

meilleur succès. M. Dupuytren assure d'ailleurs avoir vu souvent ce traitement augmenter le mal au lieu de le diminuer. Restait la ligature de l'artère; mais où l'appliquer? entre la tumeur et le cœur? Il était très difficile, pour ne pas dire impossible, de déterminer d'une manière précise le point de l'artère sous-clavière d'où naissait la tumeur. Le tronc brachio-céphalique était peut-être lui-même affecté: les forts battements que l'on ressentait derrière l'articulation sternoclaviculaire pouvaient le faire craindre. Quand bien même on eût acquis la certitude de l'état sain de ce tronc, peut-être n'aurait-il pas été très prudent d'en faire la ligature. Cette opération hardie, pratiquée par M. Mott à New-York et par M. Græfe à Berlin, n'a pas eu de suites assez heureuses pour inspirer beaucoup de confiance dans un nouvel essai.

L'impossibilité de lier l'artère entre le cœur et la tumeur anévrismale, celle plus grande encore d'employer l'ancienne méthode, l'inutilité bien probable du traitement de Valsalva, réduisaient donc l'art à la seule ressource de la ligature de l'artère axillaire, entre les capillaires et la tumeur. Dans ces derniers temps, un chirurgien anglais très distingué, M. Wardrop, a publié (1828) un ouvrage dans lequel il établit sur des faits les avantages de la ligature placée au-delà des tumeurs anévrismales. Sur huit cas de ce genre, cinq ont été suivis de la guérison. Dans un cas où le tronc innominé était très probablement le siège de la maladie, M. Wardrop, en 1827, lia la sous-clavière seule, et le malade fut promptement guéri. L'année suivante, M. Evans, pour une maladie du même genre, lia le tronc de la carotide primitive, et le succès fut le même.

Après avoir mûrement examiné cette méthode, discuté ses chances de succès et de revers; après avoir compté les artères qu'on laisserait entre la tumeur et le cœur, celles qui seraient entre celle-là et la ligature placée au-dessous de la clavicule; après avoir enfin de nouveau disséqué cette région, et minutieusement détaillé les rapports importants de l'artère axillaire, M. Dupuytren pratiqua cette grave opération, le 12 juin 1829, en présence d'un auditoire nombreux,

composé d'étudiants en médecine et de beaucoup de docteurs de la capitale, que la nouveauté et l'importance du cas avaient attirés à l'Hôtel-Dieu.

Le malade, étant couché en supination sur son lit, le bras droit écarté du tronc, M. Dupuytren fit une incision qui commençait près de l'extrémité interne de la clavicule, à deux travers de doigt au-dessous d'elle, et la prolongea en dehors, presque parallèlement à cet os; elle avait à peu près trois pouces d'étendue. L'opérateur divisa successivement les fibres du muscle grand pectoral, des branches veineuses et artérielles, et ensuite coupa le tiers supérieur du muscle petit pectoral; arrivé sur l'artère, on trouva que la poche anévrismale dépassait un peu la clavicule, comme M. Sanson l'avait soupçonné avant l'opération; enfin, l'artère axillaire fut isolée de sa veine et des nerfs du plexus brachial. Une ligature, composée de trois fils, fut passée au-dessous d'elle, à l'aide d'une aiguille courbe dont la pointe était presque ronde: lorsqu'on serra la ligature, on ne causa aucune douleur au malade. Pendant cette opération, dont la durée fut environ de trente-cinq minutes, trois ou quatre branches artérielles furent coupées une dizaine de fois, ce qui nécessita autant de ligatures: le malade la supporta avec le plus grand courage et la plus parfaite tranquillité. Immédiatement après que la ligature fut serrée, les pulsations de la tumeur augmentèrent beaucoup d'intensité, et les vingt premières à peu près furent très irrégulières, comme l'assura M. Sanson, qui avait la main appliquée sur la tumeur; mais ensuite elles reprirent leur force naturelle. La plaie fut pansée simplement. On continua l'application de la vessie de glace pilée, et des compresses imbibées d'une solution d'acétate de plomb. On prescrivit un demi-grain d'un sel dissous dans l'eau distillée, pour prendre toutes les deux heures, et, pour la nuit, une potion calmante, contenant un grain d'extrait d'opium. Dix heures après l'opération, le pouls était fort, et avait, comme la veille, quatre-vingt-sept pulsations par minute. Une saignée d'une palette est pratiquée.

