

cavité pleurale. Celle-ci est assez large pour contenir une masse de sang telle que la survie soit impossible. Un épanchement si rapide, et qui comprime si fortement les organes intrathoraciques, apporte en outre un obstacle absolu au jeu du cœur et des poumons.

Les hémorrhagies interstitielles, par la pression qu'elles exercent autour d'elles gênent le fonctionnement des organes. Elles ont plusieurs fois causé à elles seules la suffocation. Elles subissent au cou le sort ordinaire. C'est ainsi qu'on voit, selon les cas, le sang épanché se résorber et la partie artérielle guérir, ce qui est d'ailleurs fort rare, ou bien un anévrysme diffus s'établir soit d'emblée, soit après quelques jours. Enfin la poche formée par le sang peut suppurer et souvent alors une hémorrhagie secondaire arrive qui ne le cède pas en gravité à l'hémorrhagie primitive.

Les blessures causées par les balles exposent plus que les autres aux hémorrhagies secondaires. Beaucoup de blessures de la région cervicale qui, au moment de leur production, paraissaient dénuées de gravité, deviennent au bout d'un temps variable, généralement après huit à dix jours, la source d'hémorrhagies sérieuses par leur abondance et par leur répétition. C'est aux hémorrhagies secondaires bien plus qu'aux hémorrhagies primitives que le chirurgien est appelé à remédier.

Une grosse veine du cou est-elle blessée en même temps qu'une artère, et à côté d'elle, le sang qui sort de l'artère peut passer plus ou moins directement dans la veine. Cette terminaison des plaies artérielles par anévrysme artério-veineux est relativement favorable, lorsqu'il s'agit d'une artère comme la carotide primitive par exemple.

Voici d'ailleurs ce qui a été noté à tous les points de vue précédents pour les principales artères du cou.

a. *Plaies du tronc brachio-céphalique.* — Les auteurs n'en citent que 5 cas tous mortels, l'un par coup de poignard, les deux autres par projectile de guerre.

b. *Plaies de la carotide primitive.* — Un peu larges, elles entraînent la mort avant que le blessé puisse être secouru. Étroites, elles laissent quelques chances de survie. A leurs hémorrhagies s'applique tout ce que nous disions plus haut. La lésion simultanée de la carotide primitive et de la veine jugulaire interne n'est pas rare.

c. *Plaies de la carotide externe et de ses branches.* — Le tronc

de l'artère est moins souvent lésé que les branches. La lésion simultanée du tronc et de quelque branche, ou de plusieurs branches est très commune. L'hémostase provisoire s'obtient beaucoup plus facilement pour les plaies de ces vaisseaux que pour celles de la carotide primitive.

d. *Plaies de la carotide interne.* — Plus profondément cachée que les précédentes, cette artère est atteinte ordinairement par la bouche; elle n'est séparée de la cavité bucco-pharyngienne que par l'amygdale. Des objets très divers, poussés avec violence, sont venus la déchirer en ce point : tuyaux de pipe, aiguilles, fourchettes, etc.... Après l'ouverture d'un abcès amygdalien, on a vu, plus d'une fois, une hémorrhagie grave, foudroyante même, se produire, soit que la carotide ait été réellement ouverte dans l'opération, soit qu'elle fût ulcérée à l'avance. Il est assez rare que des instruments tranchants ou piquants plongés derrière la branche du maxillaire soient arrivés à léser la carotide interne. Mais des balles l'atteignent souvent après des trajets fort divers à travers la face ou le cou.

e. *Plaies de l'artère sous-clavière.* — Poinsoy a tracé leur histoire dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article SOUS-CLAVIÈRE, d'après 25 observations qu'il a pu réunir. La sous-clavière peut être lésée en un point quelconque de son trajet. La mort survient le plus souvent avant que le blessé puisse recevoir aucun secours, par hémorrhagie extérieure, ou par hémorrhagie dans la cavité pleurale ouverte en même temps que le vaisseau. L'hémothorax devient la source d'une hémoptysie plus ou moins abondante lorsque le poumon est atteint en même temps. Dans quelques cas (Bergmann), il n'y a point d'autre hémorrhagie. Un petit nombre de plaies étroites et de plaies par armes à feu ont pu par exception guérir; l'hémostase primitive, temporaire, s'était faite grâce aux conditions favorables de la blessure (absence de parallélisme), ou à une prompt compression. Malheureusement les hémorrhagies secondaires sont communes et elles se reproduisent avec une facilité désespérante, même après la ligature. A la guerre, les fractures de la clavicule et des côtes supérieures accompagnent souvent des lésions artérielles. Ces dernières peuvent être produites directement par des esquilles osseuses qui déchirent les vaisseaux ou s'implantent dans son épaisseur. Les hémorrhagies secondaires sont de règle dans le second cas.

