

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.

Antérieurement et en bas, elle était recouverte par la peau; antérieurement et en haut, par le grand pectoral; elle était appuyée, en dedans, sur la poitrine, et elle était recouverte, en dehors, par le bras.

Supérieurement, elle remontait jusqu'à la clavicule, sans laisser d'intervalle sensible entre elle et cet os. Le scapulum, la clavicule et la totalité de l'épaule étaient soulevés par la tumeur, et le creux situé derrière la clavicule était considérablement augmenté.

Le membre de ce côté était un peu plus maigre et plus faible que l'autre; il y avait sentiment de gêne dans le creux de l'aisselle; engourdissement à l'extrémité des doigts, difficulté dans les mouvements, à cause du développement de la tumeur; la chaleur et la sensibilité étaient comme dans l'état ordinaire; mais on ne sentait plus les pulsations des artères radiale, brachiale, etc.

Au contraire, les battements de l'artère sous-clavière étaient très forts, et, lorsqu'on la comprimait, on suspendait entièrement ceux de la tumeur.

Pour obtenir cette suspension, il fallait appuyer fortement le doigt derrière la partie moyenne de la clavicule, et le ramener en même temps un peu en avant, pour trouver un appui sur la première côte.

Tel était alors l'état des choses.

Devait-on abandonner le malade?

Ce parti était cruel. La tumeur, d'un volume prodigieux, et d'ailleurs extrêmement tendue, ne pouvait tarder à s'ouvrir, et en s'ouvrant, à faire périr le malade d'hémorrhagie.

Devait-on recourir à la méthode de Valsalva seule, ou bien unie aux astringents et aux réfrigérants?

Mais, outre que cette méthode réussit rarement, M. Dupuytren l'avait vue plus d'une fois affaiblir l'action du cœur dans une moindre proportion que celle des anévrismes, et donner subitement lieu à un accroissement mortel de ces derniers.

Devait-on recourir à la compression exercée au-dessous de la tumeur?

Diverses tentatives faites dans cette intention avaient assez prouvé qu'en retenant le sang dans la tumeur, et en concentrant tous les efforts de la circulation dans ses parois, la compression ne pouvait avoir d'autre résultat que d'accélérer leur déchirure.

Exercée sur la tumeur, cette compression pouvait en déterminer immédiatement la gangrène.

La compression qui est, dans tous les cas, très difficile au-devant de la clavicule, était devenue impossible dans ce cas en particulier, à cause du développement de la tumeur. Elle était plus facile et offrait plus de chances de succès derrière cet os. Les heureux résultats que M. Dupuytren avait obtenus de ce moyen, dans plusieurs anévrismes de l'artère poplitée, invitaient à le mettre en usage; mais l'insuffisance, plus d'une fois éprouvée, des moyens de compression proposés à cet effet le détournèrent d'y avoir recours.

Restait la ligature de l'artère sous-clavière.

Cette opération paraissait le seul moyen capable de sauver le malade, et c'est à cette idée que ce chirurgien s'arrêta.

Cette ligature présentait les mêmes questions à résoudre que la compression.

Serait-elle exécutée au-dessous de la tumeur?

Le résultat d'une tentative de ce genre, faite sur l'artère fémorale, en avait assez fait connaître les inconvénients.

Brasdor avait proposé cette méthode à l'ancienne école de chirurgie, et Deschamps (1) la mit en usage sur un malade qui portait à la partie supérieure de la cuisse un anévrisme très volumineux. Une ligature fut placée avec beaucoup de difficulté au-dessous de la tumeur; mais les progrès de cette dernière furent si rapides, que le quatrième jour sa rupture paraissait prochaine. On se décida à pratiquer une nouvelle opération: deux ligatures furent placées au-dessus de l'ouverture de l'artère, et une au-dessous; mais durant l'opération, une hémorrhagie considérable eut lieu, et le malade expira huit heures après.

(1) Recueil périodique de la Société de médecine de Paris, t. V, n. 17.

Cette ligature serait-elle exécutée au-dessus et au-dessous de l'ouverture faite à l'artère, après avoir incisé le sac anévrismal ?

La difficulté de suspendre le cours du sang dans le membre, pendant l'opération, qui, en suivant cette méthode, devait être longue et laborieuse, pouvait exposer le malade à périr d'hémorrhagie.

