

lablement trempée dans de l'eau à la température de 100° (Fahrenheit.) Les parois de l'artère étaient relâchées au point de rendre difficile l'introduction de la ligature autour du vaisseau.

A 5 heures et demie du soir, c'est-à-dire quatre heures après l'opération, le malade éprouva dans le membre opéré une sensation de froid et de malaise. La température de ce membre était de 80°, celle du membre sain de 84°. Le pouls était à 76, plein, très-irrégulier, mais non intermittent.

Le 25, le malade n'avait pas passé une très-bonne nuit, mais il se trouvait mieux au moment de la visite; la température du membre opéré était de 84°, et celle du membre sain de 92°. Le pouls battait 60 fois par minute et présentait des intermittences, mais celles-ci étaient très-éloignées les unes des autres.

Le 25, la nuit avait été bonne et le malade se trouvait très-bien quoiqu'il éprouvât encore, de temps en temps, de fortes douleurs dans la jambe. La température du membre malade était de 89°; celle du membre sain de 92°. Le pouls présentait seulement une intermittence de 10 ou 12 battements.

Le 27, même état. Température du membre malade, 89°; température du membre sain, 87°.

Le 28, la plaie fut pansée pour la première fois depuis l'opération; elle était complètement réunie. Le pouls variait beaucoup quant à ses intermittences; mais en somme ces dernières étaient devenues moins fréquentes qu'avant l'opération.

Le 29, température du membre malade à 89°; température du membre sain à 87°.

Le 30, température du membre malade à 89°; membre sain à 93°. La tumeur a perdu beaucoup de son volume et ne présente plus aucune pulsation; on ne sent non plus aucun battement dans les artères tibiale, antérieure et

postérieure, bien que la circulation paraisse s'exécuter facilement dans les veines superficielles.

Le 31, membre malade à 90°; membre sain à 91°. Le 1^{er} novembre, la température des deux membres était égale et à 91°.

Le 7, rien de particulier depuis la dernière note.—La température du membre avait subi peu de changements, de même que la tumeur anévrysmale qui allait en diminuant d'une manière graduelle. La plaie était parfaitement cicatrisée et libre de toute irritation.

Le 15, la tumeur continue de diminuer de volume; elle est beaucoup moins résistante; on ne peut encore sentir aucun battement dans les artères tibiale, antérieure et postérieure.

Le 24, persistance de l'amélioration; aucune trace d'irritation n'a succédé à la ligature; il n'existe aucun battement dans les artères tibiale, antérieure et postérieure.

Trois semaines après l'opération, le malade se promenait dans la salle en s'appuyant sur une béquille. Dans la première semaine, il n'avait éprouvé rien autre chose qu'un refroidissement dans le pied du côté malade et un peu de douleur dans le talon.

Le 17 décembre, la santé était parfaitement rétablie; le malade marchait sans le secours d'aucun appui. La tumeur était réduite à un très-petit volume, et la partie sur laquelle avait été faite l'incision était alors et a toujours été depuis dans un état extrêmement favorable. L'issue heureuse de cette opération m'a fait éprouver une satisfaction très-vive: le grand âge du malade, la simplicité de l'opération, l'absence de toute irritation générale, et, par suite, de tout danger, le rétablissement rapide, me portent à espérer que l'opération de l'anévrysmes pourra devenir, par la suite, infiniment plus simple encore qu'elle ne l'est aujourd'hui.

PREMIER MÉMOIRE SUR L'ANÉVRYSME

ET SUR

LA LIGATURE DE L'ARTÈRE CAROTIDE.

(Lu à la Société médicale et chirurgicale de Londres, le 29 janvier 1806.)

Observation 501.—Mary Edwards, âgée de 44 ans, me fut amenée par M. Robert Pugh, afin que j'examinasse une tumeur du cou qui se présentait avec les caractères d'un anévrysmes de la carotide droite. Je lui conseillai d'entrer à l'hôpital de Guy, où elle fut reçue le 23 octobre 1805. D'après son récit, la maladie avait commencé par une tumeur située un peu au-dessus du milieu du cou, et qui avait paru 15 mois auparavant, n'ayant d'abord que le volume de l'extrémité du doigt. Cette tumeur était le siège de pulsations énergiques qui déterminaient des battements très-forts dans la tête; elle s'était développée graduellement de

bas en haut, jusqu'au niveau de la mâchoire inférieure, et s'était propagée inférieurement jusqu'au-dessous de la partie moyenne du cou. Quinze jours avant l'entrée de la malade à l'hôpital, les battements de la tumeur et ceux de la tête étaient devenus assez forts pour la priver de sommeil; les téguments du crâne de ce côté étaient tellement sensibles, qu'ils pouvaient à peine supporter une pression légère; la déglutition des aliments solides était très-difficile; enfin la malade était continuellement fatiguée par une toux violente.

A l'examen de la tumeur, je trouvai qu'elle occupait les deux tiers du cou. Elle présentait

des pulsations extrêmement fortes. A sa partie la plus saillante, la peau était amincie. Il paraissait fort douteux qu'il y eût entre la clavicule et la tumeur un espace suffisant pour l'application d'une ligature. Et, comme le mari de cette femme s'opposait à l'opération, elle quitta l'hôpital.

Au bout de quelques jours, ayant appris que tous les symptômes s'aggravaient, je me rendis chez elle, et lui faisant sentir avec force les probabilités d'une terminaison fatale de la maladie, j'obtins d'elle et de sa famille qu'elle se soumit à l'opération.

Le vendredi, 1^{er} novembre 1805, l'opération fut faite en présence de M. Pearce, chirurgien, de M. Owen, attaché au dispensaire général, de M. Ratcliffe Highway, de M. Travers, et de cinq ou six autres médecins.

Au moment de l'opération, la tumeur s'étendait depuis le voisinage du menton jusqu'à l'angle de la mâchoire, et, de haut en bas, jusqu'à deux pouces et demi de la clavicule. Je fis une incision longue de deux pouces, le long du bord interne du muscle sterno-mastoïdien, depuis la partie inférieure de la tumeur jusqu'à la clavicule. Cette incision mit à nu les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien, qui, ayant été refoulés du côté de la trachée, laissèrent apercevoir la veine jugulaire. Les seules difficultés que présenta l'opération provinrent de cette veine qui, suivant les divers états où se trouvait la respiration, tantôt se présentait à l'instrument tendue et dilatée, tantôt éprouvait un affaissement subit.

