

vers le tubercule; glissez le chas du porte-fil courbe en dehors jusque sur la côte où vous l'appuierez; lâchez alors l'artère qui, reprenant sa place, se chargera d'elle-même à moitié. Poussez-la un peu, s'il le faut, pour que le bec de l'instrument atteigne la pulpe du doigt et se dégage coiffé, facilement et sans danger.

**Notes.** — (a) Malheureusement, comme on lie fréquemment le vaisseau pour guérir un anévrysme axillaire qui a déterminé une élévation considérable de la clavicule, le chirurgien est obligé d'opérer dans un creux sus-claviculaire d'une profondeur exagérée. Dans un cas pareil, il ne faut pas s'attarder, comme je l'ai vu faire deux fois sur le vivant, à chercher l'artère dans le cou; il faut se porter derrière la clavicule, au niveau du point d'émergence déterminé d'abord du côté sain à l'aide des données anatomiques normales.

(b) La veine jugulaire externe est toujours un grand embarras (P. Bérard, *Dictionnaire* en 50 volumes, t. IV, p. 304 et suiv.); on peut la couper entre deux ligatures, comme dut le faire Le Dentu en 1877 (*Bull. de la Soc. de chir.*); mais on doit s'efforcer d'éviter cette petite opération. C'est pour cela qu'il faut d'avance s'assurer de la position de ce vaisseau et déterminer, s'il est possible, dans quel sens on devra le rejeter afin de faire l'incision en conséquence, un peu plus en dedans si l'on écarte la veine en dehors comme je le conseille, et *vice versa*.

(c) Cette incision doit empiéter sur le muscle cléido-mastoïdien superficiel, plus ou moins suivant qu'il est large ou étroit.

Sous la *peau* vous pourrez reconnaître successivement : 1° le *peucier* dans son enveloppe celluleuse; 2° l'*aponévrose superficielle* qui engaine le sterno-mastoïdien visible en avant et le trapèze invisible en arrière, et qui couvre la veine jugulaire externe; 3° l'*aponévrose moyenne* omo-clavi-hyoïdienne, à laquelle adhère la *jugulaire externe* qui la perfore et en dedans de laquelle il faut pénétrer; 4° de la *graisse*, des ganglions; 5° enfin l'*aponévrose profonde*, gaine celluleuse des nerfs, de l'artère, des scalènes.

(d) Un artifice, utile dans la recherche des veines du cadavre, consiste à y amener du sang en allant le chercher dans la région d'origine. Dans le cas particulier, si, après avoir comprimé les régions parotidienne et sus-hyoïdienne avec la main, on exécute un massage centripète, une pression douce et descendante sur le trajet de la veine, on la voit généralement se révéler grosse et noire dans le champ opératoire. Sur le vivant, la compression suffit.

(e) En plongeant le doigt directement d'avant en arrière comme un coup droit d'épée, au contact même du dessus de la clavicule, on tombe ordinairement d'emblée sur le tubercule qui se laisse sentir à travers la graisse réductible et les aponévroses dépressibles.

(f) On peut dire que le tendon ou bord externe du scalène antérieur, tendu et comme tranchant, est toujours facile à trouver. Le tubercule peut être très petit, presque insensible; d'autre part, il y a quelquefois en dehors et en arrière de l'artère, à l'insertion du scalène postérieur, une saillie dure assez marquée pour donner le change. Quand on a trouvé un tubercule, il faut explorer les environs, le tendon, l'*intervalle dépressible* des scalènes, etc., et ne pas s'arrêter sur la première *dureté* qu'on sent. L'artère est « dans l'angle formé par l'origine du muscle et la première côte » (Hodgson). Retenez cette formule d'un homme qui s'y connaissait et cherchez cet angle avec le doigt.

(g) L'indicateur ne doit pas quitter le tubercule point de repère; sa présence dans l'angle interne de la plaie abaisse et protège la veine sous-clavière.

(h) On peut dénuder autrement, soit avec deux pinces, soit avec le bistouri, mais alors à ciel ouvert, après avoir placé deux ou trois écarteurs tenus par des aides attentifs. La manière que je conseille est rapide et sûre mais... *non licet omnibus*.

## ARTICLE VI

## LIGATURES DES ARTÈRES CAROTIDES

§ 1. **Carotide primitive.** — Cette artère peut être liée sur tous les points de son parcours, mais avec des chances de succès différentes. Wyeth<sup>1</sup> a réuni un peu moins de 800 cas qui ont donné plus de 500 morts. Au-dessous du muscle omo-plato-hyoïdien, les morts sont plus nombreuses que les guérisons; au-dessus, les guérisons l'emportent sur les morts.

Le lieu d'élection est au niveau du cartilage thyroïde, au-dessus du muscle omo-hyoïdien, à quelques centimètres de la bifurcation.

On trouvera plus loin le procédé qui convient à la ligature de l'extrémité inférieure de la carotide (voy. LIGATURE DU TRONC BRACHIO-CÉPHALIQUE, page 82).

