

Chirurgiens d'armée et artère fessière une longue liaison : à propos de la biographie de Paul-Athanase Champenois *

par J. de SAINT-JULIEN ** et J.-L. PLESSIS ***

Il est une citation bien classique qui veut que "la plaie du cœur soit l'urgence que tout chirurgien souhaite et redoute à la fois" son extrême gravité est évidente mais la satisfaction que l'on retire de sa guérison est considérable et contribue à la notoriété. Il n'en va pas de même de la plaie de la région fessière : le siège, et c'est bien le mot, en est moins noble, mais ses dangers sont redoutables.

En 1930, Huard, Montagne et Pales ont consacré à ces lésions un travail du laboratoire d'anatomie de l'Ecole d'Application des Troupes Coloniales considérant qu'il était licite de rappeler, écrivent-ils, des faits généralement perdus de vue : ils ont alors remis en valeur ce qu'ils qualifient de "maître travail", c'est-à-dire de publication princeps, une communication de Champenois exhumée des *Archives de médecine et de pharmacie militaire* de 1871. Ce retour en arrière justifie notre titre mais nous n'avons pas la prétention de faire une étude exhaustive de l'histoire du traitement des plaies de l'artère fessière.

Cependant quelques étapes sont à marquer : d'après Champenois lui-même, la première ligature aurait été pratiquée au milieu du XVIII^e siècle, puis par Bell, chirurgien écossais en 1808. Ce serait en 1833, à la suite de l'observation de Carmichaël de Dublin qu'elle aurait pris rang parmi les interventions réglées.

Nous avons cité tout à l'heure "1871", passons d'une guerre à l'autre pour nous référer à ce qu'écrivit Abadie en 1917 dans la fameuse collection "horizon" de chirurgie de guerre. Il rappelle la constante gravité des plaies de la fesse qui dépassaient la peau. "Lorsque les éclats métalliques pénètrent dans les masses musculaires par un orifice cutané parfois ponctiforme, on trouve des délabrements considérables... Il semblerait que les tissus musculaires fessiers n'offrent qu'une résistance quasi nulle". On peut donc dire ceci "Plaie de fesse, fesse bombée, hématome : gare à la bouillie musculaire et à la gangrène, gare à la rupture de l'ischiatique ou de la fessière ; plaie de la fesse sans projectile perçu, fesse plate, gare à la pénétration abdominale". C'est le drame des

* Comité de lecture du 26 avril 1997 de la Société française d'Histoire de la Médecine.

** E.A.S.S.A. Val-de-Grâce, 1 Place Laveran, 75005 Paris.

*** 16 rue Desse, 33000 Bordeaux.

plaies abdomino-pelvi-fessières bien étudiées pendant la guerre d'Indochine par Delom, Mattei et Hervé. Mais il faut revenir à Champenois : comment son nom est-il parvenu jusqu'à nous ? Et sous quelle apparence demeure celui que Huard estimait "si injustement oublié".

Il est à la fois facile et surprenant de retrouver cet auteur cité dans Testut et Latarjet où nous lisons : "L'artère fessière est accolée à la voûte sacro-iliaque, elle y détermine une empreinte mais est facilement clivable du plan osseux. Elle longe les insertions supérieures du muscle pyramidal. Du côté externe, on rencontre de dehors en dedans le grand fessier et l'aponévrose du moyen fessier unie au grand ligament sacro-sciatique". Cette union constitue le tendon commun des muscles de la fesse selon Huard qui décrit également ce qu'il a appelé la tâche tendino-vasculaire à la face profonde du grand fessier qui est tapissée par plusieurs rameaux de la branche superficielle de l'artère et de la veine fessière. C'est après avoir traversé ce plan que l'on rencontre celui du moyen fessier et du pyramidal "souvent séparés" écrit Testut par une formation aponévrotique, c'est la bandelette de Champenois que traverse la branche superficielle de la fessière. En réalité comme l'a décrit Merz, cette formation fibreuse réunit plus souvent qu'elle ne sépare les deux muscles. Le tronc de la fessière émerge plus profondément et méconnaître la bandelette fibreuse et s'éloigner du plan osseux expose à ne ligaturer que la branche superficielle. L'artère fessière et ses branches sont accompagnées chacune par deux veines : il en résulte un "plexus confluent" (Farabeuf), une sorte de "torcular" (Champenois) qui laisse libre la face supérieure osseuse de l'artère mais masque sa face inférieure veineuse et complique l'accès de ce vaisseau si profond et si bien défendu. Champenois est toujours cité dans la dernière édition des *Schémas* de Monod et Duhamel. Ce qui a été transmis dans de nombreux ouvrages ou communications nous fait percevoir que pour son époque, il n'était pas n'importe qui. Mais quel a été cet anatomiste et chirurgien abondamment cité et parfois recopié.