f. *Plaies des branches de l'artère sous-clavière.* — On a signalé

des blessures de l'artère thyroïdienne inférieure, de la scapulaire transverse et surtout de la *vertébrale*. G. Fischer avait recueilli 52 cas de blessure de cette dernière artère. Kuester a pu leur ajouter 9 autres faits. Dans un quart des faits, le corps vulnérant était une balle. L'artère est lésée, tantôt avant son entrée dans le canal des apophyses transverses, tantôt dans ce canal même, auquel cas des fractures d'apophyses accompagnent presque toujours la lésion artérielle. Les hémorragies primitives sont sérieuses; mais la mort survient le plus souvent par hémorragie secondaire. Cette blessure est singulièrement grave. De tous les faits connus, 4 seulement se sont terminés par la guérison.

A côté des plaies proprement dites des artères du cou, il ne faut pas omettre de signaler les érosions qui se produisent du fait de l'envahissement des tumeurs, ou sous l'influence d'un travail ulcératif dans le foyer d'un abcès; à cette catégorie appartiennent les hémorragies artérielles, moins communes d'ailleurs que les hémorragies veineuses qui se font à la suite des phlegmons parotidiens (carotide externe), après la scarlatine principalement, et celles qui surviennent dans certains phlegmons amygdaliens (carotide interne). On pourrait rapprocher de ces dernières les hémorragies artérielles par le conduit auditif externe au cours de la carie du rocher. C'est presque toujours la carotide interne ou une branche de la carotide externe, la ménagée moyenne, qui est en cause ici. La lésion siège au-dessus du cou, il est vrai, mais le traitement est le même que si la lésion artérielle occupait la région cervicale.

**Diagnostic des plaies artérielles du cou.** — Le chirurgien est appelé à reconnaître une plaie artérielle dans des conditions très différentes :

*Premier cas.* — On est en présence d'une forte hémorragie. La première question qu'on doit se poser : s'agit-il bien d'une hémorragie artérielle et non d'une hémorragie veineuse? est facile à trancher. Mais quelle est l'artère lésée? Réponse difficile, parfois impossible.

A la base du cou, l'innominée à droite, et des deux côtés la carotide primitive, la sous-clavière et ses branches ne se distingueront pas facilement les unes des autres; si le pouls radial est supprimé ou affaibli, on pensera à la sous-clavière; on accusera plutôt la carotide interne si c'est le pouls temporal, mais il ne faut pas oublier que

l'hémorragie à laquelle on assiste étant le plus souvent une hémorragie secondaire, le pouls peut s'être rétabli grâce aux collatérales.

Plus haut, vers la partie moyenne du cou, le lieu de la blessure, la direction qu'a suivie le corps vulnérant, si on peut la connaître, fourniront des renseignements utiles. D'ailleurs les vaisseaux sont là peu nombreux. Presque toujours c'est la carotide primitive qui est atteinte. Malheureusement, à côté de la parotide et parallèlement à elle, se trouve l'artère vertébrale qui, à plusieurs reprises, a induit les chirurgiens en erreur. Si l'on pouvait comprimer aisément la carotide à la base du cou sans presser en même temps sur la vertébrale, il n'y aurait pas de confusion possible; une hémorragie qui s'arrêterait par la compression aurait sa source dans la carotide; mais il n'en est pas ainsi. Il faut donc s'attendre là à quelques difficultés. On ne devra pas oublier de chercher si le pouls de la temporale se fait sentir; son absence indiquerait plutôt une plaie de la carotide.

