

En cas de plaie, le chirurgien n'a souvent pas le temps d'intervenir, mais s'il intervient, il n'a pas le choix de la méthode : il faut lier les deux bouts dans la plaie. Or, si la plaie siège en dedans des scalènes ou entre ces deux muscles, une hémorragie secondaire est fatale à la chute du fil.

La ligature ne peut donc rien, ou à peu près, dans ces cas désespérés, et je serais d'avis de tenter la torsion. J'ai plusieurs fois vu, à la suite de torsions de fémorale chez l'homme, une grosse collatérale naître à quelques millimètres au-dessus du point tordu, rester perméable et n'apporter aucun obstacle à l'hémostase. Je pense que la torsion des artères est un moyen hémostatique supérieur à la ligature, surtout au point de vue de l'hémorragie secondaire, et, m'autorisant des nombreux cas qui me sont personnels, je puis émettre la proposition suivante : En toute circonstance, la torsion est un moyen hémostatique au moins égal à la ligature ; elle lui est même préférable lorsque la plaie siège au voisinage d'une ou plusieurs collatérales qu'on ne pourra lier en même temps que le tronc principal (et c'est le cas pour la sous-clavière dans ses deux portions internes), car elle met à l'abri de l'hémorragie secondaire (1).

Si l'on se décidait à découvrir la sous-clavière entre les scalènes, il faudrait couper le faisceau claviculaire du sterno-mastoïdien, écarter le nerf phrénique et diviser le muscle scalène antérieur ; mais le véritable lieu d'élection pour la ligature de l'artère est la portion située en dehors des scalènes. Entre ces muscles et la clavicule elle ne fournit, en général, aucune branche collatérale.

D'après les détails anatomiques qui précèdent, nous pouvons formuler ainsi les règles de médecine opératoire applicables à la ligature en dehors des scalènes (2) : Inciser horizontalement, à 1 centimètre au-dessus de la clavicule,

(1) L'hémorragie secondaire à la suite des ligatures d'artères tient à plusieurs causes, dont la principale est l'absence de caillot au moment de la chute du fil. Or, je prétends que la torsion éloigne absolument cette cause. En effet, le malade sera-t-il jamais plus exposé à une hémorragie qu'il ne l'est à l'instant même où l'on vient de pratiquer la torsion ? Certes non : — à ce moment-là, le sang se précipite contre le bout de l'artère (surtout si l'on a employé la bande d'Esmarch) ; il n'y a pas d'autre agent protecteur que les tuniques artérielles tordues. Or, s'il ne survient pas d'hémorragie pendant les instants qui suivent la torsion, comment pourrait-il en survenir plus tard, puisque le bout de l'artère se trouve, après l'opération, précisément dans la condition la plus défavorable à l'hémostase, celle où se produisent les hémorragies secondaires à la chute du fil, c'est-à-dire privé du caillot ? Chaque minute qui s'écoule assure encore l'hémostase, puisque la fibrine ne tarde pas à se déposer sur les bouts déchirés et anguleux de la tunique moyenne, et, ne s'en déposât-il point, que le vaisseau n'en serait pas moins complètement oblétré.

Pour être définitive à la suite de la torsion, l'hémostase n'a donc pas nécessairement besoin d'un caillot : aussi, est-elle supérieure à la ligature pour les artères qui, comme la sous-clavière, présentent des conditions anatomiques telles qu'un caillot ne peut se former dans leur intérieur. L'hémorragie secondaire ne pourrait se produire que d'une seule façon : si les tuniques tordues se détordaient. La théorie pouvait déjà faire prévoir que si le bout d'une grosse artère tordue a résisté pendant un quart d'heure au choc de l'ondée sanguine, alors qu'il bat à découvert à l'extrémité du moignon, il n'y a pas de raison pour qu'il ne résiste mieux encore après le pansement, lorsque l'artère sera rétractée dans sa gaine et comprimée par les muscles voisins ; mais les faits valent mieux que la théorie. Les nombreuses torsions que j'ai pratiquées me permettent d'affirmer que les artères tordues par mon procédé ne se détordent pas.

(Note de la 10^e édition.) — Je pense toujours que la torsion des grosses artères donne d'excellents résultats. Toutefois, cette question de médecine opératoire a perdu beaucoup de son importance depuis l'avènement de l'antisepsie, c'est-à-dire depuis que nous employons des fils aseptiques et résorbables.

(2) Bien que ce livre ne soit pas destiné à l'étude de la médecine opératoire, j'ai cru cependant utile de donner très sommairement les règles qui permettent de découvrir les principales artères. — Ce n'est pas pour faire double emploi, c'est parce que la médecine opératoire et les ligatures d'artères en particulier sont la véritable synthèse de l'anatomie, c'est parce que le