

si, par le fait d'un diagnostic inexact ou incomplet, on agissait avec une pareille vigueur sur une colonne vertébrale malade? Une ankylose, un mal cervical méconnu, n'exposeraient-ils pas à des accidents qui pourraient être immédiatement mortels?

Quel que soit le mode de redressement, il faut compléter le traitement par l'emploi de moyens orthopédiques. Sans eux la lésion se reproduit infailliblement. Au bout de quatre ou cinq jours, c'est-à-dire lorsque la petite plaie opératoire est cicatrisée, on applique un collier en cuir moulé renforcé de quelques lames d'acier, qui tient le cou et la tête dans une bonne position. Mais cet appareil est imparfait. Il faut généralement avoir recours à une des machines connues sous le nom de *minerve*. Toute minerve se compose de deux parties essentielles : l'une pelvienne et thoracique, vaste corset destiné à servir de point d'appui ; l'autre céphalique, qui emboîte la tête. Ces deux parties sont unies par une forte tige, disposée de façon à pouvoir au moyen d'articulations compliquées redresser la tête, l'incliner latéralement, et lui faire subir un mouvement de rotation. C'est la rotation vicieuse qui est la plus difficile à corriger. On se sert encore dans les établissements orthopédiques surtout, en Allemagne, d'un lit à extension, qui paraît donner d'excellents résultats.

On pourrait, si l'on se trouvait dans l'impossibilité de se procurer un appareil quelconque, avoir recours, pour maintenir la tête, à un appareil plâtré construit de façon à emboîter la tête, le cou et les épaules, ou bien à une coiffe de toile munie de haubans qui viendraient se fixer à un bandage de corps ; mais le torticolis n'étant pas une affection dangereuse par elle-même, ni qui réclame un traitement immédiat, le chirurgien fera bien de se mettre toujours dans les meilleures conditions instrumentales et ne se chargera pas d'une opération qu'il ne pourrait pas, faute d'appareils convenables, conduire à bonne fin.

Les appareils de redressement et de contention devront en général être conservés pendant deux ou trois mois. Même alors les opérés ne devront pas être complètement perdus de vue. Il y aura intérêt à faire encore pendant longtemps des massages et des manipulations quotidiens.

§ 2. *Torticolis intermittent.*

On décrit sous le nom de *T. intermittent*, ou *spasmodique*, ou encore de *Tic convulsif* ou *rotatoire* du cou et de la tête, une affection tout à fait comparable au tic convulsif de la face.

Les traités de pathologie interne contiennent des détails suffisants sur cette affection. Elle intéresse particulièrement le chirurgien, à cause des tentatives opératoires dont elle a été l'objet. Dans un petit nombre de cas on avait essayé contre elle, mais sans succès, la section du sterno-cléido-mastoïdien. Dans les dernières années, l'élongation de la branche externe du spinal et surtout la résection de ce nerf a donné entre les mains de quelques opérateurs de bien meilleurs résultats.

Tillaux, à la suite d'un fait qui lui a fourni un succès complet (1880), a fixé le manuel opératoire de la façon suivante : Incision sur le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, entre deux lignes horizontales tirées par l'angle de la mâchoire inférieure et le bord supérieur du cartilage thyroïde. On écarte le muscle après l'avoir mis à nu, et le nerf se montre sous la forme d'une corde très appréciable, entre son point d'émergence hors de la loge parotidienne et son entrée dans le muscle sterno-cléido-mastoïdien.

IV

Les lésions traumatiques des vaisseaux ayant été étudiées au chapitre des plaies de la région cervicale, il nous reste à voir les affections acquises des artères et des veines. Elles peuvent se résumer dans l'histoire des anévrysmes artériels et artério-veineux.

1^o ANÉVRYSMES DE L'ARTÈRE CAROTIDE PRIMITIVE.

On observe sur cette artère des anévrysmes artério-veineux et des anévrysmes artériels. Ceux-ci sont infiniment plus communs que les premiers.

