

du tronc brachio-céphalique et à gauche de la crosse de l'aorte, la carotide primitive occupe au cou l'espace compris entre l'articulation sterno-claviculaire et le bord supérieur du cartilage thyroïde, où elle se bifurque en carotide externe et carotide interne. Elle ne fournit dans ce trajet aucune branche collatérale. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien doit être considéré comme le satellite de cette artère. Or, l'artère se dirige à peu près verticalement, tandis que le muscle présente une direction oblique en haut et en arrière. Il croise donc obliquement l'artère de façon à la recouvrir complètement en bas (ligne pointillée, fig. 152) ; à la partie moyenne du cou, l'artère n'est plus en rapport qu'avec le bord antérieur du muscle, et elle s'en éloigne complètement au niveau de sa bifurcation. Ces rapports sont ceux que présente l'artère lorsque la tête est placée dans l'extension, la face regardant du côté opposé, c'est-à-dire dans l'attitude choisie pour pratiquer la ligature des carotides, pour ouvrir des abcès ou faire l'ablation de tumeurs dans la région carotidienne, et c'est, en définitive, à ce moment-là que le chirurgien a besoin de connaître les rapports.

On doit considérer à la région carotidienne, au point de vue chirurgical, trois portions essentiellement distinctes : l'une inférieure, l'autre moyenne, la troisième supérieure. Les deux premières correspondent à la carotide primitive, la troisième à ses deux branches de bifurcation, et surtout à la carotide externe. Cette division est nécessitée par la différence des procédés opératoires qui permettent de découvrir les artères dans l'un ou l'autre de ces points.

*Portion inférieure.* — Dans cette portion, la carotide primitive droite diffère un peu de la gauche, cette dernière naissant directement de la crosse de l'aorte. La carotide gauche est plus longue et plus profonde que la droite ; située, à son origine, dans la cavité thoracique, elle répond, en dehors, à la plèvre et au poumon gauches.

La carotide primitive est successivement recouverte par les téguments, le muscle sterno-cléido-mastoïdien, la veine jugulaire antérieure, le feuillet moyen de l'aponévrose cervicale, comprenant dans un dédoublement les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien, et par le tronc veineux brachio-céphalique, qui croise l'artère presque à angle droit.

La carotide répond à l'articulation sterno-claviculaire et à l'intervalle triangulaire qui sépare les deux chefs du muscle sterno-cléido-mastoïdien. C'est pour cela que Sédillot a proposé de découvrir l'artère en pratiquant une incision verticale entre ces deux chefs. Mais une seule incision verticale ne donne pas assez de jour, c'est pourquoi je préfère le procédé suivant : incision verticale parallèle au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien ; seconde incision horizontale partant de l'extrémité inférieure de la première, se portant en dehors parallèlement à la clavicule ; section du faisceau sternal du sterno-cléido-mastoïdien et des muscles sous-hyoïdiens un peu au-dessus de la clavicule, de façon à éviter la veine jugulaire antérieure. Ce procédé a l'avantage de pouvoir s'appliquer à la fois à la ligature du tronc artériel brachio-céphalique, de la carotide primitive et de l'artère sous-clavière à leur origine.

Les gros troncs veineux, dont la blessure constitue l'un des principaux dangers de ces trois ligatures, sont la veine sous-clavière, la veine jugulaire interne et les deux troncs veineux brachio-céphaliques qui recouvrent les artères. Il convient de saisir ces vaisseaux dans un crochet mousse et de les attirer en bas et en dehors. Le nerf pneumogastrique droit, situé en arrière de la caro-