

m'ont empêché de continuer à employer le procédé de *M. Fricke*.

Procédé de M. Davat. Le procédé de *M. Davat* (1) consiste à passer d'abord une épingle sous la veine, en traversant la peau de part en part. On soulève la veine en soutenant les deux extrémités de l'épingle, puis, avec une seconde aiguille, on traverse la veine de la peau vers les parties profondes, en pénétrant ainsi au dessous de la première épingle pour traverser de nouveau la veine des parties profondes vers la peau, de telle sorte que les deux épingles ou aiguilles se croisent. On passe ensuite un fil sous les extrémités de ces épingles ou aiguilles, et on les assujettit solidement en place. Ce procédé qui est d'une exécution un peu plus compliquée et plus difficile que celui de *M. Fricke*, ne met pas plus que lui à l'abri de la phlébite. On a même cité (2) un cas de mort survenue en 1837 à l'Hôtel-Dieu de Paris, à la suite de cette opération. Il faut convenir cependant que, si une épingle ou une aiguille traversant la veine n'expose pas moins à la phlébite que le séton, le procédé de *M. Davat* présente plus de chances de succès que celui de *M. Fricke*. En effet, par suite du croisement des épingles et de la ligature passée derrière elle, la veine percée en quatre points est courbée et comprimée, ses parois sont pressées entre ces aiguilles et la peau, et se touchent. La circulation se trouve interrompue, et le succès est plus assuré.

Compression locale. — Procédé de Delpech. On fait une incision longue d'un pouce, pour mettre à découvert la portion du tronc veineux que l'on veut lier, on la dissèque, puis on la soulève, et on passe au dessous d'elle un morceau d'amadou d'un demi-pouce de longueur,

(1) Recherches publiées en 1833 et 1834. Thèse n. 93, 1833. *Archives gén. de méd.*, 2^e série, t. II, p. 5.

(2) *M. Landouzi, Journal des conn. méd.-chir.*, 1838, p. 97.

et large de deux. On l'assujettit à l'aide de bandelettes agglutinatives. La plaie est ensuite recouverte d'un plumasseau enduit de cérat. La veine se trouve ainsi aplatie et ses parois exactement mises en contact. L'inflammation s'empare de la plaie ainsi que de la veine, et l'inflammation adhésive, primitive ou secondaire en est le résultat. Mais on trouve dans ce procédé les éléments d'une foule d'accidents qu'on ne rencontre pas dans les autres méthodes, tels que l'isolement ou la séparation de la veine des autres tissus, la distension de ce vaisseau, son exposition à l'air, la présence d'un corps étranger assez volumineux, etc., etc.

Procédé de M. Sanson aîné. Il consiste à appliquer sur le tronc veineux qu'on veut oblitérer, une espèce de pince ou agrafe terminée par deux plaques ovalaires qui sont rapprochées par deux vis de rappel, placées l'une à six lignes au dessus, l'autre à six lignes au dessous d'une tige transversale. Le tronc veineux est soulevé avec la peau qui le recouvre, on serre la base du pli de manière que la veine se trouve placée à son sommet et au dessus des mors. On change ceux-ci de place toutes les vingt-quatre heures pour éviter la gangrène de la peau. De cette manière, la veine n'est pas comprimée par l'instrument, mais par la peau. Ce moyen n'est pas dangereux, mais il me semble peu efficace. La circulation n'est que difficilement interrompue par suite de cette compression, et l'oblitération de la veine ne me semble guère probable. Ces raisons m'ont déterminé à ne pas employer le procédé de *M. Sanson aîné*.

