

l'artère et celle-ci se trouver soit en rapport avec la veine, soit au devant du muscle scalène antérieur. Le petit scalène (faisceau isolé du scalène postérieur), lorsqu'il existe, peut séparer l'artère des nerfs voisins, ou se rencontrer entre quelques-uns de ces derniers; le muscle omo-hyoïdien a parfois présenté une insertion anormale à la clavicule, à laquelle se fixe encore, dans certains cas fort rares il est vrai, un petit muscle sus-clavier.

Anastomoses. Si l'artère sous-clavière est liée en dedans des scalènes et en deçà des branches qu'elle fournit, la circulation se rétablit dans le membre supérieur par les mêmes anastomoses qu'à la suite de la ligature du tronc brachio-céphalique; mais si l'artère n'a été oblitérée qu'au delà de l'origine de ses principales branches, le sang revient par la mammaire, la première intercostale, la cervicale postérieure et la sus-scapulaire dans les thoraciques, l'acromiale et la scapulaire commune, qui le versent dans l'axillaire; il a, par conséquent, deux ordres d'anastomoses à parcourir.

Historique. Procédés opératoires. La ligature de l'artère sous-clavière a été faite dans trois points différents: 1° en dedans des scalènes; 2° dans l'intervalle de ces muscles; 3° en dehors de leur bord externe.

En dedans des scalènes. Coles, de Dublin, fut le premier qui osa lier, le 10 octobre 1811, l'artère sous-clavière entre la trachée et les scalènes; la ligature ne fut complètement serrée que le quatrième jour, et le malade mourut le neuvième. Le bras n'avait nullement souffert par défaut de circulation. Hogdson, Liston, Mott, O'Reilly, Patridge, Rogers, Auvers, Cuvellier ont suivi cet exemple, et l'on compte aujourd'hui douze opérations, douze morts. Le danger tient particulièrement aux hémorragies du bout périphérique, et il serait utile, comme nous l'avons déjà indiqué, de lier les branches qui en sont les plus rapprochées: la thyroïdienne inférieure et la vertébrale.

Entre les scalènes. Dupuytren découvrit l'artère sous-clavière entre les scalènes, et exécuta plusieurs fois ce procédé. Une incision transversale est pratiquée le long de la clavicule, entre le muscle trapèze et le sterno-mastoïdien, dont on coupe la portion claviculaire; on divise la peau, l'aponévrose superficielle, le peaucier, puis, écartant avec l'extrémité d'une sonde les veines que l'on rencontre et les nerfs sus-claviculaires, on arrive sur le muscle scalène antérieur, dont on met à nu le bord externe en se guidant sur le tubercule de la première côte.

Il faut, dans ce temps de l'opération, ménager avec soin le nerf phrénique, dont la direction est parallèle au scalène antérieur, sur lequel on le trouve souvent immédiatement appliqué (fig. 191). On

glisse une sonde cannelée derrière le muscle et on le coupe en travers, en ménageant la veine sous-clavière, qui est en avant. Au moment même les fibres musculaires se rétractent et laissent l'artère à nu. Ce procédé est d'une exécution facile et brillante sur le cadavre, mais il nous paraît offrir de graves dangers. Plusieurs branches volumineuses naissent fréquemment de la sous-clavière dans l'intervalle des scalènes, et l'on est exposé à les blesser; il est également fort difficile d'éviter celles qui entourent le bord interne du scalène antérieur; en outre, la ligature est très-rapprochée des points d'origine de plusieurs branches collatérales, et l'on sait combien cette circonstance est désavantageuse pour la formation du caillot.

En dehors des scalènes. Ransden, le premier, pratiqua cette ligature en novembre 1809; il fit une incision dont une des branches verticales descendait le long du bord externe du muscle sterno-mastoïdien, tandis que l'autre suivait le bord supérieur de la clavicule; le lambeau cutané fut renversé en haut et en dehors; l'aponévrose superficielle et le peaucier ayant été divisés, l'artère fut rapidement découverte vers le tubercule de la première côte; mais il fut excessivement long et difficile de l'entourer d'une ligature, et le malade succomba le sixième jour. A. Cooper avait en vain essayé, quelque temps auparavant, de lier ce vaisseau: il n'avait saisi qu'un nerf brachial. De pareils exemples prouvent combien ces opérations présentent d'obstacles sur l'homme vivant, puisque les plus habiles chirurgiens y ont échoué. Depuis cette époque toutefois, on s'est tellement exercé à répéter ces ligatures, que de pareilles erreurs seraient beaucoup moins excusables.

Il serait trop long de décrire toutes les modifications apportées à la direction de l'incision tégumentaire, dont les obliquités, la verticalité ou la forme en V ne constituent pas des procédés.

Simple incision transversale au-dessus de la clavicule Hogdson. Ce procédé, le plus simple et le meilleur, doit être généralement adopté, à moins qu'on ne divise en même temps les téguments de bas en haut, si on le juge nécessaire.

Le malade, couché sur le dos, la poitrine légèrement élevée, la tête tournée du côté opposé à l'opération, et l'épaule abaissée pour entraîner la clavicule et rendre l'artère moins profonde, on incise les téguments dans l'étendue de 0^m,09 le long du bord supérieur de la clavicule, à partir de 0^m,02 en dehors de son extrémité sternale. Le tissu cellulaire, le peaucier, des veinules, quelques nerfs et l'aponévrose sont divisés. On peut reconnaître alors un premier triangle, formé en dedans par le sterno-mastoïdien, en bas par la clavicule et en dehors par l'omo-hyoïdien. Après avoir écarté les