

conjonctif, en sorte que, si les deux carotides sont superficielles par rapport au nombre de plans qui les recouvrent, elles n'en sont pas moins profondément situées. Au milieu de ce tissu conjonctif existent toujours, en nombre variable, des ganglions lymphatiques reposant sur les vaisseaux et qui sont un sérieux obstacle à la ligature : il faut les écarter ou les enlever.

Après les ganglions, un autre écueil se présente : ce sont les veines. A la partie moyenne du cou, la jugulaire interne, comme la carotide primitive, forme un tronc unique que l'on peut aisément éviter, et même ne pas découvrir, en suivant le procédé que j'ai indiqué, mais il n'en est pas de même ici. Les artères carotides interne et externe sont généralement croisées dans le point qui nous occupe par le gros tronc anastomotique veineux thyro-linguo-facial (fig. 152) que l'on rencontre fatalement sous le bistouri et qui les recouvre quelquefois complètement. Si l'on ne peut suffisamment écarter cette veine, il faudra l'isoler, placer au-dessous un double fil et la sectionner entre deux ligatures.

Ainsi donc, les carotides interne et externe sont recouvertes par les organes suivants : la peau, le peaucier, une couche de tissu cellulo-adipeux variable suivant les sujets, les feuillettes aponévrotiques superficiel et moyen, des ganglions lymphatiques pouvant former un véritable paquet, et une grosse veine qui ramène dans la jugulaire interne le sang d'une partie de la face et du cou. Elles sont, de plus, croisées obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, toujours à leur face externe, par les muscles stylo-hyoïdien et digastrique, et par le nerf grand hypoglosse, rapport dont je montrerai dans un instant toute l'importance.

Voici maintenant les rapports respectifs des deux carotides. A leur origine, les deux vaisseaux placés côte à côte montent à peu près parallèlement, la carotide externe placée en avant, l'interne en arrière. C'est dans ce point qu'on les découvre. Après un trajet de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres, elles s'entrecroisent, l'externe se porte en arrière et l'interne en avant, celle-ci se plaçant en dedans de la première.

De cette disposition résulte pour la ligature une nouvelle difficulté ajoutée à celles que j'ai déjà signalées. Comment reconnaître au fond de la plaie la carotide externe de l'interne ? Nous savons que celle qui est en avant de l'autre est l'externe, mais cette donnée sert peu sur le vivant, parce qu'on ne découvre pas à la fois les deux vaisseaux au fond de la plaie. L'un des deux vaisseaux est dégagé : quel est-il ? La carotide interne ne fournit aucune branche collatérale, tandis que l'externe donne d'abord à ce niveau la thyroïdienne supérieure et, un peu plus haut, la linguale et la faciale. C'est là un excellent point de repère. On peut affirmer que l'artère, dont se détache une branche collatérale, est la carotide externe. Mais on ne trouve pas aussi facilement qu'on pourrait le croire les collatérales au fond d'une plaie étroite et profonde, si le hasard de l'incision ne vous y a pas fait arriver d'emblée. Il faut, pour cela, se livrer à une véritable dissection du vaisseau, et ce n'est pas sans danger pour la nutrition des parois artérielles. J'ajoute que le tissu conjonctif qui entoure les artères carotides externe et interne à leur origine est plus dense et plus serré que celui de la partie moyenne du cou, ce qui rend encore la dénudation des vaisseaux plus difficile. M. F. Guyon nous a donné un troisième point de repère, qui est excellent. Le nerf grand hypoglosse, ai-je dit, croise obliquement les vaisseaux : or, la carotide externe, se trouvant sur un plan plus superficiel