

veines, les ganglions et le tissu cellulaire, on tombe sur le second espace triangulaire, beaucoup plus étroit et déjà décrit, limité : *en dedans* par le muscle scalène; *en bas* par la première côte; *en haut et en dehors* par les nerfs du plexus brachial. C'est à la partie la plus inférieure de cet espace et au-dessous des nerfs que l'on rencontre l'artère au moment où elle se recourbe sur la première

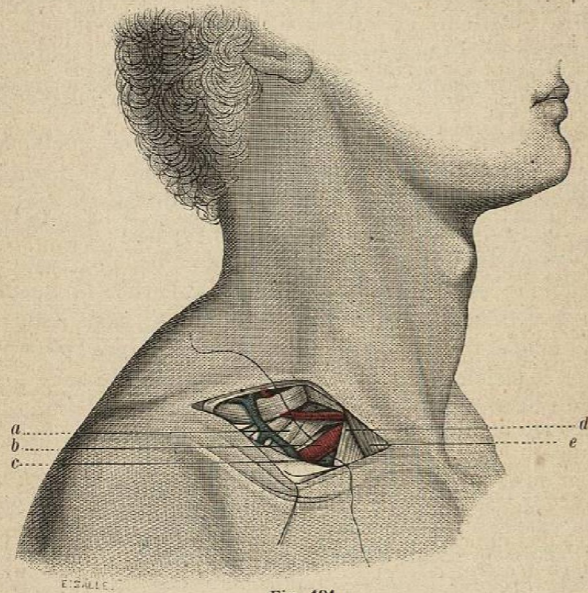


Fig. 191.

côte, au point d'insertion du scalène antérieur à son tubercule. Si ce dernier manquait ou était peu apparent, cette insertion musculaire, qui fait un léger relief, serait un guide suffisant.

On repousse contre la clavicule la veine sous-clavière *c*, qui est en avant du muscle, on renverse et l'on divise les fibres les plus externes du muscle sterno-mastoïdien, dans le cas où elles dépasseraient en dehors le bord externe du scalène antérieur; on écarte en dehors ou en dedans la veine jugulaire externe, et l'on se fraie un chemin jusqu'à la première côte, au milieu de filets nerveux, de ganglions lymphatiques, de veinules, des artères scapulaire et cervicale transverse et du tissu cellulaire, qui offre, selon les sujets, une consistance variable. Une fois arrivé sur le tubercule de la première côte, on peut facilement sentir les battements de l'artère *b*, en la comprimant avec l'extrémité du doigt indica-

teur porté de haut en bas dans la plaie. Si les pulsations n'étaient pas senties, on mettrait l'artère à nu, en écartant avec le bec de la sonde le tissu cellulaire qui l'entoure. On évitera de la confondre avec les cordons du plexus brachial *a*, qui lui sont juxtaposés, en se rappelant qu'elle est située tout à fait en dedans et au-dessous des nerfs. On a conseillé de glisser le bec d'une sonde cannelée convenablement recourbée sous l'artère en se guidant seulement avec le doigt sur le tubercule costal; se serait s'exposer à ne pas agir avec toute la sûreté désirable, et si l'on a eu le soin de lier exactement les vaisseaux qui ont été ouverts, on peut apercevoir l'artère et la soulever d'avant en arrière et de dehors en dedans sur une sonde d'argent flexible, dont on reçoit l'extrémité sur la pulpe de l'indicateur gauche, qui ramène le bout de l'instrument en haut et en avant en le courbant davantage s'il est nécessaire, et préserve ainsi les nerfs de toute lésion. Un stylet aiguillé chargé d'un fil est aussitôt conduit de la même manière sur la sonde; la ligature placée, on retire les instruments, et on la noue avec les précautions que nous avons précédemment indiquées et que réclame la profondeur de la plaie.

Appréciation. Nous avons déjà fait connaître, avec quelques détails, les dangers de la ligature de la sous-clavière, soit en dedans des scalènes, soit dans l'intervalle de ces muscles; aussi considérons-nous ces opérations comme exceptionnelles. En dehors des scalènes, la ligature de la sous-clavière a réussi plusieurs fois, bien qu'elle ait aussi été suivie fréquemment d'insuccès, et il est nécessaire d'en comparer les divers procédés d'exécution. On peut, je crois, les distinguer en trois principaux, selon la forme de l'incision extérieure, qui est verticale, en L, ou transversale. L'incision verticale, et sous ce nom je comprends toutes les incisions plus ou moins obliques, a le grave inconvénient de diviser presque forcément les artères scapulaire supérieure et cervicale commune; elle est, en outre, difficile, parce qu'il faut tomber juste, un peu en dehors du scalène; de plus, une des extrémités de la plaie correspond à l'artère, et le point qui devrait présenter le plus de largeur est le plus étroit. Les incisions en L sont bien préférables; car la lésion de la peau est fort peu de chose dans une aussi grave opération, et je n'hésiterais pas à imiter la conduite de Ransden, si la plaie tégumentaire se trouvait bridée. Cependant l'incision transversale, ou procédé d'Hogdson, paraît presque toujours suffire; elle a été adoptée par Lisfranc, Sanson, Velpeau etc., et doit être habituellement pratiquée.

