

transmission collatérale. Nous ne connaissons pas d'une manière très-évidente, chez l'homme, les ressources que les anastomoses peuvent offrir au cours du sang dans la cavité de l'abdomen. Toutefois, j'ai plusieurs fois fait la ligature de l'aorte sur le chien, et j'ai constaté que le sang pouvait facilement arriver, par les vaisseaux anastomotiques, dans les membres postérieurs de l'animal.

Dans ces expériences, je pratiquais une incision au côté gauche de l'épine, l'aorte était amenée au niveau de la plaie au moyen d'une aiguille à anévrysmes; et, toutes les parties environnantes étant séparées de manière à ce que le vaisseau fût parfaitement isolé, une ligature était passée autour de lui.

Après cette opération, l'animal était conservé pendant quelques semaines, puis on le sacrifiait. Avant la dissection on injectait le système artériel, et alors on trouvait que les artères lombaires, qui avaient subi une dilatation considérable, étaient les principaux agens de la circulation supplémentaire. On voit, dans le musée anatomique de l'hôpital St. Thomas, une très-belle pièce, présentant l'aorte oblitérée et les vaisseaux anastomotiques nombreux et dilatés qui ont entretenu la circulation. Ainsi se trouve établie, autant que l'analogie peut le faire, la possibilité d'une transmission semblable du sang chez l'homme.

Je vais maintenant rapporter, dans tous ses détails, le fait qui constitue l'objet principal de ce mémoire, me réservant de donner ensuite quelques considérations sur la meilleure espèce de ligature à employer.

Observation 499. — Charles Hutson, portier, âgé de 38 ans, entra à l'hôpital de Guy le 9 avril 1817, pour une tumeur de l'aîne gauche, située en partie au-dessus et en partie au-dessous du ligament de Poupart. On y reconnut des pulsations obscures, et l'on diagnostiqua un anévrysmes. Le malade raconta que, treize mois auparavant, il avait fait une chute sur l'angle d'un coffre, sur lequel l'aîne avait porté avec tant de violence, qu'il lui avait été impossible de retourner chez lui à pied. Le lendemain la cuisse présentait une coloration anormale et un gonflement tel qu'il fut obligé de garder le lit. Après trois semaines de repos, le malade se rétablit peu à peu, et le membre étant revenu en peu de temps à son volume naturel, il reprit ses occupations, mais resta dans l'impossibilité de mouvoir ce membre avec autant de liberté que l'autre. Toutefois il continua à travailler, bien qu'avec la plus grande difficulté, jusqu'à une quinzaine de jours avant son entrée à l'hôpital. Quelque temps avant cette dernière époque, il avait éprouvé de temps en temps dans le membre une sensation de picotement qui n'était que passagère et qui semblait résulter de la pression exercée par la tumeur sur le nerf crural antérieur. Depuis le moment de l'accident, il était resté dans l'aîne une tuméfaction manifeste qui avait forcé le malade, quelques se-

maines avant son entrée à l'hôpital, de relâcher ses vêtements du côté gauche.

Lorsque nous l'examinâmes, la tumeur n'était nullement circonscrite; plusieurs veines volumineuses rampaient à sa surface. Elle était très-douloureuse à la pression. Après trois jours de séjour à l'hôpital, la tumeur acquit le double de son premier volume, et les pulsations y devinrent moins distinctes, excepté sur le trajet de l'artère iliaque et de l'artère fémorale.

La tumeur remontait à trois ou quatre pouces au-dessus du ligament de Poupart et descendait à une distance égale au-dessous. Son volume était considérable. Immédiatement au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure, on percevait une fluctuation manifeste dans la portion du sac anévrysmal située au-dessus du ligament de Poupart, de sorte que, selon toute apparence, le sang ne s'y était point encore coagulé.

Le péritoine avait été attiré à une telle distance de la partie inférieure de l'abdomen, qu'il atteignait l'artère iliaque primitive et qu'il était impossible d'opérer sans ouvrir la cavité péritonéale.

En conséquence, je résolus de renoncer à toute opération, ou au moins d'attendre, avant de recourir à ce moyen, les efforts que pourrait faire l'organisme vers une guérison spontanée, circonstance que l'on observe quelquefois.

Le 16 mai, la tumeur avait acquis un accroissement subit, et les pulsations étaient devenues plus évidentes. On pratiqua, en conséquence, une saignée du bras de douze onces.