La carotide primitive est couchée devant les apophyses transverses cervicales, en dedans de leurs tubercules antérieurs. Celui de la sixième est tellement saillant, surtout relativement à l'apophyse de la septième vertèbre effacée comme par le passage de l'artère vertébrale, qu'il constitue un point de repère sûr (tubercule carotidien de Chassaignac). Il est situé à 0<sup>m</sup>,06, plus de trois doigts, au-dessus de la clavicule, et j'ajoute, depuis quinze ans, comme donnée plus simple et plus utile, à peu près à la hauteur de l'arc antérieur du *cartilage cricoïde*, si facile à trouver sur la ligne médiane du cou, en promenant l'ongle de bas en haut devant la trachée.

La *veine jugulaire interne*, adhérente à la gaine commune, est au côté externe de l'artère et la déborde en avant quand elle est pleine, surtout dans la partie inférieure du cou. Des troncs veineux variables en nombre et en volume (thyroïdienne moyenne inconstante, thyroïdienne supérieure, etc.) croisent l'artère pour se jeter dans la jugulaire : le plus important reçoit souvent à la fois les veines faciale, linguale, pharyngienne et thyroïdienne supérieure (veine facio-linguale de Marcellin Duval); il croise la carotide ordinairement près de sa bifurcation (fig. 44, v, et 45, 6). Je l'appelle d'habitude tronc veineux thyro-linguo-facial, nom sous lequel il commence à être connu.

Une longue chaîne ganglionnaire côtoie les vaisseaux en dehors, et les recouvre quand elle est tuméfiée; on trouve encore devant l'artère les

<sup>1</sup> Essays upon the surgical anatomy and history of the common, external and internal carotid arteries, etc., par John Wieth (*Transactions of the American Medical Association*, XXIX, 1878).

filets de la branche descendante du nerf hypoglosse. Derrière la carotide descend le *nerf pneumogastrique* adhérent à sa gaine, et le *grand sympathique libre*.

Tous ces cordons sont croisés par le petit muscle omo-hyoïdien, recouverts par le plan aponévrotique dont il fait partie, recouverts aussi par le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Tout à fait en bas, les vaisseaux répondent même à l'intervalle des chefs de ce muscle (*v'*).

Enfin, il n'est pas rare d'apercevoir superficiellement, le long et en dedans de la ligne d'opération, une veine jugulaire antérieure.

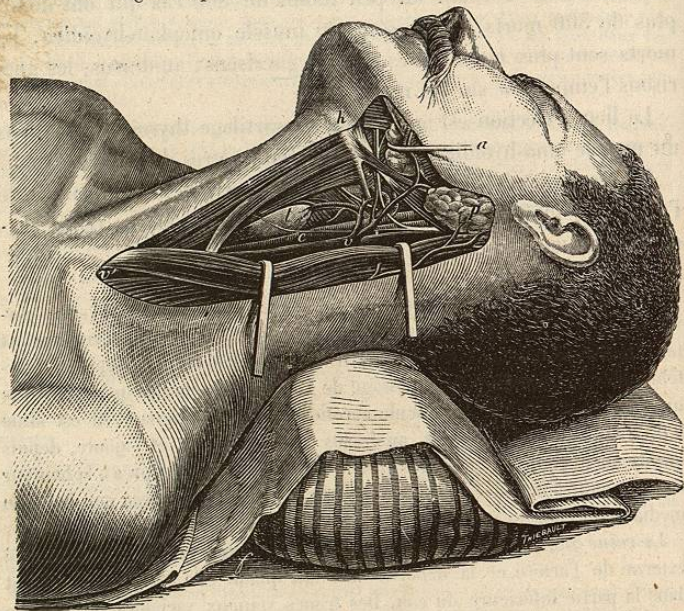


FIG. 44. — Rapports des artères carotides, etc. (le sujet étant couché comme pour faire la ligature). — Deux crochets écartent le muscle sterno-mastoïdien et la veine jugulaire externe qui y est accolée, pour montrer *v*, la veine jugulaire interne et le confluent des veines faciale, linguale, pharyngienne, etc.; *c*, carotide primitive sous *t*, le corps thyroïde; *v'*, la veine reparaissant entre les chefs du muscle sterno-mastoïdien; *p*, parotide; *h*, os hyoïde. Sous la parotide sortent les deux muscles digastrique et stylo-hyoïdien; plus profondément, le nerf grand hypoglosse croisant les *art. carotides* dont l'externe antérieure donne la *thyroïdienne*, la *linguale* et la *faciale*; *a*, crochet soulevant la glande sous-maxillaire pour découvrir le triangle sous-jacent.

*Opération.* — Le malade sera couché sur le dos, le cou étendu et légèrement soulevé par un coussin; la tête primitivement tournée du côté opposé, plus tard ramenée dans la rectitude.

Le chirurgien explore la région, palpe la gouttière qui sépare le sterno-mastoïdien du larynx, fait saillir les veines sous-cutanées si variables, reconnaît la situation des cartilages cricoïde et thyroïde, de l'os hyoïde, etc.