Ayant introduit le doigt dans la plaie, afin d'écarter la veine, je fis sur le trajet de l'artère carotide une incision qui la mit à nu; je la séparai du pneumo-gastrique, et j'introduisis au-dessous d'elle une aiguille courbe à anévrysmes, en prenant la précaution d'en isoler, d'une part, le nerf récurrent; d'autre part, le nerf pneumo-gastrique.

Les deux ligatures furent alors serrées à un pouce de distance l'une de l'autre. C'était le plus grand espace qui pût exister entre elles. Je ne crus pas devoir m'exposer aux chances d'une hémorrhagie en divisant l'artère, car je craignais que les ligatures ne fussent chassées par l'effort du cœur, et la distance était trop peu considérable pour permettre d'employer aucun moyen propre à arrêter l'hémorrhagie si elle survenait.

Aussitôt que les ligatures furent serrées, tout battement cessa dans la tumeur. L'opération étant finie, et la plaie ayant été pansée à plat, la malade se leva de dessus la chaise où elle avait été assise pendant l'opération, et elle fut prise aussitôt d'un accès de toux si violent, que je craignis qu'il ne fût suivi de la mort. Cette toux parut être produite par l'accumulation dans la trachée d'une grande quantité de mucus; que la malade ne pouvait expulser. L'accès dura une demi-heure, après quoi la malade devint plus calme.

Le samedi, 2 novembre, M. Owen, qui avait passé la nuit auprès de la malade, rapporta

qu'elle avait dormi pendant six heures; mais qu'elle avait été réveillée, de temps à autre, par la toux. Les pulsations n'avaient pas reparu dans la tumeur. Celles que la malade ressentait dans le cerveau avaient cessé, et il ne s'était produit dans aucune partie du corps rien qui annonçât une diminution de l'influence nerveuse.

Le 3, pendant la nuit, la malade avait senti quelques douleurs de tête. On appliqua des sangsues. Le matin, la douleur de tête avait cessé; la toux était moins fatigante; selles et urines naturelles; pouls à 96.

Le 4, la malade a dormi six heures; son esprit est calme.

Le 5, dans l'après-midi, je la trouvai, contrairement à ce que j'avais prescrit, assise devant le feu avec trois ou quatre personnes, et buvant du thé qu'elle avalait avec de grandes difficultés. Elle n'éprouvait pas de douleur de tête. Le pouls était à 96; et la seule chose dont elle se plaignait, c'était une toux fatigante.

Le 6, au milieu d'un violent accès de toux qu'elle eut au milieu de la nuit, un léger écoulement de sang veineux se fit jour à travers la plaie. M. Hopkie fut appelé près de la malade; mais l'écoulement sanguin avait cessé avec la toux, et on se contenta d'appliquer légèrement un plumasseau de charpie sur la plaie. Dans l'après-midi, la toux devint moins fatigante. Le pouls n'était qu'à 92.

Le 7, M. Forster, mon collègue, m'accompagna près de la malade pour l'examiner et pour prendre un dessin de la tumeur qu'il trouva réduite d'un tiers. La malade avait dormi huit heures dans la nuit. Le pouls était à 94.

Le 8, au matin, je fus appelé par M. Owen et M. Roberts, qui avaient alternativement veillé la malade, pour constater une paralysie du membre inférieur et du membre supérieur du côté gauche. Je trouvai ces membres engourdis; la malade ne pouvait les mouvoir qu'avec beaucoup de difficultés. Mais comme le pouls était faible et qu'elle éprouvait un état fébrile général très-prononcé, je pensai que la paralysie pourrait disparaître à mesure que l'état général s'améliorerait. La malade avait passé une nuit agitée; elle se plaignait que ses os étaient douloureux, et il lui semblait que ses dents étaient ramollies. Elle n'avait pas de douleur de tête.

Le 9, toux moins fatigante; pouls à 90; état moral satisfaisant; la malade cause avec gaieté, et meut son bras plus facilement que la veille. Elle a dormi huit heures la nuit dernière. Elle désire prendre quelques aliments. Mais ses essais pour avaler des substances solides sont impuissants. Elle n'éprouve de douleur ni dans la tumeur, ni dans la tête; mais elle dit que quand elle tousse elle éprouve dans la plaie une sensation de piqûre.

Le 11, la nuit a été bonne; le bras gauche se meut avec plus de facilité; mais il n'est pas aussi libre que celui du côté opposé. L'état moral est satisfaisant. La malade a de l'appétit. Elle est toujours dans l'impossibilité d'ava-

ler des alimens solides. Elle est soutenue principalement par de l'arrow-root, auquel, à raison de l'habitude qu'elle a de prendre des spiritueux, on ajoute un peu de vin. La toux est parfois très-violente. Le pouls ne bat que 84 fois. Les ligatures font plus de saillie hors de la plaie qu'elles n'en avaient fait jusque-là.

Le 12, mon collègue, M. Lucas, vint voir la malade avec moi. Nous la trouvâmes dans une bonne disposition d'esprit. Le pouls ne battait que 82 fois; sa toux était moins pénible; elle pouvait se mettre sur son séant, et se servait de son bras avec tant de facilité qu'il fallait observer très-attentivement, pour reconnaître quelque différence entre les deux bras, sous le rapport de la mobilité. Lorsque les pièces de pansement furent enlevées, on retira de la plaie les ligatures qui entraînaient avec elles la portion de l'artère qu'elles avaient interceptée. Ensuite, on maintint les bords de la plaie rapprochés au moyen de bandelettes agglutinatives.

Le 13, la toux était moins fatigante; la déglutition des liquides était plus facile; la malade ne se plaignait que d'une douleur, qui avait son siège dans le dos, et dont elle fut délivrée par l'ingestion d'une dose de sulfate de magnésie.

Le 14, la malade avait dormi huit heures pendant la nuit; son état s'était amélioré sous tous les rapports; elle avalait avec moins de difficulté; la tumeur avait diminué de volume et n'était le siège d'aucune douleur. Considérant la malade comme hors de danger, je ne la vis ni le lendemain, ni le surlendemain; mais M. Jones, un de mes élèves, la vit, et trouva la plaie presque cicatrisée.

Le 17, à ma grande surprise, je trouvai la malade en proie à une fièvre très-intense. La tumeur avait augmenté de volume et était très-dououreuse à la pression. La plaie était aussi étendue qu'immédiatement après l'opération, et rendait une sérosité sanieuse. La déglutition était très-difficile; la toux était extrêmement fatigante, et, après chaque accès, la malade poussait des cris violents. Le pouls était à 96, et le bras gauche était redevenu plus faible que l'autre.

Le 18, nuit agitée; céphalalgie; augmentation du volume de la tumeur; pouls fréquent; langue chargée; la pression sur le cou détermine une vive douleur.

