



DISSERTATION
SUR L'ANÉVRISME,

SUIVIE

DE PROPOSITIONS MÉDICALES SUR DIVERS OBJETS,

ET

DES APHORISMES D'HIPPOCRATE, SUR LE SPASME,

*Présentée conformément à l'article XI de la loi du 19 ventose
an 11, et à la décision du Ministre de l'Intérieur, et
soutenue à l'École de Médecine de Paris, le 1.^{er} Messidor
an 12,*

PAR F. DEGUISE, Docteur en Médecine, Chirurgien en chef de
l'Hospice et Maison nationale de Charenton, Membre de la Société
de Médecine de Paris, de la Société médicale d'Emulation de la
même ville, de celle des Sciences et Arts d'Alençon, Professeur
d'Anatomie, de Médecine opératoire et d'Accouchements.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE,

Imprimeur de l'École de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.º 406.

AN XII. (1804.)

PRÉSIDENT,
M. CHAUSSIER.

EXAMINATEURS,

MM. BOYER.
CORVISART.
DEYEUX.
DUBOIS.
FOURCROY.

Par délibération du 19 frimaire an 7, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A.

M. CHAUSSIER;

Professeur d'Anatomie et de Physiologie à l'École de Médecine de Paris, Médecin de l'École polytechnique et de l'Hospice de la Maternité, Président des Jurys médicaux de l'arrondissement de l'École de Paris, de plusieurs Sociétés savantes ;

Comme un témoignage public de respect et de reconnaissance.

A.

M. DECOULMIER,

Ex-Membre de l'Assemblée constituante, du Corps législatif, Président du canton de Charenton, Directeur général de l'Hospice et Maison nationale de Charenton,

Comme gage de considération et d'un sincère attachement.

DEGUISE.

DISSERTATION

SUR L'ANÉVRISME.

RUFUS d'*Ephèse* et GALIEN sont les premiers écrivains qui aient fait mention de l'anévrisme [1]; et d'après le peu qu'ils en disent, on voit combien leurs connaissances étaient bornées sur la nature, les différences de cette affection, les moyens d'y remédier. AETIUS d'*Amida* et PAUL d'*Egine* (aujourd'hui *Egina*, ou *Engia*), distinguèrent, d'une manière plus précise, différentes espèces d'anévrismes, indiquèrent quelques règles de traitement, et décrivent chacun en peu de mots un procédé différent pour l'opération qu'il faut employer dans quelques cas. Les guerres, les divisions successives qui agitèrent alors l'Europe, interrompirent pendant longtemps le progrès des connaissances; et ce ne fut qu'au renouvellement des Sciences en Europe, que l'on porta une attention plus particulière à l'étude et au traitement des maladies. Depuis ce temps, et surtout depuis l'ouvrage de LANCISI, *de subitaneis moribus*, qui parut en 1707, et son traité posthume *de motu cordis et aneurismatibus*,

[1] HALLER, *Bibliotheca chirurgic.*, tom. I, pag. 14, dit qu'HIPPOCRATE a parlé de l'anévrisme, et cette assertion a été copiée dans le tom. I.^{er} *Bibliotheca chirurgic. Steph. Hier. de Vigilis*. Mais malgré toute notre attention à rechercher ce passage dans les ouvrages du Père de la Médecine, nous n'y avons trouvé ni le nom, ni la description de la maladie; et nous répétons avec VAN-SWIETEN: *Aneurismatis non fit mentio apud Hippocratem, quantum novi.*

qui fut publié en 1728, cette maladie a été mieux connue, mieux observée. Un grand nombre de praticiens s'en sont occupés, surtout dans ces derniers temps; et les observations qu'ils ont recueillies, les réflexions dont ils les ont accompagnées, semblent ne plus rien laisser à désirer sur cet objet. Aussi, dans cette Dissertation, nous n'avons d'autre but que de rapprocher quelques-unes des considérations les plus importantes sur ce genre de maladie, qui paraît être plus commun aujourd'hui qu'il ne l'était autrefois.

Comme l'anévrisme est une maladie des artères, nous exposerons dans la première partie de cette Dissertation, la nature, le caractère de ces vaisseaux; nous en décrirons les principales distributions, suivant la méthode du professeur CHAUSSIER; et dans la seconde partie, nous exposerons quelques considérations générales sur les anévrismes.

I.^{re} P A R T I E.*Des artères en général , et de leur distribution.*

LES anatomistes ont donné le nom de vaisseaux [1] à des canaux cylindroïdes, rameux, souples, élastiques, contractiles, composés de plusieurs membranes superposées et intimement unies, qui partent du cœur, ou y aboutissent d'une manière plus ou moins immédiate, et dont les uns portent continuellement les fluides circulatoires à toutes les parties du corps, tandis que les autres rapportent ces fluides de toutes les parties au cœur, qui en est le centre commun.

Ainsi, le cœur et les vaisseaux forment un système continu dont les ramifications successives, nombreuses et variées s'étendent à tous les organes, entrent dans leur composition, pénètrent dans leur tissu, parviennent à toutes les surfaces, dont la distribution établit une connexion intime entre toutes les parties, dont l'action imprime un mouvement continu aux fluides, conserve et entretient les propriétés vitales de tous les solides; mais quoique concourant à la même fonction, les vaisseaux diffèrent essentiellement par leur disposition, leur structure, leur action, leurs usages; et d'après ces considérations, on en distingue trois ordres; savoir: 1.^o les ARTÈRES, 2.^o les VEINES, 3.^o les LYMPHATIQUES.

Les ARTÈRES, *arteriæ* des Latins [2], sont des vaisseaux d'un tissu

[1] *Vasa* des Latins, *αγγια* des Grecs, que l'on prononce *angeia*, d'où l'on a fait le mot *angeio* ou *angiologie*, qui signifie littéralement *discours, traité, considération des vaisseaux*.

[2] *Arteriai* des Grecs; *αγγεια σφυζα*, *veinæ pulsantes*, *salientes* de quelques anciens écrivains; et ce mot *arteriai* est, suivant quelques étymologistes, dérivé d'un verbe qui signifie *élever, porter en haut*; et suivant EROTIANUS et

compact, ferme, élastique, contractile, qui proviennent de deux gros troncs, dont l'un s'élève du ventricule *droit* ou *antérieur* du cœur, et l'autre du ventricule *gauche* ou *postérieur*, et qui, par leurs divisions et sous-divisions successives en branches, en rameaux, en ramuscules toujours plus fins, forment un système ou une série de canaux cylindriques, continus, plus ou moins rameux et flexueux, qui reçoivent le sang des ventricules du cœur, et le distribuent dans toutes les parties avec un mouvement pulsatif, ou de *diastole* et de *systole* alternatives.

Les artères sont composées de trois membranes superposées, intimement unies, mais qui diffèrent essentiellement par leur nature et leurs propriétés. De ces membranes [1], *la première*, la plus extérieure, est *lamineuse*, c'est-à-dire, composée de lames ou lamines blanchâtres, fines, rapprochées, intimement unies entr'elles, mais que l'on peut cependant séparer facilement par la dissection, la macération, l'insufflation, et réduire entièrement en tissu cellulaire. Ainsi, quoique dense et serrée dans l'état naturel, cette membrane peut facilement se prêter à l'extension, à l'ampliation de l'artère. *La seconde* ou *moyenne*, qui forme le corps, la trame essentielle de l'artère, et que, depuis GALIEN et LANCIISI, on a tour-à-tour nommée *musculeuse* ou *fibreuse*, est généralement la plus serrée, la plus épaisse, et est composée de plusieurs plans de fibres transversales ou à-peu-près circulaires qui sont intimement rapprochées, et forment, par leur

quelques autres, il est composé d'*aera* et *terein*, d'où l'on a formé *aero-tertia*, puis *arteria*, *quod aerem, seu spiritum trahant*, parce que, disent-ils, d'après l'opinion des anciens, ces vaisseaux servent à conduire, à tirer l'air ou l'esprit, et à le distribuer dans toutes les parties, pour y entretenir la vie.

[1] On désigne communément ces membranes, ainsi que celles des intestins, sous le nom de *tuniques*: mais dans une nomenclature sévère et précise, comme doit être celle de la médecine et de l'anatomie, ce mot de *tunique* ne peut être employé que pour désigner l'enveloppe, la couche externe d'un organe, et non pas les membranes qui en forment la trame essentielle.

disposition, un tissu dense, élastique, peu dilatable, peu extensible, qui, dans le cadavre, se rompt et se déchire facilement, lorsqu'on le porte au-delà du degré d'extension auquel il peut se prêter. La *troisième* membrane ou l'*interne*, que, dans ces derniers temps, on a mal-à-propos considérée comme une espèce d'*épiderme*, est la plus mince : par une de ses surfaces, elle est intimement attachée à la membrane fibreuse, et par l'autre, elle est lisse, perspirable, continuellement humectée par un fluide séreux, légèrement muqueux. (*Oleaceo quodam glutine levigata*, dit LANCISI.) Dans le cadavre, cette membrane est peu extensible, et se rompt avec beaucoup de facilité, surtout dans la vieillesse.

Quoique ces trois membranes composantes se trouvent dans toute l'étendue des artères, elles présentent cependant dans leur disposition respective, des différences importantes et qu'il faut bien saisir : ainsi aux troncs, aux grosses branches, la membrane *lamineuse* est dense, épaisse ; la membrane *fibreuse* est blanchâtre, serrée, très-élastique, peu extensible ; tandis qu'aux ramifications, la couche *lamineuse* est plus mince, et que la membrane *fibreuse* devient plus molle, plus rougeâtre, plus contractile. Enfin, en comparant l'épaisseur des parois de chaque branche et ramification à son diamètre, on reconnaît que les parois sont d'autant plus molles, plus contractiles, plus épaisses, que le diamètre du vaisseau est moindre ; et si l'on considère le rapport de capacité des branches et ramifications à leur tronc primitif, on reconnaît que leur ensemble forme un cône dont le sommet est au cœur, et la base aux extrémités.

Outre l'ampliation successive de leurs cavités ou diamètres, et le changement graduel de la texture, de la résistance de leurs parois, il faut considérer, dans le système général des artères, 1.^o les *valvules sigmoïdes* qui se trouvent à l'origine de leur tronc primitif, à la sortie des ventricules du cœur ; 2.^o la *disposition oblique* ou la *courbure* de leurs troncs ; 3.^o leur *division* successive en branches, rameaux, ramuscules, qui presque partout se fait à angles aigus ; 4.^o leur *direction* quelquefois rétrograde, oblique ou transversale ;

5.^o leurs *flexuosités* en quelques endroits, leur disposition par *arcades* en d'autres; 6.^o les *anastomoses* ou communications plus ou moins nombreuses et variées qui sont établies entre différentes branches, et qui sont d'autant plus multipliées, que les vaisseaux sont plus petits, et que les parties auxquelles ils se distribuent, sont susceptibles de mouvements plus fréquents ou plus grands; 7.^o une petite *crête* ou *saillie angulaire* qui se trouve dans leurs cavités aux bifurcations, à l'origine des branches, et qui est formée par un repli de la membrane interne; 8.^o enfin, leur *terminaison* par une infinité de ramuscules *capillaires* minces, fins, déliés comme un cheveu, dans lesquels cesse et s'éteint (dans l'état de santé) le mouvement pulsatif.

De ces capillaires qui s'enlacent et s'unissent par un grand nombre d'anastomoses mutuelles, les uns, après avoir formé des réseaux de diverses sortes, communiquent avec les radicules des veines, et y transmettent la *partie rouge* du sang; les autres blancs, incolores, séreux, nommés autrefois *artères lymphatiques*, ne reçoivent que la *partie séreuse*, se terminent par des villosités, des orifices très-fins, à la surface des membranes, dans les cavités splanchniques, cellulaires, aréolaires, et y exhalent continuellement une vapeur aqueuse, huileuse, qui, suivant sa nature, son mode d'élaboration ultérieure, devient la matière de la nutrition, des sécrétions, des excréctions, et d'un grand nombre de phénomènes aussi importants à connaître en santé qu'en maladie.

Les ARTÈRES, comme on l'a déjà dit plus haut, proviennent de deux gros troncs distincts par leur origine du cœur et le mode de leur distribution. Ainsi, l'on distingue deux genres d'artères; l'un que l'on nomme l'artère PULMONAIRE, et l'autre que l'on connaît sous le nom d'AOORTE.

G E N R E I.^{er}

L'ARTÈRE PULMONAIRE [1], grosse artère qui reçoit le sang apporté de toutes les parties du corps par les veines caves, le transmet dans les poumons où, dans l'acte de la respiration, il éprouve une députation perspiratoire et des changements très-remarquables dans sa couleur, sa consistance, sa température. Cette artère, qui sort du ventricule *droit* ou *pulmonaire* du cœur, est dirigée obliquement de droite à gauche, de devant en arrière et de bas en haut; et après un trajet de quelques centimètres, elle se partage, sous la *courbure* de l'aorte, en deux branches qui se portent, l'une à droite, l'autre à gauche, dans chacun des poumons, y accompagnent les divisions des bronches, et forment successivement une infinité de rameaux, de ramuscules décroissants, dont les derniers, d'une petitesse extrême, se répandent en forme de réseau sur les vésicules bronchiques, s'anastomosent avec les veines pulmonaires, qui reçoivent ainsi le sang qui a traversé les poumons, et le rapportent au ventricule *gauche* ou *aortique* du cœur, mais avec des propriétés nouvelles, nécessaires pour l'entretien de la vie, l'exercice des fonctions.

G E N R E I I.

L'AORTE [2], que l'on a nommée encore *la grande artère*, *arteria magna*, *sanguinis distributor*, est le tronc commun et primitif des artères qui se distribuent dans toutes les parties du corps,

[1] *Arteria pneumonica*, *pulmonalis*, *phlebs arteriodè* des Grecs, *la veine artérieuse* des anciens.

[2] AORTE des Grecs. Cette expression, que l'on trouve quelquefois employée dans les écrits d'HIPPOCRATE, pour désigner les ramifications des bronches, a généralement été adoptée depuis ARISTOTE, pour désigner la *grande artère*, celle qui distribue le sang dans toutes les parties du corps. *Aortè megalè*, *megistè* des Grecs.

et y portent le sang, rouge, vermeil, nutritif, nécessaire pour y entretenir la vie et les propriétés vitales. Cette artère, dont les parois sont denses, épaisses, dont la couleur est jaunâtre, naît du ventricule gauche, postérieur ou *aortique* du cœur, s'élève *sous le sternum*, et y forme une courbure très-remarquable par sa disposition, très-importante à connaître par les effets qui en résultent pour les mouvements du cœur, par les maladies, les dilatations auxquelles elle se trouve exposée à cause de l'impulsion et de l'effort continu du sang.

Cette courbure *sous-sternale* [1], que l'on nomme communément *crosse de l'aorte*, commence à l'origine de l'artère qui, s'élevant du ventricule du cœur, se dirige d'abord obliquement de gauche à droite, et de derrière en avant, passe, dans son trajet, sur le tronc pulmonaire; et en continuant de s'élever jusqu'à la hauteur de la deuxième côte sternale, elle se reporte de droite à gauche, de devant en arrière, de haut en bas, et forme ainsi une courbure approchant d'un segment de spiroïde qui finit à-peu-près à la hauteur du corps de la quatrième vertèbre du dos, sur lequel elle s'appuie. De là, l'AORTE descend presque perpendiculairement, apposée, un peu à gauche, sur le corps des vertèbres, traverse la hauteur du *thorax*, pénètre dans l'*abdomen* à travers le diaphragme, en suivant la direction et l'appui que lui présente le corps des vertèbres des lombes. Enfin, parvenue à la hauteur de la quatrième vertèbre des lombes, elle se partage en deux grosses branches, qui deviennent les troncs *secondaires* de toutes les branches et ramifications qui se distribuent au bassin et aux membres abdominaux, ou inférieurs.

On divise communément l'étendue de l'AORTE en deux portions : l'une, que l'on nomme l'*aorte ascendante ou supérieure* [2], com-

[1] *Curvatura sub-sternalis*, souvent *arcus aortæ*, dans les écrivains latins.