Sur une ligne dirigée de l'articulation sterno-claviculaire au creux parotidien, sur le bord tangible et visible du muscle sterno-mastoïdien, faites à la peau une incision de 0<sup>m</sup>,07 (quatre doigts) à partir et au-dessous de la grande corne de l'os hyoïde (*a*). — Incisez le peucier d'abord, l'aponévrose ensuite sur le *bord antérieur du muscle* (1<sup>er</sup> repère). Isolez et mobilisez ce bord en le détachant de sa gaine dont il faut saisir la lèvre interne dans les mors de la pince, pendant que le bistouri en sépare les faisceaux musculaires et du plat les rejette à mesure en dehors. Vous voici dans la gaine du muscle, dont le mince feuillet profond vous cache encore le paquet vasculo-nerveux. — Ramenez la tête dans la rectitude, promenez l'indicateur gauche dans la plaie et à travers le feuillet profond de la gaine du muscle, touchez les apophyses transverses, leurs *tubercules antérieurs*, spécialement celui de la sixième (2<sup>e</sup> repère) qui est le dernier en bas et le plus saillant (*b*). Vous sentirez très bien ce tubercule à travers la veine, qui pourtant est énorme sur le vivant pendant l'expiration; immédiatement en dedans, vous toucherez l'artère et, en la comprimant devant les os, plate et épaisse, vous pourrez la suivre en haut jusqu'au point où vous devez lier. Arrivé là, accrochez du bout du doigt et attirez en dehors vaisseaux et nerf encore engagés et en bloc, afin de placer à cheval sur le larynx, un grand écarteur qui touche du bec la colonne. Alors votre index qui avait entraîné tout le paquet vasculo-nerveux, laissera échapper, seule, l'artère qui reviendra à sa place; il continuera à retenir et aplatir la veine pendant que la sonde cannelée, agissant *près du larynx*, sur l'artère accessible, déchirera l'aponévrose puis la gaine propre, prudemment et à petits coups. Si pendant ce travail la veine échappe à votre doigt, ou si vous soupçonnez qu'elle va le faire, retournez à l'artère et ramenez en dehors tout ce qui peut y venir, excepté l'artère elle-même (*c*). — Enfin, quand votre index juge la dénudation suffisante, et elle doit être complète, chargez de dehors en dedans avec une aiguille courbe. Assurez-vous avant de lier que la partie soulevée bat et s'aplatit parfaitement, c'est-à-dire que vous avez l'artère et seulement l'artère (*d*).

**Notes.** — (a) Avec cette incision, on lie au-dessus du muscle omo-hyoïdien qu'on n'a pas besoin de couper; on déchire assez facilement l'aponévrose qui semble continuer le plan de ce muscle en haut, et l'on pose le fil à peu près au niveau du cartilage thyroïde (au lieu d'élection), à 0<sup>m</sup>,05 de la bifurcation, au-dessous du gros tronc veineux presque constant qui, de la face, de la langue et du pharynx, vient se jeter dans la jugulaire en passant devant l'artère.

A l'amphithéâtre, où les sujets manquent toujours, l'élève répètera de préférence le procédé indiqué plus loin pour l'origine de la carotide et le tronc brachio-céphalique, afin de se ménager la possibilité de lier la carotide externe, opération qui, tout en étant plus difficile, ressemble beaucoup à la ligature de la carotide primitive au lieu d'élection.

(b) Quand on laisse la tête tournée du côté opposé, le larynx est déplacé dans le même sens; le doigt atteint naturellement la face antérieure du corps des vertèbres et y sent des rugosités qui peuvent être prises pour les tubercules des apophyses transverses, par un débutant inattentif.

(c) Au besoin, la veine peut être écartée et protégée par les doigts d'un aide ou par un écarteur pendant que l'opérateur incise l'aponévrose et ensuite la gaine celluleuse; mais, dans cette région, moins on emploie le bistouri, mieux cela vaut. Dussotour rapporte dans sa thèse, Paris, 1875, deux cas de plaie de la jugulaire.

(d) Si l'artère est mal dénudée, et cela arrive souvent, on ne peut glisser le porte-fil sans violence et l'on risque de comprimer le nerf pneumogastrique dans la ligature; c'est ce qu'il faut éviter à tout prix.

Pour dénuder parfaitement, dans un concours, ajoutez à l'écarteur du larynx un écarteur de la veine: pincez la gaine sur l'artère, près du larynx; rabattez la pince en dehors, du côté de la veine qu'elle retiendra si l'écarteur est infidèle, et portez le bistouri en dedans, seulement en dedans, fuyant la veine avec grand soin, car adhérente à la gaine elle viendrait facilement sous le tranchant.

§ 2. **Carotides externe et interne.** — Le procédé est le même pour les deux vaisseaux qui sont placés, comme la carotide primitive, devant les apophyses transverses, points de repère toujours faciles à sentir. Ils sont recouverts dans le champ opératoire, par la peau, le peaucier, une aponévrose feuilletée, des ganglions, des veines, l'anse du nerf hypoglosse et quelques autres filaments nerveux. Ils sont enlacés par des filets du grand sympathique et recouvrent son ganglion supérieur, le pneumogastrique et l'origine du nerf laryngé supérieur. Le muscle *sterno-mastoidien*, qui débordait la carotide primitive en avant, laisse les carotides secondaires à découvert et permet, sur le vivant, de sentir battre ces vaisseaux devant son bord antérieur, au-dessous de la parotide sous laquelle ils s'enfoncent. Quand on veut découvrir les carotides, on rencontre le plus souvent deux obstacles veineux: 1<sup>o</sup> sous les téguments en haut et en arrière, l'origine de la *jugulaire externe* qui sort de l'extrémité inférieure de la parotide après avoir donné une anastomose à la faciale; 2<sup>o</sup> profondément et en bas, les troncs de la faciale, des linguales, des pharyngiennes, de la thyroïdienne supérieure, ou un tronc commun (*thyrolinguo-facial*) les recevant toutes et s'abouchant dans la veine jugulaire interne, généralement assez bas pour pouvoir être rejeté en ce sens et en dedans, quand on lie l'une ou l'autre des carotides secondaires (voy. fig. 45 et 46).