Le 19, pouls très-fréquent; sommeil nul, malgré l'administration de quarante gouttes de teinture d'opium; nouvel accroissement de la tumeur; la peau qui la recouvre est d'une couleur rouge-brunâtre.

Le 20, la malade a dormi trois heures pendant la nuit; son pouls est à 108 et petit; il lui est impossible d'avaler même sa salive qui s'écoule continuellement de sa bouche; dans la soirée, pouls à 120; sueur abondante; déglutition impossible.

Le 21, mort.

Autopsie. — Le sac anévrysmal était le siège d'une inflammation, et il existait, autour du caillot, une quantité considérable de pus.

L'inflammation s'étendait, en dehors du sac, le long du nerf pneumo-gastrique jusqu'àuprès de la base du crâne.

La glotte était presque oblitérée; la surface interne de la trachée présentait les caractères de l'inflammation; une couche de lymphé plastique adhérait à la membrane muqueuse.

L'accroissement de volume qu'avaient soudainement atteint les parties sous l'influence de l'inflammation, joint au volume qu'avait déjà la tumeur avant l'opération, avait déterminé sur le pharynx une compression telle qu'on ne pouvait y introduire qu'avec difficulté une bougie du volume d'une plume d'oie.

Les nerfs, ainsi qu'on s'en assura, n'avaient été nullement intéressés. La ligature avait passé d'un côté entre l'artère et le nerf récurrent, et de l'autre entre elle et le nerf pneumo-gastrique.

La mort avait donc eu lieu dans ce cas, par suite de l'accroissement de volume qu'avait déterminé l'inflammation du sac anévrysmal et des parties adjacentes, accroissement de volume qui était arrivé au point d'exercer sur le pharynx et sur la trachée une compression qui avait fait obstacle à la déglutition, et avait déterminé d'abord de violents accès de toux, puis enfin l'impossibilité de respirer.

Cette terminaison malheureuse ne saurait toutefois s'opposer pour l'avenir à l'exécution de la ligature de la carotide, quand la tumeur est peu volumineuse et qu'elle n'exerce pas de compression sur des parties importantes. Il n'est même pas contre-indiqué de recourir à l'opération, alors même que la tumeur est volumineuse, pourvu qu'à la première immence de l'inflammation on ait recours à l'évacuation du caillot contenu dans le sac anévrysmal (1).

N'ayant pu obtenir la permission de faire l'examen de la tête, il ne m'a pas été possible de reconnaître quelle avait été la cause de cette paralysie qui n'avait pas immédiatement succédé à l'opération, mais qui n'avait été observée pour la première fois que huit jours après la ligature.

Cette paralysie avait eu ceci de particulier, qu'elle était survenue au moment où la fièvre était très forte; qu'elle avait diminué en même temps que la fièvre, et qu'elle s'était reproduite quand la fièvre avait augmenté. Mais comme l'intensité des accidens généraux était due à ce que l'opération avait été trop long-temps différée, ce n'est point encore là un motif suffisant, à mes yeux, pour faire rejeter l'opération, dans un cas où la maladie serait moins avancée.

On ne peut, ce me semble, objecter contre cette opération le danger qu'il pourrait y avoir qu'une hémorrhagie ne survint lors

(1) Depuis la lecture de ce mémoire à la Société médico-chirurgicale de Londres, il s'est présenté un cas dans lequel l'opération a été couronnée de succès.

de la chute des ligatures. En effet, bien que les ligatures eussent été complètement éliminées le douzième jour et qu'elles dussent s'être détachées de l'artère le onzième, les deux bouts de l'artère étaient fermés par un travail de cicatrisation et par un caillot qui

adhérait fortement aux tuniques du vaisseau. Je crois donc pouvoir conclure de là que la ligature de l'artère carotide peut se faire avec autant de sécurité que celle de toute autre artère (1).

DEUXIÈME MÉMOIRE SUR L'ANÉVRYSME

ET SUR

LA LIGATURE DE L'ARTÈRE CAROTIDE.

(Lu à la Société médico-chirurgicale de Londres, le 21 février 1809.)

En 1806, j'ai présenté à la société médico-chirurgicale l'observation d'un cas d'anévrysmes de la carotide, pour lequel j'avais pratiqué sans succès la ligature de cette artère.

Je fis remarquer à cette époque que je considérais l'issue fâcheuse de la maladie comme ne devant inspirer aucune prévention défavorable contre l'opération que j'avais pratiquée, et que cette opération devait seulement être employée dans des circonstances plus favorables. En effet, dans le cas dont il s'agissait, la mort devait être attribuée à l'état avancé de la maladie au moment de l'opération. La tumeur anévrysmale était devenue tellement volumineuse qu'elle exerçait sur la trachée une compression qui déterminait la toux, de la dyspnée et même la production d'une couche de lymphé coagulable à la surface interne de ce conduit; la tumeur exerçait en outre sur le pharynx une compression assez forte pour faire obstacle à l'arrivée des liquides dans l'estomac.

Je ne craignais point que les fonctions du cerveau fussent compromises d'une manière permanente par la ligature de la carotide, et voici sur quelles considérations repose cette opinion.

1° Ainsi que l'a démontré le docteur Baillie, il peut arriver que, chez le même individu, l'une des carotides soit entièrement oblitérée, et l'autre considérablement diminuée dans son calibre, sans qu'il en résulte aucun effet fâcheux appréciable.

2° J'ai observé un cas dans lequel la carotide gauche était oblitérée par suite de la compression qu'exerçait sur elle un anévrysmes de l'aorte.

3° N'avons-nous pas l'analogie qui nous montre que, chez les animaux, les deux carotides peuvent être liées sans qu'il en résulte sur le système nerveux aucun effet fâcheux appréciable.

J'ai fait, il y a plusieurs années, la ligature des deux carotides chez un chien, et l'animal,

placé sur le sol immédiatement après que l'opération eut été faite, ne montra aucun affaiblissement des forces volontaires, qui sont sous la dépendance du système nerveux cérébral; il manifestait les mêmes craintes et les mêmes affections qu'au paravant; il n'offrait ni une plus grande diminution d'appétit, ni une plus grande disposition à l'assouplissement que tout animal soumis à une expérience qui n'est pas exempte de douleurs, mais qui n'exerce aucune altération grave sur les fonctions essentielles à la vie.

On a long-temps conservé dans la collection de l'hôpital de Guy une pièce anatomique recueillie sur l'animal qui avait servi à cette expérience. On avait injecté les vaisseaux afin de voir le trajet de ceux qui subvenaient plus spécialement à la circulation; on trouva que les principaux étaient les deux artères thyroïdiennes supérieures, et deux branches qui, venant des vertébrales, passaient sous l'angle de la mâchoire inférieure.

