

trois portions de l'artère; ceux qui siègent sur la partie externe sont plus fréquents que les deux autres variétés, et il n'existe guère que le cas de BOUCHER où l'anévrisme se soit développé entre les scalènes. L'anévrisme de la portion interne présente des particularités un peu différentes à gauche et à droite. Presque toujours à droite il y a des altérations du tronc brachio-céphalique et de la carotide primitive. L'indépendance de la sous-clavière gauche la protège un peu, et ses anévrysmes sont peu communs.

Rarement volumineux, les anévrysmes sous-claviers ne dépassent pas ordinairement les dimensions d'un œuf ou d'une orange. Exceptionnellement ils acquièrent un volume insolite; dans un cas classique de BOUCHER, la tumeur qui mesurait plus de 40 centimètres de circonférence, avait luxé la clavicule à ses extrémités. VELPEAU a observé des désordres aussi étendus, puisque la tumeur remontait en haut jusqu'à l'angle de la mâchoire, refoulait le poumon et remplissait l'aisselle.

Ces anévrysmes affectent une forme globuleuse, ovoïde, dans leurs premières périodes; à mesure qu'ils prennent de l'extension, ils deviennent bosselés et présentent des prolongements qui envahissent les régions voisines. Ceux de la région interne se portent de préférence en dedans et en avant au-dessus de la fourchette sternale, à la partie interne du muscle sterno-mastoïdien; le creux sus-claviculaire est distendu par ceux de la portion extra-scalénique; enfin ceux de la portion intermédiaire, parfois bilobés, poussent des prolongements vers le sommet du poumon.

Symptômes. — En dehors des symptômes communs aux anévrysmes en général, il en est un certain nombre plus spéciaux à la région importante occupée par ces tumeurs; ce sont surtout des phénomènes de compression et d'érosion. La clavicule est soulevée, portée en haut et en avant, l'omoplate écartée du thorax. Les os et surtout les côtes n'échappent pas à l'action destructive de l'anévrisme. BLAKES, SEUTIN, ont publié des faits de ce genre, et LE FORT dit même que des prolongements de la tumeur, herniés à travers ces perforations et saillants dans la poitrine, ont pu amener la mort par leur rupture. Dans une observation de GUTHRIE, le malade succomba à une hémoptysie après la destruction des cinq premières côtes.

L'anévrisme de la première portion comprime la trachée, l'œsophage, le nerf récurrent, le nerf pneumo-gastrique, et peut produire l'asphyxie, la suffocation, l'aphonie. La circulation veineuse est intéressée de bonne heure, les veines du membre supérieur ainsi que les jugulaires sont distendues par suite de la gêne qu'éprouve le sang pour rentrer au cœur; le canal thoracique et la grande veine lymphatique doivent également être lésés. En même temps la circulation du membre supérieur devient défectueuse, le pouls radial s'affaiblit.

Les tumeurs anévrysmales de la troisième portion s'accompagnent surtout de phénomènes nerveux graves, ce qui tient à la proximité du plexus brachial situé en haut en dehors, et un peu en arrière. LE FORT a vu la tumeur engagée dans le plexus brachial entre les deux branches d'origine du médian. De là des douleurs précoces, de l'engourdissement du membre et des paralysies plus ou moins limitées. Les symptômes qui résultent de la compression des

vaisseaux sont les mêmes que précédemment, l'œdème du membre, la dilatation des veines, l'affaiblissement du pouls radial.