La blessure siège au-dessus du bord supérieur du cartilage thyroïde, derrière l'angle de la mâchoire ou même vers la nuque. La compression du tronc carotidien faite à la partie moyenne du cou arrêtera toutes les hémorragies, sauf celle de la vertébrale. Supposons établi que le sang ne vient pas de cette dernière. Il se peut qu'il soit fourni par la carotide interne ou la carotide externe ou quelque branche de cette dernière. L'exploration de l'artère temporale nous fournit encore quelque secours. Si l'artère carotide externe est lésée, le pouls manque ou est singulièrement faible à la tempe. Rien de semblable ne se voit si c'est la carotide interne.

*Deuxième cas.* — L'hémorragie est arrêtée. — On saura toujours si la perte de sang a été abondante ou non; mais les renseignements des assistants ne suffiront souvent pas à apprendre si le sang était artériel ou veineux.

D'ailleurs l'hémorragie a pu être insignifiante. Nous ne devons pas oublier que surtout dans les plaies par armes à feu cette raison ne suffit pas à écarter l'idée d'une plaie artérielle. On tiendra compte du trajet suivi par le projectile, et surtout on utilisera la recherche des battements du pouls à la périphérie, sur laquelle nous insistions tout à l'heure.

Trouvons-nous au niveau d'une blessure du cou une tumeur fluctuante, animée de battements et d'expansion, présentant un bruit de

souffle au moment de la systole cardiaque; alors même que l'hémorragie extérieure manquerait complètement, nous pouvons affirmer qu'il existe une blessure artérielle, car ce sont là les signes de l'anévrysme diffus, ou mieux de l'hémorragie artérielle interstitielle. Resterait à rechercher comme précédemment quel est le vaisseau atteint.

**Traitement.** — Il faut arrêter l'hémorragie, et nous savons que la méthode par excellence est la ligature du vaisseau au-dessus et au-dessous de la blessure (méthode de Guthrie). Au cou la nécessité d'agir ainsi paraît s'imposer plus que partout ailleurs. Si le sang se précipite avec force vers la blessure par le bout central, il y revient avec une extrême facilité par le bout périphérique, grâce aux larges anastomoses qui unissent au niveau de l'hexagone de Willis les carotides et les vertébrales des deux côtés, et à celles qui dans toute la face permettent le passage du sang d'une carotide externe à l'autre.

On est pourtant forcé d'employer parfois une méthode moins sûre, celle d'Anel, qui consiste à lier seulement à distance, entre le cœur et la plaie, soit le vaisseau atteint lui-même, soit le tronc d'où il dérive.

Ces ligatures, qu'elles soient simples ou doubles, ont au cou une gravité particulière. L'interruption brusque de la circulation dans l'artère carotide primitive ou dans l'artère carotide interne entraîne souvent des accidents particuliers, sur lesquels nous reviendrons.

La compression, le tamponnement, les applications froides, l'emploi des substances astringentes et styptiques, offrent peu de chances de succès. On ne doit pas les mettre en parallèle avec la ligature, malgré ses difficultés et ses dangers. Mais il ne faut renoncer d'avance à aucun moyen. On peut avoir à les employer tous.

Si le diagnostic de l'artère lésée était toujours fait avec certitude, le traitement des plaies du cou compliquées de lésions artérielles serait bien simplifié. Par malheur, il l'est rarement. Les choses se passent en réalité de la façon suivante :

A. *La plaie du cou est faite par un instrument tranchant.* — C'est ordinairement une plaie récente. On va toujours à la recherche du vaisseau, en agrandissant s'il le faut la blessure, et on lie les deux bouts de l'artère. Cette opération est laborieuse à cause de l'hémorragie ou des caillots qui masquent le champ où l'on se

meut; mais elle est en général possible partout. A la région parotidienne, nous recommanderions les pinces à forcipressure, enfoncées aussi profondément qu'il le faut et laissées en place.

