

la présence de troncs veineux importants (tronc thyro-linguo-facial), de troncs nerveux (grand hypoglosse et sa branche descendante) rendent la recherche directe des deux bouts très difficile. Enfin on ne sait jamais d'une façon précise quel tronc artériel a été blessé, ce qui expose à de longues et pénibles recherches dans des tissus infiltrés de sang, au milieu d'organes importants dont les rapports peuvent être modifiés. Malgré ces périls, Richet conseille encore ici de tenter d'abord la ligature directe de l'artère blessée et de ne faire la ligature à distance qu'après avoir reconnu qu'il y aurait de trop grands dangers à poursuivre cette recherche des deux bouts.

Si l'hémorragie est très abondante et menace la vie du malade, il faut, avant de faire la recherche de l'artère dans la plaie, essayer d'arrêter le sang par la compression de la carotide au-dessous de la plaie. Si cette compression est efficace, on la maintiendra pendant tout le temps de l'opération jusqu'à ce que les deux bouts soient liés. Mais bien souvent la compression très difficile est impuissante à arrêter l'hémorragie; on ira alors au plus pressé, et on liera la carotide primitive, opération rapide et facile; il sera dès lors possible d'agrandir la plaie, puis de chercher et de lier pour plus de sûreté le vaisseau blessé (1).

Ce qui fait toujours hésiter à lier la carotide primitive en pareil cas, c'est la crainte de provoquer les graves accidents cérébraux qui peuvent résulter de cette ligature. Aussi, avant d'arriver à ce moyen extrême, Trèves (2) conseille-t-il de pratiquer une ligature temporaire à l'aide d'un fil de catgut qu'on enlève le plus tôt possible. Chez un homme de vingt-cinq ans, qui avait perdu une énorme quantité de sang par une plaie profonde et étroite située au niveau de la grande corne de l'os hyoïde, Trèves dénuda la carotide primitive et la comprima avec un catgut pendant une demi-heure; l'hémorragie s'arrêta immédiatement pour ne plus reparaitre; par précaution, on laissa le fil en place, mais non serré, pendant quatre jours, puis on l'enleva et les plaies se fermèrent rapidement. Trèves a employé ce procédé avec le même succès dans trois autres cas. L'arrêt définitif de l'hémorragie tient à l'hémostase dans la plaie et non à l'oblitération de la carotide par cette compression temporaire, car Trèves a pu constater que l'artère était restée perméable. On peut donc craindre, par ce procédé, des hémorragies secondaires, si la blessure est septique; aussi serait-il peut-être plus sûr, en pareil cas, de faire la ligature temporaire de la carotide primitive et de profiter de l'ischémie de la région pour rechercher et lier le vaisseau blessé, et en même temps désinfecter soigneusement la plaie, puis d'enlever alors la ligature temporaire; on aurait ainsi définitivement arrêté l'hémorragie, sans exposer le malade aux dangers de la ligature permanente de la carotide primitive.

La ligature temporaire inoffensive pourrait aussi permettre de s'assurer que la plaie siège non pas sur le système carotidien, mais bien sur la vertébrale, l'hémorragie continuant après qu'on aurait serré le fil.

Lorsque la plaie siège *au-dessus de l'angle de la mâchoire*, la recherche des deux bouts devient absolument impossible. Si l'hémorragie est très abondante, on doit lier rapidement la carotide primitive. Si les accidents ne sont pas trop pressants, on pourra découvrir la bifurcation de la carotide, comprimer

(1) PEYROT, *loc. cit.*, p. 45. — SCHMOLL, *Des plaies artérielles de l'hémostase*. Dissert. inaug. Bonn, 1880.