Le n. grand hypoglosse, que M. Guyon a recommandé comme point de

ralliement (*Mém. Soc. chir.*, VI, p. 197), caché souvent par la parotide, ne peut être qu'utile à l'opérateur. Malheureusement, cet excellent repère est aussi difficile à trouver que les artères elles-mêmes, et je me suis assuré qu'il ne passe pas toujours à la même distance de la bifurcation (5 à 20 millimètres). Il ne peut donc servir à déterminer, d'une manière précise, à quelle hauteur on va placer le fil.

La bifurcation de la carotide primitive se fait un peu au-dessous de la grande corne de l'os hyoïde, parfois même au niveau de ce repère osseux.

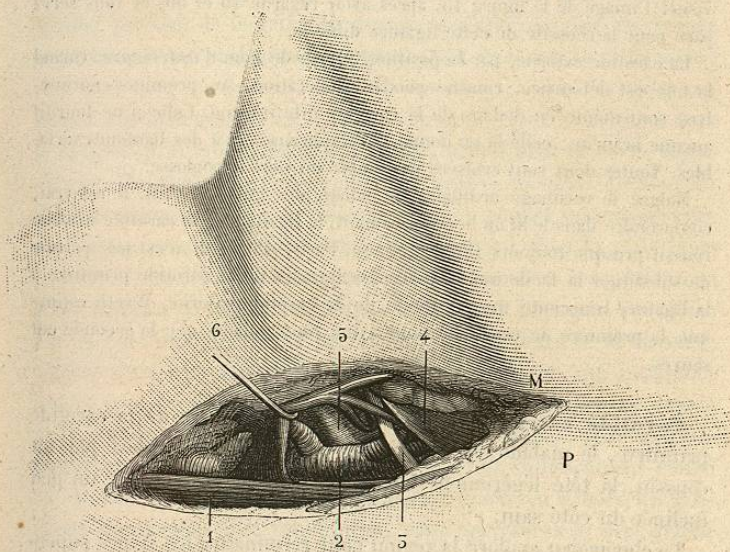


FIG. 45. — Ligature de l'artère carotide externe, côté gauche, plaie disséquée. — M, angle de la mâchoire; P, glande parotide d'où descend la veine jugulaire externe. — 1, bord antérieur du muscle sterno-mastoidien; 2, l'artère avec la branche descendante du nerf hypoglosse; 3, anse du nerf hypoglosse; 4, ventre postérieur du muscle digastrique sur lequel empie la glande sous-maxillaire; 5, grande corne de l'os hyoïde; 6, tronc veineux thyro-linguo-facial tiré en bas et en dedans pour montrer le lieu d'élection de la ligature, entre les origines de la thyroïdienne supérieure (sous-hyoïdienne) et de la linguale (sus-hyoïdienne).

L'artère *thyroïdienne supérieure* se détache de l'origine même de la carotide externe; la *linguale* naît, en moyenne, à 12 millimètres plus haut, et la *pharyngienne* presque au même niveau que la linguale, mais de la face profonde du vaisseau. La faciale se détache à quelques millimètres au-dessus de la linguale, puis l'occipitale, ... puis, mais à près de 2 centimètres, l'auriculaire.

Il existe donc ordinairement un centimètre d'intervalle, quelquefois

moins, quelquefois plus, entre les deux premières branches de la carotide externe, la thyroïdienne (*sous-hyoïdienne*) et la linguale (*sus-hyoïdienne*). Là, c'est-à-dire juste au niveau de l'os, quelle que soit l'attitude, est le lieu d'élection de la ligature. Ce lieu est encadré par le nerf *grand hypoglosse* en haut et la veine *thyro-linguo-faciale* en bas; il répond à la grande corne de l'os hyoïde. C'est donc au niveau de la grande corne hyoïdienne, repère tangible de premier ordre, qu'il faut chercher, dénuder et lier<sup>1</sup>. Je viens de le dire trois fois : fixez maintenant sur votre centre visuel l'image de la figure 45, après avoir regardé 46 et 50, et vous serez paré pour la réussite de cette ligature difficile.

La carotide externe, par sa position, mérite le nom d'*antérieure*. Quand la tête est détournée, comme pendant l'opération, ses premiers centimètres sont même en dedans de la carotide dite interne. Celle-ci ne fournit aucune branche; celle-là en donne de nombreuses et à des hauteurs variables. Toutes deux sont croisées par l'anse du nerf hypoglosse.

Malgré le voisinage ordinaire de collatérales que l'on peut, il est vrai, comprendre dans le fil ou lier séparément, la ligature de la carotide externe réussit presque toujours (Robert, thèse, Paris, 1875). Il n'est pas permis de substituer la facile mais dangereuse ligature de la carotide primitive à la ligature innocente mais difficile de la carotide externe. Wyeth estime que la première de ces opérations a tué cent malades que la seconde eût sauvés.

