

la production de l'anévrisme artérioso-veineux dont Le Fort a rapporté huit cas dans son article CAROTIDE du *Dictionnaire encyclopédique*. Ordinairement, cette lésion est le résultat d'une plaie par instrument piquant. A la longue, il se produit souvent une varice anévrysmale, c'est-à-dire une simple communication des deux vaisseaux sans tumeur adjacente ou intermédiaire.

Les plaies de la veine jugulaire interne sont plus graves encore que celles de la carotide primitive.

M. Dussutour, utilisant les travaux français et étrangers, et en particulier celui de W. Gross (de Philadelphie), est arrivé à conclure qu'une plaie de la veine jugulaire interne, abandonnée à elle-même, est fatalement mortelle, par hémorragie, thrombose, phlébite, infection purulente ou introduction de l'air. Le seul traitement rationnel de ces plaies est la ligature des deux bouts. M. Dussutour considère comme désastreuse la ligature latérale de la veine.

Les abcès profonds du cou, principalement ceux qui se développent à la suite de la scarlatine, ont déterminé plusieurs fois l'ulcération de la jugulaire interne, et toujours les malades sont morts. Quant à la simple dénudation de la veine, même sur une assez grande étendue, à la suite de l'extirpation d'une tumeur du cou, elle peut déterminer la production d'une thrombose, mais, en général, elle n'est pas suivie d'accidents.

Grâce aux nombreuses et larges anastomoses qui relient entre elles toutes les veines de la tête, grâce aux voies de dérivation constituées par les veines jugulaires externe et antérieure, la ligature de la jugulaire interne n'apporte que très peu d'obstacle à la circulation en retour du sang et, contrairement à la ligature de la carotide primitive, n'occasionne aucun accident du côté de l'encéphale.

*Portion supérieure.* — Arrivée au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde, quelquefois un peu plus haut ou un peu plus bas, la carotide primitive se divise en deux branches : la carotide externe et la carotide interne.

Le muscle sterno-cléido-mastoiïdien, se portant obliquement en arrière, tandis que les vaisseaux se dirigent à peu près verticalement, s'écarte de plus en plus de ces derniers et ne peut être considéré comme muscle satellite de la carotide externe.

Les couches dont se compose la région sont : la peau, le peaucier, une couche cellulo-adipeuse, les feuillettes aponévrotiques superficiel et moyen presque confondus à ce niveau, une couche de tissu conjonctif contenant des ganglions lymphatiques, et ensuite les vaisseaux. Certains auteurs pensent que la ligature de l'artère carotide externe, vu le petit nombre de couches qui la recouvrent, est une opération facile, opinion que je suis loin de partager. Malgaigne traite de cette ligature en quelques lignes, disant qu'il suffira de découvrir la carotide primitive à sa bifurcation. Je pense, au contraire, que les règles de la médecine opératoire sont absolument différentes dans l'un et l'autre cas.

Me plaçant au point de vue pratique, ainsi que je l'ai fait pour la carotide primitive, je grouperai les données anatomiques que fournit cette région autour de l'artère carotide externe dans le but d'arriver à la ligature du vaisseau. J'ai montré suffisamment (p. 281 et 282), l'importance de cette ligature pour justifier les détails suivants :

Après avoir divisé la peau et le peaucier, on rencontre une couche cellulo-adipeuse plus ou moins épaisse.

Au-dessous de l'aponévrose existe une quantité assez abondante de tissu