

morragie. En effet, le doigt qui comprime la carotide au-dessous de la sixième vertèbre, presse en même temps sur la vertébrale et la thyroïdienne inférieure, et, pour peu qu'il y ait du gonflement, on n'obtiendra aucun résultat du procédé de KOCHER, qui consiste à comprimer la carotide latéralement en saisissant à pleine main le muscle sterno-mastoïdien. L'arrêt du pouls dans les branches de l'artère lésée n'est pas non plus un signe certain, car une artère peut être atteinte latéralement et continuer néanmoins à chasser du sang dans ses branches terminales, ou bien le pouls de la temporale peut reparaitre, alors même que la carotide est blessée, grâce à l'établissement d'une circulaire collatérale. Enfin toute recherche basée sur la compression devient impossible dès que la région est devenue le siège d'une tuméfaction notable.

Le diagnostic présente encore de plus grandes difficultés lorsque la plaie est située dans la cavité pharyngienne, car dans ce cas, si les différents signes de diagnostic font défaut, il est absolument impossible de dire si l'hémorragie provient de la carotide externe ou interne, de la vertébrale, ou de l'une des petites branches situées dans le voisinage de la plaie du pharynx.

Un diagnostic certain n'est donc possible que dans un certain nombre de cas, dans lesquels on peut se rendre compte des rapports anatomiques de la lésion par la vue, ou à l'aide du doigt introduit dans la plaie. Chez d'autres blessés, on peut arriver à reconnaître le vaisseau lésé, soit par l'arrêt du pouls dans les branches terminales de ce dernier (par exemple dans la temporale lorsque la carotide est blessée), soit par la cessation de l'hémorragie à la suite de la compression du tronc artériel au-dessous de la plaie. Dans beaucoup de cas, surtout s'il existe une tuméfaction notable de la région, nous devons nous contenter d'un diagnostic de probabilité basé essentiellement sur le siège et la marche de la blessure.

§ 13. — La première intervention du chirurgien dans les hémorragies violentes du cou devra toujours consister dans la compression du vaisseau à l'aide du doigt introduit dans la plaie ; si l'on ne peut employer ce moyen, on aura recours à la compression centrale du tronc de la carotide, de la sous-clavière, etc.

Malheureusement les secours de l'art arrivent souvent trop tard, et le blessé qui, peut-être, eût pu être sauvé par la compression digitale, n'est plus qu'un cadavre à l'arrivée du chirurgien.

Ici, comme dans les autres régions, le blessé retirera presque toujours les plus grands avantages d'une ligature directe du vaisseau légèrement atteint ou complètement sectionné ; au besoin on pourra agrandir la plaie ; en même temps on fera exercer une pression sur le tronc de l'artère, ou bien l'opérateur se chargera lui-même de la compression. Après avoir introduit l'index d'une main dans la plaie pour arrêter l'hémorragie, on agrandit la solution de continuité des parties molles ; de temps en temps on soulève l'index pour s'assurer si l'on est arrivé sur

le vaisseau, et l'on continue à pénétrer dans la profondeur, jusqu'à ce qu'on soit arrivé sur le vaisseau blessé ou complètement divisé. On lie alors séparément chacun des bouts du vaisseau. Même dans les simples piqures d'artères il convient d'appliquer une ligature double et de sectionner le vaisseau entre les deux fils. Si, dans une plaie par instruments piquants ou par projectiles de guerre, on ne peut lier le vaisseau ni directement ni dans la continuité, par exemple la sous-clavière lorsqu'il existe une forte tuméfaction, on aura recours à la compression au niveau de la plaie. BERTRAND a conseillé la compression dans la continuité du vaisseau dans les hémorragies provenant d'artères accessibles à une ligature ; il l'a même tentée avec succès dans un cas de plaie de la carotide par instrument piquant. Cependant, si l'on a le choix entre la compression et la ligature, nous ne saurions conseiller le premier procédé malgré le danger inhérent à une ligature de la carotide primitive. C'est, au contraire, la compression dans la continuité que l'on devra d'abord essayer pour combattre une hémorragie par l'oreille. Mais même ici on a été le plus souvent obligé de pratiquer ultérieurement la ligature de la carotide primitive, laquelle a réussi parfois à amener une guérison complète (SYME).