§ 1. *Anévrismes artériels de la carotide primitive.*

Fréquence. — L'anévrisme carotidien vient par ordre de fréquence après l'anévrisme de l'aorte, de la poplitée et de la fémorale. D'après le relevé de Crisp, on en trouverait 4,5 sur 100 anévrismes. Malgaigne était arrivé, dans la thèse de Lisfranc (1854), à un chiffre plus élevé, 9,5. Holmes, plus récemment, a obtenu une proportion inférieure à celle de Crisp lui-même : 5,5.

Étiologie. — L'anévrisme carotidien peut être *spontané* ou *traumatique*. Le dernier est fort rare. La plupart du temps les plaies de la carotide sont immédiatement mortelles par hémorrhagie. Lorsque le malade échappe à cette mort rapide, il se forme presque toujours un anévrisme diffus primitif, une hémorrhagie interstitielle. Cependant on a décrit quelques rares anévrismes se développant un certain temps après la blessure, et se comportant en *anévrismes faux consécutifs*.

Dans l'étiologie de l'anévrisme spontané on peut relever plusieurs faits intéressants : *l'influence du sexe*, ordinairement prépondérante, se fait peu sentir ici. D'après le relevé de Crisp, hommes et femmes seraient frappés également : 15 femmes sur 25 cas, ce qui contraste singulièrement avec ce que nous voyons ailleurs. Il est vrai que sur 12 malades affectés d'anévrismes carotidiens, Holmes n'a trouvé que 5 femmes; mais c'est encore une proportion de 1 sur 4, tandis que la proportion générale est de 1 sur 8 (Crisp), et que même, selon Guthrie, l'anévrisme poplité s'observerait 50 fois chez l'homme contre une chez la femme.

L'*âge* est dans beaucoup de cas très peu avancé : 25 ans, 18, 10 même, ce qui est encore tout à fait spécial à cet anévrisme.

On invoque ici les *causes prédisposantes* ordinaires : syphilis, alcoolisme principalement. On relève aussi dans un bon nombre de cas des causes occasionnelles évidentes : tentative de strangulation, efforts musculaires violents, efforts de défécation, crises de vomissement, accident de chemin de fer, etc.

Anatomie pathologique. — L'anévrisme carotidien siège plutôt à droite qu'à gauche, et de préférence à une des extrémités de l'artère. La partie supérieure, voisine de la bifurcation, où se voient si souvent des lésions athéromateuses, où l'artère est normalement

un peu dilatée, serait la plus communément atteinte. Les anévrismes de la racine de l'artère sont assez communs à droite, exceptionnels à gauche. Delens en 1879 en a observé un dans ce dernier point et l'a traité par la ligature selon la méthode de Brasdor.

La tumeur est latérale, placée sous le sterno-cléido-mastoïdien qui est plus ou moins soulevé, généralement ovoïde, allongée dans le sens du vaisseau. Son volume est très variable. Certains anévrismes dépassent à peine la grosseur d'une amande; d'autres occupent toute la hauteur du cou.

Les compressions de voisinage qui impriment aux anévrismes de chaque région une physionomie particulière s'exercent pour l'anévrisme carotidien sur des organes très variés et très importants. La veine jugulaire interne est atteinte la première. Étalée sur la tumeur ou aplatie entre elle et la colonne vertébrale, elle reste à peine perméable, et se dilate au-dessus de son rétrécissement. Les nerfs qui entourent l'artère : nerfs cardiaques, pneumo-gastriques, grand sympathique, récurrent, nerfs du plexus cervical et du plexus brachial, sont pressés, tirillés, allongés. Ils peuvent finir par faire saillie dans l'intérieur du sac, revêtus seulement par une mince membrane (Follin). Le conduit laryngo-trachéal subit dès le début avec le pharynx et l'œsophage une déviation notable. Ces canaux peuvent être ensuite comprimés, usés, perforés par l'anévrisme. Le squelette n'est jamais atteint.