B. *La blessure est étroite, par instrument piquant ou par balle.* — Supposons encore une plaie récente et une hémorragie primitive. Toutes les fois qu'on peut, par la compression digitale ou par une compression directe, arrêter l'hémorragie, il ne faut pas se presser d'intervenir. On connaît un certain nombre de guérisons complètes obtenues par ce moyen. La formation d'un anévrysme artério-veineux n'est pas rare; la compression le favorise et c'est là, après tout, pour une plaie d'une grosse artère, une terminaison heureuse. Un anévrysme diffus ne peut pas être considéré comme une complication bien fâcheuse. On attendra donc, si on le peut, en exerçant sur le malade une surveillance incessante, et l'on se tiendra prêt à intervenir dans le cas où l'hémorragie se reproduirait.

Si la compression ne réussit pas, si l'absence des aides ou des instruments nécessaires oblige à y renoncer, on intervient immédiatement. La conduite à tenir n'est pas toujours la même.

Tout à fait à la base du cou, la recherche du vaisseau lésé en vue de pratiquer sa ligature est presque impossible. Elle ne semble pas avoir été essayée une seule fois dans le cas d'hémorragie primitive. — A la partie moyenne du cou, la double ligature de l'artère (c'est presque toujours la carotide primitive) est de règle. — Entre le bord supérieur du cartilage thyroïde et l'angle du maxillaire inférieur, une plaie peut intéresser la carotide primitive à sa partie supérieure, ou l'une de ses branches de bifurcation, ou encore les rameaux de la carotide externe. Rechercher directement l'artère lésée, la lier au-dessus et au-dessous de l'orifice qu'elle présente, c'est encore assurément la conduite la plus rationnelle. Mais on peut trouver bien des difficultés. On va au hasard, car on ignore généralement qu'elle est l'artère en cause; on se perd dans des tissus infiltrés de sang, et pendant ce temps le malade peut périr sous les yeux de l'opérateur. Aussi court-on souvent au plus pressé. Un fil est passé sous la carotide primitive à sa partie moyenne. C'est une opération facile et qui se fait rapidement. On pourrait, après avoir arrêté l'hémorragie, prolonger par en haut l'incision qu'on a faite et aller pour plus de sûreté, dans une seconde opération, chercher le vaisseau lésé qui serait lié directement au-dessus et au-dessous de

son ouverture. — Au-dessus de l'angle de la mâchoire la recherche du vaisseau lésé devient tout à fait impossible; on songera tout de suite à la ligature d'un tronc principal. Supposons que l'idée d'une plaie de la vertébrale est écartée. Les circonstances sont-elles pressantes, on se jette sur la carotide primitive. A-t-on un peu plus de temps, on met à découvert cette artère près de sa bifurcation; on cherche ses deux branches et on les comprime isolément. L'hémorragie s'arrête-t-elle par la compression de la carotide externe, on ne doit lier que ce seul tronc. Cède-t-elle au contraire à la compression de la carotide interne, c'est sur cette artère que le fil sera placé; mais, ainsi que le fait remarquer Le Fort, on a peut-être avantage dans ce cas à lier la carotide primitive. Il est vrai que par là les hémorragies secondaires risqueront d'être plus fréquentes, la carotide externe amenant au-dessus du fil le sang qu'elle reçoit de ses anastomoses avec sa congénère du côté sain; mais, d'autre part, à cause même de ces anastomoses, les accidents encéphaliques, si fréquents et si redoutés après la ligature des carotides, pourront être plus facilement évités. Dans le cas où la persistance de l'hémorragie, après la compression de la carotide primitive et de ses deux branches, donnerait à penser que la blessure siège sur la vertébrale, on ne pourrait guère faire que la compression directe dans la plaie, au moyen de tampons antiseptiques. Pourrait-on, en cas de besoin, lier la vertébrale au niveau des courbures qu'elle décrit sur les deux premières vertébrales? Duplay le croit. Nous pensons que, même après la résection d'une portion notable des muscles de la nuque, le vaisseau est très peu accessible en ce point.

Les données qui précèdent s'appliquent très bien aux hémorragies secondaires, si communes particulièrement après les blessures causées par les balles. Ici la recherche directe du vaisseau est toujours d'une extrême difficulté; même à l'autopsie, on a de la peine quelquefois à retrouver le point blessé!

