

un aide intelligent et sûr. Le cours du sang dans le membre et les pulsations dans la tumeur étant parfaitement suspendus par ces moyens, le malade fut couché sur le ventre, la jambe droite ainsi fléchie et soutenue par un autre aide. Je fis remarquer dès lors que Bordier était trop couché sur le côté gauche, et que le côté droit correspondant à sa maladie et à l'opérateur était trop relevé, ce qui devrait nécessairement dérober à ce dernier la vue d'une partie du sac anévrisimal lorsque l'opération serait commencée.

On fit aussitôt une incision droite, à peu près de quatre à cinq pouces au plus de longueur, au creux du jarret. Cette incision, qui fut commencée dans l'intervalle des têtes des jumeaux, et qui fut trop tôt terminée vers la réunion des deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur du jarret, fournit à peine quelques gouttes de sang noir; une seconde incision pénétra jusqu'au sac, d'où un flot de sang rouge et vermeil jaillit à plus d'un pied de distance. L'ouverture du sac ayant été agrandie, tant en haut qu'en bas, on acheva de vider la poche anévrisimale: elle ne contenait que du sang fluide et vermeil, si l'on en excepte une couche fibrineuse très mince qui adhérait au côté interne du sac. Celui-ci étant vidé, on chercha avec les doigts, et l'on reconnut, à la saillie qu'elle faisait, l'artère poplitée: elle était placée au côté externe et postérieur du jarret, au dedans du biceps, et à un pouce de distance tout au plus de la paroi postérieure du jarret. Il eût été très aisé de trouver la crevasse survenue à cette artère en introduisant une sonde dans les bouts supérieur et inférieur, et de continuer cette opération avec autant d'habileté que de bonheur; mais la position du malade, qui déroba à l'opérateur la vue de la paroi de l'anévrisme dans laquelle se trouvait l'artère poplitée, l'étroitesse de sa première incision, et surtout de celle qu'il avait faite au sac, laquelle l'empêchait de pouvoir plonger ses regards jusque dans la cavité anévrisimale; toutes ces circonstances, et d'autres encore, empêchèrent qu'il ne songeât à s'assurer du lieu précis où était la crevasse de l'artère. En vain je fis relâcher le garrot par l'aide qui était chargé de le tenir;

en vain même, après avoir vu l'ouverture par laquelle le sang sortait de l'artère pour pénétrer dans le sac, je l'indiquai à l'opérateur; celui-ci s'armant d'une énorme aiguille, moitié courbe, moitié droite, et guidé seulement par ses doigts, s'efforça de placer une double ligature autour de l'artère: cette ligature, qui tomba à près d'un demi-pouce au-dessus de la crevasse, ayant été passée, un des fils fut serré; mais le garrot ayant été relâché, on vit distinctement le sang jaillir avec force de la partie de l'artère embrassée par la ligature, et qui, suivant toutes les apparences, avait été traversée par l'aiguille. Le garrot ayant été aussitôt resserré, on plaça une double ligature à un pouce de la première, et l'une d'elles ayant été convenablement serrée, le garrot ayant été ensuite relâché, le sang parut parfaitement arrêté. On remarqua que cette ligature avait été très douloureuse. On put, après qu'elle eut été serrée, nettoyer plus exactement et parcourir dans toute son étendue la cavité anévrisimale: elle s'étendait supérieurement et inférieurement bien au-dessus du lieu où s'arrêtait l'incision de la peau; elle se prolongeait ensuite de côté et d'autre autour et au côté externe des condyles du fémur en soulevant les tendons des muscles; en avant, elle n'avait que la partie postérieure et inférieure du fémur pour bornes; partout elle semblait tapissée par une membrane mince et celluleuse.

