

cicatrisa, et toutes les inquiétudes se dissipèrent. Six semaines après l'accident, le malade s'aperçut d'un battement extraordinaire et d'un bruissement particulier à l'endroit de la cicatrice. L'absence de tout autre symptôme alarmant, et l'avis d'un médecin qui lui conseilla de ne pas songer à sa maladie et de se servir de son bras comme à l'ordinaire, firent qu'il se tint tranquille sur son état jusqu'au mois de mai 1814. A cette époque, il se forma sous la cicatrice une tumeur assez considérable, molle, présentant à son centre des battements isochrones à ceux du pouls et un *susurrus* qui s'étendait assez loin, non seulement dans la tumeur, mais encore dans les veines voisines, qui, comme toutes les autres veines de ce bras, se trouvaient dilatées, surtout lorsque le malade avait le membre pendant. Si la main était élevée, la tumeur devenait plus molle, le bruissement moins considérable; si l'on comprimait l'artère au-dessus de la tumeur, celle-ci disparaissait; elle n'augmentait pas quand l'artère était comprimée au-dessous. Le malade se servait toujours bien de son bras; il n'éprouvait aucune douleur, mais un engourdissement habituel.

M. Dupuytren, qui vit le malade à cette époque, reconnut de suite l'existence d'un anévrisme variqueux; il proposa l'opération, et le malade l'accepta; elle fut pratiquée le 8 juillet 1814, suivant la méthode de Hunter, en présence de M. Breschet. L'artère, isolée de toutes les parties voisines, fut seule comprise dans la ligature; les battements et le bruissement cessèrent aussitôt et complètement; une seconde ligature au-dessous de la blessure de l'artère ne parut pas nécessaire. Peu après l'opération, le membre devint froid et insensible, et, malgré tout ce qu'on put faire, les doigts ne recouvrèrent ni leur sensibilité ni leur chaleur habituelles; bientôt ils furent entraînés dans la flexion, et on ne les redressait qu'avec beaucoup de peine. Le quatrième jour, il eut une légère hémorragie; elle cessa dès que l'appareil fut levé. Le treizième jour, les ligatures tombèrent. Bientôt on commença à sentir un léger bruissement à l'endroit de l'ancienne tumeur; plus tard ce bruissement et ce battement augmentèrent. On exerça

pendant long-temps une compression assez forte dont les effets furent à peu après nuls. La main, privée de mouvement, se renversa sur l'avant-bras, et les doigts se fléchirent. Ces accidents ne pouvaient être attribués à la ligature d'un tronc nerveux, car on avait la certitude de n'avoir embrassé que l'artère dans l'anse de la ligature. La réapparition de la tumeur avec tous les symptômes extérieurs, la dilatation considérable de toutes les veines du membre, indiquèrent le retour du mal, retour qu'on ne peut expliquer que par l'abord du sang par les vaisseaux situés au-dessous de la lésion de l'artère, et principalement par le bout inférieur de ce vaisseau considérablement dilaté.

L'indication était ici claire et facile à saisir: il fallait placer peu après sa récurrence une seconde ligature au-dessous de la tumeur; mais le malade se refusa à cette nouvelle opération; il appela d'autres conseils, et plus tard on ne craignit pas de sacrifier le membre, que la maladie pouvait continuer à rendre inutile, mais qui n'exposait le sujet à aucun danger. L'examen des parties fit reconnaître un anévrisme variqueux, une dilatation considérable de toutes les veines du membre, avec épaissement de leurs parois, et une dilatation du bout inférieur de l'artère, devenue flexueuse, et ressemblant bien plus à une veine variqueuse qu'à un conduit artériel.

On voit par cette observation que la ligature de l'artère n'est plus aussi favorable lorsque la maladie est ancienne, et que la méthode de Hunter n'est surtout point applicable dans ce cas. L'anatomie pathologique nous donne également la preuve que l'artère se dilate, et que cette dilatation doit être attribuée au passage du sang veineux dans le canal artériel au-dessous de la blessure.

Les anévrismes variqueux ne se montrent pas seulement au pli du bras, on les rencontre encore dans d'autres parties du corps, quoiqu'ils y soient beaucoup moins fréquents. Toute blessure, en effet, qui intéresse la veine et l'artère juxta-posées peut donner lieu à cette maladie.