Rassuré par toutes les considérations précédentes sur les dangers de la ligature de la carotide, je me proposai de saisir la première occasion qui se présenterait, de pratiquer de nouveau cette opération, avant que la maladie ne fût arrivée à un degré assez avancé pour faire obstacle d'une manière notable à toute autre fonction qu'à celle de l'artère malade elle-même.

M. Young eut la bonté de m'adresser d'abord chez moi, puis à l'hôpital de Guy, un malade qui présentait les conditions les plus favorables, et qui sous tous les rapports était tel que je pouvais le désirer. Il avait du sang-froid et de la fermeté, obéissait ponctuellement à ce qu'on exigeait de lui et était aussi peu irritable au physique qu'au moral.

La tumeur n'avait que deux pouces et demi de diamètre et le cou était extrêmement allongé, en sorte qu'il restait un large espace pour découvrir le vaisseau malade.

(1) J'ai appris avec plaisir que, depuis l'opération dont on vient de lire les détails, la ligature de la carotide a été pratiquée avec succès par mon ami M. Travers. (Voy. *Medico-Chirurgical transactions*, Tome 2, p. 1.)

Je vais rapporter les détails de cette observation.

Observation 502. — Humphrey-Humphreys, âgé de 50 ans, s'étant livré à la profession de *carry loads of iron, as a porter* (1), s'aperçut, il y a six mois, de l'existence d'une tumeur située au côté gauche du cou, immédiatement au-dessous de l'angle de la mâchoire et se prolongeant en bas, à partir de ce point, jusqu'au cartilage thyroïde. Il remarqua aussi que cette tumeur, qui avait le volume d'une noix, était animée de mouvemens pulsatoires. Elle était accompagnée d'une vive douleur qui se faisait sentir dans le côté gauche de la tête et qui avait commencé il y a à peu près cinq mois. En même temps que cette douleur, le malade percevait une sensation de battemens dans le cerveau. La tumeur déterminait beaucoup de raucité dans l'articulation des sons, et depuis quelque temps il avait de la toux et éprouvait un peu de dyspnée qui semblait être le résultat d'une compression exercée sur le larynx par la tumeur. Son appétit subsistait de fréquentes altérations; tantôt il mangeait de bon appétit pendant trois ou quatre jours, et tantôt il perdait pendant trois ou quatre jours tout désir de prendre des alimens.

Il éprouvait dans l'oreille gauche une sensation de froid suivie de chaleur. Souvent il était pris de nausées en mangeant; jamais il n'avait eu de vomissemens. Il ne pouvait vomir. Depuis l'époque qui vient d'être indiquée, toutes les fois qu'il se baissait, il éprouvait une sensation insupportable, comme si sa tête allait se briser, avec vertiges, éblouissemens, perte de la vue, et même insensibilité complète.

L'œil gauche, qui s'était fermé peu à peu, n'avait pas alors plus de la moitié du diamètre d'ouverture de l'œil droit; néanmoins la vision conservait de ce côté la même force que l'autre.

A cette époque, le docteur Hamilton avait prescrit d'appliquer sur la tête un vésicatoire qui avait diminué les douleurs. Un mois avant l'entrée du malade, on en avait appliqué un second, qui avait été suivi du même soulagement, mais seulement pour quelques jours. Il avait continué à vaquer à ses travaux jusqu'à l'époque où il vint réclamer l'opération.

La dilatation de la carotide siègeait immédiatement au-dessous de l'angle de la mâchoire, et à peu près au niveau de l'angle aigu que forment, en se séparant, les deux divisions de la carotide primitive. La tumeur avait le volume d'un œuf de poule, et présentait une saillie prédominante à son centre.

Les battemens de l'anévrisme, le jour de l'opération, étaient remarquablement développés. Lorsque, par une pression exercée au-dessous de la poche anévrysmale, on en avait déterminé l'affaîsissement, la tumeur reprenait ensuite son volume primitif par des impul-

sions coïncidant avec les battemens du cœur.

Je proposai de lier la carotide primitive au-dessous de la tumeur, opération qui fut pratiquée, à une heure, le 22 juin 1808, à l'hôpital de Guy.

Je commençai l'incision des tégumens au milieu de la portion moyenne du cartilage thyroïde, point qui répondait à la partie la plus déclive de la tumeur, et je la prolongeai le long du bord interne du sterno-cléido-mastoïdien, jusqu'à un pouce de distance de la clavicule. En soulevant le bord interne du sterno-cléido-mastoïdien, on vit distinctement le muscle homohyoïdien qui croisait la gaine commune des vaisseaux. On aperçut également le *ramus descendens noni*, ou branche descendante du grand hypoglosse. Je séparai ensuite le sterno-cléido-mastoïdien du muscle homo-hyoïdien; alors se présenta la jugulaire interne qui, se dilatant à chaque expiration, venait marquer l'artère. En écartant la veine, on aperçut le nerf pneumo-gastrique, situé entre la veine et l'artère, mais un peu au côté interne de celle-ci. Le nerf fut facile à éviter.

Un stylet aiguillé, à extrémité mousse, construit exprès pour cette opération, et armé d'une double ligature, fut alors passé sous l'artère. Les deux ligatures étant ainsi passées sous le vaisseau, la plus inférieure fut serrée immédiatement. Ayant ensuite isolé l'artère des parties environnantes, dans une étendue d'un pouce, à partir du point où avait été placée la ligature inférieure, je plaçai, dans ce point, la seconde ligature. Enfin une aiguille armée d'un fil fut passée à travers l'artère, non seulement au-dessus de la ligature inférieure, mais encore au-dessous de la ligature supérieure. Après quoi l'artère fut divisée en travers, dans l'intervalle de deux ligatures.

Il ne restait plus qu'à panser le malade, ce qui fut fait en rapprochant les parties au moyen de bandelettes agglutinatives. Les ligatures étant pendantes à chacun des angles de la plaie, on avait appliqué un gâteau de charpie, maintenu en place au moyen d'emplâtres agglutinatifs.

M. Vose ayant demandé au malade s'il éprouvait, dans la tête, quelque sensation particulière, celui-ci répondit que, pour la première fois, il se trouvait délivré d'une douleur très-vive qui avait commencé à se faire sentir deux mois environ après l'apparition de la tumeur, et qui s'étendait, en haut, dans la tempe gauche, s'accompagnant d'un battement violent dans toutes les artères de ce côté. Cette douleur ne se reproduisit jamais.