[2] Cette distinction de l'aorte vient de GALIEN. Il nommait la portion supérieure, το μέρος αρτηρίας ανωφερειστης.

prend sa courbure, les branches qui en naissent et portent le sang à la tête et aux membres thoraciques ou supérieurs; l'autre, que l'on nomme *aorte descendante ou inférieure* [1], comprend toute la portion qui traverse le thorax, l'abdomen, et fournit des branches aux viscères contenus dans ces cavités, ainsi qu'aux membres inférieurs : mais sans adopter ni rejeter cette distinction; et pour déterminer, d'une manière plus précise, l'origine et la distribution successive des différentes branches qui proviennent de l'aorte, nous en diviserons toute l'étendue en cinq portions, que nous examinerons dans autant de paragraphes.

§. 1.^{er} PRESQUE A SA SORTIE DU CŒUR, l'aorte fournit deux artères *cardiaques* [2], l'une droite, l'autre gauche, qui embrassent la base du cœur, et dont les divisions successives fournissent le sang à la surface, dans le tissu de cet organe.

§. II. A SA COURBURE SOUSTERNALE, l'aorte fournit ordinairement trois grosses branches, qui deviennent les troncs de toutes les artères qui se distribuent à la tête et aux deux bras. La première, la plus grosse de ces troncs *secondaires*, est communément nommée *innominée*; mais comme, après un trajet de quelques centimètres, elle se divise en deux branches, dont l'une se porte à la tête, et l'autre au bras du côté droit, elle est appelée le TRONC BRACHIO-CÉPHALIQUE [3]. La seconde, dans l'ordre de situation, nommée vulgairement *carotide commune* ou *primitive gauche*, fournit le sang au côté gauche de la tête, et est appelée le TRONC CÉPHALIQUE GAUCHE. La troisième, qui se distribue à toute l'étendue du bras gauche, est le TRONC BRACHIAL GAUCHE.

(A) TRONCS CEPHALIQUES. Entièrement destinés pour la tête, ces troncs naissent, celui qui est à droite, du tronc BRACHIO-CÉPHA-

[1] *Aorta truncus descendens* : το μέρος αρτηρίας κάτω φερόμενον. GALIEN, livre de l'usage des parties.

[2] Arteriae *cardiacæ*, du Grec καρδιακός, qui est relatif au cœur.

[3] Du Grec βραχιον, bras, et κεφαλικος, qui est relatif au bras et à la tête.

LIQUE, celui qui est à gauche, de la courbure SOUSTERNALE DE L'AORTE, s'élèvent à la face *trachelienne* [1], ou antérieure du col, sur les côtés de la trachée artère, et parvenus à la hauteur du larynx, ils se divisent en deux branches principales. L'une de ces branches, qui se distribue *aux parties superficielles et profondes de la face*, est nommée ARTÈRE FACIALE [2]. L'autre branche, destinée principalement pour *la partie antérieure du cerveau*, est appelée ARTÈRE CÉRÉBRALE ANTÉRIEURE [3].

L'ARTÈRE FACIALE (communément *carotide externe*), située peu profondément à la partie supérieure et latérale du col, s'élève jusqu'au condyle de l'os maxillaire où elle se termine. Dans ce trajet, elle fournit successivement huit branches remarquables par leur volume, leur distribution, dans l'ordre suivant :

1.° La THYROIDIENNE SUPÉRIEURE [4] qui se porte obliquement en bas et en dedans vers la partie supérieure et latérale de la thyroïde en fournissant la *laryngienne*, des rameaux *hyo-thyröïdiens*, *crico-thyröïdiens*, quelques rameaux *musculaires*.

2.° La LINGUALE [5], essentiellement destinée pour la langue, fournit, dans son trajet, un rameau *hyoïdien*, des rameaux *suslinguaux* (communément *dorsaux*), la *sous-linguale* ou *ranine*, et souvent la *sous-mentonnière*.

3.° La PHARYNGIENNE INFÉRIEURE [6]. Branche peu considérable, qui s'élève sur les côtés du pharynx, lui donne des rameaux ainsi qu'aux *tonsilles*, au *septum staphylin*, et se termine en pénétrant

[1] Du Grec *τραχηλος*, le col, mais spécialement la partie antérieure, celle sur laquelle repose la trachée.

[2] *Facialis*, du latin *facies*, qui est relatif à la face.

[3] *Cerebralis*, du latin *cerebrum*, qui est relatif au cerveau.

[4] *Thyroidæa superior*, du grec *θυροειδης*, qui est relatif à la thyroïde.

[5] *Lingualis*, du latin *lingua*, qui est relatif à la langue.

[6] *Pharyngea inferior*, du grec *φαρυγγ*, que l'on prononce pharynx.

par l'hiatus occipito-pétreux dans le crâne où elle fournit des ramuscules *méningiens*.

4.° La PALATO-LABIALE [1], (communément maxillaire externe). Immédiatement après son origine, cette artère se porte obliquement en dedans, en formant plusieurs flexuosités vers la glande maxillaire. De-là, elle se porte à la face en passant sur l'os maxillaire, et se dirige obliquement en haut et en dedans jusqu'à la racine du nez, où elle se termine en s'anastomosant avec le rameau *sus-nasal* de l'artère orbitaire. Dans ce trajet la PALATO-LABIALE fournit successivement 1.° la *musculo-palatine* ou *tonsillaire*; 2.° des rameaux nombreux pour la glande maxillaire; 3.° la *sous-maxillaire* ou *submentale*; 4.° les *labiales*, inférieure et supérieure; 5.° divers rameaux *naso-lobaires*; 6.° enfin plusieurs rameaux *musculaires*, *cutanés*, etc., etc.

5.° L'OCCIPITALE [2], qui s'élève obliquement en dehors et en arrière, passe entre l'atloïde et l'occipital, se distribue à la région occipitale de la tête et cervicale du col, en se divisant en plusieurs rameaux *musculaires*, *cutanés*, et fournit un ramuscule *méningien*, qui pénètre dans le crâne par le trou mastoïdien.

6.° L'ORICULAIRE POSTÉRIEURE [3]. Branche peu considérable qui se dirige obliquement en arrière et en haut, se porte *derrière l'oricule*, où elle se termine. Dans ce trajet, elle fournit 1.° la *stilo-mastoïdienne*, d'où proviennent quelques ramuscules *tympaniques*; 2.° plusieurs rameaux *musculaires*, *cutanés*.

7.° La GUTTURO-MAXILLAIRE [4] (communément maxillaire interne). Cette artère destinée pour le pourtour de la région

[1] Du latin *palatum*, et de l'adjectif *labialis*, qui est relatif *au palais et aux lèvres*.

[2] Du latin *occipitalis*, qui est relatif à l'occiput, à sa région occipitale.

[3] Du latin *auricularis*, dérivé d'*auricula*, qui est relatif à l'*oricule*.

[4] Du latin *guttur*, gosier, arrière bouche, et *maxilla*, mâchoire, qui est relatif à la région gutturale et aux mâchoires.

gutturale et pour les mâchoires, est l'une des plus considérables de la FACIALE, dont elle se sépare à la hauteur de la partie moyenne de la branche de l'os maxillaire. De-là elle se porte d'abord obliquement en dedans et en bas entre l'os maxillaire et le muscle *petit pterygo-maxillaire*; mais bientôt changeant de direction, elle s'élève obliquement en dedans et en devant vers le sommet de la fosse zygomatique où elle se termine. Dans ce trajet, elle fournit un grand nombre de rameaux, dans l'ordre qui suit.

1.° La *méningienne moyenne* (communément méningée), qui pénètre dans le crâne par un trou du sphénoïde, s'élève sur les côtés de la méninge appliquée à la face interne du pariétal, etc., et fournit souvent un rameau *lachrymal*.

2.° La *maxillo-dentaire* (vulgairement dentaire inférieure), qui pénètre dans le canal de l'os maxillaire, en parcourt l'étendue, sort par le trou mentonnier et parvient dans l'épaisseur de la lèvre inférieure où elle se termine: elle fournit successivement 1.° un rameau *mylo-hyoïdien*; 2.° des ramuscules aux racines des dents.

3.° L'*artère du muscle zygomato maxillaire*, ou artère *massétéine*; 4.° la *temporale profonde postérieure*; 5.° les *pterygoïdiennes*; 6.° la *buccale*; 7.° la *temporale profonde antérieure*; 8.° la *sus-maxillaire* ou *alvéolaire*, (d'où les rameaux dentaires postérieurs); 9.° la *sous-orbitaire*, (d'où les rameaux dentaires antérieurs); 10.° la *palatine supérieure*; 11.° la *pterygoïdienne* ou *vidienne*; 12.° la *pterygo-palatine* ou *pharyngienne supérieure*; 13.° la *spheno-palatine* qui termine la GUTTURO-MAXILLAIRE, pénètre dans les cavités nasales par le trou *spheno-palatin*, et s'y distribue à la membrane qui revêt les *cornets* et la *cloison médiane* de ces cavités.

8.° La TEMPORALE [1]. Branche considérable qui termine l'artère FACIALE. Située d'abord profondément au-dessous de la pa-

[1] De l'adjectif *temporalis*, qui est relatif à la *tempe*, à la région *temporale* de la tête.

rotide , elle s'élève entre la branche de l'os maxillaire et l'oreille , devient bientôt superficielle , passe sur la face externe de l'arcade zygomatique et parvient à la tempe où elle se divise en deux branches (une antérieure , une postérieure) , nommées *temporales superficielles*. Dans son trajet jusqu'à sa division , cette artère fournit 1.° la *sous-zygomatique* , ou transversale de la face ; 2.° des rameaux nombreux pour la parotide ; 3.° des petites artères *orbitaires antérieures* ; 4.° la *temporale moyenne* , branche peu considérable qui traverse l'aponévrose temporale immédiatement au-dessus du zygoma , se distribue au muscle temporo-maxillaire , dans l'épaisseur duquel elle s'anastomose avec les *temporales profondes* , que nous avons déjà indiqué.

La CÉRÉBRALE ANTÉRIEURE (communément carotide interne) , plus volumineuse que la FACIALE dans le *fœtus* et dans l'*enfance* , cette artère , après s'être séparée du tronc CÉPHALIQUE , s'élève presque verticalement sur les côtés du pharynx , et parvient jusqu'à la portion pétrée du temporal , sans fournir ordinairement , dans ce trajet , aucun rameau artériel. Elle s'engage ensuite dans le canal *inflexe* de cet os (communément carotidien) , en suit la direction , sort et parvient sur les côtés du corps du sphénoïde où elle est plongée dans le sang du sinus *sus-sphénoïdal* ou *caverneux* , et où elle forme deux inflexions alternatives , l'une postérieure et l'autre antérieure. Elle perce ensuite la méninge , et parvient au cerveau auquel elle se distribue principalement. Dans ce trajet , cette artère dont les parois deviennent plus minces , transparents , flexibles , mais peu extensibles , fournit (A) dans le canal inflexe du temporal , un *ramuscule tympanique* , (B) dans le sinus *sus-sphénoïdal* ou *caverneux* , quelques *ramuscules sus-sphénoïdaux*. (C) L'ARTÈRE ORBITAIRE (communément ophthalmique) , branche considérable destinée pour toutes les parties contenues dans l'orbite , qui pénètre dans cette cavité par le trou *orbitaire* du sphénoïde , se porte en dedans et en devant vers sa paroi interne ou nasale où elle se termine. Cette ar-

rière donne un grand nombre de rameaux dont la dénomination fera connaître suffisamment la distribution. Ces rameaux sont la *lachrymale*, la *centrale de la rétine*, la *sus-orbitaire* ou *frontale*, les *uvéales*, (20 à 30), les *iriennes* (communément et improprement *ciliaires*, puisqu'elles n'ont aucun rapport aux *cils*), les *éthmoïdales*, (l'une antérieure, l'autre postérieure), les *musculaires de l'œil*, les *palpébrales* (l'une supérieure, l'autre inférieure), les *ramifications frontales* et *sus-nasales*, qui s'anastomosent avec les ramifications palpébrales de la LABIALE. (D) La LOBAIRE ANTÉRIEURE du cerveau, et la LOBAIRE MOYENNE qui se ramifient à la surface, dans les ventricules du cerveau, en fournissant la *sous-lobaire*, la *meso lobaire* [1] (communément artère calleuse), les *choroïdiennes*, et un rameau *anastomotique* avec les cérébrales postérieures, au moyen du tronc MESO-CÉPHALIQUE [2] (communément artère basilaire).

(B) TRONCS BRACHIAUX [3], destinés pour toute l'étendue des membres thoraciques ou supérieurs, ces troncs proviennent, l'un, celui qui est à droite, du tronc BRACHIO-

[1] Du grec *μίσσος*, milieu, et *lobos* (expression employée pour désigner la portion d'un viscère qui en est séparée par une scissure plus ou moins profonde), qui est relatif au *meso-lobe*, c'est à-dire, à cette large lame blanche, fibreuse, qui réunit les lobes du cerveau (vulgairement et improprement hémisphères), les conjoint, et que l'on appelle communément *corps calleux*.

[2] *Méso-céphalique*, qui est relatif, qui appartient au *méso-céphale*, c'est-à-dire, à la portion moyenne de l'encéphale, celle qui est située entre le cerveau et le cervelet, qui sert de lien, de point d'union à l'un et à l'autre; et ce mot *méso-céphale*, ou, si l'on veut, plus strictement *mésencéphale*, est composé du grec *mesos*, moyen, qui est au milieu, et d'*encephalos*, l'encéphale.

[3] BRACHIAUX, qui sont relatifs aux bras, *brachialis* des Latins, dérivé de *brachium*, expression sous laquelle les anciens comprenaient toute l'étendue des membres supérieurs ou thoraciques, que quelques-uns ont aussi nommée la grande main.

CÉPHALIQUE, l'autre, celui qui est à gauche, de la *coumbure SOUSTERNALE DE L'ARTE*. Ils sont d'abord situés transversalement *derrière* et *sous la clavicule*, passent au-dessus de la première côte sternale, s'enfoncent dans l'*aisselle*, suivent la direction de l'*humerus*, le long du bord cubital de cet os, se portent vers la face palmaire en approchant du pli du bras où ils se partagent en deux branches. Dans ce trajet ils fournissent un grand nombre d'artères, dont la connaissance est très-importante, et pour en saisir plus facilement la disposition, on distingue à chacun des TRONCS BRACHIAUX, plusieurs portions, savoir :

(A) La *portion SOUS-CLAVIÈRE* [1], d'où proviennent ordinairement sept branches dans l'ordre suivant :

1.^o La *SOUSTERNALE* (communément *mammaire interne*). Cette artère descend sous la portion cartilagineuse des côtes, près le sternum, s'avance vers l'abdomen, et parvenue à la hauteur de l'appendice *abdominale* de cet os, elle se divise en deux branches principales, dont les ramifications s'anastomosent avec celles de l'artère *sus-pubienne*, des *lombaires*, des *intercostales*. Dans son trajet jusqu'à sa division, la sousternale fournit souvent une *bronchique*, une *thymique*, l'*artère du nerf diaphragmatique*, toujours des rameaux *mediastins*, *sous-mammaires*, *intercostaux*, *sus-diaphragmatiques*, et quelquefois la *sus-scapulaire*.

2.^o La *CÉRÉBRALE POSTÉRIEURE* (communément *vertébrale*.) Destinée pour le cerveau, cette artère s'élève dans le canal *trachelien* pratiqué sur le côté des vertèbres du col, parvient dans le crâne où elle pénètre en passant entre l'atloïde et l'occipital : dans ce trajet, elle fournit, 1.^o dans le canal trachelien, des rameaux *musculaires*, *rachidiens*; 2.^o dans l'intérieur du crâne, l'*occipito-meningienne*, la *médiane antérieure*, la *médiane postérieure du rachis* (communément artères spinales) la *grande cérébelleuse inférieure*: puis en

[1] Du latin *sub-clavia*, qui est sous la clavicule, qui est relatif à la région sous clavière.

s'unissant avec celle du côté opposé, elle forme le tronc MESO-CÉPHALIQUE (ou artère basiliaire) d'où proviennent la *petite cérébelleuse inférieure*, la *cérébelleuse supérieure*, la *lobaire postérieure du cerveau*.