(2) TRÈVES, *Du traitement de l'hémorragie carotidienne*. Soc. de méd. de Londres, séance du 9 janvier 1888. *Semaine méd.*, 1888, p. 15.

alternativement la carotide interne et externe, et lier celui des deux troncs dont la compression arrête l'hémorragie (Richet). Le Fort pense qu'il y aurait peut-être avantage à lier la carotide primitive dans le cas de blessure de la carotide interne, ce qui exposerait moins aux accidents cérébraux, mais plus aux hémorragies secondaires. Dans un cas, Richet fut obligé de lier successivement la carotide primitive et la carotide interne.

Si on avait pu reconnaître une plaie de la vertébrale, ou si la compression ou la ligature de la carotide inefficaces permettaient de porter ce diagnostic, on n'aurait guère d'autre ressource que de faire le tamponnement dans la plaie avec de la gaze antiseptique (Küster). Si la plaie siège très haut, au niveau des courbures de l'artère, Duplay conseille de lier les deux bouts après excision partielle des muscles de la nuque, ce qui peut être bien difficile (Peyrot).

Lorsque la carotide interne a été blessée par un instrument introduit dans le pharynx, on peut comprimer la carotide primitive, puis lier la carotide interne, comme le fit Kuth, plutôt que la carotide primitive; si cette dernière méthode donna un succès à Chassaignac, elle laissa périr d'hémorragie secondaire un malade de Baizeau (Richet). Cependant Le Fort conseille la ligature de la carotide primitive comme aussi efficace et plus facile.

Les hémorragies secondaires entraînent les mêmes indications que les hémorragies primitives, mais la recherche des deux bouts est toujours beaucoup plus difficile, et l'on est souvent obligé de faire la ligature à distance.

2° *L'hémorragie est arrêtée*. Le chirurgien ne voit le blessé que quelques heures ou quelques jours après l'accident, et les commémoratifs, quelques signes locaux ou quelques troubles circulatoires permettent seuls, comme nous l'avons vu, de faire le diagnostic. Les indications du traitement seront absolument différentes suivant la nature des hémorragies observées antérieurement.

Si l'hémorragie primitive, même très abondante, a duré peu de temps, puis a été définitivement arrêtée par la compression ou par tout autre moyen, on se contentera d'aseptiser autant que possible la plaie, de faire une compression légère et d'assurer l'immobilité absolue du blessé. Il faudra exercer une surveillance incessante et se tenir toujours prêt à agir jusqu'à ce que tout danger d'hémorragie secondaire soit passé. Nous avons suffisamment insisté sur la gravité de ces hémorragies dans les plaies par armes à feu, alors même que l'hémorragie primitive a été insignifiante.

Apprend-on, au contraire, que l'hémorragie primitive, sans être forte, s'est prolongée le deuxième ou le troisième jour, on aura tout lieu de craindre l'apparition vers le huitième jour d'une hémorragie secondaire grave; l'intervention sera donc indiquée.

Il en sera de même à plus forte raison s'il s'est déjà produit une hémorragie secondaire même légère; en pareil cas on ne saurait temporiser et « c'est la prudence qui doit ici engager à l'audace » (Otis).

Nous ne faisons que signaler ici l'*ulcération des artères* du cou au contact d'abcès, accident dont l'histoire sera faite plus loin (voy. *Phlegmons du cou*). Les hémorragies qui en sont la conséquence donnent lieu aux mêmes indications que les hémorragies traumatiques.

3° En présence d'un *anévrisme diffus*, on sait que les différents modes de compression sont en général inefficaces; l'incision large du foyer avec la ligature des deux bouts, comme l'a fait Syme, est fort périlleuse; c'est à la ligature

à distance qu'on sera le plus souvent forcé de recourir; on pourra ensuite ouvrir le foyer et le tamponner, ou lier les deux bouts si leur recherche n'est pas trop difficile.