**Carotide externe.** — Comme pour la ligature de la carotide primitive, le malade est couché sur le dos, le cou soulevé par un coussin, la tête légèrement renversée en arrière et la face un peu inclinée du côté sain.

Le chirurgien explore la région pour reconnaître les veines superficielles..., pour sentir et marquer d'un trait coloré transversal la grande corne hyoïdienne dont la situation doit correspondre au milieu de l'incision, puisque c'est à son niveau que le fil doit être placé.

Sur le trajet du vaisseau, faites prudemment à la peau une incision de quatre petits doigts, étendue du niveau de la partie moyenne du cartilage thyroïde, sur le bord du muscle sterno-mastoïdien, au creux parotidien près et derrière l'angle de la mâchoire, ayant son milieu au niveau de l'os hyoïde (fig. 45). Coupez le peaucier et tâchez d'épargner et d'écarter l'anastomose

<sup>1</sup> Farabeuf, *Bull. Soc. de chir.*, 1882, p. 520.

faciale de la veine jugulaire externe, si vous la voyez dans la partie supérieure de la plaie avec les lobes inférieurs de la parotide. — Après avoir incisé sur le bord du muscle sterno-mastoïdien (a) l'aponévrose superficielle, pincé sa lèvre interne et disséqué laborieusement les faisceaux musculaires antérieurs pour les rejeter en dehors, cessez de vous diriger dans la profondeur vers la colonne (b).

Faites écarter les lèvres de la plaie. Pincez délicatement le feuillet profond de la gaine du muscle appliqué au côté du larynx et déchirez-le sur une grande longueur, soit avec une seconde pince, soit avec une sonde, soit avec le tranchant, mais travaillez en tenant ces instruments couchés, *horizontaux*, en les dirigeant vers le larynx qu'il faut d'abord approcher, notamment la *corne hyoïdienne*. Touchez-la; est-elle nettement sentie, suivez-la du bout du doigt et plongez jusqu'à la colonne : le gros paquet vasculo-nerveux se laissera percevoir entre votre index engagé dans la plaie et le pouce resté en dehors sur la peau. — Cette première reconnaissance faite, placez avec soin deux écarteurs et attaquez le paquet vasculaire par le côté *antéro-interne* (c). Incisez avec la pince et le bistouri, comme dans une dissection, les lamelles celluluses qui masquent encore tout ce que vous cherchez, au niveau et un peu au-dessus de la grande corne; disséquez la paroi latérale laryngo-pharyngienne plutôt que l'artère elle-même (d). Après avoir suffisamment coupé ou déchiré le tissu cellulaire et peut-être écarté en dehors les ganglions quelquefois fort volumineux, vous apercevrez le nerf *grand hypoglosse* s'il n'est pas trop haut placé et plus bas, le *tronc veineux* thyro-linguo-facial que vous ferez tout de suite attirer en dedans (e). — Entre les deux, dénudez avec patience l'artère qui touche la grande corne et qui se présente à vous naturellement; ce ne peut être que la carotide externe. Constatez qu'elle a des branches, une sus- et une sous-hyoïdienne. — On passe le fil de dehors en dedans et de haut en bas, obliquement, en engageant le bec du porte-fil courbe assez haut dans la bifurcation. On ne lié qu'après s'être assuré que l'artère soulevée s'aplatit bien, et que sa compression arrête la circulation dans les artères faciale et temporale superficielle, faciles à explorer.

**Notes.** — (a) Il vaut mieux, sauf tout à fait en haut, couper l'aponévrose sur le muscle que devant le muscle sur les vaisseaux, car la section se fait alors en deux temps : 1° incision sans danger du feuillet superficiel, sur le bord musculaire; 2° déchirure

ordinairement possible du feuillet profond. Du reste, pour la partie inférieure, le sterno-mastoidien est un point de repère très utile.

(b) Les élèves s'obstinent souvent à creuser sous le sterno-mastoidien, d'avant en arrière, au risque de blesser la veine jugulaire interne et de rencontrer les ganglions qui ont gêné tant d'opérateurs ainsi malavisés.

(c) En rasant la paroi latérale pharyngo-laryngée, on ne fait courir aucun risque à la veine jugulaire interne; on tombe directement et nécessairement sur la carotide antérieure, c'est-à-dire externe, sans voir la postérieure ou interne; on évite presque toujours les ganglions accolés en nombre à la face profonde de la gaine du sterno-mastoidien. L'écarteur placé en dedans doit être au milieu de la plaie, à cheval sur l'os hyoïde dont la grande corne se trouve cachée mais indiquée par l'instrument.

(d) L'aide chargé de l'écarteur interne doit, de sa main libre appliquée au côté sain du cou, maintenir l'os hyoïde sans le faire basculer, afin que la grande corne reste à sa place et ne fuie pas devant la recherche du doigt ou de la pince de l'opérateur qui la touche à chaque instant.

(e) Il faut se méfier d'attirer ainsi sur les artères la veine jugulaire interne maintenue en dehors par l'aide qui écarte le sterno-mastoidien. Le tronc veineux thyro-linguo-facial peut être coupé entre deux ligatures placées près du larynx, c'est-à-dire loin de son embouchure dans la veine jugulaire. Les ganglions peuvent, à la rigueur, être excisés, mais après pédiculation et ligature du pédicule vasculaire.

