

L'incision simple, applicable aux brides peu étendues, ne donne de résultat que si la tête est maintenue ensuite par un appareil extenseur. Les incisions multiples, employées quelquefois dans les cicatrices plus larges, n'ont guère donné de succès et elles exposent à la formation de cicatrices plus vicieuses encore (Gross).

Les *coupes ondulées* (Decès, Skey), incisions en zigzag de la bride, doivent être suivies de la suture des bords de la plaie, après allongement de la cicatrice.

L'excision a surtout été employée pour les brides isolées; après l'excision de la bride, les deux lèvres de la plaie sont suturées. L'application des greffes dermo-épidermiques par la méthode de Thiersh-Ollier permet aujourd'hui d'exciser des cicatrices plus larges, la perte de substance pouvant être comblée par ces greffes. Mais si les lésions sont très étendues, c'est à l'autoplastie qu'on aura recours.

L'autoplastie a été appliquée dans ses différentes formes à cette réparation. La méthode par glissement, qui consiste simplement à circonscrire la cicatrice par une incision et à mobiliser le lambeau ainsi tracé, a donné quelques beaux résultats. La forme, la disposition des incisions ont varié, de façon à



FIG. 146. — Cicatrice vicieuse. — Opération. (D'après Rynd.)

tailler un lambeau arrondi, carré, triangulaire, etc. Duplay en rapporte un très bel exemple emprunté à Rynd⁽¹⁾. Mais, dans certains cas, on n'a pu éviter la récurrence, malgré l'usage de l'extension.

Aussi est-il d'un usage général de combler la large perte de substance qui résulte de la dissection des cicatrices étendues, avec un lambeau emprunté aux régions voisines, soit au thorax, comme l'a fait Teale⁽²⁾ dans plusieurs cas, soit aux parties latérales du cou, procédé employé pour la première fois par Carden⁽³⁾, soit même à la face⁽⁴⁾. Enfin la peau peut être prise encore plus loin, au bras par exemple.

⁽¹⁾ RYND, *The Dublin quart. Journal*, 1866, t. XXII.

⁽²⁾ TEALE, *Med. Times and Gaz.*, 1857, p. 561.

⁽³⁾ CARDEN (de Worcester), *Opérations des cicatrices du cou*. *Transact. of the provincial med. and surg. Assoc.*, vol. XII, 1859 (cité par Merle).

⁽⁴⁾ Un cas de Richet cité par Gillette, *loco citato*, p. 566.

Berger a récemment présenté à la Société de chirurgie⁽¹⁾ les remarquables résultats que lui a donnés l'emprunt d'un lambeau à la partie postérieure du cou. Dans ce procédé, les brides cicatricielles sont divisées transversalement à la partie moyenne du cou par une incision demi-circulaire; puis chaque lèvre de l'incision est soigneusement et lentement disséquée jusqu'aux tissus normaux sur lesquels empiète la dissection; la mobilisation, la dissection de ces deux valves de la cicatrice a été facilitée par deux petits débridements perpendiculaires aux extrémités (incision en H). On taille alors un vaste lambeau quadrilatère, allongé, partant de la nuque et descendant obliquement en bas et en dehors sur la région scapulaire. Ce lambeau, disséqué et maintenu seulement par le pédicule que forme son extrémité postéro-supérieure, est ramené en manière de demi-cravate sur la perte de substance à combler, *autoplastie en cravate*. Lorsque ce lambeau n'est pas suffisant, Berger lui ajoute d'autres lambeaux empruntés au thorax ou au bras. L'irrégularité de la surface et la mobilité de la région nécessitent une application très minutieuse du lambeau et un pansement très bien fait, car il faut absolument rechercher et obtenir l'adhésion en surface encore plus que la réunion des bords (Berger).

Mutter⁽²⁾, dans les cas de flexion très prononcée de la tête, faisait une incision du tissu de cicatrice près du sternum, puis coupait les muscles sternomastoïdiens jusqu'au redressement complet de la tête. La large perte de substance due à l'écartement des tissus était comblée par un lambeau thoracique. Malgré le succès qu'il a donné à Hancock⁽³⁾, ce procédé est aujourd'hui abandonné et la dissection large de toute la nappe cicatricielle permet presque toujours le redressement sans qu'il soit besoin de couper de muscle; si cela était nécessaire, en cas de cicatrices profondes, les muscles seraient divisés après dissection des couches superficielles.

Enfin, dans certains cas, des brides adhérentes remontant à la face peuvent avoir immobilisé le maxillaire inférieur et nécessiter une opération particulière pour cette complication.

