

tide et de la jugulaire interne, passe en avant de l'artère sous-clavière droite (fig. 133), sur laquelle il repose, et fournit à ce niveau le nerf récurrent.

Dans le cas d'anévrysme du tronc brachio-céphalique, de la sous-clavière ou de la carotide primitive à leur origine, la ligature par la méthode d'Anel, c'est-à-dire entre le cœur et la tumeur, est matériellement très difficile, et, de plus, expose presque fatalement le malade à une hémorragie secondaire lors de la chute de la ligature, à cause du voisinage d'énormes collatérales. On appliquerait avec plus d'avantage à ces anévrysmes la méthode de Brasdor, c'est-à-dire la ligature entre la tumeur et les capillaires, ce qui a, d'ailleurs, été tenté avec succès un certain nombre de fois.

*Portion moyenne.* — Cette portion correspond à la partie moyenne du cou et à la partie supérieure de la carotide primitive. C'est le lieu d'élection pour la ligature de cette artère.

Entre le sterno-cléido-mastoïdien, qui est en dehors, et le canal laryngo-trachéal, qui est en dedans, existe sur les parties latérales du cou une sorte de dépression, ou gouttière, qui apparaît bien, surtout chez les sujets maigres. Au fond de cette gouttière, que l'on pourrait appeler gouttière carotidienne, se trouve la carotide, qui, devenue plus superficielle, n'est plus recouverte à ce niveau que par les téguments, le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien et le feuillet moyen de l'aponévrose cervicale. En écartant les deux lèvres de cette gouttière, on mettra donc à découvert le paquet vasculo-nerveux du cou. Il faut, pour cela, pratiquer une incision parallèle au bord antérieur du muscle, et rechercher soigneusement l'interstice qui le sépare des muscles sous-hyoïdiens ; en suivant cet interstice, on arrive sur les vaisseaux.

Mais quelle lèvre de la gouttière convient-il d'écarter ? Faut-il les écarter toutes les deux ? Faut-il écarter seulement le sterno-mastoïdien, comme le conseillent la plupart des auteurs, ou bien seulement le canal laryngo-trachéal ? C'est cette dernière manœuvre qu'il faut exécuter, à mon avis ; voici pourquoi : un des accidents les plus redoutables de la ligature de la carotide primitive est la blessure de la veine jugulaire interne : or, cette veine, qui sur le cadavre paraît située seulement en dehors de l'artère, est, en réalité, lorsqu'elle est pleine de sang, située en dehors et en avant. Elle recouvre l'artère presque complètement, si bien que, lorsqu'on reporte en arrière le sterno-mastoïdien, c'est la veine qui se présente sous le bistouri. Si, au contraire, laissant le muscle en place, on reporte en dedans le canal laryngo-trachéal, on aperçoit l'artère sans que la veine soit même découverte.

A leur face externe, la veine jugulaire interne et la carotide primitive sont croisées par le muscle omoplate-hyoïdien, dont il n'y a pas lieu de se préoccuper. On y trouve encore une anse nerveuse formée par la branche descendante de l'hypoglosse et la branche descendante interne du plexus cervical. Quelquefois cette anse siège entre la veine et l'artère.

Il n'est pas rare de rencontrer des ganglions lymphatiques appliqués immédiatement sur la carotide primitive, et leur présence complique notablement la ligature du vaisseau. Dans un cas je dénudai un ganglion, croyant avoir affaire à la carotide : la surface lisse, la couleur gris rosé du ganglion, et surtout les battements énergiques que lui imprimait l'artère, m'en imposèrent un instant.

En arrière, la carotide est croisée par la vertébrale et la thyroïdienne infé-