2° PLAIES DES VEINES

Les plaies des veines du cou offrent quelques caractères particuliers dus à la disposition anatomique de la région. L'aspiration thoracique a ici une puissante action sur la circulation veineuse; aussi, dans les plaies du cou, l'hémorragie sera-t-elle d'autant plus abondante que la respiration est plus gênée, et il suffit parfois du rétablissement régulier du jeu du poumon pour arrêter le sang. Le plus frappant exemple de ce fait est observé au cours de la trachéotomie; l'hémorragie veineuse, parfois très abondante, cesse dès que la canule est mise dans la trachée et que le malade peut respirer largement.

Un accident presque particulier aux plaies du cou est l'entrée de l'air dans les veines. Il se produit parfois dans les plaies des veines de la face, de la veine maxillaire; on a même pensé l'avoir observé dans l'utérus, mais c'est au cou qu'il est incomparablement le plus fréquent; on doit le redouter, notamment à la base du cou, dans cette région où les troncs veineux sont maintenus pour ainsi dire béants par l'aponévrose cervicale moyenne qui leur adhère; c'est là la *zone dangereuse*, dans laquelle les opérations doivent être conduites avec la plus grande prudence, car c'est presque toujours une plaie opératoire qui a amené cette grave complication. Nous ne reviendrons pas ici sur la description des phénomènes provoqués par cette introduction de l'air dans les veines, ni sur la pathogénie qu'on leur a attribuée; cette histoire a été déjà complètement traitée⁽¹⁾.

Les plaies peuvent atteindre isolément ou simultanément les veines superficielles ou les veines profondes.

A. *Plaies des veines superficielles.* — Les simples *piqûres* de la jugulaire externe ou de la jugulaire antérieure n'ont en général aucune gravité. La pratique ancienne de la saignée de la jugulaire externe en est la preuve. Les rapports de la veine avec le peaucier expliquent la facile et rapide hémostase spontanée dans les piquûres ou les plaies peu étendues par instruments tranchants (Duplay).

Les *sections* partielles ou complètes de la veine, avec plaie plus large du peaucier, donnent lieu à un écoulement du sang parfois très abondant, mais qui, en général, s'arrête de lui-même ou sous l'influence d'une compression. Dans quelques cas cependant, l'hémorragie a pu être assez abondante pour entraîner la mort; par exemple chez des suicidés qui s'étaient coupé les deux jugulaires externes (Peyrot).

La jugulaire antérieure peut être blessée au cours de la trachéotomie; l'hémorragie n'a le plus souvent pas d'importance et s'arrête dès que la canule est introduite. Il en est de même de la blessure presque constante des veines thyroïdiennes inférieures qui forment au-devant de la trachée le plan veineux profond.

Cependant il ne faut pas oublier qu'à la partie inférieure du cou, l'entrée de l'air dans les veines jugulaires superficielles a été aussi souvent, même plus souvent observée que dans les veines profondes. Sur 18 cas rassemblés par

(1) QUÉNU, *Plaies des veines*, t. II, p. 185.

Couty⁽¹⁾, 9 fois la plaie siégeait sur la jugulaire externe, 2 fois sur l'antérieure, et dans la statistique de Fischer⁽²⁾, nous trouvons sur 27 observations, 15 plaies de la jugulaire externe, contre 10 de la jugulaire interne et 1 de la veine sous-clavière. Plus récemment, Cassaet⁽³⁾ a rapporté un cas de cet accident par blessure d'une anastomose des deux jugulaires antérieures au cours d'une trachéotomie.

Le *traitement* des plaies des jugulaires superficielles est en général d'une grande simplicité. Si l'hémorragie peu abondante ne s'arrête pas d'elle-même, une compression méthodique après désinfection soignée de la plaie suffira d'ordinaire. L'hémorragie est-elle abondante, il sera toujours facile de lier les deux bouts de la veine si la section est complète; en cas de section incomplète, il faudra placer un fil au-dessus, un autre au-dessous de la plaie. Au cours d'une opération, ablation de tumeur, etc., la veine doit être coupée entre deux pinces, et les deux bouts liés au catgut pratique qui met à l'abri des complications souvent observées autrefois et dues à l'infection de la plaie. Ce fait a, comme nous allons le voir, une bien plus grande importance dans le traitement des blessures des grosses veines profondes du cou.