3.° La THYRŒIDIENNE INFÉRIEURE, branche considérable, surtout dans l'enfance, qui s'élève profondément à la face *trachelienne* du col, se dirige obliquement en dedans, et parvient, en formant des contours très-flexueux, à la partie inférieure et latérale de la *thyroïde*, où elle se termine. Dans son trajet jusqu'à la thyroïde, cette artère fournit des ramuscules *médiastins*, *thymiques*; les *trachéales*, des rameaux *musculaires* très-variables, quelquefois la *sus-scapulaire*, et toujours la *trachelienne* (cervicale ascendante) qui s'élève jusqu'à l'atloïde, en donnant des rameaux *musculaires* et en s'anastomosant avec la CÉRÉBRALE POSTÉRIEURE, la TRACHÉLO-CERVICALE.

4.° La TRACHÉLO-CERVICALE [1] (communément cervicale profonde.) Cette artère, après avoir donné quelques rameaux *musculaires* sur la face trachelienne, se contourne à la face *cervicale* du col, en passant ordinairement entre les apophyses transverses de la première vertèbre du dos et de la septième du col, s'élève vers la région occipitale de la tête appliquée profondément sur les os, et s'y anastomose avec les ramifications de l'*occipitale*, de la *cérébrale postérieure*.

5.° La CERVICO-SCAPULAIRE [2] (communément cervicale superficielle.) Cette artère qui est très-considerable, se porte transversalement en dehors vers la région *cervicale* du col où elle se divise

[1] *Trachelo-cervicalis*, composé du grec *trachelos*, la face antérieure du col, et *cervix*, la face spinale ou postérieure du col. Ainsi, la dénomination *trachelo-cervicale*, indique une artère qui, après avoir donné des distributions à la partie antérieure du col, se porte à la postérieure.

[2] Composé du latin *cervix* et *scapula*, qui est relatif à la face *cervicale* du col, et à l'épaule.

en deux branches; l'une *cervicale* ou supérieure se ramifie aux muscles de la région cervicale; l'autre *scapulaire* ou inférieure, se sous-divise et se distribue aux muscles qui s'attachent à la *base* ou *bord spinal* du scapulum.

6.° La *SUS-SCAPULAIRE* [1] (scapulaire supérieure). Cette branche, dont l'origine est très-variable et qui provient tantôt de la portion sous-clavière du tronc brachial, tantôt de la portion axillaire, se dirige transversalement en dehors vers le bord supérieur ou *cervical* du scapulum, et se distribue aux muscles situés à la face *sus-scapulaire*, après avoir fourni quelques rameaux à l'aisselle.

7.° L'*INTERCOSTALE SUPÉRIEURE* [2]. Cette artère qui provient quelquefois de la *cerébrale postérieure*, de la *trachelo-cervicale*, et d'autres fois de la *thyroïdienne inférieure*, se porte en arrière et en bas, apposée sur l'extrémité vertébrale de la première côte, et se partage en deux ou trois branches qui suivent le bord inférieur des deux ou trois premières côtes *sternales*.

(B.) La *portion AXILLAIRE* [3] fournit plusieurs branches successives que l'on rapporte à quatre divisions principales, savoir :

1.° L'*ACROMIALE* [4], branche peu considérable qui se dirige en dehors vers l'*acromion*, en fournissant divers rameaux *musculaires* et *articulaires*

2.° Les *THORACIQUES* [5]. Ces artères qui se ramifient sur les parties antérieure et latérale du thorax, sont au nombre de trois et quelquefois quatre, qui diffèrent par leur volume, l'étendue de leur distribution. La première, la plus interne, est la plus petite;

[1] *Super scapularis*, qui est relatif à la face *sus-scapulaire* ou *supérieure* du scapulum.

[2] *Intercostalis supra*, qui est relatif à l'intervalle des côtes supérieures.

[3] *Axillaris* dérive d'*axilla*, qui est relatif à l'aisselle.

[4] *Acromialis* dérive du grec *acromion*, le sommet de l'épaule.

[5] Ce mot *thoracique*, ainsi que l'écrivait PEQUET (Académie des Sciences), est dérivé du latin *thoracicus*, qui est relatif au thorax.

la seconde plus longue, plus rameuse, se dirige obliquement vers les mamelles; la troisième, qui fournit souvent l'ACROMIALE, se distribue aux muscles *sterno-humeral*, *costo-coracoïdien*, *sous-acromio-humeral*.

3.° La sous-SCAPULAIRE [1], branche considérable qui descend à la face sous-scapulaire, sous le bord antérieur ou costal du scapulum, se divise bientôt, après avoir fourni quelques ramuscules aux parties voisines, en deux branches, une *inférieure* qui est la continuation du tronc de l'artère, descend sur le côté du thorax en donnant des rameaux aux muscles *lombo humeral*, *costo-scapulaire*, etc.; et une *externe*, qui se contourne à la face supérieure du scapulum, et s'y distribue principalement dans l'épaisseur du muscle grand *sous-scapulo-trochiterien*.

4.° Les SCAPULO-HUMERALES [2] (communément circonflèxes). Ces artères qui embrassent le pourtour de l'articulation *scapulaire* de l'humérus, en fournissant divers rameaux *musculaires*, *articulaires*, sont au nombre de deux, une *antérieure* et une *postérieure*. Celle-ci, très-considérable, se réfléchit de dedans en dehors à la face olécranienne ou postérieure de l'humérus, et se distribue presque entièrement dans l'épaisseur du muscle *sous-acromio-humeral*. (deltoïde.)

(C.) La *portion HUMERALE* [3] qui, dans son trajet sur le bord cubital de l'humérus, et en se contournant sur la face palmaire du bras, donne :

1.° La GRANDE MUSCULAIRE DU BRAS, grosse artère remplacée quelquefois par plusieurs branches, qui se contourne de dedans en dehors à la face olécranienne de l'humérus, s'avance vers l'articu-

[1] *Sub-scapularis*, qui est relatif à la face *sous-scapulaire* ou *inférieure* du scapulum.

[2] *Scapu'o-humeralis*, composé des mots *scapula* et *humeralis*, qui est relatif à l'épaule et à l'humérus.

[3] *Humerilis*, qui est relatif à l'humérus.

ation du coude, se divise dans l'épaisseur du muscle *scapulo-humero-olecranic* en plusieurs rameaux, dont les extrémités s'anastomosent avec les récurrentes de l'épicondyle, de l'épitrochlée, et avec les collatérales inférieures de l'articulation de l'avant-bras.

2.° Les PETITES MUSCULAIRES DU BRAS. Divers rameaux plus ou moins considérables, dont le nombre est indéterminé, qui se distribuent aux muscles, à la peau du bras.

3.° Les COLLATÉRALES DU COUDE : deux branches peu considérables, mais très-importantes à connaître, qui naissent du TRONC BRACHIAL près le coude, se contournent au pourtour de l'articulation, et s'y anastomosent par leurs extrémités avec la *grande musculaire* du bras, avec les *récurrentes de l'épitrochlée, de l'épicondyle*.

(D.) Parvenu au pli du bras où il se termine, le tronc brachial se partage en deux branches, qui deviennent les troncs des artères qui se distribuent à toute l'étendue de l'avant-bras et à la main; l'une RADIALE, suit la direction du *radius* et se porte à la main; l'autre CUBITALE, se porte aussi à la main, mais en suivant la direction du *cubitus*.

La *branche RADIALE* [1] est d'abord située profondément sous les muscles, mais elle devient superficielle vers la partie inférieure de l'avant-bras. Parvenue au poignet, elle se contourne à la *face sus-palmaire* de la main, se prolonge dans l'intervalle du premier et du second os du métacarpe, puis s'enfonçant dans la paume de la main, elle se porte de dehors en dedans, vers le bord cubital, en formant une sorte de courbure nommée *arcade palmaire profonde*.

Dans ce trajet, l'artère RADIALE fournit :

1.° Près de son origine, la RÉCURRENTE DE L'ÉPICONDYLE [2], petite

[1] Du latin *radialis*, qui est relatif au *radius*.

[2] On désigne, sous le nom d'épicondyle, cette tubérosité de l'humérus placée au-dessus de son condyle, du grec *epi* et *condylos*, qui est au dessus du

branche rétrograde qui se ramifie au pourtour de l'épicondyle, et s'y anastomose avec les *récurrentes de l'épitrôclée*, la *grande musculaire du bras*, et les *collatérales du coude*.

2.° Les RADIO-MUSCULAIRES, petites branches dont le nombre est variable, qui se portent aux muscles situés sur le bord radial de l'avant-bras. Parmi ces branches, il en est une dont la distribution est constante, qui provient de l'artère radiale près la partie inférieure de l'avant-bras, se porte en travers vers son bord cubital, et s'anastomose au devant du muscle *cubito-radial*, avec une branche semblable provenant de la CUBITALE.

3.° Vers le poignet, la RADIO-PALMAIRE, branche plus ou moins considérable qui se porte à la paume de la main, et concourt à former l'arcade palmaire superficielle, en s'anastomosant avec la *cubitale*.

4.° A la face sus-palmaire de la main, sous le nom de RADIO-SUSPALMAIRE, la *radiale* fournit : la *sus-carpienne*, la *sus-métacarpienne du ponce*, une des *digitales de l'index*.

5.° A la paume de la main, la RADIALE forme une arcade d'où proviennent des rameaux *musculaires*, *carpiens*, *métacarpiens* et *phalangiens*.

La *branche CUBITALE* [1] située d'abord profondément, suit le bord cubital de l'avant-bras jusqu'à la partie inférieure, où elle est superficielle; elle descend au devant du poignet, parvient à la paume de la main, placée sous l'aponévrose palmaire, marche d'abord suivant sa direction première, mais bientôt elle se contourne vers le bord radial de la main, en formant une arcade nommée *palmaire superficielle*, laquelle s'anastomose avec la RADIO-PALMAIRE, branche qui a déjà été indiquée.

condyle. On la désigne communément sous le nom de tubérosité externe de l'humérus, et d'autres fois sous celui de *condyle externe*, quoiqu'elle n'ait ni la forme ni les usages d'un condyle.

[1] *Cubitalis*, qui est relatif au cubitus.

Dans ce trajet la *branche CUBITALE* fournit :

1.^o Près de son origine, les RÉCURRENTES DE L'ÉPITROKLÉE [1]. Ces artères, au nombre de deux, une *antérieure* et une *postérieure plus considérable*, se ramifient autour de l'épitrôlée et s'anastomosent avec les extrémités de la *grande musculaire* du bras, de la *récurrente de l'épicondyle* et des *collatérales du coude*, disposition qui établit ainsi une communication libre et réciproque des artères du bras avec celles de l'avant-bras.

2.^o Les INTEROSSEUSES : deux branches profondes, l'une à la *face palmaire*, l'autre à la *face sus-palmaire* de l'avant-bras, qui s'avancent vers le poignet, et fournissent la *récurrente olécranienne*, des rameaux *musculaires*, les *médullaires* du radius et du cubitus, et une petite branche qui accompagne l'une des divisions du *nerf médian digital*.

3.^o Les CUBITO-MUSCULAIRES : petites branches dont le nombre est indéterminé, qui se portent aux muscles situés à la face palmaire, sur le bord cubital de l'avant-bras. L'une d'elles, dont la disposition est constante, se détache de l'artère cubitale près le poignet, se porte transversalement en dehors, et s'anastomose au devant du muscle *cubito radial*, avec une branche semblable fournie par l'*artère radiale*.

4.^o Près l'extrémité carpienne du cubitus, la CUBITO-SUS-PALMAIRE, branche peu considérable qui se contourne à la face sus-palmaire de la main, et y donne des rameaux *carpiens*, des rameaux aux muscles, situés sur le bord cubital de la main.

5.^o A la paume de la main, où elle forme une arcade dont la

[1] Mot composé d'*epi* et *troklea*, qui est au-dessus de la troklée. On désigne sous ce nom, d'une manière très-précise, cette éminence de l'humérus placée en dedans et au-dessus de la troklée articulaire, et que l'on appelle communément la tubérosité interne de l'humérus.— Quelques anatomistes lui ont donné aussi le nom de condyle interne, quoiqu'elle n'en ait, comme nous l'avons déjà dit, ni la forme ni les usages.

convexité est tournée du côté des doigts, l'artère *cubitale*, sous le nom de CUBITO-PALMAIRE, fournit des rameaux *musculaires*, *carpiens*, *métacarpiens*; les *digitales* ou *collatérales des doigts*, et un rameau *anastomotique* qui l'unit à l'*arcade palmaire profonde* formée par la *radiale*.

§. III. A SON TRAJET DANS LE THORAX, l'aorte fournit plusieurs artères peu considérables par leur volume, mais remarquables par l'importance de leur distribution, savoir :

1.° Les BRONCHIQUES : trois ou quatre petites branches qui se plongent dans les poumons, y accompagnent les bronches, et suivent leurs divisions successives.

2.° Les ŒSOPHAGIENNES. Cinq ou six petites artères qui se ramifient sur l'œsophage, dont les inférieures descendent vers l'estomac et s'anastomosent avec les ramifications de l'artère *stomo-gastrique*.

3.° Les MÉDIASTINES POSTÉRIEURES. Petites artères dont le nombre et l'origine sont variables, qui se ramifient sur la portion dorsale du médiastin, parviennent même jusqu'au *péricarde* sous le nom d'*artères péricardines*.

4.° Les INTERCOSTALES INFÉRIEURES. Neuf à dix petites artères de chaque côté, qui proviennent de la partie latérale de l'aorte, un peu en arrière; se portent dans l'espace intercostal, placées d'abord sous le bord inférieur des côtes, mais qui vers le milieu de ces dernières, se rapprochent de la partie moyenne de l'espace intercostal et s'anastomosent avec la *sous-sternale*, la *suspubienne*, les *lombaires*. Chacune d'elles fournit en arrière un ramuscule *rachidien*, des ramuscules *musculaires*, *cutanés*.

§. IV. A SON TRAJET DANS L'ABDOMEN, l'aorte fournit un grand nombre d'artères destinées pour la plupart des viscères contenus dans l'abdomen, dans l'ordre qui suit, savoir :

(A.) Les SOUS-DIAPHRAGMATIQUES, l'une *droite*, l'autre *gauche*, qui s'élèvent obliquement de la partie antérieure de l'aorte au devant des prolongements lombaires du diaphragme, se ramifient à sa face abdominale, en se divisant chacune en deux branches,

et formant une sorte d'arcade dont les ramifications s'anastomosent entre elles, avec quelques-unes des *intercostales* avec la *sous-sternale*, quelques *lombaires*. Ces artères fournissent dans leur trajet des ramuscules *au foie*, et un rameau *surrénal*.

(B.) L'OPISTO GASTRIQUE [1] (communément tronc cœliaque). Artère considérable, impaire, située *sous* et *derrière l'estomac*, qui provient de la partie antérieure de l'aorte, et qui, après un trajet de quelques millimètres, se partage en trois branches qui se distribuent aux viscères de la région épigastrique. Ces branches sont, 1.° la STOMO-GASTRIQUE, 2.° l'HÉPATIQUE, 3.° la SPLÉNIQUE.

L'artère STOMO-GASTRIQUE [2] (communément coronaire stomachique), après son origine du tronc opisto-gastrique, et quelquefois de l'aorte, se dirige obliquement de droite à gauche vers l'orifice œsophagien ou supérieur de l'estomac, puis elle change de direction, se porte de gauche à droite, en suivant la petite courbure de cet organe, s'anastomose vers sa partie moyenne avec la *gastro-pylorique*, branche de l'hépatique.

Dans son trajet, la *stomo-gastrique* fournit : 1.° Vers l'orifice œsophagien de l'estomac ou son ouverture (*stoma*), plusieurs rameaux flexueux qui embrassent cet orifice, s'anastomosent avec les *gastro-spléniques*, la *gastro-épiploïque gauche*. Quelques-uns s'élèvent vers l'œsophage, et communiquent avec les *œsophagiennes*. 2.° Le long de la petite courbure de l'estomac, des rameaux qui se portent sur les deux faces de cet organe, pénètrent son tissu, s'anastomosent entre eux, et avec la *gastro-épiploïque gauche*, et dont les dernières extrémités, qui sont d'une ténuité extrême, concourent à former ces villosités nombreuses qu'on remarque sur

[1] *Opisto-gastrica*, composé du grec *opisthen*, derrière, et *gustricos*, qui est derrière l'estomac.