Symptômes — Les phénomènes locaux observés au niveau de l'anévrisme n'ont rien de spécial. Il s'agit toujours d'une tumeur molle, fluctuante, réductible, indolente, animée de battements, et présentant à l'auscultation un bruit de souffle isochrone avec la systole cardiaque. Comme dans tous les anévrismes, les battements artériels sont diminués dans les artères périphériques correspondant à la distribution du tronc atteint : on explore principalement ici la faciale et la temporale.

Les symptômes spéciaux à la région tiennent surtout aux compressions exercées par l'anévrisme. La stase sanguine dans la veine jugulaire a pour conséquence la dilatation des veines sous-cutanées. Faut-il lui rattacher les accidents cérébraux observés chez certains malades : vertiges, tendance à la syncope, insomnie, cauchemars, somnolence, troubles de la vision, etc.? La compression des branches des plexus cervical et brachial produit des élancements douloureux

dans le cou, la tête et le membre supérieur; celle du grand sympathique entraîne la contraction de la pupille, que plusieurs observateurs ont notée; celle du récurrent, du pneumo-gastrique, du phrénique, amène des troubles de la voix, qui est presque constamment rauque, enrouée; elle contribue probablement à produire la dyspnée. Celle-ci est constante dès que le conduit laryngo-trachéal est refoulé avec quelque énergie. La respiration se fait péniblement avec un bruit trachéal à chaque inspiration; des accès de suffocation, une toux fréquente, tourmentent le malade. La déglutition est plus ou moins gênée. La dysphagie peut finir par être complète.

Marche et Terminaison. — Les anévrysmes de la carotide marchent en général avec lenteur. Ils peuvent, chez certains malades, persister sous un petit volume sans augmentation; le plus souvent ils s'aggravent peu à peu, et deviennent au bout de quelques années le point de départ d'accidents mortels. Le malade succombe à l'inanition déterminée par la dysphagie, à la suffocation causée par l'aplatissement de la trachée ou par un spasme de la glotte. Il périt à la suite de la rupture de la tumeur soit du côté de la peau, soit vers la trachée, l'œsophage ou même la cavité pleurale. On a cité quelques faits de guérison spontanée. Ils sont excessivement rares.

Diagnostic. — Le diagnostic d'un anévrysme de la région cervicale est souvent très facile; il se fait d'après les signes ordinaires des anévrysmes. Comme partout, et plus que partout peut-être, ce diagnostic a pourtant donné naissance à de nombreuses erreurs.

Dans un premier ordre de faits, on a pris pour des anévrysmes des tumeurs animées de battements comme un cancer ramolli et pulsatile de la région, un goitre vasculaire, ou même des abcès, des kystes, des ganglions hypertrophiés qui recevaient simplement l'impulsion de l'artère. Pour ces derniers un examen attentif conduit facilement, d'ordinaire, à constater qu'il n'y a pas de véritable expansion de la tumeur; aussi l'erreur n'est-elle guère pardonnable. On reconnaît qu'il s'agit d'un corps thyroïde animé de battements, lorsqu'en faisant exécuter des mouvements de déglutition la tumeur s'élève. La distinction est plus difficile pour un cancer pulsatile. Lisfranc, dans un cas, ne put la faire, et pratiqua inutilement la ligature de la carotide.

Une erreur plus grande consiste à prendre un anévrysme qui existe en réalité pour un abcès. Elle a été commise surtout ailleurs, no-

tamment à la carotide interne; mais elle aurait été observée aussi au niveau de la carotide primitive. Un fait célèbre de Liston est sujet à contestation, et n'est peut-être autre chose qu'un fait d'ulcération artériel au niveau d'un abcès.