En supposant qu'à force de précautions on pût éviter ce malheur, n'était-il pas à craindre que l'ouverture d'un sac aussi vaste, l'inflammation et la suppuration qui s'emparaient de ses parois et ne manqueraient pas de s'étendre aux parties voisines, ne conduisissent le malade au tombeau.

La ligature de l'artère au-dessus de la tumeur anévrismale pouvait seule mettre à l'abri d'une hémorrhagie pendant l'opération; de l'inflammation, de la suppuration du sac, et de leurs suites après cette opération.

Mais, en adoptant cette idée, sur quel point de l'artère devait-on appliquer la ligature ?

Était-ce sur la partie la plus élevée de l'artère axillaire ?

Le développement de la tumeur rendait cette ligature impossible et dangereuse.

Il fallait donc lier l'artère sous-clavière.

Cette artère offre, dans son trajet du côté gauche, trois parties distinctes : la première, depuis son origine à l'aorte jusqu'à son entrée dans l'intervalle des muscles scalènes; la deuxième, depuis son entrée dans les scalènes jusqu'à sa sortie de l'épaisseur de ces muscles; la troisième, depuis cette sortie jusqu'à la face supérieure de la première côte, distinction importante et à peine indiquée par les auteurs.

Cette troisième partie du trajet de l'artère sous-clavière placée très près de la peau chez les individus au col mince et long, aux épaules pendantes et maigres, est au contraire cachée profondément chez les individus au col épais et court, aux épaules charnues, et principalement chez ceux qui les ont soulevées par une tumeur développée dans le creux de l'aisselle : c'était le cas de notre malade.

A ces premières difficultés, qui tenaient à l'individu et à

sa maladie, il s'en joignait une autre qui est commune à tous : c'est que l'artère, en cet endroit, est tellement enveloppée par les nerfs du plexus brachial, qu'il est souvent difficile de l'en séparer.

La deuxième partie du trajet de l'artère offre cet avantage, que la sous-clavière étant seule admise dans l'intervalle des scalènes, et se trouvant complètement séparée de la veine sous-clavière qui passe en avant du scalène antérieur et du plexus des nerfs du bras qui sont placés en arrière et en dehors, on peut arriver sûrement à cette artère en prenant le muscle scalène antérieur pour guide, et on peut la lier sans risque d'embrasser avec elle aucun nerf.

La première partie du trajet de l'artère sous-clavière est si profondément cachée dans le sommet du cône renversé que forme la poitrine; elle est si voisine de la plèvre et du poumon; il y aurait de si grandes difficultés à vaincre pour pénétrer jusqu'à elle sans intéresser les parties, et de si grands dangers à courir, si on ne parvenait pas à les ménager, qu'on doit éviter autant que possible de tenter la ligature de cette partie de l'artère sous-clavière.

Ce n'était pas d'ailleurs le cas où se trouvait le malade. Sa conformation et le développement de la tumeur rendaient, il est vrai, très difficile la ligature de la dernière partie de l'artère sous-clavière; mais ils laissaient la faculté de lier celle qui est située entre les scalènes. C'est le projet auquel M. Dupuytren s'était arrêté, il y a dix ans, dans un cas analogue. Des circonstances indépendantes de sa volonté l'empêchèrent alors de réaliser ce projet, et laissèrent à des étrangers la gloire d'avoir les premiers tenté et fait réussir cette ligature.

L'opération étant résolue et vivement désirée par le malade, une saignée fut faite pour désemplir les vaisseaux, pour prévenir la pléthore et les fluxions auxquelles la ligature des grosses artères donne si souvent lieu.

Le malade étant couché sur un lit, M. Dupuytren fit une incision un peu oblique de haut en bas, et de dedans en dehors, au côté gauche et à la partie inférieure du col, à un

pouce au-dessus de la clavicule. Cette première incision divisa la peau, le peaucier, le tissu cellulaire sous-cutané, et ouvrit trois petits vaisseaux qui furent aussitôt liés; ces ligatures causèrent des douleurs assez vives au fond de la gorge.