Ligature. Procédé de M. Velpeau. L'insuffisance ou le danger des méthodes et procédés que je vous ai décrits, m'engagèrent à essayer d'autres moyens pour oblitérer les veines dont les branches étaient le siège de varices. Voici celui que j'imaginai et que je pratique si souvent sous vos yeux, soit dans cet amphithéâtre, soit au lit des malades. Je fis, en 1830, l'essai de ce procédé sur les animaux, et

en 1833 je l'employai la première fois sur l'homme (1), ce fut à l'hôpital de la Pitié, et depuis je l'ai mis en usage un si grand nombre de fois dans cet hôpital, ou à la Charité et en ville, que je ne puis plus les compter. Voici comment je l'exécute. Une épingle ordinaire mais forte, bien affilée, à tête volumineuse et régulière, et un fil ciré, telles sont les seules choses dont on a besoin. La position du malade est une chose importante. Il faut que les veines qu'on veut oblitérer soient volumineuses, saillantes, gonflées; pour cela le membre doit être pendant. Je fais mettre souvent le malade debout. On saisit et on soulève le tronc de la veine variqueuse dans un pli de la peau. Un aide tient une des extrémités de ce pli, le chirurgien tient l'autre d'une main. Les choses étant ainsi disposées, la veine bien séparée des parties sous-jacentes et au dessus des doigts du chirurgien qui cherchent à se toucher derrière elle afin de mieux isoler encore le vaisseau, l'opérateur traverse la peau avec l'épingle, en la faisant glisser sous les ongles des deux doigts rapprochés pour l'enfoncer dans les tissus qui sont quelquefois très durs et très résistants. Le doigt du chirurgien doit être armé d'un dé à coudre, ou entouré d'un morceau de linge épais. La veine se trouve alors comprise entre le sommet du pli et l'épingle qu'elle croise à angle droit; on a eu soin de ne pas la traverser et de la laisser bien intacte. L'aide et le chirurgien lâchent alors le pli, et on fait ensuite la même opération sur deux, trois, quatre points du tronc des saphènes, plus ou moins, suivant les circonstances. On en place aussi sur toutes les branches qui présentent des dilatations. C'est ainsi que l'on peut successivement placer huit, dix, douze ou quinze épingles sur le membre inférieur,

(1) M. Franc a cru de son côté avoir imaginé ce procédé, et il a fait à ce sujet, dans le journal *la Lancette*, ainsi que M. Davat l'avait déjà fait pour le sien (juin 1839), une réclamation acerbe que M. Velpeau a réduite facilement à sa juste valeur.

depuis le pied jusqu'au dessus du genou. Trois ou quatre épingles suffisent ordinairement.

Quand les veines sont roulantes et mobiles sous la peau, le manuel de l'opération est très facile. Mais quand elles sont serrées contre des os, ainsi que cela se remarque quelquefois sur le tibia, le dos du pied, dans les environs des malléoles chez les individus gras: il est très difficile de les soulever dans un pli de la peau, cela est même quelquefois impossible. Alors, il faut enfoncer l'épingle presque perpendiculairement sur l'un des côtés de la veine, puis l'incliner pour en glisser la pointe au dessous et la faire ressortir par l'autre côté de dedans en dehors. On doit, dans des cas pareils, avoir de fortes épingles, sans quoi on en verrait les extrémités se fléchir et se retirer sous le fil, quand on étrangle la veine: la constriction de la veine serait alors incomplète.

Lorsque les épingles sont en place, on les fixe à l'aide d'une anse de fil pour étrangler la veine et l'oblitérer. Autrefois je croisais le fil, comme lorsque l'on pratique la suture entortillée pour le bec de lièvre. Mais cela ne suffisait pas pour oblitérer la veine d'une manière définitive. Maintenant je fais une ligature circulaire sur l'épingle, et j'étrangle fortement les tissus sous ce fil. Par suite de cette manœuvre la veine se trouve étranglée dans trois points, au dessus, au dessous et derrière. Je n'ôte le fil et l'épingle que du sixième au douzième jour, et quand les tissus embrassés sont escharifiés. Si, à cette époque, l'eschare n'est pas encore détachée, j'enlève tout de même le fil et l'épingle, certain alors, que l'oblitération de la veine doit être faite.