Le 13 juin, le malade est faible, se plaint d'insomnie, de

malaises; les battements de la tumeur n'ont point sensiblement diminué. L'expérience prouve que ce phénomène ne cesse qu'au bout d'un temps plus ou moins long; et l'on sent parfaitement qu'il en doit être ainsi, puisqu'il reste des voies nombreuses ouvertes au sang poussé par le cœur; mais la tension paraît moindre; le pouls a soixante-seize pulsations; le bras conserve sa chaleur naturelle, on n'y trouve pas de circulation sensible. Le soir, le pouls est à quatre-vingt-seize pulsations; les nausées, l'insomnie, ont disparu; le membre est dans le même état; des picotements se font sentir aux extrémités des doigts; la tumeur est sensiblement diminuée; les pulsations existent toujours partout, mais sont moins fortes.

Le 15 juin, aucun changement dans l'état du malade. (Continuation des médicaments; on lui donne un peu de bouillon.)

Le 16 juin, sommeil, quatre-vingts pulsations par minute; la tumeur et les battements sont évidemment diminués; la respiration est libre; le malade a une très grande soif; il n'a pas eu de selle depuis l'opération; du reste, son état est assez satisfaisant.

Le 17 juin, le matin, la tumeur et le bras sont dans le même état; on panse la plaie pour la première fois; l'appareil contenait un peu de sang rouge et quelques caillots; on tira de nouveau deux palettes de sang. (Continuation de l'acétate de plomb.) Le soir, à deux heures, l'appareil est traversé par du sang rouge et vermeil, se coagulant facilement; le pouls est accéléré; la face est pâle et inquiète; le malade se sent faible. (Une nouvelle saignée de trois palettes est faite à six heures et demie; des réfrigérants et la vessie de glace sont appliqués sur la plaie elle-même.) A dix heures, un suintement de sang a lieu par la plaie; deux palettes de sang sont encore tirées de la veine, à onze heures et demie.

Le 18 juin, à quatre heures du matin, un nouveau mais léger suintement est bientôt arrêté par la compression: pâleur générale, teinte ictérique, faiblesse très grande; on évalue à

six onces la quantité de sang perdu par les trois hémorrhagies; la respiration est gênée; toux sèche et fréquente, soif, nausées; les battements ne diminuent pas de force; pas de selle. On suspend l'acétate de plomb; on panse la plaie et on la couvre de glace. Le soir il n'y a aucun symptôme fâcheux; le bras a sa chaleur naturelle.

Le 19 juin, la pâleur est considérable; le pouls est fréquent, la faiblesse très grande; les battements sont moins forts dans la partie externe de la tumeur. (Nouvelle saignée d'une palette.) Le soir la toux est moins fréquente: le malade sommeille; il se trouve bien, et prend quelques cuillerées de bouillon toutes les heures. Le 20, la faiblesse augmente, l'assoupissement est presque continuel, le pouls est plus fréquent. Dans la soirée, le malade se sent excessivement faible et a un peu de délire; la toux est rare et la soif très vive. Au commencement de la nuit les extrémités sont froides; le malade est agité; insomnie; délire faible de temps en temps. A une heure, Pâris sent sa fin approcher; à deux heures et demie du matin, il expire.

*Autopsie.* — Trente-six heures après la mort. L'amaigrissement est assez grand. Le bras droit est livide, œdémateux; l'épiderme est détaché dans plusieurs points; les bouts des doigts sont noirs. La cavité des plèvres contient un peu de liquide sanguinolent; la partie antérieure des poumons est saine; la postérieure, rouge par plaques, est hépatisée dans le poumon droit, et recouverte aussi par quelques pseudo-membranes récentes.

Le cœur, extrêmement volumineux, est flasque; ses ventricules sont très dilatés; ses parois molles et amincies ne contenaient pas de caillots; son extérieur offre une plaque blanche, que l'on attribue à une ancienne péricardite.

