

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-

commodité ; seulement il ne pouvait se servir du bras. La main était atrophiée et les doigts fortement fléchis. Il était à Paris depuis trois mois pour solliciter une place, lorsque, sans cause connue, sans avoir fait d'excès en aucun genre, il y a huit jours, au milieu de la nuit, sa tumeur s'accrut avec rapidité. Depuis ce temps, son volume a toujours été en augmentant ; des douleurs insupportables se sont déclarées, elles empêchent le malade de dormir ; son corps est toujours couvert de sueur. Il se décide alors à entrer à l'Hôtel-Dieu. Voici l'état dans lequel il se trouve :

Vers le milieu du bord antérieur du deltoïde, dans le sillon qui le sépare du grand pectoral, et à trois pouces au-dessous de la clavicule, on aperçoit une cicatrice d'un pouce, dure et inégale. Dans le creux de l'aisselle, et jusque sous la clavicule, existe une tumeur volumineuse sans changement de couleur à la peau, qui est fort amincie et parcourue par des veines bleuâtres et dilatée dans quelques endroits. Cette tumeur, très rénitente, offre des pulsations isochrones à ceux du cœur. La force des battements, l'amincissement de la peau, les douleurs vives que le malade éprouve, font craindre la prochaine rupture de cette poche, qui s'étend supérieurement presque jusqu'à l'apophyse acromion. Par suite des progrès de la maladie, ou peut-être du traitement mis en usage, la main s'est atrophiée ; les doigts sont fortement fléchis ; la clavicule droite est plus élevée que la gauche, l'artère sous-clavière du même côté plus enfoncée ; le bras, écarté du tronc par le développement de la tumeur, n'est susceptible d'aucun mouvement. L'artère radiale bat encore, mais c'est avec peine que l'on perçoit ses pulsations. Les douleurs sont vives et continuelles, les sueurs excessives, le sommeil nul. Une saignée d'une palette et demie est pratiquée le soir de son entrée ; la tumeur est recouverte de compresses imbibées d'eau végéto-minérale.

Dans la nuit, les douleurs deviennent intolérables ; le malade crie, s'agite, et craint pour la rupture de sa tumeur, tant est forte la violence des battements et des douleurs. Une nouvelle saignée est pratiquée ; on renouvelle fréquem-

ment les compresses. Les douleurs se calment un peu, et le malade est assoupi le reste de la nuit. Le 30 mars, la face est pâle et défaite, la voix affaiblie, mais les souffrances sont moins vives. Les pulsations de la tumeur ne laissent aucun doute sur sa nature ; la blessure en explique la cause et le développement. Le parti à prendre est nettement tracé : il faut lier l'artère sous-clavière entre les deux scalènes, comme M. Dupuytren l'a déjà fait avec succès sur le précédent malade.

Il est évident que l'opération est indispensable, qu'elle est urgente ; le développement de la tumeur rend impossible la ligature de l'artère axillaire. Le doigt porté au-dessus et derrière la clavicule fait sentir l'artère sous-clavière. Lorsqu'on la comprime, on affaiblit d'abord, puis on fait cesser complètement les battements dans la tumeur. Tourmenté par ces horribles douleurs, le malade accepte sans hésiter l'opération qu'on lui propose ; elle est pratiquée de la manière suivante :

M. Dupuytren étant placé à la gauche du malade fait une incision au côté droit et à la partie inférieure du col, un peu oblique de haut en bas et de dedans en dehors du muscle sterno-mastoidien vers la clavicule. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané divisés, plusieurs artéριοles fournissent du sang ; elles sont aussitôt liées, car l'écoulement du sang serait un obstacle pour la continuation de l'opération. Pendant la ligature de ces vaisseaux, les douleurs atroces du malade sont réveillées. On cherche à isoler au moyen de l'extrémité d'une sonde cannelée l'artère des plexus nerveux qui l'entourent. Les douleurs deviennent plus violentes, mais le malade assure qu'elles tiennent à sa maladie et non à l'opération. On lui accorde un intervalle d'un quart d'heure pour qu'elles aient le temps de se calmer ; car en continuant l'opération, elles pourraient donner lieu à des convulsions ou à d'autres graves accidents. L'opération est ensuite reprise. En portant le doigt derrière la clavicule on comprime l'artère sous-clavière, et aussitôt les battements cessent dans la tumeur ; le doigt retiré, ils reparassent ; cette épreuve est