Terminaisons. — Abandonnés à eux-mêmes les anévrysmes de la sous-clavière ne sont pas toujours progressifs. POINSOT a réuni huit cas de guérison spontanée. Cette terminaison survenue cinq fois sans aucune intervention paraît s'être produite par deux mécanismes différents. 1° La coagulation lente du sang dans la tumeur (formation de caillots actifs), comme dans les observations de CLOQUET, PORTER, GAMGEE. Ce dernier chirurgien put constater à l'autopsie, faite quatre ans plus tard, la guérison complète; l'anévrisme n'était plus représenté que par une masse fibreuse. 2° L'obturation de l'orifice du sac par un caillot détaché de la paroi (HOGDSON, ORPEN, PANCOAST). Dans le cas d'HOGDSON il s'agissait d'une vieille femme qui ressentit des douleurs intolérables dans sa tumeur pendant deux jours; elle s'apaisèrent ensuite et la malade guérit complètement. PANCOAST avait déjà traité sans succès un anévrisme par la méthode de VALSALVA; le malade eut une syncope au moment où on allait lui lier la sous-clavière, et à partir de ce moment la guérison de la tumeur se fit progressivement.

L'anévrisme sous-clavier peut aussi rester stationnaire, comme dans un fait d'ADAMS où la tumeur n'avait fait aucun progrès pendant trois ans. Il ne faut pas cependant trop compter sur ces heureuses exceptions, car la marche de ces tumeurs est généralement progressive et fatale. Les malades meurent de deux manières différentes, soit par épuisement ou asphyxie, soit par le fait de la rupture du sac anévrysmal qui tantôt se fait à l'extérieur, tantôt dans la plèvre ou les bronches. Si quelques-uns, comme le malade de GUATTANI, ont pu survivre huit ans, la plupart, comme les malades de NÉRET, KRAKOVITZER, n'ont vécu que quelques mois.

Diagnostic. — Il est important d'établir le siège exact d'un anévrisme de ces régions. On peut, au moins pendant les premières périodes, distinguer un anévrisme de la troisième portion de la sous-clavière d'un anévrisme de la première, d'après l'intégrité du pouls et de la circulation dans l'artère carotide.

Si le pouls radial et le pouls temporal sont tous deux affaiblis, il est permis de soupçonner un anévrisme interne, tandis que la seule altération du pouls radial indique un anévrisme des portions moyenne ou externe; de plus ce dernier s'accompagne beaucoup plus fréquemment de troubles nerveux.

Le diagnostic différentiel entre l'anévrisme sous-clavier interne et ceux de la carotide ou du tronc brachio-céphalique présente de réelles difficultés. Lorsque l'innominée est saine, les battements de la carotide et de ses branches sont normaux; lorsque le pouls est plus faible dans les deux vaisseaux, il y a des chances pour qu'on soit en présence d'un anévrisme du tronc brachio-céphalique.

Toutes les tumeurs profondes de la région sus-claviculaire peuvent être jusqu'à un certain point confondues avec l'anévrisme de la sous-clavière. Tels sont les abcès froids, les adénites chroniques, les néoplasmes, les kystes. Le souffle, les modifications du pouls radial, l'auscultation, la palpation ne permettent pas d'hésiter. Les erreurs sont cependant possibles, et l'on a maintes

fois pris pour des tumeurs d'anciens sacs anévrysmaux en partie oblitérés (HOLMES, BARCLAY).

Pronostic. — Ce que nous avons dit de la terminaison ordinaire de ces anévrysmes en démontre la gravité. Néanmoins l'affection n'est pas au-dessus des ressources de l'art comme nous allons le voir.

Traitement. — 1° *Traitement général.* Il comprend la méthode de Valsalva et celle de Tufnell. Il n'existe guère dans la science que sept cas dans lesquels on a eu recours aux émissions sanguines, d'une façon régulière, et sur ce nombre on aurait obtenu trois cas de guérison. Il faut reconnaître que le traitement de Valsalva a rarement été employé isolément et qu'il a dû être continué longtemps, plus d'un an, chez plusieurs malades. Un malade de YEATMAN, traité et guéri par cette méthode, était arrivé à un degré de faiblesse extrême. Le FORT attribue à la médication antisiphilitique l'action principale dans les deux succès obtenus par LANCISI.