B. *Plaies de la veine jugulaire interne*⁽⁴⁾. — Ces plaies présentent un intérêt particulier. Elles sont le plus souvent le point de départ des grandes hémorragies veineuses de la région. Les accidents graves qu'elles provoquent obligent à une intervention rapide et délicate; enfin, c'est surtout à propos de ces plaies qu'ont été discutées les différentes méthodes de ligature ou de résection des veines, car, de toutes les grosses veines, les jugulaires sont les plus exposées soit aux traumatismes accidentels, soit aux plaies chirurgicales; depuis quelques années la résection de la jugulaire, seule ou associée à la résection de la carotide, a été faite un assez grand nombre de fois, au cours de l'ablation de tumeurs du cou⁽⁵⁾.

Les *piqûres* de la veine ne présentent rien de particulier dans leur étiologie. Un seul point mérite d'être signalé, c'est que la veine peut être transfixée complètement. Gross cite deux cas dans lesquels la jugulaire fut traversée par l'aiguille dans la ligature de la carotide. Dans les deux cas, cette transfixion passa inaperçue et la ligature joua le rôle d'un séton après l'opération. Les malades moururent de phlébite et d'infection purulente et la lésion de la veine ne fut reconnue qu'à l'autopsie.

Les hémorragies qui succèdent aux piquûres peuvent être graves; tantôt elles se font à l'extérieur, tantôt dans la cavité bucco-pharyngienne. Dans un cas de Fischer, l'hémorragie s'était faite dans la plèvre blessée, en même temps que la jugulaire, immédiatement au-dessus de la clavicule. L'hémorragie interstitielle, qui peut exister seule, est parfois très abondante et provoque de graves

(1) COUTY, *Étude expérimentale sur l'entrée de l'air dans les veines*. Thèse de doct. de Paris 1875, n° 464.

(2) FISCHER, *Dangers de l'entrée de l'air dans les veines pendant une opération*. *Volkmann's Samml. klin. Vorträge*, 1877, n° 115.

(3) CASSAET, *Entrée de l'air dans les veines au cours de la trachéotomie*. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux. *Bull. méd.*, 1890, n° 27, p. 512.

(4) W. GROSS, *Amer. Journal of med. sc.*, 1867, t. LIII, p. 19 et 505. — FISCHER, *Handbuch der allg. und spec. Chir. von Pitha und Billroth*, t. III, p. 84. — DUSSUTOUR, *Des plaies de la veine jugulaire interne et de leur traitement*. Thèse de doct. de Paris, 1875, n° 559. — GRENET, *Des oblitérations de la jugulaire interne et des sinus de la dure-mère*. Thèse de doct. de Paris, 1875, n° 516. — LIDELL, *Plaies des veines*. *Encycl. intern. de chir.*, t. III, p. 275. — VAUDEY, *Plaies et ligatures de la veine jugulaire interne*. Thèse de doct. de Paris, 1890.

(5) BOECKEL, *Ligature et résection des grosses veines dans la continuité*. *Revue de chir.*, février 1881, p. 119.

accidents de compression. Si la plaie est infectée, ce foyer sanguin peut suppuré, d'où des complications diverses, phlébite, hémorragies secondaires, infection purulente, etc.

Les plaies par *instruments tranchants* peuvent être pénétrantes ou non pénétrantes; ces dernières, caractérisées par la section de la tunique externe seule avec hernie de la tunique interne, existent réellement mais sont très rares. Enfin, on range d'habitude parmi les plaies incomplètes les dénudations de la veine. Ces dénudations⁽¹⁾ produites le plus souvent au cours d'ablation de tumeurs du cou, ont été étudiées surtout par Ollier, par Verneuil et ses élèves. L'antisepsie met aujourd'hui à l'abri des accidents, thrombose, phlébite, etc., qui étaient surtout à redouter autrefois en pareil cas.