[2] *Stomo-gastrica*, composé de *stoma*, bouche, entrée et *gustricos*, qui est relatif à l'orifice, à l'entrée de l'estomac.

la face interne de l'estomac. 3.° Quelquefois une branche considérable qui se porte au foie.

L'*artère HÉPATIQUE* [1], immédiatement après son origine du tronc *opisto-gastrique*, se dirige obliquement de gauche à droite et de derrière en devant, vers la face concave du foie; s'enfonce dans sa scissure, et parcourt le tissu de cet organe en se divisant en plusieurs rameaux qui décroissent successivement.

Dans son trajet jusqu'au foie, l'*artère HÉPATIQUE* fournit :

1.° La *gastro-pylorique* [2], qui se dirige du côté du pylore, suit la petite courbure de l'estomac, où elle s'anastomose avec la *stomo-gastrique* et donne sur les deux faces de cet organe, des rameaux qui s'anastomosent avec la *gastro-épiplôïque droite*.

2.° La *gastro-épiplôïque droite* [3], qui se porte d'abord derrière l'estomac, parvient à la partie droite de sa grande courbure, s'y anastomose vers le milieu de sa longueur avec la *gastro-épiplôïque gauche*, branche de l'*artère splénique*. Elle donne des rameaux, 1.° pour l'*estomac*, qui s'élèvent sur ses deux faces, et s'y anastomosent avec la *gastro-pylorique*; 2.° pour l'*épiploon*, qui descendent dans son épaisseur, s'avancent du côté du *colon*, sous le nom d'*artères épiplôïques*.

3.° Quelques rameaux *pancréatiques, duodenaux*.

4.° Les artères de la *vésicule biliaire* ou *cystiques*.

L'*artère SPLÉNIQUE* [4], très-grosse dans l'adulte, se dirige d'une manière flexueuse de droite à gauche le long du pancréas, s'avance vers la rate, mais avant d'y pénétrer, elle se partage en plusieurs

[1] *Arteria hepatica*, du grec *hepar*, qui est relatif au foie.

[2] *Gastro-pylorica*, du grec *gaster* et *pyloros*, qui est relatif à l'estomac, à la région du pylore.

[3] *Gastro-epiploica*, composé de *gaster* et *epiploon*, qui est relatif à l'estomac et à l'épiploon.

[4] *Arteria splenica*, dérivé du grec *splen*, qui est relatif à la rate,

rameaux qui s'enfoncent dans la scissure de cet organe , pénètrent son tissu , et s'y divisent successivement.

Dans son trajet jusqu'à la rate , l'artère splénique fournit :

1.° Le long du pancréas , des ramuscules PANCRÉATIQUES qui se distribuent à la surface et dans l'épaisseur de cet organe.

2.° Près de la rate , la *gastro-épiploïque gauche* , qui se réfléchit de gauche à droite le long de la grande courbure de l'estomac , s'y anastomose avec la *gastro-épiploïque droite* , branche de l'*hépatique* , et fournit des rameaux , 1.° aux deux faces de l'estomac , qui s'anastomosent avec les ramifications de la *stomo-gastrique des spleno-gastriques* ; 2.° à l'*épiploon* , qui se portent dans son épaisseur , et se dirigent du côté du colon.

3.° Les *spleno-gastriques* [1] (communément vaisseaux courts , *vasa brevia*) , qui se distribuent sur la grosse tubérosité de l'estomac , s'y anastomosent avec les ramifications de la STOMO-GASTRIQUE , de la *gastro-épiploïque gauche*.

(C.) La MÉSENTÉRIQUE SUPÉRIEURE [2] , grosse artère impaire , qui s'avance entre les deux lames du mésentère jusqu'à l'intestin grêle , auquel elle se distribue essentiellement. Elle naît de la partie antérieure de l'aorte , se dirige obliquement en bas du côté de la cavité iliaque droite , en formant une courbure d'où proviennent successivement des rameaux *pancréatiques* , *duodenaux* , la *mésocolique* , — la *colique droite* , la *cæcale* ou *iléocolique* , les *arcades mésentériques* , d'où proviennent les ramuscules qui se portent aux *ganglions* lymphatiques du mésentère et les ramifications nombreuses qui se distribuent au jejunum , à l'ileum , et dans le fœtus , l'*ombilico-mésentérique* , rameau long , grêle , filiforme , qui fait partie du cordon ombilical , et se ramifie sur la *vésicule ombilicale*.

[1] *Spleno-gastricæ* , de *splen* et *gaster* , qui est relatif à la rate et à l'estomac.

[2] *Mesenteria superior* , composé de *mésos* et *entéron* , qui est relatif au mésentère , au lien de l'intestin.

(D.) Les *SURRÉNALES*, petites artères paires qui se distribuent dans la *capsule surrénale*, communément nommées artères *capsulaires moyennes*, et fournissent des ramuscules *adipeux*.

(E.) Les *RÉNALES* (communément émulgentes), grosses artères paires qui se dirigent transversalement en dehors, en formant avec l'aorte un angle à peu près droit, se distribuent dans le tissu du rein, et fournissent des rameaux à la *capsule surrénale*, des ramuscules *adipeux* et *urétériques*.

(F.) Les *TESTICULAIRES* (communément spermatisques), qui proviennent souvent de la *rénale*: ces artères, très-flexueuses dans le fœtus, et qui toujours sont longues, grêles, s'avancent vers l'anneau sus-pubien, parviennent au testicule, où elles se terminent par des ramifications d'une ténuité extrême, qui se répandent sur les vaisseaux spermifères. Elles fournissent dans leur trajet des ramuscules *surrénaux* et *urétériques*. (Ces artères, chez la femme, se portent à l'*ovaire*, et sont nommées *artères de l'ovaire*.)

(G.) La *MÉSÉNTÉRIQUE INFÉRIEURE*, grosse artère impaire, mais beaucoup moins considérable que la *méséntérique supérieure*, qui se porte de droite à gauche et de haut en bas vers la cavité iliaque gauche, et se distribue essentiellement à la *portion gauche* du côlon et au *rectum*. Elle fournit dans son trajet la *grande colique gauche*, la *petite colique gauche*; l'artère du *rectum*, qui s'anastomose avec la *vesico-prostatique* et des rameaux du *tronc pelvien*, qui se distribuent à l'anüs, et sont communément nommées *d'hémorroïdales externes*.

(H.) Les *LOMBAIRES*, cinq artères de chaque côté, qui proviennent des parties latérales de l'*aorte*, se portent en dehors dans l'épaisseur des parois abdominaux, et dont les ramifications s'anastomosent avec celles de la sus-pubienne, des *intercostales*. Elles fournissent près de leur origine un ramuscule *rachidien*, des rameaux *musculaires* peu considérables.

(J.) La *MÉDIANE DU SACRUM*, artère impaire, qui provient de la partie postérieure de l'*aorte*, un peu au dessus de sa bifurcation, se

porte audevant des deux dernières vertèbres lombaires , parvient au sacrum , en parcourt la face antérieure jusqu'au coccx , dans la direction de la ligne médiane , et s'anastomose avec les *sacrés latérales*.

§. V. A SA BIFURCATION sur le corps de la 4.^e vertèbre lombaire , où elle se termine ordinairement , l'aorte se partage en deux grosses branches égales , l'une à droite , l'autre à gauche , qui sont le tronc de toutes les artères qui fournissent le sang au bassin et aux membres abdominaux. On les nomme , d'après cette disposition , TRONCS PELVI-CRURAUX [1] (communément artères iliaques primitives.)

Ces troncs se dirigent obliquement de haut en bas et de dedans en dehors , en s'écartant l'un de l'autre , à angle aigu ; ils parviennent jusqu'à la symphise sacro-iliaque , et se partagent chacun en deux branches distinctes par leur direction , leur distribution.

L'une de ces branches , LA PELVIENNE [2] (ou communément artère iliaque interne ou *hypogastrique*) , est le tronc de toutes les artères qui se distribuent au bassin , aux parties qui y sont contenues et annexées. L'autre branche , LA CRURALE [3] , (ou vulgairement iliaque externe) , fournit toutes les artères qui se distribuent à la cuisse , à la jambe et à toute l'étendue des membres abdominaux ou inférieurs.

(A.) La PELVIENNE , immédiatement après son origine , se porte de dehors en dedans et de haut en bas , s'enfonce dans le bassin , et s'y partage en plusieurs branches , dont l'origine , le vo-

[1] *Pelvi-crurax* , du latin *pelvis* , le bassin , et *cruralis* , crural , qui est relatif à la cuisse , à la jambe.

[2] Du latin *pelvis* , qui est relative au bassin.

[3] *Crural* , *cruralis* des Latins , dérive de *crus* , qui signifie également la jambe , la cuisse , expression sous laquelle les anciens comprennent toute l'étendue du membre inférieur.

lume, la disposition présentent de grandes variétés; dont quelques-unes sont relatives à l'âge et au sexe. Ces branches, ordinairement au nombre de sept, en proviennent dans l'ordre suivant :

1.^o L'ILIACO-MUSCULAIRE (communément *ileo-lombaire*), qui se distribue principalement aux muscles *iliaco trochantinien*, *pré-lombo-trochantinien*, et fournit des ramuscules *rachidiens*.

2.^o Les SACRÉES LATÉRALES sont souvent au nombre de deux ou trois; elles se ramifient sur le sacrum, s'anastomosent avec la sacrée moyenne, et fournissent des ramuscules qui se répandent sur la gaine *méningienne* du rachis, en passant à travers les trous sacrés antérieurs.

3.^o La SOUS-PUBIO-FÉMORALE [1] (communément obturatrice), artère considérable qui se porte en devant vers la sinuosité oblique du trou *sous-pubien*, et se divise en deux branches qui se distribuent aux muscles situés sur la partie interne de la cuisse et s'anastomosent avec des rameaux de la FÉMORALE.

4.^o L'OMBILICALE, artère considérable dans *le fœtus*, chez lequel elle est la continuation du tronc PELVI-CRURAL, en partie oblitérée dans *l'adulte*, et fournissant seulement quelques rameaux latéraux à la vessie, (à *l'utérus* et au *vagin* dans la femme.)

5.^o La FESSIÈRE (communément iliaque postérieure), grosse artère qui se porte en arrière, passe par le sommet du trou *sacro-iskiaticque*, et parvient à la fesse où elle se partage en deux branches, qui se divisent chacune en plusieurs rameaux, et se distribuent principalement aux muscles de la fesse et à la peau de cette partie.

6.^o La FÉMORO-POPLITÉE [2] (ou artère iskiatique). Branche considérable qui sort du bassin par la partie inférieure du trou *sacro-iskiaticque*, descend à la face poplitée de la cuisse, en accompa-

[1] *Subpubio-femoralis*, qui est relatif au trou sous-pubien et à la cuisse.

[2] *Femoro poplitée*, qui est relatif à la face poplitée ou postérieure de la cuisse.

gnant le nerf fémoro-poplité (ou iskiatique), et donne dans son trajet des rameaux aux muscles de la fesse, au nerf fémoro-poplité, aux muscles situés à la face poplitée de la cuisse.

7.° La SOUS-PELVIENNE [3] (communément honteuse interne). Cette artère destinée principalement pour les organes génitaux, et qui naît souvent de la *fémoro-poplitée*, sort du bassin par le trou *sacro-iskiastique*, passe dans l'intervalle que laissent entr'eux les ligaments sacro-iskiastiques, parvient à la *région sous-pelviennne*, inférieure ou *perinéale* du bassin, se dirige la long de le branche supérieure de l'*ischium* jusqu'au *pénis* (chez l'homme), au *clitoris* (chez la femme) où elle se termine.

Dans son trajet la SOUS-PELVIENNE fournit un grand nombre de rameaux plus ou moins volumineux, très-variables suivant l'âge et le sexe, savoir : (a) *dans le bassin*, une artère au *rectum*, la *vesico-prostatique* (ou vulgairement l'hémorroïdale moyenne); (b) *à la région sous-pelviennne*, des rameaux au muscle *sacro-trochantérien*, des rameaux *musculaires* et *cutanés* pour le pourtour de l'anus, la *perinéale* ou cutanée du périnée qui s'avance vers le *scrotum*, et se distribue à sa cloison médiane, l'*urethro-bulbaire* (ou transverse du périnée); (c) *à sa terminaison*, sous le nom d'ISKIO-PÉNIENNE, la *sous-pelviennne* se partage en deux branches, savoir : la *superficielle du pénis* (chez l'homme), du *clitoris* (chez la femme), et la *profonde du pénis et du clitoris* qui se distribue aux corps caverneux et spongieux de ces parties.

Chez la femme, la sous-pelviennne donne, dans le bassin, l'*utérine*, la *vaginale*, qui sont des branches considérables.

(B.) LA CRURALE, immédiatement après son origine, se dirige d'abord obliquement en dehors en s'approchant de l'ilium, passe sous l'arcade inguinale, se porte ensuite obliquement en dedans du

[1] *Sous-pelvien* : qui est sous la bassin, à la face inférieure du bassin.

côté interne du fémur, en suit la direction, et un peu au dessous du milieu de sa longueur, elle s'incline, se contourne à la face poplitée de la cuisse, et parvient à l'extrémité fémorale du tibia, où elle se partage en deux branches.

Dans ce trajet, cette artère fournit un grand nombre de branches dont il importe de bien saisir la disposition; et pour y parvenir plus facilement, on y distingue :

§. I. DIVERSES PORTIONS, savoir. . . .

(A.) La *portion ILIAQUE* (communément iliaque externe) qui s'étend du tronc *pelvi-crural* jusqu'à l'arcade inguinale, et fournit successivement :

1.° Plusieurs *rameaux* aux muscles iliaco et préombo-trokantiens.

2.° Près de l'arcade inguinale, la *SUS-PUBIENNE* (communément l'épigastrique) longue branche qui est accolée sur le péritoine, passe, en se dirigeant de dehors en dedans, au niveau de l'anneau suspubien, s'élève sous le muscle *sterno-pubien*, en suit la direction, s'avance jusqu'à la partie supérieure de l'abdomen, où elle se divise et s'anastomose avec les ramifications des artères *sous-sternale, intercostales et lombaires*.

3.° LA *CIRCONFLEXE DE L'ILIUM* (communément iliaque antérieure), artère rétrograde qui naît de la portion iliaque du tronc crural, presque vis-à-vis la *sus-pubienne*, se dirige en dehors vers l'ilium, et se partage en deux branches, l'une *transversale*, qui se contourne sur la crête de l'ilium, l'autre *longitudinale* et antérieure, qui s'élève dans l'épaisseur des parois abdominaux, y donne divers rameaux *musculaires*, et s'y anastomose avec la *sus-pubienne*, les *intercostales*, les *lombaires*.

B. La *portion INGUINALE* bornée à l'aîne, située superficiellement, qui fournit :

1.° Les *INGUINALES*, deux ou trois petites artères qui se ramifient

aux *ganglions lymphatiques* de l'aîne, aux muscles circonvoisins, aux téguments de l'abdomen.

2.° LES SCROTALES (vulgairement honteuses externes) deux ou trois petites artères qui se ramifient principalement au scrotum, à la peau du pénis, et chez la femme sous le nom d'ARTÈRES VULVAIRES aux lèvres de la vulve, aux téguments du *clitoris*.

(C.) La portion FÉMORALE qui s'étend depuis la partie inférieure de l'aîne jusqu'à l'extrémité fémorale du tibia, et fournit successivement :

1.° Sur la face *antérieure* ou *rotulienne* de la cuisse, la GRANDE MUSCULAIRE DE LA CUISSE (ordinairement artère profonde), grosse artère qui se plonge entre les muscles situés au côté interne de la cuisse, et descend jusqu'au milieu de sa longueur où elle se termine. Dans son trajet, elle fournit peu après son origine la *sous-trokantinienne*, la *sous-trokantérienne* (ou artères circonflexes interne et externe), qui se contournent autour de l'extrémité coxale du fémur, donnent des rameaux aux muscles situés dans cette partie, et s'anastomosent avec la fessière, la sous pubio-fémorale, branches de la *pelvienne*. Quelques-uns de ces rameaux descendent vers le genou, et s'y anastomosent dans l'épaisseur du muscle *trifémoro-rotulien* avec les *articulaires poplitées*, et la *recurrente* du genou. La grande musculaire de la cuisse fournit ensuite trois ou quatre branches *fémoro-poplitées* (ou vulgairement artères perforantes), qui se portent à la face *poplitée* de la cuisse, se distribuent aux muscles de cette région, au nerf fémoro-poplité, et fournissent la médullaire du *femur*. Quelques-uns de ces rameaux, les *supérieurs* qui s'anastomosent avec la *sous-pubio-fémorale*, remontent vers la fesse, donnent au muscle *sacrotrôkantérien*, à la peau de cette partie, et communiquent avec les artères du bassin, tandis que d'autres rameaux, les *inférieurs*, s'inclinent vers le genou; se distribuent au pourtour de l'articulation, et s'y anastomosent avec les *articulaires popitées* et la *recurrente* du genou.