La diète très rigoureuse jointe au repos absolu constitue la modification apportée par TUFNELL à la méthode de Valsalva; elle a donné un beau succès à HULKE sur un homme de cinquante-six ans qui fut soumis à ce régime pendant trois mois. Il existe dans la science quelques autres faits analogues, quoique plus contestables, qui autorisent à employer cette méthode dans les anévrysmes diffus volumineux non justiciables d'une intervention opératoire.

2° *Traitement local. Malaxation.* — FERGUSSON, l'auteur de cette méthode, l'a employée pour la première fois sur un anévrysme de la sous-clavière; il réussit à supprimer le pouls à deux reprises différentes; malheureusement la circulation dans l'anévrysme se reproduisit bientôt, et la mort survint huit mois après par rupture de la tumeur. A l'autopsie, l'artère axillaire fut trouvée oblitérée. Dans un autre fait où FERGUSSON se servit également de la malaxation, la circulation du sac ne parut pas modifiée, mais deux ans après le malade guérit. Quelques autres chirurgiens, MORGAN, LITTLE, HIMTON et FORSTER employèrent la malaxation. Le succès fut complet dans le cas de LITTLE (1855); il s'agissait d'un anévrysme prêt à se rompre bien que son volume ne dépassât pas celui d'un œuf de canard. Après avoir vainement essayé le traitement médical pendant quatre mois, LITTLE réussit à détacher un caillot en malaxant la tumeur; l'axillaire fut oblitérée définitivement, le pouls radial disparut et le membre supérieur d'abord paralysé reprit ensuite ses fonctions. Seize mois plus tard l'anévrysme était réduit aux dimensions d'une noix. Malgré ce succès, malgré l'opinion favorable de HOLMES, LE FORT, la malaxation doit rester comme un procédé de traitement exceptionnel; il faut se souvenir qu'elle n'est pas inoffensive, puisqu'un des opérés de FERGUSSON devint hémiplegique par embolie de la vertébrale.

Compression. — La compression directe employée seule, fort pénible, dangereuse, est le plus souvent inefficace. Combinée aux réfrigérants, la glace en particulier, elle a donné un succès à CORNER. WARREN a également réussi en se servant d'un coussin à air d'Arnott: c'est donc un adjuvant utile des autres méthodes. Quant à la compression indirecte sur le bout cardiaque du vaisseau malade, nous dirons que, malgré un succès de POLAND, elle est bien

difficile à exécuter, expose au sphacèle des téguments, à l'érysipèle, à la rupture du sac; de plus, les malades la supportent mal, parce qu'elle est très douloureuse. POLAND lui-même attribue son succès à l'existence d'une côte surnuméraire et à la longueur anormale de l'artère sous-clavière. La compression pratiquée sur le bout périphérique du vaisseau malade n'a pas réussi, et les tentatives qui ont été faites ne doivent pas engager à les renouveler. Enfin on a également essayé la compression immédiate sur le tronc brachio-céphalique ou sur la première portion de la sous-clavière mis à nu et comprimés avec une pince. PORTER, MAC GILL réussirent à interrompre la circulation du sang dans l'anévrysme, mais leurs malades moururent l'un d'hémorragie, l'autre de pleurésie.

Galvanopuncture. Elle fut essayée sans succès en 1847 par BECQUEREL sur un malade de BÉRARD. Les tentatives de PHILIPS (1841), COCKLE (1863), ne furent pas heureuses; des ulcérations se formèrent au niveau des piqûres des aiguilles implantées dans la tumeur et amenèrent la rupture du sac. Sur sept cas où ce procédé rationnel a été employé, il n'existe qu'un seul succès complet dû à ABEILLE qui fit une séance d'électro-puncture de trente-sept minutes consécutives, en ayant soin d'interrompre le courant toutes les cinq minutes. Pendant toute la durée de l'opération, il y eut de violentes contractions très douloureuses dans le membre supérieur; les battements de la radiale cessèrent, la tumeur durcit et la guérison fut complète. LE FORT pense qu'on peut y recourir dans les cas inopérables; mais les tentatives plus récentes semblent démontrer qu'après une amélioration passagère les accidents reparaissent; en outre la tumeur peut se rompre.