Toutefois les pulsations de la tumeur ne cessèrent pas entièrement après l'opération, bien qu'elles eussent diminué de force au point de devenir peu appréciables. Leur existence fut constatée par mon collègue M. Forster, par MM. Georges Young, Dubois de Paris, de Souza, et par plusieurs autres personnes qui assistaient à

(1) Voici en quoi consiste le rôle de celui qui est chargé de cette fonction: un collier de bois est placé autour du cou et sur les épaules, et sur chaque épaule ainsi protégée il porte des barres de fer.

l'opération. J'attribuai cette persistance des battemens de la tumeur à la colonne de sang qui pouvait revenir par la carotide interne, au moyen des anastomoses larges et multipliées qui unissent les vaisseaux sanguins dans l'intérieur du crâne.

Le malade fut placé dans son lit, la tête élevée, position dans laquelle il se trouva tout-à-fait bien.

Trois heures de l'après-midi: pouls modérément fréquent, peau fraîche. Le malade n'a ressenti que peu de douleur depuis l'opération. La tumeur est le siège de pulsations appréciables, mais peu fortes, et qui contrastent avec celles qui existaient avant la ligature du vaisseau.

Cinq heures après midi: pouls plus fort et plus plein, mais conservant, sous les autres rapports, le même caractère qu'auparavant; absence de toute douleur dans la tête.

Huit heures du soir: le pouls a repris son type normal; peau fraîche; absence complète de douleurs.

Le 23 juin, à six heures du matin: la nuit a été bonne. A une heure après midi, toux légère: point de selles depuis l'opération; le pouls n'a pas plus de fréquence qu'à l'état normal.

Dix heures du soir: le malade s'est levé de son lit pour aller à la garde-robe; il a eu une selle.

Le 24 juin, à six heures du matin: pouls naturel; persistance des battemens dans la tumeur qui est douloureuse à la pression; la tumeur est devenue ferme, attendu que le sang qui y était à l'état liquide avant l'opération y est maintenant totalement coagulé; le malade éprouve, dans le côté droit de la tête, une sensation de plénitude (*fulness*).

Le 25, à six heures du matin: le malade dit qu'il ne souffre nulle part; la nuit a été bonne; le seul symptôme incommode qu'il ait éprouvé, c'est un râle déterminé par une accumulation de mucus dans la trachée. Ce matin le pouls est très-bon.

A trois heures après-midi: diminution considérable de la tumeur; pouls peu éloigné de son état naturel; absence de réaction générale.

Le 26, à huit heures du matin: la nuit a été très-bonne; le pouls est toujours le même; la peau est fraîche.

A 11 heures du soir: même état.

Le 27, à sept heures: la nuit a été très-agitée; le malade a beaucoup toussé et éprouve de la douleur dans la tête; son moral est affaîssi; pouls naturel.

A une heure après midi: pouls à 84; le malade se trouve beaucoup mieux que le matin; il n'a pas eu de selles depuis la nuit dernière.

Le 28, à sept heures du matin: pouls naturel; la nuit a été passable; selles; pas de douleur.

A une heure après midi: pouls à 84; une légère pulsation se fait encore sentir dans la tumeur qui est considérablement diminuée.

Le 29: pouls naturel; pas de douleur; pulsations toujours appréciables dans la tumeur;

celle-ci a éprouvé une diminution tellement considérable, que la peau qui la recouvre est ridée.

Le 30: on panse la plaie pour la première fois; elle est réunie dans tous les points, excepté dans ceux occupés par les ligatures; absence complète de fièvre.

Le 1^{er} juillet: pouls naturel; calme parfait de l'esprit; pulsations très-obscurées dans la tumeur qui est ferme; le malade est très-enroué.

Le 2: il n'y a point eu de selles; l'enrouement continue à un tel point, que le malade ne peut faire entendre qu'un fort chuchotement. On prescrit un purgatif.

Le 8: pulsations très-douteuses dans la tumeur; calme parfait.

Le 4: amélioration progressive.

Le 5: la plaie a un bon aspect; l'état général est satisfaisant; l'enrouement continue.

Le 6: absence de tout symptôme fébrile.

Le 8: le malade remarque lui-même que la tumeur n'a plus que la moitié du volume qu'elle avait avant l'opération.

Le 9: application d'un cataplasme.

Le 12: les ligatures font plus de saillie à l'extérieur; la suppuration est beaucoup plus abondante.

Le 14: la ligature supérieure a cédé à une traction légère, faite par M. Vose.

Le 15: la ligature inférieure est tombée; les pulsations de la tumeur sont extrêmement obscures.

Le 17: le malade s'est promené dans la salle; le volume de la tumeur était diminué de plus de moitié; les pulsations ne pouvaient y être perçues que difficilement; toutefois elles persistent jusqu'au commencement de septembre, époque à laquelle elles avaient complètement cessé, et où la tumeur était à peine apparente.

A la même époque, on ne pouvait sentir aucun battement dans les artères faciale et temporale du côté gauche.

La cicatrisation mit long-temps à s'effectuer complètement, d'abord à cause de l'existence d'un trajet fistuleux correspondant à l'endroit occupé par les ligatures et ensuite par la production d'un boursofflement fonguide dans le point où avait existé le trajet fistuleux.

Le 14 septembre, cet homme fut renvoyé guéri, et il retourna à ses occupations de porteur de fer.

L'issue heureuse de ce cas me fit éprouver une vive satisfaction qui compensa l'échec que j'avais éprouvé dans ma première opération pour la ligature de la carotide. Au point de vue de la pratique, il était fortement à désirer que l'on pût établir la possibilité de sauver la vie, dans des cas qui, jusque-là, avaient été considérés comme généralement mortels; et d'un autre côté, pouvais-je ne pas porter un vif intérêt à cet homme qui, bien que sachant qu'il était soumis à un essai nouveau, et qu'il courait les plus grands dangers, ne témoigna jamais la moindre crainte.

J'ai revu cet homme, huit mois environ après qu'il eut été opéré et qu'il eut repris son

ancien travail. Il ne ressentait aucun affaiblissement soit physique, soit moral; il ne lui restait qu'une diminution marquée des battemens des artères faciale et temporale du côté sur lequel l'opération avait été faite. La tumeur avait disparu, et jamais les douleurs si violentes que le malade avait ressenties dans la tête avant l'opération ne s'étaient reproduites.

