

genre : le sang , après s'être échappé d'une ouverture de l'aorte, s'était porté dans le tissu cellulaire du cou, et y avait formé plusieurs tumeurs dont l'ouverture fut suivie d'hémorrhagies peu considérables, mais incessamment répétées, et qui entraînent la mort du sujet.

OBS. III. — *Anévrisme de l'artère sous-clavière pris pour abcès; ponction; l'erreur est reconnue.* — M. Dupuytren propose la ligature de l'artère à son passage entre les scalènes. — *Sa proposition n'est pas acceptée.* — *Mort.* — *Autopsie.* — Marie-Charlotte Marque, âgée de soixante-neuf ans, habitant la campagne, sans profession, entra à l'Hôtel-Dieu, le 23 avril 1810, pour s'y faire traiter de deux escarres gangréneuses qu'elle portait à la partie interne du coude, et qui étaient accompagnées d'une infiltration œdémateuse et d'une débilité assez considérables du membre du même côté. Le traitement fut simple : on employa des cataplasmes émollients, puis on fit usage du digestif animé pour hâter leur chute, qui se fit long-temps attendre.

Le 6 mai, la malade, qui était beaucoup mieux, se plaignit à l'externe du rang d'une petite tumeur de la grosseur d'une amande, existant depuis deux jours à l'aisselle du côté affecté. L'élève y porta la main, prit la tumeur pour une glande engorgée, et se hâta de rassurer la malade. En explorant le pouls du bras malade, il ne sentit aucune pulsation, ce qu'il attribua à l'engorgement du membre, à l'ossification ou à l'étroitesse de l'artère. Le 12, les souffrances de la malade ayant beaucoup augmenté, M. Dupuytren l'examina lui-même. En palpant la tumeur, il y sentit une fluctuation assez évidente, mais sans battements. Le lendemain, de nouvelles recherches lui firent reconnaître une fluctuation des plus marquées, mais sans pulsations; il prononça que c'était un abcès. Tout semblait d'ailleurs autoriser ce pronostic : la coexistence des ulcères au coude, la diminution notable de la suppuration, le peu de temps qu'avait mis la tumeur pour se développer, enfin l'absence complète de mouvements de dilatation et de resserrement. (Il eût fallu, pour lever tous les doutes, comprimer l'artère au-

dessus de la tumeur.) On remit au lendemain l'ouverture du prétendu abcès, et l'on continua l'usage des cataplasmes.

Avant de donner issue au pus, on fit de nouvelles questions à la malade sur l'époque de l'apparition de la tumeur et sur plusieurs autres circonstances. Ses réponses ayant paru satisfaisantes, M. Dupuytren prit un bistouri à lame longue, extrêmement étroite et à pointe très acérée, et le plongea avec lenteur et précaution dans le point le plus saillant, celui où la fluctuation était le plus apparente. A l'instant où il retirait l'instrument, un jet de sang artériel jaillit avec force; il ferma aussitôt l'ouverture avec le doigt, et tâta le pouls du membre malade. L'artère paraît pleine, mais elle n'offre pas de battements. Quelle peut être la cause de ce phénomène? La compression ne peut arrêter le cours du sang. Ce fluide est-il dû à la section d'une artère superficielle, développée outre mesure par l'inflammation? Pour dissiper tous les doutes, M. Dupuytren retire le doigt : nouveau jet de sang artériel. Certain alors qu'il a devant lui un anévrisme, il palpe la tumeur, et perçoit un frémissement obscur, semblable à celui d'un corps en vibration, mais si peu sensible, que plusieurs personnes, et le chirurgien en chef lui-même, ne peuvent le reconnaître qu'après plusieurs explorations successives.

Marque est de nouveau interrogée, et ses réponses, vraies cette fois, apprennent que quatre mois auparavant elle a fait une chute à la suite de laquelle elle a ressenti de vives douleurs dans l'épaule. Un chirurgien qu'elle a consulté n'a reconnu ni fracture ni luxation. Les douleurs continuant, elle est allée trouver un maréchal ferrant, rebouteur renommé, qui a annoncé que son bras était déboîté. A l'aide de quatre hommes vigoureux et de lacs placés autour du poignet et du coude, il s'est mis à opérer sur le membre des tractions si violentes, qu'elle a cru qu'on le lui arrachait; il l'a ensuite renvoyée, en lui disant qu'elle était guérie. C'est depuis cette époque que son bras s'est engorgé, et que les escarres se sont formées au coude, à l'endroit où l'un des lacs avait été appliqué. Elle ajoute que le 4 mai, douzième

jour de son entrée, elle a reçu d'une malade un violent coup de coude, et que l'apparition de sa tumeur date de ce moment.