OBS. III. — *Anévrisme variqueux de l'artère carotide primitive et de la veine jugulaire externe du côté droit occa-*

*sionné par un coup de sabre.* — M. D..., âgé de quarante-trois ans, d'une forte constitution, reçut, il y a vingt ans, dans un duel, un coup de pointe de sabre vers l'extrémité externe de la clavicule droite, près de son bord supérieur, qui produisit une plaie d'un demi-pouce d'étendue, et dirigée de bas en haut et de dedans en dehors. Aussitôt après l'accident, il s'écoula une très grande quantité d'un sang rouge vif, en jet volumineux et continu, mais qui augmentait suivant les mouvements respiratoires. Après avoir laissé le sang couler quelques instants, M. D... appliqua sur la plaie des tampons formés de plusieurs mouchoirs qu'il maintint à l'aide d'un autre mouchoir placé en travers. Par ce simple appareil, il arrêta complètement l'écoulement du sang, et put gagner à pied un hôpital, distant du lieu du combat d'une demi-heure de marche. En chemin, se sentant faible, M. D... entra dans un cabaret pour y prendre un peu de vin; il eut alors un syncope, sans perte complète de connaissance. Arrivé à l'hôpital, le chirurgien appelé réunit les plaies au moyen de bandelettes agglutinatives, fit coucher le malade et le tint à une diète sévère. Aucun accident n'eut lieu. M. D... sortit de cet hôpital au bout de cinq jours, la réunion de la plaie étant opérée. Rentré chez lui, il fut étonné, ainsi que sa famille, de remarquer de violents battements, accompagnés d'un bruit particulier, à un pouce au-dessus de la cicatrice; mais n'en éprouvant aucune incommodité, il ne s'en occupa point; seulement il faisait remarquer par curiosité ces battements à ses amis.

Lorsqu'on examinait le cou de M. D..., on y voyait une cicatrice dirigée de bas en haut, et de dedans en dehors, d'un demi-pouce d'étendue, vers le bord supérieur de la clavicule droite, à un pouce de son extrémité sternale. Dans l'espace de deux pouces carrés, au-dessus de cette cicatrice, l'on remarquait des battements isochrones à ceux du cœur, sensibles à la vue et beaucoup plus au toucher, avec un frémissement et un bruissement particuliers. A l'aide du stéthoscope, on avait la sensation d'un rouet en mouvement; la peau, dans ce point, n'était nullement changée de couleur,

les veines étaient peu dilatées; la compression la plus légère causait au malade des éblouissements, des vertiges et un embarras particulier, sensible surtout au côté droit de la tête et dans l'œil correspondant. En augmentant et en prolongeant la compression, les éblouissements devenaient plus forts, et M. D... priait de la suspendre, car il sentait que, plus long-temps continuée, un syncope s'ensuivrait. Par ce moyen l'on ne faisait cesser complètement les battements de la tumeur que si l'on exerçait la compression à un pouce et demi au-dessus de la cicatrice de la plaie; au-dessous l'on n'y parvenait pas. Le pouls, dur et lent, n'offrait aucune intermittence et aucune différence dans l'un et l'autre bras.

Depuis l'accident, il n'y avait pas eu d'augmentation dans la force et la fréquence des battements de la tumeur, même lors des divers accès de colère auxquels M. D... s'était livré. A plusieurs reprises, il eut des palpitations de cœur qui ne durèrent que peu de temps. Continuellement il entendait la nuit un mouvement dans le côté droit du cou, qu'il comparait à l'action prolongée d'un rouet, et duquel il résultait, dans certains cas, un soulèvement involontaire de la tête de dessus l'oreiller. Toutes les fonctions s'exécutaient très librement, et permettaient à M. D... de se livrer à ses occupations journalières de ferblantier. D'après les remarques faites sur M. D..., il est hors de doute qu'il était affecté d'un anévrisme variqueux, et que, suivant le siège de la blessure, c'était la veine jugulaire externe droite qui offrait une communication avec l'artère carotide primitive de ce côté, dans leur origine. Ce malade a été soumis à l'examen de l'Académie le 6 juillet 1824 (1).

