

King a décrit un autre procédé appartenant à O'Connell, praticien de Liverpool.

« Placé, dit-il, à gauche du sujet, près de sa tête, qui est portée en arrière, je pratique de bas en haut une incision oblique de 0^m,06 le long du bord interne du muscle sterno-mastoïdien droit, en commençant au niveau du sternum, et je divise la peau, le tissu cellulaire, quelques fibres du muscle peucier et la partie moyenne du fascia du cou; écartant un peu les lèvres de la plaie, j'incise la ligne celluleuse médiane qui sépare les bords internes des muscles sterno-thyroidiens; j'introduis le doigt indicateur gauche sous le muscle sterno-thyroidien droit; entre ce dernier et la trachée existe la lame profonde et très-forte du *fascia cervicalis*; je divise cette lame avec l'ongle ou avec un bistouri boutonné; portant le doigt sous ce fascia, je suis le tuyau aérien jusqu'à l'artère innominée posée sur lui. Je m'assure bien de la situation du vaisseau, et je fais fléchir et fixer la tête du sujet; avec le même doigt, je repousse en avant les veines sous-clavière gauche et jugulaire interne droite; je porte ensuite un crochet mousse ceillé, armé d'un fil rond, entre ce doigt qui protège les veines et l'artère; je tourne le crochet ou aiguille en arrière du vaisseau; puis, faisant saisir par un aide le bout du fil avec une petite pince, je retire le crochet comme je l'avais introduit, toujours protégeant les veines avec l'indicateur gauche, qui n'a pas bougé. L'artère innominée se trouve embrassée par la ligature que je serre à loisir, et lentement, avec les deux indicateurs portés au fond de la plaie. Ni la plèvre ni le nerf pneumo-gastrique ne sont en danger d'être blessés, et il est difficile de concevoir une opération plus régulière et plus prompte. Le même procédé convient, presque sans modification, pour la ligature de la sous-clavière ou de la carotide droite. »

On exécute facilement la ligature de l'artère innominée de la manière suivante: le sujet renversé sur le dos, la tête inclinée en arrière et à gauche, et l'épaule droite maintenue abaissée, on pratique une incision oblique de 0^m,06 de hauteur, depuis le bord interne du sterno-mastoïdien gauche jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire droite, dont on dépasse le niveau de 0^m,015 environ en bas et en dehors, pour rendre plus facile l'écartement des lèvres de la plaie. On arrive ainsi sur les muscles sterno-hyoïdien et thyroïdien du côté droit, après avoir coupé l'aponévrose cervicale superficielle et quelques petites veinules sous-cutanées; on divise, sur une sonde cannelée, le premier de ces muscles, qui se trouve en dehors, et une partie ou la totalité du second, et l'on tombe sur l'artère innominée, dont la première incision croisait le trajet. On pourrait rencontrer l'artère thyroïdienne aortique ou de Neubauer, qui constitue une anomalie assez fréquente.

Procédé de l'auteur. On parvient au tronc brachio-céphalique (fig. 182), en suivant un procédé que j'applique à cette artère *h*, à la carotide primitive *e*, à l'origine de la sous-clavière *g*, et aux principales branches qui en partent: telles que la thyroïdienne inférieure et la vertébrale *f*. J'incise la peau obliquement de bas en haut dans l'intervalle qui sépare les deux faisceaux inférieurs *a*, *b* du sterno-mastoïdien. Une fossette sus-sterno-claviculaire, ordinairement distincte, sert de point de repère. On écarte le faisceau interne

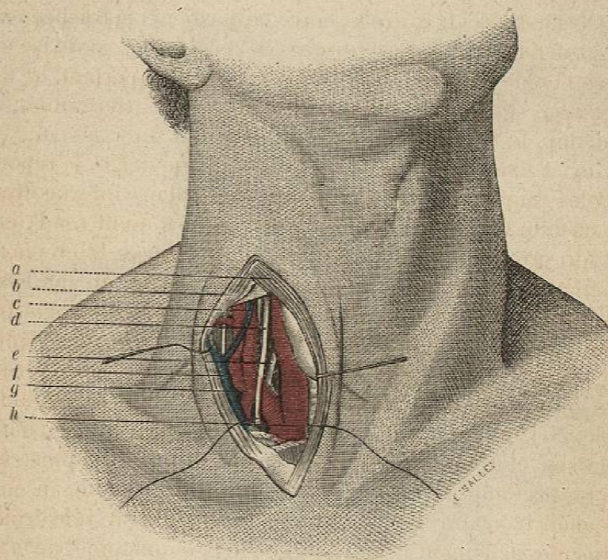


Fig. 182.

a de l'externe *b*, en fléchissant légèrement la tête en avant pour mettre ces parties dans le relâchement; puis, renversant en dedans les muscles sterno-hyoïdien et thyroïdien, ou les divisant sur une sonde cannelée, ce qui est préférable, on aperçoit au fond de la plaie, pour peu qu'elle ait été prolongée de 0^m,06 environ, le tronc brachio-céphalique *h*, l'artère carotide primitive *e*, le nerf pneumo-gastrique *d* et sa branche laryngée récurrente, plus en dehors et en haut le nerf phrénique, la veine jugulaire, le tronc de la sous-clavière, et les origines des artères vertébrale, thyroïdienne inférieure et mammaire interne.