Paul-Athanase Champenois est né le 10 octobre 1822 à Jandun dans le département des Ardennes. Ce que nous savons nous le tenons de sa carrière de chirurgien militaire. Il n'existe plus dans son pays natal aucun souvenir de lui ni aucun document d'archives. Ses origines familiales ne nous sont que très peu connues : l'acte de naissance déposé au Service Historique des Armées fait apparaître qu'il est le fils de Pierre Louis Augustin Champenois, Officier de Santé alors âgé de vingt-cinq ans. Nommé chirurgien-élève à l'Ecole de Metz en octobre 1842, donc à vingt ans, il fera une "carrière longue" puisqu'il sera admis à faire valoir ses droits à pension de retraite en février 1886, Médecin Inspecteur et Commandeur de la Légion d'honneur.

Pour reprendre une vieille plaisanterie des popotes de nos anciens, il a été véritablement un "biffin trempé dans l'ancre" puisqu'il a servi successivement en Orient, en Afrique, en Chine et en Cochinchine puis à nouveau en Afrique. Champenois s'est toujours montré entreprenant, n'hésitant jamais à partir en campagne mais pas davantage à faire connaître ses travaux : il fait état en 1878 de seize publications parmi lesquelles nous avons plus particulièrement relevé :

- 1) Thèse sur la gangrène du poumon.
- 10) Mémoires sur l'ulcère de Cochinchine.
- 12) Amputation avec succès d'un jeune Arabe surpris par un train alors qu'il était couché sur les rails.

13) Faits pour servir à la solution du trépan dans les lésions traumatiques du crâne.

15) Succès de chirurgie conservatrice dans les fractures compliquées de l'humérus et du coude par les projectiles de guerre.

16) Sur l'occlusion intestinale à propos d'un cas d'occlusion complète par inflexion vicieuse de l'angle splénique du gros intestin : guérie par l'entérotomie de Nelaton avec rétablissement du cours normal des matières.

Cette dernière est particulièrement intéressante et fait partie d'une pathologie particulière.

Mais cette liste ne résume pas son expérience et ses réflexions car c'est assez rare pour l'époque de la part d'un simple Médecin-Major au 57ème de Ligne de faire éditer à compte d'auteur en 1857 chez De Lamarzelle à Vannes, un ouvrage intitulé *Considérations sur les plaies d'armes à feu à Canlidje (Bosphore) durant la Campagne d'Orient*. En préface, ses remerciements vont à Michel Levy, ancien Directeur du Service de Santé de l'Armée d'Orient qui avait accordé son "imprimatur" sur la demande du Médecin-Principal Salleron, Champenois remercie ses deux chefs de leur bonne opinion comme son plaisir a été de le justifier dans le Service. Il en dédicacera de sa main un exemplaire à Hippolyte Larrey et signe "son élève reconnaissant". Il semble donc y avoir là, certes le désir de faire part de sa grande expérience de la chirurgie d'armée, mais aussi le souci de ne pas se laisser oublier dans l'hexagone et de se voir confier des responsabilités Outre-Mer. Dans cet ouvrage qui lui a demandé certainement beaucoup de travail, il décrit d'abord l'Hôpital de Canlidje sur la rive asiatique du Bosphore, ce n'est autre qu'une des grandes demeures d'été de cette côte. Il y a deux grands pavillons offrant, écrit-il, une large surface d'action, à l'air, à la lumière et aux rayons solaires. C'est pourtant dans cet environnement paradisiaque que le Médecin Principal Salleron, Médecin-Chef de l'établissement aura à lutter contre la "pourriture d'hôpital", certes, il en rend responsable "l'appauvrissement et la faible constitution des malades" mais surtout un délai d'évacuation de huit jours et le manque de précautions d'hygiène les plus élémentaires : Legouest écrit que le meilleur moyen pour réduire le déchet silencieux et journalier d'une armée n'est que l'hygiène sans laquelle *textuellement* la médecine n'est qu'une "lugubre agitation". 405 patients y ont été traités du 24 novembre 1854 au 1er août 1855. Il n'existe pas d'analyse statistique et il faut bien admettre que ce n'était pas facile à cette époque où le même sujet pouvait, suivant son évolution, être classé dans les "blessés" puis dans les "fiévreux" et inversement. Sur le plan chirurgical, la priorité est donnée au contrôle des hémorragies bien sûr, à l'extraction des corps étrangers, à l'immobilisation des fractures et aussi malheureusement aux amputations dites à juste titre "de nécessité".

