

ARTICLE II.

DES ANÉVRISMES FAUX DE L'ARTÈRE BRACHIALE ET DE
L'ANÉVRISME VARIQUEUX.

On croit généralement que la saignée est une opération trop facile pour mériter une attention spéciale. Cette manière de voir est le résultat de l'espèce de mépris dans lequel est tombée la chirurgie ministrante. Aussi, dit M. Dupuytren, telle est la cause des accidents dont nous avons été si souvent témoin depuis douze à quinze ans. Les hôpitaux sont remplis d'élèves qui négligent de faire la saignée, et ils sont imités par un nombre beaucoup plus considérable de jeunes gens qui se font recevoir sans l'avoir jamais pratiquée. Que de fois, dans les salles des hôpitaux et en ville, ne voit-on pas faire cinq ou six piqûres à la peau avant d'ouvrir la veine ! C'est à cette inhabileté qu'il faut attribuer les phlegmons qui surviennent fréquemment dans ce cas ; c'est à elle qu'il faut également attribuer ce grand nombre de phlébites devenues si communes depuis cette époque, et qui étaient si rares autrefois. Le mauvais état, la malpropreté des instruments sont souvent aussi la cause de ces terminaisons fâcheuses. C'est surtout enfin à cet oubli des premiers principes qu'il faut rapporter les anévrismes artérioso-veineux, faux primitifs, diffus, circonscrits, sur lesquels nous avons si souvent appelé l'attention. Déjà, continue M. Dupuytren, je vous ai fait voir deux individus opérés et guéris de semblables anévrismes vers la fin de 1831 ; nous aurons certainement l'occasion de vous en montrer de nouveaux exemples dans le cours de cette année. Je puis affirmer que depuis quinze ans il ne s'est pas écoulé une seule année sans que j'aie été consulté au moins deux fois pour des cas de ce genre ; si la même chose arrive dans la pratique des autres chirurgiens, on peut juger de la fréquence de ces lésions. Des précautions bien simples suffiraient ce-

pendant pour les prévenir ; il faudrait établir en principe : 1° que cette opération ne doit pas être pratiquée avant d'avoir senti les battements de l'artère ; 2° que la veine qui est placée au-devant de ce vaisseau ne doit jamais être ouverte ; 3° enfin qu'il faut toujours choisir les autres veines. Il est vrai qu'elles sont quelquefois difficiles à trouver, et qu'elles ne fournissent pas toujours autant de sang qu'on le voudrait.

Mais ces inconvénients sont bien légers en comparaison des accidents que nous venons de signaler. J'étais bien aise, ajoute M. Dupuytren, de les rappeler à votre attention, avant de vous entretenir du sujet que nous avons à traiter dans cette leçon.

L'habitude a consacré les mots d'*anévrisme faux* pour désigner une maladie ou une tumeur formée par du sang contenu soit dans la gaine artérielle, soit dans le tissu lamineux environnant les vaisseaux à sang rouge. Tantôt la maladie se manifeste immédiatement après la blessure, tantôt un intervalle de temps plus ou moins considérable sépare l'instant de la blessure de celui de l'apparition de l'anévrisme. On en distingue deux espèces, l'un *primitif* ou *par diffusion*, l'autre *consécutif* ou *circonscrit* ; différences qui sont établies sur l'époque et le mode d'effusion du sang hors du vaisseau artériel. Il est encore d'autres différences fondées sur les parties constituant le kyste anévrisimal ; elles appartiennent à l'anévrisme faux consécutif. Quelquefois les parois du sac sont formées par le tissu cellulaire ambiant. Les lamelles de cet élément organique, écartées par le sang qui s'extravase lentement ou goutte à goutte, sont appliquées les unes contre les autres, et forment une cavité de grandeur variable, qui s'ouvre par un pertuis dans l'artère blessée. Dans d'autres cas, la gaine artérielle s'est cicatrisée pendant l'emploi du bandage compressif, tandis que les bords de la plaie des tuniques internes sont restés écartés ou en contact, mais non réunis par une solide cicatrice. Lorsqu'on supprime la compression, l'effort latéral du sang soulève la gaine filamenteuse, l'isole de la tunique fibreuse pour la disposer sous la