En continuant l'opération, on arriva au tissu cellulaire et aux glandes qui environnent l'artère et les nerfs du plexus brachial. Le bord externe du scalène antérieur fut cherché, et ce muscle fut complètement divisé près de son insertion à l'aide d'un bistouri boutonné; alors l'artère mise à nu put être sentie, et ses battements purent être suspendus sans peine à l'aide du doigt porté au fond de la plaie.

Une sonde d'argent cannelée courbée en quart de cercle fut passée sous l'artère; un stylet armé d'un cordonnet de soie triple fut glissé sur la cannelure de la sonde et retiré du côté opposé. De la sorte, la ligature se trouva placée autour de l'artère. On s'assura que celle-ci était bien comprise, en tirant sur les deux bouts du fil réunis, et plaçant en même temps l'extrémité de l'indicateur sur le fond de l'anse qu'il formait: cette traction fit cesser toute espèce de battement. Cette épreuve plusieurs fois répétée ne détermina pas la moindre douleur, et donna constamment les mêmes résultats: la ligature des artérioles, divisées au commencement de l'opération, avait causé de vives douleurs; celle de l'artère principale ne fut pas même sentie par le malade. Cette circonstance remarquable tient, on n'en saurait douter, à la facilité donnée par la section du scalène antérieur d'éviter de comprendre aucun nerf dans la ligature. Aussitôt les battements cessèrent dans la tumeur.

Convaincu de l'inutilité et même du danger des ligatures d'attente, M. Dupuytren n'en plaça aucune. Il ne s'était pas écoulé deux cuillerées de sang pendant l'opération. Le malade fut pansé simplement; la tumeur fut recouverte de résolutifs; le membre, placé sur un oreiller, fut environné de sachets remplis de sable chaud.

Dans la journée, le malade se plaint d'une légère douleur à la gorge: une saignée de précaution est pratiquée; il n'y a plus de battements dans la tumeur.

La nuit se passe bien. Le membre conserve sa chaleur, sa myotilité et sa sensibilité; quelques légers élancements se font sentir dans la tumeur.

Les deuxième et troisième jours, même état: il semble que le malade n'ait pas subi d'opération.

Déjà six jours sont écoulés depuis que l'opération est faite, et le malade n'a pas éprouvé le plus léger accident. La tumeur a déjà diminué de volume; la plaie, en bon état, est en pleine suppuration; la ligature n'est pas encore tombée. Il n'y a pas eu de selles; un purgatif est administré (une once d'huile de ricin). Ce purgatif détermine plusieurs évacuations alvines.

Le onzième jour, la ligature tombe sans qu'il y ait le moindre écoulement de sang.

Le dix-septième jour, la plaie se rétrécit, la suppuration diminue, la tumeur est réduite de plus d'un tiers; elle n'offre pas le plus léger battement.

Le trentième jour, la plaie est presque cicatrisée; la malade commence à se servir de son bras; sa tumeur diminue sensiblement tous les jours, mais elle offre une mollesse et une fluctuation qui peuvent faire craindre une suppuration et une ouverture spontanées. M. Dupuytren la fait recouvrir de compresses trempées dans l'eau de Goulard, qu'on renouvelle toutes les deux heures.

Le soixante-dix-huitième jour depuis la ligature pratiquée, la tumeur est réduite au cinquième du volume qu'elle avait au moment de l'opération; elle diminue encore chaque jour; la mollesse et la fluctuation qu'on y découvrait il y a un mois, et qui avaient un instant pu faire craindre qu'une ouverture spontanée se fit, ont disparu et ont fait place à une consistance qui annonce la résorption des parties les plus fluides du sang, et ne laisse plus la crainte d'une suppuration quelconque.

La chaleur, la sensibilité et la myotilité s'y rencontrent au même degré que dans le membre opposé. La circulation, sans laquelle la vie ne saurait subsister, continue à s'y faire, sans aucun doute; mais elle a dans ce membre, comme dans

tous ceux dont l'artère principale a été liée, un caractère particulier : c'est que les artères n'offrent pas le plus léger battement ; on sent au toucher qu'elles sont pleines et parcourues par le sang ; mais, en passant à travers les anastomoses nombreuses et déliées qui le conduisent des parties supérieures aux parties inférieures du membre, ce liquide a cessé d'être soumis à la puissance du cœur, qui produit dans les autres parties du système artériel la dilatation et le resserrement alternatifs d'où naît le pouls.