Le 21, on exerça une compression sur la partie antérieure de la tumeur, au moyen d'une pelotte fixée par une large bande. On pratiqua une nouvelle saignée de douze onces, à la suite de laquelle le malade éprouva une amélioration générale assez marquée.

Le 27, on enleva les moyens de compression, et l'on trouva que la peau sur laquelle cette compression avait été exercée, était excoriée, altérée dans sa couleur, et avait perdu sa sensibilité.

Le 30, le malade avait passé une nuit agitée; l'irritation générale était considérable; la tumeur avait pris un accroissement très-prononcé. On fit appliquer le tourniquet, avec la précaution de le disposer de telle sorte, que la compression s'exerçât sur l'anévrysmes, en agissant aussi peu que possible sur les parties environnantes.

Le 1^{er} juin, le malade avait assez bien supporté la compression; mais le volume de la tumeur n'avait diminué en rien.

Le 4, lorsqu'on enleva le tourniquet, on aperçut une légère ulcération de la peau à la surface de la tumeur, ce qui ne permit pas de réappliquer le tourniquet.

Le 5, le membre était si lourd, que le malade ne pouvait le soulever; la peau qui recouvrait la tumeur montrait de la tendance à se gangréner.

Le 19, une escharre existait sur la partie externe de la tumeur, au-dessous du ligament de

Poupart. Cette escharre était presque détachée et entourée d'une ulcération profonde.

Le 20, à dix heures du matin, il se fit une hémorrhagie par la partie externe de la tumeur; mais il ne s'écoula qu'une quantité peu considérable de sang. On appliqua sur la tumeur un gâteau de charpie qui fut maintenu au moyen d'emplâtres agglutinatifs. L'hémorrhagie ne se reproduisit pas le lendemain.

Le 22, à 7 heures du matin, après quelques mouvemens que fit le malade, l'hémorrhagie reparut; mais cette fois encore, elle ne fut pas considérable.

Le 24, nouvelle hémorrhagie qui s'arrêta spontanément.

Le 25, vers deux heures et demie de l'après-midi, après une émotion morale vive et soudaine, l'écoulement de sang se fit avec abondance. M. Key, mon élève, parvint à prévenir la mort immédiate du malade au moyen de la compression; mais tel était le degré d'épuisement, qu'il survint une selle involontaire.

Je vis le malade dans la soirée du même jour à neuf heures, et je le trouvai dans un état d'affaiblissement tel qu'on pouvait avoir la certitude qu'il succomberait infailliblement à une nouvelle hémorrhagie, qui malheureusement était imminente. Toutefois, désirant encore éviter d'ouvrir la cavité abdominale pour lier l'aorte près de sa bifurcation, je résolus de rechercher s'il était possible de passer une ligature autour de l'artère par l'intérieur du sac anévrysmal. Je supposais, en effet, que si l'artère passait près du centre du sac, comme cela arrive généralement dans l'anévrysmes, il me serait possible de la saisir entre les doigts et de passer un fil autour d'elle.

D'après ces idées, je fis sur la tumeur une petite incision à environ deux pouces du ligament de Poupart. Ayant pratiqué ensuite une petite ouverture au sac lui-même, j'y introduisis facilement un doigt. Durant cette partie de l'opération, mon doigt bouchait si complètement l'ouverture faite au sac, qu'il s'opposait d'une manière complète à l'issue du sang. Je promenai le doigt dans tous les sens à l'intérieur du sac, dans l'espoir de rencontrer l'artère; mais je ne trouvai qu'une masse de caillots morcelés, et je reconnus que l'artère s'ouvrait à la partie supérieure du sac et se quittait à sa partie inférieure, sans qu'il y eût intermédiairement aucune portion de tronc artériel. Cette circonstance me força donc de renoncer au mode d'opération que j'avais conçu. Avant de retirer le doigt, je chargeai deux aides d'exercer avec les mains une compression de l'aorte contre la colonne vertébrale. Ils parvinrent à faire cesser les battemens dans l'artère crurale droite. A mesure que je retirais le doigt, j'appliquai contre lui un gâteau de charpie, avec lequel je fermai l'ouverture que j'avais faite au sac anévrysmal.