forme d'un kyste. D'autres fois, les bords de la plaie artérielle sont réunis par une membrane de nouvelle formation, produite par l'exhalation d'une matière albumineuse. On rapporte des observations de plaies artérielles, qui, pendant un certain laps de temps, ont été oblitérées par un petit caillot de sang dont la circonférence correspondait aux bords de la solution de continuité, sa base à la gaine et au tissu ambiant, son sommet à la colonne sanguine. Ce caillot ayant été déplacé soit par un effort du membre, soit par l'impulsion communiquée au sang, l'anévrisme faux circonscrit s'était formé. M. Dupuytren et plusieurs autres chirurgiens de nos jours ont eu occasion de voir des sujets qui portaient des anévrismes faux, sacciformes, dont on avait voulu obtenir la cure par la méthode d'Anel; l'opération ayant été infructueuse, les uns furent opérés une seconde fois; l'un d'eux, moins heureux, subit l'amputation du membre.

Les *anévrismes vrais* de l'artère brachiale au pli du coude sont très rares; il paraît même que le cas rapporté dans la Clinique de Pelletan est le seul bien authentique que l'on connaisse. Les deux observations de Paletta et de Plajani, citées par Scarpa, ne sont pas assez précises; on peut en dire autant de celles de Saviard et de Hodgson.

Il n'en est pas de même des anévrismes faux, primitifs ou consécutifs, occupant cette région. La maladresse ou la distraction de ceux qui pratiquent des saignées, occasionne fréquemment, ainsi que nous l'avons dit, l'ouverture de cette artère; long-temps on ne connut pas d'autres anévrismes. Galien, Celse, Aëtius, les ont décrits, ainsi que les moyens de les guérir. On s'étonne que des opérations de ce genre aient pu être pratiquées assez souvent sans révéler les lois de la circulation générale. Long-temps encore après cette grande découverte, on ignora par quelle voie s'opérait le cours du sang lorsqu'on avait fait la ligature des troncs artériels. Il fallut venir jusqu'à Hunter pour reconnaître les anastomoses. Avant lui on expliquait la guérison en supposant l'existence d'une seconde brachiale. Sharp, en particulier, établit cette opinion comme un point de fait; mais bientôt après, Moli-

nelli, dans les *Actes* de Bologne, et Charles With, indiquèrent avec assez de précision les agents de la circulation collatérale. Plus tard, l'injection d'un membre dont la brachiale s'était oblitérée spontanément, fournit à Pelletan l'occasion de mettre en évidence les voies anastomotiques. Un demi-siècle a produit de grandes améliorations dans cette partie de la science. Aujourd'hui tout est prévu et arrêté, et le chirurgien ne marche plus que dans des voies parfaitement connues.

Les moyens préparés par la nature pour rétablir le cours du sang dans les nombreuses ramifications du système artériel, deviennent quelquefois un obstacle à la guérison, et la source d'accidents graves lorsqu'on a fait la ligature d'une artère suivant la méthode d'Anel.

La cause de ces obstacles et de ces accidents est le retour trop facile du sang dans les parties du système artériel situées au-dessous d'une ligature ou d'un obstacle apporté au cours du sang à travers un tronc artériel; ces obstacles et ces dangers sont proportionnés à la facilité avec laquelle la circulation se rétablit dans les parties du système artériel situées au-dessous d'un obstacle quelconque.

Ces deux choses, la facilité du rétablissement du cours du sang, et le danger des hémorrhagies par le bout inférieur d'une artère blessée, sont la conséquence du même principe. C'est aussi sur lui qu'est fondée la possibilité d'oblitérer un gros tronc artériel sans danger d'entraîner la mort dans les parties auxquelles il se distribue. Enfin ce même principe explique les hémorrhagies qui ont lieu par le bout inférieur d'une artère, lorsqu'on s'est borné à faire la ligature du bout supérieur.

Le danger de ces hémorrhagies est d'autant moins grand que les artères qu'on lie sont plus voisines du cœur et moins divisées, et il est d'autant plus grand que les artères sont plus éloignées du cœur et plus divisées. Il est moindre dans les artères sous-clavières que dans les artères axillaires; il est plus grand dans l'artère brachiale, et il est imminent dans les artères radiale, cubitale, inter-osseuse; il est cer-

tain à l'extrémité inférieure de ces artères et dans leurs divisions.