répétée plusieurs fois. On se sert alors d'une sonde cannelée recourbée pour glisser sous l'artère, on n'y parvient qu'après quelques difficultés. Si elle eût été percée à son extrémité, on aurait pu de suite introduire avec elle une ligature, et l'opération eût été abrégée d'une demi-heure. M. Dupuytren veut faire passer un stylet armé d'un fil, procédé si facile dans d'autres cas et qui n'expose à aucun danger; vains efforts: le stylet ne peut s'accommoder aux courbures de la sonde. Pendant qu'on cherche à mieux isoler le plexus nerveux et à dégager l'artère du tissu cellulaire qui l'environne, tout-à-coup on voit jaillir un sang rouge et vermeil. M. Dupuytren introduit de suite son doigt dans la plaie, aussitôt il cesse de couler; il le retire, et il ne s'écoule plus une goutte de sang. Par quel vaisseau ce liquide a-t-il pu être fourni? Une partie du sac a-t-elle pu être ouverte?

M. Dupuytren imagine alors de faire percer une sonde cannelée à son extrémité inférieure, ce qui dure environ un quart d'heure. La sonde est passée; le dégagement de la pointe est assez difficile; le scalène antérieur n'est point incisé; il eût peut-être rendu cette manœuvre plus facile. Un fil simple est passé dans le trou de la sonde à l'aide d'une aiguille; ce fil sert à en attirer un double; la sonde est retirée. L'artère était-elle comprise dans l'anse du fil? La tumeur avait cessé de battre lorsque la sonde cannelée avait été engagée sous ce vaisseau; en tirant sur la ligature et en soulevant par conséquent l'artère, on observait le même phénomène. On fit un premier nœud, douleurs atroces. L'artère seule était-elle intéressée dans la ligature? n'embrassait-elle pas quelque tronc nerveux? Se rappelant alors qu'il n'était pas nécessaire qu'une ligature fût serrée pour enflammer et oblitérer une artère, et que les ligatures d'attente les coupent aussi bien que celles qui sont serrées, M. Dupuytren fit un second nœud sans le serrer davantage. Quoique les battements eussent évidemment cessé, on sentait encore dans la tumeur une espèce de frémissement imperceptible. Le malade fut pansé simplement. Une ligature d'attente fut conservée et placée à la partie inférieure de la plaie; le malade fut reporté à son lit.

Pendant la journée, souffrance assez vive à la partie postérieure du col; cessation des douleurs dans la tumeur. On ne sent plus les pulsations de l'artère radiale ni de la tumeur. Le membre est environné de sachets remplis de sable chaud; il conserve sa chaleur, sa sensibilité et sa myotilité. Depuis l'opération, pas le moindre écoulement de sang; sueurs abondantes. Le soir, Clologe peut mouvoir ses doigts aussi bien qu'avant l'opération; il sent toute la longueur de son membre qui est cependant légèrement engourdi. Pas de douleur à la tumeur, aucun écoulement de sang; les doigts appliqués sur la tumeur y sentent un frémissement. La nuit est très bonne; il dort et ne souffre pas; en un mot il est fort bien, telles sont ses propres expressions.

Le 31 mars, premier jour, le malade est toujours bien; les douleurs sont calmées; la tumeur offre d'une manière plus marquée le frémissement dont j'ai parlé; l'appareil est imbibé de sérosité. Déjà vingt-quatre heures se sont écoulées depuis l'opération, et il n'y a pas eu le plus léger accident. L'opération a été longue, il est vrai, mais les deux tiers du temps ont été employés à attendre. La principale raison de la difficulté a tenu à ce que l'on n'a pas incisé le scalène antérieur. Le grand développement de la tumeur et l'élévation de l'épaule avaient enfoncé l'artère, et au lieu d'être parallèle à la clavicule, elle était cachée sous cet os. La plaie avait la forme d'un cône, et c'est au fond de ce cône, profond d'un pouce et demi, qu'il fallait agir.