Étant reconnu qu'il existe un anévrysme de la région cervicale, il s'agit de distinguer celui de la carotide de ceux qui peuvent s'être développés sur d'autres artères plus ou moins voisines. Lorsque la tumeur occupe la partie moyenne du cou, la chose est facile; mais il n'en est pas de même si elle s'est montrée d'abord derrière la clavicule. Les anévrysmes de la sous-clavière, du tronc brachio-céphalique et même de l'aorte envahissent le cou jusqu'à des hauteurs très considérables. On peut dire : 1° que l'anévrysme de l'aorte, avant d'être extra-thoracique, s'est annoncé par des signes thoraciques qui lui sont propres; 2° que l'anévrysme du tronc brachio-céphalique ressemble un peu à celui de l'aorte à ce point de vue, et détermine sur la carotide et la sous-clavière des phénomènes exactement semblables : propagation du souffle, diminution du pouls périphérique; 3° que l'anévrysme de l'artère sous-clavière se prolonge de préférence à la base du cou, en dehors du sterno-cléido-mastoidien, dans un sens transversal plutôt que vertical — que le bruit de l'anévrysme se propage dans ce cas vers l'aisselle et non vers le cou : que le bruit persiste quand on comprime la carotide — que le pouls radial est affaibli et le membre supérieur droit œdématié, affaibli et douloureux — caractères opposés à ceux de l'anévrysme carotidien. Mais il n'y a rien d'absolument fixe et de certain dans ces dispositions. En réalité on est obligé souvent de rester dans l'incertitude; Erichsen, relevant trente-neuf faits de ligature de la carotide pour ce qu'on croyait être un anévrysme de cette artère, a trouvé huit cas dans lesquels il s'agissait d'un autre vaisseau.

Dans l'examen des anévrysmes carotidiens, il faut ne pratiquer des pressions et des malaxations de la tumeur qu'avec une certaine précaution. Des embolies mortelles peuvent en effet se produire sous l'influence de ces explorations. Esmarch a perdu un malade dans ces conditions, et Tillaux a fait connaître un fait d'hémiplégie subite, terminé par guérison, qui se produisit au moment où il faisait une semblable manœuvre.

Traitement. — Toutes les fois que l'anévrysme de la carotide est placé sur un point assez élevé pour que l'on puisse agir sur l'ar-

tère, au-dessous du sac, deux méthodes curatives s'offrent au chirurgien : la compression et la ligature entre le cœur et la tumeur.

La compression entre la tumeur et le cœur, *compression indirecte*, semble devoir être toujours la méthode de choix. Malheureusement elle est mal supportée par le malade. L'application de compresseurs mécaniques est à peu près impossible. Ils portent, quoi qu'on en fasse, sur les organes voisins et particulièrement sur le pneumo-gastrique, et deviennent promptement intolérables. La compression digitale peut être mieux dirigée. Rouge (de Lausanne) a montré que chez un sujet modérément musclé on pouvait pincer l'artère et le muscle sterno-cléido-mastoïdien entre les doigts de façon à effacer l'artère sans agir sur le pneumo-gastrique. On doit cinq succès à la compression (Holmes); mais elle a échoué quelquefois.

La ligature par la méthode d'Anel avait été appliquée plusieurs fois aux plaies de la carotide, lorsqu'elle fut employée en 1805 pour la première fois, par A. Cooper, contre un anévrysme de cette artère. L. Le Fort a relevé 47 faits de ligature pour anévrysme de la carotide primitive. Il faut tout d'abord dire que les suites de cette opération sont graves : dans près de la moitié des cas (21), la mort s'est produite à la suite d'accidents variés; deux fois on nota la récurrence de l'anévrysme, et il n'est pas bien certain que dans tous les autres cas la guérison ait été toujours parfaitement durable. Nous ferons quelques réserves au sujet de la valeur actuelle de ces conclusions pronostiques.

Les accidents mortels de la ligature nous sont en partie connus. Il y en a quelques-uns qui sont en effet sous la dépendance de la simple obstruction vasculaire. Que l'artère soit liée pour une plaie, pour un anévrysme, ou pour toute autre cause, il se produit dans un grand nombre de cas des accidents cérébraux, capables d'entraîner la mort. Nous les avons suffisamment étudiés plus haut (voy. p. 46).