Quant à l'artère poplitée, lorsque le garrot était relâché, on pouvait facilement, à l'aide des pulsations, en déterminer le trajet jusqu'au lieu de sa déchirure. Elle semblait, à sa sortie par l'ouverture des adducteurs, se porter presque transversalement de dedans en dehors, cheminer ensuite le long de la paroi externe du jarret et de la tumeur; arrivée à la partie inférieure de ce trajet, elle offrait la déchirure située sur son côté interne à partir de ce point, elle descendait le long du jumeau externe, et bientôt elle reprit sa position ordinaire. L'opérateur, d'après son projet de pansement, croyait l'opération terminée; aussi, après avoir nettoyé le sac ainsi que nous venons de le dire, se disposait-il à appliquer son appareil. J'eus beaucoup de peine

à le déterminer à placer sur le bout inférieur de l'artère une ligature, encore fut-elle comme les précédentes, conduite avec les doigts seulement. Pour passer cette troisième double ligature, il se servit d'abord de sa grande aiguille, puis de l'instrument de Desault et de celui de Deschamps; mais trouvant qu'aucun de ces instruments ne piquait assez; embarrassé de leur manche dans une ouverture aussi étroite que celle qu'il avait faite, il revint à son aiguille; mais je ne pus jamais obtenir de lui qu'il plaçât une seconde ligature d'attente sur le bout supérieur de l'artère. La seule qui existât, portée en même temps que la ligature qui avait suspendu le cours du sang, et placée dans le même lieu qu'elle, devait évidemment devenir inutile dans le cas où l'artère, trop promptement coupée, viendrait à éprouver la plus légère rétraction; mais l'opérateur comptait trouver dans la compression un moyen aussi efficace pour le moins que les ligatures. En effet, il introduisit bientôt après dans la poche anévrismale, et pressa les uns sur les autres une multitude de tampons très durs de charpie grossière, une livre au moins de cette substance fut entassée dans le creux du jarret: moyennant cette compression *methodique*, il se crut parfaitement maître du sang, et sûr en même temps de l'application *methodique* de la charpie, il n'appliqua autour du jarret qu'une bande peu serrée. L'opération n'avait pas été fort douloureuse en elle-même, mais le pansement l'avait été bien plus. Le malade fut aussitôt après ces derniers transporté dans son lit, où son membre fut placé sur un oreiller, et recouvert seulement par quelques flanelles minces et par un drap chaud.

Quelques instants après sa jambe droite me parut froide; mais au bout d'une heure elle avait repris une chaleur, non seulement égale, mais encore supérieure à celle du reste du corps, et elle la conserva toujours depuis. Aux douleurs qui n'avaient pas discontinué depuis l'opération, se joignit de la fièvre, et le soir, une insomnie et une agitation continues pendant la nuit.

Le malade but, le premier jour, du petit-lait coupé avec de l'eau et de la limonade.

Le second jour, douleur constante et vive dans la plaie, fièvre et chaleur générale à la peau. Pouls très grand et très fort; toux légère et expectoration sans douleur de crachats teints de quelques petits filets de sang. D'ailleurs le membre est toujours très chaud, sans gonflement; on voit à chaque contraction du cœur soulever seulement toutes les parties molles situées sur le trajet de la fémorale, et l'on sent distinctement sous le condyle interne du fémur les pulsations de quelques branches des artères articulaires.

Le soir la fièvre redouble, l'agitation augmente: il y a difficulté d'uriner, et l'on sonde le malade.

Le matin, fièvre, peau brûlante, toux, crachats sanguinolents. Le soir, diminution de la fièvre, cessation de la toux, plus de crachats sanguinolents; le malade paraît beaucoup mieux; cependant il se plaint toujours dans le membre opéré des douleurs qui l'empêchent de dormir.

Le lendemain matin, les traits du malade paraissent altérés; sa figure et son corps sont jaunes, son pouls est petit, fréquent et irrégulier, son membre est gonflé, douloureux, et ses orteils froids. Le soir même état, et depuis douleurs très vives au moindre attouchement du membre malade. On veut, malheureusement trop tard, enlever la charpie entassée dans la plaie; mais dans la crainte d'envenimer, on ne renouvelle que les bandes et les compresses. Le pouls est à peine sensible.

La nuit, douleurs atroces, agitation extrême, faiblesse très grande.

Suintement abondant de sérosité noirâtre à travers l'appareil, gonflement prodigieux du membre avec lividité et phlyctènes, froid glacial à toute la surface du corps, absence complète du pouls, aphonie, et néanmoins le malade conserve jusqu'au dernier moment l'usage de ses facultés intellectuelles.

Mort à sept heures.

*Ouverture du corps, dix heures après la mort seulement,* il exhalait une odeur très fétide; une couleur jaune était généralement répandue sur toute sa surface; mais la cuisse,

la jambe et le pied avaient une couleur livide et violette, et un volume très considérable.