Le 1^{er} avril, deuxième jour, le malade est assez bien; un peu plus de douleur, moins de sommeil; frémissement plus marqué. Le 2 avril, troisième jour, le membre a sa chaleur et sa sensibilité ordinaires; battements légers dans la tumeur; application de glace. Par hasard des ouvriers travaillent dans la salle; le bruit qu'ils font détermine le retour des douleurs. On applique de la glace; douleurs plus fortes; la glace est enlevée; depuis, la tumeur semble devenir plus volumineuse, plus tendre, plus douloureuse. Insomnie et douleur pendant la nuit. Le 3 avril, quatrième jour, la tumeur est accrue; les battements se sentent plus distinctement

dans presque tous les points. A la partie inférieure de l'aisselle existent des petites phlyctènes; sous elles la peau est violacée et fait craindre une rupture. A quoi peut donc tenir le retour des pulsations? La ligature avait été assez serrée pour les faire cesser le premier jour. Éviter au malade de vives douleurs, la presque certitude qu'un nerf était compris dans le lien, telles sont les raisons qui empêchent M. Dupuytren de serrer plus fortement la ligature. Dans la journée les douleurs deviennent plus vives; une troisième saignée d'une palette est pratiquée. Sur les deux heures de nuit, écoulement de sang par la plaie, l'appareil est enlevé. M. Marx introduit son doigt dans la plaie; le sang cesse de couler. Des boulettes de charpie saupoudrée de colophane sont placées, la plaie est fortement tamponnée à sa partie supérieure surtout, l'hémorrhagie est arrêtée. M. Dupuytren voit alors le malade, et met un appareil de compression qui consistait en deux liens passés sous chaque aisselle garnie de coussins. Le plein de ces liens vient se croiser sur la plaie, une broche de fer les embrasse et en la tournant on augmente à volonté la constriction.

Le 4 avril, cinquième jour, le malade est pâle, défait et éprouve de vives douleurs; la tumeur bat toujours; pas d'écoulement de sang. Dans la journée l'appareil se teint promptement de sang; on fait faire un tour au clou; cette légère hémorrhagie est arrêtée de suite. Le 5 avril, sixième jour au matin, nouvelle hémorrhagie; M. Dupuytren dépanse le malade. Au moment où il enlève la charpie qui avait servi au tamponnement, du sang sort avec rapidité, il introduit son doigt dans le fond de la plaie, le sang est arrêté. On veut essayer l'utilité qu'on pourrait retirer de la ligature d'attente; on tire sur elle; cette traction cause de vives douleurs. La peau est tamponnée, l'appareil de compression appliqué; pas le moindre écoulement de sang. Dans la nuit léger écoulement de sang, arrêté de suite par un tour que l'on fait faire au clou. Le 6 avril, septième jour, la figure est assez bonne; l'appareil et le point de compression sont dérangés, ce qui peut avoir été la cause de l'hémorrhagie; on

ajoute un autre clou pour redoubler la compression. Le petit doigt est violet et gangrené; application non interrompue de glace sur la tumeur qui offre encore des battements.

Dans la journée douleurs très vives; une quatrième saignée est pratiquée; elle n'apporte aucun soulagement. Les battements de la tumeur sont plus obscurs. Dans la nuit le malade, singulièrement fatigué, est tout-à-coup privé de connaissance: agitation très grande; il jette çà et là les jambes; les yeux deviennent fixes, les pupilles dilatées et immobiles, la respiration courte et fréquente, le pouls petit et irrégulier; l'aisselle est violacée et répand une odeur de gangrène. Le 7 avril, huitième jour, le malade, privé de connaissance, a la tête fortement penchée en arrière; les yeux sont fixes, les pupilles larges et immobiles; les paupières recouvrent à moitié l'œil; le pouls est petit et irrégulier, la respiration courte et fréquente; les compresses mises sur la tumeur sont imbibées de sérosité sanguinolente. Application de compresses trempées dans l'extrait de saturne et l'eau-de-vie camphrée sur le membre et la tumeur; vin de Madère, potion thériacale. Chaque fois qu'on lui donne de son vin ou de sa potion, ces médicaments paraissent l'exciter un peu; la respiration devient plus précipitée, les mouvements des membres inférieurs plus fréquents; mais il retombe aussitôt dans son état d'affaissement. Ces symptômes continuent, et la mort vient terminer ce triste tableau à cinq heures du soir.