Le passage de l'épingle à travers les tissus n'est pas douloureux; à peine si les malades le sentent; mais il n'en est pas de même de la constriction des parties par le fil; elle est fort douloureuse. Il est bon de commencer l'étranglement de la veine par l'épingle qui est la plus élevée; car

les filets nerveux qui l'accompagnent étant une fois liés, la douleur est moins vive, pour les épingles inférieures; les suites de cette opération sont très simples. Les parties étranglées par le fil se gangrènent, et tombent; elles laissent un ulcère qui se cicatrise assez promptement. Souvent il se développe un petit engorgement comme phlegmoneux, autour de l'épingle. En même temps on sent un cordon solide au dessus et au dessous, c'est la veine qui s'oblitére dans ces points. Quelquefois cet engorgement se termine par un abcès.

Après l'opération, on n'a pas besoin de faire de pansement. On se borne à couper avec de forts ciseaux la pointe des épingles pour qu'elles ne blessent pas. Il est inutile, à moins que l'inflammation ne devienne trop vive, de soumettre le malade à un régime sévère. On peut même lui permettre de se lever et de prendre de l'exercice. Dans le cas contraire, on a recours au traitement antiphlogistique, aux topiques émollients, résolutifs, etc., etc. Lorsque les eschares sont tombées, on traite les petites plaies qui en résultent comme celle d'un petit abcès ou d'une brûlure.

Procédé de M. Reynaud. On a cherché à modifier le procédé que je viens de vous décrire, et on a eu principalement en vue, par cette modification, le désir de diminuer la douleur que cause l'étranglement par le fil passé autour des épingles. *M. Reynaud* de Toulouse passe sous la veine et à travers la peau une aiguille armée d'un fil ciré; il applique ensuite sur la veine un petit rouleau de diachylon et une petite compresse, puis il noue les deux extrémités du fil à l'aide d'une rosette; le fil pouvant être dénoué à volonté permet de le resserrer chaque jour ou tous les deux jours, jusqu'à ce que la veine soit coupée. Sans doute on peut réussir en opérant de cette manière. Mais l'oblitération des veines est une chose si difficile à obtenir, qu'il y a lieu de craindre, par l'emploi de ce moyen, le rétablissement de la continuité de ces vaisseaux et par suite de la

circulation. Aussi je préfère, au procédé de *M. Reynaud*, l'emploi des épingles et la constriction circulaire par un fil fortement serré.

Cette opération, telle que je viens de vous la décrire et que vous me la voyez pratiquer si souvent, est bien simple; elle n'effraie pas les malades. Tout le monde peut la faire avec une égale facilité. Un coup d'épingle et un tour de fil, voilà toute l'opération. Désorganisant la veine dans son trajet, la coupant, la gangrénant, elle remplit le but de tous les procédés qui ont été imaginés jusqu'à présent, et qui ont tous celui d'obtenir l'oblitération de la veine; mais elle est loin d'avoir leurs dangers. Cette opération préserve-t-elle les malades d'une manière certaine du retour des varices? La guérison est-elle radicale, définitive? Non, Messieurs, il ne faut pas vous abuser à cet égard. La maladie est loin de céder toujours. Oblitère-t-on une veine dilatée, il en reparait bientôt trois ou quatre autres. Les branches de la saphène externe, communiquant avec celles de la saphène interne, les veines superficielles s'anastomosant avec les veines profondes, font que le système veineux du membre inférieur représente un vaste réseau, dont il est à peu près impossible d'interrompre la circulation, et qui rendra toujours, quoi qu'on fasse, très problématique l'efficacité de toutes les méthodes et de tous les procédés qui ont été imaginés jusqu'à présent. Je n'ai voulu, dans tout ceci, n'examiner qu'un point. La nécessité d'oblitérer les troncs veineux pour guérir les varices, étant bien établie, il fallait trouver le moyen le meilleur, le plus facile et le moins dangereux, pour l'obtenir. Je crois que, sous ces rapports, le mien l'emporte sur les autres. La cure radicale des varices des jambes, je vous le répète, présente des difficultés souvent insurmontables, et qui la rendent impossible quelle que soit la méthode ou le procédé que l'on emploie. Quand on veut la tenter, il faut employer le moyen qui présente le moins de risques pour la vie des ma-

lades, le plus de chances de succès et le plus de simplicité. Les épingles et le fil constricteur réunissent, je crois, ces conditions.

