

du sterno-mastoïdien, que l'on renverse ensuite facilement en arrière; en même temps on repousse en dedans la masse représentée par la trachée et les parties qui l'entourent, et l'on aperçoit au fond de la plaie le muscle omo-hyoïdien *a* et la veine jugulaire interne *c*, qui est en dehors de la carotide, ainsi que le nerf pneumo-gastrique *d*; on porte le muscle omo-hyoïdien en haut ou en bas, selon le point où doit être posée la ligature, ou on le coupe en travers s'il embarrasse l'opérateur; un aide presse alors sur la jugulaire, à l'angle supérieur de la plaie, afin de l'affaisser, et l'on ouvre en dedans d'elle, et en dédolant, la gaine celluleuse du vaisseau; on glisse une sonde cannelée d'argent cuit et légèrement courbée sur le côté externe de l'artère, on en fait sortir l'extrémité au côté interne, où l'on reçoit le bout de la sonde sur l'indicateur gauche servant de point d'appui. Quelques mouvements imprimés de haut en bas à la sonde cannelée en facilitent le passage, et il ne reste plus qu'à conduire sur la cannelure de l'instrument un stylet fenêtré garni d'un fil; on s'assure que l'on a saisi l'artère et l'on termine la ligature.

L'habitude de cette opération permet de ne découvrir aucun nerf, et la veine jugulaire forme le seul et principal rapport de l'artère; cela tient à ce qu'on attaque le milieu du diamètre transversal du vaisseau, et qu'en repoussant la gaine celluleuse en dehors et en dedans, on éloigne les nerfs voisins. Sans cette précaution, on a vu des opérateurs isoler le pneumo-gastrique, le filet de communication du trisplanchnique, et même le nerf récurrent.

Si la veine jugulaire était blessée, on pourrait, comme l'a fait Guthrie, saisir les lèvres de la plaie et y poser une ligature latérale, sans arrêter le cours du sang. J'ai lié plusieurs fois la veine entière sans provoquer d'accidents dans des cas d'ablation de cancers du cou ayant envahi les parois du vaisseau, et il serait encore possible de tamponner la plaie.

Entre les deux attaches inférieures du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Le procédé que nous venons de décrire est simple et facile pour la moitié supérieure de la carotide, mais il n'en est plus de même pour la ligature de la moitié inférieure de cette artère. Profondément cachée derrière le bord interne du sterno-mastoïdien, on éprouve beaucoup de difficultés à la mettre à nu; il faut la chercher dans une plaie oblique très-étroite et disposée en zigzag, et vaincre les obstacles qu'oppose la contraction musculaire; en outre, après l'opération, le sterno-mastoïdien reprenant sa position normale s'applique au-dessus du muscle sterno-hyoïdien, qui recouvre lui-même la carotide, et s'il se forme du pus autour de la ligature, aucune issue n'est ouverte à ce liquide, qui s'épanche dans le tissu

cellulaire cervical profond, et dans celui du médiastin, comme les observations que l'on possède l'ont fréquemment démontré.

C'est dans le but d'éviter ces graves inconvénients et de rendre la ligature de la moitié inférieure de la carotide aussi aisée et aussi peu dangereuse qu'à la partie supérieure, que j'ai proposé de la découvrir entre les deux insertions sternale et claviculaire du sterno-mastoïdien. Ce procédé, qui permet, comme je l'ai indiqué, d'arriver sur l'origine de la sous-clavière, des principales branches qu'elle fournit et du tronc brachio-céphalique, a été présenté avec une grande exactitude par M. Labarthe, dans une thèse soutenue à la Faculté de médecine de Paris, en 1828.

On reconnaît les deux attaches inférieures du mastoïdien, soit en les rendant saillantes par l'inclinaison de la tête en arrière et du côté opposé, soit en pratiquant une incision longitudinale dans la direction de l'articulation sterno-claviculaire. Un intervalle très-marqué se rencontre habituellement entre les deux faisceaux musculaires, et quand il est peu distinct, on le découvre aisément en le cherchant de bas en haut en dehors de l'insertion sternale du

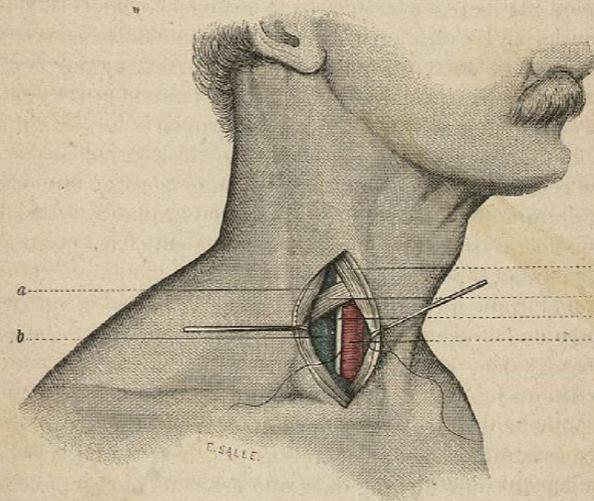


Fig. 186.

muscle. On sépare les deux attaches de ce dernier en portant le faisceau interne *c* en dedans et le faisceau externe *a* en dehors, au moyen de spatules ou de sondes recourbées en crochets, et l'on aperçoit plus profondément une portion de la veine jugulaire interne *b* et le nerf pneumo-gastrique *e*, qui est entre elle et l'artère *f*; le

muscle omo-hyoidien *d* croise la partie supérieure de la plaie, et le muscle sterno-hyoidien en occupe l'angle inférieur et interne. On isole l'artère après en avoir incisé la gaine celluleuse en dédoulant, et l'on passe autour d'elle une sonde cannelée suffisamment infléchie, en l'introduisant de dehors en dedans, pour éviter de blesser la jugulaire ou le nerf pneumo-gastrique. La plaie se trouve ainsi dans la direction du vaisseau; l'opération est facile; l'écoulement de pus, s'il y en a de formé, n'éprouve aucun obstacle, et l'on peut parvenir à l'origine même de l'artère et à celle des troncs voisins, si le siège et l'étendue des lésions l'exigent.