Autopsie. — Tumeur anévrismale. — Les muscles grand pectoral, petit pectoral et deltoïde sont soulevés et distendus; ils ont perdu de leur épaisseur; des caillots de sang noir peu denses ont pénétré à la partie antérieure de la tumeur, en poussant au-devant d'eux le grand pectoral et le deltoïde, qui sont en ce point réduits en une bouillie noirâtre, presque au-dessous de la peau; celle-ci est rouge violacée, parcourue par des veines bleuâtres dilatées, et exhale une odeur de gangrène. Sur les côtés de la tumeur anévrismale et plus en arrière, on voit plusieurs couches épaisses d'une ligne; ces couches sont d'un rouge violet, denses, se cassant

plutôt qu'elles ne s'écrasent. Le centre de la tumeur est occupé par du sang noir à demi-fluide ; une couche peu épaisse de ce sang recouvre aussi l'extérieur des caillots imbriqués et denses ; on en enlève ainsi deux livres. Alors au fond de la cavité se voit une petite ouverture de quatre lignes de long, d'une ligne de large, faite au calibre de l'artère. La membrane interne de l'artère semble continuer de tapisser le contour de cette ouverture à environ un pouce et demi à droite et à gauche. Cette membrane est soutenue par un tissu dense, rouge, épais, dans lequel on voit des concrétions osseuses, semblables à celles qu'on remarque si souvent entre la tunique interne et la tunique moyenne des artères.

Ces deux tissus continus au calibre de l'artère, sans qu'aucune interruption puisse indiquer le point de leur origine, se tiennent à des distances inégales par des bords inégaux et déchirés, rapprochés et réunis ; leur cavité est susceptible d'admettre un œuf de poule. Cette cavité est enveloppée dans une plus grande, dont les parois sont formées par tous les muscles que j'ai indiqués depuis la clavicule jusqu'au tiers moyen du bras. L'intérieur de la grande cavité est inégale, ses parois sont noires. L'intérieur de la petite cavité communie immédiatement par une ouverture déchirée, par une crevasse avec le dehors de la grande cavité elle-même à la partie interne de l'artère, où elle a donné passage à du sang qui s'est infiltré entre les nerfs du plexus brachial.

Au-dessous de ce point, c'est-à-dire derrière le tendon du grand pectoral, on voit l'artère assez dilatée donner brusquement naissance à une tumeur arrondie, bosselée, qui se porte surtout en dehors, mais aussi en haut et en bas et en dedans, peu dans ce dernier sens, et qui s'enveloppe ainsi presque tout entière et dans un trajet de deux pouces de longueur, de manière à ce qu'elle ne puisse être vue au point où elle lui donne naissance qu'en la relevant et la rejetant en dedans ; tumeur dont l'extérieur est formé d'un tissu blanc qui est élastique, analogue à la tunique externe des artères ; qui plus profondément est formée d'un tissu rougeâtre autour duquel se trouvent des concrétions osseuses, qui plus

profondément encore est tapissée par la membrane interne de l'artère ; tumeur dont les parois s'amincissent à mesure qu'elles s'éloignent de l'artère, et qui à quelques lignes de son point d'origine se trouve de toutes parts plongée comme nous l'avons dit au milieu du sang noir qui remplit la grande cavité.

L'artère mammaire à sa naissance et quelques unes des artères du col paraissent plus dilatées qu'à l'ordinaire. A la plaie le muscle scalène postérieur est un peu intéressé ; les ligatures entourent les branches du plexus brachial qui sortent du troisième trou de conjugaison. A sa partie inférieure l'artère est lésée dans une étendue de trois lignes dans la moitié de son calibre environ ; l'ouverture qu'elle offre est en haut, et fort voisine du point du nerf que les ligatures embrassent ; celles-ci semblent avoir traversé l'artère sans l'avoir complètement embrassé. Du sang noirâtre et de la suppuration remplissent la plaie.

L'extrémité postérieure du lobe gauche du cerveau présente à l'extérieur au-dessous des membranes une couleur verdâtre ; plus profondément la substance est désorganisée, molle, grisâtre ; 0^l, 04 d'un liquide gris verdâtre s'en écoule. La substance cérébrale est un peu plus ferme et parcourue par des vaisseaux injectés. Cette désorganisation s'étend à deux lignes de profondeur. Cet abcès est en communication avec le ventricule du même côté, dont la membrane est cependant lisse et transparente comme le reste de l'arachnoïde qui ne contient qu'un peu de sérosité rougeâtre. Pie-mère un peu injectée. Ces deux membranes sont soulevées de la surface du cerveau par un grand nombre de bulles d'air. Tous les autres organes parfaitement sains. Quelques adhérences anciennes du côté droit de la poitrine (1).