**Pronostic après la ligature de la carotide primitive : accidents.** — La ligature de la carotide primitive au-dessus et au-dessous de l'ouverture accidentelle n'a été faite à ma connaissance que trois fois (Michon, Gray et Périer), j'assistais l'opérateur dans ce dernier cas : coup d'épée dont la pointe brisée, par bonheur, était restée dans la plaie. Le succès fut complet.

On a lié au contraire la carotide primitive, entre la blessure et le

cœur, *plusieurs centaines* de fois (statistique de Pils). Selon les séries la mortalité varie de 50 à 75 pour 100.

Deux accidents principaux menacent les opérés : la continuation de l'hémorragie ou son retour précoce, ensuite et surtout des accidents encéphaliques. La ligature de la carotide primitive, d'une façon générale et quelle que soit la raison pour laquelle on la pratique, peut être suivie immédiatement de syncope, de coma, de convulsions, d'hémiplégie. Ces phénomènes disparaissent plus ou moins rapidement ou bien s'aggravent, se mêlent à des accidents nouveaux et finissent par entraîner la mort. Dans les cas les plus communs, les accidents n'ont pas cette soudaineté; l'opéré n'a présenté rien de notable d'abord. Il est seulement frappé d'hémiplégie au bout de quelques jours, ordinairement après deux ou trois. Tantôt la face seule est atteinte, tantôt et le plus souvent en même temps que la face, les membres. L'hémiplégie siège du côté opposé à la blessure. Quelques malades se rétablissent au bout d'un temps variable, mais presque tous succombent assez vite, après avoir présenté du délire, des convulsions et du coma. Léon Le Fort a montré que plus de la moitié des opérés qui succombent après la ligature meurent de cette façon. On a noté, à côté de ces grands accidents, la dyspnée, de l'aphonie, de la dysphagie et des troubles oculaires très divers, variant depuis une simple contraction de la pupille jusqu'à la perte complète de la vision et même la suppuration et la fonte de l'œil.

La cause de ces phénomènes est encore mal connue. L'anémie cérébrale subite peut assurément entraîner une syncope, une hémiplégie passagère, une tendance au coma. Mais comment se produisent les accidents plus éloignés? On a pensé (Chevers, Ehrmann) qu'après une certaine période d'anémie, l'hémisphère correspondant au côté lié se trouvait frappé de congestion à la suite de l'exagération de la circulation collatérale. De là des lésions résultant surtout d'un excès de tension dans les capillaires.

L. Le Fort les attribue plutôt au développement d'une thrombose artérielle qui du point lié, où elle serait naturelle et nécessaire, remonte vers la périphérie, oblitérant d'abord l'ophtalmique, puis les artères cérébrales moyenne et antérieure. Cette thrombose envahissante vient-elle à manquer, grâce à ce que, par exemple, la circulation collatérale se rétablit vite dans le bout supérieur de la carotide

primitive, au moyen des anastomoses qui unissent les deux carotides externes, on ne voit pas survenir l'hémiplégie.

Ces vues hypothétiques reçoivent une certaine confirmation de ce fait que l'hémisphère cérébral a été souvent trouvé en état de ramollissement du côté lésé.

La ligature de la carotide primitive emprunte, comme nous le disions tout à l'heure, plus de la moitié de son extrême gravité à ces accidents encéphaliques. C'est une raison puissante pour que, toutes les fois qu'on a le choix, on fasse la ligature de la carotide externe. La mortalité après cette opération est relativement légère.

#### ANÉVRYSMES DIFFUS DES ARTÈRES DU COU

Les anévrysmes diffus primitifs, les seuls que nous devons étudier ici, ne sont pas très rares au niveau des artères du cou. Leur histoire devrait se confondre avec celle des plaies, puisque ces anévrysmes ne sont autre chose que des hémorragies interstitielles en communication avec le sang artériel.

**Causes.** — Tout ce qui s'oppose à l'effusion du sang à l'extérieur prédispose à la formation de l'anévrysmes diffus. Ce sont les plaies étroites, par instruments piquants ou par balles, que nous trouvons toujours à leur origine. Les ruptures des artères, sans plaie extérieure, réalisent encore mieux les conditions nécessaires à leur production; mais ces lésions sont rares. Exceptionnellement, l'anévrysmes diffus s'est montré à la carotide quelques jours après la ligature de ce vaisseau, lorsque la plaie extérieure était à peu près guérie, par suite de l'ulcération de l'artère au niveau du fil.