L'une des causes les plus ordinaires de l'anévrisme faux de l'artère brachiale, c'est, nous l'avons dit, la lésion de ce vaisseau en pratiquant la phlébotomie. Cet accident est assez souvent l'effet d'une méprise. Nous avons rencontré quelques sujets chez lesquels l'artère en imposait tellement par sa situation superficielle, son volume, le reflet de sa couleur à travers la peau, le soulèvement de celle-ci, etc., que, dans une de ces circonstances, l'opérateur ne mit pas en doute, au premier abord, que ce ne fût une veine très favorablement placée; et il allait la piquer, lorsqu'il se rappela les préceptes que nous ne cessons de répéter depuis longues années dans nos leçons. Le doigt porté sur le vaisseau, on en sentit aussitôt les pulsations. La veine était située un peu plus profondément sur ses côtés. Toute veine, dit M. Dupuytren, qui marche au voisinage d'une artère et dans le même sens qu'elle, doit être respectée. MM. Sanson et Bégin, dans leur excellent *Traité de Médecine opératoire*, ont avancé qu'on ne doit *presque jamais* saigner sur le trajet de l'artère; je dis, moi, qu'il ne faut *jamais* ouvrir la veine dans un tel lieu. Combien de fois me suis-je élevé contre l'habitude où sont beaucoup de praticiens, de faire la saignée sur la brachiale! J'ai constamment enseigné qu'on pouvait la pratiquer sur toutes les veines du pli du bras, à l'exception de cette dernière. Dans le cas où elles ne seraient point apparentes, on doit recourir à celles de l'avant-bras et même de la main.

La lésion de l'artère brachiale par la lancette peut avoir lieu de plusieurs manières: tantôt l'instrument rencontre l'artère et la veine dans un point où ces vaisseaux ne sont pas exactement juxta-posés, et il en résulte un épanchement, une diffusion de sang. Tantôt ils communiquent ensemble par suite de la blessure, et il se forme un anévrisme *artérioso-veineux*, que l'on a aussi appelé *variqueux* par transfusion, parce qu'alors la veine est dilatée par le sang de l'artère. Cette espèce diffère essentiellement de toutes les autres que la même cause peut déterminer.

L'anévrisme variqueux peut être constaté partout où les veines et les artères sont dans des rapports immédiats; mais c'est surtout au pli du coude, au pli de l'aîne, au creux du jarret, à la partie moyenne antérieure et interne de la cuisse qu'on l'a observé. On a vu aussi de ces tumeurs à la partie inférieure du cou, dans le creux de l'aisselle ou à la partie antérieure et interne de la clavicule. Indépendamment de la disposition anatomique, il faut encore qu'une piqûre vienne produire la maladie. Cet anévrisme paraît sous la forme d'une petite tumeur circonscrite, molle, disparaissant sous le doigt. Elle offre des pulsations isochrones à celles du pouls, et fait entendre à l'oreille ou au stéthoscope un bruit particulier qu'on a désigné par les mots de *susurrus*, de bruissement. Le développement de cet anévrisme est lent; sa gravité est moindre que celle des anévrismes faux consécutifs; mais il ne guérit pas spontanément comme eux, et sa persistance est illimitée. Du mélange continuel du sang entre les deux espèces de vaisseaux, résultent des changements remarquables dans leur tissu et leurs dispositions. L'artère recevant du sang veineux, se dilate, s'amincit, acquiert une mollesse comparable à celle des tuniques veineuses, devient flexueuse, revêt peu à peu les caractères d'une veine et d'une veine dilatée, et perd insensiblement tous ceux des tubes artériels, mais seulement au-dessous de la blessure. La veine change aussi, autour de la blessure, au-dessous et surtout au-dessus; les parois de ce vaisseau prennent plus de solidité et de résistance.

Le raisonnement portait à employer contre cet anévrisme la méthode d'Anel, mais l'observation a démontré que ce procédé était insuffisant.