Je dois ajouter que l'ouverture qui s'était formée à la surface du sac, par suite de l'existence d'une escharre, était située à une distance beaucoup trop considérable du

trajet de l'artère, pour qu'il me fût possible d'atteindre le vaisseau par cette voie. En quittant le lit du malade, j'éprouvais un vif regret partagé par tous les assistans, celui de penser qu'il était voué à une mort certaine, sans qu'on tentât la seule chance qui restait de prévenir sa mort immédiate par hémorrhagie, c'est-à-dire, la ligature de l'aorte. Aussi dis-je à mes élèves: « Messieurs, cette seule chance de salut, je suis déterminé à la faire courir au malade. »

L'opération fut pratiquée de la manière suivante. Les épaules du malade furent légèrement élevées à l'aide de coussins, afin de mettre, autant que possible, les muscles abdominaux dans le relâchement. J'avais craint, en effet, que la hernie des intestins ne déterminât beaucoup d'embarras dans le cours de l'opération. Je fus agréablement surpris de voir le contraire; car, par suite de leur état de vacuité, qui était un résultat de l'émission involontaire des matières fécales, l'expulsion des intestins à travers la plaie n'eut pas lieu. Cette circonstance me fit considérer comme une précaution absolument nécessaire dans une opération de cette nature de vider préalablement les intestins au moyen des laxatifs.

Je pratiquai sur la ligne blanche une incision longue de trois pouces, à laquelle je donnai une légère courbure, afin d'éviter l'ombilic. Un pouce et demi de la longueur de l'incision se trouvait au-dessus de l'ouverture ombilicale; le reste était au-dessous; la convexité de l'incision regardait à gauche. Je pratiquai ensuite une petite ouverture au péritoine, et j'introduisis le doigt dans l'abdomen. Avec un bistouri boutonné, je donnai à l'incision du péritoine la même étendue qu'à la plaie des tégumens; ni l'épiploon, ni les intestins ne firent hernie, et pendant le cours de l'opération il n'y eut qu'une petite anse intestinale qui sortit par la plaie.

Lorsque l'ouverture faite aux parois de l'abdomen fut suffisante pour permettre l'introduction de mon doigt dans l'abdomen, je le glissai entre les intestins jusqu'à la colonne vertébrale; je sentis alors l'aorte qui était considérablement dilatée et qui battait avec beaucoup d'énergie. Je déchirai le péritoine avec mon ongle au côté gauche du vaisseau, et par des mouvemens modérés du doigt, je parvins peu à peu à le passer entre l'aorte et le rachis, après quoi je traversai de nouveau le péritoine au côté droit de l'artère.

Mon doigt étant ainsi placé sous le vaisseau, je me guidai sur lui pour conduire une aiguille mousse, armée d'une ligature simple. M. Key retira la ligature du chas de l'aiguille à la plaie extérieure, après quoi l'aiguille fut immédiatement retirée.

Une circonstance qui exigea des précautions extrêmes, ce fut la nécessité de ne pas comprimer l'intestin dans la ligature. Les deux chefs de celle-ci furent ramenés ensemble à la plaie extérieure, et le doigt fut glissé entre eux de manière à écarter toutes les circonvolutions

intestinales qui se trouvaient dans l'intervalle des fils; la ligature fut alors serrée, et les chefs furent laissés pendans hors de la plaie. Après cela, l'épiploon fut amené derrière l'ouverture et contre elle, autant toutefois que la ligature pouvait le permettre. Cette précaution fut prise dans l'intention de faciliter l'adhésion de cette membrane avec les bords de la plaie, qui furent eux-mêmes rapprochés au moyen de la suture enchevillée et des emplâtres agglutinatifs.

Dans le cours de l'opération, le malade eut des selles involontaires, et le pouls s'éleva jusqu'à 144 battemens par minute immédiatement après l'opération et pendant une heure après qu'elle eut été faite.

Je prescrivis 30 gouttes d'une mixture d'opium et de camphre, après l'administration de laquelle cessèrent immédiatement les selles involontaires.

Ayant appliqué la main sur la cuisse droite du malade, immédiatement après l'opération, il lui sembla que je touchais son pied. Ce qui prouve combien la sensibilité de ce membre s'exerçait d'une manière imparfaite.

Je dois les détails qui suivent à un de mes élèves, M. William Cox.