Ainsi fut arraché à la mort, conservé à son pays, à sa famille et à ses enfants, un ancien, un brave militaire, auquel son âge et sa constitution promettent encore de longues années de santé et de bonheur.

Sorti de l'hôpital, Chevalier reprit au bout de quelques mois sa profession de menuisier. Pendant trois ans, il n'a cessé de se bien trouver ; il ne songeait plus à la maladie dont il avait été si heureusement débarrassé, lorsque des travaux excessifs déterminèrent de l'inflammation dans le creux de l'aisselle. Incertain sur la nature de son mal, Chevalier revint à Paris, entra de nouveau à l'Hôtel-Dieu le 16 juillet 1822, et fut couché salle Saint-Bernard, n° 50. Le creux de l'aisselle est rempli par une tumeur du volume du poing ; la peau qui la recouvre est rouge, amincie ; le sommet, violacé, s'élève en pointe et menace de s'ouvrir. Cette tumeur n'offre aucune pulsation ; le malade a eu des frissons ; il a de la fièvre, de l'inappétence, etc. Persuadé que cette tumeur n'est plus en rapport avec la circulation, et que la matière quelconque qu'elle contient n'est plus sous l'influence du cœur et dans le domaine de la circulation, M. Dupuytren voulut, par une incision, faire tomber l'inflammation, et permettre au pus et au sang concrété de sortir ; mais le malade préféra qu'on laissât à la nature le soin de faire cette ouverture. On se contenta donc de couvrir la tumeur de l'aisselle de cataplasmes émoullients et résolutifs. Au bout d'une quinzaine de jours, une ouverture spontanée s'établit ; il s'écoula par elle une grande quantité de pus et d'une matière assez analogue, pour la couleur et la consistance, à du

raisiné ; cette matière était évidemment formée par du sang ancien, sorti des voies de la circulation, et altéré par le travail de la suppuration établi autour de lui ; du reste, pas une seule goutte de sang rouge et artériel. A l'aide d'un bistouri boutonné, M. Dupuytren agrandit cette ouverture, et fit faire dans le foyer des injections avec de l'eau d'orge miellée. Bientôt la fièvre diminua, la suppuration devint moins abondante, l'appétit et le sommeil reparurent, les parois du foyer revinrent sur elles-mêmes, et le malade sortit de l'hôpital, le 21 octobre 1822, parfaitement guéri, l'aisselle entièrement débarrassée de toute espèce de tumeur et d'engorgement, et jouissant d'ailleurs de la meilleure santé.

Depuis ce temps, j'ai reçu deux ou trois fois des nouvelles de Chevalier, et son bon état ne s'est pas démenti (1).

Cette observation nous paraît fort remarquable sous plus d'un rapport. En effet, le volume de la tumeur, l'endroit où la ligature a été pratiquée, la section du scalène antérieur, la facilité et la sûreté de cette opération, son innocuité, le rétablissement de la circulation, le moyen employé par la nature pour se débarrasser de la tumeur, sont autant de points qui méritent de fixer un instant l'attention.

Lorsqu'un anévrisme provient de l'artère axillaire, non loin de l'origine de la brachiale, lorsque la maladie encore récente a fait peu de progrès, on peut dans ce cas lier l'artère entre la tumeur et la clavicule ; mais lorsque la maladie est ancienne, quand la tumeur est volumineuse ou quand elle naît de l'artère axillaire près l'origine de ce vaisseau, il faut dans ce cas pratiquer la ligature de l'artère sous-clavière. M. Pelletan essaya de lier l'artère axillaire immédiatement au-dessous de la clavicule, pour un anévrisme volumineux et remplissant l'aisselle ; chez son malade, un espace considérable existait encore entre la tumeur et la clavicule. M. Pelletan, après être parvenu à l'artère, enfonça son aiguille à diverses reprises sans pouvoir la faire passer autour d'elle, à cause de la profondeur où elle se trouvait. L'opération fut donc aban-

(1) Observation recueillie par M. Marx.

donnée. Les souffrances du malade augmentèrent, il lui survint une inflammation de poitrine, et il mourut le vingtième jour après l'opération (1). Il est vrai de dire cependant que la ligature de l'artère sous-clavière elle-même est quelquefois rendue impossible par l'énorme développement de la maladie et par le déplacement de la clavicule. Astley Cooper ayant à traiter un cas semblable, a été forcé d'abandonner l'opération (2).