Jusqu'à présent je n'avais vu sur plus de cent malades que j'ai opérés par ma méthode aucun phénomène inquiétant; une phlébite externe peu étendue, quelques petits engorgements phlegmoneux, des abcès peu volumineux, voilà à peu près à quoi se bornaient les accidents. Plusieurs fois m'applaudissant de ces succès constants, je vous témoignais cependant la crainte que j'avais d'en rencontrer enfin le terme. Nous venons malheureusement d'y arriver. Jusqu'à présent je n'avais observé aucun exemple de mort survenue à la suite de l'application des épingles: en voici un qui a présenté des circonstances fort remarquables.

Le 31 mars 1839, N***, mégissier, âgé de trente-quatre ans, d'une bonne constitution, et jouissant d'une santé parfaite, entra à l'hôpital de la Charité pour se faire opérer de varices nombreuses qu'il avait aux membres inférieurs. Le 4 avril on l'opère. On passe sous les veines variqueuses plusieurs épingles sur lesquelles on applique une ligature circulaire très serrée. La douleur résultant de cette constriction est très vive, et se continue pendant plusieurs jours. Une inflammation peu étendue se manifeste autour de quelques épingles. Le 10 avril, on ôte deux épingles, les autres sont laissées en place. Le 11, on en enlève encore quelques autres, ainsi que des ligatures. Les points étranglés sont réduits à l'état d'eschares. Il n'y a plus de douleurs. Il n'y avait eu jusqu'au 15 avril rien de particulier dans l'état général du malade, lorsque dans la nuit du 15 au 16, il fut pris de frissons intermittents qui durèrent jusqu'au matin, et de nausées accompagnées de vomissements. Le matin 16, même état, langue blanchâtre, bouche pâteuse, amère; vomissements de matières liquides et verdâtres; abattement très grand, céphalalgie, vertiges, chaleur de la peau, pouls vif, fréquent, tuméfaction et rougeur

de la jambe. Saignée du bras. Le 17, les vomissements ont cessé, stupeur, délire, lèvres sèches, épigastre douloureux, diarrhée légère. L'auscultation ne fournit rien du côté des poumons ou du cœur. La tuméfaction de la jambe s'est étendue jusqu'à la cuisse, autour des ligatures; la peau présente une teinte violacée; tremblements légers, pouls petit, fréquent, taches livides sur divers points du corps. Le 18, tous ces symptômes sont aggravés. Délire continu pendant la nuit. Le 19, face cyanosée, pourtour du nez bleuâtre, lèvres sèches, stupeur très forte. Les taches livides de la peau sont augmentées en nombre et en étendue; les plus arges et les plus prononcées se trouvent à la partie interne du bras, le dos des mains est fort tuméfié et bleuâtre. Tout le membre opéré est énormément gonflé. Les extrémités sont froides, râle trachéal, pouls filiforme. Mort à neuf heures du matin.

Autopsie. Les poumons ne présentent rien qu'un simple engorgement cadavérique. Le cœur contient, dans le ventricule droit, un petit caillot fibrineux; tout le reste du sang contenu dans les vaisseaux, présente une fluidité remarquable. L'estomac contient un liquide verdâtre, et dans l'intestin une plaque boursoufflée et commençant à s'ulcérer. Il s'écoule par les incisions des membres et dans les points où existent des taches bleuâtres, un sang très fluide. La veine saphène gauche qui a été liée, contient un sang fluide et grumeleux, et l'oblitération n'est pas complète, même dans les endroits où les ligatures ont été appliquées. La veine saphène droite contient du sang très fluide, et est manifestement plus large que dans l'état ordinaire; la veine-cave est distendue outre mesure par du sang.