Champenois se pose la question de l'application de glace préconisée par Baudens calmant la douleur et évitant l'œdème mais il demeure très réservé. Il évoque également avec prudence la fameuse querelle de "l'étranglement" qui oppose Baudens et Begin et s'en tient à la nécessité du débridement des parties molles "il faut donner une liberté suffisante aux parties menacées d'inflammation et de gonflement" et il plaide pour l'aponévrotomie de décompression, à condition bien sûr de préserver les pédicules vasculo-nerveux. De toute façon, l'exploration doit être faite "avec le doigt".

Il est tout à fait catégorique pour abandonner le tamponnement au perchlorure de fer et lui préfère la ligature et décrit une très belle intervention menée sur une artère sous-

clavière suivant les règles et les repères les plus stricts de la médecine opératoire dans un style digne de Farabeuf.

Champenois repartira donc, peut-être grâce à cet ouvrage, en Afrique du Nord, puis en Chine et en Cochinchine où il sera cité à l'Ordre de l'Armée pour revenir en Afrique du Nord. C'est de son expérience de l'Algérie qu'il rapportera la publication qui montre déjà qu'une vivacité d'esprit comme la sienne peut attirer l'attention : le titre en est inhabituel pour une époque où les formulations sont généralement du genre "à propos d'un cas de...". *Urgence et sûreté pour la ligature de l'artère fessière dans les hémorragies traumatiques* : ce libellé est davantage de notre temps, peut-être un peu racoleur mais très pragmatique.

L'auteur écrit bien que la ligature de l'artère fessière est difficile mais il ajoute que c'est au chirurgien qu'il appartient de se tenir en mesure de la pratiquer par l'étude de la région et l'expérience de l'amphithéâtre.

Tout est décrit dans cet article : les rapports avec le muscle pyramidal, la bandelette, l'importance des plans veineux et les variations comme la bifurcation intrapelvienne. Il édicte en principe de garder le contact avec le plan osseux.

Quant à la voie d'abord il a choisi à l'instar de Marcellin-Duval qu'il considère comme Farabeuf le maître de l'angiologie (nous dirions aujourd'hui de la chirurgie vasculaire) un lambeau mais à sommet antéro-externe et à base postéro-interne. Mais si l'on devait comparer les voies qui ont été proposées nous n'en serions plus à l'histoire de la médecine opératoire mais à une "anatomie de musée" comme n'a pas hésité à le dire le grand Farabeuf lui-même.

Le 18 août 1870, Champenois rentre de ses campagnes Outre-Mer mais c'est pour prendre part à la guerre franco-prussienne : il n'a que quarante-huit ans mais dans ce contexte logistique où il ne manque pas un bouton de guêtre, il est affecté à Paris à l'Hôpital du Gros-Caillou dont il deviendra plus tard Médecin-Chef.

Parmi ses dernières publications, trois sont consacrées aux plaies par projectiles de guerre : son expérience de Crimée lui a servi.