CHAPITRE VI

ANÉVRYSMES

I

ANÉVRYSMES DE LA CAROTIDE PRIMITIVE

Ces anévrismes peuvent être *traumatiques* ou *spontanés*. Les anévrismes traumatiques circonscrits (anévrismes faux consécutifs) doivent seuls être étudiés ici; leurs caractères cliniques sont en tout semblables à ceux des anévrismes

⁽¹⁾ BERGER, *Procédé autoplastique destiné à remédier aux cicatrices vicieuses du cou (autoplastie en cravate)*. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 170.

⁽²⁾ MUTTER, *British and foreign med. chir. rev.*, 1845, t. XIX.

⁽³⁾ HANCOCK, *Lancet*, 1865, t. I, p. 608.

spontanés, et ils sont justiciables du même traitement. A la blessure simultanée de la carotide et de la jugulaire peuvent succéder des *anévrismes artério-veineux* qui doivent être décrits séparément⁽¹⁾.

ANÉVRYSMES ARTÉRIELS

Étiologie. — Les anévrismes *faux consécutifs* se montrent un temps variable après la blessure de l'artère, ils sont relativement rares.

Dans l'étiologie des anévrismes dits *spontanés* on a parfois incriminé un effort⁽²⁾, une contusion⁽³⁾, une tentative de strangulation⁽⁴⁾. Les lésions des artères produites par la strangulation (voy. *Contusions du cou*) suffisent à expliquer la formation d'un anévrisme.

Mais, le plus souvent, l'anévrisme carotidien se développe sous l'influence des causes pathogéniques (artérites infectieuses, syphilis, alcoolisme, etc.), communes à la formation de tous les anévrismes et qui ne présentent ici rien de particulier.

Moins fréquents que ceux de la poplitée, de la fémorale et du tronc brachio-céphalique (Le Fort), les anévrismes de la carotide sont plus souvent observés que ceux de la sous-clavière ou de l'axillaire. La statistique de Crisp donne, sur un total de 551 cas, 157 anévrismes pour la poplitée, 66 pour la fémorale, 20 pour le tronc brachio-céphalique, 25 pour les carotides, 23 pour les sous-clavières et 18 pour l'axillaire.

La carotide primitive est beaucoup plus fréquemment atteinte que la carotide interne ou que l'externe. La carotide externe est affectée dans 7 pour 100 des cas d'anévrismes carotidiens, la carotide interne dans 5,75 pour 100. La proportion énorme de 87,55 pour 100 appartient au tronc primitif⁽⁵⁾.

L'influence du *sexe* est moins appréciable ici que pour les autres anévrismes. Il n'est pas exact de dire, avec beaucoup d'auteurs, que l'anévrisme carotidien est plus fréquent chez la femme que chez l'homme, puisque les tableaux de Pilz⁽⁶⁾ nous indiquent la proportion de 55 hommes et de 28 femmes, pour 88 cas (dans 5 cas le sexe n'est pas indiqué); mais du moins cette proportion est bien différente de celle qu'indiquent les auteurs pour les autres anévrismes, et qui est en moyenne de 8 pour 1 (Crisp, Le Fort).

L'anévrisme carotidien a été assez souvent observé chez des *sujets jeunes* (25 ans, 18 ans et même 10 ans) (Hodgson) et diffère en cela des anévrismes des autres artères.

⁽¹⁾ RICHEL, art. CAROTIDE du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. VI, p. 589. — LE FORT, art. CAROTIDE du *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1^{re} série, t. XII, p. 625. — DELBET, art. ANÉVRYSMES DE LA CAROTIDE du *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, t. IV, p. 274.

⁽²⁾ DROPSY et BURNOTTE, *Anévrisme spontané de la carotide*. *Gaz. méd. de Paris*, 1856, n° 15. — Une fille de vingt-cinq ans éprouva pendant un effort de vomissement une sensation analogue à celle d'un coup de fouet au-dessous de l'os hyoïde à gauche; six semaines après, un anévrisme carotidien se développa en ce point.

⁽³⁾ MYERS pense que la fréquence relative de l'anévrisme carotidien chez les soldats de l'armée de terre est dû au frottement du col trop serré; les exercices musculaires sont plus violents en effet chez les marins, la syphilis au moins aussi fréquente, et cependant l'anévrisme est treize fois et demi plus fréquent chez les soldats que chez les matelots (*Lancet*, 20 février 1869).

⁽⁴⁾ DECÈS, *Gazette des hôpitaux*, 1856, n° 67.