Les hémorrhagies à la chute du fil à ligature ne sont pas rares. Elles correspondent à peu près à un dixième des cas. Il est probable que dans l'avenir cette cause de mort perdra de son importance par suite de l'emploi des pansements antiseptiques. Un bon catgut n'a plus à tomber.

D'après la statistique, l'inflammation et la suppuration du sac sont très fréquentes à la suite de la ligature (un sixième des cas environ).

Les caillots déposés dans le sac semblent ici plus que partout ailleurs mal supportés par la poche qui les contient. Ils ne subissent pas la transformation graduelle qui conduit ordinairement à la guérison des anévrysmes, et finissent par jouer le rôle de corps étrangers. La suppuration dans l'intérieur du sac aboutit à la formation d'un phlegmon profond, qui en tant que phlegmon peut être dangereux par la compression qu'il exerce et les fusées qu'il envoie au loin, vers le thorax notamment. Mais le plus grand péril consiste dans l'hémorrhagie qui se produit par le bout supérieur après l'ouverture du sac devenu phlegmoneux. Tantôt foudroyante, tantôt répétée, elle cause fréquemment la mort. La compression vient quelquefois à bout de ces hémorrhagies. L'emploi des méthodes antiseptiques mettra certainement encore dans une grande mesure à l'abri de ces accidents dont la fréquence et la gravité étaient jusqu'ici très considérables.

Enfin il n'est pas rare d'observer à la suite de la ligature de la carotide des accidents pulmonaires : congestions, pneumonies asthéniques, rapportées sans preuve, soit à des lésions du pneumo-gastrique, soit à des troubles de l'innervation centrale (Erichsen).

Lorsqu'il est impossible de pratiquer la compression indirecte ou la ligature, on reste en présence de méthodes encore plus incertaines; ce sont : les *injections coagulantes* et l'*électrolyse*, que l'on peut proscrire résolument; elles n'ont donné que des insuccès; la *compression directe* sur la tumeur, qui mérite d'être essayée, mais sur laquelle on ne peut pas fonder grand espoir, et surtout la *ligature au-dessus du sac anévrysmal* (procédé de Brasdor). A la suite de cette opération, la circulation se trouve arrêtée dans l'anévrysme; les caillots peuvent s'y développer et s'y organiser comme après la ligature d'Anel. Cependant il est très commun de voir la tumeur rester pulsatile. Cette ligature expose aux mêmes accidents que la ligature d'Anel. Elle serait même plus grave, d'après Pils et Holmes. Il ne faut point la condamner cependant, car elle se présente comme la seule ressource lorsqu'un anévrysme carotidien développé très bas, derrière la clavicule, subit un accroissement rapide.

Si la méthode ancienne pour la guérison des anévrysmes, l'*ouverture du sac, avec ligature de l'artère au-dessus et au dessous de la plaie*, n'était pas si périlleuse, il est clair que c'est elle qu'il faudrait recommander. Supprimer les risques d'inflammation et de suppura-

tion du sac, c'est mettre déjà bien des chances de son côté. Nous avons rapporté, à propos des anévrysmes diffus, les tentatives faites dans ce sens par Morel au dix-septième siècle, et de nos jours (1857), avec un plein succès, par Syme. On ne peut pas recommander une opération qui expose à voir périr le malade en quelques secondes sous les yeux du chirurgien; mais la question se pose de savoir si après la ligature par la méthode d'Anel il ne serait pas bon d'ouvrir l'anévrysmes carotidien, de le vider de ses caillots, et de chercher le bout supérieur de l'artère pour le lier à son tour. Le Fort et Holmes conseilleraient volontiers cette manière d'agir.

La méthode de Valsalva a fourni deux ou trois succès achetés par des mois et des années d'efforts.

§ 2. Anévrysmes artério-veineux de la carotide primitive.