Dans les plaies pénétrantes par instrument tranchant, l'hémorragie est toujours abondante, parfois foudroyante; la mort peut être immédiate comme dans deux observations de Vallée⁽²⁾ et de Lidell⁽³⁾. Cette rapidité de la mort dans les plaies larges de la jugulaire interne est attribuée par Lidell à la capacité considérable de la veine, à l'absence de valvules, aux relations de la veine avec les sinus de la dure-mère qui se vident ainsi presque directement, d'où résulte une anémie cérébrale immédiate. Aussi les auteurs enseignent-ils que les sections de la jugulaire interne sont plus graves encore que celles de la carotide. Fischer, dans un relevé de 85 cas, note 20 morts sur 20 blessés abandonnés à eux-mêmes. Ici, comme pour les plaies des artères, l'obliquité de la plaie, la compression directe peuvent seules permettre d'attendre une intervention qui assurera l'hémostase.

Les *projectiles d'armes à feu* produisent soit une section complète, soit une déchirure partielle, soit même une simple contusion des parois veineuses. Des grains de plomb ont traversé de part en part la veine et sont restés enkystés dans la paroi postérieure. On a, dans d'autres cas, retrouvé, fichés dans la veine, des fragments de balle ou des esquilles détachées d'os voisins (Stromeyer). De même que dans les plaies artérielles par coup de feu, l'hémorragie primitive est rarement mortelle; les blessés succombent presque toujours à des hémorragies secondaires; la gravité particulière de ces hémorragies est due à ce que la suppuration du foyer qui en est la cause habituelle s'accompagne de phlébite suppurée.

Tous les cas relevés par Gross de plaies par armes à feu de la jugulaire interne furent mortels; « 62,5 pour 100 des blessés moururent d'hémorragies, 25 pour 100 de pyémie et 12,5 pour 100 d'hémorragie primitive. »

Enfin, il est une dernière variété de plaies qu'on observe non pas sur la jugulaire elle-même, mais sur ses branches collatérales. Ce sont des *plaies par arrachement* produites au cours d'extirpation de tumeurs, et sur lesquelles Verneuil a depuis longtemps attiré l'attention. Quénu en a très nettement résumé la description : « Si la plaie porte sur la veine à une certaine distance du tronc principal, l'hémorragie est modérée et en rapport avec le calibre de la veine

(1) VERDIER, *De la dénudation des veines*. Thèse de doct. de Paris, 1885.

(2) VALLÉE, *Gaz. méd.*, 1857, p. 267. — Soldat qui avait reçu un coup de couteau dans le cou; la veine jugulaire droite était presque complètement divisée. Les bords de la plaie étaient rétractés et la veine était vide. La mort fut instantanée.

(3) LIDELL, *loc. cit.*, p. 274. — Une jeune fille reçoit un coup de rasoir au côté gauche du cou. Un témoin la voit chanceler, tomber et mourir sans dire un mot, en même temps qu'un flot de sang s'écoulait de la blessure. La jugulaire seule avait été atteinte; la carotide était intacte.

arrachée; d'autres fois, l'arrachement devient une cause d'hémorragies graves, c'est lorsqu'il s'effectue à l'insertion même d'une collatérale sur le tronc veineux principal; cela équivaut en effet à une plaie latérale de ce dernier » (voy. t. II, p. 180).

Le pronostic si grave des plaies de la jugulaire interne s'est notablement modifié, grâce aux excellents résultats de la ligature faite dans de bonnes conditions d'asepsie.