Il est évident que ce procédé permet de lier la **thyroïdienne supérieure** et la **carotide interne**. Il faudrait dénuder celle-ci avec soin et tâcher de ne point embrasser dans le fil les nombreux filets sympathiques qui l'enlacent, car c'est peut-être à la section de ces filets vaso-moteurs qu'il faut attribuer quelques-uns des accidents cérébraux si souvent observés après la ligature de cette artère.

## ARTICLE VII

### LIGATURES DE L'ARTÈRE LINGUALE

Cette artère est accessible en deux points de la région sus-hyoïdienne: 1<sup>o</sup> loin de son origine, au-dessus du tendon digastrique; 2<sup>o</sup> près de son origine, au-dessous du ventre postérieur du même muscle et au-dessus de la grande corne. De là deux procédés différents. Le second seul permet de lier l'artère toujours avant l'origine de l'artère dorsale de la langue, et, par conséquent, assure seul l'hémostase dans la base de la langue. Il a, du reste, fait ses preuves sur le vivant, et l'on ne saurait en dire autant du premier qui était pourtant seul adopté, il y a quelques années, par les jeunes chirurgiens, sans doute à cause de sa grande facilité<sup>1</sup>.

1. Voy. Farabeuf, *Bull. Soc. de chir.*, 1882, p. 591 : Histoire des deux principaux procédés de ligature de l'artère linguale.

L'origine de la linguale (fig. 46, *l*), appliquée au constricteur moyen du pharynx, a lieu au niveau de la grande corne hyoïdienne (*h*) ou un peu au-dessus; elle est recouverte par le **grand nerf hypoglosse**, par les **veines faciale, linguale superficielle, pharyngienne**, qui convergent pour former, avec la thyroïdienne ascendante, le tronc thyro-linguo-facial; elle recouvre le nerf laryngé supérieur. Dans cette première partie, la linguale n'est donc pas facile à isoler.

Mais plus loin, après une flexuosité à convexité supérieure, cette artère redescend pour s'engager entre le muscle hyo-pharyngien (*ph*) sous-jacent et le plan plus superficiel de l'hyo-glosse (*hg*); elle disparaît sous ce dernier, tandis que le nerf grand hypoglosse accompagné d'une veine linguale, reste superficiel. Étudiez la fig. 46 et sa légende.



FIG. 46. — Rapports des artères carotide externe et linguale gauches (sujet couché comme pour faire la ligature). — M, bord inf. de la mâchoire; M', son angle; H, os hyoïde; h, l'extrémité de sa grande corne; — sh, muscle sterno-hyoïdien; oh, m. omo-hyoïdien; th, thyro-hyoïdien; ph', constricteur inf. du pharynx; ph, constricteur moyen; d, ventre postérieur du m. digastrique perforant le stylo-hyoïdien; d', sa poulie de réflexion et son tendon; hg, m. hyo-glosse; mh, m. mylo-hyoïdien; — P, glande parotide recouverte par l'expansion aponévrotique du sterno-mastoidien; sm, gl. sous-maxillaire relevée; — je, veine jugulaire externe; ji, v. jugulaire interne et ses affluents, découverte par l'écartement du sterno-mastoidien; hyp, anse du grand hypoglosse; ls, nerf laryngé supérieur; cp, art. carotide primitive; ci, carotide interne; ce, carotide externe; t, thyroïdienne sup.; l, linguale; f, faciale; — \*\*, lieu où l'on peut lier l'art. linguale près de son origine, au-dessus de la grande corne, entre cette corne et le nerf hypoglosse, sous le muscle hyo-glosse; — \*\*\*, lieu où l'on peut lier la linguale loin de son origine, dans son triangle, toujours sous le muscle hyo-glosse.

Séparés par le plan des fibres musculaires hyo-glossiennes, l'artère et le nerf marchent parallèlement, celui-ci à quelques millimètres au-dessus de celle-là. D'abord ils répondent à une dépression ou gouttière sensible au doigt, formée par la grande corne en bas et le ventre postérieur du muscle digastrique en haut. Plus en avant, le nerf passe sous ce muscle réuni au muscle stylo-glosse; puis il forme avec le tendon digastrique et le bord postérieur du muscle mylo-hyoïdien, sous lequel il va disparaître définitivement, un *petit triangle (trigonum linguale)*, que recouvre la glande sous-maxillaire (fig. 46\*\*\*). L'aire de ce triangle, la distance qui sépare le tendon digastrique du nerf grand hypoglosse, le *champ opératoire* pour dire le mot, varie beaucoup. Le nerf n'est pas toujours à la même hauteur, nous le savons. De son côté, l'attache hyoïdienne du m. digastrique est souvent lâche et haute de plus d'un travers de doigt, ce qui peut l'amener à toucher et même à couvrir le nerf. Il faut alors *créer* le triangle en disséquant dans l'intervalle du nerf et du tendon afin de pouvoir abaisser celui-ci, relever celui-là.