Dans le cas où le volume d'une tumeur anévrysmale ou toute autre cause rendrait difficile l'application de ce procédé, on ne devrait pas hésiter à diviser l'une ou l'autre insertion sternale ou claviculaire du muscle sterno-mastoïdien.

M. le docteur Dubois fils, médecin adjoint à l'hospice civil d'Abbeville, m'a montré (1867) une malade âgée de soixante-sept ans qu'il avait opérée par ce procédé, cinq ans auparavant, d'une tumeur anévrysmale de la moitié supérieure de la carotide primitive gauche, développée depuis sept années. L'incision oblique de dehors en dedans et de haut en bas dépassait dans ce sens la clavicule de deux travers de doigt. L'opération n'avait pas présenté de difficultés notables; un seul fil avait été posé et noué et était tombé le vingt-deuxième jour. Six semaines plus tard, la tumeur n'offrait plus qu'un noyau allongé et dur, dont la résorption eut lieu au bout de trois mois. J'ai pu constater l'absence de tout battement dans la carotide liée. La faciale du même côté ne pouvait être sentie, tandis qu'elle donnait à droite de fortes pulsations. La circulation s'était rétablie dans la temporale, et la malade, malgré son âge avancé, jouissait d'une santé parfaite.

Accidents consécutifs à la ligature de la carotide primitive.
La ligature de la carotide primitive entraîne, dit-on, rarement la mort des malades, et dans 65 cas rappelés par Lenoir, le petit nombre des succès dut être attribué au progrès des lésions contre lesquelles la ligature avait été pratiquée. Néanmoins des accidents ont souvent suivi cette opération et prouvent que la brusque interruption du cours du sang dans une des deux plus grosses branches qui concourent à la circulation cérébrale n'est pas exempte de danger, malgré la largeur des voies anastomotiques. Un malade d'Appernethy mourut au bout du trente heures dans le délire et les convulsions. Il en fut de même d'une femme opérée par Key, et d'une autre par Langenbeck. Dupuytren vit mourir un de ses opérés au bout de six jours dans un état adynamique. On a observé fréquemment l'hémiplégie du côté du corps opposé à celui de la liga-

ture. La même complication survint chez une jeune fille opérée par Magendie, et il y eut un affaiblissement permanent de l'intelligence. Deux de mes malades ont succombé à un ramollissement cérébral avec suppuration du côté correspondant à la ligature du vaisseau. La syncope, une faiblesse momentanée des membres, la diminution de la vision etc. sont quelquefois aussi survenues, et doivent faire restreindre la ligature de la carotide aux cas où elle est rendue absolument nécessaire par d'urgentes indications. M. Ehrmann, de Mulhouse, a parfaitement étudié cette question que M. Lefort vient encore de traiter avec les plus grands détails.

Appréciation des procédés. Nous recommandons le procédé ordinaire pour la moitié supérieure de l'artère, et le nôtre pour la moitié inférieure, avec la section du faisceau interne du sterno-mastoïdien, dans les cas compliqués et exceptionnels.

Carotides externe et interne. Ces artères sont faciles à lier au niveau du bord supérieur du larynx, dans le fond d'une incision, suivant le bord interne du sterno-mastoïdien et remontant vers l'angle de la mâchoire. Elles émergent de la carotide primitive, et ne sont recouvertes que par le muscle peaucier et par la peau. La carotide externe se trouve un peu au devant et en dedans de l'interne, et on y arrive sûrement en suivant l'extrémité supérieure de la carotide primitive; on la reconnaît aux nombreuses branches qui en émergent, tandis que la carotide interne en est dépourvue. La difficulté consiste à placer la ligature entre les origines de ces branches et à éviter les veines faciales, linguales et thyroïdiennes supérieures. On est en outre exposé à méconnaître le vaisseau qui est la source de l'hémorrhagie. Il a été généralement conseillé, dans ce cas, de recourir à la ligature de la carotide primitive, à moins qu'on ne pût saisir au fond d'une plaie l'orifice des vaisseaux blessés et en lier séparément les deux extrémités.

Les graves dangers de la brusque interruption du sang dans une portion étendue de l'encéphale nous ont engagé à combattre cette doctrine et à insister sur l'avantage de lier la carotide externe dans tous les cas où cette artère ou ses branches sont le siège de la lésion. La crainte de placer la ligature près des troncs nombreux qui naissent de l'artère, n'existe pas dans notre méthode de section artérielle, où l'on découvre et divise ceux qui touchent au point où l'on veut placer la ligature. Nous avons exécuté ainsi la ligature et la section simultanée de la thyroïdienne supérieure et de la carotide externe pour assurer le succès de cette dernière opération, qui réussit parfaitement. La thyroïdienne supérieure est la seule branche qui naisse ordinairement très-près de l'origine de la carotide ex-