Le sang qui s'échappe d'une grosse artère du cou peut immédiatement, sous l'influence de la haute pression qu'il supporte, écarter les organes voisins, s'infiltrer au loin et donner naissance à une tumeur rénitente animée de *battements isochrones* avec la systole cardiaque; mais souvent la tumeur n'apparaît qu'après plusieurs jours; le sang a vaincu peu à peu la pression qui s'oppose à sa sortie en masse un peu considérable. Un certain nombre de ces faits forment une transition naturelle avec l'anévrysmes artériel proprement dit, ou anévrysmes faux consécutif.

**Siège.** — On peut trouver des anévrysmes diffus au niveau de toutes les artères du cou. La sous-clavière en a fourni plusieurs;

quelques-uns étaient causés par une piqûre de l'artère à travers la paroi thoracique; sur l'artère carotide et ses branches la fréquence est plus grande. Enfin, sur 52 blessures de l'artère vertébrale relevées par G. Fischer, l'anévrysmes diffus s'est produit 7 fois.

**Anatomie pathologique.** — Au cou comme ailleurs, il s'agit d'une simple cavité irrégulière, informe, munie de prolongements plus ou moins étendus suivant la résistance qu'ont offerte ici et là telle ou telle partie du cou. Elle ne possède pas de sac comparable à celui des véritables anévrysmes; on cite comme une exception un cas de Klebs dans lequel s'était formée à la longue une véritable enveloppe de tissu cellulaire. Le sang dans la poche est en partie liquide, en partie transformé en caillots diffluent. Ça et là, dans les diverticules anfractueux, on trouve des dépôts plus durs, fibrineux.

Dans quelques cas heureux, l'anévrysmes diffus perd rapidement sa tendance à l'accroissement: mais c'est une exception rare. Généralement il augmente progressivement de volume, gênant de plus en plus la respiration et la déglutition. Il gagne de proche en proche, soit l'extérieur, soit la cavité du pharynx, soit même la trachée, et s'ouvre finalement sur un de ces points. Presque toujours l'hémorragie terminale se produit au niveau d'une ouverture faite par un corps vulnérant et restée plus ou moins longtemps oblitérée. L'inflammation du sac et sa suppuration hâtent souvent la rupture.

**Symptômes et diagnostic.** — Les symptômes de l'anévrysmes diffus sont ceux de l'anévrysmes ordinaire. Il existe une tumeur animée de battements, au niveau de laquelle on perçoit un bruit de souffle à chaque systole cardiaque. Mais il y a quelques particularités à noter: la tumeur formée par le sang épanché est diffuse. C'est plutôt une tuméfaction qu'une véritable tumeur. La peau qui la recouvre est presque toujours rouge ou violette, ecchymotique, et cette teinte s'étend au loin vers la région thoracique. Le larynx, la trachée, l'œsophage sont comprimés, de même que le sommet du poumon s'il s'agit d'un anévrysmes de la sous-clavière. Le cou peut être incliné, le menton tourné du côté de la blessure comme dans le torticolis.

Pour les battements et le souffle, ils offrent de grandes variétés. On peut les percevoir très nettement, voir les battements, entendre le souffle à distance; on peut, par contre, ne les découvrir qu'avec difficulté. Leur absence même ne permet pas d'affirmer que cette

tuméfaction fluctuante siégeant au voisinage d'une artère n'a pas été en rapport avec le sang contenu dans le vaisseau artériel voisin, car des caillots peuvent momentanément fermer l'orifice de communication; on doit en pareil cas réserver toujours son diagnostic.