Des observations qui précèdent et des conséquences qui en découlent, on voit que l'anévrisme variqueux peut être simple, c'est-à-dire borné à la communication de la veine et de l'artère, mais qu'il peut aussi exister avec un anévrisme faux consécutif, ou un anévrisme faux diffus. Le passage du sang artériel dans la veine est annoncé par un bruissement

(1) Observation recueillie par M. Marx.

particulier. Le sang de la veine en passant dans l'artère, la dilate, la modifie, et le liquide lui-même contracte d'autres propriétés. Les parties situées entre la blessure et les vaisseaux capillaires peuvent tomber dans une sorte de torpeur comparable à l'asphyxie. Lorsque les accidents sont peu graves, il faut abandonner la maladie à elle-même, ou se contenter d'exercer une légère compression sur le membre et sur le point correspondant à la blessure. Si les accidents deviennent intenses, il faut recourir à une opération chirurgicale. Celle qui réussit le plus ordinairement est la ligature des deux bouts de l'artère.

Dans les observations sur lesquelles nous venons d'appeler votre attention, nous avons vu la piqure de la lancette ou d'un instrument piquant quelconque, en traversant la veine et l'artère juxta-posées, déterminer un anévrisme variqueux; nous allons maintenant nous occuper d'une manière spéciale de l'anévrisme faux consécutif de l'artère brachiale, occasionné surtout par une saignée mal faite.

Obs. IV. — *Anévrisme faux consécutif de l'artère brachiale, par suite d'une saignée.* — Un homme d'environ quarante ans, d'une bonne constitution, se fait pratiquer une saignée, il y a deux mois environ, par une sage-femme; celle-ci perce en même temps la veine et l'artère brachiale. Le sang jaillit avec force et au loin; sa couleur est rutilante. En général, reprend le professeur, le jet veineux ne s'élance pas au-delà d'un ou de deux pieds; rarement il atteint trois pieds; mais lorsque l'artère a été ouverte, le jet du sang est beaucoup plus rapide, on le voit s'élancer quelquefois à la distance de cinq et six pieds, et souvent monter jusqu'au plafond ou teindre le mur qui est placé vis-à-vis. La manière dont le liquide sort est encore un caractère qui peut mettre sur la voie de la lésion: il s'élance par bonds saccadés, qui ne ressemblent point au jet continu du sang veineux, au moins dans les premiers moments.

Chez l'individu dont nous racontons l'histoire, il paraît que la sage-femme reconnut l'accident, car elle exerça sur la plaie une forte compression au moyen de compresses gra-

duées et d'une bande très serrée. Le malade ressentit de l'engourdissement, et eut une tuméfaction de l'avant-bras et de la main, dus probablement à l'action de la bande; il s'aperçut également de l'existence d'une assez large ecchymose, produite par l'épanchement du sang dans le tissu cellulaire, mais il ne se forma point immédiatement de tumeur. L'ouverture de l'artère, selon toutes les apparences, était très petite, et la compression dut en rapprocher les bords. Ce ne fut que trois semaines après environ que la tumeur anévrismale commença à se développer; elle s'annonça par une petite tumeur qui avait un mouvement sensible d'expansion et de retrait, analogue aux pulsations artérielles. Au bout d'environ quatre semaines, elle avait acquis la grosseur d'un œuf de pigeon. En l'examinant, on reconnaît que la moitié est saillante, et que l'autre moitié est cachée dans l'intérieur du bras.

Mais, se demandera-t-on, comment cette tumeur s'est-elle développée? Lorsqu'une artère a été blessée par un instrument, comme par une lancette, si l'on comprime, les bords se rapprochent; mais lorsque cette cause cesse, et que le malade vient à agir, l'effort du sang écarte les lèvres de la plaie, le fluide s'infiltré, pousse les lamelles du tissu cellulaire, qui s'épaississent et finissent par former une poche: celle-ci s'agrandit et communique par une petite ouverture avec l'artère. C'est en effet ce qui s'est passé chez ce malade: le sang a d'abord été comprimé, puis il a fait effort; une poche s'est établie, bientôt elle s'est agrandie, et les caractères de l'anévrisme sont aujourd'hui manifestes. Si vous examinez maintenant la tumeur avec attention, en prenant un point de mire, vous verrez qu'elle présente un mouvement de retrait et d'expansion; le doigt placé sur son point culminant est alternativement élevé et abaissé. En mettant le bras dans la flexion, les mouvements deviennent très apparents; si l'avant-bras est fortement étendu sur le bras, ces mouvements sont beaucoup moins marqués. On croyait autrefois que ces deux signes annonçaient infailliblement la présence d'un anévrisme; mais on sait aujourd'hui qu'il suffit souvent pour les produire du voisinage d'un vaisseau artériel, ou mieux