Cet anévrysme, eu égard à sa situation profonde, siègeait, je pense, à la carotide interne, et cette circonstance me donnait l'espoir que la circulation récurrente à travers ce vaisseau, bien qu'étant suffisante pour entretenir des battemens dans la tumeur, ne le serait pas assez pour subvenir à un accroissement ultérieur de la poche anévrysmale. La carotide interne, en effet, passant à travers un canal osseux, non loin du point où siègeait la tumeur, ne pouvait éprouver, dans ce trajet, une

dilatation, et transmettre dans le sac anévrysmal des quantités de sang de plus en plus abondantes; en sorte qu'on pouvait admettre, avec beaucoup de vraisemblance, que l'effet produit sur l'anévrysme, immédiatement après l'opération, par cette circulation récurrente, était aussi prononcé qu'il pourrait jamais l'être dans la suite.

Si, au contraire, l'anévrysme avait eu son siège à l'artère carotide externe, le grand nombre des anastomoses ne m'aurait pas permis de compter avec autant de certitude sur l'extinction des battemens de la tumeur. J'ai vu, en effet, deux cas dans lesquels la tumeur anévrysmale a continué à s'accroître malgré la ligature appliquée entre le cœur et la tumeur: l'un de ces anévrysmes était la suite d'une plaie de l'artère radiale, l'autre siègeait à l'artère tibiale antérieure.

MEMOIRE

SUR

L'EXAMEN ANATOMICO-PATHOLOGIQUE D'UN MEMBRE

SUR LEQUEL AVAIT ÉTÉ PRATIQUÉE L'OPÉRATION POUR UN ANÉVRYSME POPLITÉ.

(Lu à la Société médicale et chirurgicale de Londres, le 18 juin 1822.)

J'ai pensé que la société accueillerait avec intérêt la description anatomico-pathologique du membre pelvien d'un homme qui était atteint d'un anévrysme de l'artère poplitée, et chez lequel la ligature de l'artère fémorale avait été pratiquée sept années avant sa mort. J'ai examiné et disséqué moi-même le membre.

Ce fait n'est pas seulement propre à satisfaire la curiosité de ceux qui désirent savoir de quelle manière les branches collatérales suppléent au tronc principal; mais encore en faisant connaître le trajet exact des rameaux artériels dilatés, il jettera des lumières sur le traitement consécutif des malades soumis à une pareille opération. En effet, on en déduira la situation la plus propre à faire éviter la compression des vaisseaux anastomotiques.

L'examen du membre sur lequel fut pratiquée la ligature de la crurale fait reconnaître que les artères qui ont entre-tenu la circulation nouvelle non seulement sont dilatées, mais encore qu'elles deviennent tortueuses. Ce changement dans l'état des artères est d'abord l'effet d'une impulsion plus forte du sang, laquelle, s'exerçant sur les vaisseaux anastomotiques, leur fait subir une véritable elongation, et les rend trop longs pour l'espace qu'ils occupent. Ce phénomène peut être observé toutes les fois qu'en injectant des artères on

pousse l'injection avec beaucoup de force: le vaisseau forme alors des sinuosités. Mais pendant la vie, une autre cause s'ajoute à la première: c'est un développement plus considérable des parois de l'artère. En effet, en même temps que le vaisseau augmente en longueur et en diamètre, ses parois acquièrent une épaisseur beaucoup plus grande qu'auparavant, en sorte que, par suite d'une heureuse disposition, en même temps que le vaisseau s'agrandit dans tous les sens et que la substance qui le forme se trouve étendue sur une plus grande surface, ses parois, loin de devenir plus minces, acquièrent un surcroît de force par la déposition, dans leurs interstices, de nouveaux matériaux qu'y fait affluer l'abord plus considérable du sang.

Les veines dilatées présentent ces trajets flexueux aussi bien que les artères. Ce phénomène, considéré dans les artères, s'observe très-bien sur le membre dont je vais donner la description. Quant aux veines, on pourra le constater sur une planche qui a été publiée par le docteur Baillie, dans les *transactions of a society for the improvement of medical and surgical knowledge*. Dans cette planche, on voit la veine azygos dilatée et tortueuse, à la suite d'une oblitération de la veine cave inférieure. On peut d'ailleurs constater ce chan-

gement de forme chez tous les sujets atteints de varices aux membres inférieurs.

Ce trajet flexueux des artères se rencontre aussi chez les vieillards dont les parois artérielles présentent des ossifications. Dans ces cas, les artères contribuant d'une manière moins active au maintien de la circulation, le cœur est obligé de faire des efforts plus énergiques, et le sang est poussé avec tant de force contre les parois de l'aorte que ce vaisseau s'élargit, s'allonge et devient tortueux. C'est dans l'aorte ascendante, dans l'aorte ventrale et dans les artères iliaques, que ce changement de conformation est le plus remarquable.

Ce n'est que lentement qu'il s'opère un accroissement marqué dans le diamètre des vaisseaux anastomotiques. J'ai, en effet, injecté un membre plusieurs semaines après l'opération faite pour l'anévrysme de l'artère poplitée, et il m'a été impossible de faire pénétrer l'injection, par les branches collatérales, dans les parties situées au-dessous de l'anévrysme.

Une condition nécessaire pour la dilatation des anastomoses, c'est un exercice actif du membre.

Par suite de la lenteur avec laquelle les artères collatérales acquièrent une augmentation de capacité, les membres sur lesquels on a pratiqué la ligature de l'artère principale restent faibles pendant un temps considérable. Ils sont plus sensibles à l'action du froid; les causes les plus légères y déterminent plus facilement des ulcérations; et quand ces dernières y surviennent, elles ont moins de tendance à se cicatrizer. Ainsi donc, si l'on prend en considération la langueur de la circulation dans le membre et la faible résistance qu'il peut opposer à l'action d'une basse température, on verra de quelle importance il est de tenir ce membre plus chaudement que l'autre, après l'opération. Aussi devra-t-on l'envelopper dans un morceau de flanelle ou dans un bas de laine, afin de le soustraire à l'effet sédatif du froid.

Observation 503. — Un homme chez qui l'on avait lié l'artère fémorale, pour un anévrysme poplité, éprouva, vers le soir, de la douleur dans la jambe. Un élève appliqua des compresses imbibées d'acétate de plomb sur la partie douloureuse. Le lendemain matin, lorsqu'on enleva les compresses, on trouva le membre sphacélé.

Observation 504. — M. Campbell, client de M. Curtis, chirurgien à Whitechapel, fut soumis à l'opération pour l'anévrysme de l'artère poplitée, à une époque où le temps était extrêmement froid. Trois jours après l'opération, il dit que son pied était engourdi. On examina cette partie, et on la trouva bleue et tout-à-fait froide. On pratiqua aussitôt des frictions, d'abord avec la main seulement, et, au bout d'un certain temps, avec de la flanelle chaude; enfin on parvint, bien qu'avec beaucoup de peine, à rétablir la circulation.