Certaines plaies étroites de la région cervicale donnent lieu à une communication permanente entre la carotide et la jugulaire interne. On a trouvé comme corps vulnérant : un fragment de verre, la pointe d'une épée, d'un fleuret, d'un poignard, d'un canif, un grain de plomb, une balle de revolver, un petit éclat de pierre, etc. Au moment de l'accident, l'hémorrhagie extérieure, plus ou moins considérable, est arrêtée par la compression; une hémorrhagie interstitielle, ordinairement peu importante, se produit, et bientôt, au bout de quelques heures ou après quelques jours, se montrent les signes de la communication artério-veineuse. G. Fischer base sa description sur 15 cas.

Lorsqu'au bout de deux ou trois semaines la plaie extérieure s'est guérie et que le sang épanché dans le tissu cellulaire s'est résorbé, il n'existe souvent au niveau de la blessure qu'une tumeur à peine appréciable; mais celle-ci se développe peu à peu par la suite, et finit par acquérir des dimensions considérables. Elle doit être constituée souvent par la dilatation de la veine jugulaire interne.

Les symptômes de l'anévrysmes artério-veineux sont, au début ceux d'une plaie artérielle ordinaire. Plus tard on trouve les signes des anévrysmes variqueux en général.

La tumeur est animée de battements isochrones avec la systole cardiaque, molle, réductible avec la plus grande facilité, libre de caillots.

Le doigt qui la presse sent un frémissement très marqué (thrill), qui s'étend souvent à toute la région cervicale.

L'auscultation fait entendre un bruit de souffle continu avec renforcement au moment de la systole, et qui prend dans beaucoup de cas le caractère d'un bruit de rouet, d'un ronflement cataire.

Ces tumeurs ne causent pas de gêne marquée dans leur voisinage. Elles sont à ce point de vue très différentes des anévrysmes artériels. Pendant longtemps leur principale incommodité réside dans le bruit que perçoivent les malades, bruit qui les fatigue et les empêche de dormir. Les troubles circulatoires résultant du passage du sang artériel dans la veine n'ont pas de grandes conséquences, au début du moins. On leur a rapporté pourtant des phénomènes généralement passagers : vertiges, céphalalgie, troubles de la vision et des palpitations qui s'accompagnaient d'une douleur cardiaque causée peut-être par la pénétration du sang artériel dans le cœur droit. L'accroissement est lent, et il ne semble pas que cette lésion ait jamais entraîné la mort.

L. H. Petit, en 1885, a publié dans la *Revue de chirurgie* la suite de l'observation d'un malade de Verneuil, commencée en 1869 dans les *Bulletins de la Soc. de chirurgie*. A quinze ans de distance on note chez ce blessé un accroissement considérable de la tumeur, des varicosités veineuses très marquées sur tout le côté de la face correspondant à la tumeur, une grande congestion des veines de la conjonctive, une surdité très marquée des deux côtés, et une névrosité très avancée du côté de l'anévrysmes, où l'acuité visuelle égale $\frac{2}{10}$, moins avancée de l'autre côté, où l'acuité est encore de $\frac{8}{10}$.

Il faut donc faire quelques réserves au point de vue des conséquences futures d'un anévrysmes artério-veineux de la carotide primitive.

Néanmoins le traitement doit rester palliatif. La ligature de la carotide primitive n'a donné que de mauvais résultats et les autres méthodes de traitement sont absolument inapplicables.

2° ANÉVRYSMES DE L'ARTÈRE CAROTIDE EXTERNE.

Le tronc de cette artère est si court qu'il est bien difficile de reconnaître si un anévrysmes siège précisément sur lui, ou bien sur l'une

de ses branches, ou même sur l'extrémité supérieure de la carotide primitive.

L'anévrisme de la carotide externe peut être artériel ou artério-veineux.

On ne connaît guère que des cas traumatiques. L. Le Fort en a rassemblé quatorze, sur lesquels douze furent traités par la ligature de la carotide primitive, deux par celle de la carotide externe. Un autre, rapporté par Vidal et tiré de la pratique de Lisco, fut guéri par l'ouverture du sac et la ligature des deux bouts, méthode assurément trop dangereuse pour être recommandée.

§ 1. Anévrisme artériel.