Il est, en effet, une circonstance particulière aux anévrismes variqueux qui rend la méthode de Hunter plus défectueuse pour eux que pour les autres espèces d'anévrismes; cette circonstance est la grande facilité que la circulation trouve à se continuer ou à se rétablir à travers les anévrismes variqueux. En effet, lorsqu'une ligature a été appliquée au bout supérieur d'une artère, dans un cas d'anévrisme ordinaire,

cette ligature est aussi bien un obstacle au cours rétrograde du sang qu'à son cours direct ; et cet obstacle s'oppose également à ce que les battements se continuent par le bout inférieur et par le bout supérieur, car elle convertit la tumeur anévrismale et le bout inférieur de l'artère en un cul-de-sac, en une impasse où le sang, soustrait à l'empire de la circulation, est obligé de se concréter. Il n'en est pas de même dans les anévrismes variqueux, car la ligature qui s'oppose au cours direct du sang ne peut rien contre son cours rétrograde. Ce fluide ramené par les anastomoses vers la ligature appliquée au bout supérieur, ne trouve plus une impasse comme dans les anévrismes ordinaires ; il rencontre, au contraire, dans la communication accidentelle de l'artère et de la veine, un diverticulum à l'aide duquel la circulation se continue sans difficulté et sans obstacle, et presque aussi facilement qu'avant que la ligature eût été appliquée. Pour mettre le sang qui circule dans un anévrisme variqueux dans un état semblable à celui que les anastomoses ramènent dans l'anévrisme faux primitif ou consécutif, il paraîtrait rationnel, après avoir fait la ligature du bout supérieur de l'artère, de pratiquer la ligature des bouts supérieurs et inférieurs de la veine dans laquelle le sang artériel est versé. Mais cette opinion, que nous avons d'abord émise d'une manière théorique, présente des dangers qui nous l'ont fait rejeter. Ainsi l'on doit craindre la phlébite, qui est ici d'autant plus facile que ces vaisseaux sont dans un état morbide. Il peut d'ailleurs se faire que l'anévrisme variqueux ne soit pas seul et qu'il se trouve compliqué d'anévrisme faux consécutif.

La chirurgie est riche en méthodes et en procédés opératoires, mais elle est pauvre en faits bien observés sur lesquels on puisse rétablir la prééminence ou l'infériorité de ces méthodes et de ces procédés. La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience périlleuse et le jugement difficile, a dit le père de la médecine ; à quoi il faut ajouter que beaucoup de faits négligés, dédaignés, tronqués, perdus ou recueillis sans ordre et sans suite restent presque stériles pour l'art.

Aussi, n'existe-t-il aucune histoire chirurgicale qui présente une série complète de faits sur lesquels on puisse établir un parallèle exact des avantages et des inconvénients de chacune des méthodes opératoires appliquées au traitement des diverses maladies. Il y a plus, très peu de praticiens pourraient se rendre un compte fidèle et impartial de ce qu'ils ont fait. Ce n'est pourtant qu'en suivant cette marche qu'on arriverait à établir sur des données certaines la prééminence et l'infériorité des méthodes curatives ; les idées que l'on a sur elles ne s'appuient encore aujourd'hui que sur des présomptions plus ou moins fondées. Ce que nous venons de dire des méthodes en général est surtout applicable aux anévrismes. Aucun chirurgien, que je sache, n'a démontré par des faits s'il est plus avantageux de lier l'artère au-dessus et au-dessous de la communication accidentelle avec la veine, dans le cas d'anévrisme variqueux, que de placer seulement une ligature au-dessus de cette ouverture suivant la méthode de Hunter. C'est dans le doute né du défaut de faits comparatifs qu'ont été pratiquées suivant cette dernière méthode deux opérations qui ne lui ont pas été favorables, mais qui nous permettent d'établir en principe que la ligature du bout supérieur de l'artère ne suffit pas pour opérer la guérison de l'anévrisme artériel et veineux. En effet, l'existence des collatérales, si utile au rétablissement de la circulation lors de la ligature dans les anévrismes simples, devient ici une cause de retour du mal. Cette réapparition de la maladie est tantôt rapide, tantôt lente ; le meilleur moyen de la prévenir est de faire la ligature des deux bouts de l'artère. C'est du reste ce qu'ont mis hors de doute les observations que nous avons publiées dans le troisième volume de la Médecine opératoire de Sabatier ; et les faits qui sont contenus dans un mémoire fort intéressant de M. Breschet (1).