Injections coagulantes. — Les injections de perchlorure de fer appliquées par PETREQUIN, MOTT, et plusieurs chirurgiens allemands, à la cure des anévrysmes sous-claviers n'ont donné que des insuccès. Dans le cas de MOTT, la mort est survenue immédiatement après l'injection. C'est assez dire que ce moyen de traitement ne mérite que la réprobation.

BONNET a guéri un malade par l'application de la pâte de Canquoin au niveau de la tumeur; mais les péripéties de cette cure longue et douloureuse ne sont pas de nature à encourager les imitateurs. La coagulation directe par l'introduction de corps étrangers dans l'intérieur du sac a été tentée pour la première fois par LEWIS sur un anévrysme sous-clavier. Il fit pénétrer par une aiguille tubulée huit mètres de crin; la circulation se ralentit, le pouls faiblit: malgré cette amélioration, le malade mourut asphyxié. La poche qui faisait saillie dans le thorax, à travers deux côtes détruites, était remplie de caillots fibrineux.

Signalons encore l'application des vésicatoires, des moxas. LANGENBECK eut recours à ces derniers, cependant après avoir obtenu une amélioration, il dut recourir aux injections sous-cutanées d'ergotine qui paraissent lui avoir réussi.

Ouverture du sac et ligature des deux bouts — SYME a eu l'audace d'ouvrir le sac d'un anévrysme sous-clavier et de lier les deux bouts du vaisseau comme dans la méthode d'Antyllus. Sa tentative hardie fut définitivement couronnée de succès.

Ligatures. — Les ligatures ont été appliquées entre le cœur et l'anévrysme

directement près du sac (méthode d'Anel), au delà de la première collatérale (méthode de Hunter). On a encore, en même temps que ces ligatures, pratiqué celle de la carotide primitive et de la vertébrale. A vrai dire, la ligature par la méthode d'Anel est presque théorique dans le cas présent, parce que les sept branches de la vertébrale laissent trop peu d'espace pour qu'on puisse appliquer une ligature entre elles et l'anévrisme.

A. *Procédés de ligature entre l'anévrisme et le cœur. Méthode d'Anel.* — La méthode d'Anel, assez fréquemment employée, a donné des résultats déplorable, et justifie la réprobation de HOLMES, qui dit en parlant de ces opérations que c'est « un lugubre tableau de mort et de sang ». La sous-clavière a été suivant le siège de la tumeur, liée dans ses trois parties. La ligature en dedans des scalènes, pratiquée dix fois, a donné dix insuccès; la plupart des opérés sont morts d'hémorragies. Un opéré de BOYER mourut au bout de vingt-quatre heures de la rupture de l'anévrisme, et le malade de LISTON, qui présente la plus longue survie, mourut au trentième jour. La perméabilité du bout périphérique, le rétablissement du cours du sang par la vertébrale sont les causes anatomiques de ces insuccès; de plus LE FORT croit que la ligature modifie les conditions de nutrition des tissus et entrave les phénomènes de la réparation sur le bout périphérique.

La ligature entre les scalènes a été pratiquée deux fois par NICHLOSS et AUCHINCLOSS; le premier des opérés guérit sans accidents. D'après POINSOT, la ligature classique en dehors des scalènes aurait été appliquée huit fois. WARREN, GREEN, SKEY ont obtenu des succès; mais en lisant les observations, on s'aperçoit que plusieurs de ces ligatures ont été faites pour des anévrysmes de l'axillaire. C'est sans doute de cette façon que ROLAND compte vingt et un cas de ligature, dont neuf guérisons. Les causes de la mort sont l'hémorragie, la pyohémie, la pleurésie.