Traitement. — La *ligature* de la veine au-dessus et au-dessous de la plaie est le seul moyen véritablement efficace pour assurer l'hémostase. Cependant, dans certaines conditions, la *compression* a pu rendre de grands services et amener même la guérison; elle suffit en effet quelquefois dans de simples piqûres ou dans des plaies étroites; la compression digitale directe faite au moment même de l'accident et plus ou moins prolongée, doit être remplacée par un pansement antiseptique compressif appliqué de façon à ne pas appuyer trop fortement sur la jugulaire du côté opposé. Cette compression bien faite peut être maintenue plusieurs jours.

Mais le plus souvent, soit parce que la compression a échoué, soit parce que la plaie est large, on est obligé de recourir à un traitement plus efficace, de faire la ligature de la veine ou d'appliquer des pinces hémostatiques qu'on laisse à demeure. Ce dernier procédé doit être autant que possible évité à cause du danger de pincer un nerf en même temps que la veine et, en outre, de la difficulté d'assurer l'asepsie absolue de la plaie. La méthode de choix est donc la ligature de la veine, ou plutôt la double ligature, un fil placé au-dessus, l'autre au-dessous de la plaie.

La *suture* des parois de la veine, assez souvent pratiquée depuis quelques années, a donné, grâce à l'asepsie, des résultats si satisfaisants qu'elle semble devoir être recommandée de préférence à la forcipressure, malgré l'opinion de Niebergall⁽¹⁾, dans les cas de plaie latérale. Elle n'a pas l'inconvénient, toujours sérieux, de provoquer une mortification de la paroi, d'exposer aux hémorragies secondaires; elle permet, en outre, d'assurer la réparation aseptique de la plaie⁽²⁾.

Les accidents jadis si redoutés à la suite de la ligature de la jugulaire étaient de deux ordres : 1° accidents d'infection, phlébite, infection purulente, etc.; 2° accidents cérébraux par gêne mécanique de la circulation veineuse. C'est pour éviter cette dernière complication qu'on avait imaginé la ligature latérale qui, dans les plaies partielles, devait assurer l'hémostase sans entraver en rien la circulation veineuse. Les déplorables résultats obtenus par plusieurs chirurgiens (5 morts sur 7 cas)⁽³⁾ firent renoncer à ce procédé. On se rallia d'autant plus à la ligature totale que les recherches de Sappey et de Nicaise⁽⁴⁾ permettaient de prévoir la facile suppléance de la jugulaire interne par les multiples voies de dérivation collatérale qu'offrent la jugulaire du côté opposé, les jugulaires postérieures et les veines rachidiennes⁽⁵⁾.

(1) Niebergall, étudiant les procédés d'occlusion des plaies latérales des gros troncs veineux, ligature latérale, suture et pincement, donne la préférence au pincement qu'il considère comme le plus simple et le plus sûr. (*Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1892, vol. XXXIII, p. 540.)

(2) Romme, dans une revue générale sur la suture des veines, a fait une excellente étude de cette question. (*Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1895, p. 59.)

(3) BLASIUS, cité par Peyrol, p. 55.

(4) NICAISE, *Des plaies des veines*. Thèse d'agrég., 1872.

(5) WALTHER, *Recherches anatomiques sur les veines du rachis*. Thèse de doct. de Paris, 1885.

Et en effet, les dangers d'infection, de phlébite, n'existant plus aujourd'hui, la ligature totale, circonférentielle, a donné d'excellents résultats. Pour ne prendre que les relevés statistiques les plus récents, nous voyons, dans la thèse de Vaudey, que, sur 12 cas de ligature totale, ne figure qu'une seule mort. Sur les 56 observations rassemblées par Dussutour, deux fois seulement on avait noté un léger œdème de la face et deux fois un peu de céphalalgie, une hémiplegie incomplète et passagère.

Aux 12 observations de Vaudey, nous pouvons encore ajouter celles de Gay⁽¹⁾, de Tipton⁽²⁾, de Woodmann⁽³⁾, qui, avec des détails suffisants, rapportent autant de succès.