2.° LES PETITES MUSCULAIRES DE LA CUISSE , branches dont le nombre est variable, qui se ramifient aux muscles circonvoisins, aux téguments.

3.° A la *face poplitée* de la cuisse, les ARTICULAIRES POPLITÉES, quatre ou cinq branches flexueuses distinguées en *supérieures*, en *moyenne* et en *inférieures*, qui se ramifient au pourtour de l'articulation du genou, s'y anastomosent entre elles, et avec les rameaux de la *grande musculaire* de la cuisse et de la *récurrente du genou*.

§. II. SA DIVISION AU JARRET ou la *crurale* se termine et se partage en deux branches qui deviennent les troncs des artères, qui se distribuent à la jambe et au pied. *L'une* qui suit la direction du tibia en se portant à la face prétiibiale ou antérieure de la jambe, est nommée TIBIALE ANTÉRIEURE; l'autre qui suit aussi la direction du tibia; mais en se portant à la face *postérieure* ou *poplitée* de la jambe, est appelée TIBIALE POSTÉRIEURE.

(A.) La TIBIALE ANTÉRIEURE, immédiatement après son origine, se porte en devant, traverse le ligament inter-osseux, et parvient à la partie supérieure de la face prétiibiale de la jambe; delà elle descend de dehors en dedans, placée profondément et appuyée sur le ligament inter-osseux, jusqu'au ligament sus-tarsien du pied. Elle passe au-dessous de ce ligament, continue de se diriger obliquement de dehors en dedans à la face sus-plantaire du pied, jusqu'à la partie postérieure de l'intervalle du premier et du second os du métatarse. Là elle se termine et s'enfonce à la plante du pied, où elle s'anastomose avec l'arcade plantaire.

Dans son trajet jusqu'à sa terminaison, la TIBIALE ANTÉRIEURE fournit :

1.° La RECURRENTE DU GENOU, artère rétrograde peu considérable, mais importante à connaître, qui se porte au genou, et s'anastomose avec les *articulaires poplitées*, la *grande musculaire* de

la cuisse, etc. Ce qui établit ainsi une communication réciproque entre les artères de la cuisse et celles de la jambe.

2.° DIVERS RAMEAUX MUSCULAIRES AUX MUSCLES de la face pré-tibiale ou antérieure de la jambe.

3.° LES MALLÉOLAIRES, deux petites branches, l'une *interne* et l'autre *externe*, qui se distribuent au pourtour des malléoles et au tarse.

4.° A la face sus-plantaire du pied, sous le nom de PRÉTIBIO-SUSPLANTAIRE, la *tibiale antérieure* fournit :

LA SUS-TARSIENNE,	}	Branches qui se répandent à la face sus-plantaire du pied, et y forment une sorte d'arcade d'où proviennent des rameaux <i>musculaires, cutanés, digitaux.</i>
LA SUS-MÉTATARSIENNE,		

(B.) LA TIBIALE POSTÉRIEURE descend à la face *poplitée* de la jambe, le long du tibia, passe derrière la malléole interne, et s'enfonce à la plante du pied où elle se termine.

Dans son trajet, cette artère fournit :

1.° A la face poplitée de la jambe, la MÉDULLAIRE DU TIBIA, petite branche qui pénètre dans la cavité médullaire.

2.° DIVERS RAMEAUX MUSCULAIRES AUX MUSCLES *bifemoro-calcanien, tibio-calcanien*, etc.

3.° La PÉRONIÈRE, branche variable qui suit la direction du péroné, donne plusieurs rameaux aux muscles situés sur le bord péronier de la jambe, ainsi qu'au pourtour du calcaneum où ils s'anastomosent avec l'artère plantaire.

4.° A la plante du pied où elle se termine, la *tibiale postérieure* se partage en deux branches nommées *plantaires*, l'une *interne* et l'autre *externe*. La première, la moins considérable, située sur le bord externe ou tibial du pied, fournit la *sous-métatarsienne* du

premier orteil, divers rameaux *musculaires* ; la *seconde*, qui est la continuation de la TIBIALE POSTÉRIEURE, située plus profondément, fournit d'abord des rameaux au pourtour du calcaneum, se dirige en dehors en suivant le bord péronier du pied, se porte ensuite en dedans, et forme l'*arcade plantaire* qui s'anastomose avec la *tibiale antérieure*, et d'où proviennent des rameaux *digitaux*, des ramuscules *métatarsiens et anastomotiques*, avec les artères de la face *sus-plantaire* du pied.

III.^e PARTIE.

De l'Anévrisme.

SUIVANT son origine, ce mot *anévrisme* ou *aneurisme*, comme l'écrivait le savant VAN-SWIETEN, signifie littéralement dilatation [1]; mais l'usage a donné à ce mot un sens plus étendu, et il est adopté comme une expression générique pour désigner *les tumeurs formées par le sang artériel*, et produites, soit *par la dilatation*, soit *par l'ouverture accidentelle d'une artère*.

D'après cette définition, dans laquelle on a réuni deux objets différents, on a distingué deux espèces d'anévrismes; l'un, formé par la dilatation des parois de l'artère, et que l'on a nommé *anévrisme vrai ou essentiel*, *varix arteriarum*, GABRIELE Fallopiæ, *dilatation artérielle*, BRIOT; l'autre, produit par l'ouverture accidentelle des parois de l'artère, a été nommée *anévrisme faux*, *aneurisma spurium*, *aneurisma extra arteriam*, GABRIELE Fallopiæ, et on en a

[1] Ce mot *anévrisme* *vel potius aneurisma dicendum*, VAN-SWIETEN, §. 112, est dérivé du grec *ανευρισμα*, composé de la particule augmentative *α* ou *ανα*, et d'*ευρισμα*, qui signifie je dilate, j'étends au-delà de la grandeur naturelle. M. A. SEVERINI aime mieux le dériver d'*ευρημιον*, *quod est exilire, effluere*: Hier, MONTUUS veut le dériver d'*α νευρον*, ce qui signifierait *énervation, débilitation*; mais ces dernières interprétations étymologiques sont peu fondées, ainsi qu'on peut le voir dans GALIEN, *Définitions médicales*, où il dit *ανευρισμα φλεβωδους αγγειος ανευρισμα*. Ce mot *anévrisme* a été défiguré par les Arabistes, qui l'ont écrit *aporisma*, *emborisma*, *hyporisma*, *dilatatio arteriæ* des Latins, *abscessus sanguineus vel sanguifluus*; SEVERINI (de reconditâ abscessuum naturâ) *abscessus spirituosus*, AMATUS Lusitanus; tumeur formée par le sang artériel, BRIOT.

distingué plusieurs espèces , suivant les circonstances qui accompagnent cette affection. Ainsi, quelquefois après la blessure d'une artère , le sang qui s'en échappe soulève le tissu cellulaire circonvoisin , se forme aussi une sorte de kiste qui s'accroît et s'augmente peu à peu , et on a distingué ce cas sous le nom d'*anévrisme faux consécutif*, *aneurisma limitatum*, *quiescens*, *consecutivum*, anévrisme *enkisté*, *circonscrit*, *capsulaire*, *thrombus artériel* ; ou bien le sang s'infiltré tout-à-coup dans le tissu cellulaire circonvoisin, en remplit, en distend les cellules, et ce cas a été désigné sous le nom d'*anévrisme faux primitif*, *vulnus arteriarum cum echymosi*, LANCISI, *échymose* de quelques anciens écrivains, *aneurisma non limitatum*, *anévrisme diffus* ; ou bien enfin, le sang passe immédiatement de l'artère dans une veine adjacente, par une communication accidentelle qui intéresse en même temps ces deux vaisseaux, et ce cas, peu ordinaire, a été désigné sous le nom d'*anévrisme variqueux*, ou *par anastomose*.

MONRO, et d'après lui quelques autres écrivains, ont encore admis une autre espèce d'anévrisme qu'ils ont nommé *mixte*, parce qu'ils prétendent qu'il était produit en partie par la dilatation de l'artère, et en partie par l'effusion du sang hors de sa cavité ; mais nous n'insisterons pas davantage sur ces distinctions.

Quoi qu'il en soit, l'anévrisme peut survenir à toutes les parties du corps ; et d'après sa situation, on le distingue en *interne* et en *externe*.

Les anévrismes internes commençants ne sont faciles à reconnoître que quand ils ont acquis un certain volume ; encore les symptômes qui pourraient les faire distinguer d'une autre maladie sont communs à tant d'autres, qu'il est impossible de les saisir ; et ils ne sont bien caractérisés, que lorsque la tumeur a acquis un volume considérable, qu'elle est apparente à l'extérieur par ses battements. Les premiers signes sont : la gêne de la respiration, une voix sibilante ordinairement, une toux continuelle, avec oppression, insomnie, bouffées de chaleur passagères ; quelquefois crachats sanguinolents,

agitation, vertige, palpitation, défaillance, sentiment de suffocation, douleur à la région épigastrique, étouffement considérable, crachement de sang, etc. L'art est peu utile dans cette circonstance, et la méthode de VALSALVA est le seul moyen à employer.

Les anévrismes *externes*, moins graves que les anévrismes internes, s'annoncent par des symptômes plus ou moins faciles à saisir, suivant leurs périodes, et qui varient suivant les circonstances qui les accompagnent. Ainsi, dans l'anévrisme *vrai* (artério-celluleux, DESCHAMPS), on distingue deux temps ou périodes distincts. Dans le premier temps, lorsqu'il commence à se développer, il se présente sous la forme d'une tumeur ronde, peu volumineuse, circonscrite, sur le trajet d'une artère, qui disparaît quand on la comprime, revient aussitôt qu'on cesse la compression, et est accompagnée de pulsations isochrones à celles du pouls. L'artère étant comprimée au-dessus de la tumeur, ses battements diminuent et même cessent; quand on fait la compression au-dessous, ses battements augmentent, les mouvements du membre sont libres, et le malade peut travailler comme avant ces accidents. On a vu des malades porter des anévrismes très-longtemps, sans en éprouver aucune gêne.

Dans le deuxième temps, cette tumeur qui jusqu'alors était peu volumineuse, prend tout-à-coup, à la suite de quelques efforts, un accroissement si considérable, qu'elle dépasse en volume, des deux tiers, celui qu'elle avait auparavant. La cause de cet accroissement est due à la rupture de la membrane interne et de la membrane fibreuse. Cette tumeur qui, dans le commencement, était molle et circonscrite, devient rénitente et vague; elle ne disparaît plus quand on la comprime avec la main; cependant elle diminue, ses battements deviennent tellement obscurs, qu'à la fin l'on ne sent plus qu'un léger frémissement, lequel finit par s'effacer entièrement. A cette époque, le malade éprouve des douleurs plus ou moins vives, le membre se tuméfie, il devient œdémateux, les veines superficielles deviennent varicueuses. Le milieu de la tumeur s'élève en pointe; la

peau qui la recouvre en cet endroit devient livide ; elle s'amincit de jour en jour ; et si l'art ne vient promptement au secours du malade , une inflammation gangreneuse se déclare , et il se forme une escarthe à la chute de laquelle le malade peut périr d'hémorragie.

L'anévrisme *faux* se divise en primitif et en consécutif.

L'anévrisme *faux primitif* (hémorragie occulte primitive, DESCHAMPS) non circonscrit , a lieu de la manière suivante : une artère ayant été ouverte dans un des points de sa circonférence , le sang qui s'en échappe s'infiltré dans le tissu cellulaire ; si l'ouverture de la plaie n'est point parallèle à celle de l'artère qui a été lésée , il s'insinue peu à peu dans toutes les cellules de ce tissu , depuis l'ouverture de l'artère , jusqu'aux extrémités du membre qui devient douloureux : il augmente de volume avec une vitesse proportionnée à l'ouverture de l'artère , à son calibre , à la résistance des parties voisines , et au genre d'exercice auquel se livre le malade. Quelquefois elle reste des années sans augmenter , et d'autres fois en peu de temps elle acquiert un volume énorme.

L'anévrisme *faux, consécutif, circonscrit* (hémorragie enkistée ou sac hémorragial , DESCHAMPS), est une tumeur formée par le sang artériel , sorti de la cavité d'une artère et contenu dans une poche celluleuse formée sur le trajet de celle-ci.

Les causes de cet anévrisme sont les suivantes : lorsqu'une artère a été ouverte , si la compression n'est pas exacte et continuée jusqu'à son entière oblitération , le sang dont le cours a d'abord été suspendu , ne tarde pas à sortir peu à peu , comme par gouttes , et s'échappe dans une ou plusieurs cellules ; il forme une tumeur peu volumineuse d'abord , circonscrite , molle , qui disparaît par la compression , avec une sorte de frémissement , reparait quand on cesse de la comprimer , et qui est accompagnée de battements isochrones à ceux des artères. Dans les premiers temps , la couleur de la peau n'en est point altérée.

Elle croît avec une vitesse d'autant plus considérable , que l'ou-

verture de l'artère est plus grande, et que le malade se livre à des exercices plus considérables.

L'anévrisme *variqueux* (suffusion artério-veineuse, DESCHAMPS), anévrisme *par anastomose*, *varice anévrismale*, se manifeste par une tumeur peu volumineuse, inégale, formée par la dilatation d'une veine accolée à une artère, et ouverte accidentellement, accompagnée de frémissement semblable à celui qu'offre l'anévrisme faux consécutif.

Cure des anévrismes.

Tous les anévrismes ne sont pas susceptibles d'une guérison radicale.

Les anévrismes internes sont au-dessus des ressources de l'art. Les secours qu'il peut offrir sont uniquement palliatifs, et ils consistent dans l'emploi de la méthode de VALSALVA, et l'usage bien combiné des moyens hygiéniques.

Quant aux anévrismes externes, l'art emploie pour leur curation différents moyens qui se rapportent aux suivants : savoir, 1.^o la compression, 2.^o les réfrigérents, 3.^o les astringents, 4.^o la méthode de VALSALVA, 5.^o les caustiques, 6.^o la ligature, 7.^o l'amputation.

Cependant ces moyens divers ne sont point indifféremment applicables au traitement de tous les anévrismes. Il en est, comme ceux des *trones céphaliques* (carotides primitives), des artères *axillaire et crurale*, qui sont seulement susceptibles d'être traités par la méthode de VALSALVA.

1.^o *La compression* n'agit qu'autant qu'elle oppose au sang un obstacle insurmontable, pendant que la nature opère entièrement l'oblitération du vaisseau, jusqu'aux premières collatérales qui entretiennent la circulation, la chaleur et la vie dans la partie.

La compression a deux manières d'agir, perpendiculairement ou parallèlement à l'axe du vaisseau coupé. Dans la compression perpendiculaire, elle peut porter immédiatement sur l'artère, ou n'agir sur elle que par l'intermède des parties qui la recouvrent. Cette com-

pression latérale rapproche les parois de l'artère ; et les tient appliquées jusqu'à parfaite oblitération. Lorsque l'artère a un point d'appui solide , et que l'on peut la comprimer immédiatement, la moindre pression suffit pour arrêter le cours du sang et même son effusion ; par exemple, la seule application du doigt suffit pour arrêter l'hémorragie de l'artère temporale , de la radiale , etc. Mais dans une foule de cas moins favorables , soit par la disposition des parties environnantes , soit par la forme des os , la plus forte pression suffit à peine pour arrêter l'hémorragie la moins considérable , parce qu'elle est alors distribuée d'une manière inégale et variable sur le trajet de l'artère. La compression ne se fait jamais de manière qu'elle ne porte que sur le vaisseau ; elle agit toujours plus ou moins sur les parties environnantes qu'elle irrite et qu'elle dispose à un engorgement inflammatoire. Comme l'efficacité des moyens propres à arrêter l'hémorragie dépend de leur action constante et uniforme, la compression la mieux entendue et la plus solidement établie, se dérangeant toujours plus ou moins, ce moyen est souvent insuffisant, et fréquemment l'hémorragie se renouvelle.

