

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-

terne, et la seule dont on ait à s'occuper, si l'on veut lier cette dernière à 0<sup>m</sup>,02 environ de la carotide primitive, sans vaisseau intermédiaire qui puisse entretenir la circulation et compromettre le résultat de l'opération.

Dans le cas où je fis cette ligature (tumeur variqueuse énorme de la tête, de la face et du palais), je mis à nu plusieurs veines volumineuses, spécialement la faciale et la linguale, et je dus les lier et les diviser entre deux ligatures; précaution nécessaire dans des opérations de ce genre, où tout écoulement de sang doit être évité.

Une intéressante discussion s'est engagée il y a quelques années à la Société de chirurgie sur les avantages de la ligature de la carotide externe de préférence à la carotide primitive, et sur les inconvénients des ligatures préventives, et la doctrine que nous venons d'exposer a été généralement adoptée.

Au lieu de suivre l'extrémité supérieure de la carotide primitive pour arriver à la carotide externe, on peut faire une *incision oblique de l'angle de la mâchoire, au bord externe et supérieur du cartilage thyroïde*. On divise l'aponévrose cervicale superficielle, puis la profonde; on écarte les ganglions lymphatiques et les veines, et près du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien et en dedans de la veine jugulaire interne on découvre l'artère, qui naît quelquefois de la carotide primitive par un tronc commun avec la thyroïdienne supérieure. La *carotide interne* devrait aussi être liée isolément, pour remédier aux tumeurs de l'artère ophthalmique.

**Thyroïdienne supérieure.** Walter, Heden, Coates, Langenbeck ont lié les artères thyroïdiennes pour permettre l'extirpation du corps thyroïde ou en déterminer l'atrophie. Voici le procédé que l'on peut suivre: on pratique, parallèlement au bord interne du sterno-mastoïdien, une *incision longitudinale de 0<sup>m</sup>,06, dont le milieu correspond à la grande corne du cartilage thyroïde*. La peau et le peaucier sont divisés, et aussitôt que le muscle sterno-mastoïdien est écarté du larynx, on voit au-dessus du muscle omohyoïdien la veine jugulaire et la carotide primitive: en renversant ces vaisseaux en dehors et le lobe correspondant du corps thyroïde en dedans, l'on rencontre l'artère thyroïdienne supérieure, souvent entourée de quelques veinules. L'insuccès et les accidents ont fait abandonner ces ligatures, qui seraient seulement applicables contre des hémorragies traumatiques. (Voy. pour la ligature de la thyroïdienne inférieure, les branches de la sous-clavière.)

**Artère linguale.** Amussat a fait la ligature de cette artère comme moyen d'arrêter le développement d'un cancer de la langue,

et il a été imité, à notre grande surprise, par le professeur Roux. C'est évidemment une opération qui n'offre aucune possibilité de réussite en raison des conditions de développement des affections cancéreuses. Il est assez facile de découvrir l'artère linguale par le procédé suivant:

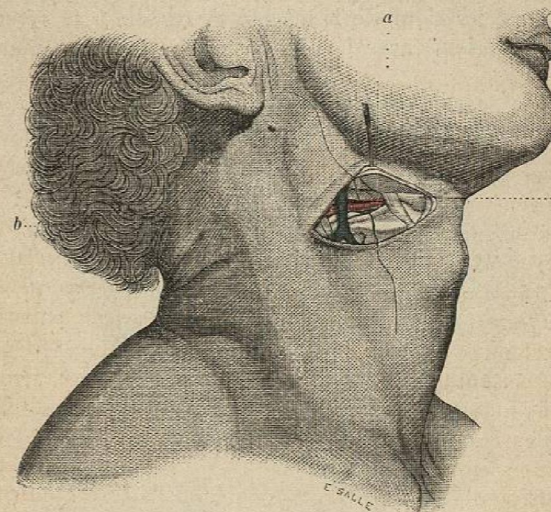


Fig. 187.

La tête étant renversée en arrière et inclinée du côté opposé à celui de l'opération, on reconnaît la saillie de l'os hyoïde; on fait une *incision oblique de 0<sup>m</sup>,06, qui, commencée à 0<sup>m</sup>,03 au-dessus du corps de l'os et près de la ligne médiane, se continue en arrière, en dehors et en bas, en rasant le bord supérieur de la grande corne thyroïdienne*. La peau et le muscle peaucier divisés, on les écarte, et le doigt porté dans la plaie reconnaît la présence et la direction de la grande corne de l'hyoïde; on se dirige sur elle pour couper à 0<sup>m</sup>,004 plus haut l'aponévrose qui recouvre les parties profondes, et l'on aperçoit souvent le muscle digastrique, dont le bord inférieur s'étend fréquemment jusqu'à ce point de l'os hyoïde, la glande sous-maxillaire, le nerf hypoglosse et le muscle stylo-hyoïdien *c*, qui en croise le trajet. On repousse en arrière quelques petites veines, et ayant relevé légèrement les parties molles que nous venons d'indiquer, et isolé ainsi supérieurement la grande corne de l'hyoïde, on tombe sur les fibres du muscle hypoglosse, qui viennent s'y attacher. Ce muscle, divisé à