Une injection ordinaire, poussée avec un médiocre succès dans les artères du membre malade, remplit les principales branches des artères articulaires, et fit voir : 1° qu'il existait deux artères articulaires internes toutes deux très grosses; une supérieure, dont les rameaux, naturellement ou parce qu'ils étaient mal injectés ou mal disséqués, ne semblaient point avoir servi au rétablissement de la circulation; une autre inférieure, et dont les rameaux, après avoir serpenté sur le condyle interne du fémur et sur tout le côté correspondant du genou, communiquent largement, d'abord avec une artéculaire interne et inférieure, par le moyen de laquelle l'injection avait été rapportée dans le tronc de l'artère poplitée au-dessous des ligatures, ensuite avec la récurrente tibiale antérieure par le moyen de laquelle cette dernière artère avait été remplie d'injection; 2° elle fit voir ensuite que les artères articulaires externes étaient beaucoup moins grosses que ces internes, et qu'elles avaient à peine servi au maintien de la circulation.

Ces faits ayant été constatés, on trouva ensuite, 1° que le tronc de la fémorale avait en effet subi la déviation qu'on a observée pendant l'opération; 2° que l'artère fémorale avait été aussi traversé par la première ligature, ainsi que je l'avais pensé, et que le nerf poplité n'y avait pas été compris; 3° que la seconde ligature par laquelle le sang avait été arrêté avait compris le nerf poplité, qui était presque coupé. Quant à l'artère poplitée, en l'examinant avec soin par sa face interne, on voyait distinctement que ses membranes interne et moyenne étaient entièrement coupées, et qu'elles étaient un peu rétractées, tandis que la membrane externe ou celluleuse était entière et servait de moyen d'union entre la partie de l'artère située au-dessus de la ligature et celle qui était au-dessous. 4° Il ne fut pas possible, tant le délabrement des parties était grand, de reconnaître les limites ni même l'existence du sac anévrismal. 4° Il ne le fut pas davantage de retrouver la déchirure de l'artère par la-

quelle le sang s'était répandu hors des voies ordinaires de la circulation. 5° Il ne fut pas possible encore de déterminer le lieu précis où la ligature inférieure avait été placée; on observa seulement que l'injection fournie au tronc de la poplitée par la communication des articulaires entre elles, était revenue dans la poche qui tenait lieu du sac anévrismal, ce qui semblerait indiquer que cette ligature était placée au dehors, ou du moins sur le trajet de la déchirure.

L'artère fémorale d'ailleurs point ossifiée; mais l'aorte était malade dans presque toute sa longueur, et surtout à l'endroit de sa crosse; là elle offrait, 1° une légère dilatation générale; trois ou quatre bosselures ou petites tumeurs qui s'élevaient de la surface de la tumeur principale; 3° elle était parsemée à l'intérieur d'une multitude de plaques osseuses de grandeurs très variées, et dans l'intervalle de ces plaques elle était d'un rouge vif, et semblait offrir quelques traces d'érosions.

Les poumons, le foie et les autres organes étaient sains (1).

Parmi les dangers qui sont à craindre dans la ligature des principaux troncs artériels, nous avons déjà eu l'occasion de signaler les hémorrhagies consécutives. L'observation dont nous allons donner un extrait vient à l'appui des préceptes que nous avons établis; mais elle offre de plus cette particularité curieuse, que l'hémorrhagie ne se montra que le quatorzième jour de l'opération, et le lendemain de la chute de la ligature qui avait eu lieu naturellement.

Obs. XIII. — *Ligature de l'artère crurale pour une tumeur anévrismale du jarret. — Chute spontanée de la ligature le quatorzième jour. — Hémorrhagies. — Nouvelle ligature de la crurale à deux reprises différentes. — Mort. — Autopsie.* — Le 11 mars 1811, Jean-François Denis, âgé de trente ans, se fit recevoir à l'Hôtel-Dieu pour une tumeur qu'il portait au creux poplité de la jambe gauche, et que les symptômes firent bientôt reconnaître pour un anévrisme. L'origine de la maladie remontait à deux jours, et était due à un

(1) Observation recueillie par M. Dupuytren.

violent effort d'extension qu'il avait fait en tombant. L'opération fut immédiatement décidée et pratiquée par M. Pelletan. Pendant un espace de temps assez long on ne put trouver l'artère; ce ne fut qu'après avoir cessé de déprimer le muscle couturier en arrière et l'avoir porté en devant, que le vaisseau put être saisi et lié. A ce temps de l'opération, le malade jeta les hauts cris, disant qu'on lui fendait le genou, ce que M. Dupuytren attribua à ce que le nerf saphène était probablement compris dans la ligature.