Lorsqu'une ligature a été appliquée sur une artère, il s'écoule un certain laps de temps avant que le vaisseau soit oblitéré au-dessous. M. Forster, chirurgien de l'hôpital de Guy, possède un dessin qui a été fait d'après une pièce anatomique recueillie sur un homme chez qui l'artère fémorale avait été liée pour un anévrysme poplité; l'opération fut faite dans le mois d'août et l'homme mourut au mois de janvier de l'année suivante. Lorsqu'on injecta le membre, la portion d'artère fémorale située au-dessous de la ligature reçut la matière de l'injection, par l'intermédiaire des vaisseaux anastomotiques.

C'est pour cette raison que, dans certains cas d'anévrysmes, où il y a de larges communications anastomotiques, les battemens de la tumeur persistent pendant un temps considérable après l'opération. Toutefois douze ou quatorze mois suffisent pour que l'artère fémorale, lorsqu'elle a été liée, s'oblitére, au-dessus de la ligature, jusqu'à l'artère profonde, et au-dessous, jusqu'à l'origine de l'artère tibiale antérieure. Quelquefois ce qui reste de cette portion du vaisseau est non seulement converti en un cordon ligamenteux, mais même s'ossifie.

Il est à peine nécessaire de faire remarquer combien il est mal entendu d'appliquer des bandages sur un membre dont l'artère principale a été liée. Je ne mentionne ceci que parce que j'ai vu, en pareil cas, soutenir les pièces de pansement au moyen d'une bande roulée. Pour les mêmes raisons, on doit donner une grande attention à la position du membre, afin d'éviter que les coussins ne causent aucune pression capable d'arrêter la circulation du sang, dans les nouveaux conduits.

Dissection du membre. — L'artère fémorale, nécessairement oblitérée par la ligature, était convertie en un cordon depuis l'origine de l'artère profonde jusqu'au creux du jarret. Toute l'artère poplitée avait subi la même transformation. Ainsi le trajet naturel du sang, de l'aîne à la partie inférieure du genou, n'existait plus. Les muscles, qui reçoivent habituellement leurs vaisseaux sanguins de l'artère fémorale, comme le couturier, le droit et le triceps crural, ne recevaient de branches que de l'artère profonde et des circonflexes. Les artères articulaires, bien que provenant de la poplitée, et ayant conservé leur cavité, ne recevaient pas le sang de cette artère, mais des vaisseaux de communication de l'artère profonde.

L'artère profonde formait la nouvelle voie suivie par le sang. Elle était considérablement dilatée, mais n'égalait cependant pas encore le volume de l'artère fémorale au niveau de l'aîne; elle suivait son trajet habituel à la partie postérieure de la cuisse, au côté interne du fémur, et envoyait des branches plus fortes qu'à l'ordinaire aux muscles fléchisseurs de la jambe. Au niveau de la partie moyenne de la cuisse, elle commençait à fournir les branches arté-

rielles qui constituaient et formaient l'agent principal de la nouvelle circulation.

La première branche fournie par l'artère profonde se dirigeait contre la partie postérieure du fémur, et s'abouchait avec les deux branches articulaires supérieures de l'artère poplitée, lesquelles fournissent à la partie supérieure de l'articulation du genou.

La seconde branche dilatée naissait de la profonde, à la même hauteur que la précédente, descendait le long du bord interne du muscle biceps et allait s'anastomoser avec une branche de la poplitée, qui se distribuait aux muscles jumeaux, tandis qu'une troisième artère, se divisant en plusieurs rameaux, descendait avec le nerf sciatique derrière l'articulation du genou. Quelques-uns de ces rameaux s'unissaient avec les artères articulaires inférieures de la poplitée, avec quelques branches récurrentes de ces artères, avec des artères qui se rendaient aux muscles jumeaux, et enfin, avec l'origine des artères tibiales antérieure et postérieure. Ces larges branches de communication se distinguaient facilement des autres rameaux artériels par leur trajet flexueux.

Il semble donc que ce sont ces branches de l'artère profonde, par lesquelles le nerf sciatique est accompagné, qui sont les principales voies au moyen desquelles se maintient la nouvelle circulation. Ces branches étaient au nombre de cinq, indépendamment des deux artères profondément situées qui n'accompagnent pas le nerf sciatique.

L'artère circonflexe externe était beaucoup plus volumineuse qu'à l'ordinaire pour fournir des branches aux muscles de la partie antérieure de la cuisse; mais elle ne fournissait aucun rameau pour la circulation nouvelle.

L'artère obturatrice ne parut pas plus considérable qu'à l'ordinaire; et, bien qu'on eût cherché avec beaucoup d'attention s'il n'existait point entre l'artère ischiatique et la profonde quelque branche de communication d'un volume notable, on ne put trouver aucun vaisseau capable d'admettre l'injection ordinaire.

Les anastomoses sont si larges dans toutes les artères des membres et dans les vaisseaux de la tête et du cou, que le sang n'éprouve aucune difficulté, moyennant les précautions dont j'ai parlé plus haut, à se frayer une voie dans des vaisseaux nouveaux, quand les anciens cessent de transmettre le sang. S'il y a une exception à cet égard, elle existe pour l'artère sous-clavière. Mais l'expérience n'a point encore suffisamment prononcé sur ce dernier point.

M. Ramsden a publié une observation de ligature de l'artère sous-clavière, et il ne paraît pas que la mort de l'opéré ait été la suite de l'imperfection des anastomoses. Sir William Blizard a également lié cette artère, il y a peu de temps, et il a exécuté cette opération avec beaucoup de facilité. Mais le malade était très-avancé en âge, très-affaibli, et il mourut quatre jours après l'opération.

Chez les animaux, le sang, dans toutes les artères peu profondes, peut être impunément détourné de ses voies ordinaires. Les artères carotides, les fémorales et les brachiales peuvent être liées, sans que la vie de l'animal soit compromise.

Depuis long-temps j'ai l'habitude, à mes leçons de chirurgie, de lier les artères carotides sur des chiens, afin de démontrer la fausseté de la croyance généralement admise que la ligature de ces artères détermine le sommeil ou le coma, chez l'animal soumis à cette opération.