Un emplâtre de diachylon gommé est mis sur l'ouverture; on la recouvre de charpie et de compresses ramenées de devant en arrière sur la poitrine; le tout est maintenu par une bande. Cette compression ne pouvait être que provisoire: il fallait prendre un parti pour sauver les jours de la malade. M. Dupuytren propose la ligature de l'artère sous-clavière à son passage entre les deux scalènes, persuadé qu'on ne pouvait la faire au-dessous de la clavicule, à l'origine de l'axillaire, sans comprendre la veine et les nerfs qui l'accompagnent. Pour faire adopter ce projet, il exécuta pour la première fois son procédé sur le cadavre, en présence de Pelletan et d'un nombreux concours d'élèves. Nous verrons plus tard quel est ce procédé. L'essai réussit parfaitement. A peine mit-on une minute pour lier l'artère seule; ce que démontra l'enlèvement de la clavicule. Plusieurs autres tentatives furent couronnées du même succès.

L'opération, maintenant soumise à des règles, était de plus indispensable, car il ne pouvait rester aucune incertitude sur la nature du mal et sur sa terminaison. La tumeur soulevait la clavicule; on y sentait des battements accompagnés d'un mouvement de dilatation, et du côté de l'aisselle on y percevait un bruissement obscur, analogue à celui dont est accompagné le passage du sang d'une artère dans une tumeur anévrismale. Bientôt on s'aperçut qu'il existait deux tumeurs, l'une peu volumineuse, située au-dessous et le long de la clavicule, et qui présentait les battements; l'autre, très considérable, fluctuante, et dans laquelle on reconnaissait, avec beaucoup de peine à la vérité, et seulement sur la limite qui la séparait de la première, ce bruissement dont il a été parlé. A tous ces signes, qui aurait pu méconnaître un anévrisme?

Quels motifs pouvaient donc s'opposer à ce que l'opération fût pratiquée sur le vivant? Ce n'étaient pas les difficultés; le procédé l'avait mis hors de doute. La clavicule

à la vérité, soulevée chez la malade par la tumeur, obligeait à aller chercher l'artère au milieu d'une plaie très profonde, tandis que sur le cadavre on peut abaisser à volonté la clavicule, et rendre sous ce rapport l'opération plus facile. Mais ces inconvénients n'étaient-ils pas amplement compensés par l'existence des battements de l'artère? Un argument plus sérieux était celui qu'on pouvait tirer de l'absence d'anastomoses suffisantes pour continuer la circulation dans le membre privé de son vaisseau principal. Sans doute dans ce cas la gangrène est à craindre, mais combien de considération, qui, fondées en théorie, disparaissent au lit du malade! Si d'ailleurs les chirurgiens anglais ont pratiqué avec succès la ligature de l'artère iliaque externe, opération très grave, comment ne réussirait-on point par un procédé fort simple à exécuter la ligature de la sous-clavière? Les artères mammaires externe, scapulaire postérieure et supérieure, branches de la sous-clavière, sont pour le bras ce que sont les artères ischiatiques et obturatrices pour le membre inférieur. Enfin pour dernière raison, et celle-ci paraît péremptoire, la malade est vouée à une mort certaine si on l'abandonne à elle-même.

Fort de ces considérations, M. Dupuytren insista pour que la ligature de la sous-clavière, à son passage entre les scalènes, fût pratiquée; M. Pelletan ne partagea point cette manière de voir; il crut qu'il y avait des moyens plus doux de sauver la malade, et prescrivit la méthode débilitante combinée avec l'application de la glace. Cette divergence d'opinions, véritable refus, à raison de la position de M. Pelletan, ravit à la chirurgie française l'honneur d'avoir exécuté la première cette belle opération.

Le traitement par la méthode de Valsalva fut mis en usage, Marie Marque fut saignée sur-le-champ. Pendant l'espace de quatre jours, elle fut si faible, qu'on ne put pratiquer une seconde saignée.