Si la ligature de la carotide externe était possible en pareille circonstance, c'est à elle qu'il faudrait s'adresser sans aucun doute, mais presque toujours ce tronc caché par l'anévrisme est inabordable. Il faut donc ici essayer d'abord de la compression de la carotide primitive, et, si l'on n'obtient aucun résultat, arriver à la ligature de ce vaisseau lui-même. Dans les faits rapportés par L. Le Fort, la mort arriva deux fois à la suite d'accidents cérébraux. Parmi les malades qui guérirent, quelques-uns éprouvèrent des troubles du même ordre, mais passagers.

§ 2. Anévrisme artério-veineux de la carotide externe.

On ne connaît encore que deux faits de ce genre, l'un de Ruz (1858), résultant d'un coup de bouteille dans la région parotidienne, l'autre de Gabe de Masarellos, qui eut pour cause un coup de sabre. Le caractère principal de l'affection résidait dans l'espèce de tête de Méduse que formaient du côté malade les veines superficielles dilatées, pelotonnées, augmentées de volume au point de présenter dans le cas de Ruz particulièrement le diamètre de la veine sous-clavière. Il existait du thrill, du bruissement, et les veines s'affaissaient lorsque l'on comprimait la carotide primitive. Chelius fit sans succès dans le cas de Gabe la ligature de la carotide primitive. Cinq ans plus tard Stromeyer, après avoir inutilement essayé de la compression digitale, guérit le malade par l'ouverture du sac veineux et la liga-

ture de l'artère temporale, qui se trouvait ici communiquer avec la veine jugulaire externe.

5° ANÉVRYSMES DE L'ARTÈRE CAROTIDE INTERNE.

La carotide interne présente quelques anévrismes dans son trajet cervical; elle est aussi affectée plus haut, et on connaît notamment un petit nombre d'anévrismes artério-veineux par communication entre l'artère et le sinus caverneux. Nous nous bornerons ici aux anévrismes de la portion cervicale de la carotide interne.

§ 1. Anévrismes artériels.

Ils sont rares, la plupart spontanés, et ressemblent beaucoup, au point de vue symptomatique, aux anévrismes de la carotide primitive. Ce sont les mêmes compressions vasculaires et nerveuses, par conséquent les mêmes phénomènes. Par le fait de sa naissance derrière la paroi du pharynx, l'anévrisme tend à faire saillie uniquement dans la cavité pharyngienne. On a donc affaire à une tumeur de l'arrière-gorge, à laquelle il est facile de reconnaître le signe d'une tumeur anévrysmale : des battements sensibles au doigt et à la vue. L'auscultation pratiquée au niveau de la région parotidienne permet d'entendre le bruit de souffle caractéristique.

Ces anévrismes pourraient être confondus avec les autres tumeurs de l'arrière-gorge; dans un cas observé par Syme on aurait cru facilement à un abcès de l'amygdale. Il faut se rappeler que l'arrière-gorge est une région dangereuse, que plus d'une fois la carotide interne a été ouverte là par erreur ou par accident. Il suffira d'ailleurs de songer à la possibilité d'un anévrisme et d'en rechercher les signes pour éviter un pareil malheur. Le traitement est le même que pour la carotide primitive.

§ 2. Anévrismes artério-veineux

Depuis longtemps on ne connaît pas de cas nouveaux d'anévrisme artério-veineux de la carotide interne. Leur histoire est basée sur quatre cas, tous traumatiques, appartenant à Joret, Desparanches, Bérard et Giraldès. L'autopsie des malades de Joret et de Giraldès a permis de vérifier la communication avec la veine jugulaire interne.

Chez le malade de Giraldès, — qui mourut d'une affection intercurrente — il existait un petit sac anévrysmal entouré d'un exsudat plastique au milieu duquel étaient englobés le nerf pneumo-gastrique et le nerf laryngé supérieur. Le malade avait eu la voix très rauque. Celui de Joret succomba deux ans et demi après la blessure à une bronchite aiguë. Il avait présenté du ramollissement cérébral et des convulsions épileptiformes. La balle qui avait causé la blessure était logée dans la veine jugulaire et adhérait à sa paroi au moyen d'un tissu cellulaire de nouvelle formation.