Cette observation fait admirablement connaître la cause, les symptômes et la marche des tumeurs anévrismales. C'est une monographie animée qui grave bien mieux dans l'esprit l'histoire de l'anévrisme que les meilleures descriptions. L'é-

(1) Observation recueillie par M. Marx.

tude de cette observation n'est pas moins intéressante sous le rapport des modifications qu'apporte chaque cas particulier au manuel opératoire. C'est en vain que vous avez fait préparer avec un soin méthodique tous les instruments nécessaires, toutes les pièces de l'appareil; une circonstance imprévue vous oblige à improviser un moyen nouveau, et vient ainsi donner un démenti formel à ceux qui voudraient faire de la chirurgie une science entièrement mathématique. Les difficultés que présentent les opérations sont d'ailleurs quelquefois insurmontables; ainsi, dans le cas présent, des branches nerveuses furent intéressées, et l'artère elle-même ne fut qu'en partie comprise dans les ligatures. Peut-être cependant les eût-on en partie surmontées, si on avait fait la section du scalène antérieur. Les détails curieux fournis par l'autopsie nous initient au mécanisme de la formation de la tumeur à son développement, et complètent les documents des deux observations précédentes.

L'observation dont je vais vous parler maintenant a pour sujet la ligature de l'artère carotide primitive, dans un cas de maladie composée de dilatation des artères et de production originelle d'un tissu accidentel, analogue à celui des corps caverneux du pénis. Cette observation servira, avec celles déjà publiées, à l'histoire de la ligature des troncs artériels principaux, par lesquels le cœur nourrit la tête et les membres. La gravité des maladies du tronc des artères carotides primitives et de leurs divisions avait souvent fait regretter aux praticiens de ne pouvoir employer contre elles les ressources dont l'art use avec tant de succès contre les lésions des artères des membres.

Plusieurs considérations semblaient pourtant les inviter à étendre aux maladies de l'artère carotide primitive le bienfait de ces opérations. Ces considérations, communes aux artères iliaques externes, sous-clavières et carotides primitives, avaient bien plus de poids encore dans le traitement des maladies de cette dernière artère, qui avait été, depuis Galien jusqu'aux physiologistes de nos jours, le but et l'objet d'un très grand nombre d'expériences et d'obser-

ventions d'anatomie pathologique également nombreuses, également authentiques. En effet, une foule d'expériences faites sur les animaux vivants avaient prouvé la possibilité de lier sans danger les artères carotides primitives, isolément ou bien à la fois. Mais trop scrupuleusement attachés, peut-être, au principe que les expériences faites sur les animaux ne concluent à rien pour l'homme, les chirurgiens avaient abandonné aux physiologistes celles dont nous parlons, et avaient ainsi perdu volontairement les conséquences qu'elles fournissent, et dont l'application à l'art de guérir semblait si naturelle et si importante.

Des recherches sur l'anatomie morbide avaient tout aussi vainement fait trouver un assez grand nombre d'exemples d'oblitération des artères carotides primitives, survenues sans qu'il en fût résulté le moindre trouble dans les fonctions du cerveau. Les praticiens, persuadés encore que l'oblitération lente et graduée des artères est beaucoup moins dangereuse que celle qui est subitement produite par la ligature, avaient reculé devant l'idée de lier l'artère carotide primitive.

Plusieurs motifs rendaient plausible leur circonspection.

L'impossibilité d'exercer une compression de sûreté sur l'artère et de se rendre maître du cours du sang pendant l'opération, et surtout dans le cas où la tumeur viendrait à être accidentellement lésée; le nombre et l'importance des nerfs, des veines, et des autres parties entre lesquelles l'artère et la tumeur se trouvent placées, et la difficulté de les séparer assez exactement de ces parties, pour éviter d'embrasser celle-ci dans l'anse de la ligature; enfin l'importance des organes auxquels les carotides se distribuent, la gravité des effets qui pouvaient résulter de l'interception subite du cours du sang dans l'organe qui sert d'agent à la pensée et aux mouvements, organe bien autrement important à la vie qu'un membre qui, à la rigueur, peut être perdu sans beaucoup de danger.