Au bout de ce temps, des élancements s'étant fait sentir dans la tumeur, on enleva l'appareil: il était taché de sang; les draps, l'oreiller, en étaient pénétrés. On chercha la cause

de cette hémorrhagie ; elle ne provenait pas de l'incision, car l'emplâtre était exactement appliqué sur l'ouverture ; on reconnut qu'elle était fournie par une escarre, d'un pouce au moins de diamètre. L'issue de la maladie ne pouvait plus être un objet de doute. On se repentit de n'avoir pas tenté la ligature, mais M. Dupuytren ne voulut pas qu'on pût reprocher à son procédé un insuccès qui résulterait infailliblement de l'état grave de la malade. Les soins se bornèrent à l'application de l'emplâtre de diachylon et des réfrigérants.

Dans la nuit du 19 au 20, les deux élèves de garde qu'on avait placés auprès du lit de Marie Marque s'aperçurent que l'appareil s'imbibait de sang d'une manière assez rapide. Ils l'enlevèrent, appliquèrent par dessus l'emplâtre déjà placé un autre emplâtre agglutinatif beaucoup plus large, afin de suppléer à l'escarre qui s'était détachée par un des points de sa circonférence, et l'hémorrhagie fut arrêtée avant qu'il se fût écoulé deux palettes de sang. Cependant l'état de faiblesse causé par cet incident fut tel, que la malade expira dans la matinée suivante.

Avant de faire l'autopsie, on constata qu'il existait dans l'aisselle une tumeur très volumineuse qui soulevait en dedans le muscle grand pectoral et en arrière le grand dorsal. La peau qui la recouvrait était livide, noirâtre, exhalait une odeur de gangrène bien manifeste. On y remarquait deux ouvertures résuliant, l'une de la ponction et l'autre de la chute de l'escarre, et par lesquelles s'écoulait un liquide sanguinolent. Les téguments ayant été enlevés avec beaucoup d'attention, on coupa le grand pectoral près de son attache au sternum, à la clavicule, et on le renversa en dehors ; le petit pectoral fut divisé à son attache à l'apophyse coracoïde et renversé en dehors. Le plexus brachial, l'artère et la veine furent ensuite débarrassés de la graisse abondante au milieu de laquelle ils étaient ensevelis. Ce fut alors que la tumeur parfaitement isolée se montra dans toute son étendue. Elle égalait, si elle ne surpassait pas le volume de la tête d'un enfant nouveau-né. Au-dessus de la tumeur, l'artère avait son calibre ordinaire, dans l'étendue de deux

pouces environ, en sorte qu'on aurait pu le lier dans cet endroit, si toutefois la ligature de l'axillaire au-dessous de la clavicule est praticable. Cet os avait subi un grand déplacement, il était fortement porté en haut. La veine, presque dans l'état normal, était située à la partie externe et antérieure de l'artère, dont les rapports avec le plexus n'avaient éprouvé aucun changement.

Au niveau de la tumeur, on voyait à la partie antérieure et externe de l'artère une dilatation assez considérable, qui semblait n'être au premier coup d'œil qu'un appendice d'une tumeur énorme, mais qui était en réalité constituée par la dilatation des parois artérielles. Elle en était séparée par une dépression très remarquable dans laquelle on apercevait le nerf médian et la veine axillaire. Celle-ci était presque désorganisée. Un stylet introduit dans une ouverture faite à la dilatation parvenait avec la plus grande facilité dans la cavité de la tumeur ; et réciproquement en l'introduisant dans la partie saine de l'artère, il pénétrait dans les deux parties. On les ouvrit également : on trouva la plus volumineuse remplie de caillots plus ou moins sanguins, et formée aux dépens du tissu cellulaire. C'était cette portion de la tumeur qu'on avait prise pour un abcès. Elle communiquait avec la dilatation artérielle à l'aide d'une crevasse que présentait cette dernière à sa partie postérieure et externe, et qui avait été produite, selon toutes les probabilités, par le violent coup de coude que Marie Marque avait reçu. La partie correspondante des muscles grand pectoral, biceps, coracobrachial et grand dorsal, était amincie.

Au-dessous de la tumeur, l'artère avait un calibre si petit, que la plupart de ceux qui assistaient à la dissection ne purent la reconnaître. Elle n'égalait pas la radiale dans l'état ordinaire. Un stylet introduit dans son intérieur de bas en haut fut arrêté un peu au-dessous de la dilatation par l'oblitération complète du vaisseau, ce qui explique très bien l'absence du pouls du côté malade.