Chez un chien, qui avait servi à ces expériences, j'ai lié les deux artères fémorales. Lorsque les ligatures furent tombées, et que les plaies furent parfaitement cicatrisées, je liai une artère brachiale. Après la guérison de cette nouvelle plaie, je pratiquai la même opération sur l'autre artère du même nom. L'animal supporta ces diverses expériences et survécut plus d'un an. Aussitôt après sa mort il fut injecté; la matière de l'injection passa de la manière la plus heureuse dans le cou et dans les cuisses, et il en résulta des pièces anatomiques fort remarquables, où l'on voyait très-bien les vaisseaux anastomotiques. Mais l'injection ne réussit pas aussi bien dans l'un des membres antérieurs, de sorte qu'il resta douteux si c'était l'artère brachiale de ce côté qui avait été divisée, ou bien l'artère radiale ou la cubitale, lesquelles se séparaient de la brachiale en un point plus élevé qu'à l'ordinaire.

Il est donc au moins certain que l'animal vécut plus d'un an ayant les deux artères carotides, les deux fémorales et une brachiale oblitérées.

Cette expérience n'avait pas seulement pour objet de constater jusqu'à quel point les anastomoses peuvent suppléer les vaisseaux artériels principaux, mais je m'étais encore proposé de rechercher s'il se produisait des changements dans la manière d'être de l'animal, par suite de ces opérations, qui forcent le sang à circuler dans des vaisseaux nombreux et multipliés. M. Carlisle, en effet, a remarqué que tel est le mode de circulation qui a lieu chez les animaux qui se meuvent lentement. Quant à ce chien, il est resté tout aussi agile et tout aussi gai qu'avant les expériences.

Enfin, j'étais curieux de savoir si, dans le cas où l'aorte elle-même serait liée, le sang trouverait encore la possibilité d'être transmis à travers les anastomoses.

Il y a plus de deux ans, j'ai ouvert sur un chien l'abdomen, par une incision de trois pouces de long, située vers les flancs, et, refoulant le péritoine avec mon doigt, j'ai pu sentir les battements de l'aorte. Passant alors un crochet moussé au-dessous de cette artère, il me fut facile de la saisir dans une ligature.

Dans le cours de l'hiver dernier, j'ai repris cette expérience avec l'aide de mes élèves et amis, M. White et M. Dean. L'aorte a été liée et

divisée, et l'animal non seulement a survécu à l'opération, mais même a continué à présenter le même état de santé qu'auparavant. Les ligatures sont tombées, comme cela a lieu après la ligature des autres artères. Une injection qui a parfaitement réussi permet de voir les vaisseaux anastomotiques d'une manière très-distincte. Ces anastomoses étaient assez larges et assez nombreuses pour que la matière de l'injection pût arriver dans les artères fémorales et les remplir.

La ligature de l'aorte est suivie d'un peu d'affaiblissement dans les membres pos-

térieurs. Mais cela n'est pas un obstacle à ce que l'animal puisse les mouvoir avec beaucoup de facilité; et cet affaiblissement eût échappé à l'observation d'une personne qui n'aurait pas été prévenue de l'espèce d'opération qu'on avait pratiquée.

Avant de tuer l'animal, on mit à nu l'artère et la veine fémorales. Le sang de l'artère était vermeil, comme à l'ordinaire; il sortait du vaisseau par saccades, mais ces saccades étaient moins énergiques que dans les conditions normales.

MEMOIRE

SUR LES

ANASTOMOSES DES ARTÈRES DE LA RÉGION DE L'AINE.

(Lu à la Société médico-chirurgicale de Londres, le 13 juillet 1813.)

Dans un mémoire que j'ai déjà eu l'honneur d'adresser à la société médico-chirurgicale, je me suis attaché à décrire le trajet des voies nouvelles que parcourt le sang, dans le cas où l'artère fémorale a été oblitérée, à la suite de l'opération pour l'anévrisme poplité. Depuis cette époque j'ai eu l'occasion de disséquer deux sujets, chez lesquels la ligature de l'artère iliaque avait été pratiquée; et, comme l'un d'eux survécut beaucoup plus long-temps que l'autre à l'opération, j'ai pu non seulement voir les vaisseaux sanguins après le rétablissement du cours du sang, mais même suivre pas à pas l'établissement de la circulation nouvelle.

On serait porté à supposer que le nombre des vaisseaux anastomotiques doit être proportionné au temps qui s'est écoulé depuis l'opération; mais cette supposition est réfutée par les faits. Dans les premiers temps, une foule de vaisseaux charrient le sang qui était amené par l'artère principale; mais peu à peu leur nombre commence à diminuer, et, après un long espace de temps, quelques vaisseaux placés d'une manière favorable pour l'établissement de la circulation nouvelle commencent à acquérir des dimensions assez considérables pour charrier une quantité de sang égale à celle qui était transmise par le tronc principal.

Ainsi, en examinant comparativement les deux membres qui avaient été soumis à l'opération, j'ai trouvé un bien plus grand nombre de vaisseaux anastomotiques dilatés sur celui qui avait été soumis depuis peu de temps à l'opération que sur celui sur lequel l'opération avait été pratiquée depuis déjà plus de deux ans, et il faut noter que ce résultat est tout-à-fait indépendant d'une injection plus ou

moins heureuse, car les deux membres étaient aussi bien injectés l'un que l'autre.

Je ferai encore observer que la personne chez laquelle l'artère iliaque avait été liée par un anévrisme de la région de l'aine recouvra l'usage de son membre beaucoup plus rapidement que cela n'a lieu dans le cas où l'anévrisme est situé au milieu de la cuisse; car dans l'anévrisme inguinal, les principaux vaisseaux anastomotiques sont restés libres de toute compression, tandis que l'anévrisme fémoral est enseveli si profondément dans les muscles de la cuisse que les branches de l'artère profonde sont comprimées et que l'arrivée du sang à la partie inférieure du membre est empêchée.

Six semaines environ après l'opération, dans le premier cas, le malade peut faire usage du membre. Dans le second cas au contraire, les muscles de la jambe et du pied restent plusieurs mois à recouvrer leur motilité; la résorption des matières contenues dans l'anévrisme étant nécessaire pour que la compression exercée sur les nerfs et sur les vaisseaux soit détruite.

Ces remarques, au reste, s'appliquent principalement aux anévrismes volumineux. Aussi, eu égard à ces considérations, doit-on désirer dans l'anévrisme fémoral plus que dans tout autre que l'opération soit pratiquée dans les premières périodes de la maladie.

Observation 505*. — Dans l'un des cas, le sujet de l'observation était un homme nommé Garrette Biley, malade à l'hôpital de Guy, et qui subit l'opération de la ligature de l'iliaque le 14 février 1811. Cet individu succomba dix semaines et six jours après l'opération, par suite de la rupture d'un anévrisme à la bifur-