

bien grand, surtout si toutes les précautions antiseptiques avaient été prises. On a signalé des spasmes nerveux sans importance.

Delore (de Lyon), partant de ce principe que dans un très grand nombre de cas le torticolis est le fait de la contracture des muscles postérieurs du cou, bien plus que du sterno-cléido-mastoïdien, a proposé et mis en usage le redressement brusque du cou, sans section du sterno-cléido-mastoïdien. Au moyen des mouvements graduels de rotation et d'inclinaison, Delore redresse sous le chloroforme l'incurvation vertébrale. On entend de temps en temps, pendant ces manœuvres qui durent de cinq à dix minutes, des craquements dus à la rupture de brides fibreuses (*Gazette hebdomadaire*, 1878). De Saint-Germain fait quelques réserves au sujet de l'emploi de cette méthode. Il n'est pas douteux qu'elle ait donné entre les mains de son auteur de très bons résultats; mais ne pourrait-elle pas devenir bien dangereuse 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.

Un appareil beaucoup plus simple et très efficace est celui de Sayre, modifié heureusement par Kirrison. On fait avec lui une extension continue au moyen d'un tube de caoutchouc placé du côté sain suivant la direction du sterno-cléido-mastoïdien. Ce tube est fixé

en arrière de l'apophyse mastoïde en haut, sur la partie antéro-latérale de la poitrine en bas au moyen de deux larges bandes de diachylon.

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 *torticolis 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

### MALADIES DES VAISSEaux DU COU

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<sup>o</sup> ANÉVRYSMES DE L'ARTÈRE CAROTIDE PRIMITIVE

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

§ 1. — *Anévrysmes artériels de la carotide primitive.*

**Fréquence.** — L'anévrysmes carotidien vient par ordre de fréquence après l'anévrysmes de l'aorte, de la poplitée et de la fémorale. D'après le relevé de Crisp, on en trouverait 4,5 sur 100 anévrysmes. 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 : 3,5.

**Étiologie.** — L'anévrysmes 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 anévrysmes diffus primitif, une hémorrhagie interstitielle. Cependant on a décrit quelques rares anévrysmes se développant un certain temps après la blessure, et se comportant en *anévrismes faux consécutifs*.

Dans l'étiologie de l'anévrysmes spontanée 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'anévrysmes 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'anévrysmes poplitée 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 anévrysmes.

On invoque ici les *causes prédisposantes* ordinaires : infections diverses susceptibles de donner naissance à l'artérite, syphilis, alcoolisme principalement. On relève aussi dans un bon nombre de

cas des causes occasionnelles évidentes : tentatives de strangulation, efforts musculaires violents, efforts de défécation, crises de vomissement, accident de chemin de fer, etc.

**Anatomie pathologique.** — L'anévrysmes 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 anévrysmes 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 anévrysmes dépassent à peine la grosseur d'une amande ; d'autres occupent toute la hauteur du cou.

Les compressions de voisinage, qui impriment aux anévrysmes de chaque région une physionomie particulière, s'exercent pour l'anévrysmes carotidien sur des organes très variés et très importants. La veine jugulaire interne est atteinte la première. Étendue 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'anévrysmes. Le squelette n'est jamais atteint.

**Symptômes.** — Les phénomènes locaux observés au niveau de l'anévrysmes 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 anévrysmes, 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'anévrysme. 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, enrôlée; 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 goître 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 pardonna-

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, notamment à la carotide interne; mais elle aurait été observée aussi au nouveau 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 artérielle 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 la portion ascendante de l'aorte envahissent le cou jusqu'à des hauteurs très considérables. Une fine analyse des symptômes permettra seule d'établir le diagnostic. On utilisera particulièrement les données suivantes : 1° l'anévrysme de l'aorte, avant d'être extra-thoracique, s'est annoncé par des signes thoraciques qui lui sont propres. L'examen sphygmographique permet de constater du côté du pouls radial des troubles qui manquent dans l'anévrysme carotidien (Fr. Franck). C'est l'inégalité d'amplitude des deux pouls radiaux, et l'exagération égale des deux côtés, du retard normal de la pulsation radiale sur la pulsation cardiaque; 2° l'anévrysme du tronc brachio-céphalique ressemble beaucoup à ce ui de l'aorte par son caractère d'abord intrathoracique; il détermine sur la carotide et la sous-clavière droite, des phénomènes exactement semblables : propagation du souffle, diminution du pouls périphérique, sur la temporale et sur l'artère radiale droite, — phénomène inconstant — mais retard très net du pouls radial droit sur le gauche; 3° l'anévrysme de l'artère sous-clavière se prolonge de préférence à la base du cou, en dehors du sterno-cléido-mastôïdien, dans un sens transversal plutôt que vertical; le bruit de l'anévrysme se propage dans ce cas vers l'aisselle et non vers le cou, et ce bruit persiste quand on comprime la carotide; le pouls radial est affaibli et re-

tardé du côté malade; le membre supérieur correspondant est œdématisé, affaibli et douloureux. Tous ces signes manquent dans l'anévrysme carotidien. Ici le seul trouble constaté est un retard exagéré du pouls temporel. Si l'on prend la peine d'étudier patiemment les phénomènes que nous venons d'énumérer on arrivera presque toujours à établir un diagnostic exact. Beaucoup d'observateurs n'ont pas eu ce bonheur. 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 qu'on puisse agir sur l'artère, 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 pneumogastrique, 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 plusieurs succès à la compression (Holmes, Delbet); mais elle a échoué assez souvent.