Ce qui distingue surtout l'opération pratiquée par M. Dupuytren de toutes celles où l'on a tenté la ligature de l'artère sous-clavière, c'est le choix du lieu et surtout du moyen : le lieu est celui où l'artère est placée entre le scalène antérieur et le postérieur ; le moyen, c'est la section du scalène antérieur. Par là, on est également certain de rencontrer l'artère, en suivant le bord externe du scalène antérieur, et d'éviter, soit la lésion, soit la ligature de la veine et des nerfs qui marchent à côté de l'artère. De telle sorte qu'on ne voit pas ce qui pourrait à l'avenir empêcher de recourir à ce procédé à la fois si simple et si sûr.

A quoi tient l'innocuité d'une opération d'anévrisme ? Cette innocuité tient, on n'en saurait douter, au soin que l'opérateur prend d'isoler l'artère des veines et des nerfs qui marchent à ses côtés. J'ai vu opérer à l'Hôtel-Dieu par M. Dupuytren au moins quinze malades d'anévrismes aux artères carotide, sous-clavière, brachiale, iliaque externe, fémorale, etc., etc., et je n'ai vu survenir de gangrène que chez un seul malade.

La compression ou la ligature des nerfs sont la cause la plus commune de cet accident. M. le docteur Orpen a rapporté l'observation d'un anévrisme de l'artère sous-clavière dans lequel la tumeur, après s'être accrue rapidement, et avoir offert des battements violents, avait tout-à-fait perdu ses pulsations, et tellement diminué de volume, qu'elle s'était par degré réduite en un noyau compacte. Les pulsations,

(1) Pelletan, *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 49. — Hodgson, *Maladies des artères et des veines*, t. II, p. 105.

(2) *London medical review*, t. II, p. 300.

dans les artères du membre, devinrent imperceptibles ; le bras ne put plus servir, et tomba dans un état d'émaciation extrême. M. le docteur Orpen pense avec raison que, chez le malade qui fait le sujet de cette observation, la diminution de la nutrition du bras et la perte de son mouvement volontaire sont dues à la pression de la tumeur sur les nerfs cervicaux, et non à l'absence d'une quantité suffisante de sang, par suite de l'oblitération de l'artère. Van-Swieten cite un cas à peu près semblable.

L'observation de Chevalier confirme ce que les belles dissections de Scarpa avaient établi d'une manière si positive : que les parties du système artériel les plus rapprochées du tronc n'ont pas entre elles des communications moins nombreuses et moins efficaces que les parties qui en sont plus éloignées. MM. Dupuytren, Delaporte, Bouchet, Delpech, en France ; Astley Cooper, Abernethy, Travers, Post, en Angleterre, ont confirmé par des faits ce que Scarpa avait avancé en théorie. La nature elle-même, toujours si féconde en ressources, nous avait déjà prouvé que de gros troncs artériels peuvent s'oblitérer, sans que pour cela la circulation et la vie des membres fussent détruites. On trouve dans les notes dont M. Breschet a enrichi l'ouvrage d'Hodgson, une observation où l'artère sous-clavière gauche et plusieurs de ses branches les plus importantes avaient été oblitérées par la pression d'un anévrisme de l'aorte ; une petite tumeur anévrismale avait son siège au commencement de la sous-clavière, dont la cavité, à partir de l'endroit où elle sortait du petit sac, était complètement remplie par une substance compacte, ligamenteuse, qui s'étendait jusque dans les artères vertébrale, mammaire interne et intercostale supérieure. La thyroïdienne inférieure était la première branche qui fût demeurée ouverte, et par elle le sang passait de la thyroïdienne supérieure dans l'artère sous-clavière, qui, quoique resserrée, était restée perméable dans cet endroit. Le membre paraissait bien nourri et jouissait de sa force ordinaire, malgré l'oblitération du commencement de la principale artère et de ses branches les plus importantes.