encore de la position de la tumeur sur le trajet du vaisseau; de sorte que la suspension des mouvements par la compression ne serait point un signe positif. En continuant l'examen du malade, on trouve que la tumeur s'élève en pointe, et que la peau, au sommet, est fortement amincie. Si un travail inflammatoire survenait dans ce lieu, il serait à craindre que la peau en s'amincissant davantage ne s'ouvrît, et qu'il n'en résultât, à l'intérieur ou à l'extérieur, une hémorrhagie qui, dans ce dernier cas, ferait rapidement périr l'individu. Pour prévenir une terminaison aussi funeste, il faut donc employer un moyen prompt et efficace. La compression a déjà été pratiquée sans utilité; d'ailleurs ce procédé exige beaucoup de temps, et peut déterminer la gangrène; mais ici il serait inapplicable à cause de l'usure de la peau. La ligature est donc l'opération à laquelle il faut recourir; mais comment la pratiquerons-nous? Il serait sans doute plus sûr de placer deux ligatures, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la blessure, parce qu'on éviterait ainsi les communications qui ont lieu quelquefois quand on emploie la méthode d'Anel; mais cette opération entraîne plusieurs inconvénients graves. En effet, après avoir suspendu le cours du sang par la compression, il faut inciser la peau sur le trajet de la tumeur, ouvrir le sac, le vider, chercher l'ouverture faite à l'artère, ce qui n'est pas toujours aisé, et la lier sans embrasser le nerf; autre temps assez difficile, à cause du sang qui coule de toutes parts. En supposant même que l'opération eût tout le succès possible, on a fait à la peau une blessure étendue qui peut déterminer un phlegmon. Nous avons dit que l'écoulement du sang gênait singulièrement l'opérateur; cette considération est assez importante pour que nous nous y arrêtions quelques instants. Lorsqu'on fait une opération quelconque, on est presque toujours sûr de suspendre le cours du sang artériel par la compression; mais il n'en est pas ainsi du sang veineux. La raison en est simple: dans le premier cas, la compression ne s'exerce que sur un seul vaisseau; dans le second, il faudrait qu'elle portât sur une multitude de branches diverses.

Si donc la ligature des deux bouts de l'artère, quoique plus certaine, est longue, pénible, et présente si souvent de grandes difficultés, il faut nécessairement recourir à la méthode dont nous avons déjà parlé, et qui consiste à faire une seule ligature au-dessus de la tumeur. Ce procédé a beaucoup moins d'inconvénients que le précédent, car on évite l'infiltration du sang et la majeure partie des obstacles qui viennent d'être signalés. Aussi cette méthode est-elle celle que l'on emploie dans le plus grand nombre de cas; mais je dois dire, ajoute le professeur, que lorsqu'elle est appliquée sur des parties artérielles qui ont des communications nombreuses entre elles, elle échoue. C'est ce qu'on observe dans les anévrismes de la carotide primitive et de ses divisions; la ligature placée au-dessous de la tumeur y suspend d'abord les battements, mais ils ne tardent point à reparaitre; la même chose peut arriver dans l'anévrisme du pli du bras.

Quelquefois cependant cette disposition du sang tient à la position immédiate de la veine sur l'artère. Dans ce cas, les mouvements de celle-ci se communiquent à la veine, et au premier coup d'œil on peut croire qu'elle a été ouverte. Il y a plusieurs années, M. Dupuytren fut appelé en toute hâte par un médecin distingué qui venait de pratiquer une saignée à l'un de ses malades. En voyant le sang sortir par saccades, il crut avoir intéressé l'artère. M. Dupuytren reconnut de suite la cause de la méprise, mais le médecin n'en persista pas moins dans son opinion; et aujourd'hui même, il pense encore qu'il y a eu lésion de l'artère.