Malgré les meilleurs résultats qu'ont donnés les ligatures latérales faites dans de bonnes conditions d'asepsie⁽⁴⁾, la suture doit leur être préférée; elle rétrécit moins le calibre du vaisseau et paraît moins exposer à la thrombose.

Schede, de Hambourg⁽⁵⁾, a appelé l'attention des chirurgiens sur ce procédé, qui lui a donné d'excellents résultats dans plus de 50 cas de plaies accidentelles ou opératoires de la veine fémorale, de l'axillaire, de la jugulaire et même de la veine cave inférieure. Les résultats obtenus par Mayr⁽⁶⁾ dans ses recherches sur le cadavre, par V. Horoch⁽⁷⁾ dans ses expériences sur les animaux, par Tikhoff⁽⁸⁾ surtout dans son étude sur le mode de réparation de la paroi veineuse après la suture, ne peuvent qu'encourager les chirurgiens à employer, le cas échéant, ce procédé d'hémostase.

Les observations cliniques de suture de la jugulaire sont encore peu nombreuses. Nous pouvons noter un cas heureux de Schede, un autre plus récent rapporté par Pasca⁽⁹⁾ et suivi aussi d'un plein succès. Une suture faite par Czerny⁽¹⁰⁾ sur la jugulaire ouverte au milieu d'un foyer phlegmoneux consécutif à une œsophagotomie externe donna, au contraire, le troisième jour, une hémorragie secondaire qui ne put être arrêtée que par la transfexion du vaisseau et le tamponnement.

La suture nous semble donc pouvoir être appliquée au traitement des plaies latérales de la jugulaire, à condition que l'opération soit absolument aseptique et seulement lorsqu'elle est facile à pratiquer. Elle ne présente pas ici, en effet, les inappréciables avantages qu'elle peut offrir pour d'autres gros troncs veineux, comme ceux de la base du cou et surtout la fémorale, dont la ligature offre de réels dangers.

La ligature circonférentielle doit être conservée comme méthode de choix

⁽¹⁾ GAY, *Plaie du cou intéressant la veine jugulaire gauche, guérison. Lancet*, vol. I, p. 126, 1879.

⁽²⁾ TIPTON, *Ligature de la jugulaire interne, guérison. New-York medical Journal*, p. 15, 2 juillet 1887.

⁽³⁾ WOODMANN, *Plaie du cou avec blessure de la jugulaire interne, guérison. British med. Journal*, 18 oct. 1875.

⁽⁴⁾ MARQUARDT, *De la ligature partielle des grosses veines. Deutsche milit. Zeitschrift*, n° 10, 1879. — KADAZKI, *Ligature latérale de la jugulaire interne. Journal de méd. milit. russe*, 1875, t. CXVIII, p. 15. — LEWIS S. PILCHER, *Ligature latérale dans les plaies incomplètes des veines. Ann. of anat. and surg.*, août 1885 (8 observations de ligature latérale de la jugulaire interne, 8 guérisons).

⁽⁵⁾ SCHEDE, *Arch. für klin. Chir.*, 1892, vol. XLIII, p. 558.

⁽⁶⁾ MAYR, *Ueber die Venennaht. Dissert. inaug. Erlangen*, 1890.

⁽⁷⁾ VON HOROCH, *Allg. Wiener med. Zeit.*, 1888, n° 22 et 25.

⁽⁸⁾ TIKHOFF, *De la suture des veines. Chir. Liekop*, 1894, vol. IV, p. 916.

⁽⁹⁾ PASCA, *Soc. des hôp. de Rome. Presse méd.*, 1896, t. CCLXIV.

⁽¹⁰⁾ CZERNY, Cité par FORGUE, *loc. cit.*

pour la jugulaire, puisqu'elle assure de la façon la plus efficace l'hémostase, et qu'elle n'expose pas à grand trouble circulatoire.