2° VARICOÈLE.

Le varicocèle consiste dans la dilatation des veines du cordon. Cette maladie fort commune, depuis l'âge de quinze ans jusqu'à celui de quarante environ, c'est à dire pendant la période d'activité des organes génitaux de l'homme, attaque presque toujours le côté gauche. On a considérablement exagéré les accidents auxquels cette maladie donnait lieu : ainsi, on lui a attribué des inflammations, des suppurations, des atrophies du testicule, ou des gonflements chroniques et des dégénérescences de cet organe. Le fait est que cette maladie ne produit presque jamais d'accidents sérieux et se réduit, dans l'immense majorité des cas, à une infirmité de peu d'importance ; car beaucoup de personnes la portent sans s'en douter, et quand elles s'en plaignent, on trouve qu'elle consiste simplement dans une gêne, des tiraillements dans les reins, dans l'aîne, le scrotum, ou à un sentiment d'engourdissement dans le testicule.

Quoi qu'il en soit, on a appliqué au varicocèle toutes les méthodes et tous les procédés anciens, dont je vous ai entretenus à l'occasion des varices des jambes. La cautérisation avec les agents chimiques ou le fer rougi à blanc, la ligature, l'incision, l'excision, ou l'extirpation, ont été vantées tour à tour et employées pour guérir cette maladie. On a même combiné ces divers moyens entre eux ; c'est ainsi que *Cumano* associait l'extirpation à la ligature. Il incisait longuement le scrotum, arrivait jusqu'au cordon, disséquait la tumeur variqueuse, la liait au dessus et au dessous, puis il en faisait l'excision.

M. Waren a excisé ou lié les veines variqueuses du scrotum, et a bien réussi. *M. Moulinié* a combiné aussi l'excision avec la ligature. *Boyer* repousse ces moyens non comme dangereux, mais comme insuffisants dans le plus grand nombre de cas. *Delpech* se bornait à fendre le scro-

tum, découvrait le cordon, en isolait, liait ou en incisait les veines. De cette manière il guérissait une proportion considérable de malades. Quelquefois il se bornait à passer un morceau d'éponge sous les veines dilatées, et le fixait à l'aide de bandelettes agglutinatives. On assure que, par son procédé, *Delpech* guérissait six malades sur sept : cela est possible, mais il est certain que des inflammations très violentes sont survenues à la suite des opérations qu'il pratiquait, qu'il en est résulté des abcès, et que quelquefois les malades ont succombé aux accidents de la phlébite.

Je ne noterai ici que pour mémoire la ligature de l'artère spermatique qui a été conseillée par *M. Bell* et quelques autres chirurgiens. Cette ligature n'est point applicable au varicocèle. La castration que *Celse* réservait pour les cas où le testicule est le siège des varices, et à laquelle *Boyer* croit qu'on peut avoir recours quand le varicocèle devient une maladie sérieuse, est une ressource extrême qui peut être employée dans le cas de complication de maladies graves du testicule, mais que les varices du cordon ne réclament presque jamais ; car les cas où le varicocèle tend à faire dégénérer le testicule, sont excessivement rares.

Vous voyez, Messieurs, que si la science avait dû s'en tenir aux procédés anciens pour la guérison du varicocèle, il aurait mieux valu se borner à l'emploi des suspensoirs et des topiques astringents comme moyens palliatifs, plutôt que d'en tenter la cure radicale par des opérations incertaines ou dangereuses.

Mais on a créé, depuis une dizaine d'années, un certain nombre de procédés nouveaux pour la guérison radicale du varicocèle. Ces procédés sont partis tous d'une origine commune ; ils ont été imaginés par suite des recherches que j'avais faites sur l'acupuncture des vaisseaux. Ce sont ceux de *MM. Davat, Friche, Breschet, Sanson, Reynaud*, et le mien.