Anastomoses. La circulation se rétablit en général avec rapidité dans le membre supérieur après la ligature de la sous-clavière; le

pouls avait reparu au bout de quarante-huit heures chez un malade de Roux. Si la gangrène du membre est rarement survenue, on a observé assez souvent des symptômes graves du côté de la poitrine, du cœur et de l'encéphale, tels que la suffocation, la péricardite, le délire etc., très-probablement causés par la lésion des nerfs ou de la plèvre, dont il est important de se préserver.

BRANCHES DE L'ARTÈRE SOUS-CLAVIÈRE.

Les artères fournies par le tronc de la sous-clavière, que l'on peut mettre à nu et entourer d'une ligature, sont : la vertébrale, la thyroïdienne inférieure et la mammaire interne. Les autres branches pourraient également être liées, mais seulement dans le cas d'une plaie accidentelle, au fond de laquelle on les saisirait.

Vertébrale. On arrive assez aisément sur l'artère vertébrale, en écartant inférieurement les deux faisceaux du muscle sterno-mastoidien (voy. mon procédé pour la ligature de la carotide primitive et la fig. 186). Le doigt, porté au fond de la plaie, reconnaît, à 0^m,06 environ au-dessus de la clavicule, la saillie antérieure de l'apophyse transverse de la sixième vertèbre cervicale, appelée *tubercule carotidien* par M. Chaissagnac. L'artère vertébrale s'y trouve immédiatement accolée, en dehors du muscle long du cou. Un autre procédé consiste à pratiquer l'incision verticale en dehors du muscle sterno-mastoidien, que l'on repousse en dedans pour découvrir le scalène et terminer la ligature. Il faut, comme nous l'avons indiqué, rechercher le tubercule carotidien et écarter soigneusement le bord interne du scalène antérieur, du muscle long du cou.

Thyroïdienne inférieure. Le procédé précédent est applicable à la ligature de l'artère thyroïdienne inférieure, qui se trouve un peu au-dessus du tubercule carotidien et s'avance obliquement vers le lobe inférieur du corps thyroïde, en passant en arrière de la veine jugulaire interne et de la carotide primitive, en dedans de laquelle on la met à nu. On peut également pratiquer l'incision sur le bord interne du muscle sterno-mastoidien, que l'on écarte en dehors et en arrière.

Mammaire interne. Étendue obliquement sur les côtés du sternum, dont elle se rapproche en descendant, l'artère mammaire interne se rencontre entre la plèvre et la face postérieure des cartilages sterno-costaux et des muscles intercostaux internes; on la découvre en incisant transversalement le troisième ou le quatrième

espace intercostal, à quelques millimètres en dehors du bord du sternum. On divise la peau, le grand pectoral et le muscle intercostal correspondant, avec précaution, et l'on aperçoit l'artère, sous laquelle on passe facilement une sonde cannelée, en ménageant la plèvre qui est subjacente.

ARTÈRE AXILLAIRE. *Anatomie.* L'artère axillaire s'étend depuis le bord inférieur de la clavicule jusqu'à niveau du tendon du muscle grand pectoral, où elle prend le nom d'*artère humérale*. On doit en examiner les rapports dans trois points principaux : au-dessus du muscle petit pectoral; derrière ce muscle, et au-dessous ou dans l'aisselle proprement dite.

Au-dessus du muscle petit pectoral, l'artère se rencontre dans un espace triangulaire ou clavi-pectoral, limité en haut par la clavicule, en bas par le bord supérieur du muscle petit pectoral, et en dedans par une ligne fictive parallèle au sternum. Dans ce triangle, l'artère axillaire, dirigée de haut en bas et de dedans en dehors, est successivement recouverte par la peau, quelques fibres du peaucier, des filets nerveux claviculaires et thoraciques, une aponévrose superficielle, le grand pectoral; on rencontre plus profondément encore les vaisseaux thoraciques destinés à ce muscle et au petit pectoral, les artères acromiale et mammaire externe, une seconde aponévrose, quelquefois assez dense, appelée coraco-claviculaire, et au-dessous d'elle un lacis vasculaire et nerveux, au milieu duquel on aperçoit en bas et en dedans, vers le sternum, la veine axillaire, en haut et en dehors le plexus brachial, et entre la veine et ce dernier l'artère axillaire, que l'on découvre soit en abaissant la veine, ce qui est indispensable sur le vivant, soit en reportant en haut les cordons nerveux; mais on s'expose ainsi à ne pas soulever tous les nerfs, et à confondre l'un d'eux avec l'artère. C'est en dehors de ce premier triangle, et superficiellement vers l'apophyse coracoïde, que se remarque la ligne de séparation des muscles grand pectoral et deltoïde, et la veine céphalique qui monte dans leur intervalle.

Derrière le muscle petit pectoral, l'artère axillaire est située encore plus profondément; elle est recouverte par toute l'épaisseur du grand et du petit pectoral. Lorsque le grand pectoral a été divisé ou écarté et que l'on incise le petit pectoral de haut en bas et de dedans en dehors, les fibres musculaires se rétractent et l'artère apparaît entre la veine et les nerfs, ce qui permet de la saisir assez aisément.

Au-dessous du petit pectoral, l'axillaire est recouverte en avant par la paroi antérieure de l'aisselle, dont elle est plus rapprochée que de la paroi postérieure; elle est appuyée en dehors contre l'ar-