On peut juger ainsi de l'état des vaisseaux sur lesquels on agit, modifier ses manœuvres selon les conditions pathologiques, et dé-

couvrir, lier et diviser entre deux ligatures, une ou plusieurs des branches vasculaires, pour assurer le succès de l'opération.

Incision transversale de M. Manec. Commencée au milieu de l'espace qui sépare les deux muscles sterno-mastoïdiens, on la prolonge vers l'épaule droite à 0^m,015 au-dessus de la clavicule (*fig. 183*). La peau et le peaucier divisés, on coupe, dans une étendue de 0^m,09, le muscle mastoïdien *e*, puis le sterno-hyoïdien et thyroïdien sur une sonde cannelée. On isole le tronc brachio-céphalique *d*

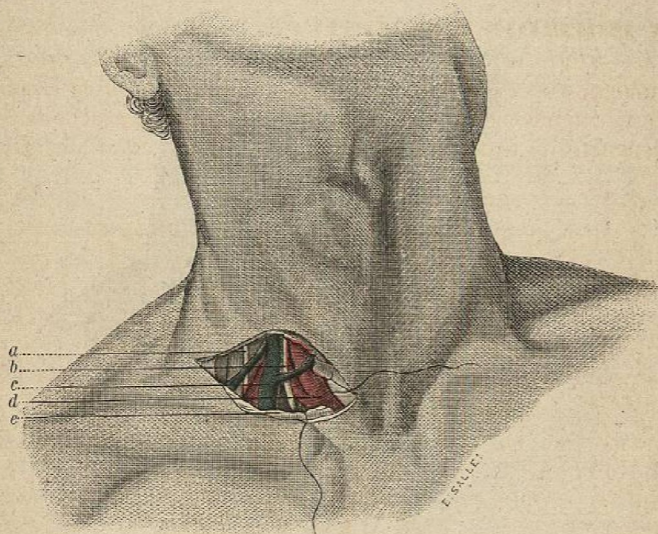


Fig. 183.

avec l'extrémité d'une sonde qui sert à conduire la ligature, en évitant le nerf pneumo-gastrique *b*, la veine jugulaire interne *c* et le nerf phrénique *a*.

Appréciation. De tous ces procédés, les plus brillants sont ceux de King et le mien; viennent ensuite ceux de Manec et de Mott. Si l'on considère la difficulté d'une pareille opération pendant la vie, les obstacles créés par le sang répandu au fond d'une plaie étroite, dans laquelle on peut à peine porter les instruments, et où un faux mouvement entraînerait immédiatement la mort du malade, on reconnaîtra, je crois, que la conduite de Mott est la plus prudente et la plus sûre. La grandeur de la plaie extérieure et l'incision de quelques muscles ne sont rien en comparaison du danger d'ouvrir la plèvre ou quelqu'une des grosses veines qui avoisinent l'artère.

Les précautions nécessaires à la réussite de la ligature sont: le repos absolu; une légère flexion de la tête en avant et à droite, pour mettre dans le relâchement le vaisseau qu'entoure la ligature; l'immobilité, et le régime des opérations graves. Si la circulation est trop énergique, on la modère par une ou plusieurs saignées; la ligature isolée de la carotide primitive et de la sous-clavière, avec la précaution de lier en même temps les branches collatérales les plus rapprochées, nous paraîtrait, comme nous l'avons dit, devoir être toujours préférée à celle du tronc brachio-céphalique.

CAROTIDES PRIMITIVES. *Anatomie chirurgicale.*

— Les artères carotides primitives placées sur les côtés du cou se terminent dans l'espace thyro-hyoïdien, en se divisant en carotides externe et interne. La droite est plus courte que la gauche de toute la longueur du tronc brachio-céphalique, et est aussi plus super-

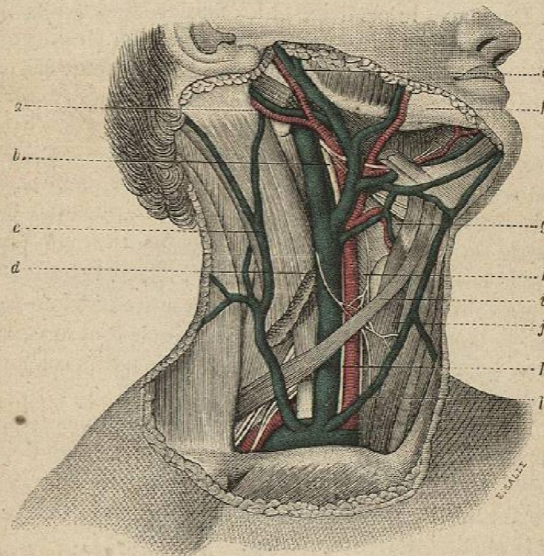


Fig. 184.

ficielle en bas, en raison de la direction oblique de la crosse de l'aorte, qui rend la ligature plus facile. Le muscle omo-hyoïdien *i* partage en deux portions le trajet des artères carotides primitives; au-dessus du muscle, ces vaisseaux sont peu profonds et à peine recouverts par le bord interne du muscle sterno-mastoïdien, quelques ramifications veineuses, les aponévroses cer-