

recourir à un autre procédé. Le plus prompt et en même temps le plus facile est le suivant (fig. 154) : lorsque l'opérateur a convenablement saisi et isolé l'artère, l'aide chargé de placer la liga-



Fig. 153.

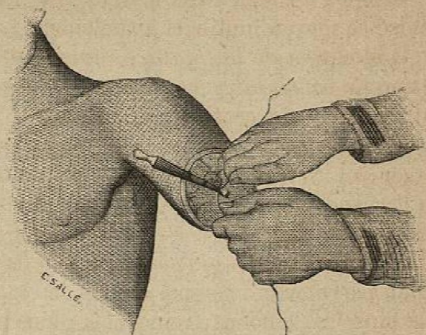


Fig. 154.

ture engage le plein du fil derrière la main du chirurgien, afin de se donner de l'espace et de ne pas être gêné dans ses mouvements. Il place le fil autour de la pince, et fait un premier nœud simple, en commençant près des extrémités de la ligature, pour plus de facilité. Ce premier nœud, fait sans qu'on torde le fil, est serré jusqu'après de la pince, sur laquelle il doit encore rester assez lâche pour être mobile ; alors les deux extrémités du fil sont embrassées entre les quatre derniers doigts de chaque main, à 0<sup>m</sup>,04 ou 0<sup>m</sup>,05 de distance du nœud déjà formé, et les pouces, restés libres, dirigent celui-ci sur l'artère, au delà des mors de la pince, et le serrent avec toute la force nécessaire pour couper les membranes internes, en pressant sur le fil déjà tendu, par un léger mouvement de flexion des dernières phalanges, pendant que les premières, adossées l'une à l'autre, donnent de la fixité à la main, et rendent cette petite opération régulière. Si la plaie est profonde, on substitue avec avantage les indicateurs aux pouces pour mieux conduire la ligature sur le vaisseau ; les doigts pressent sur la portion du fil comprise entre le nœud et les autres doigts, et étreignent le nœud, qui ne se desserre pas si le fil a été ciré. La pince retirée, on pratique de la même manière un second nœud sur le premier pour l'empêcher de se relâcher sous l'influence de l'impulsion du sang. Au lieu de croiser une seule fois les extrémités du fil pour faire un nœud simple, on les croise deux fois pour le nœud du chirurgien ; ce dernier se maintient plus facilement, il est vrai, mais il est plus

difficile à serrer, parce que le premier croisé fait obstacle, et l'on y a renoncé.

Dans la crainte réellement imaginaire que la ligature ne vint à glisser sur l'artère, Dionis avait conseillé de traverser le vaisseau au-dessous du nœud avec l'un des fils. Cline et A. Cooper ont préconisé ce moyen inutile et abandonné.

*Application de la ligature immédiate sur une artère sans solution de continuité.* La ligature placée sur une artère entière et sans solution de continuité n'est plus le seul temps de l'opération ; il faut commencer par découvrir le vaisseau. Dans ce but on incise largement les téguments en suivant une direction parallèle, oblique ou perpendiculaire à l'artère, selon sa situation et la nature des tissus subjacents, après s'être assuré des saillies osseuses, musculaires ou tendineuses qui peuvent servir de points de repère, et s'être rendu parfaitement compte de tous les rapports anatomiques, tels que muscles, tendons, veines et cordons nerveux, dont la position, le volume et la direction offrent des guides. Lorsqu'on est arrivé à peu de distance de l'artère, il est prudent, pour ne pas la blesser involontairement, de soulever les lames celluluses ou aponévrotiques avec des pinces, et de les ouvrir en dédolant avec le bistouri tenu à plat ; on introduit ensuite au-dessous d'elles une sonde cannelée terminée en pointe mousse, et on les incise sur cet instrument. Dès que l'on est sur la gaine de l'artère, on la divise dans une petite étendue, pour en ménager les adhérences aux vaisseaux. L'artère mise à nu, on glisse entre elle et la veine une sonde cannelée d'argent, dont la courbure terminale a été proportionnée aux dispositions des parties ; on ne s'expose pas ainsi à blesser la veine, étant moins certain de bien conduire le bec de la sonde à la sortie de la plaie qu'au point d'entrée. La règle est d'engager la sonde du côté où l'artère présente les rapports les plus importants et les obstacles les plus grands à surmonter. Ce temps de l'opération exige beaucoup de soin, et l'on s'aide ordinairement, soit de stylets d'argent pour séparer légèrement les tissus, soit de pinces à disséquer, qui ne doivent servir qu'à faciliter le passage de la sonde cannelée. Il faut s'abstenir de soulever violemment l'artère, de l'isoler dans une étendue considérable, et d'en détruire les adhérences : il suffit de presser un peu sur la trame celluleuse circonvoisine, et si la sonde cannelée présente une courbure convenable, on la fait passer autour de l'artère sans secousses et sans violence. Le bec de la sonde, après avoir contourné l'artère, vient saillir au côté opposé et en soulève la gaine lorsque celle-ci n'a pas été suffisamment incisée. On peut alors traverser cette dernière avec le bout de la sonde poussé entre deux doigts de la main gauche,

BIBLIOTECA  
FAC. DE MED. U. A. N. B.  
BIBLIOTECA  
FAC. DE MED. U. A. N. B.

pour éviter le déplacement du vaisseau, ou en faciliter le dégagement en divisant avec la pointe du bistouri la couche qui fait obstacle au passage de l'instrument.