Quand une grosse artère est ouverte , la ligature est à préférer à la compression , surtout si l'artère est située profondément et éloignée des os ; presque toujours il se manifeste alors un anévrisme *faux consécutif*.

Cependant la compression est le moyen que l'on met le plus ordinairement en usage. Elle paraît si naturelle qu'en général tout le monde la tente dans une hémorragie manifeste. Qu'un enfant se coupe un doigt, on le voit aussitôt chercher à arrêter le sang par la compression.

La compression peut être tentée avec l'espoir de succès dans les anévrismes vrais , et même c'est par là qu'il faut commencer pour préparer le succès de l'opération par la ligature.

L'artère HUMÉRALE peut être comprimée avec espoir de succès au-dessous des collatérales de l'articulation.

La RADIALE peut aussi être comprimée ; mais la cubitale ne

l'est pas avec le même succès, parce qu'elle est située plus profondément.

La FÉMORALE peut être comprimée avec succès au-dessous de la profonde, dans le cas d'anévrisme de l'artère poplitée.

Si la compression n'a pas toujours eu le succès qu'on avait droit d'en attendre, ne peut-on pas l'attribuer à la pression circulaire qu'on faisait sur le membre, et qui empêchait le sang de passer dans les artères cutanées et même collatérales.

Pour éviter cet inconvénient, il faut employer le tourniquet imaginé par mon ami le professeur DUBOIS, et que M. ESCHARD a publié dans le journal périodique de la société de médecine, t. 16, p. 175. Il consiste en un cercle de fer qui porte sur les deux points diamétralement opposés du membre, et en un demi-cercle aussi en fer auquel on a adapté deux platines et une vis à écrou pareille à celle du tourniquet de *Pett.*

Quand on a fait la compression pour un anévrisme *vrai*, il faut ne pas comprimer au point de suspendre entièrement la circulation dans la partie inférieure du membre. Il est impossible que les vaisseaux collatéraux puissent recevoir tout-à-coup le sang qui se rendait à l'artère malade, et la remplacer dans ses fonctions. Si *Léonard*, épicier, île Saint-Louis, a été guéri de son anévrisme à l'artère poplitée, on doit peut-être l'attribuer à la manière dont il faisait la compression. Le tourniquet ne quittait point la cuisse, et plusieurs fois dans la journée, il le serrait assez pour suspendre les pulsations. J'ai été témoin plusieurs fois, en présence de M. ESCHARD, de cette compression, et quand l'engourdissement devenait fatigant, il relâchait son tourniquet, qui était situé à la partie interne et supérieure de la cuisse.

Si la compression interceptait d'une manière subite la circulation, nécessairement il s'en suivrait la mortification des parties qui reçoivent leur nourriture par le vaisseau, dont la cavité vient d'être détruite. Je sais cependant que la ligature a réussi plusieurs fois dans le cas d'anévrisme *faux*, chez des sujets faibles ou affaiblis par la

perte de sang ; aussi dans le cas de blessure de l'artère *axillaire* et de la *fémorale*, que l'on regarde, avec raison, comme un accident très-grave, souvent mortel, on pourrait, et l'on devrait même tenter la ligature avant de recourir à l'amputation, que l'on a généralement proposée en pareil cas.

La compression doit être continuée jusqu'à ce que l'on ne sente plus de pulsation dans la tumeur, et elle doit être secondée par le repos, la saignée et le régime.

2.^o Les *refrigérens* conseillés par GUÉRIN, n'ont pas toujours réussi comme on devait s'y attendre, d'après ce qu'en dit l'auteur. L'eau froide, le vinaigre peuvent arrêter pour un instant l'effusion de sang, suite de l'ouverture d'une petite *artère* ; mais ces moyens sont insuffisants pour arrêter une hémorragie qui provient d'une grosse artère, et même dans le cas d'un anévrisme quelconque.

3.^o Les *astringents* ne sont pas sans inconvénient, et ils ne peuvent réussir qu'aidés de la compression ; car tout le monde sait aujourd'hui que dans le cas d'anévrisme *vrai*, et même d'anévrisme *faux*, soit primitif, soit consécutif, il faut que le vaisseau soit oblitéré ; et en effet, quel que soit le moyen que l'on a employé, et même dans le cas où l'anévrisme s'est guéri spontanément, le vaisseau anévrismaté est toujours oblitéré jusqu'à la première collatérale. L'agaric de chêne ou de hêtre tant préconisé, auquel on attribuait la vertu d'arrêter l'hémorragie, ne doit son efficacité qu'à la souplesse de son tissu, qui se prête à la forme des parties sur lesquelles on l'applique, et qui y est soutenu par une compression bien faite, qui seule constitue sa vertu astringente.

4.^o La *méthode* de VALSALVA consiste à affaiblir le malade par la saignée, le régime. VALSALVA commençait le traitement par tirer une très-grande quantité de sang, et il diminuait peu-à-peu les aliments et les boissons du malade. Il finissait par ne lui donner qu'une demi-livre de bouillie le matin, et la moitié moins le soir, et de l'eau en très-petite quantité, rendue médicameuteuse avec la gélée de coing ou avec l'ostéocolle réduite en poudre. Lors-

que le malade était affaibli au point de ne pouvoir lever la main de dessus son lit, il lui rendait peu - à - peu les aliments et la boisson, jusqu'à ce que ses forces lui permissent de se lever. La disparition des symptômes de quelques anévrismes qu'il avait traités de cette manière, l'avait assuré de ses succès, et il les avait confirmés par la dissection; car ayant eu l'occasion de faire, quelques années après, l'examen du cadavre d'une personne qui avait eu un anévrisme et qui était morte d'une autre maladie, il trouva l'artère, qui avait été distendue, contractée sur elle-même, et devenue en quelque sorte calleuse.

5.° Les *cautères actuels* ou *potentiels* n'agissent qu'en brûlant ou désorganisant le tissu cellulaire et les parties voisines où ils sont appliqués. Ils forment une escarحة dont la chute peut donner lieu à une nouvelle hémorragie, et ainsi ils ne peuvent être employés que pour arrêter l'hémorragie occasionnée par l'ouverture d'une artère située profondément, qu'il est impossible de saisir avec des pinces, et de comprendre dans une ligature; telle que la ranine ou une artère quelconque située dans le fond de la bouche.

Mais lorsqu'une artère considérable comme *l'humérale*, la *FÉMORALE* a été ouverte par un instrument piquant, et que les tuniques de cette artère sont divisées dans une certaine étendue, ce dont on s'aperçoit par l'hémorragie ou par l'infiltration du sang dans le tissu cellulaire, on doit tenter la compression; et si le lieu du vaisseau ouvert n'est pas favorable, il ne faut pas hésiter de le mettre à découvert et d'en faire la ligature.

6.° La *ligature* est préférable à la compression dans les plaies récentes des grandes artères.

Le succès de l'opération de l'anévrisme dépend des vaisseaux collatéraux. Aussi plus l'anévrisme est ancien et le malade faible, plus il y a espoir de guérison. L'observation a prouvé que les malades qui ont eu des hémorragies très-inquiétantes, que l'on a pu arrêter à temps, ont guéri par l'opération.

L'hémorragie est l'accident le plus à craindre si une artère un peu

considérable est ouverte ; car si l'art ne vient au secours du malade , celui-ci ne tardera pas à périr. Nous avons déjà parlé de plusieurs moyens à employer ; il nous reste à décrire la manière de faire la ligature.

Dans une opération chirurgicale , il faut , autant qu'il est possible , saisir les artères avec une pince à disséquer , et en faire la ligature immédiate [1]. Quand on est un peu exercé , on lie très-aisément même les artères les plus petites. C'est une mauvaise habitude dans une opération chirurgicale de faire mettre le doigt d'un aide sur le vaisseau ouvert , il vaut mieux en faire la ligature immédiatement après la section.

Quand l'opération est finie et la plaie lavée avec de l'eau tiède , le sang ne donne plus , par l'état de spasme qu'éprouve le malade , et par le resserrement de l'ouverture du vaisseau ; mais cet état spasmodique n'est pas de longue durée ; car aussitôt que le malade a repris son calme , ordinairement troublé par l'opération et par la douleur , la circulation se ranime quelques temps après , et l'hémorragie survient. Elle oblige à lever l'appareil pour lier le vaisseau ; ce qui fatigue beaucoup le malade et trouble les suites de son opération , accident que l'on évitera toujours en faisant la ligature immédiatement après la section de l'artère.

L'on ne peut pas toujours faire la ligature immédiate d'un artère ; l'on est obligé alors de pratiquer la ligature médiante ; ce qui arrive assez ordinairement aux plaies faites par des instruments tranchants , où l'on ne voit pas l'ouverture des vaisseaux. Il est alors presque impossible de pincer l'artère et de la lier immédiatement , et l'on est obligé de comprendre dans la ligature les parties environnantes.

[1] C'est à l'illustre PARÉ , restaurateur de la Chirurgie française , que nous sommes redevables d'une application aussi précieuse aux opérations de chirurgie. Avant lui , on avait recours aux cautères actuels et potentiels , pour arrêter les hémorragies.

La forme des aiguilles n'est pas indifférente pour la ligature médiante des artères, il faut leur donner la figure courbe et régulière d'un arc de cercle dans toute leur étendue. Cette courbure est la seule qui soit uniforme dans tous ses points; ensorte que le trajet que se fraie dans les chairs la partie antérieure de l'aiguille, est parcouru sans tiraillement et sans effort par sa partie postérieure. Le trajet que se forme l'instrument suivant une courbure uniforme, le vaisseau que l'on veut lier se trouve partout à une égale distance de la portion de circonférence qui est décrite dans les chairs; par conséquent il faut bien moins d'efforts, et l'aiguille est bien moins sujette à casser. Quant à la grosseur de l'aiguille, elle doit être proportionnée à son étendue demi-circulaire, et assez solide pour ne point se rompre; le corps de l'aiguille doit être applati de sa convexité à sa concavité, ses bords mous, et un peu moins épais à sa pointe qu'à sa partie moyenne; les doigts appuieront solidement sur sa convexité, tandis que le pouce portera sur sa concavité. Sa pointe doit avoir ses tranchants latéraux qui se prolongent vers le corps de l'instrument dans une étendue de douze millimètres; elle ne doit être ni trop mousse ni trop aiguë; trop mousse, elle entrerait difficilement; trop aiguë, elle pourrait s'émousser contre des parties qui offriraient une médiocre résistance. La tête de l'aiguille doit être aplatie dans le même sens que le corps, aussi large que lui, et percée d'une ouverture que l'on nomme œil de l'aiguille; elle doit être assez grande pour que les fils que l'on y engage, puissent y être introduits avec facilité. Cette ouverture sera pratiquée de sa convexité à sa concavité; elle aura une forme quadrangulaire, la portion de l'aiguille comprise entre la tête, et l'œil dont elle est percée, doit être percée du côté de la convexité de l'instrument pour loger le ruban de fil que l'on place dans l'ouverture.

Pour passer un fil avec facilité autour d'une artère, on prend une aiguille courbe enfilée d'un fil ciré, et on la tient de la manière suivante. La partie moyenne et convexe doit être appuyée oblique-

ment sur l'extrémité des doigts indicateurs et du milieu ; le pouce doit porter sur la concavité de la même aiguille, vis-à-vis de l'intervalle des deux autres doigts, en se dirigeant un peu vers le poignet, et sa pointe par conséquent dirigée en sens contraire ; on la portera de la sorte dans les chairs que l'on voudra circonscrire avec le vaisseau, ayant l'attention d'en prendre le moins possible.

Garengeot craignait que les fils ne vinssent à couper l'artère quand on les serrait trop ; maison n'a point cet inconvénient à craindre s'ils sont disposés de manière à former une sorte de ruban. Quand l'aiguille aura pénétré de l'autre côté, et qu'elle aura parcouru la moitié de son trajet, on la prendra du côté de la pointe avec les premiers doigts de la main droite, pour la retirer en lui imprimant un mouvement doux et uniforme, et en la relevant suivant sa courbure, pendant qu'on soutiendra avec l'autre main les lèvres de la plaie, pour prévenir tout tiraillement ; on tirera les fils jusqu'à ce qu'il y ait des deux côtés une portion suffisante pour faire le nœud.

Si l'ouverture était apparente, et le vaisseau ouvert un peu considérable, comme l'artère *humérale*, on y introduirait une sonde de femme, que l'on dirigerait de bas en haut, pour servir non-seulement à soulever un peu le vaisseau, mais encore afin qu'elle indique par sa dureté l'endroit précis qu'il occupe ; on le pince sur la sonde avec le pouce et l'indicateur de la main gauche ; on prend ensuite une aiguille faite comme nous venons de le dire, et enfilée de deux rubans de fil, d'une ligne au moins de largeur, et on la fait passer sous l'artère. Après ce on fait d'abord un nœud simple, et par dessus un second nœud. La plaie est garnie de charpie molette et d'un bandage convenable. Le malade doit garder le repos le plus absolu.

Lorsqu'un anévrisme *vrai* a acquis un volume considérable, et que les moyens indiqués ont été employés sans succès, alors il faut en venir à ce qu'on appelle l'opération de l'anévrisme. Il y a deux manières de la pratiquer. Dans la première, la tumeur est

mise à découvert, incisée dans toute son étendue, et l'artère embrassée par une double ligature en haut et en bas ; dans la deuxième, la poche anévrismale n'est point généralement incisée ; l'on fait seulement une ligature au-dessus.

Dans l'une et l'autre de ces méthodes, on ne doit procéder à l'opération qu'après avoir suspendu le cours du sang dans l'artère malade, soit par le moyen du tourniquet, soit par la pression de l'artère, au-dessus de la tumeur, et l'opération ne doit être faite que lorsque le malade y aura été disposé par les moyens généraux.

L'artère poplitée étant la plus sujette à l'anévrisme, c'est celle-ci que je prendrai pour exemple. Le cours du sang suspendu par le tourniquet, le malade placé sur le bord du lit et couché sur le ventre, on fait une incision, avec un bistouri un peu convexe, dans la direction de l'artère, sans avoir égard à la forme de la tumeur. L'incision doit toujours la dépasser de plus de deux centimètres. Le succès de l'opération dépend en grande partie de cette circonstance ; car, si l'incision n'est pas assez grande, ou cause des douleurs, des dilacérations et des tiraillements souvent funestes, et la grandeur des incisions dans ce cas, n'ajoute rien aux dangers de l'opération. Après avoir incisé la peau, le tissu cellulaire, on parvient au sac anévrismal. Quelques auteurs ont conseillé de disséquer celui-ci, de lier l'artère au-dessus et au-dessous de lui, puis de l'ouvrir et d'en exciser la plus grande partie, après avoir ôté le sang qui y est contenu. Ce moyen est vicieux en ce qu'il rend l'opération plus longue, bien plus douloureuse, et elle expose à détruire des vaisseaux collatéraux, si nécessaires à la libre circulation du sang. Il vaut mieux, quand on est parvenu au sac anévrismal, plonger la pointe du bistouri dans sa partie supérieure ; on pénètre jusqu'au caillot, et on divise la tumeur dans toute son étendue. A peine l'incision est-elle faite, que le sang fluide contenu dans la tumeur, jaillit à une certaine hauteur, ce qui pourrait en imposer au jeune chirurgien, et lui faire croire qu'il vient

de ce que le tourniquet n'est point assez serré, s'il n'en était prévenu. Après avoir enlevé le sang coagulé qui s'y trouve contenu, il faut chercher l'orifice supérieur de l'artère pour y introduire une algalie de femme, laquelle fait connaître la situation de l'artère, et sert à diriger l'aiguille destinée à passer les deux ligatures. Lorsqu'elles sont passées avec les précautions décrites plus haut, et en évitant de comprendre le nerf, on serre la première ligature par deux nœuds simples, après on porte la sonde dans l'orifice inférieur de l'artère, et l'on repasse deux fils comme on a fait supérieurement. Si l'embonpoint du malade empêchait de passer aisément l'aiguille, l'on pourrait se servir de celle que M. DESCHAMPS a fait graver dans son traité de l'anévrisme. Pour faire les nœuds on prend les fils de chaque main, en les tirant transversalement sur l'extrémité des pouces profondément enfoncés dans la plaie. Pour s'assurer si le nœud est assez serré, on fait lâcher le tourniquet, et si le sang ne donne plus, on arrête le premier nœud en en faisant un second par dessus. Si le sang donnait malgré la forte pression que l'on aurait faite sur l'artère, il faudrait se servir du serre-nœud de M. DESCHAMPS. Les ligatures faites, le sang arrêté, on rassemble les fils qui ont servi à la ligature; on les tord un peu pour les distinguer des autres ligatures de précaution, et on les met dans de petites compresses. La plaie est remplie de charpie fine, avec l'attention de ne point tamponner. On entoure le membre de compresses, lesquelles sont assujetties par une bande roulée et médiocrement serrée.