Dans la première observation l'anévrisme était ancien ; les voies de communication des artères entre elles, de l'artère

(1) Mémoire sur les anévrismes, par M. G. Breschet.

avec la veine, étaient dès long-temps organisées; il n'existait aucun caillot de sang formé soit dans l'artère, soit dans la veine, soit entre ces deux vaisseaux; tout était fluide, tout était en circulation, tout était, par conséquent, disposé à obéir à la moindre impulsion du système veineux ou du système artériel.

Ces circonstances pouvaient avoir empêché la guérison de l'anévrisme, et cependant ce ne fut qu'au bout de vingt-six jours que les battements reparurent dans la tumeur.

Dans la deuxième observation, au contraire, il était raisonnable d'espérer que la méthode de Hunter employée contre un anévrisme récent chez un individu dont les plaies faites à l'artère et à la veine n'étaient pas encore guéries, chez qui les artères collatérales n'avaient pas eu le temps de se dilater, qui présentaient, en outre, une infiltration et un épanchement assez considérable, une inflammation vive, large et profonde; il était, dis-je, raisonnable d'espérer que cette méthode aurait un meilleur succès, cependant cet espoir fut encore déçu.

OBS. I. — Anévrisme faux primitif de l'artère brachiale et variqueux des veines du pli du bras. — Ligature selon la méthode d'Anel. — Réapparition des pulsations dans la tumeur. — Ligature du bout inférieur de l'artère. — Rupture de l'artère brachiale. — Hémorrhagie. — Guérison. — Pottier (Julien-Louis), âgé de vingt-deux ans, profession de sabotier, entra à l'Hôtel-Dieu, le 21 juin 1819, pour s'y faire traiter d'un anévrisme faux primitif à l'artère brachiale du côté droit.

Huit jours auparavant, à la suite d'une saignée à la veine médiane basilique, l'artère brachiale fut percée par la lancette. Aussitôt le sang jaillit par saccades; il était rouge et vermeil, et difficile à arrêter. On s'aperçut de l'accident, on essaya la compression; le bras et l'avant-bras se tuméfièrent, devinrent douloureux; un phlegmon se développa, la tumeur anévrismale s'accrut, les battements s'y firent sentir avec plus de force et dans une étendue plus grande.

Au moment de son entrée à l'Hôtel-Dieu, le bras et l'avant-

bras sont rouges, tuméfiés et douloureux; les environs de la plaie sont le siège d'un phlegmon; autour de la piqûre faite par la lancette se trouve une assez grande quantité de sang épanché. Cette tumeur est agitée de mouvements d'expansion et de resserrement isochrones aux battements du cœur; on sent, en outre, un bruissement très remarquable qu'on sait être occasionné par le passage du sang de l'artère dans la veine.

La compression qui avait été exercée avait donné lieu à la formation d'un large phlegmon et d'une escarre; au reste, le membre avait conservé sa chaleur ordinaire, et on sentait encore les pulsations de l'artère radiale.

Déjà neuf jours s'étaient écoulés depuis l'accident. Quel parti y avait-il à prendre?

Devait-on avoir recours à la compression?

Mais elle avait été déjà exercée sans qu'on en retirât le moindre avantage; d'ailleurs le phlegmon qui s'était emparé du membre contre-indiquait l'emploi de ce moyen. La ligature, placée à quelque distance de la blessure faite à l'artère, pouvait seule sauver le malade; car, appliquée sur une artère enflammée, elle devait, en la coupant trop promptement, donner lieu à des hémorrhagies dangereuses. Mais deux manières de pratiquer la ligature se présentaient.

On pouvait aller lier l'artère au-dessus de la tumeur; on pouvait aussi, en faisant une incision sur la tumeur elle-même, chercher à lier et le bout supérieur et le bout inférieur de l'artère lésée.

L'épanchement sanguin, le phlegmon qui avait rendu toutes ces parties d'une dureté remarquable, et surtout le danger de lier des artères dont les tuniques sont enflammées, firent donner la préférence au premier moyen. En l'employant il était possible, à la vérité, que les battements revinssent dans la tumeur; mais si cela arrivait, n'était-on donc pas le maître de lier le bout inférieur? L'état des parties engagea à adopter ce dernier procédé, et l'opération fut pratiquée le 22 juin de la manière suivante:

Une incision fut faite à la partie supérieure et interne du

bras; la peau fut entamée et sous elle le tissu cellulaire; bientôt vint s'offrir l'artère accompagnée des vaisseaux et des nerfs qui marchent à ses côtés; on l'isola exactement; une ligature fut glissée sous elle à l'aide d'un stylet aiguillé; la ligature fut serrée sans que le malade ressentit la moindre douleur. Aussitôt les battements cessèrent dans la tumeur, l'artère radiale n'offrit même plus de pulsations; la plaie fut pansée simplement; le membre demi-fléchi fut placé sur un oreiller, et environné de sachets remplis de sable chaud.