A minuit, pouls à 132.

Le 26, à une heure du matin, un sentiment de chaleur se développa dans l'abdomen, mais il n'y avait pas de douleur à la pression. Le malade accusa de la chaleur à la tête et de la douleur dans les épaules. Les membres inférieurs, qui étaient froids immédiatement après l'opération, commençaient à recouvrer leur chaleur. Le corps, dans les autres régions, était recouvert d'une sueur froide; et à partir de l'opération, la sensibilité des membres inférieurs resta très obtuse.

A deux heures, le malade se trouvait tellement bien à la suite de la potion qu'il avait prise, qu'il exprima le désir d'en reprendre encore. On lui donna 40 gouttes de la teinture d'opium et de camphre. Les membres pelviens furent enveloppés de flanelle, des bouteilles d'eau chaude furent placées aux pieds; sous l'influence de ces moyens, la sensation de chaleur qu'il éprouvait dans le ventre diminua.

A six heures, la sensibilité n'était pas rétablie dans les membres abdominaux.

A huit heures, le malade dit qu'il se trouvait parfaitement bien, toutefois il n'y avait point d'émission d'urine ni de selles; le membre abdominal droit était plus chaud que le gauche, et la sensibilité y était revenue.

A midi, la température du membre abdominal droit était à 94 (Fahrenheit); celle du membre gauche, qui était le siège de l'anévrisme, à 87 1/2.

A une heure de l'après-midi, M. A. Cooper visita le malade, et eut, au moment où il monta dans la salle, la satisfaction de voir que ce malade, qui la veille au soir était presque mourant, arrangeait lui-même ses couvertures et souriait à M. A. Cooper au moment où il approchait de lui.

A trois heures, après une quinte de toux, on eut la crainte que les fils de la ligature appliquée à la plaie extérieure ne se détachassent; ce n'était qu'une fausse alarme: mais afin de se mettre en sûreté contre un pareil accident, la ligature fut fixée plus solidement au moyen d'un tuyau de plume; immédiatement après, le malade se plaignit de douleurs dans l'abdomen; ces douleurs n'étaient pas violentes et ne duraient pas long-temps; elles cédèrent facilement à l'emploi des fomentations. Le malade n'ayant point eu de selles, on prescrivit un lavement.

A six heures du soir, des vomissemens survinrent immédiatement après qu'on lui eut administré son lavement; la température du membre abdominal droit était à 96, celle du membre gauche à 87 1/2 (Fahrenheit).

A neuf heures du soir, il prit un demi verre de vin de Porto avec de l'eau chaude et le rejeta aussitôt. Il se plaignit de douleurs dans les reins, pouls à 104, et faible; beaucoup d'agitations; selles involontaires.

A onze heures, pouls à 100 et faible, il y avait encore eu des vomissemens.

A sept heures du matin: la nuit avait été très agitée, les vomissemens étaient revenus par intervalle. Pouls à 104, faible et tremblotant, douleurs dans tout le corps, mais particulièrement à la tête. Les carotides battaient avec beaucoup de force; le visage exprimait une vive anxiété. Il y avait une grande agitation; l'urine, qui était rendue goutte à goutte, causait de la douleur à l'extrémité de la verge.

A 8 heures du matin, le membre qui avait été le siège de l'anévrisme devint livide et froid principalement aux environs de la tumeur; mais l'autre membre conserva sa température.

A 11 heures, le pouls était à 120 et faible; le malade semblait s'affaiblir. Il ne faisait aucune réponse aux questions qui lui étaient adressées, et paraissait éprouver une sensation de malaise vers la région du cœur, car il portait la main à la mamelle gauche.

Il expira à 1 heure 18 minutes, ayant survécu 40 heures à l'opération.

Lorsque j'eus appris que le malade venait de mourir, je priai M. Brooks de faire avec moi l'examen du corps. M. Travers, chirurgien de l'hôpital St Thomas, M. Stocker, de l'hôpital de Guy, et un nombreux concours d'élèves, assistèrent à l'autopsie.