Notre mémoire nous rappelle aussi en ce moment le fait suivant: Thiéry (Virginie), âgée de dix-huit ans, émailleuse, demeurant rue des Gravilliers, n° 48, d'un tempérament lymphatique, avait une menstruation irrégulière, et depuis trois mois était sujette à un crachement de sang qui se renouvelait assez fréquemment, surtout à l'époque des règles. L'hémoptysie étant devenue plus abondante dans le mois de septembre 1816, Thiéry entra à l'Hôtel-Dieu; on lui prescrivit des adoucissants combinés aux astringents, et de

temps en temps quelques petites saignées du bras. Plusieurs fois l'élève externe essaya d'ouvrir les veines céphalique et basilique, et ne put retirer qu'une petite quantité de sang. Le 15 septembre 1816, le crachement de sang ayant reparu, l'externe pratiqua la saignée sur la veine médiane basilique. Après avoir appliqué une ligature à deux pouces au-dessus du pli du bras, il sentit la veine rouler sous son doigt, sans la voir d'une manière distincte. A l'instant du mouvement d'élévation de la pointe de la lancette, la malade ayant retiré son bras, la plaie se trouva plus large et peut-être un peu plus profonde qu'elle n'aurait dû l'être. Le sang jaillit aussitôt par saccades; il était rouge, vermeil, et sa sortie faisait éprouver à la malade un sentiment de chaleur brûlante. On enleva la ligature du bras, et le sang continuant à s'élancer avec la même force, l'interne comprima l'artère brachiale à la partie moyenne du bras, le sang s'arrêta entièrement; on cessa la compression, le sang partit de nouveau. Ne doutant plus que la fin de l'artère brachiale fût ouverte, on appliqua le bandage ordinaire de la saignée sans le serrer beaucoup; en même temps l'artère brachiale était comprimée. Au bout d'une heure et demie, M. Dupuytren arriva, examina la plaie, fit cesser toute compression, et, à l'étonnement des élèves, rien ne s'écoula. Le bras fut couché sur un oreiller; on ne fit aucun pansement à la plaie résultant de la saignée; la malade fut surveillée; il n'y eut aucun écoulement de sang; la plaie se cicatrisa en quatre jours. La malade étant restée deux mois à l'hôpital, on put se convaincre qu'aucune tumeur sanguine ne se manifestait à l'endroit de la saignée. La malade est revenue dans le mois de juin 1817 pour se faire traiter de nouveau de son hémoptysie; le pli du bras qui avait été saigné neuf mois auparavant n'offrait aucune tumeur, il était dans son état naturel, et les mouvements du bras n'étaient nullement gênés.

L'artère brachiale a-t-elle été divisée dans cette saignée? Les signes qui ont apparus après l'opération sont bien ceux qu'on observe lors de l'ouverture d'une artère. Cependant sans aucun moyen compressif le sang s'est arrêté, et, après

neuf mois, il ne s'est formé aucune tumeur anévrismatique au pli du bras. Certaines plaies artérielles seraient-elles susceptibles de se cicatriser, comme celles des veines, ou bien l'artère n'a-t-elle pas été intéressée?

Les réflexions que nous avons faites précédemment ne nous paraissent point devoir laisser d'incertitude à cet égard. Il n'y avait point d'ouverture de l'artère, et l'élève s'en était laissé imposer.

Nous sommes maintenant fixés, continue M. Dupuytren, sur le procédé opératoire que nous allons employer; mais avant d'en faire l'application, décrivons la partie qui est le siège de la maladie. La région du bras renferme un certain nombre de couches superposées qui se présentent dans l'ordre suivant: en procédant de la peau vers l'humérus, on rencontre une enveloppe fine et un plan cellulo-graisseux parcouru par un grand nombre de vaisseaux lymphatiques, de veines et de nerfs superficiels. Une troisième couche, commune à tout le contour du bras, est constituée par l'aponévrose brachiale; plus profondément, on trouve trois gaines dont l'externe supérieure, et la postérieure, appartiennent à différents muscles; la troisième, antérieure, qu'il nous importe surtout de connaître, est commune au biceps superficiellement placé, aux coraco-brachial et brachial antérieur, situés au-dessous. Entre eux, on aperçoit le nerf cutané externe qui traverse en haut le coraco-brachial. A sa partie externe et inférieure, cette gaine contient le tronc du nerf radial et une branche artérielle; à sa partie interne, au contraire, dans toute son étendue, elle renferme l'artère humérale avec ses deux veines satellites et le nerf médian, dont les rapports avec ces vaisseaux sont de la plus haute importance; en haut, ce nerf est *externe*; au milieu, il est *antérieur*, et en bas il est *interne*. Cette position triplement variable du médian par rapport à l'artère, doit être bien notée. Ainsi donc, en haut, il faut chercher l'artère en dedans du médian et en dehors du nerf cubital; au milieu, il faut éviter avec le plus grand soin de saisir le nerf médian, què l'artère croise en passant, tantôt en avant, tantôt en ar-

rière; en bas, on doit constamment la chercher en dehors de ce nerf: le cubital n'a plus alors aucun rapport avec elle. La lésion ou la ligature de ce nerf entraînerait l'engourdissement ou la paralysie du membre.