Tels étaient les motifs mis en avant par les plus timorés, et qui faisaient hésiter les plus hardis.

Cependant ces objections et ces difficultés pouvaient être levées. L'expérience démontrait tous les jours que la compression de sûreté, indispensable dans l'opération de l'anévrisme par incision du sac anévrisimal, est presque inutile dans l'opération de l'anévrisme suivant la méthode d'Anel, c'est-à-dire par la ligature de l'artère, entre la maladie et le cœur. L'anatomie apprenait ensuite que l'artère carotide, bien qu'enveloppée avec la veine jugulaire interne, les nerfs trisplanchniques et pneumo-gastrique dans une sorte de gaine celluleuse, pouvait être isolée de ces parties avec facilité et sans risque pour elles. Et si l'on eût pu douter du rétablissement de la circulation après la ligature de cette artère, l'anatomie apprenait encore qu'il n'est pas de parties du corps où la communication entre deux moitiés symétriques d'un système artériel distribué au même organe soit aussi nombreuse qu'entre les artères d'un côté de la tête et celles de l'autre, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur.

— Quelque puissantes que fussent ces raisons, elles n'avaient pourtant pas fait sortir les chirurgiens de leur timide réserve, et la crainte d'encourir le reproche de témérité laissait sans secours les malheureux affectés d'anévrisme de l'artère carotide primitive et de ses divisions, ou du moins ne permettait de leur donner que des secours impuissants, et la tombe recevait bientôt ceux que l'art n'avait pas osé secourir d'une manière plus efficace.

Il fallait une épreuve pour lever les doutes.

Sir Astley Cooper la fit, et elle manqua de succès une première fois, mais par des raisons qui n'atteignaient pas l'opération en elle-même. Ce savant praticien le sentit; il renouvela l'épreuve, certain du succès, si aucune circonstance étrangère à la maladie ou à l'opération ne venait le contrarier. Elle eut, en effet, dès la seconde fois, et elle a presque toujours eu depuis lors, tant entre ses mains qu'entre celles de beaucoup d'autres chirurgiens, les plus heureux résultats.

L'observation suivante sera une nouvelle preuve de la facilité et de l'innocuité de la ligature de la carotide primitive, en même temps que de son efficacité contre les affections

anévrismatiques de cette artère. Elle fera connaître de plus une maladie fort extraordinaire contre laquelle la ligature n'a pas offert, il est vrai, une ressource aussi efficace que contre l'anévrisme, mais dont elle a du moins modéré les progrès et diminué les dangers.

OBS. VI. — *Ligature de l'artère carotide primitive dans un cas de dilatation anévrismatique des artères de l'oreille, de la tempe, de l'occiput, et de production de tissu érectile.* — Étienne Dumand entra à l'Hôtel-Dieu de Paris le 3 avril 1818. Ce malade, âgé de vingt ans, né à Villemanoche, département de l'Yonne, avait une constitution peu robuste, une taille élevée, des formes grêles, un tempérament bilieux, et il exerçait la profession de charron.

Il avait apporté en naissant deux petites altérations à la peau, communément appelées taches de vin, sur le repli extérieur de la conque de l'oreille droite. Celle-ci n'était pas déformée; elle semblait seulement un peu plus large et plus épaisse à l'endroit occupé par ces taches. Une démangeaison légère était la seule incommodité qu'elles occasionnaient; mais le jeune malade, excité par ces démangeaisons, grattait souvent son oreille, et chaque fois qu'il entamait la peau de cette partie, il en coulait un sang rouge et vermeil.

Il resta dans le même état jusqu'à l'âge de douze ans; à cette époque, marquée par le développement des parties génitales, l'oreille commença à prendre plus de volume; elle changea de couleur et devint violette.

Trois ans après, le malade aperçut qu'elle était agitée par de légers mouvements; elle avait alors acquis le double de son volume ordinaire, et les taches s'étaient élargies dans la même proportion.

Huit mois après l'apparition des battements, une première hémorrhagie eut lieu et fut déterminée par un effort exercé pour lui arracher son chapeau de dessus la tête. Cette hémorrhagie ne put être arrêtée qu'à l'aide d'un tamponnement très exact; elle affaiblit le malade, mais le volume de la tumeur parut un peu diminué, et les battements s'y firent sentir avec moins de force. Cette amélioration ne fut que