⁽⁵⁾ BARWELL, *Anévrisme carotidien*. *Encycl. intern. de chir.*, t. III, p. 627.

⁽⁶⁾ PILZ, *Archives de Langenbeck*, 1857, t. IX, p. 257.

Anatomie pathologique. — Le *siège* de l'anévrisme est variable; Hodgson⁽¹⁾ indique comme lieu d'élection la partie supérieure de l'artère au niveau de sa bifurcation. Robert⁽²⁾ pense au contraire que l'anévrisme se développe le plus souvent à l'origine même de la carotide.

Il est incontestable, en effet, que si la tumeur peut apparaître en un point quelconque de l'artère, elle est plus fréquente aux extrémités, surtout à l'extrémité supérieure; de là deux variétés absolument différentes au point de vue de la symptomatologie et surtout du traitement.

La carotide droite est plus souvent atteinte que la gauche, et cela est vrai surtout pour les anévrismes inférieurs.

Le *volume* de la tumeur est, en général, peu considérable; on a vu cependant des anévrismes occuper tout l'espace compris entre le maxillaire et la clavicule.

Rapports. — La tumeur, recouverte par le sterno-mastoïdien, est, le plus souvent, ovoïde, allongée, suivant la direction de l'artère; elle est moins étendue dans le sens transversal et il est extrêmement rare de la voir, comme dans un cas de Decès⁽³⁾, dépasser la ligne médiane et envahir le côté opposé. Dans un cas de Syme⁽⁴⁾, l'anévrisme, se développant en haut, en bas, s'engageait sous la clavicule.

Les nombreux organes qui sont en rapport avec la carotide primitive subissent une compression, des altérations variables suivant le volume de la tumeur. Mais les parties molles seules éprouvent les effets de cette compression; jamais les vertèbres ne sont atteintes, comme dans les anévrismes de l'aorte par exemple. La tumeur, se développant en avant, en soulevant le sterno-mastoïdien, refoule l'œsophage, le conduit laryngo-trachéal qu'elle peut arriver à ulcérer, à perforer, comprime les nerfs voisins, pneumogastrique, grand sympathique, phrénique, branches du plexus brachial. Ces nerfs sont aplatis, allongés, tirillés, ou bien, entourés par l'anévrisme, ils peuvent finir par faire saillie dans l'intérieur du sac, recouverts seulement d'une mince membrane⁽⁵⁾. La jugulaire, souvent aplatie au niveau de l'anévrisme, présente, au-dessus du point comprimé, une forte dilatation.

La crosse de l'aorte, le tronc brachio-céphalique, beaucoup plus rarement la carotide du côté opposé, peuvent être simultanément le siège d'anévrismes.

Symptômes. — Les signes physiques n'offrent aucun caractère particulier; ils sont en général très nets, grâce à la situation superficielle de la tumeur, appuyée en arrière sur un plan résistant.

Le pouls de la temporale et de la faciale est diminué. Une dilatation souvent considérable des veines superficielles, et même du tronc thyro-linguo-facial, dénote la compression de la jugulaire interne. On attribue souvent à cette stase veineuse les accidents cérébraux et les troubles oculaires particuliers de l'anévrisme carotidien. Cette interprétation semble au moins exagérée; si la stase veineuse entre pour une part dans la production de ces accidents, elle ne peut à elle seule les provoquer. La ligature de la jugulaire n'entraîne, en effet, rien de pareil; sur 56 cas de ligature, 2 fois seulement on observa un peu

⁽¹⁾ HODGSON, t. II, p. 25.

⁽²⁾ ROBERT, *Des anévrismes sus-claviculaires*. Thèse de concours, 1842, p. 51.

⁽³⁾ DECÈS, *Gazette des hôpitaux*, 1856, n° 67.

⁽⁴⁾ SYME, *Edinburg med. Journal*, août 1857, vol. III, p. 105.

⁽⁵⁾ FOLLIN, *Traité de pathologie externe*, t. II, p. 594.

de céphalalgie et une hémiplegie incomplète et passagère (voy. *Plaies de la jugulaire interne*).

Le début de l'anévrysme est souvent marqué par des élancements douloureux dans le cou et dans la tête, parfois de l'hyperesthésie du cuir chevelu (A. Cooper), des douleurs pulsatiles dans le côté correspondant de la tête.

Dès que la tumeur a acquis un certain volume, on observe des accidents dus aux modifications de la circulation cérébrale déterminées par la présence de l'anévrysme, vertiges, tendance à la syncope, insomnie, cauchemars, somnolence, état de stupeur plus ou moins accentué, etc.

