

rière. Elle repose sur les tubercules antérieurs des apophyses transverses des vertèbres cervicales, où l'on pourrait essayer de la comprimer en cas de plaie.

Je signalerai spécialement le tubercule de la sixième vertèbre, plus volumineux que les autres, appelé par Chassaignac tubercule carotidien, à cause du point de repère précieux qu'il fournit lorsque les rapports des parties molles ont été altérés.

Le nerf pneumogastrique est situé en arrière des deux vaisseaux, dans l'écartement qu'ils laissent entre eux. Il est dans la même gaine, et presque accolé à l'artère, en sorte qu'on pourrait le comprendre dans la ligature, si l'on ne dénudait pas avec soin le vaisseau.

Quant au nerf grand sympathique, il est plus profondément situé et complètement séparé du faisceau vasculo-nerveux par un feuillet aponévrotique spécial qui est une dépendance de l'aponévrose profonde ou prévertébrale ; il ne court donc pas risque d'être compris dans la ligature, pour peu qu'on y fasse attention.

J'ai à peine besoin de faire remarquer l'extrême gravité que présentent les blessures de ces vaisseaux. Le diagnostic de l'artère lésée est souvent fort embarrassant. Dans le cas de plaie transversale du cou par instrument piquant, un coup d'épée, par exemple, on peut même hésiter sérieusement à reconnaître le côté blessé.

Est-ce la carotide primitive, la vertébrale, ou la thyroïdienne inférieure, qui est intéressée lorsque la plaie siège dans le point où nous avons vu ces trois vaisseaux s'entre-croiser et se superposer ? Y en a-t-il un seul ou plusieurs ouverts ? Questions le plus souvent insolubles. Aussi, dans les hémorragies artérielles du cou, n'est-on jamais certain de se rendre maître du sang par la ligature de la carotide primitive au-dessous de la blessure, puisque dans l'hypothèse d'une plaie de la vertébrale ou de la thyroïdienne inférieure, le sang vient de la sous-clavière ; et, d'ailleurs, l'hémorragie se reproduirait par le bout supérieur. Aussi, faut-il lier les deux bouts dans la plaie, à quelque profondeur qu'il faille pénétrer.

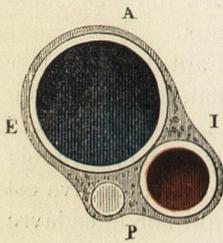


Fig. 153. — Coupe horizontale de la gaine vasculo-nerveuse du cou montrant les rapports réciproques de la veine jugulaire interne, de la carotide primitive et du nerf pneumogastrique. — (Côté droit ; adulte ; grandeur naturelle.)

A, antérieur.
E, externe.
I, interne.
P, postérieur.

Au moment de sa bifurcation, la carotide primitive présente une légère dilatation qui paraît être le siège le plus commun des anévrysmes de cette artère. Il est aisé de comprendre l'influence qu'exercent ces anévrysmes sur les organes du voisinage, sur la trachée, l'œsophage, les nerfs laryngés, sur le pneumogastrique et le grand sympathique. J'ai dit, plus haut, que la méthode de Brasdor convenait seule aux anévrysmes de la partie inférieure. On doit employer ici la méthode d'Anel, lier entre le cœur et la tumeur en se tenant le plus loin possible de l'origine des sous-clavières. Il semblerait que l'absence de toute collatérale sur le trajet de la carotide primitive dût favoriser la formation d'un bon caillot et mettre à l'abri de l'hémorragie secondaire. Il n'en est rien : cet accident a été souvent observé à la suite de la ligature de la carotide primitive. J'ai déjà signalé, page 76, la fréquence des accidents cérébraux, augmentant encore singulièrement la gravité de cette opération.

La contiguïté de la carotide primitive et de la veine jugulaire interne explique