Pour découvrir la linguale au-dessus de la grande corne, on rencontre les veines déjà signalées, que l'on rejette en arrière, que l'on divise au besoin entre ligatures, mais qui, bien connues et prévues, ne doivent plus faire peur. Pour la découvrir dans le triangle, on est absolument obligé d'ouvrir la loge de la glande et de rejeter cet organe en haut<sup>1</sup>. Dans les deux cas, il faut écarter, dilacérer ou mieux, couper les fibres du muscle hyo-glosse soulevé avec des pinces, et *ne pas aller trop profondément*, dans le pharynx ou dans la langue. Deux fois, j'ai vu l'artère comme le nerf hypoglosse, superficielle relativement au muscle hyo-glosse.

L'os hyoïde est quelquefois situé très haut ou, si l'on veut, la glande sous-maxillaire descend quelquefois très bas, *au point même de recouvrir la grande corne de l'hyoïde\**. Cela étant, quel que soit le procédé employé, on est obligé de disséquer la glande et de la rejeter en haut, sans l'entamer, car, très vasculaire, elle saignerait beaucoup.

Le malade est couché sur le dos, le cou renversé sur un oreiller, en pleine lumière, la tête détournée.

Le chirurgien palpe la région, fait saillir l'origine de la veine jugulaire externe, suit l'os hyoïde et sa grande corne jusqu'au bord du sterno-mastoïdien. Pendant l'opération, la main d'un aide,

1. Il y a quinze ans et plus que j'enseigne par la parole, le scalpel et la plume, que la glande sous-maxillaire descend plus bas qu'on ne le dit généralement et qu'elle déborde le muscle digastrique. Comment donc Ricard a-t-il pu du précurseur faire un adversaire et m'attribuer une formule qui dit le contraire d'une opinion si souvent et si nettement exprimée dans ce livre?

Les affirmations relatives aux rapports réels de la glande, il y en a six que je vais marquer d'un \* p. 72, 73, 74 et 75, datent toutes d'éditions antérieures à celle-ci et au travail de Ricard.

agissant du côté sain, maintiendra l'os hyoïde qui fuirait sous le doigt explorateur. Aussitôt que possible sur le vivant, l'opérateur saisira l'os hyoïde dans une anse de fil ou dans les mors d'une pince à griffes pour le confier à un aide qui, fixant l'os, immobilisera le champ opératoire et fournira un repère constant à l'œil et au doigt.

§ 1. **Dans le triangle** (au-dessus du tendon digastrique, Pirogoff, 1856). — A égale distance de l'os hyoïde et du bord inférieur de la mâchoire, parallèlement à ce bord, faites à la peau une incision de 0<sup>m</sup>,04, qui finisse à un doigt du bord antérieur du sterno-mastoïdien (a). Coupez le peucier, avec précaution dans l'angle postérieur de la plaie où passe une veine faciale (b). — Près de la *lèvre inférieure* de l'incision, abaissée et devenue concave, pincez, soulevez et ouvrez l'aponévrose; vous entrerez ainsi dans la gaine glandulaire. Toujours avec le bistouri et la pince qui abaisse la lèvre aponévrotique inférieure, vous débriderez en arrière (avec précaution) et en avant dans toute l'étendue du bord de la *glande* pour la voir bien *mise à nu* (1<sup>er</sup> repère). — Accrochez-la avec une égrigne et faites-la tirer en haut pendant que du bout du doigt vous décollez sa face profonde des parties sous-jacentes (c). Quand la plaie est bien abstergee et la dissection suffisante, vous apercevez le *tendon du digastrique* (2<sup>e</sup> repère), et le petit triangle voilé par du tissu cellulo-graisseux. — Détruisez ce tissu pour *voir clair* et reconnaissez le *nerf* (3<sup>e</sup> repère) avec la veinule qui longe son bord inférieur (fig. 47, 3). L'un et l'autre sont quelquefois très

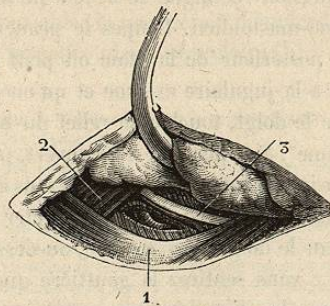


FIG. 47. — Ligature de l'artère linguale dans le petit triangle, côté gauche. Plaie disséquée, glande sous-maxillaire relevée \* : 1, tendon du muscle digastrique adhérent à l'os hyoïde; 2, muscle mylo-hyoïdien; 3, nerf hypoglosse. La boutonnière faite au muscle hyo-glosse dans le triangle, laisse voir l'artère.

rapprochés du tendon. — Après avoir fait accrocher et fixer le tendon digastrique, pour entraver les mouvements de déglutition et fixer le champ opératoire, pincez le muscle hyo-glosse et, l'ayant soulevé, faites-y délicatement une petite boutonnière parallèle et sous-jacente au nerf. L'artère se présentera bientôt (d); isolez-la bien avec deux pinces qui déchirent sa gaine celluleuse, et chargez avec un porte-fil recourbé.

**Notes.** — (a) Cette incision est à un doigt du bord du maxillaire et finit juste au-dessous de l'angle, mais à un doigt au-dessous. On la fait convexe en bas comme le bord de la glande, lorsque celle-ci descend très bas\*. Dans les cas ordinaires, le peucier n'est pas plus tôt coupé que l'incision rectiligne semble avoir été faite convexe en bas, la lèvre inférieure étant fortement abaissée par la rétraction des fibres de ce muscle.