Autopsie.—A l'ouverture de l'abdomen, nous ne trouvâmes pas la plus légère trace de péri-tonite, si ce n'est aux lèvres de la plaie. L'épiploon et les intestins ne présentaient aucune altération de leur coloration normale. Les lèvres de la plaie étaient réunies par le travail d'inflammation adhésive, excepté dans le point où la ligature pendait au dehors. Nous vîmes avec satisfaction qu'aucune portion de l'épiploon ou de l'intestin ne se trouvait comprise dans la ligature. Celle-ci avait été passée autour de l'aorte, à environ 3/4 de pouce au-

dessus de la bifurcation du vaisseau, et à environ un pouce au-dessous du point où le duodenum croise le trajet de l'aorte.

A une dissection attentive de l'artère liée, on trouva un caillot de plus d'un pouce de longueur, qui oblitérait le vaisseau au-dessus de la ligature. Il y en avait un autre au-dessous de celle-ci. Ce dernier avait un pouce d'étendue et se prolongeait dans l'artère iliaque droite, tandis que l'artère iliaque gauche était remplie par un caillot qui se prolongeait jusqu'à l'anévrisme.

Nous remarquâmes avec satisfaction que l'espace de 40 heures avait suffi pour l'occlusion complète de l'artère.

Le sac anévrysmal, qui était d'un volume énorme, s'étendait depuis l'artère iliaque primitive jusqu'au dessous du ligament de Poupert, et se prolongeait même à la partie interne de la cuisse. On ne voyait plus l'artère depuis la partie supérieure, jusqu'à la partie inférieure du sac, qui était rempli par une quantité considérable de caillots.

Le col du fémur était fracturé à l'intérieur du ligament capsulaire, et cette fracture était restée sans réunion.

En prenant en considération toutes les circonstances de ce fait, à quoi attribuerons-nous la mort du malade? Elle n'a point été causée par une inflammation abdominale, car les viscères abdominaux étaient parfaitement intacts.

La mort me paraît avoir été le résultat de la cessation de la circulation dans le membre où siègeait l'anévrisme. En effet, bien que la vie et la chaleur se fussent conservées dans l'autre membre, celui qui était le siège de l'anévrisme ne recouvra jamais sa chaleur naturelle. On doit attribuer cette circonstance au volume considérable de l'anévrisme et à l'état des caillots qui s'opposaient au libre cours du sang à travers le sac anévrysmal. Il y avait entre la température des deux membres sept degrés de différence. La sensibilité se reproduisit aussi dans le membre droit, ce qui n'eut pas lieu dans le membre gauche.

Je regarderais donc comme nécessaire dans un autre anévrisme occupant le même siège de pratiquer la ligature de l'artère avant que la tumeur n'eût acquis un volume considérable.

Toutefois il reste encore une question à décider à l'égard de la ligature de l'aorte, à savoir la manière dont on doit se comporter à l'égard de la ligature: doit-on la laisser pendre à la plaie ou la couper au ras du vaisseau; doit-on employer le presse-artère de l'ingénieur chirurgien Crampton, ou doit-on se servir, pour composer la ligature, de quelque substance particulière?

Bien que le malade dont je viens de donner l'observation n'ait eu aucune inflammation du péritoine, je crois que, s'il eût vécu plus long-temps, il y a tout lieu de craindre qu'un corps étranger flottant au contact des intestins n'eût déterminé cette inflammation.

Mon ami M. Lawrence a conseillé d'appliquer

des ligatures composées avec des fils de soie et de les couper tout près du nœud, de manière à permettre à la plaie de se cicatriser par-dessus.

Je crois avoir remarqué que la corde à boyau est plus propre à remplir le but qu'on se propose, et je vais faire connaître les résultats des essais que j'ai tentés à cet égard, en priant le lecteur de bien se rappeler que je ne regarde pas cette question comme jugée, mais plutôt comme devant donner lieu à de nouvelles recherches.

La corde à boyau, employée en ligature, se rapprochant plus que la soie de la nature des tissus animaux au sein desquels elle se trouve plongée, sera plus facilement absorbée que la soie; ou bien, si elle n'est point absorbée, elle déterminera moins d'irritation sur les parties avec lesquelles elle sera en contact.

J'ai tout lieu de croire que le fait suivant sera considéré comme d'un haut intérêt, attendu que l'opération a été pratiquée chez un sujet extrêmement âgé et chez lequel par conséquent les chances de succès étaient moins grandes.

J'ai pratiqué cette opération à l'hôpital de Guy, où se trouve encore actuellement le malade qui y fut soumis; les détails de l'observation ont été recueillis par M. Hey fils et petit-fils de deux célèbres praticiens du même nom.