Méthode de Hunter. — Sur trente opérations dans lesquelles on a lié quinze fois le tronc branchio-céphalique et quinze fois la sous-clavière, il n'y a eu qu'un succès, celui de SMITH (de New-York). La première opération de ligature de l'innominée a été faite par V. MOTT en 1818. La plupart des opérés sont morts d'hémorragie secondaire; SMITH (1864) réussit en liant l'innominée et la carotide; la guérison ne fut obtenue qu'après que cet habile chirurgien eut lié la vertébrale pour arrêter une hémorragie secondaire. Plus récemment, MITCHELL BANKS a guéri un malade par la ligature simultanée du tronc branchio-céphalique et de la carotide primitive, pour un anévrisme de la seconde portion de la sous-clavière. THOMSON (1882) lia le tronc innominé, et son opéré survécut quarante-deux jours¹.

1. THOMSON a réuni dans un travail intéressant (*British Med. J.*, 1882, t. II, p. 722), tous les cas connus de ligature du tronc brachio-céphalique. Ce sont les faits de W. MOTT (1818), mort au bout de vingt jours. — GRÆFE (1822), mort au soixante-septième jour. — NORMAN (1824). — ARENDT (1827). — HALL (1830). — BLAND (1832), un chirurgien français (1834). — LIZARS (1837). — GORE (1856). — PIROGOFF, W. COOPER (1859). — W. COOPER, 1860 (mort après trente-quatre jours). — BICKERSTETH (1868). — O'GRADY (1873). — THOMSON (1882) mort au quarante-deuxième jour. — Tous les autres opérés ont succombé dans les deux premières semaines. Sur les quinze morts, neuf ont succombé à des hémorragies.

LISTON (1878) a pratiqué la ligature de la carotide de la sous-clavière simultanément dans le but de faciliter la formation du caillot; CUVELLIER en avait fait autant et sans plus de succès sur un blessé de Magenta. LE FORT a conseillé de lier en plus la vertébrale, de manière à empêcher le retour trop rapide du sang dans l'anévrisme. Un malade de PARKER, opéré par ce procédé, succomba la cinquième semaine par le fait d'une hémorragie du bout périphérique.

Terminons cette triste liste nécrologique en ajoutant que dans sept cas les opérateurs n'ont pas réussi à lier l'innominée ou la sous-clavière, et que dans un de ces faits les pressions exercées sur l'anévrisme en ont fortuitement amené la guérison définitive.

B. La *ligature au delà de l'anévrisme* comprend les procédés de Brasdor (entre l'anévrisme et la première collatérale) et de Wardrop, qui lie en même temps le tronc et la principale collatérale. La portion extra-scalénique de la sous-clavière n'émet pas de collatérale; il ne saurait donc être question du procédé de Wardrop. Quant à la méthode de Brasdor, HOLMES la considère comme plus propre à augmenter le volume de l'anévrisme qu'à arrêter son accroissement. Quatre cas où l'on y a eu recours se sont terminés par la mort.

Désarticulation de l'épaule. — W. FERGUSSON a proposé la désarticulation de l'épaule que SPENCE (d'Édimbourg) pratiqua dans un cas où le membre était déjà gangréné; il sauva son malade qui vécut encore quatre ans. Un opéré de HOLDEN mourut de septicémie au trente et unième jour, et l'anévrisme paraissait plus gros. Dans un cas de HEATH, l'anévrisme ne fut pas modifié et la guérison ne survint que plus tard par l'introduction d'aiguilles. Les chirurgiens anglais s'en déclarent partisans (1881).

En résumé, c'est au traitement médical, surtout à la méthode de Tufnell, qu'il faut tout d'abord recourir. La malaxation faite prudemment dans les cas où l'anévrisme n'est pas trop près des branches collatérales pourra être essayée. L'électro-puncture serait également un des moins mauvais moyens, et son utilité bien démontrée dans les anévrysmes de l'aorte justifie de semblables tentatives pour les anévrysmes sous-claviers.

Enfin, si tous ces traitements échouaient, s'il y avait urgence, il faudrait encore recourir à la ligature et de préférence, à la méthode d'Anel, en se servant de la ligature antiseptique qui pourra modifier les résultats peu avantageux de l'intervention.