Par conséquent, nous croyons qu'on peut résumer ainsi les indications du traitement lorsqu'on se trouve en présence d'une hémorragie de la jugulaire :

1° Si la plaie est large, l'hémorragie abondante, faire immédiatement la compression digitale, directe, pour arrêter provisoirement le sang, puis agrandir la plaie au besoin, lier les deux bouts de la veine et réunir la plaie après l'avoir soigneusement désinfectée;

2° La plaie est-elle étroite, s'agit-il d'une simple piqûre, on pourra essayer de faire la compression directe avec des tampons antiseptiques; si l'écoulement sanguin persistait ou bien si l'hémorragie dans le tissu cellulaire produisait un hématome volumineux, il faudrait alors débrider largement et faire soit la suture si elle peut être pratiquée dans de bonnes conditions, soit la ligature.

Dans tous les cas, il ne faut jamais oublier la possibilité de l'entrée de l'air dans le bout central; aussi est-il de règle de faire comprimer avec un doigt ce bout central jusqu'à ce que la ligature l'ait enserré. De même dans les opérations pratiquées sur le cou, dans les extirpations de tumeurs, surtout de tumeurs ganglionnaires adhérentes à la gaine des vaisseaux, un aide sera toujours prêt à faire cette compression. Il serait utile aussi, au moindre signe d'aspiration de l'air par une plaie, par une déchirure ignorée de la veine, d'inonder le champ opératoire d'eau bouillie, suivant le conseil de Trèves⁽¹⁾, et de chercher alors la plaie pour placer les ligatures nécessaires (voy. t. II, p. 187).

Le traitement des plaies de la jugulaire interne comporte donc trois indications, comme l'a parfaitement indiqué Peyrot⁽²⁾ : 1° prévenir l'entrée de l'air; 2° arrêter l'hémorragie; 3° assurer l'asepsie de la plaie.

Lorsque la plaie siège sur la partie la plus élevée de la jugulaire, la ligature des deux bouts est impraticable; la ligature de la carotide faite quelquefois en pareil cas n'a pas amené l'hémostase⁽³⁾; il ne reste donc comme ressource que la compression, l'application des pinces hémostatiques offrant trop de dangers dans cette région profonde où la veine est côtoyée par tant de nerfs importants.

5° L'hémorragie est insignifiante ou est arrêtée; il s'agit ordinairement dans ce cas de plaie par arme à feu. On doit se borner à désinfecter avec grand soin l'orifice d'entrée du projectile et à faire une compression méthodique, en se tenant prêt à intervenir à la moindre hémorragie.

C. Plaies de la veine sous-clavière et du tronc brachio-céphalique. — Les observations manquent pour tracer l'histoire de ces plaies. On n'a pas rencontré un seul cas de plaie de la veine sous-clavière pendant la guerre d'Amérique (Lidell), ce qui tient, sans doute, à ce que le blessé meurt immédiatement sur le champ de bataille. Duplay cite un cas de Grüber⁽⁴⁾ dans lequel le blessé mourut le dixième jour; l'artère sous-clavière et la plèvre avaient été également atteintes. Fischer rapporte aussi 5 cas suivis de mort.

Maisonneuve⁽⁵⁾ a observé une plaie du tronc brachio-céphalique gauche, par un coup de couteau-poignard. La plaie cutanée longitudinale, longue de 1 cen-

⁽¹⁾ TRÈVES, *British med. Journal*, 1885, t. I, p. 1278.

⁽²⁾ PEYROT, *loc. cit.*, p. 54.

⁽³⁾ J. BELL, *Plaie de la jugulaire interne, ligature de la carotide primitive, persistance de l'hémorragie, compression avec des éponges, guérison. Montréal med. chir. Soc.*, 14 janvier 1887, et *Annals of surgery*, vol. V, p. 559, 1887.

⁽⁴⁾ GRÜBER, *Pilth et Billroth*, t. III, p. 75.

⁽⁵⁾ MAISONNEUVE, *Union méd.*, 1865, t. XXVI, p. 425.