Un précepte fort important pour lier rapidement cette artère est fondé sur la manière dont elle s'accôle partout au bord interne du biceps, placé dans la gaine de ce muscle. Ainsi, en ouvrant cette gaine vers sa partie interne, on aperçoit facilement la brachiale dans les rapports indiqués avec le nerf médian.

Après avoir ainsi appelé l'attention sur la disposition anatomique des parties, M. Dupuytren procède à l'opération: le malade est couché horizontalement sur un lit; le membre affecté est à demi fléchi; une incision de trois pouces est faite vers la partie inférieure et interne du bras; la peau, le tissu cellulaire, la couche aponévrotique, sont successivement divisés; une petite artériole est ouverte. Arrivé sur la gaine du vaisseau, l'opérateur la saisit avec la pince, la soulève, et l'ouvre au moyen du bistouri porté en dédolant. L'ouverture de la gaine celluleuse étant agrandie dans l'étendue seulement de deux à trois lignes avec le bistouri dirigé par la sonde cannelée, il glisse sous le vaisseau l'extrémité de la sonde d'argent flexible. Sur cette sonde, il conduit un stylet aiguillé qui entraîne après lui la ligature. Afin de prévenir la lésion des nerfs et des veines qui accompagnent l'artère, c'est toujours entre elle et ces organes qu'il faut d'abord introduire l'instrument conducteur des fils. M. Dupuytren serre modérément la ligature, les battements cessent; puis il la relâche, et les battements se reproduisent. Certain alors que le vaisseau malade est compris dans la ligature, il la fixe définitivement à l'aide de deux nœuds simples. La plaie a été nettoyée, et ses bords rapprochés au moyen d'une bande. Il a recommandé de ne faire un pansement définitif que lorsqu'on se serait assuré que la petite artériole ne donnait point de sang. Pendant tout le temps de l'opération, le malade n'a jeté aucun cri, ce qui ne laisse point de doute sur l'intégrité parfaite des nerfs; d'ailleurs

M. Dupuytren avait eu la sage précaution, qu'il ne néglige jamais, de faire voir au patient un individu parfaitement guéri d'une opération semblable. Cette ligature, habilement pratiquée, n'a point cependant laissé que d'inspirer quelques inquiétudes à M. Dupuytren. Le calibre de l'artère était petit, et il était possible qu'il y eût deux artères brachiales, ce qu'il a observé dans un cas; des communications pouvaient exister entre le bout supérieur et le bout inférieur du vaisseau; enfin la veine était très volumineuse et tendre; or, comme cette disposition ne tenait point à une compression, il était à redouter qu'il n'existât entre l'artère et la veine une communication petite, étroite, et incapable par conséquent de faire entendre le bruissement. L'opération n'a présenté aucun indice de cette communication. Pendant deux jours, on a exercé une compression au moyen de compresses disposées en pyramide; on a ensuite enlevé l'appareil pour examiner la tumeur: elle était un peu diminuée; il n'y avait pas le moindre battement. Cinq jours après, la plaie était presque entièrement réunie, à l'exception du point destiné au passage du fil. Le reste du traitement n'a rien offert de particulier, et le malade est sorti très bien guéri.

OBS. V. — *Anévrisme faux consécutif de la brachiale par suite d'une saignée mal faite. — Ligature de l'artère humérale. — Erysipèle. — Absès. — Guérison.* — Un colporteur d'environ trente-deux ans, d'une constitution forte et sèche, saigné pour une céphalalgie violente, eut l'artère brachiale du côté droit ouverte en même temps que la veine. Le chirurgien reconnut l'accident à la couleur vermeille du sang, à ses jets alternativement plus forts et plus faibles; il le laissa couler jusqu'à ce qu'il se manifesta une syncope. Il s'efforça alors d'établir une compression capable de prévenir une nouvelle hémorrhagie, et insista près du malade pour qu'il la continuât, sans toutefois lui donner connaissance de l'affection dont il était atteint. La plaie de la saignée cicatrisée, le malade crut n'avoir plus rien à craindre, et suspendit la compression; une tumeur parut au pli du bras, et s'accrut chaque jour.