La cuisse et la jambe sont placées dans la demi flexion, et appuyées sur un coussin rempli de bales d'avoine, et l'on entoure la moitié inférieure de la cuisse, et la jambe de sachets de sable fin et chaud. Ces sachets ne doivent pas être trop pleins, parce qu'ils seraient durs et n'envelopperaient pas exactement le membre.

Les sachets de sable sont préférables aux compresses mouillées dont on enveloppe le membre pour conserver la chaleur; car les liqueurs spiritueuses qu'on emploie s'évaporent et se refroidissent

trop promptement. Si le malade est irritable, on lui donnera une potion anti-spasmodique et des boissons délayantes.

Malgré toutes les précautions que l'on a prises pour faire la ligature, quelquefois l'hémorragie revient le 3.^e, le 4.^e ou 5.^e jour, et force de lever l'appareil. Il faut examiner avec attention d'où vient le sang, et pour s'en assurer il faut chercher à porter un stilet dans l'ouverture supérieure ou inférieure de l'artère. L'hémorragie est due à ce que les parties qui ont été comprises dans la ligature avec l'artère, ou bien l'artère elle-même, ont pu être coupées par les fils trop fortement serrés. Dans ce cas, on procède à une nouvelle ligature au moyen des fils d'attente. Du trois au quatrième jour on lève les bandes et les compresses, on ôte de la charpie tout ce qui peut se détacher sans mettre la plaie à nu, et on attend que la suppuration ait détaché le reste pour l'enlever. La plaie est pansée avec des plumaceaux enduits de digestif simple, et s'il n'arrive aucun accident, on la panse comme une plaie simple. Du dix au quinzième jour, les ligatures sont tombées; s'il en restait encore, on ne risquerait rien alors de les ôter. Pendant le reste de la cure, on fera exécuter de légers mouvements à l'articulation.

Le deuxième procédé d'opérer l'anévrisme *vrai*, consiste à inciser et à lier l'artère malade au-dessus de la tumeur, plus ou moins loin de celle-ci. GUILLEMEAU est le premier qui l'ait tentée. Ayant à traiter un anévrisme survenu au pli du bras, à la suite d'une saignée, il incisa la peau au-dessus de la tumeur, passa une aiguille sous l'artère ouverte, et la lia en faisant un double nœud: après quoi il ouvrit le sac et en nettoya la cavité. Ce mode d'opération réussit très-bien, et le malade guérit, en conservant la mobilité de son bras.

ANEL, pendant son séjour à Rome, ayant eu occasion de traiter un moine attaqué d'anévrisme, fit aussi la ligature de l'artère au-dessus de la tumeur anévrismale, mais il n'ouvrit point celle-ci, qu'il laissa dans son intégrité; et cette modification du procédé de GUILLEMEAU a été depuis adoptée par les praticiens les plus re-

commandables. Il procéda à l'opération de la manière suivante. Il fit une incision au-dessus de la tumeur, au moyen de laquelle il parvint, non sans peine, à mettre l'artère à nud, et à la séparer d'avec les parties voisines et le nerf, et il la lia le plus près qu'il fut possible de la tumeur. Une seconde ligature fut placée au-dessus de la première, et il n'en fit pas au-dessous de la tumeur, qui diminua sensiblement, au point que dans la suite il n'en resta pas le moindre vestige. Les deux ligatures tombèrent, l'une le dix-huitième jour, l'autre le vingtième, et le malade fut guéri.

Cette opération avait été abandonnée, lorsque l'illustre *Desault*, au mois de juin 1785, en fit l'essai pour un anévrisme de l'artère poplitée; mais au lieu de lier le tronc *fémoral* au jarret, il le lia à son trajet sur la face antérieure ou *rotulienne* de la cuisse. Sur ce malade, l'artère collatérale supérieure ou interne était dilatée au point qu'on en sentait les pulsations, circonstance très-favorable pour l'opération à laquelle *Desault* procéda de la manière suivante: Il fit une incision oblique de dehors en dedans, et de haut en bas, sur la *fémorale*, le plus près possible de l'ouverture du muscle *ischio-fémoral* (troisième aducteur), tant il était persuadé que plus il s'approchait de la tumeur, plus il laissait de collatérales. Il mit cette artère à découvert, et il en fit la ligature. Le pansement fut simple. Trois heures après le malade éprouva dans les jambes un léger sentiment de froid, mais il dura peu de temps, et la fièvre symptomatique qui s'éleva ne fut pas très-forte. *Desault* avait placé sur l'artère un fil d'attente au dessus du premier, pour faire au besoin une seconde ligature. Le dix-huitième jour les ligatures tombèrent. Les battements ne se firent plus sentir, et l'opération réussit. Quelques jours après il se manifesta à l'endroit de la tumeur un petit dépôt dont l'ouverture fut bientôt cicatrisée. Six mois après le malade éprouva de vives douleurs à la partie antérieure et inférieure de la jambe; il y parut un abcès assez volumineux, que *Desault* ouvrit, et il trouva une partie assez considérable du tibia nécrosée

que l'on enleva ; mais le malade mourut deux mois après cette dernière opération. M. BOYER injecta le membre avec la plus grande attention, et l'on trouva les collatérales très-volumineuses. Le nerf sciatique avait acquis beaucoup de volume.

Le douze octobre de la même année, Jean HUNTER, à Londres, ayant à traiter un anévrisme de l'artère poplitée, opéra par le même procédé, mais il découvrit le tronc *fémoral* beaucoup plus haut que ne l'avait fait *Desault*, à la partie moyenne et antérieure de la cuisse où il est plus facile d'en faire la ligature, parce qu'il est situé peu profondément au-dessous du muscle *ilio prétibial* (communément couturier). Il y fit quatre ligatures peu distantes les unes des autres, auxquelles il donna divers degrés de constriction, de manière que la dernière seule, qui était l'inférieure, étranglait complètement l'artère. Les fils furent placés vers le milieu de la plaie, dont les bords furent rapprochés et maintenus en contact au moyen de bandelettes agglutinatives, par dessus lesquelles on mit une petite quantité de charpie et un bandage ordinaire peu serré. Il ne resta après l'opération qu'un sentiment de stupeur et de frémissement, qui se dissipa en trois heures. Il s'établit une légère suppuration à l'endroit de la plaie à laquelle répondaient les fils, et elle se cicatrisa dans les autres endroits. Le neuvième jour, il survint une légère hémorragie ; l'application du tourniquet de *Petit* sur la plaie pendant dix minutes de temps suffit pour l'arrêter. Le vingtième jour, les ligatures tombèrent, et la plaie se ferma en entier. Au dixième mois, la tumeur avait presque entièrement disparu.

On a fait plusieurs essais de ce genre à Paris, à l'hôpital de la Charité, et M. DESCHAMPS est celui qui en a obtenu le plus de succès. Je crois devoir entrer dans le détail des avantages et des inconvénients respectifs de la méthode dite ancienne, et de celle que l'on connaît sous le nom de HUNTER, quoique ANEL, chirurgien français, soit le premier qui l'ait pratiquée.

Pour bien juger ces deux procédés, je vais les considérer sous deux rapports, 1.^o sous celui de l'incision et des accidents inflam-

matoires qu'elle détermine; 2.^o sous celui de l'interception du cours du sang dans le tronc principal de l'artère, et des ressources de la nature pour rétablir la circulation dans les parties situées au-dessous de la tumeur anévrismale.

Le procédé ordinaire exige une incision longue et profonde, et malgré cela, l'on ne peut placer la ligature qu'avec beaucoup de peine et en excitant de grandes douleurs; mais on conserve presque toutes les artères collatérales, et il a, sous le rapport du rétablissement de la circulation, un avantage marqué sur les autres procédés.

Dans le procédé d'*Anel*, l'incision est moins étendue, et le passage des ligatures plus facile et moins douloureux. En effet, on choisit pour les placer l'endroit où l'artère est recouverte d'une moins grande quantité de parties molles; et ses résultats, quant à la circulation, sont à-peu-près les mêmes que dans le procédé ordinaire; mais il mérite la préférence sous le rapport de la douleur, du spasme et de toutes les suites de l'inflammation.

Sous le rapport de la circulation, les procédés de *Desault* et de *Hunter* paraissent moins favorables, parce que depuis le lieu de la tumeur jusqu'à celui où l'on place les ligatures, toutes les artères collatérales sont perdues pour le passage du sang, ce qui expose bien plus le membre à être gangrené.

Le procédé de *Hunter* a pour avantage une incision moins grande, le passage de la ligature plus facile et moins douloureux, et il est à préférer, quand la tumeur a acquis un volume et une étendue énorme, et qu'elle se propage très-haut.

7.^o Si l'anévrisme est situé trop haut, et si l'on craint que la ligature ne fasse tomber le membre en gangrène, le plus sûr moyen est de faire l'amputation. On a voulu faire la compression et même la ligature au-dessous de la tumeur, mais l'on a été forcé de l'abandonner, parce que les pulsations devenaient plus fortes dans la tumeur anévrismale; qu'elles en augmentaient le volume

et en faisaient craindre la rupture. La seule ressource, dans ce cas, serait de tenter la méthode de VALSALVA.

PROPOSITIONS

SUR DIVERS OBJETS DE MÉDECINE.

I.

Les membranes tapissent toutes les cavités, tous les canaux, tous les réservoirs; elles en constituent même entièrement plusieurs; elles enveloppent, revêtent la surface de tous les organes, y sont attachées d'une manière plus ou moins serrée, forment quelquefois à leur pourtour ou dans leur intérieur des prolongements, des cloisons, des gâines, des plicatures, des brides qui tantôt servent à soutenir l'organe, à conserver sa forme, ses divisions, sa situation, et qui d'autres fois permettent son ampliation, son développement; enfin, par leur connexion intime avec les organes essentiels pour l'entretien de la vie, elles coopèrent à leur action, à leur structure. Ainsi, dans l'organisation animale, les membranes remplissent des objets très-différents, très-importants: elles sont d'ailleurs le siège d'un grand nombre de maladies aiguës ou chroniques, souvent opiniâtres, quelquefois très-graves. Il importe donc beaucoup au médecin d'en connaître la texture, la disposition, les propriétés, les usages.

II.

Le nombre des membranes est très-considérable, et elles diffèrent beaucoup par leur couleur, leur texture, leur forme, leur étendue,

leur consistance ; les unes sont minces, diaphanes ; d'autres sont épaisses, opaques ; quelques-unes sont très-extensibles , d'autres au contraire sont plus ou moins résistantes. Plusieurs sont *unifoliées* ; d'autres sont *bi* ou *multifoliées*, c'est-à-dire, composées de deux ou plusieurs feuilletts ; mais en considérant la nature de la substance qui en forme la trame essentielle [1], on en distingue six genres ; savoir :

GENRE I.^{er} MEMBRANES LAMINEUSES, *membranæ laminosæ*, celles qui sont uniquement formées par des fibres planes ou laminaires plus ou moins intimement serrées, que l'on peut facilement séparer par la dissection, l'insufflation, la macération, et réduire en tissu cellulaire : ces membranes sont plus ou moins denses, opaques, extensibles ; leurs surfaces sont également garnies de filaments laminaires qui s'attachent aux parties adjacentes, pénètrent dans leur tissu, et sont en même temps un moyen de contention, de séparation et de connexion ; telles sont, 1.^o la *tunique des muscles*, que les anciens ont appelée *membrane commune* et d'autres *membrane propre* ; 2.^o cette couche blanchâtre et serrée, que dans les viscères creux on nomme communément *tunique nerveuse* ; 3.^o ces *kystes* plus ou moins denses et compacts qui circonscrivent quelques tumeurs.

GENRE II. MEMBRANES SÉREUSES, *villieuses simples*, *membranæ serosæ*, essentiellement composées de capillaires séreux qui se divisent, s'enlacent, et forment un réseau d'anastomoses réciproques.

[1] La dénomination d'une membrane ne doit point être tirée de la nature de l'excrétion qui s'y opère habituellement, comme l'ont fait quelques-uns qui n'ont pas saisi les principes de la méthode anatomique. Ainsi, une membrane ne doit point être appelée *muqueuse*, *sébacée*, parce qu'il s'y fait une excrétion de mucus ou de fluide gras ; car ces excrétions changent par mille circonstances ; et si nous nommons une membrane *séreuse*, ce n'est pas parce qu'il s'y fait une perspiration de sérosité, mais parce qu'elle est essentiellement composée de *capillaires séreux*,

Ces membranes sont minces, diaphanes, incolores, élastiques, perspirables, peu extensibles : une de leurs faces est garnie de filaments laminaires, et attachée d'une manière plus ou moins intime aux parties adjacentes ; l'autre, qui paraît lisse, polie, est humectée d'un fluide séreux, et présente une infinité de pores, de très-petites villosités, qui sont les extrémités et les orifices des vaisseaux, dont les uns sont *perspiratoires*, et les autres *absorbants* ; telles sont le *péritoine*, les *plèvres*, la *tunique péritonéale*, les *membranes synoviales* des articulations, des coulisses tendineuses : on peut rapporter à ce genre le *korion* et l'*amnios*.

GENRE III. MEMBRANES FOLLICULEUSES, *villenses* composées, *membranæ folliculosæ*. Outre un grand nombre de capillaires séreux perspiratoires et absorbants, ces membranes sont parsemées de follicules plus ou moins rapprochés, de ramuscules sanguins et nerveux, quelquefois disposés en papilles ou pinceaux ; ce qui les rend plus ou moins rouges et sensibles. Une de leurs faces est attachée aux parties adjacentes par un tissu lamineux plus ou moins abondant ; l'autre est enduite d'un fluide lubrifiant fourni par les orifices des follicules, et qui diffère suivant la nature et l'usage de la membrane ; disposition qui en fait distinguer deux espèces différentes :

1.° *A follicules sébacés* : la PEAU, enveloppe générale du corps ; membrane composée, 1.° du *derme*, qui en forme le corps et l'épaisseur ; 2.° de l'*épiderme*, qui en forme la surface extérieure ; membrane à laquelle sont implantés les *poils*, les *ongles*, et dans les animaux, diverses productions cornées qui croissent et se nourrissent principalement par leur base.

2.° *A follicules muqueux* : les membranes qui tapissent l'intérieur des organes creux. La surface de ces membranes, qui paraît *spongieuse*, *tomenteuse*, *veloutée*, est dans quelques endroits recouverte d'une lame *épidermoïde*, et dans d'autres simplement d'un enduit muqueux : on peut rapporter à ce genre l'*uvée*.

GENRE IV. MEMBRANES MUSCULEUSES, ou charnues, *membræ*

næ musculosæ, essentiellement formées par des fascicules de fibres musculaires souvent parallèles, d'autres fois entre-croisées. Ces membranes sont molles, plus ou moins rouges, et éminemment contractiles; telles sont les couches fibreuses situées dans l'épaisseur de l'estomac, de l'intestin, de la vessie, etc.

GENRE V. MEMBRANES ALBUGINEUSES, *membranæ albuginosæ*; formées par des faisceaux de fibres albuginées: ces membranes sont blanches, opaques, fermes, très-élastiques, très-résistantes, peu extensibles. Leurs surfaces sont luisantes, satinées, également garnies de filaments laminaires; elles forment une enveloppe qui contient le tissu de l'organe, en conserve la forme, en soutient l'action; quelquefois elles fournissent des gâines, des prolongements qui pénètrent dans la substance de l'organe: telles sont le périoste, la sclérotique, la capsule albuginée du testicule, la méninge, etc. On doit rapporter à ce genre les diverses aponévroses qui forment une enveloppe contentive aux muscles des membres, les gâines des tendons, etc.