Observation 500.— Le 15 octobre 1817, entra à l'hôpital de Guy M. William Heydon, vieillard de 89 ans, maigre, mais jouissant d'une bonne santé. Cet homme avait toujours eu l'habitude de se livrer plus ou moins à l'exercice de la marche, mais depuis quelques années, à raison de son âge, il avait cessé toute occupation régulière. Sa vie avait toujours été réglée; trois mois environ avant son entrée à l'hôpital, il aperçut une tumeur pulsatile, siégeant à la partie inférieure du jarret, et qui, à cette époque, avait le volume d'un œuf de poule. Il ne put assigner aucune cause à cette maladie, et il y fit peu d'attention. Toutefois, en peu de semaines, la tumeur acquit un tel volume et les pulsations y devinrent tellement fortes, qu'il consulta un chirurgien, qui, ayant reconnu un anévrisme, lui conseilla d'entrer à l'hôpital. Lorsque je vis la tumeur, elle était plus grosse qu'un œuf de poule, dépressible, offrant des battemens très-forts et très-évidents; la peau qui la recouvrait avait sa couleur naturelle. Le pouls, bien que lent et assez fort, présentait des intermittences. Les battemens de la tumeur correspondaient exactement à ceux du pouls. De temps en temps, la jambe devenait le siège d'une vive douleur et d'une tuméfaction considérable. Lorsque la tuméfaction atteignait son plus haut degré, les mouvemens de l'articulation étaient un peu gênés.

Le 24 octobre on pratiqua l'opération pour l'anévrisme poplité. Une simple ligature fut passée autour de l'artère. Les deux chefs furent coupés au niveau du nœud et les bords de la plaie furent rapprochés au moyen d'emplâtres agglutinatifs. On employa, pour composer la ligature, une corde à boyau qui avait été préa-

lablement trempée dans de l'eau à la température de 100° (Fahrenheit.) Les parois de l'artère étaient relâchées au point de rendre difficile l'introduction de la ligature autour du vaisseau.

A 5 heures et demie du soir, c'est-à-dire quatre heures après l'opération, le malade éprouva dans le membre opéré une sensation de froid et de malaise. La température de ce membre était de 80°, celle du membre sain de 84°. Le pouls était à 76, plein, très-irrégulier, mais non intermittent.

Le 25, le malade n'avait pas passé une très-bonne nuit, mais il se trouvait mieux au moment de la visite; la température du membre opéré était de 84°, et celle du membre sain de 92°. Le pouls battait 60 fois par minute et présentait des intermittences, mais celles-ci étaient très-éloignées les unes des autres.

Le 25, la nuit avait été bonne et le malade se trouvait très-bien quoiqu'il éprouvât encore, de temps en temps, de fortes douleurs dans la jambe. La température du membre malade était de 89°; celle du membre sain de 92°. Le pouls présentait seulement une intermittence de 10 ou 12 battements.

Le 27, même état. Température du membre malade, 89°; température du membre sain, 87°.

Le 28, la plaie fut pansée pour la première fois depuis l'opération; elle était complètement réunie. Le pouls variait beaucoup quant à ses intermittences; mais en somme ces dernières étaient devenues moins fréquentes qu'avant l'opération.

Le 29, température du membre malade à 89°; température du membre sain à 87°.

Le 30, température du membre malade à 89°; membre sain à 93°. La tumeur a perdu beaucoup de son volume et ne présente plus aucune pulsation; on ne sent non plus aucun battement dans les artères tibiale, antérieure et

postérieure, bien que la circulation paraisse s'exécuter facilement dans les veines superficielles.

Le 31, membre malade à 90°; membre sain à 91°. Le 1^{er} novembre, la température des deux membres était égale et à 91°.

Le 7, rien de particulier depuis la dernière note.—La température du membre avait subi peu de changements, de même que la tumeur anévrysmale qui allait en diminuant d'une manière graduelle. La plaie était parfaitement cicatrisée et libre de toute irritation.

Le 15, la tumeur continue de diminuer de volume; elle est beaucoup moins résistante; on ne peut encore sentir aucun battement dans les artères tibiale, antérieure et postérieure.