Corvisart a trouvé l'artère sous-clavière gauche tellement rétrécie, à un pouce environ au-delà de son origine, qu'on ne pouvait y introduire la tête d'une petite épingle qu'avec une extrême difficulté. Ce resserrement était produit par un dépôt de matière calcaire. Les valvules de l'aorte se trouvaient réunies par un dépôt semblable, en sorte qu'on ne pouvait introduire qu'avec peine l'extrémité du doigt dans l'ouverture du vaisseau, qui était dilaté, rugueux et épaissi à la terminaison de sa courbure.

Enfin l'observation de Chevalier nous montre à la fois et la puissance de l'art et les ressources de la nature. Une tumeur anévriasmale existe dans le creux de l'aisselle, une ligature est jetée autour de l'artère sous-clavière, le cours du sang est suspendu, la maladie est guérie; mais restait encore une partie de la tumeur: que fait la nature, pour s'en débarrasser? elle suscite une inflammation qui, en se terminant par la suppuration et l'ouverture spontanée du sac, procure au malade une entière et parfaite guérison.

On pouvait craindre que cette ouverture donnât lieu à quelque hémorrhagie; mais depuis long-temps la ligature avait déterminé l'oblitération de l'artère au-dessus de la tumeur anévriasmale. Cette oblitération avait intercepté toute espèce de communication entre le cœur et la tumeur; celle-ci n'était plus qu'une simple collection de sang et de pus placée hors la puissance de la circulation, et qui pouvait, sans danger, être évacuée au dehors: c'est ce qu'avait bien jugé M. Dupuytren, lorsqu'il proposa au malade de faire une ouverture à cette tumeur. Effrayé par quelques propos indiscrets, Chevalier préféra l'abandonner à elle-même; et la nature opéra seule ce que l'art aurait fait plus tôt et avec aussi peu de dangers que par elle (1).

OBS. V. — *Anévrisme faux consécutif de l'artère axillaire droite.* — *Ligature de la sous-clavière entre les deux scalènes.* — *Réapparition des battements.* — *Hémorrhagie.*

(1) Marx, *Mémoire sur la ligature de l'artère sous-clavière*, *Répertoire d'anatomie*.

— *Gangrène.* — *Mort.* — *Autopsie.* — Clologe (Jacques-Marie), âgé de trente-huit ans, employé dans les douanes, ex-militaire, entra à l'Hôtel-Dieu, le 29 mars 1819, pour s'y faire traiter d'un anévrisme faux consécutif à l'axillaire du côté droit.

Six ans auparavant, il avait été affecté d'une maladie vénérienne très grave, et postérieurement il avait eu deux blennorrhagies. Les suites de ces maladies furent l'altération des os du nez, la surdité, la céphalée et les douleurs ostéocopes. Un traitement convenable parvint à faire cesser presque tous ces accidents. Depuis plusieurs années, sa santé était assez bonne, lorsqu'en 1815, il reçut d'un Cosaque, dans une sortie que fit la garnison de Strasbourg, un coup de lance à la partie antérieure et droite de la poitrine, dans le sillon qui sépare le deltoïde du grand pectoral, à trois pouces au-dessous de la clavicule.

Une assez grande quantité de sang s'écoula; le malade perdit connaissance; il fut pansé, et le sang s'arrêta, moins par l'appareil qui fut appliqué (car il ne consistait qu'en un peu de charpie) que par lui-même. Quinze jours après, cette petite plaie était cicatrisée; le bras avait recouvré une partie de ses mouvements. Au bout d'un mois, une tumeur se manifesta au creux de l'aisselle; elle avait la grosseur d'un œuf de pigeon; elle était sans changement de couleur à la peau, et offrait des battements isochrones à ceux du cœur. La main, l'avant-bras et le bras se tuméfièrent. Le malade continua à travailler; la tumeur s'accrut; les battements devinrent plus forts et les douleurs plus vives. Pendant six mois, le malade garda le repos au lit, et fut traité par la compression exercée au moyen d'une grande bande qui s'étendait des doigts à la tumeur, point où la constriction était la plus forte. Après quelque temps de l'emploi de ce moyen, la tuméfaction du bras et de l'avant-bras diminua, ainsi que le volume de la tumeur; mais, quoique moins forts, les battements persistèrent. A cette époque, on discontinua ce traitement, qui avait apporté quelque amélioration; et pendant à peu près deux ans le malade n'éprouva aucune in-