Procédé de M. Davat. C'est celui que je vous ai décrit pour les varices des jambes; car *M. Davat* ne paraît pas l'avoir employé pour le varicocèle. Du reste, en créant tous les procédés nouveaux que je vous décris, les chirurgiens avaient principalement en vue le varicocèle. Le malade est couché sur le dos, à moins qu'il ne soit nécessaire de le faire tenir debout ou sur les genoux, afin d'augmenter la dilatation des veines. On saisit les veines du cordon avec l'indicateur et le pouce de la main gauche. Le chirurgien passe au-dessous une première épingle transversalement, puis il en dirige une seconde à travers la veine, de manière à passer sous la première, avant de la faire ressortir par le point opposé pour former une croix dont l'une des branches traverse deux fois le vaisseau. On applique ces épingles, disposées de cette manière, sur toutes les veines qui sont le siège des varices. Cela fait, à l'aide d'un fil que l'on passe autour, on retient les épingles en place; ce fil exerce en outre une constriction qui s'oppose encore davantage à la continuation de la circulation.

Procédé de M. Fricke. Le malade étant dans une des positions indiquées plus haut, le chirurgien saisit les veines variqueuses entre le pouce et l'indicateur, il les traverse avec une aiguille armée d'un fil. Il établit de cette manière un séton qu'il laisse en place pendant deux ou trois jours. On met sur la même veine un ou plusieurs sétons, suivant son étendue et son état de varicosité. On en fait autant sur chacune des veines affectées. Le malade reste au lit pendant quelques jours, et suivant qu'il y a ou non de l'inflammation, on fait usage de topiques émollients et résolutifs, ou bien on s'abstient de toute application locale. On retire le séton au bout de deux ou trois jours. Les procédés de *MM. Davat* et *Fricke* exposent autant l'un que l'autre à la phlébite. On peut dans le procédé de *M. Fricke*, ne pas être bien sûr de pouvoir exactement traverser des troncs veineux peu volumineux avec le séton,

et on est exposé à passer seulement derrière la veine et ne pas interrompre la circulation, but capital qu'on se propose. Il en est de même du procédé de *M. Davat*. Seulement, dans ce dernier, on a une chance qui n'existe pas dans celui de *M. Fricke*, c'est celle d'étrangler avec le fil passé autour des épingles, la veine qui pourrait n'avoir pas été piquée et traversée par la seconde épingle qui passe derrière la première. Peut-être aussi, la constriction du fil contribuerait-elle à s'opposer à la propagation de la phlébite.

Procédé de M. Breschet. Il a été communiqué par ce chirurgien à l'Académie des sciences au mois de janvier 1834. Il consiste à saisir et à étrangler les troncs veineux dilatés entre les mors d'une espèce de pince qui saisit en même temps les enveloppes du scrotum. *M. Landouzy* a fait à cette pince une modification heureuse et qui la rend très simple. On isole les veines du cordon de l'artère spermatique et du canal déférent, et lorsqu'elles sont séparées aussi complètement que possible, on place les extrémités aplaties de la pince sur la peau, dans un pli de laquelle se trouvent comprises les veines qu'on veut oblitérer. On les rapproche alors l'une de l'autre, à l'aide d'une espèce de vis de pression ou d'un anneau. La compression des paquets variqueux saisis est augmentée chaque jour jusqu'à ce que la mortification des tissus étranglés soit opérée. On enlève alors la pince avec l'eschare qu'elle a produite. Il reste alors une plaie dont l'étendue est proportionnée à la déperdition de substance qui a été opérée. Cette plaie qui est quelquefois longue de plus de deux pouces, a été dans certains cas six semaines ou deux mois à se fermer. *M. Landouzy* dit avoir vu guérir ainsi plus de cent malades. On a, en effet, par ce procédé étranglé les veines variqueuses, et on a interrompu la circulation. Par conséquent, les chances de guérison radicale du varicocèle sont nombreuses. Mais ce procédé est long et très douloureux; quelques malades ne peuvent pas le supporter. Il en résulte une plaie étendue

et longue à se cicatriser; une inflammation considérable et quelquefois des abcès. On peut obtenir, je crois, l'oblitération des veines variqueuses par des moyens plus simples.

