

de mort par des hémorrhagies périphériques, et il paraîtrait disposé à conseiller la ligature des artères vertébrale et thyroïdienne inférieure. La méthode de division des artères entre deux ligatures, que nous avons adoptée, serait applicable toutes les fois que l'origine des branches collatérales se trouverait très-rapprochée de la ligature, et donnerait plus de chances de succès.

*Anatomie.* Le tronc brachio-céphalique ou innominé, né de la partie la plus antérieure de la crosse de l'aorte, dont il forme la première branche à droite, a 0<sup>m</sup>,033 environ de longueur, et est dirigé, de bas en haut et de dedans en dehors, vers l'articulation sterno-claviculaire correspondante. *En avant*, cette artère répond : à la veine sous-clavière gauche, qui la croise, aux muscles sterno-hyoïdien et thyroïdien, et médiatement au sternum, dont elle dépasse presque toujours le bord supérieur, surtout chez les vieillards, en offrant, sous ce rapport, d'assez grandes différences, selon l'élévation de la crosse aortique et le plus ou moins de longueur du tronc brachio-céphalique lui-même. On peut augmenter cette disposition en renversant fortement la tête en arrière et à gauche, et c'est une ressource précieuse pour le chirurgien. *En arrière*, le tronc brachio-céphalique croise l'origine de la trachée, pour se porter supérieurement un peu en dehors; *en dedans*, il avoisine la carotide gauche, dont la trachée le sépare, et *en dehors*, il repose sur la plèvre et le sommet du poumon. Le nerf pneumo-gastrique passe au-devant et au point d'origine de l'artère sous-clavière, et les veines sous-clavière et jugulaire interne, qui se trouvent en avant et en dehors du tronc innominé, méritent aussi la plus grande attention.

Les points de repère les plus sûrs sont : l'intervalle compris entre le milieu du bord supérieur du sternum et l'extrémité interne de la clavicule droite; d'une manière plus précise, l'articulation sterno-claviculaire, et le bord droit de la trachée-artère, au niveau de la fossette sus-sternale. On peut également se guider sur le bord antérieur de la trachée, mis à nu par l'écartement sur la ligne médiane des deux muscles sterno-thyroïdiens. L'incision faite sur le point le plus inférieur de la fossette sus-sternale découvre le tronc brachio-céphalique, et permet d'y arriver immédiatement et de l'entourer d'une ligature.

Lorsque, sur le cadavre, on veut mettre cette artère à nu, on est obligé d'inciser successivement : 1<sup>o</sup> la peau; 2<sup>o</sup> le fascia cervical superficiel; 3<sup>o</sup> quelques fibres du peaucier; 4<sup>o</sup> le tissu cellulaire, au milieu duquel rampent une assez grande quantité de veines thyroïdiennes; 5<sup>o</sup> on coupe ou l'on écarte le faisceau interne du muscle sterno-mastoïdien; 6<sup>o</sup> on rencontre une lame plus profonde du fascia

du cou, au-dessus des muscles sterno-hyoïdien et thyroïdien; on peut inciser ceux-ci sur une sonde cannelée, afin de se donner de l'espace et du jour, ou les écarter l'un de l'autre et les renverser en dehors, ce qui présente beaucoup plus de difficultés; 7<sup>o</sup> lorsque ces muscles ont été tous deux divisés, ou seulement le sterno-hyoïdien, qui est le plus externe, on trouve postérieurement la gaine du fascia qui les entoure et va se perdre derrière le sternum dans le médiastin; 8<sup>o</sup> au-dessous de cette gaine on aperçoit au milieu d'un tissu cellulaire grisâtre, tomenteux et assez épais, le tronc brachio-céphalique.

*Anomalies.* Le tronc brachio-céphalique peut varier en direction et en longueur, manquer complètement ou être transposé à gauche, et réunir les deux carotides en laissant les sous-clavières isolées. On a vu deux troncs brachio-céphaliques, ou un seul donnant naissance aux trois branches normales qui viennent de la crosse de l'aorte. Enfin la sous-clavière droite a été observée sortant de l'aorte à gauche et revenant à droite en passant derrière la trachée et l'œsophage ou entre ces conduits; ce sont des dispositions fort rares, mais qui ne sauraient être ignorées.

*Anastomoses.* Les branches anastomotiques qui rétablissent la circulation après l'oblitération de l'artère innominée sont, pour la carotide : les divisions de la carotide et de la vertébrale du côté opposé, qui sont nombreuses et larges; et pour la sous-clavière et le membre supérieur droit : la vertébrale, la thyroïdienne inférieure, les cervicales, les intercostales et la mammaire interne, qui conduisent le sang reçu par anastomose des vaisseaux du côté opposé dans les sus-scapulaires, thoraciques externes, l'acromiale, la scapulaire commune et les circonflexes.

*Procédé de Mott.* Ce chirurgien pratiqua une incision en L, dont une des branches, horizontale et parallèle à la clavicule, dépassait en dedans l'insertion sternale du muscle mastoïdien, et se prolongeait de 0<sup>m</sup>,09 en dehors; l'autre branche, verticale et de la même étendue, suivait le bord interne du sterno-mastoïdien. Ce muscle, divisé dans toute son insertion sternale et dans la plus grande partie de son insertion claviculaire, fut renversé en dehors, et l'artère carotide mise à nu ayant paru malade, le chirurgien se guida sur elle pour arriver au tronc brachio-céphalique, qu'il entourait d'un simple fil de soie.

Græfe suivit le même procédé pour découvrir l'artère; seulement il remplaça la ligature simple de Mott par un presse-artère laissé dans la plaie pendant cinquante-six jours. Cette disposition aurait été, d'après sa remarque, la principale cause de l'hémorrhagie à laquelle le malade succomba.