Lorsqu'on a posé le diagnostic d'une lésion des petites artères, par exemple de la linguale, et que la ligature directe est impossible, il convient aussi de faire, dans ces cas, **la ligature du tronc dans la continuité**. La linguale a été déjà plusieurs fois liée avec succès dans ces conditions (PIROGOFF), et cette ligature doit être préférée à celle de la carotide. Il en est de même lorsqu'on a affaire à des lésions des **branches de bifurcation de la carotide primitive**, les **carotides externe et interne** ; mais ici les conditions ne sont pas aussi simples. Un instrument piquant ou une balle pénétrant en arrière de l'angle du maxillaire, peut atteindre les deux carotides. La ligature dans la plaie est déjà difficile dans cet espace étroit, même en l'absence de tout gonflement, et devient tout à fait impossible dès que la région est quelque peu tuméfiée. Sans doute, au point de vue théorique, le procédé le plus rationnel consiste à arriver sur le point de bifurcation de la carotide primitive et à placer une ligature sur celle des deux branches qui est blessée. Si c'est la carotide externe, on n'aura ainsi porté aucune atteinte à la circulation cérébrale, ce qui est un grand avantage. D'autre part le danger d'une hémorragie secondaire n'est pas plus à redouter à la suite de la ligature de la carotide externe que lorsqu'on a lié la carotide primitive (WUTZER, GUYON). (Voir § 21). Enfin, au point de vue de la mortalité, la statistique accuse un chiffre bien moins élevé pour la ligature de la carotide externe (15 % d'après FISCHER) que pour celle de la carotide primitive. Malheureusement, dans les conditions qui nécessitent une intervention chirurgicale, cette ligature est très difficile et l'on échoue assez souvent. Pour ma part, dans un cas de tuméfaction considérable de la région sous-maxil-

laire, je dus renoncer à lier la carotide externe, et certainement le chirurgien se verra souvent obligé dans ces conditions d'avoir recours à la ligature de la carotide primitive, à cause de la facilité et de la rapidité plus grandes de cette opération.

Toutes les fois qu'une ou plusieurs hémorragies artérielles, même de peu d'importance, se produisent dans le domaine de la carotide primitive, par exemple et surtout, dans les plaies par armes à feu, il y aura indication de faire la ligature de cette artère dans la continuité, en tenant compte toutefois des restrictions énoncées jusqu'ici.

Dans les cas rares de plaies de la vertébrale le traitement le plus rationnel consistera dans la ligature directe, à condition toutefois que l'artère ait été blessée avant son entrée dans le conduit osseux qui lui est destiné. Les hémorragies dans l'intérieur de ce conduit sont d'une extrême gravité. On essaiera de les arrêter par le tamponnement, et l'on pourra se servir dans ce but de tampons imbibés d'une solution styptique (solution de perchlorure de fer). La ligature dans la continuité, d'après la méthode de HUNTER, a été tentée plusieurs fois ; mais elle est difficile et peu sûre.

§ 14. — Comme dans toutes les autres régions, on voit aussi au cou se développer des **hématomes artériels** à la suite de plaies des artères. Lorsqu'il s'agit d'artères d'un faible calibre, la rupture répétée de ces petites tumeurs sanguines donne lieu souvent à de nouvelles hémorragies. La varice anévrismale ou anévrisme artérioso-veineux, par lésion simultanée de la carotide et de la jugulaire, n'est pas d'une grande rareté ; elle se présente sous la forme d'une tumeur d'un volume moyen, animée de pulsations, et présentant à l'auscultation le bourdonnement particulier à ces formes de tumeurs¹.