Procédé de M. Sanson aîné. Il a pour but, comme tous les précédents, d'oblitérer les veines variqueuses. Mais c'est moins par l'inflammation de la veine que par la coagulation du sang dans son intérieur que M. Sanson cherche à l'obtenir. Il emploie pour cela une pince dont les mors compriment la base d'un pli fait aux téguments du scrotum. Le tronc variqueux refoulé vers le sommet de ce pli s'y trouve comprimé de telle sorte que la circulation s'y trouve interrompue. Le sang, cessant alors de parcourir les points, s'y concrète, se solidifie, contracte des adhérences, et il y a oblitération de la veine.

Dans ce procédé on n'a point, comme dans celui de M. Breschet, une eschare ni une plaie. Mais il est moins efficace, et je suis persuadé que l'oblitération ne peut être durable. Cette oblitération des veines est en effet, Messieurs, beaucoup plus difficile qu'on ne pense. Tant qu'un tronc veineux n'est point coupé, enflammé à sa face interne, le sang coagulé tend à redevenir liquide, et peu à peu la circulation s'y rétablit. C'est en effet ce que j'ai vu sur un étudiant en médecine qui était atteint d'un varicocèle et qui fut traité suivant le procédé de M. Sanson. Deux mois après son emploi la maladie était revenue à son état primitif.

Procédé de M. Reynaud. On attire dans un repli de la peau du scrotum les veines variqueuses que l'on veut oblitérer, et on passe derrière elles en traversant la peau deux fois une aiguille courbe armée d'un fil assez fort, on peut même en mettre deux à un pouce ou un pouce et demi l'un de l'autre. On les noue ensuite fortement sur un morceau de diachylon gommé, ou de linge, ou bien un bourdonnet de charpie; on fait une simple rosette afin de pouvoir relâcher ou augmenter à volonté la constriction.

Par suite de l'étranglement, la veine se trouve coupée d'arrière en avant. Lorsque cette section est opérée, on ôte les fils, et on s'occupe seulement de la cicatrisation de la plaie qui résulte de l'opération. Ce procédé se rapproche de la section transversale des veines, et est sujet par conséquent à ses inconvénients. Néanmoins je le crois préférable à celui de M. Breschet. Il est plus simple et plus prompt, et quoique l'oblitération des veines doive être longue, difficile à obtenir, et qu'elle doit même échouer quelquefois, je le regarde comme un des meilleurs parmi ceux qui ont été vantés dans ces derniers temps.

Procédé de M. Velpeau. Mon procédé consiste dans l'application des épingles derrière la veine, et son étranglement circulaire.

Le malade étant couché sur le dos, le scrotum préalablement rasé, je reconnais bien la situation du canal déférent. Je saisis la racine du scrotum par derrière, avec la précaution de bien retenir avec le pouce et l'indicateur le canal déférent et de laisser les veines en avant. Alors avec le pouce et l'indicateur de l'autre main, j'attire et j'isole tout le paquet veineux, en le rapprochant de plus en plus des téguments, et je le fixe dans un pli. Un aide prend une des extrémités de ce pli pendant que je saisis l'autre. Alors je passe de la manière que je vous ai indiquée pour les varices des jambes, une épingle sous les veines, et le plus près possible de la partie antérieure du pli tégumentaire. Lorsqu'elle a traversé la peau, je jette aussitôt une anse de fil sous ses extrémités. On place de cette manière une autre épingle à un pouce de la première. On peut commencer par l'application de l'épingle supérieure, cependant je préfère placer d'abord l'inférieure, parce qu'il est toujours plus facile de séparer les veines du canal déférent sur ce point, que du côté de l'anneau. Il faut éviter de placer ces épingles ou trop haut ou trop bas, et de ne pas mettre entre elles l'intervalle