Aucun phénomène ne fut noté pendant les douze premiers jours qui suivirent l'opération. Le treizième, les deux ligatures tombèrent sans effort; elles étaient intactes, preuve évidente que l'artère avait été coupée. Le lendemain 6 avril, il y eut par la plaie une hémorrhagie peu considérable (une palette de sang) que M. Pelletan ne crut pouvoir arrêter qu'en liant l'artère crurale un pouce plus haut que la première fois. Le 9, nouvelle hémorrhagie qu'on arrêta par la compression exercée sur les plaies à l'aide de charpie. Le lendemain, l'appareil était baigné de sang. On prolongea l'incision une seconde fois, et on put lier l'artère deux ou trois travers de doigt au-dessous du pli de l'aîne. Le tronc principal ne donna plus de sang, mais on le vit sourdre abondamment vers le milieu de la hauteur de la première incision. M. Pelletan, croyant qu'il était fourni par l'artère profonde, voulut porter sur elle une ligature. Il enfonça donc l'aiguille à manche dans le fond de la plaie, un peu au-dessus de l'endroit d'où venait le sang, et fut assez heureux pour saisir l'artère, car à partir de ce moment l'hémorrhagie s'arrêta. Le malade avait perdu ce jour-là six palettes de sang.

Deux jours après le membre s'œdématisa, et le malade mourut, le 12 avril, affaibli par la douleur, la fièvre, la suppuration, et surtout par les hémorrhagies, quoiqu'elles eussent été peu considérables.

A l'autopsie, on trouva le membre tuméfié, livide, luisant, gangrené aux environs de la plaie et le long de la partie externe de la cuisse; le fond de cette énorme plaie était baigné

par un pus sanguinolent et putrilagineux qui semblait avoir altéré les muscles de cette région, après avoir fusé dans leurs interstices. Les deux bouts de l'artère étaient distants l'un de l'autre de quatre pouces; les parois du bout supérieur non oblitéré étaient noirâtres comme les muscles, dans toute l'étendue dénudée, et paraissaient avoir été ouvertes en quelques points dans les opérations successivement pratiquées. La ligature la plus élevée se trouvait un peu plus bas que la naissance de l'artère profonde, comprenait le muscle couturier et une partie du calibre de l'artère crurale, qu'elle traversait.

La tumeur anévrismale n'était plus qu'un caillot fibreux du volume d'une noix, contenu dans la tunique externe de l'artère; elle était située à la partie inférieure de l'artère poplitée (1).

L'apparition des hémorrhagies le lendemain de la chute des ligatures, quatorze jours après l'opération, sans qu'aucun symptôme eût révélé une disposition morbide du sujet, sans qu'une violence ait été exercée sur le membre, est un fait digne de remarque. Ce n'est point ainsi que les choses se passent ordinairement; presque toujours alors, lorsque les ligatures tombent spontanément, l'artère est cicatrisée, c'est du moins ce qu'on observe après les amputations; quant aux différentes ligatures placées sur l'artère, étaient-elles nécessaires? Une compression bien exercée n'eût-elle pas probablement arrêté l'hémorrhagie dès le début? L'expérience a montré depuis que ces ligatures placées successivement sur une artère enflammée échouent toujours, car l'inflammation a rendu leur tissu sécable.

Pour bien apprécier les avantages de la méthode d'Anel modifiée par Hunter, pour bien faire comprendre les motifs qui nous ont porté à l'employer d'une manière presque exclusive, nous allons comparer les deux méthodes. Le procédé le plus ancien, décrit par Ætius, consistait à faire une incision sur l'artère brachiale, dont le trajet était marqué d'a-

(1) Observation recueillie par M. Faure.

vance; elle commençait trois ou quatre doigts au-dessous de l'aisselle, à l'endroit où l'artère était le plus sensible au toucher. Le vaisseau était ensuite découvert dans une petite étendue, soulevé avec une érigne, compris entre deux ligatures, et coupé ensuite dans leur intervalle. On ouvrait alors l'anévrisme, qu'on débarrassait des caillots; puis, l'orifice de l'artère étant trouvé, on serrait ce vaisseau entre deux ligatures, et on en pratiquait la section dans l'intervalle. Il est curieux de retrouver dans cette opération la ligature au-dessus et à distance de la tumeur. Le procédé de Paul d'Égine ne diffère du précédent qu'en ce qu'on ne lie point l'artère avant d'ouvrir l'anévrisme.