B. — ANÉVRYSMES ARTÉRIO-VEINEUX

D'une façon générale ces anévrysmes sont moins graves que les précédents, les malades ont pu vivre assez longtemps sans être aussi sérieusement incommodés et menacés que dans les anévrysmes vrais. Sur six cas connus d'anévrysmes artério-veineux, trois fois l'affection était consécutive à des coups de feu (ROBERT, WATMANN, LETENNEUR), et trois fois à des plaies par armes blanches (BÉRARD, J.-D. LARREY, POSADA ARANGO).

Sans insister sur les symptômes propres de ces tumeurs, nous dirons que les accidents sont moins intenses que dans l'autre variété d'anévrysmes; l'accroissement de la tumeur est plus lent; enfin les malades sont surtout gênés par le bruissement persistant ou thrill qu'ils perçoivent jour et nuit.

La bénignité relative de l'affection comparée aux dangers et aux incertitudes de la thérapeutique, commande impérieusement l'abstention ; tel a été l'avis de la Société de chirurgie de Paris en 1865.

6° PLAIES DES NERFS

Bibliographie. -- MAISONNEUVE, *Gaz. des Hôp.*, 1849, p. 506, 532. — ROBERT, in *Soc. de chir.*, 1854. — W. MITCHELL, MOREHOUSE, etc., *Gunshot Wounds*, 1864. — VERNEUIL, *Gaz. des Hôp.*, 1864. — SEELIGMULLER, *Berl. klin. Wochens.*, 1876, p. 742 et *Deutsche Arch. f. klin. Med.*, t. XX, 1870, p. 101. — FISCHER, in *Deutsche Chir.*, Lief. 34. — OTIS, *Hist. de la guerre d'Amérique*, t. II, p. 424. — DELENS, *Arch. gén. de méd.*, 1882.

Thèses de Paris. — 1866, TILLAUX (Agrég.), EMPIS. — 1869, POITEAU. — 1881, MERCIER.

Les nombreux filets nerveux du cou sont assez souvent intéressés par les traumatismes de tous genres, plaies, contusions, compression. Cependant on a depuis longtemps constaté la rareté du tétanos comme complication des plaies du cou. D'ailleurs l'observation des phénomènes consécutifs n'est pas toujours facile parce que deux ou plusieurs nerfs peuvent être intéressés simultanément, et d'autre part la lésion de l'un retentit parfois sur les branches voisines.

Lésions du plexus brachial. — Bien que les branches de ce plexus puissent être lésées par des armes blanches, la plupart des faits connus concernent des plaies par armes à feu. BECK, SOCIN, sur soixante-treize plaies des nerfs observées pendant la guerre franco-allemande, ont trouvé vingt-deux plaies du plexus brachial. Tantôt quelques-uns des troncs sont coupés ou déchirés, tantôt il n'y a qu'une contusion. Dans le premier cas, il existe une paralysie immédiate du mouvement et de la sensibilité dans la zone d'innervation correspondante. Signalons encore parmi les symptômes fréquents, l'anesthésie complète ou incomplète, immédiate ou consécutive, les douleurs irradiantes. La paralysie du mouvement est rarement limitée à un seul muscle, et l'anesthésie peut disparaître alors que la paralysie motile persiste. Parmi les complications assez fréquentes de ces lésions, la névrite est l'une des plus redoutables ; au lieu de s'atténuer ou de disparaître, les symptômes primitifs s'aggravent ; aux douleurs s'ajoutent des contractures, des crampes, l'atrophie, des phénomènes nerveux éloignés, des troubles trophiques qui consistent en altérations des doigts, des poils, ulcères de la paume de la main, causalgie, etc.