Invité comme tous les officiers à faire un rapport sur sa situation militaire depuis l'origine de la dernière guerre jusqu'à la fin de la lutte contre l'insurrection, il rend compte le 10 octobre 1871 qu'il a été privé de vivres de campagnes dès le 1er juillet mais récompensé par la bienveillance de Monsieur le Ministre de la Guerre qui a consenti à transformer en solde d'aide-major celle d'un élève attentif et dévoué qui avait été attaché au Gros-Caillou. Il y restera jusqu'en 1880 où il est mis en disponibilité comme Médecin-Inspecteur.

En 1882, il est nommé membre du Conseil Consultatif de Santé puis passe dans la réserve en 1884. Il est admis à la retraite en 1886 et meurt le 31 mars 1890 à Paris, boulevard du Montparnasse.

Au moment où il a quitté à 62 ans la situation d'activité pour celle de réserve, il a été noté par son Médecin Général Inspecteur : "Excellent chirurgien d'armée, encore vigoureux. Serait mieux à la tête d'un grand service de chirurgie si les circonstances le rappelaient à l'activité qu'à une Direction de Service de Santé".

C'est un très bel éloge surtout lorsqu'il est signé Legouest.

A la veille du 3e millénaire, il est évident que la liaison est stable. L'intérêt de l'artère fessière en chirurgie de guerre ne s'est pas modifié.

Ses plaies sont toujours aussi graves. Les projectiles modernes, les balles à haute vitesse qui libèrent à l'impact une énergie considérable mettent en résonance très à distance les volumineuses masses musculaires fessières dévitalisées, parfait milieu de culture pour les clostridies génératrices de cellulites diffusantes et de gangrènes. Hantise du chirurgien, redoutable menace pour le blessé et au milieu de ce champ de désolation, une artère fessière qui saigne.

La fréquence de sa lésion n'a que peu évolué au cours des très récents conflits. Cette incidence n'a pas été modifiée par le port du gilet pare-balles qui néglige la région fessière plus d'ailleurs par difficulté d'adaptation que par désintérêt.

Si donc militairement, en matière de combat, la région fessière intéresse peu, entachée qu'elle est par le caractère dégradant des plaies "dans le dos" et ce malgré la disproportion considérable qui existe entre le préjudice induit et l'agent vulnérant, l'intérêt stratégique chirurgical est majeur, la tactique du chirurgien obéit aux grands thèmes de l'art de la guerre. Le plan de bataille peut en effet suivre l'un ou l'autre des deux principes fondamentaux de celle-ci :

- Soit l'attaque de front : c'est l'abord direct fessier par de multiples voies ouvertes par les plus prestigieux des chirurgiens militaires qui s'y sont essayés tel Mignon, Picque ou Delorme... 18 voies furent décrites.

- Soit l'attaque à revers : la fessière est liée en amont de sa naissance au niveau du tronc de l'artère hypogastrique par voie abdominale.

Le choix stratégique s'est simplifié. En 1997, la tactique indirecte l'emporte, la forteresse pelvienne est défendue de l'intérieur, l'action extérieure n'étant que seconde et complémentaire sous forme d'un parage drainage de la région fessière, certes indispensable mais simple.

Ainsi une simple ligature règle le problème de cette hémorragie fessière au contrôle toujours difficile. Il y a là une inconnue physiologique. En effet l'artère hypogastrique, tronc d'origine de la fessière est paire et symétrique, ses branches multiples ont deux vocations : viscérale pour les organes pelviens et pariétale pour les régions pelvi-fessières. Les anastomoses sont très nombreuses tant avec les réseaux d'amont, soit viscéraux issus de l'artère mésentérique inférieure, soit pariétaux, issus du système des artères lombaires qu'avec les réseaux d'aval et notamment les branches de l'artère fémorale profonde. Malgré cette richesse qui fait de l'artère iliaque interne ce qu'il est convenu d'appeler "une bonne artère", la ligature d'un seul côté réalise dans presque 100 % des cas l'hémostase fessière, le flux rétrograde issu d'une inversion adaptative du courant artériel n'apparaît pas.