(b) Cette veine est logée dans la cloison qui sépare la glande parotide de la glande sous-maxillaire; il faudra donc, surtout après l'ouverture de la loge de celle-ci, épargner cette cloison.

(c) Il faut ouvrir la loge glandulaire, car si l'on incise au-dessous dans l'espoir chimérique de relever la glande sans la dénuder, on risque fort de se perdre après avoir malencontreusement détruit la poulie du digastrique\*. Si, après l'incision de la loge glandulaire, on y introduit les deux index pour la dilater, on fait sans danger bonne et rapide besogne.

(d) Si l'on n'aperçoit pas l'artère, c'est que la boutonnière est ou trop haut ou trop bas; on doit alors, avec les pinces, en renverser successivement les lèvres; sous l'une ou sous l'autre on trouve le vaisseau cherché. L'incision doit être faite à 2 ou 3 millimètres au-dessous du nerf: la veinule satellite se trouve ainsi épargnée.

En de certains cas, il suffit de séparer d'un coup de sonde le muscle kérato-glosse du basio-glosse. Desprès a réussi de cette manière sur le vivant.

Il est possible que la dénudation découvre soit la dorsale de la langue, ascendante, soit l'origine prématurée de la sublinguale qui peut être liée par erreur.

## § 2. Au-dessus de la grande corne (Ch. Bell, 1814; Béclard).

— Très près et au-dessus de l'os hyoïde, parallèlement à sa grande corne, faites une incision rectiligne de 0<sup>m</sup>,04 qui aboutisse au bord antérieur du sterno-mastoïdien. Coupez le peucier, avec précaution, dans l'angle postérieur de la plaie où peut passer une veine allant de la faciale à la jugulaire externe et qu'on écarte en haut et en arrière. — Avec le doigt, touchez le relief du bord de la glande et la corne hyoïdienne\*. Si celle-ci est à découvert, pincez, soulevez et incisez l'aponévrose immédiatement au-dessus sans dénuder la glande que vous faites ériger à travers sa loge et rejeter en haut (a).

Mettez de nouveau le doigt dans la plaie, au-dessus de la *grande corne* (1<sup>er</sup> repère): vous sentirez la gouttière que limite en haut le ventre postérieur du digastrique, gouttière où passe visible le nerf *hypoglosse* (2<sup>e</sup> repère) et où bat l'artère à travers le muscle kérato-glosse (fig. 48). — Érigez et faites tenir la grande corne

qui se déplacerait dans les fréquents mouvements de déglutition. Agissez de même sur le cadavre. Pour voir clair, nettoyez la plaie, disséquez un peu, s'il le faut, tout en ménageant l'angle postérieur

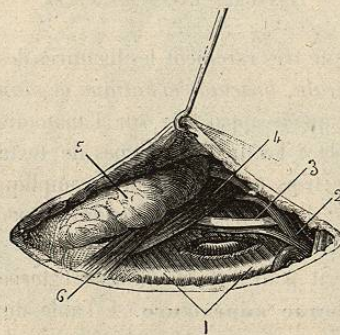


FIG. 48. — Ligature de l'artère linguale au-dessus de la grande corne hyoïdienne, côté gauche. — Plaie disséquée: 1, grande corne de l'os hyoïde; 2, constitution du tronc veineux thyro-linguo-facial; 3, nerf hypoglosse; 4, ventre postérieur du muscle digastrique; 5, glande sous-maxillaire; 6, insertion du muscle stylo-hyoïdien. La boutonnière faite au muscle hyo-glosse (portion kérato-glosse) laisse voir l'artère.

où passent de nombreuses veinules qu'un crochet mousse écarte et protège, et qui, blessées ou coupées sans double ligature, vous inonderaient de sang. — La main gauche, armée d'une pince, saisit alors le muscle hyo-glosse, délicatement, pour ne soulever que lui. La main droite, avec le bistouri, fait à ce muscle, à petits coups, une boutonnière parallèle et sous-jacente au nerf; puis, avec une seconde pince, vient aider la première à dénuder l'artère qui se présente au fond de la petite plaie musculaire (b).

**Notes.** — (a) Lorsque la glande recouvre la grande corne\*, il faut ouvrir sa loge sans hésiter, comme dans le procédé précédent.

(b) La boutonnière est parallèle au nerf et à la grande corne, perpendiculaire aux fibres du muscle coupé (kérato-glosse). Il faut la pratiquer prudemment et même la terminer avec le bec de la sonde, pour respecter l'artère et ne pas entrer dans le pharynx. Si l'on pouvait voir le bord postérieur du muscle kérato-glosse et glisser dessous la sonde ou la branche mousse de ciseaux courbes, on l'inciserait sans danger. Mais il ne faut pas y compter ni même le désirer, car plus on opère en arrière, près de l'origine de l'artère, plus on a de chances de blesser les veines, le pharynx, le nerf laryngé supérieur, etc., plus aussi on s'expose à manquer l'artère, qui ne vient ni tout de suite ni toujours de la même manière à sa place, au-dessous du nerf grand hypoglosse. Généralement, elle monte d'abord au-dessus du nerf pour redescendre ensuite au-dessous (voy. fig. 46, l. p. 74). Et quand elle naît de la faciale, c'est-à-dire plus haut que d'habitude, elle n'arrive pas tout de suite à sa place au-dessus de la grande corne.