GENRE VI. MEMBRANES ALBUMINEUSES OU COUENEUSES, *membranæ albuminosæ*, essentiellement formées par l'excrétion des sucs albumineux ou glutineux qui se concrètent, adhèrent aux surfaces perspiratoires, y font une couche plus ou moins molle, épaisse, résistante. Ces membranes sont susceptibles de se régénérer; quelques-unes ne présentent aucune texture lamelleuse, fibreuse ou vasculaire, comme l'épiderme, l'épithélium, le périglossis, la couche molasse qui se trouve sur la conjonctive, ces concrétions accidentelles qui se forment par l'action morbide dans la trachée, le pharinx, etc. et en prennent la figure; d'autres sont parsemées, pénétrées de ramuscules vasculaires: telles sont l'épikorion, quelques espèces d'adhérences, de cicatrices anciennes, etc.

I I I

On peut, au moyen d'une irritation à une surface perspiratoire, déterminer en quelque sorte à volonté dans un animal vivant, la

formation d'une membrane albumineuse ; on peut aussi , par différens procédés et avec un grand nombre de substances végétales ou animales , former artificiellement de ces couches membraniformes , qui par leur ténuité , leur diaphanéité , leur ténacité , se rapprochent beaucoup de l'épiderme , des membranes , de ce genre , et en présentent toute l'apparence même au microscope.

I V.

Quelques écrivains qui donnent leurs rêveries pour des observations , ont imaginé que toutes les membranes du corps tiraient leur origine des deux enveloppes de l'encéphale , que d'après cette opinion hypothétique ils ont nommées *dure-mère* et *pie-mère* ; ainsi ils disaient qu'en sortant du crâne pour accompagner les nerfs , la *dure-mère* fournissait d'abord une expansion sur le crâne , qui en se prolongeant embrassait tous les os , en formait le périoste ; que parvenues à l'extrémité des nerfs , la *dure-mère* et la *pie-mère* s'en détachaient et formaient de nouvelles expansions , qui étaient l'origine de toutes les membranes , etc. D'autres ont imaginé que la membrane interne de l'estomac est une continuation de la peau , qui , à l'ouverture de la bouche , se replie , s'enfonce dans sa cavité , en tapisse la surface , se prolonge ensuite le long de l'œsophage , tapisse l'estomac , et s'étend tout le long de l'intestin pour se terminer à l'anus. Mais ces considérations hypothétiques , dont on retrouve l'origine et le développement dans les médecins arabes , que *Bonn* avait rappelées dans sa dissertation de *continuationibus membranarum* , et qu'on a cherché à faire revivre dans ces derniers temps en les appuyant d'explications verbeuses , d'expériences imaginaires , sont entièrement contraires à la véritable disposition des parties : en effet , dans l'homme , la membrane interne de l'estomac est bien différente de celle de l'œsophage. Une trace de séparation entre ces deux membranes est marquée d'une manière sensible. Dans les chevaux , dans les oiseaux gallinacés , cette limite est encore mieux

marquée, puisque la membrane interne de l'estomac est, dans ces animaux, d'un tissu, d'une nature entièrement différente : et dans les fœtus monstrueux qui naissent sans ouverture extérieure, comment la peau aurait-elle pu se replier pour aller former la membrane interne des viscères creux ? Enfin, si dans quelques cas une maladie paraît se porter de la peau aux membranes internes, ce n'est pas parce que ces membranes sont continues, comme on l'a dit. Ne voyons-nous pas tous les jours cette éruption pustuleuse que l'on a désigné sous le nom de *zoster* ou *zona*, former une ceinture au pourtour de l'abdomen, ou seulement à un de ses côtés sans s'étendre au-delà, et ce n'est certainement pas par défaut de continuité de la peau que dans ce cas l'effection reste bornée à un seul côté : rejetons donc toutes ces interprétations puériles et hypothétiques, et n'oublions jamais ce sage précepte de BACON, *non fingendum, sed inveniendum.*

V.

Tous les organes creux, composés de plusieurs membranes superposées, qui sont d'un tissu différent, sont très-sujets à des prolongements *sacciformes*, que l'on désigne communément sous le nom d'*appendices digitales* ou *herniaires*, parce qu'on les a comparées à un doigt de gant, ou au prolongement formé par la péritoine dans une hernie abdominale.

On a depuis longtemps observé ce genre d'altération à quelques-uns des points de l'intestin. LITRE, RUYSCH, etc., en ont donné des figures, et il n'est point d'anatomiste un peu exercé qui ne pût en rapporter des exemples plus ou moins remarquables. Plusieurs fois nous avons trouvé, dans nos dissections, sur une même portion d'intestin deux ou trois de ces appendices. Nous avons vu, dans le cabinet de feu M. DE LA FAYE, une portion de l'iléon de la longueur de 60 centimètres (environ 22 pouces), sur laquelle on comptait quinze de ces appendices, d'une forme et d'un volume différents.

Il n'est pas fort rare de trouver de semblables prolongements

sacciformes à la vessie urinaire : ils sont quelquefois très-nombreux, mais très-petits, et forment seulement des cellules propres à recevoir l'extrémité du petit doigt ; d'autres fois, ils sont plus étendus, de manière à former, en quelque sorte, une seconde vessie, comme TENON en rapporte un exemple, ACADEMIE DES SCIENCES, 1768. Outre ces différents cas, et quelques autres analogues, rapportés par différents écrivains, et que nous confirmons par nos propres observations, nous avons vu deux fois de semblables prolongements *sacciformes* à l'estomac ; l'un au corps et au milieu de cet organe, près sa grande courbure, l'autre près son extrémité splénique. Deux fois aussi nous avons observé ce mode d'altération à l'œsophage, et en ventose dernier, nous avons été consultés par MM. DEMANET et BEYTS, médecins de Gand, pour M. P. . . . , qui, depuis plus de quinze ans, éprouvait, après avoir mangé, une sorte de rumination qui ramenait à la bouche une partie des aliments qu'il avait pris, il fut enfin attaqué de douleurs, de difficulté très-grande dans la déglutition, et mourut dans l'émaciation la plus grande. A l'ouverture du cadavre, on trouva sur la partie latérale de l'œsophage un sac membraneux qui communiquait avec la cavité de l'œsophage, dans lequel les aliments s'introduisaient, et qui, par sa forme, sa direction, sa distension, comprimait l'orifice de l'estomac, et empêchait l'entrée libre des aliments. On trouve un cas à-peu-près semblable rapporté par M. LUDLOW, chirurgien de Bristol, dans le volume III des *Medical Observations and inquiries*, page 85. Ce genre de maladie de l'œsophage a aussi été observé plusieurs fois sur des chevaux, et on en trouve quelques exemples dans le cabinet de l'école vétérinaire d'Alfort où on les désigne sous le nom d'*œsophage en jabot* [1].

[1] Ces propositions sont extraites des Leçons du professeur CHAUSSIER.

Explication des planches.

Ces deux planches qui sont tirées du cabinet du professeur CHAUS-
SIER, et qui ont été dessinées d'après nature, et gravées par le C.
MORIN, aide d'anatomie de l'Ecole de Médecine, sont spéciale-
ment destinées à faire connaître la forme, la disposition des appen-
dices ou prolongements *sacciformes* qui surviennent quelquefois
à l'œsophage, et qui deviennent par la suite causes d'accidents
très-graves.

LA PLANCHE 1.^{re} représente une pièce qui souvent a été mon-
trée dans les cours publics d'anatomie de l'Ecole de Médecine.

LA FIG. 1.^{re} qui est copiée de SANTORINI, *tabulæ anatomicæ*,
septim. decuria, représente le pharynx et une petite portion de
l'œsophage vus par derrière. On a placé cette figure, dont on ne
donnera pas ici l'explication, pour rappeler la disposition des fais-
ceaux musculeux du pharynx et du commencement de l'œsophage,
afin que l'on pût mieux saisir comment, dans un effort de déglu-
tition, de contraction, les faisceaux musculaires pouvaient s'écar-
ter et donner passage à la membrane interne qui est toujours lâche
et très-extensible. On voit, d'après la disposition même des parties,
que ces prolongements *sacciformes* doivent être, dans l'homme,
plus fréquents au pharynx et à la partie supérieure de l'œsophage,
que dans le reste de son étendue. Aussi dans le cas rapporté par
LUDLOW, et dans la pièce que l'on a fait voir aux leçons de l'Ecole,
le prolongement *sacciforme* se trouvait au pharynx, à la hauteur
du larynx, et dans l'endroit très-bien exprimé dans la figure de SAN-
TORISSI par la disposition oblique des faisceaux musculeux.

LA FIG. 2.^{re} représente la pièce qui a été montrée dans les cours de
l'Ecole.

a. L'hyoïde, en situation, dont les petites branches ou *cornicules*,
comme on les appelle vulgairement, sont plus longues et plus sail-
lantes que dans l'état ordinaire.

b. Le larynx.

c. Portion de la trachée artère.

d. Portion de l'œsophage.

e. Le prolongement ou l'appendice *sacciforme*, produit par la membrane interne de la fin du pharynx qui s'est engagée entre les faisceaux musculaux, et y a pris peu-à-peu un grand développement par les efforts successifs de la déglutition.

Nota. Dans cette figure, l'appendice *sacciforme* est représentée dans un état de dilatation, et comme elle est dégagée de toutes les parties environnantes, elle est à-peu-près sphéroïde; et on sent très-bien que dans le sujet vivant ou dans le cadavre, cette appendice forme un sac oblong situé derrière l'œsophage et appuyé sur le corps des vertèbres.

LA PLANCHE II représente cette même maladie observée sur des chevaux.

A. B. C. L'estomac du cheval vu par sa face antérieure.

A. Portion de l'œsophage.

B. L'appendice *sacciforme* ou le jabot accidentel, formé par le prolongement de la membrane interne qui a passé à travers l'écartement des faisceaux de l'œsophage.

C. Le pylore.

A. B. C. La même pièce vue par la face postérieure, et sur laquelle on remarque la disposition de l'artère *stomo-gastrique*, qui se contourne pour embrasser principalement l'orifice œsophagien de l'estomac.

A. Portion de l'œsophage.

B. L'appendice *sacciforme*.

C. Le pylore.

APHORISMES D'HIPPOCRATE

Sur le Spasme ou la Convulsion.

I. Le spasme est produit ou par pléthore ou par évacuation, *υπο πλήρωσις ή κινωσις*; il en est de même du hoquet [§. vii, aph. 39.]

II. L'hellébore est dangereux pour ceux qui se portent bien ; il leur cause des spasmes. [§. iv, aph. 57, et dans le livre des Maladies, n.º 6.]

III. Spasme causé par l'hellébore ; mortel. [§. iv, aph. 1, et dans les Prénotions de Cos, n.º 24, §. iv.]

IV. Spasme survenant à une blessure ; mortel. [§. iv, aph. 2, et §. iii des Prénotions de Cos, n.º 81, 382.]

V. Spasme ou hoquet survenant à un grand écoulement de sang ; mauvais. [§. v, aph. 3, et §. iii des Prénotions de Cos, n.º 57.]

VI. Spasme ou délire, *παραφροση*, survenant à un grand écoulement de sang ; mauvais. [§. vii, aph. 9.]

VII. Spasme et lypothymie dans les pertes utérines ; mauvais. [§. v, aph. 56.]

VIII. Spasme ou hoquet survenant à une superpurgation, *υπερκαθαρσει* ; mauvais. [§. v, aph. 4, et §. iv des Prénotions de Cos, n.º 22.]

IX. Spasme ou délire survenant à l'insomnie, *επι αγρυπνή* ; mauvais. [§. vii, aph. 18.]

X. Dans les fièvres aiguës, spasmes et douleurs violentes aux viscères ; mauvais. [§. iv, aph. 66, et en partie dans les Prénotions de Cos, §. ii, n.º 207.]

XI. Dans les fièvres, frayeurs dans le sommeil ou spasmes ; mauvais. [§. iv, aph. 67.]

XII. Dans les fièvres, respiration entrecoupée, πνευμα προσκοπτον; mauvais; présage de spasme [§. IV, aph. 68] [1].

XIII. Vomissement, hoquet, spasme ou délire survenant à l'ileus, mauvais. [§. VII, aph. 10.]

XIV. Un homme ivre qui perd tout-à-coup la voix, meurt dans les spasmes, si la fièvre ne lui survient pas, ou s'il ne recouvre pas la parole au temps vers lequel l'ivresse finit ordinairement. [§. V, aph. 5.]

XV. Ceux qui sont attaqués du tétanos meurent souvent en quatre jours; mais s'ils passent le 14.^e, ils en réchappent [Ibid. aph. 6.]

XVI. Le froid [2] cause des spasmes, des tétanos et des frissons fébriles. [Ibid. aph. 17, et dans le livre de l'usage des liquides.]

XVII. Le froid est nuisible aux plaies [3], il condense la peau, produit des douleurs qui ne sont point suivies de suppuration, cause des lividités, des frissons fébriles, des spasmes, le tétanos. [Ibid. aph. 20, et dans le livre de l'usage des liquides.]

XVIII. Cependant si le tétanos est sans plaie, dans un homme jeune, fort, et au milieu de l'été, l'affusion d'une grande quantité d'eau froide excite la chaleur; et dans cette affection, la chaleur est un moyen de guérison. [Ibid. aph. 21.]

XIX. Lorsque les plaies sont accompagnées de gonflement ou grande tuméfaction, il survient rarement spasme ou délire; mais si la tuméfaction disparaît tout-à-coup, les blessés seront exposés aux spasmes ou au tétanos, si la plaie est située en arrière; et ils

[1] CELSE, lib. II, cap. 17, a traduit cet aphorisme de la manière suivante, *quorum faucibus in febre illiditur spiritus, instat his nervorum distentio.*

[2] Quelques-uns lisent, l'eau froide, mais le texte porte seulement *ψυχρον*. Cependant dans le livre de *l'Usage des choses humides ou des liquides*, il est expressément fait mention de l'eau froide.

[3] Le texte porte *ελκεσι*; mais le mot *ελκος*, qui signifie strictement ulcère, est souvent employé par *Hippocrate* pour désigner une plaie suppurante.

pourront avoir délire, suppuration au côté, ou dysenterie, si la plaie est située en devant : ces accidents arrivent surtout lorsque la tuméfaction est rouge et *érysipélateuse*. [*Ibid.* aph. 65, et *Epid.*, liv. II, §. III, n.° 129.]

XX. Spasme ou tétanos survenant après de grandes chaleurs ; mauvais. [1] [§. VII, aph. 10.]

XXI. Dans les affections mélancholiques, les métastases sont dangereuses ; elles peuvent produire l'apoplexie (la paraplégie, dit *Rieger*), le spasme, la manie ou la cécité. [§. VI, aph. 56.]

XXII. Il vaut mieux que la fièvre survienne au spasme, que le spasme à la fièvre. [§. II, aph. 26, et dans le livre des Crises, etc.]

XXIII. Dans le spasme et le tétanos, la fièvre qui survient dissipe ces maladies. [§. IV, aph. 57, et dans le livre des Maladies, n.° 6.]

XXIV. A l'époque de la dentition, les enfants éprouvent une irritation douloureuse aux gencives, des fièvres, des spasmes, des diarrhées. Ces accidents arrivent principalement lorsque les dents angulaires commencent à sortir, aux enfants replets (trop nourris), et à ceux qui sont constipés. [*Ibid.* aph. 25.]

XXV. Ceux qui ont une fièvre quarte éprouvent rarement des spasmes pendant son cours. Bien plus, ceux qui éprouvent des spasmes en sont délivrés, s'il leur survient une fièvre quarte. [§. V, aph. 70, et à peu près de même dans le livre VI des *Epid.*, §. VI : n.° 16.]

[1] Quelques-uns lisent après de grandes plaies ; mais outre que le texte du plus grand nombre des exemplaires exprime la chaleur, il est constant que le tétanos survient très-souvent après de petites plaies.