Lorsque le malade entra à l'Hôtel-Dieu, en décembre 1828, cette tumeur avait le volume du poing; elle était arrondie, sans bosselures, circonscrite, fluctuante, et offrait des mouvements isochrones aux battements du pouls. Ces mouvements, bien sensibles pendant la flexion du membre, cessaient entièrement lorsqu'il était fortement tendu. La compression exercée au-dessus de la tumeur les faisait également disparaître; établie au-dessous, elle les rendait plus forts et plus apparents. On devait conclure et on conclut de ces faits, 1<sup>o</sup> que l'ouverture de l'artère était peu large; 2<sup>o</sup> qu'il y avait défaut de parallélisme entre cette ouverture et celle du sac anévrisimal; 3<sup>o</sup> que la tumeur ne recevait le sang que par une seule voie; 4<sup>o</sup> que la majeure partie du sang contenu dans le sac était coagulée, concrétée, et que par conséquent une compression bien faite suffirait peut-être pour amener la guérison. Cette compression fut donc exercée par l'action de la glace; mais ce moyen ne produisant point d'amélioration sensible, on céda aux désirs du malade, et l'opération fut résolue.

Celui-ci, assis sur une chaise, au milieu de l'amphithéâtre et en face des spectateurs, a le bras étendu en dehors; des aides le retiennent dans cette position. Afin que les élèves puissent suivre les différents temps de l'opération, M. Dupuytren se place au côté postérieur du membre; puis il s'assure de la position de l'artère, fait à deux pouces environ au-dessus de la tumeur une incision de deux pouces de long, divise lentement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose du bras, le bord interne du biceps, parvient ensuite à la gaine celluleuse qui enveloppe l'artère et les nerfs. Une sonde cannelée divise peu à peu cette gaine, et sépare l'artère du nerf médian, qui est contiguë. Cette partie de l'opération dure au plus quelques minutes; mais dans ce moment, le malade tombe dans un état de demi-syncopé: les battements du cœur sont ralentis, ceux de l'artère complètement effacés. On dut craindre une méprise; et pendant plus d'un quart d'heure, on hésita entre le nerf et l'artère; cependant la circulation se rétablit. M. Dupuytren reconnut,

ainsi que plusieurs personnes qui l'entouraient, que le corps qu'il avait isolé était réellement l'artère humérale; une ligature fut passée au-dessous d'elle; et, avant de la serrer, il s'assura, en la soulevant, qu'il faisait cesser les battements de la tumeur, et que le malade ne ressentait point de douleurs. On réunit les lèvres de la plaie à l'aide de bandelettes agglutinatives; un pansement simple, composé d'un linge troué et enduit de cérat, de charpie, de compresses et d'une bande, fut appliqué par-dessus; le malade fut reporté dans son lit, et la tumeur couverte de glace.

L'opération avait été longue, ce qui doit être attribué à plusieurs causes. D'abord, M. Dupuytren, dans l'intérêt des élèves, avait fait prendre au malade et avait pris lui-même une position très désavantageuse; ensuite les forces commençant à s'épuiser, la circulation s'était affaiblie au point de rendre les pulsations de la tumeur, de l'artère brachiale, et même de la radiale, presque imperceptibles. Il fallut un temps très long pour bien distinguer l'artère du nerf et pour éviter une méprise qui, quand elle ne devient pas funeste, fait perdre à la main et à l'avant-bras une partie de leurs fonctions.

Dans la soirée, la peau du membre reprend sa température normale, et la première nuit se passe bien; le malade ne se plaint que de picotements dans les doigts. Le lendemain, les pulsations de la radiale se font sentir, et cessent néanmoins plus tard pour revenir encore. On continue l'application de la glace.

Le cinquième jour, on lève l'appareil: il existe un érysipèle qui s'étend les jours suivants au bras et à l'avant-bras. La glace est supprimée: on combat l'érysipèle par l'application de trois vésicatoires volants sur les points les plus enflammés; à l'aide de ce traitement, l'érysipèle disparaît en quelques jours.

Le huitième jour, la tumeur s'ouvre et donne issue à un mélange de pus et de sang; cet écoulement persiste les jours suivants. Le dixième jour, la ligature tombe sans qu'il survienne la moindre hémorrhagie.