Le premier jour le malade se plaint de fortes palpitations (c'étaient elles qui avaient nécessité la saignée dans laquelle l'artère avait été blessée); du reste, il est fort bien; son membre est chaud; il a conservé sa sensibilité et sa myotilité ordinaires; plus de battements dans la tumeur; léger bruissement dans la veine; pas de pulsations à l'artère radiale. (Vingt sangsues à l'anus, infusion de tilleul.)

Le troisième jour depuis l'opération, pas le plus léger accident; l'inflammation phlegmoneuse diminue; mais l'artère radiale recommence à battre, et la tumeur offre déjà de légères pulsations.

Le quatrième jour, l'inflammation du pli du bras est dissipée; on ne sent plus du tout de bruissement dans la veine, qui sans doute aura été oblitérée par l'inflammation.

Le huitième jour, les pulsations sont devenues aussi fortes qu'auparavant; un caillot bouche la plaie et empêche l'hémorrhagie: ce caillot est sur le point de tomber.

Le neuvième jour, en levant le premier appareil, ce caillot se détache; du sang artériel coule en jet et par saccades; on est obligé d'exercer une compression sur les artères collatérales; aussitôt le sang cesse de couler. Il fallait lier le bout inférieur qui permettait au sang de revenir dans la tumeur. Une incision est faite sur la plaie; la poche est vidée du sang qu'elle contient; il est noir et concrété. Restait à trouver le bout inférieur de l'artère. La compression est un instant levée; on voit alors du sang sortir par une espèce de fente; une sonde cannelée est passée, elle se trouve derrière l'artère; un

stylet aiguillé conduit une double ligature; avec l'une on lie le bout supérieur, et avec l'autre l'inférieur. Tout eût été fini, lorsqu'un autre accident vient tout déranger: une hémorrhagie a lieu par l'artère brachiale elle-même. Pendant que M. Dupuytren est occupé à lier les deux bouts de l'artère, un aide intelligent comprime l'artère axillaire; il prend un point d'appui sur la tête de l'humérus; ses doigts glissant au-dessus, exercent une traction sur l'artère primitivement liée; elle se rompt; la ligature tombe, une hémorrhagie a lieu; l'artère sous-clavière est aussitôt comprimée; le sang cesse de couler. Cependant la plaie est agrandie; la compression est levée, et il ne s'écoule pas une goutte de sang. Pendant plus de trois quarts d'heure on reste auprès du malade; en vain on cherche l'artère: pas le moindre écoulement de sang; on lui donne même du vin pour exciter la circulation; tous ces moyens sont inutiles.

Dès lors il restait deux partis à adopter: ou faire la ligature de l'artère axillaire, ou prendre de telles précautions que s'il arrivait une hémorrhagie tout fût prévu. Le malade est pansé simplement; un tourniquet est placé au-dessus de la rupture de la plaie, et le chirurgien du rang est continuellement auprès de lui et le jour et la nuit.

Le dixième jour, le malade est très bien; pas le moindre écoulement de sang; l'artère radiale bat encore, mais très faiblement; le membre est chaud, il est mobile.

Le douzième jour, toujours pas d'écoulement de sang; les plaies suppurent, le membre n'est pas tuméfié; le malade se plaint d'un peu de toux et d'un peu de gêne en respirant; son pouls est vif et offre un peu de dureté; sa langue est rouge à sa pointe; les pommettes sont colorées. (Trente sangsues au côté, infusion pectorale miellée, looch blanc, diète.)

Le quatorzième jour, plus de toux, plus de gêne dans la respiration; le malade a du sommeil et de l'appétit.

Le dix-huitième jour, chute de deux ligatures appliquées sur les deux bouts de l'artère brachiale; pas le moindre écoulement de sang.