d'un pouce. En effet, si on rapproche trop près du testicule l'épingle inférieure, cette épingle peut traverser la tunique vaginale et déterminer une inflammation ou un abcès dans cette petite cavité séreuse. Si on place l'épingle supérieure trop près de l'anneau, on peut ne pas séparer exactement toutes les veines du cordon, et en laisser échapper quelques unes en arrière. Si on les plaçait trop près l'une de l'autre, il en résulterait à la chute des eschares deux plaies qui se réuniraient en une seule, laquelle serait large et longue à guérir. Quand les épingles sont passées, on étrangle circulairement la veine avec le fil absolument comme pour les varices des jambes. Je ne veux pas revenir sur ces détails qui sont exactement semblables. On retire les épingles quand les tissus étranglés se détachent sous forme d'eschare, ce qui arrive du dixième au vingtième jour. Les suites de cette opération n'empêchent pas les malades de se livrer à leurs occupations habituelles. Ils peuvent se lever et suivre leur régime ordinaire, à moins que l'inflammation ne devienne trop vive. Dans ce cas on a recours aux topiques astringents et résolutifs, à la diète, au repos, aux antiphlogistiques, etc., etc. La guérison complète est effectuée en un mois environ. Les plaies sont ordinairement cicatrisées à cette époque. Cette manière d'opérer le varicocèle ne m'a jamais amené de phlébite interne. J'ai vu survenir seulement des abcès dans la tunique vaginale, quand je plaçais l'épingle inférieure trop bas. Cela m'est arrivé deux fois. Tous ceux que j'ai opérés, et ils sont déjà en grand nombre, ont guéri, et sur ceux que j'ai pu revoir après, je n'ai constaté aucune apparence de récurrence même après plusieurs années. Il est vrai du reste que les chances pour une guérison définitive sont plus nombreuses pour le varicocèle que pour les varices des jambes, à cause des anastomoses qui sont moins fréquentes qu'aux membres inférieurs entre le plan veineux profond et le plan veineux superficiel.

ARTICLE VI.

INTRODUCTION DE L'AIR DANS LES VEINES PENDANT LES OPÉRATIONS.

L'introduction de l'air dans les veines pendant le cours des opérations, est un accident qui est arrivé assez fréquemment, et qui est trop grave dans ses résultats pour que je ne vous en entretienne pas (1). Une malade que nous devons opérer aujourd'hui d'une tumeur placée au cou, nous amène tout naturellement à traiter ce sujet, d'autant mieux que c'est dans cette région qu'on a surtout observé cette complication redoutable des opérations. Cette question se trouve d'ailleurs à l'ordre du jour en ce moment, et les discussions qui ont eu lieu dernièrement à l'Académie de médecine, discussions auxquelles j'ai pris moi-même une grande part, ont eu trop de retentissement pour que nous n'approfondissions pas ce sujet important.

L'entrée de l'air dans les veines des individus soumis aux opérations chirurgicales, et les accidents qui peuvent en résulter, étaient presque entièrement oubliés il y a vingt ans, lorsqu'un événement malheureux arrivé dans la pratique de *Dupuytren*, a ramené l'attention des médecins sur ce point. Les faits se sont depuis augmentés peu à peu, et les remarques faites à leur sujet par *Méry*, *Bichat*, *Nysten*, *MM. Piedagnel*, *Magendie*, *J. Guérin*, *Bouillaud*, *Barthélemy*, *Blandin*, *Amussat*, *Gerdy*, *Leroy d'Étioles*, *Forget*, *Pigeaux*, *Bassereau*, *Mercier*, *Poiscuille*, *Dénot*, etc., etc., permettent actuellement de donner un intérêt puissant à

(1) Cette leçon a été faite dans les premiers mois de 1838. Plus tard, M. *Velpeau* a écrit sur ce sujet dans la *Gazette médicale* une longue et intéressante lettre à laquelle nous avons beaucoup emprunté pour la rédaction de cet article.