

LIGATURE DES ARTÈRES EN PARTICULIER.

Après avoir exposé l'histoire générale des lésions qui réclament l'emploi de la ligature et avoir indiqué les principales règles de cette opération, nous décrirons chaque ligature d'artère en particulier, et nous rappellerons à cette occasion : l'anatomie chirurgicale et pathologique de la région ; les anomalies ; les rapports et les points de repère propres à faire découvrir l'artère avec facilité et sûreté ; l'histoire de l'opération ; les divers procédés employés ou proposés, et les anastomoses qui servent au rétablissement circulatoire.

Nous ne saurions trop recommander les exercices de l'amphithéâtre comme moyen de se familiariser avec une foule de difficultés provenant de l'abondance du tissu adipeux, de la plénitude des veines, de la ténuité des artères, de la fréquence des anomalies. On se forme ainsi la main et la vue, et l'on accomplit ensuite sur l'homme vivant les manœuvres les plus délicates avec facilité et succès.

Voici quelques préceptes essentiels :

1° Disposer à l'avance et à la portée de sa main l'appareil instrumental : bistouris, sondes cannelées, aiguilles à ligature, ériges, spatules, pinces à dissection, stylets aiguillés ;

2° Choisir des aides exercés et assigner à chacun son rôle ;

3° Donner au sujet sur lequel on opère la position qui rend l'artère superficielle et accessible, et qui est la plus favorable aux manœuvres chirurgicales ;

4° Projeter une vive lumière sur le siège de l'opération ;

5° Pratiquer de grandes incisions et en faire successivement écarter les bords avec des spatules, des crochets mousses ou des ériges, pour ne pas être exposé à couper deux fois les mêmes parties ;

6° Se guider toujours sur des points de repère certains : saillies osseuses, muscles satellites, veines et nerfs collatéraux, et savoir quelles parties doivent être divisées ou écartées ;

7° Inciser en dédolant la gaine des vaisseaux et la séparer de l'artère avec l'extrémité de l'aiguille à ligature ou celle d'une sonde cannelée, plus ou moins courbée selon les dispositions de la plaie, en engageant les instruments du côté où les rapports anatomiques exigent le plus de ménagements ;

8° Conduire la pointe mousse de la sonde cannelée, convenablement recourbée, autour de l'artère, qui ne doit être ni soulevée ni tirillée, et recevoir sur la pulpe de l'indicateur gauche la pointe de l'instrument pour éviter des pressions et des efforts toujours dangereux ;

9° Porter un stylet aiguillé flexible sur la sonde cannelée ;

10° Saisir un des chefs de la ligature avec une pince, pendant qu'on entraîne l'autre en retirant le stylet, et lier l'artère dans la profondeur de la plaie, sans la tirer à soi, dans la crainte de la déchirer.

TRONC BRACHIO-CÉPHALIQUE OU INNOMINÉ.

Nous possédons treize observations de ligature de l'artère *innominée* ou *brachio-céphalique*, origine commune de la sous-clavière et de la carotide primitive droites, et on a pu dire : *treize opérations, treize morts ; opération condamnée.*

Valentine Mott fut le premier en 1818 à tenter la ligature de l'innominée, et cet habile chirurgien a été imité par Graefe, Bland de Sidney, Arendt, Wilmot, Hall de Baltimore, le médecin-inspecteur Hutin, Lisars d'Édimbourg etc.

Ces opérations ont montré que la circulation se rétablit dans le membre supérieur droit avec une assez grande facilité, et leur insuccès ne prouve pas absolument l'impossibilité d'une terminaison heureuse, puisque le premier malade vécut 26 jours, le second 2 mois environ et le troisième 19 jours. Cependant le volume et la profondeur de l'artère, sa proximité du cœur, et la difficulté de la mettre à découvert, dans des conditions pathologiques, doivent rendre excessivement rares les cas où la ligature pourrait en être tentée.

Une remarque incidente mérite de nous arrêter un instant. Si la ligature du tronc brachio-céphalique a échoué contre les anévrysmes de cette artère, ne pourrait-on pas traiter ces derniers par celle des troncs séparés de la carotide primitive et de la sous-clavière ? M. le docteur Smith, de la Nouvelle-Orléans, a réussi de cette manière sur un mulâtre, auquel il lia le vingt-quatrième jour l'artère vertébrale, qui semblait le siège de pertes de sang redoutables. M. Heath (voy. p. 248) a obtenu un pareil succès.

M. Léon Lefort (novembre 1864) a signalé la fréquence des cas

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