

que l'interne, est immédiatement en contact avec ce nerf ; d'où le précepte : Cherchez au fond de la plaie le nerf grand hypoglosse, et, sans plus d'exploration, liez le vaisseau sur lequel il repose. Ce précepte est très bon, mais à la condition de trouver le nerf grand hypoglosse, que l'on a parfois quelque difficulté à découvrir, même sur le cadavre. J'en conclus que, si l'on rencontre, chemin faisant, l'un des trois points de repère : situation du vaisseau, naissance d'une collatérale ou bien le grand hypoglosse, il faut s'en contenter sans rechercher les deux autres. Un quatrième point de repère consiste à comprimer le vaisseau découvert et à rechercher si les battements de l'artère temporale sont interrompus. Un cinquième a été signalé par M. Farabeuf : c'est la grande corne de l'os hyoïde, qui se trouve au contact de la carotide externe.

La ligature de la carotide externe, ai-je dit, est une opération difficile, et ce qui précède le prouve déjà : mais en voici, à mon sens, la raison principale.

L'incision cutanée présente, en général, dans les ligatures d'artère une grande importance ; aussi, cherchons-nous à la préciser le mieux possible : des saillies musculaires, des interstices, des saillies osseuses, nous permettent de la tracer ; chemin faisant, nous rencontrons souvent des jalons qui nous prouvent que nous ne nous égarons pas. Il existe parfois des muscles satellites tels que le couturier, le biceps, le coraco-brachial, etc. Or, s'il existe des points de repère profonds pour la ligature de la carotide externe, les points de repère superficiels font défaut, car c'est bien à tort que l'on considérerait comme tel le muscle sterno-mastoïdien. J'ai cherché dans la figure 154 à montrer la situation précise de l'artère carotide externe par rapport à l'angle de la mâchoire et au muscle sterno-mastoïdien. On voit que le muscle s'écarte de l'artère.

Selon Richet, le sterno-mastoïdien recouvrirait les artères carotides jusqu'à la partie supérieure du cou ; oui, cela est vrai dans l'attitude normale de la tête, alors que l'angle de la mâchoire touche presque le bord antérieur du muscle, mais c'est inexact lorsque la tête est dans l'extension et tournée du côté opposé, quand elle est dans la situation où la met le chirurgien pour pratiquer les opérations sur la région, et c'est, en définitive, dans cette attitude-là que les rapports sont importants à connaître. Sans doute, une incision parallèle au bord antérieur du sterno-mastoïdien permettra d'arriver sur les vaisseaux, mais difficilement et avec plus de chance d'erreur, ainsi que je l'ai vu tant de fois dans les répétitions de médecine opératoire.

D'après ce qui précède, et en considérant la figure 154, je pense, avec M. Guyon, que la meilleure ligne d'incision cutanée pour la ligature de la carotide externe est une ligne légèrement oblique, partant en haut de l'angle de la mâchoire, pour aboutir en bas au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, à peu près au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde. En poursuivant cette incision couche par couche, sans dévier ni en avant ni en arrière, et faisant écarter également les bords de la plaie, on arrive nécessairement tout droit sur l'artère ; on y arrive d'autant plus sûrement que la direction de l'incision croise légèrement celle du vaisseau.

En étudiant la région parotidienne, j'ai déjà discuté (p. 281 et 282) l'importance de la ligature de la carotide externe. Je répète ici que dans toute hémorragie d'une des branches collatérales ou terminales de la carotide externe, si on ne peut agir dans la plaie, c'est la carotide externe et non pas la carotide primitive