L'aorte est très dilatée à son origine; cette dilatation se prolonge, mais en diminuant, jusqu'au diaphragme, où le vaisseau a son diamètre ordinaire. Sa surface interne, rouge et bourgeonnée, offre des plaques cartilagineuses d'un rouge très foncé; on voit aussi çà et là des plaques osseuses; on trouve de plus quelques érosions de la membrane interne.

Le tronc brachio-céphalique présente de pareilles lésions ; il est également très dilaté dans tous les points de sa circonférence ; c'était lui qui passait au-devant de la trachée-artère, où il fournissait la carotide qui était saine. La sous-clavière, dilatée immédiatement à son origine, forme la poche anévrismale. La tumeur occupe l'espace sus-claviculaire ; elle a en grande partie détruit la première côte, et, comme nous l'avons déjà dit, dépasse la clavicule en bas ; en dehors, elle couvre les nerfs du plexus brachial ; en dedans, elle est recouverte par la portion claviculaire du muscle sterno-mastoïdien, l'omoplat hyoïdien et le scalène antérieur, qui adhèrent intimement aux parois antérieures du sac. Mais ce dernier muscle offre un véritable obstacle au développement de la tumeur vers le cœur ; aussi le doigt passé dans la poche anévrismale, et ensuite sous le scalène antérieur, trouve un rétrécissement marqué dans la sous-clavière. Les parois de la poche sont assez épaisses et résistantes en dedans, en avant et en dehors, mais dans quelques points, en bas, la plèvre seule forme ses parois.

La cavité de l'anévrisme contient seulement un caillot de sang récent et nullement adhérent aux parois ; elle est tapissée en avant par des couches de fibrine. On ne peut aucunement distinguer les membranes de l'artère formant la dilatation. Les branches vertébrale, mammaire interne, thyroïdienne inférieure, sont toutes complètement oblitérées, chose importante à remarquer. L'artère axillaire est saine à l'endroit où la ligature est appliquée ; elle contient un caillot peu considérable au-dessus de ce même point. A l'endroit de la ligature, on aperçoit une ouverture à l'artère, probablement faite pendant la dissection ; d'ailleurs plusieurs élèves avaient tiré le fil avant que l'on commençât l'autopsie, et ces tractions étaient certainement suffisantes pour déchirer l'artère. La ligature n'a pas divisé entièrement la membrane interne. Le reste du système artériel est sain. L'appareil digestif et urinaire ne présente pas de lésion : le cerveau, le cervelet et ses dépendances ne sont pas examinés.

Étudions maintenant la cause de la mort de Paris avec toute

l'attention et l'impartialité que le sujet exige. Nous avons vu que les battements, immédiatement après la ligature, furent extrêmement forts ; cependant la rupture du sac n'eut pas lieu, quoique ses parois fussent très amincies dans quelques endroits, et deux jours après l'opération les pulsations diminuèrent sensiblement. Ainsi donc la tumeur ne présenta aucun symptôme alarmant. Le malade se trouva dans une bonne position jusqu'au cinquième jour ; alors une hémorrhagie, quoique peu considérable, vint l'épouvanter, et causer une vive inquiétude au chirurgien. On ne connaissait pas la cause de cet accident ; on crut que la perte de sang provenait du sac ou de l'axillaire ; mais il y avait peut-être plus de raison de croire qu'elle était produite par des vaisseaux d'un petit calibre : du reste, l'autopsie n'a pas décidé positivement cette question.

Paris, affaibli par les saignées et par la diète, le fut encore plus après l'écoulement du sang par la plaie ; cependant, comme on craignait le renouvellement de l'hémorrhagie, la vessie de glace, des compresses imbibées d'eau froide, furent appliquées sur la plaie, et on tira cinq palettes de sang dans trois saignées pratiquées le même jour. Or, il est très probable que ces saignées étaient contraires à la guérison de la tumeur anévrismale ; car la plasticité du sang est une chose nécessaire pour que sa coagulation puisse avoir lieu, et plus on saigne le malade, plus on diminue cette qualité du sang, et plus par conséquent la chance de guérison est moindre. Cette même circonstance doit rendre les hémorrhagies plus faciles. Le plus grand inconvénient de ces saignées abondantes était de réduire tellement les forces du malade, qu'il ne pouvait que difficilement résister à un écoulement de sang, même peu considérable. L'augmentation de la fréquence du pouls vers le septième jour engagea à pratiquer une nouvelle saignée d'une palette seulement.