On peut prévoir que le diagnostic d'avec un anévrysme artérioveineux de la carotide externe sera quelquefois difficile; mais il s'agit là en somme de lésions très rares, et qui précisément ne peuvent être le point de départ d'aucune intervention opératoire. L'expectation simple est de règle absolue.

V

MALADIES DU PHARYNX ET DE L'ŒSOPHAGE

Considérations anatomiques :

Les affections chirurgicales des deux parties supérieures du pharynx : pharynx nasal et pharynx buccal, ont été étudiées ailleurs. Nous nous bornerons donc à rappeler ici les principaux caractères anatomiques de la dernière portion du pharynx et de l'œsophage.

Dans sa portion inférieure ou laryngienne, haute de 5 à 6 centimètres, le *pharynx* a la forme d'un entonnoir qui serait assez bien arrondi, si le larynx à sa partie antérieure ne formait une saillie dans sa cavité. Large en haut, au niveau de l'épiglotte et de la base de la langue, il ne mesure plus que 14 millimètres de diamètre, dans le point où il se continue avec l'œsophage.

L'œsophage commence au niveau du bord inférieur du cartilage cricoïde, à 15 centimètres des incisives de la mâchoire supérieure. Il se termine dans l'estomac, au-dessous du diaphragme, après un trajet de 25 centimètres (Mouton). Sa direction est à peu près verticale, mais avec quelques inflexions; d'une manière générale il présente une longue convexité, d'ailleurs légère, du côté droit.

La portion cervicale, seule accessible du dehors, varie très notablement de longueur suivant les individus. Elle ne dépasse jamais 7 à 8 centimètres et peut n'être que de 4 à 5.

Le diamètre du conduit varie notablement. Il est en moyenne de 18 à 20 millimètres. Mais il tombe à 14 millimètres sur trois points, savoir : à son origine, au niveau de son contact avec l'aorte, à son entrée dans l'estomac. Ces données ont été obtenues sur le cadavre, par Mouton, au moyen de moulages. La dilatation brusque de l'œsophage porte facilement les points rétrécis à 18 et 19 centimètres.

Au niveau du cou l'œsophage est placé entre la trachée et la colonne vertébrale, dans un tissu cellulaire lâche, abondant. Les récurrents sont en rapport immédiat avec lui, le droit longeant le bord correspondant, le gauche se plaçant sur la face antérieure du conduit. Dans le thorax, il occupe le médiastin postérieur, répond en avant à la bifurcation des bronches et plutôt à la bronche gauche, puis au péricarde, à droite au feuillet droit du médiastin et par conséquent à la plèvre et au poumon droit, à gauche à la crosse de l'aorte et aux branches qui en naissent, en arrière au canal thoracique, à la veine azygos, aux artères intercostales droites, et à des ganglions lymphatiques qui le séparent de la colonne vertébrale (Tillaux).

Le pharynx à sa partie inférieure tend à se rapprocher de l'œsophage au point de vue de sa structure. Rappelons que ce dernier conduit est tapissé par une muqueuse épaisse, dermo-papillaire à épithélium pavimenteux, et qu'il possède une tunique musculuse très épaisse.

1^o MALFORMATIONS CONGÉNITALES DU PHARYNX ET DE L'ŒSOPHAGE.

Du côté du pharynx, un seul vice de conformation, mais des plus curieux : c'est une fistule congénitale, dont on trouvera l'histoire un peu plus loin. (Voyez *Fistules du cou*.)

Du côté de l'œsophage, les malformations sont plus nombreuses. On les range sous quatre chefs :

- a. Diverticules de l'œsophage;
- b. Rétrécissements et cloisonnements incomplets;
- c. Oblitération complète et abouchements anormaux;
- d. Absence d'œsophage.

L'étude du développement de l'œsophage ne fournit pas encore la