Le 24, persistance de l'amélioration; aucune trace d'irritation n'a succédé à la ligature; il n'existe aucun battement dans les artères tibiale, antérieure et postérieure.

Trois semaines après l'opération, le malade se promenait dans la salle en s'appuyant sur une béquille. Dans la première semaine, il n'avait éprouvé rien autre chose qu'un refroidissement dans le pied du côté malade et un peu de douleur dans le talon.

Le 17 décembre, la santé était parfaitement rétablie; le malade marchait sans le secours d'aucun appui. La tumeur était réduite à un très-petit volume, et la partie sur laquelle avait été faite l'incision était alors et a toujours été depuis dans un état extrêmement favorable. L'issue heureuse de cette opération m'a fait éprouver une satisfaction très-vive: le grand âge du malade, la simplicité de l'opération, l'absence de toute irritation générale, et, par suite, de tout danger, le rétablissement rapide, me portent à espérer que l'opération de l'anévrysmes pourra devenir, par la suite, infiniment plus simple encore qu'elle ne l'est aujourd'hui.

PREMIER MÉMOIRE SUR L'ANÉVRYSME

ET SUR

LA LIGATURE DE L'ARTÈRE CAROTIDE.

(Lu à la Société médicale et chirurgicale de Londres, le 29 janvier 1806.)

Observation 501.—Mary Edwards, âgée de 44 ans, me fut amenée par M. Robert Pugh, afin que j'examinasse une tumeur du cou qui se présentait avec les caractères d'un anévrysmes de la carotide droite. Je lui conseillai d'entrer à l'hôpital de Guy, où elle fut reçue le 23 octobre 1805. D'après son récit, la maladie avait commencé par une tumeur située un peu au-dessus du milieu du cou, et qui avait paru 15 mois auparavant, n'ayant d'abord que le volume de l'extrémité du doigt. Cette tumeur était le siège de pulsations énergiques qui déterminaient des battements très-forts dans la tête; elle s'était développée graduellement de

bas en haut, jusqu'au niveau de la mâchoire inférieure, et s'était propagée inférieurement jusqu'au-dessous de la partie moyenne du cou. Quinze jours avant l'entrée de la malade à l'hôpital, les battements de la tumeur et ceux de la tête étaient devenus assez forts pour la priver de sommeil; les téguments du crâne de ce côté étaient tellement sensibles, qu'ils pouvaient à peine supporter une pression légère; la déglutition des aliments solides était très-difficile; enfin la malade était continuellement fatiguée par une toux violente.

A l'examen de la tumeur, je trouvai qu'elle occupait les deux tiers du cou. Elle présentait

des pulsations extrêmement fortes. A sa partie la plus saillante, la peau était amincie. Il paraissait fort douteux qu'il y eût entre la clavicule et la tumeur un espace suffisant pour l'application d'une ligature. Et, comme le mari de cette femme s'opposait à l'opération, elle quitta l'hôpital.

Au bout de quelques jours, ayant appris que tous les symptômes s'aggravaient, je me rendis chez elle, et lui faisant sentir avec force les probabilités d'une terminaison fatale de la maladie, j'obtins d'elle et de sa famille qu'elle se soumit à l'opération.

Le vendredi, 1^{er} novembre 1805, l'opération fut faite en présence de M. Pearce, chirurgien, de M. Owen, attaché au dispensaire général, de M. Ratcliffe Highway, de M. Travers, et de cinq ou six autres médecins.

Au moment de l'opération, la tumeur s'étendait depuis le voisinage du menton jusqu'à l'angle de la mâchoire, et, de haut en bas, jusqu'à deux pouces et demi de la clavicule. Je fis une incision longue de deux pouces, le long du bord interne du muscle sterno-mastoïdien, depuis la partie inférieure de la tumeur jusqu'à la clavicule. Cette incision mit à nu les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien, qui, ayant été refoulés du côté de la trachée, laissèrent apercevoir la veine jugulaire. Les seules difficultés que présenta l'opération provinrent de cette veine qui, suivant les divers états où se trouvait la respiration, tantôt se présentait à l'instrument tendue et dilatée, tantôt éprouvait un affaissement subit.

Ayant introduit le doigt dans la plaie, afin d'écarter la veine, je fis sur le trajet de l'artère carotide une incision qui la mit à nu; je la séparai du pneumo-gastrique, et j'introduisis au-dessous d'elle une aiguille courbe à anévrysmes, en prenant la précaution d'en isoler, d'une part, le nerf récurrent; d'autre part, le nerf pneumo-gastrique.