L'ouverture du sac présente un grand nombre d'inconvénients. Le chirurgien n'est pas libre d'éviter les veines accolées à l'anévrisme. Presque toujours il s'échappe une quantité plus ou moins considérable de sang rouge. La communication de l'artère avec le sac est quelquefois fort difficile à découvrir; mais il y a, en outre, des accidents très graves à redouter. Souvent, il se manifeste de violentes douleurs, dues tantôt à la constriction d'un nerf, tantôt à l'opération elle-même. Des hémorrhagies consécutives sont fréquentes dans cette opération; elles peuvent dépendre de ce que la ligature supérieure a été placée obliquement sur l'artère, ou bien de ce que les nœuds n'ont pas été assez serrés; mais leur cause ordinaire, c'est l'état maladif des membranes artérielles au-dessus de la tumeur anévrismale. Enfin l'inflammation, la gangrène et le sphacèle ont été plus d'une fois observés. De pareils accidents sont loin d'être rachetés par le seul avantage qui soit propre à cette méthode, l'évacuation immédiate du sang après l'ouverture. Une dernière considération véritablement décisive, c'est que l'ouverture du sac a fait périr un bien plus grand nombre de malades que le procédé dont nous allons maintenant vous entretenir.

Cette méthode consiste dans la ligature de l'artère à une certaine distance de la tumeur, sans ouvrir la poche anévrismale. Pratiquée sur des troncs dont le trajet est parfaite-

ment connu, son exécution est facile, n'exige qu'une courte incision; aussi ses avantages sous le rapport opératoire sont-ils incontestables. L'utilité n'en est pas moins grande relativement au lieu où on l'exécute. Nous avons vu que les parois artérielles voisines de la tumeur étaient généralement altérées; par le procédé de Hunter, on évite une pareille complication. Enfin le nombre des guérisons obtenues par cette méthode est beaucoup plus considérable. Il ne faut pas croire cependant qu'elle soit exempte d'inconvénients. C'est ainsi qu'après des opérations de cette nature on a vu survenir des hémorrhagies consécutives par une plaie ou par une crevasse de la tumeur. L'augmentation de volume de l'anévrisme et sa rupture, la suppuration et la gangrène du sac anévrisimal, la gangrène de la peau, des orteils du membre, ont été également constatées; mais ces accidents, tout graves qu'ils sont, ne s'observent point aussi fréquemment qu'après l'ouverture du sac anévrisimal. Ce parallèle des deux méthodes nous paraît suffisant pour justifier la préférence que nous avons accordée au procédé d'Anel ou de Hunter; c'est au reste l'opinion des chirurgiens modernes, qui l'ont presque tous adoptée.

*De la ligature des artères entre les tumeurs anévrismales et les vaisseaux capillaires.* — La ligature des artères, comme nous venons de le voir, peut être placée entre la tumeur anévrismale et le cœur, c'est même la méthode la plus généralement adoptée; mais il est des circonstances dans lesquelles elle ne saurait être mise en usage, parce que les anévrismes sont trop rapprochés du centre circulatoire. Le mal alors continue-t-il à faire des progrès malgré le traitement débilitant et les applications réfrigérantes, le chirurgien n'a plus d'autres ressources que l'application d'une ligature entre la tumeur et les capillaires. L'idée de ce procédé appartient à Brasdor; mais Deschamps l'exécuta le premier sur le vivant. Il lia l'artère fémorale au-dessous de la tumeur pour un anévrisme inguinal. La maladie augmenta rapidement d'étendue, et pour prévenir sa rupture imminente, et par suite la mort certaine du malade, Deschamps fut obligé d'ouvrir le sac

anévrismal, et de lier l'artère au-dessus; le malade succomba au bout de huit heures, après avoir perdu beaucoup de sang. La première opération fut d'ailleurs très mal faite, puisque l'on comprit dans la ligature quelques fibres musculaires et que l'artère fémorale profonde fut traversée par elle. Cette tentative et celle d'Astley Cooper, également malheureuses, avaient discrédité ce procédé, lorsque d'autres essais pratiqués avec des succès variés ont de nouveau appelé l'attention sur lui.