Le vingt-septième jour, le malade est très bien: il se lève,

se sert même de son membre ; la plaie de la saignée et celle du bras se rétrécissent chaque jour ; chaque jour aussi le pus diminue de quantité ; le membre a la même chaleur et la même sensibilité que du côté opposé.

Le trente-deuxième jour, le malade quitte l'hôpital dans l'état suivant : la plaie qui a servi à lier l'artère brachiale est cicatrisée ; la plaie est oblitérée à deux travers de doigt au-dessus de l'endroit lié. La plaie du pli du bras est aussi presque entièrement cicatrisée ; le membre jouit de toute sa sensibilité et de toute sa calorificité. On sent distinctement les pulsations de l'artère radiale. Du reste, la santé générale est fort bonne.

Dans un cas analogue, quelques praticiens n'ont pas hésité à pratiquer l'amputation du membre. Ce moyen extrême ne pouvait-il pas être évité ? L'observation de Potier en est un exemple bien frappant.

Le malade étant revenu à l'hôpital pour une maladie légère et tout-à-fait étrangère à son anévrisme, on a pu constater, le 30 mars 1820, neuf mois après sa sortie, l'état dans lequel il se trouvait.

Le membre opéré ne diffère en rien de l'autre ; il conserve la même chaleur, la même énergie musculaire. Potier nous a dit avoir repris son travail quelques jours après sa sortie, et l'avoir toujours continué sans éprouver de douleurs. En suivant avec les doigts les battements de l'artère axillaire depuis le commencement du creux de l'aisselle, on sent qu'ils se continuent dans le trajet ordinaire de l'artère brachiale, le long du bord interne du biceps jusqu'à deux travers de doigt de l'extrémité supérieure de la cicatrice, c'est-à-dire jusqu'au quart supérieur du bras ; ensuite l'artère se dévie insensiblement vers la partie postérieure du bras, où elle continue en ligne directe vers la tubérosité interne de l'humérus, là elle se divise en plusieurs branches ; de sorte que l'artère collatérale interne paraît remplacer l'artère brachiale, au tronc de laquelle elle fait suite, et dont elle paraît avoir acquis à peu près le volume ; la collatérale externe, à cause de sa situation plus profonde, se sent

mais moins distinctement. L'artère radiale offre aussi des pulsations, mais moins fortes que de l'autre côté ; on ne peut distinguer celles de l'artère cubitale (1).

Cette observation est intéressante sous plus d'un rapport : elle prouve d'abord qu'il est nécessaire de placer deux ligatures sur une artère dans les cas d'anévrismes variqueux. Beaucoup de raisons militaient cependant en faveur de la première opération : il y avait, en effet, un érysipèle phlegmoneux dans les tissus voisins des vaisseaux ; ceux-ci devaient prendre part à l'état inflammatoire, et devenir par là éminemment sécables ; enfin, il était difficile d'opérer au milieu de tissus enflammés, et surtout d'y chercher une partie fine, déliée comme un vaisseau artériel. Ajoutez à ces motifs l'état récent de l'anévrisme, la non-dilatation des branches artérielles au-dessus de la tumeur, la tonicité de ces vaisseaux et des tissus du bras, et la cicatrisation encore légère de l'artère et de la veine ; eh bien, malgré toutes ces circonstances, il fallut en revenir au principe, et placer une seconde ligature.

C'est pour n'avoir pas suivi cette conduite que, dans le cas suivant, on soumit le malade à toutes les chances défavorables d'une amputation.

Obs. II. — *Anévrisme variqueux à la partie supérieure et externe du bras par une piqûre de poinçon. — Ligature par la méthode de Hunter. — Réapparition de la tumeur. — Amputation du bras.* — Louis F..., âgé de vingt-deux ans, d'un tempérament sanguin, pléthorique, négociant à Sedan, vint Paris, en 1814, pour se faire traiter d'une tumeur qu'il portait à la partie externe et supérieure du bras gauche. Deux ans auparavant (septembre 1812), il s'était fait dans cette partie une blessure avec un poinçon en voulant percer une planchette ; l'instrument vint frapper le bras, et intéresser la veine et l'artère brachiales. Un écoulement considérable de sang fit penser qu'un vaisseau sanguin avait été blessé ; cependant la plaie, sur laquelle on exerça une compression assez forte, se

(1) Observation recueillie par M. Marx.