La présence d'un corps étranger au voisinage d'un nerf détermine des accidents de même nature, avec cette différence qu'ils peuvent cesser si le corps étranger est enlevé à temps. BAUDENS fit disparaître une paralysie en retirant une balle implantée dans une vertèbre cervicale au voisinage d'un nerf. BECK a réséqué dans une plaie d'arme à feu un fragment de clavicule pour obvier aux inconvénients qui résultaient de la pénétration du plexus. Il s'agissait également de perforation d'un nerf par un des fragments dans le cas de GIBSON ; la paralysie et l'atrophie du membre en furent la conséquence. Dans un fait publié par DELENS, un cal exubérant de la clavicule comprimait

les vaisseaux, le plexus brachial, et avait amené une inertie complète du membre supérieur, ainsi que des troubles circulatoires ; la résection du cal améliora rapidement ces accidents. EARLE, MERCIER, POLAILLON ont cité des exemples analogues. NUSBAUM a mis à nu le plexus brachial et élongé quatre branches inférieures du plexus cervical pour remédier à des crampes et des paralysies de la sensibilité. OTIS parle d'un blessé de Chancellorsville qui garda pendant sept ans une balle entre le plexus brachial et la sous-clavière ; des troubles graves de l'innervation du membre supérieur en avaient été la conséquence ; LINCOLN trouva la balle croisée et fixée solidement par une des branches du plexus brachial ; en poussant le nerf de côté, il se produisit une vigoureuse contraction du membre, et la plupart des accidents disparurent peu à peu. Enfin ajoutons en terminant qu'on a constaté quelquefois l'arrachement et la ligature des nerfs de ce plexus. BOULLAUD (*Traité de l'encéphalite*, p. 125) rapporte d'après LALLEMAND que dans un cas où l'on avait lié un nerf en même temps que la sous-clavière, le malade éprouva de vives douleurs dans le cou et mourut au huitième jour d'un abcès du cerveau.

Lésions du pneumogastrique et de l'hypoglosse. — On connaît plusieurs exemples de blessures du pneumogastrique ; d'autres fois il a été compris dans le même fil que l'artère. Sur trois cas connus de lésions du nerf vague, (M'CLELAN, LABAT, BILLROTH) deux malades guérirent, le troisième mourut de pneumonie. Parmi les conséquences ordinaires de ces traumatismes, citons les troubles de la phonation et de la respiration, la dyspnée. Plusieurs faits dans lesquels on a excisé un segment de ce nerf en enlevant des tumeurs montrent que les accidents ultérieurs ne sont pas aussi redoutables qu'on pourrait le croire d'après les expériences physiologiques. FEARN a trouvé dans un cas le bout supérieur névromateux et le bout inférieur atrophié.

L'hypoglosse n'échappe pas aux instruments tranchants qui pénètrent dans le cou, à la partie supérieure de la région carotidienne ; dans un cas de GUTERBOCK, un coup de rasoir avait intéressé un seul hypoglosse ; SCHULLER a observé dans les mêmes conditions la section de ces deux nerfs. Chez un blessé dont parle WEIR MITCHELL, une balle avait sectionné l'hypoglosse gauche et amené la paralysie de la moitié de la langue.

Lésions du nerf sympathique. — Bien étudiées expérimentalement, les lésions du sympathique ont été l'objet de travaux intéressants de la part de PORTEAU et de SEELIGMULLER. Ce dernier auteur en a réuni treize cas. Tantôt il s'agit de plaies, tantôt de tumeur ; l'un des faits les plus probants, publié par W. MITCHELL, MOREHOUSE et KEEN, concerne un blessé de la guerre d'Amérique ; les principaux symptômes sont : le rétrécissement de la pupille, la blépharoptose, les douleurs frontales, la rougeur de la joue. Sur les treize observations, SEELIGMULLER a trouvé dix fois des troubles paralytiques et trois fois des phénomènes d'irritation. Le même auteur a remarqué que la lésion du sympathique coïncidait fréquemment avec celle d'autres nerfs ; ainsi neuf fois on a constaté simultanément la paralysie du plexus brachial, c'est ce qui conduit à penser qu'en pareil cas ce ne sont pas les faisceaux du sympathique qui sont touchés, mais bien plutôt ses branches de communication avec le plexus.