Si nous cherchons maintenant à nous rendre compte des principaux points de cette observation, nous serons conduit

à penser que l'anévrisme avait été déterminé par les tractions très fortes exercées sur le bras par le rebouteur. Ce fait est analogue à un autre que nous avons observé à l'Hôtel-Dieu de Rouen, et qui a été rapporté par M. Flaubert dans le *Répertoire d'anatomie*. L'erreur de diagnostic est digne de remarque, car elle montre que la partie de l'art médical qui passe pour la plus positive présente d'extrêmes difficultés, surtout dans les cas de tumeurs, et que c'est avec beaucoup de raison que M. Dupuytren a introduit la méthode, dans les faits douteux, d'avoir recours à la ponction exploratrice. Il est incontestable que la ligature aurait pu être mise à exécution, puisqu'on avait affaire ici à un anévrisme vrai, devenu faux consécutif par suite de la rupture qu'avait produite la violence du coup. Quant à la gangrène de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent, elle a été occasionnée par la distension énorme des téguments, par la compression de l'appareil et par l'action de la glace.

Convaincu par cet examen que le parti que nous avons proposé était le seul qui offrit des chances de succès, nous primes la résolution, lorsqu'un fait analogue se présenterait, de pratiquer la ligature de cette artère. Plusieurs années se passèrent sans que nous pussions réaliser notre projet, quoique nous eussions pendant l'intervalle lié avec succès la carotide primitive et l'iliaque externe, ainsi que nous le rapporterons plus bas; lorsque dans le courant de l'année 1819, nous reçûmes à l'Hôtel-Dieu un homme qui venait réclamer nos soins pour une tumeur anévrismale de l'aisselle. Les détails de cette observation sont assez importants pour que nous appelions votre attention sur eux.

OBS. IV. — *Ligature de l'artère sous-clavière pratiquée avec succès pour un anévrisme faux consécutif à l'artère axillaire gauche.* — Charles Lechevalier, âgé de trente-sept ans, exerçant la profession de menuisier, après avoir été pendant seize ans sapeur au 82^e régiment de ligne, entra à l'Hôtel-Dieu le 27 février 1819, pour s'y faire traiter d'un anévrisme faux consécutif à l'artère axillaire du côté gauche.

Ayant été fait prisonnier le 28 octobre 1814, à Arroyo-

Molinos, en Espagne, il voulut s'échapper; un cavalier, préposé à la garde des prisonniers, courut après lui, l'atteignit d'un coup d'espadon à la partie postérieure de l'épaule gauche, et le renversa. Une grande quantité de sang s'écoula; le malade perdit connaissance. Alors l'écoulement du sang s'arrêta, un pansement simple fut fait quelque temps après. Au bout de trois semaines, la petite plaie fut guérie, et, pendant tout le temps nécessaire à sa guérison, elle ne fournit pas une goutte de sang.

Cependant, deux mois après la blessure, le malade sentit dans le creux de l'aisselle une petite tumeur du volume d'une noisette, sans changement de couleur à la peau, et offrant des pulsations. Au bout de deux ans passés dans une dure captivité, cette tumeur avait acquis le volume d'un œuf de poule, et les pulsations étaient devenues plus fortes.

Les fatigues qu'il éprouva pour rentrer en France, obligé de faire à pied un chemin de trois cents lieues, accrurent rapidement sa tumeur. Elle ne tarda pas à prendre le volume de la tête d'un enfant naissant; alors elle éloigna le bras du corps, et empêcha le malade de se livrer à ses travaux. Les douleurs vives qu'elle causait, l'impossibilité dans laquelle il se trouvait de pouvoir travailler, l'engagèrent à venir à Paris réclamer les secours des maîtres de l'art; il se présenta, à cet effet, à l'Hôtel-Dieu, le 27 février 1819; il était dans l'état suivant :

A la partie postérieure et supérieure de l'épaule gauche, dans le sillon qui sépare le grand rond d'avec le petit rond et le sus-épineux, existait une cicatrice de quelques lignes d'étendue: c'était celle de la blessure que le malade avait reçue quelques années auparavant.

La tumeur ne s'était pourtant pas portée de ce côté; mais elle s'était développée dans le creux de l'aisselle, entre le bras et la poitrine; elle avait le volume de la tête d'un enfant d'un an; elle était inégalement arrondie, bosselée, surtout à sa partie inférieure et antérieure, et recouverte par des veines bleuâtres et dilatées; elle était dure, rénitente, et offrait, dans tous les points, des pulsations fortes et isochrones aux battements du cœur.