Mystère de la physiologie qui mériterait une étude de la circulation artérielle endo et exopelvienne, celle qui serpente sur les mâchicoulis de la forteresse pelvienne.

Ainsi, Mesdames et Messieurs, la plaie de l'artère fessière reste à l'évidence un thème de chirurgie militaire à traiter avec des méthodes militaires !

Cela est si vrai que dans les vingt dernières années le sujet fut récurrent dans nos concours de spécialité chirurgicale ; il s'est retrouvé douze fois dans l'urne et tiré par les auteurs de cette communication à quelques années de distance.

L'Ecole d'Application du Service de Santé des Armées au Val-de-Grâce a remis ce thème en bonne place dans son nouveau programme de chirurgie de guerre car il reste à notre avis exemplaire et conforme à l'enseignement qui doit y être dispensé pour répondre à la nouvelle donne induite par la restructuration des armées d'une part et au nouveau paysage géostratégique d'autre part.

Il est possible de conclure en affirmant que la liaison chirurgiens d'armée et artère fessière a encore de beaux jours devant elle.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE J. - Les blessures de l'abdomen. Collection Horizon, *Masson*, 1917, pp. 144-145.
- CHAMPENOIS P.A. - Urgence et sûreté dans la ligature de l'artère fessière dans le cas d'hémorragie traumatique de ce vaisseau. *Revue de Médecine et de Pharmacie militaire*, 1871, pp. 24-34.
- CHIPPAUX C. et AUGÉY A. - Manuel illustré de technique opératoire d'urgence. *I.D.E.O.-Saigon*, 1955, pp. 144-145.
- FARABEUF L.H. - Précis de médecine opératoire. *Masson*, 1889, pp. 105-107.
- HUARD P. - Sur les plans fessiers. *Gazette médicale de Bordeaux*, 1926, pp. 61-64.
- HUARD P. ET MONTAGNE M. - La ligature de l'artère fessière sur le cadavre et sur le vivant. *Journal de Chirurgie - Tome 37 n° 1*, Janvier 1931, pp. 26-58.
- LEGOUEST L. - La chirurgie militaire contemporaine in *Archives générales de Médecine publiées par Follin E. et Lasègue Ch.* 1859, Volume 1 (Vème Série - Tome 13), pp. 462-482.
- OBERLIN S. - Traité de technique chirurgicale. Tome 1. *Masson*, 1955, pp. 707-715.
- SARROSTE J. et CARILLON R. - Exercices chirurgicaux. *Maloine*, 1950, pp. 57-61.
- TESTUT L. et LATAJET A. - Traité d'anatomie humaine. Tome II, pp. 353-356, *G. Doin et Cie*, 1948.

SUMMARY

Very frequently quoted in surgical medicine treatises, Champenois, a brilliant military surgeon associated his name to the technique used to control trauma hemorrhages of the superior gluteal artery.

Eventhough current advances have made checking of the internal iliac artery easy, this surgeon's princeps document in 1871 deserves to be known and considered as a model.

The authors review the highlights of this medical officer's military career made of overseas campaigns alternating with excellent scientific publications which can serve as exemples.

INTERVENTION : Bernard BRISOU

Lors de sa belle communication sur Paul-Athanase Champenois, notre collègue Plessis a longuement évoqué la guerre de Crimée. Ce fut une guerre exemplaire à plus d'un titre et Scrive, chirurgien en chef de l'armée, se félicitera de l'étroite collaboration des chirurgiens de la terre avec ceux de la marine. Ces derniers apportaient dans leur trousse le "cornet anesthésique" mis au point par Reynaud, futur inspecteur du service de santé de la marine (1858-1872). Ils apprirent à leurs confrères le maniement de cet appareil simple et fiable qui sera réglementaire dès 1856 et rendu stérilisable en 1895 par les soins d'un autre chirurgien de la marine, Jules Fontan. Le théâtre de Sébastopol fut l'occasion d'utiliser des anesthésies au chloroforme "à la chaîne" : plus de cinq cents fois pour le seul médecin aide-major de 1ère classe Laforgue.