Une erreur commise un certain nombre de fois consiste à prendre pour un phlegmon, un anévrysme diffus de la carotide interne dans la région amygdalienne. Deux cas peuvent ici se présenter : il a pu exister d'abord un phlegmon de la région. L'artère s'est ulcérée à ce niveau, et s'est mise en communication avec la cavité de l'abcès. En ouvrant ce dernier, on ouvre donc en définitive un anévrysme diffus. D'autre part, toutes les fois que la poche d'un anévrysme diffus s'enflamme, on voit apparaître les signes d'un véritable phlegmon. Si l'on n'était pas prévenu, on serait tenté de l'ouvrir comme tel. Il faut avoir l'esprit éveillé sur la possibilité de semblables confusions, rechercher chaque fois avec le plus grand soin les signes de l'anévrysme et, s'il s'agit d'une autre artère que la carotide interne, interroger le pouls sur les branches périphériques.

Le **traitement** est incertain. La *compression digitale*, difficile à appliquer et à supporter au cou, qu'il s'agisse de la carotide ou de la sous-clavière, a rarement donné un bon résultat. La *compression directe* est encore moins efficace; on ne lui attribue que deux ou trois succès dans les anévrysmes de la carotide. Les diverses méthodes employées à titre secondaire dans les anévrysmes ordinaires, telles que l'*acupuncture*, la *galvano-puncture*, les *injections coagulantes*, etc., sont sans effet.

La *ligature entre le cœur et la blessure* est encore l'opération la plus usitée. Il faut convenir qu'il s'agit là d'une opération très difficile. La recherche de l'artère, au milieu des tissus infiltrés de sang, enflammés, indurés, est toujours fort laborieuse. Souvent, en outre, la plaie est placée si bas, si près de la clavicule ou du sternum, l'anévrysme diffus recouvre si complètement la région, que non seulement la ligature à une certaine distance de la plaie (ligature de Hunter), mais même la ligature d'Anel devient impraticable. On a pourtant lié assez souvent la carotide primitive, quelquefois la sous-clavière et même une fois (Bickerstett), mais d'une façon temporaire, le tronc de l'artère brachio-céphalique. Tous les cas de ligature de la sous-clavière, sauf un seul qui appartient à Manec, et bien des cas de la carotide, se sont terminés par la mort. Après la ligature de

l'artère, l'anévrysme diffus est loin de suivre toujours une évolution favorable. Au lieu de durcir, de se rétracter et de disparaître peu à peu, les caillots s'altèrent souvent, jouent le rôle de corps étrangers et déterminent l'inflammation de la poche, d'où deux grands dangers : celui d'un vaste phlegmon profond du cou et celui de l'hémorragie secondaire. Le sang ramené de la périphérie à l'ouverture de l'artère trouve celle-ci, la plupart du temps, parfaitement béante. Les caillots qui la fermaient ont subi le sort commun. Ils se sont ramollis et détachés. Le sang peut aussi venir par le bout central du vaisseau à la chute de la ligature, chute que l'inflammation des vaisseaux rend plus précoce.

L'*ouverture directe de la cavité*, avant toute ligature, dans le but d'aller saisir l'artère et de la lier, a été tentée un certain nombre de fois. Ouvrir le sac sur une petite étendue, porter immédiatement l'indicateur de la main gauche à travers les caillots sur la plaie artérielle pour comprimer le vaisseau et arrêter l'hémorragie, tout cela doit être l'affaire d'un instant. On agrandit ensuite l'ouverture extérieure et l'on cherche à isoler le vaisseau pour le lier au-dessus et au-dessous du point lésé. Cette intervention hardie a réussi entre les mains de Syme, dans un anévrysme de la carotide; mais elle est singulièrement dangereuse. On a vu dans de semblables circonstances le malade périr entre les mains du chirurgien. Dans un cas de ce genre, Hofmann, renonçant à trouver le vaisseau, bourra la cavité d'éponges entre lesquelles il eut soin de placer des cristaux d'acide phénique (Fischer). Il obtint la guérison de son malade.

Nous ne pouvons que mentionner la méthode de Brasdor et le traitement de Valsava, ni l'une ni l'autre n'ont fait ici leurs preuves.

## V

## PLAIES DES VEINES DU COU

**Généralités.** — La région cervicale est riche en veines. Le réseau sous-cutané possède deux troncs de chaque côté : la veine jugulaire antérieure et la veine jugulaire externe. Les grosses veines profondes sont la veine jugulaire interne et, à la base du cou, les veines sous-clavières. Un riche plexus veineux recouvre la trachée au voisinage du corps thyroïde.