Les nerfs en rapport avec l'artère doivent être écartés avec les mêmes soins que les veines satellites, et ne jamais être comprimés ni distendus.

La sonde cannelée étant passée au-dessous de l'artère et isolée sur une longueur de quelques millimètres, on glisse sur la cannelure de l'instrument un stylet d'argent, armé d'une ligature, dont on saisit un des chefs avec des pinces, et que l'on tire doucement à soi, en même temps que l'on dégage l'autre chef en retirant l'instrument. Il ne reste plus qu'à nouer le fil.

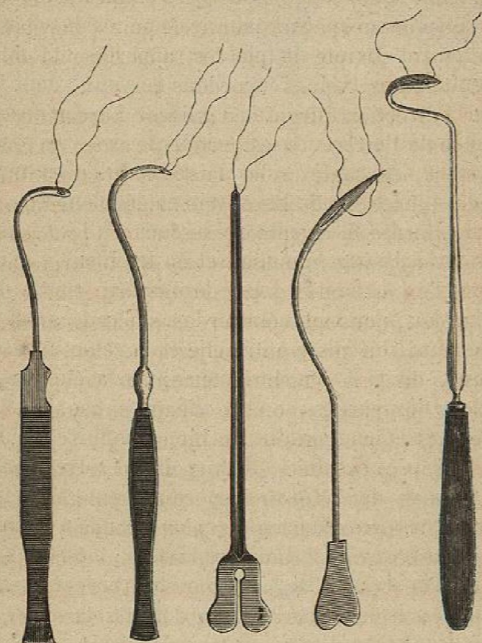


Fig. 155. Fig. 156. Fig. 157. Fig. 158. Fig. 159.

Ce procédé n'est pas le seul employé : on fait également usage des aiguilles de Deschamps (fig. 159), de Cooper (fig. 155, 156), de Larrey (fig. 158) dont l'extrémité est acérée ; d'une sonde cannelée ordinaire percée d'une ouverture terminale (fig. 157) ou d'autres aiguilles courbes du même genre ; il en a été fabriqué dont l'extrémité porte-ligature se détachait au moyen d'un ressort, au moment où l'artère avait été contournée ; la sonde cannelée d'argent flexible

(fig. 157) prend facilement les courbures nécessaires et est la plus employée.

Pour s'assurer que l'artère se trouve réellement embrassée dans l'anse du fil, on place la pulpe du doigt indicateur sur le vaisseau, que l'on soulève légèrement d'arrière en avant, en tirant à soi les extrémités de la ligature ; si l'on sent les pulsations, et qu'on les arrête à volonté par une pression suffisante, tous les doutes disparaissent, et l'on termine l'opération en liant le fil, comme nous l'avons indiqué ; on coupe une des extrémités de la ligature au niveau du nœud, et l'on conserve l'autre au dehors de la plaie.

Si la plaie est petite et régulière, on peut en réunir les extrémités par des bandelettes agglutinatives et placer le fil libre dans un linge cératé, convenablement isolé et assujéti, pour le mettre à l'abri de tractions involontaires. Si la suppuration est inévitable, l'indication est de ne pas fermer la plaie et d'en hâter la détersion par des pansements appropriés.

Lorsque les tissus sont modifiés dans leur consistance et leur aspect par l'inflammation ou une infiltration de sang, on éprouve souvent beaucoup de difficultés, si ce n'est une impossibilité absolue, à les reconnaître, et les battements de l'artère deviennent un guide précieux. Dans le cas où les vaisseaux sont trop profonds pour être aperçus, les connaissances anatomiques et chirurgicales les plus précises, une rare habileté et une grande expérience suffisent à peine à l'opérateur pour bien conduire et placer la sonde cannelée, et on a vu les plus illustres praticiens échouer dans des opérations de cette nature, ne pas trouver l'artère, la transpercer, lier un nerf à sa place (Dupuytren), ou être obligés de soulever tout le paquet vasculo-nerveux pour la rencontrer.

Nous avons adopté, depuis 1831 (voy. *De la section des artères dans l'intervalle de deux ligatures, comme méthode de traitement des hémorrhagies et des anévrysmes*, Paris 1850, et *Contributions à la chirurgie*, t. II, Paris 1868), l'ancien procédé de Celse, d'Aétius, de J. Bell, de J. Maunoir, d'Abernethy, A. Cooper, Cline etc., qui consiste à faire la *section de l'artère dans l'intervalle de deux ligatures*. J'ai lié ainsi, avec succès, les artères carotide primitive, carotide externe, crurale, brachiale, radiale, cubitale etc., et je crois à la supériorité de cette méthode. On n'est exposé ni à commettre les nombreuses erreurs que nous avons signalées, ni à comprendre dans l'anse du fil une veine, un nerf collatéral etc., accidents arrivés à des chirurgiens du plus haut renom. On évite le grave inconvénient de trop rapprocher la ligature d'une branche collatérale. L'artère, parfaitement isolée dans une étendue de 0<sup>m</sup>,02 environ, se rétracte après la section, de 0<sup>m</sup>,010 à 0<sup>m</sup>,020 dans la

BIBLIOTECA  
FAC. DE MED. U. A. N. B.