Les deux ligatures furent alors serrées à un pouce de distance l'une de l'autre. C'était le plus grand espace qui pût exister entre elles. Je ne crus pas devoir m'exposer aux chances d'une hémorrhagie en divisant l'artère, car je craignais que les ligatures ne fussent chassées par l'effort du cœur, et la distance était trop peu considérable pour permettre d'employer aucun moyen propre à arrêter l'hémorrhagie si elle survenait.

Aussitôt que les ligatures furent serrées, tout battement cessa dans la tumeur. L'opération étant finie, et la plaie ayant été pansée à plat, la malade se leva de dessus la chaise où elle avait été assise pendant l'opération, et elle fut prise aussitôt d'un accès de toux si violent, que je craignis qu'il ne fût suivi de la mort. Cette toux parut être produite par l'accumulation dans la trachée d'une grande quantité de mucosité que la malade ne pouvait expulser. L'accès dura une demi-heure, après quoi la malade devint plus calme.

Le samedi, 2 novembre, M. Owen, qui avait passé la nuit auprès de la malade, rapporta

qu'elle avait dormi pendant six heures; mais qu'elle avait été réveillée, de temps à autre, par la toux. Les pulsations n'avaient pas reparu dans la tumeur. Celles que la malade ressentait dans le cerveau avaient cessé, et il ne s'était produit dans aucune partie du corps rien qui annonçât une diminution de l'influence nerveuse.

Le 3, pendant la nuit, la malade avait senti quelques douleurs de tête. On appliqua des sangsues. Le matin, la douleur de tête avait cessé; la toux était moins fatigante; selles et urines naturelles; pouls à 96.

Le 4, la malade a dormi six heures; son esprit est calme.

Le 5, dans l'après-midi, je la trouvai, contrairement à ce que j'avais prescrit, assise devant le feu avec trois ou quatre personnes, et buvant du thé qu'elle avalait avec de grandes difficultés. Elle n'éprouvait pas de douleur de tête. Le pouls était à 96; et la seule chose dont elle se plaignait, c'était une toux fatigante.

Le 6, au milieu d'un violent accès de toux qu'elle eut au milieu de la nuit, un léger écoulement de sang veineux se fit jour à travers la plaie. M. Hopkie fut appelé près de la malade; mais l'écoulement sanguin avait cessé avec la toux, et on se contenta d'appliquer légèrement un plumasseau de charpie sur la plaie. Dans l'après-midi, la toux devint moins fatigante. Le pouls n'était qu'à 92.

Le 7, M. Forster, mon collègue, m'accompagna près de la malade pour l'examiner et pour prendre un dessin de la tumeur qu'il trouva réduite d'un tiers. La malade avait dormi huit heures dans la nuit. Le pouls était à 94.

Le 8, au matin, je fus appelé par M. Owen et M. Roberts, qui avaient alternativement veillé la malade, pour constater une paralysie du membre inférieur et du membre supérieur du côté gauche. Je trouvai ces membres engourdis; la malade ne pouvait les mouvoir qu'avec beaucoup de difficultés. Mais comme le pouls était faible et qu'elle éprouvait un état fébrile général très-prononcé, je pensai que la paralysie pourrait disparaître à mesure que l'état général s'améliorerait. La malade avait passé une nuit agitée; elle se plaignait que ses os étaient douloureux, et il lui semblait que ses dents étaient ramollies. Elle n'avait pas de douleur de tête.

Le 9, toux moins fatigante; pouls à 90; état moral satisfaisant; la malade cause avec gaieté, et meut son bras plus facilement que la veille. Elle a dormi huit heures la nuit dernière. Elle désire prendre quelques aliments. Mais ses essais pour avaler des substances solides sont impuissans. Elle n'éprouve de douleur ni dans la tumeur, ni dans la tête; mais elle dit que quand elle tousse elle éprouve dans la plaie une sensation de piqûre.

Le 11, la nuit a été bonne; le bras gauche se meut avec plus de facilité; mais il n'est pas aussi libre que celui du côté opposé. L'état moral est satisfaisant. La malade a de l'appétit. Elle est toujours dans l'impossibilité d'ava-