Il paraît hors de doute que les résultats défavorables obtenus dans ces deux cas dépendent de ce quelque branche importante se détachait du tronc artériel malade, entre la ligature et le sac anévrisimal. Aussi est-on généralement d'avis aujourd'hui que les probabilités de la guérison sont aussi nombreuses que possible, lorsqu'aucune branche susceptible d'entretenir la circulation dans le sac n'existe entre celui-ci et la tumeur. Cette heureuse terminaison peut encore avoir lieu, bien que de très faibles branches naissent des environs de l'anévrisme, par l'extension jusqu'à elle du coagulum qui remplit successivement ce dernier et le tronc lui-même. La présence de ramifications considérables, capables de s'opposer à la solidification du sang dans la tumeur, rend évidemment l'opération inutile; il y a plus, elle peut devenir complètement nuisible et accélérer la marche fatale de la maladie, au lieu d'entraver ses progrès. On conçoit effectivement que si le liquide lancé par le cœur trouve au-delà de l'anévrisme une issue étroite, bien que suffisante pour l'admettre en certaine proportion, il exercera pour dilater cette issue un effort continu, dont la tumeur aura sa part, et dont le résultat sera la dilatation incessamment accélérée des parois du sac. Cette opinion, fondée sur les faits et sur les connaissances de l'anatomie, n'est point cependant sans des exceptions. Ainsi dans les observations de MM. Wardrop et Evans, le sang pouvait continuer à circuler dans l'artère malade, puisque l'une des branches fournies par le tronc innominé avait été liée seule, et que l'autre conservait une large voie à la circulation.

La méthode opératoire qui nous occupe ne convient point aux anévrismes traumatiques récents et diffus, ainsi qu'aux anévrismes variqueux, tandis qu'elle doit être appliquée aux anévrismes spontanés ou aux anévrismes traumatiques circonscrits, à kystes solides. La présence de l'artère épigastrique en dessus et en dessous de la tumeur est un obstacle à ce que cette méthode soit appliquée à la cuisse. Il faut donc la lier elle-même pour assurer la réussite de l'opération.

Si nous résumons maintenant les faits favorables à cette méthode, nous trouverons que sur cinq observations de ligature, aucune branche artérielle ne prenant naissance entre le point lié et le sac anévrisimal, trois ont été suivies d'une guérison complète; que dans le cas opposé, la plus grande partie des anévrismes, et notamment ceux de la fosse iliaque et de l'aîne, n'ont point été arrêtés dans leur développement. Dans quelques autres, et plus particulièrement à la région inférieure du cou, la marche de la maladie a été non seulement ralentie, mais modifiée pendant huit mois, et même deux ans.

Citons maintenant un fait qui, pour n'avoir pas été suivi de succès, n'en mérite pas moins toute l'attention des hommes de l'art, puisque la mort ne saurait être attribuée à la méthode, mais vraisemblablement aux craintes fondées, qui firent recourir à un traitement antiphlogistique des plus énergiques (six saignées en huit jours). Cette observation restera d'ailleurs dans le souvenir de ceux qui ont assisté à l'opération, comme un rare exemple de la patience, du sang-froid et de l'habileté de l'illustre chirurgien qui l'a pratiquée.

OBS. XIV. — *Anévrisme de l'artère sous-clavière. — Ligature de l'axillaire. — Mort. — Autopsie.* — Le nommé Charlemagne Paris, âgé de quarante ans, journalier, habitant la campagne, d'une constitution assez forte, ayant longtemps joui d'une bonne santé, ressentit, il y a cinq mois, après de violents efforts, une douleur au-dessus l'épaule droite; il cessa de travailler, et le troisième jour, une tumeur pulsative, de la grosseur du pouce, s'était formée au-dessus

de la clavicule. Pendant deux mois, le chirurgien, qui en avait reconnu la nature, la couvrit de glace pilée; le malade fut saigné trois fois, et tenu à une diète sévère: la tumeur était réduite au volume d'un haricot, lorsqu'il reprit ses travaux; elle ne fit aucun progrès pendant trois semaines, mais ensuite elle s'accrut rapidement, et rendit les mouvements du bras de plus en plus difficiles. Paris garda le repos, et ne suivit aucun traitement jusqu'à son entrée à l'Hôtel-Dieu, qui eut lieu le 28 mai 1829.