M. Dupuytren examina avec soin la question de savoir si les saignées répétées à peu de distance l'une de l'autre, avaient conduit le malade à un tel degré d'anémie et de faiblesse, que le moindre accident ait suffi pour l'entraîner au

tombeau. Ce grand chirurgien pencha pour cette opinion, tout en reconnaissant que les saignées lui avaient paru commandées par la gravité de la position.

On pouvait craindre que l'existence de beaucoup de branches volumineuses fournies par l'artère sous-clavière au-devant de la tumeur, ou par cette tumeur elle-même, ne nuisit à l'opération. L'autopsie montra que toutes ces branches avaient été oblitérées, ainsi que cela arrive fréquemment, lorsque l'anévrisme a atteint un certain volume, et qu'il est placé favorablement pour que la compression puisse agir sur les artères, ce qui avait lieu dans le cas dont nous parlons. En général, comme on ne peut s'assurer si les branches fournies par une artère à l'endroit où elle est anévrismatique ne sont pas oblitérées, leur existence ne doit pas contre-indiquer la ligature entre la tumeur et les capillaires.

Si en rapportant les détails de cette curieuse observation, nous avons, à l'imitation de M. Dupuytren, signalé les inconvénients des saignées répétées, nous devons dire aussi que les altérations profondes de l'aorte et celles du poumon droit durent avoir une grande influence sur la mort de Paris.

Quoi qu'il en soit, on doit déplorer la perte de ce malade. Un premier succès obtenu en France par cette méthode aurait pu engager à multiplier les essais dans des cas regardés comme inopérables par d'autres procédés, et peut-être eût-on sauvé des malheureux qu'on laisse sans ressource. Ce résultat ne doit point cependant éloigner les chirurgiens de renouveler l'emploi de la méthode de Brasdor. Si l'on avait toujours jugé de la valeur d'une méthode ou d'un procédé par le premier essai qui en a été fait, on se serait privé de beaucoup de ressources en chirurgie. Lorsque Astley Cooper lia pour la première fois la carotide primitive pour un anévrisme de cette artère, il échoua dans cette opération; le malade mourut. Ce revers n'empêcha pas M. Cline de la tenter de nouveau, ainsi qu'Astley Cooper et d'autres chirurgiens. Ils réussirent. Depuis lors, ils furent imités par beaucoup d'autres, et actuellement on ne compte plus les succès obtenus par la ligature de l'artère carotide primitive.

M. Dupuytren perdit le premier malade atteint d'anus contre nature qu'il tenta d'opérer par la méthode à l'aide de laquelle il a obtenu depuis de si beaux résultats. Bien pénétré de cette vérité, le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu prononça publiquement à sa clinique que cet insuccès ne l'empêcherait pas de tenter de nouveau la ligature de l'artère axillaire.

Nous avons vu dans les détails que nous avons donnés sur l'autopsie de notre malade, que le tronc brachio-céphalique, quoique très volumineux, était sain : la ligature en aurait donc pu être faite; mais déjà nous avons remarqué que les deux opérations de ce genre, exécutées par Mott en Amérique et par Græfe en Prusse, n'ont pas été heureuses; une troisième pratiquée dernièrement à Paris ne l'a pas été non plus, et le malade est mort d'hémorrhagie. Ces revers ne sont sans doute pas encourageants; cependant, pour être conséquent avec nous-même, et raisonner toujours d'après les mêmes principes que nous avons exposés en traitant de la méthode de Brasdor, bien loin de blâmer, nous devons même louer ceux qui, dans des cas désespérés, auraient encore recours à cette opération hardie; mais il est juste de dire que la ligature du tronc brachio-céphalique attend encore de nouvelles expériences pour être jugée.