*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 relevait, dans un article du *Dictionnaire encyclopédique* paru en 1871, 47 faits de ligature pour anévrysme de la carotide primitive. Il résultait de ce travail que les suites de cette opération sont graves : dans près de la moitié des cas (21), la mort s'était pro-

duite à la suite d'accidents variés; deux fois on avait noté la récurrence de l'anévrysme, et il n'était pas bien certain que dans tous les autres cas la guérison n'eût été toujours parfaitement durable. 9 cas nouveaux rassemblés par Delbet et par Walther n'ont fourni que 2 morts. Il semble donc qu'ici, comme pour les autres artères, le pronostic de la ligature se soit fort amélioré depuis l'emploi des méthodes antiseptiques.

Les accidents mortels de la ligature nous sont en partie connus. Quelques-uns 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 n'étaient point rares. Elles correspondaient à peu près à un dixième des cas. Il est probable que dans l'avenir cette cause de mort perdra encore de son importance. Un bon catgut n'a plus à tomber.

D'après la statistique de L. Le Fort, 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. 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 développe 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 suppuration 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 xvii<sup>e</sup> 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'anévrysme 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. L'*extirpation complète du sac* est difficile et périlleuse dans une région si remplie d'organes importants.

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

### § 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'hémorragie extérieure, plus ou moins considérable, est arrêtée par la compression; une hémorragie 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'anévrysme 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 Société 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 névrorétinite très avancée du côté de l'anévrysme, 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 anévrysme artério-veineux de la carotide primitive.

Néanmoins le traitement doit rester palliatif. Delbet a relevé un seul cas de guérison par la compression. 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 anévrysme siège précisément sur lui, ou bien sur l'une de ses branches, ou même sur l'extrémité supérieure de la carotide primitive.

Les anévrysmes de la carotide peuvent être artériels ou artério-veineux. Les premiers sont les plus communs.

On ne connaît guère que des cas traumatiques.

#### § 1. — Anévrysme 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'anévrysme 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. Cette opération, d'après les relevés de Le Fort et de Delbet, a été faite 18 fois, avec 3 morts. Dans deux faits rapportés par L. Le Fort, la mort arriva à la suite d'accidents cérébraux. Parmi les malades qui guérirent, quelques-uns éprouvèrent des troubles du même ordre, mais passagers. L'incision ou

l'extirpation du sac peuvent donner des succès comme le montrent 2 faits rassemblés par Delbet; mais si ces opérations sont de mise pour les branches de l'artère, elles peuvent être considérées comme quelque peu téméraires lorsqu'il s'agit d'un anévrysme volumineux, rapproché de l'artère primitive et souvent très difficile à distinguer d'un anévrysme de l'extrémité de cette artère.

#### § 2. — Anévrysme artério-veineux de la carotide externe.

Delbet n'a pu réunir que 3 faits de ce genre. Le caractère principal de l'affection réside dans l'espèce de tête de Méduse que forme du côté malade les veines superficielles dilatées, pelotonnées augmentées de volume au point de présenter comme dans un cas de Ruz le diamètre de la veine sous-clavière. Il existe du thrill, du bruissement, et les veines s'affaissent lorsqu'on comprime la carotide primitive. La ligature de la carotide primitive a été essayée deux fois sans succès. Elle ne réussit pas non plus dans les anévrysmes des branches de la carotide externe, particulièrement de la temporale qui est assez souvent atteinte. Mais ici l'incision et l'extirpation donnent les meilleurs résultats.

#### 5° ANÉVRYSMES DE L'ARTÈRE CAROTIDE INTERNE

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

#### § 1. — Anévrysmes artériels.

Ils sont rares, la plupart spontanés, et ressemblent beaucoup, au point de vue symptomatique, aux anévrysmes de la carotide primitives. 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'anévrysme 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 du souffle caractéristique.

Ces anévrysmes pourraient être confondus avec les autres tumeurs de l'arrière-gorge; dans un cas observé par Smyne 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 anévrysmes et d'en rechercher les signes pour éviter un pareil malheur. Le traitement est le même que pour la carotide primitive, mais d'après les relevés de Le Fort et de Delbet, il ne faudrait guère compter sur la ligature de la carotide primitive. Elle n'a donné qu'une guérison sur 7 opérations.

#### § 2. — Anévrysmes artério-veineux.

Depuis longtemps on ne connaît pas de cas nouveaux d'anévrysmes artério-veineux de la carotide interne. Leur histoire est basée sur quatre cas, trois 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 anévrysmes artério-veineux 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 péri-