Voici l'état dans lequel il se trouvait: une tumeur large, saillante, sans changement de couleur à la peau, occupait la partie inférieure du cou, ayant pour base la clavicule, qu'elle recouvrait un peu en avant, sans paraître la dépasser en bas et en arrière; elle remontait jusqu'au tiers moyen du cou. La tumeur commençait à peu près à un demi-pouce de l'articulation sterno-claviculaire droite et de la trachée-artère, et s'étendait jusqu'au bord interne du muscle trapèze, remplissant ainsi tout l'espace sus-claviculaire; son diamètre vertical était de deux pouces cinq lignes, le transversal de trois pouces cinq lignes; elle soulevait le muscle sterno-mastoïdien. On sentait distinctement une espèce de membrane dure et épaisse qui formait une résistance à la poche. La circonférence était irrégulière; elle s'étendait plus loin en haut et en dedans qu'en bas et en dehors, et se rapprochait beaucoup du cartilage cricoïde; du reste, ses limites étaient appréciables par le toucher. Sur toutes les parties de la tumeur, les doigts pouvaient sentir des pulsations fortes, superficielles, isochrones au pouls; l'auscultation ne faisait entendre que des battements simples. On voyait aisément des mouvements d'élévation et d'abaissement sur la totalité de l'anévrisme. Une pression modérée ne produisait pas de douleur, mais diminuait le volume de la tumeur, qui offrait assez de résistance aux doigts. En examinant attentivement les parties circonvoisines, voici ce qu'on trouvait. Si l'on cherchait la carotide en dedans de la tumeur, et à peu près là où cette artère se divise, on la trouvait aisément; mais ensuite, si l'on voulait la suivre en descendant vers son origine, la

position et les battements de la tumeur y mettaient beaucoup d'obstacle; en déprimant fortement le tégument du cou dans le trajet de l'artère, avec les doigts d'une main, et en éloignant un peu la tumeur en dehors, on parvenait à sentir fort distinctement l'artère carotide, parce que ce vaisseau présentait un frémissement bien marqué, et offrait un contraste très grand avec les pulsations de la poche anévrismale. En portant l'examen vers le haut du sternum, les doigts sentaient, et l'œil percevait facilement des pulsations, fournies par un gros tronc artériel, situé en partie au-devant et à droite de la trachée-artère. Le stéthoscope appuyé sur cette artère, et même un peu sur la carotide, faisait entendre fort distinctement un léger bruit de soufflet. Il est très probable que cette artère était le tronc brachio-céphalique.

Les pulsations de l'artère axillaire et des branches du côté droit ne présentaient aucune différence avec celles du côté opposé. Le bras droit était œdémateux, surtout à la main, engourdi, sans changement de température; la main droite était à demi-fléchie, et ses mouvements étaient presque impossibles. L'auscultation et la percussion annonçaient le bon état des poumons. Les battements du cœur étaient simples, mais forts et sonores; du reste, le malade assura qu'il n'avait jamais éprouvé de palpitations, ni d'autres signes caractéristiques d'une lésion grave de cet organe. Les fonctions digestives et cérébrales n'étaient nullement affectées. Pendant les quinze premiers jours, deux saignées, de trois palettes chacune, furent pratiquées; elles parurent affaiblir beaucoup le malade. Il prit très peu d'aliments: des lotions saturines et de la glace pilée furent appliquées constamment sur la tumeur; on prescrivit aussi des tisanes. Malgré ce traitement la tumeur augmenta sensiblement depuis l'arrivée de Paris à l'hôpital, et M. Dupuytren vit la nécessité d'avoir recours promptement à une opération chirurgicale pour prévenir l'issue de cette funeste maladie. Abandonnée à elle-même, la tumeur en effet ne pouvait manquer de se rompre, et la mort était inévitable.

La méthode de Valsalva ne devait pas faire espérer un