Les **anévrismes spontanés de la carotide**, sur lesquels nous ne pouvons insister ici longuement, ne sont pas très fréquents, du moins dans notre pays. Leur siège de prédilection est au niveau de la bifurcation de la carotide. On observe à cet endroit, même chez les individus sains, une dilatation fusiforme, qui persiste dans cet état sans donner lieu à un anévrisme proprement dit. Cependant ce n'est pas là le seul point faible ; on a vu assez souvent des anévrismes de la carotide se développer dans la région inférieure du cou. La tumeur, en augmentant de volume, s'étend quelquefois à toute la moitié antérieure du cou, dans la région du sterno-mastoïdien, et donne lieu assez souvent à des phénomènes de compression du larynx, de la trachée, de l'œsophage ; les nerfs peuvent

1. On sait qu'un des phénomènes caractéristiques de l'anévrisme artérioso-veineux, est un frémissement continu, le *thrill murmur* de HUNTER, comparé au roulement de la lettre R, au bruit du rouet, au bourdonnement de l'abeille etc. Il peut se décomposer en un bruit perçu par l'oreille et une vibration sentie par le doigt. Cette vibration est continue comme le bruit et, comme lui, se renforce à chaque systole cardiaque.

(Note du trad.).

être aussi quelquefois comprimés, surtout le vague, et produire des phénomènes d'excitation et de paralysie du côté du larynx. L'anévrisme est animé de pulsations et offre un bruit de souffle à l'auscultation. Il arrive assez souvent qu'un abcès développé dans le voisinage de la bifurcation de la carotide, surtout dans les cas de dilatation fusiforme de cette dernière, présente des pulsations parfaitement évidentes. Mais ici les pulsations ne s'observent d'une façon bien nette que lorsqu'on presse la tumeur contre la carotide ; elles sont peu marquées, au contraire, lorsqu'on comprime l'abcès latéralement.

L'examen des anévrismes de la carotide doit être fait avec beaucoup de prudence, car il peut arriver que des caillots se détachent de la paroi interne et soient entraînés vers le cerveau (ESMARCH). On essaiera toujours en premier lieu la compression digitale dans les anévrismes de la carotide primitive, dont le siège permet une compression centrale ; de même dans les anévrismes de la carotide externe ou interne. Si elle n'est pas supportée ou si elle ne donne aucun résultat, on aura recours à la ligature de la carotide d'après la méthode de HUNTER. Lorsque l'anévrisme occupe la partie inférieure du cou, on n'a pas d'autre ressource que la ligature de BRASDOR, qui compte déjà quelques succès¹.

§ 15. — Au niveau de l'**artère sous-clavière** on a aussi observé des hématomes et quelques cas d'anévrismes artérioso-veineux. L'artère, grâce à la clavicule, est assez bien protégée contre les traumatismes ; il est probable que la plupart des lésions de ce vaisseau amènent rapidement la mort par hémorragie. L'**anévrisme spontané** est plus fréquent, et se développe, tantôt à la suite d'une endartérite, tantôt sans aucune lésion appréciable de l'artère ; dans ce cas le malade fait souvent remonter la tumeur à un traumatisme, c'est-à-dire à un coup reçu sur la clavicule, ou à des mouvements exagérés capables de produire une distension du tronc artériel (KOCH), et il est à présumer que ces anévrismes dits spontanés reconnaissent cependant comme cause une rupture partielle du vaisseau. Le plus souvent ils se présentent sous la forme d'une tumeur sacciforme recouvrant l'artère.

Les **anévrismes de la sous-clavière** se comportent assez différemment suivant les conditions topographiques de leur développement, c'est-à-dire selon qu'ils appartiennent à la portion de l'artère située en dedans ou en dehors des scalènes. Les premiers se développeront naturellement de préférence du côté du cou, tandis que les anévrismes qui ont leur point de départ en dehors des scalènes, et ce sont les plus fréquents, s'étendront plutôt vers la clavicule et occuperont le creux sus-claviculaire. Ces derniers se présentent dès le début sous la forme d'une tumeur à sur-

1. Rappelons que le procédé de HUNTER consiste à lier le vaisseau entre l'anévrisme et le cœur à une certaine distance du sac, en laissant une collatérale entre ce dernier et la ligature. Dans le procédé de BRASDOR l'artère est liée près du sac, entre ce dernier et les capillaires.

(Note du trad.).