'on observe le plus fréquemment. Il n'y a

que la poplitée qui puisse être placée avant elle sous ce rapport. Le volume de ce vaisseau, l'inflammation des membranes artérielles, les ossifications, rendent très bien compte du grand nombre de ces anévrismes. Sa position est encore une des causes qui favorisent le développement de cette grave maladie, c'est du moins ce que nous allons voir dans le fait suivant.

OBS. IX. — *Anévrisme faux consécutif de l'artère fémorale gauche. — Ligature. — Guérison.* — Broyard (Jean-François), âgé de trente-sept ans, exerçant maintenant la profession de domestique, après avoir servi douze ans dans un régiment des dragons de la garde impériale, entra à l'Hôtel-Dieu de Paris, le 17 mai 1819, pour s'y faire traiter d'un anévrisme faux consécutif de l'artère fémorale du côté gauche.

Ce malade raconta que, voulant enjamber, il y a deux mois, un arbre nouvellement ébranché, et qui était à terre, il se fit une contusion à la partie inférieure et interne de la cuisse gauche. Cette contusion, peu forte en apparence, ne donna lieu à aucune ecchymose, et ce ne fut que trois semaines après qu'il s'aperçut qu'une petite tumeur du volume d'un œuf de pigeon s'était manifestée à l'endroit qui avait été le siège de la contusion; cette tumeur, sans changement de couleur à la peau, causait de vives douleurs, et offrait des pulsations isochrones aux battements du cœur.

Cet homme ne fit d'abord aucune attention à l'apparition de cette tumeur; il continua son travail, se livra à de violentes fatigues qui ne tardèrent pas à faire augmenter de volume la tumeur et la force des battements qu'on y sentait. Il fut alors obligé de cesser ses occupations, consulta un chirurgien qui, ayant reconnu l'existence d'un anévrisme, l'engagea à venir à Paris réclamer les secours de l'art; il entra en effet à l'Hôtel-Dieu le 17 mai 1819; il était dans l'état suivant: La tumeur, située précisément à l'endroit où l'artère fémorale s'enfonce dans le canal fibreux que lui forme le troisième adducteur, a le volume de deux poings réunis; la peau qui la recouvre, sans être altérée dans sa couleur, est beau-