La compression des nerfs qui entourent l'anévrysme donne lieu à des troubles très variés : douleurs lancinantes dans le cou et le bras, par compression des branches du plexus cervical et du plexus brachial, troubles oculo-pupillaires par compression du grand sympathique, raucité de la voix, dyspnée, accès de suffocation par compression du récurrent, du pneumo-gastrique, du phrénique, etc.

A ces troubles nerveux viennent s'ajouter les accidents dus à la compression directe de l'œsophage et de la trachée ; cette dernière est refoulée et aplatie ; on observe parfois en même temps de l'œdème de la glotte. Les complications, qui résultent de ces lésions, peuvent être assez graves pour entraîner la mort par asphyxie (Bell). Dans un cas, les accidents dyspnéiques étaient si intenses, que Duncan (1) dut faire la trachéotomie avant de pratiquer la ligature de la carotide.

Diagnostic. — Les signes physiques sont en général assez nets pour permettre de reconnaître facilement la nature de la tumeur. Mais, comme le prouvent un certain nombre d'observations (2), ou a pu, malgré l'examen le plus attentif, prendre pour un anévrysme carotidien une tumeur de la région, ou bien commettre l'erreur inverse, incomparablement plus grave, méconnaître l'anévrysme.

Des ganglions carotidiens hypertrophiés, soulevés par les battements de l'artère, ne prêtent guère à la confusion ; cependant, si la masse débordé l'artère en avant et en arrière, en même temps qu'elle lui adhère, comme dans certaines adénopathies cancéreuses, le double soulèvement de la tumeur pourra simuler, jusqu'à un certain point, l'expansion d'un anévrysme ; la similitude sera encore plus grande s'il s'agit de ganglions ramollis, d'une collection purulente développée autour du vaisseau. « Il faut alors consulter les commémoratifs, éloigner, si l'on peut, la tumeur de la position qu'elle occupe, soit avec les doigts, soit en faisant varier la position du malade ; la disparition des battements, lorsque ces tumeurs cessent d'être en contact avec l'artère, éclaircira le plus souvent les doutes » (Le Fort). Enfin, l'absence de souffle éloignera encore l'idée d'un anévrysme. La marche ultérieure de l'affection fera du reste cesser toute hésitation.

Beaucoup plus difficiles à reconnaître sont certains goitres vasculaires anévrysmatiques, animés de battements, formant une tumeur bien circonscrite, en rapport avec la carotide ; Breschet et Dupuytren, au dire de Bérard (3), hésitèrent longtemps avant de faire le diagnostic d'une semblable tumeur. On rencontre parfois les mêmes difficultés à reconnaître certains kystes sanguins du corps thyroïde, d'autant plus que la ponction de ces tumeurs donne issue d'abord à un liquide rougeâtre, puis à du sang artériel pur ; on peut d'autant

(1) DUNCAN, *Edinburgh med. and surg. Journal*, t. LXII, p. 117.

(2) La plupart de ces observations, que nous rapportons plus loin, sont empruntées à l'article de Le Fort.

(3) BÉRARD, art. CAROTIDE du *Dictionnaire en 50 volumes*.

mieux croire à un anévrysme qu'après la ponction la poche se remplit et les battements reparaisent (1). Mais ces tumeurs thyroïdiennes suivent les mouvements d'ascension du larynx.

On comprend l'extrême difficulté du diagnostic en présence de tumeurs encéphaliques ramollies, très vasculaires, présentant du souffle et des battements. Lisfranc, croyant à un anévrysme, lia la carotide pour une tumeur de cette nature ; le diagnostic ne fut fait qu'à l'autopsie (2).

Dans un autre ordre de faits, l'anévrysme a été méconnu et pris pour un abcès. Scarpa rapporte l'histoire d'un charlatan qui plongea ainsi son bistouri dans un anévrysme et fit périr le malade d'hémorragie. Le cas célèbre de Liston semble plus douteux ; l'incision d'une tumeur prise pour un abcès amena immédiatement une hémorragie carotidienne ; Liston pratiqua sur le champ la ligature de la carotide, mais le malade mourut avant la chute du fil ; l'autopsie montra qu'il s'agissait très probablement de l'ulcération de l'artère par un foyer purulent (3).

L'anévrysme peut coïncider avec d'autres tumeurs ; le diagnostic est alors extrêmement difficile ; Hamilton (4) raconte qu'il passa six semaines à reconnaître un anévrysme de la carotide chez un sujet syphilitique, qui portait d'énormes tumeurs ganglionnaires au cou.

L'anévrysme étant reconnu, il n'y a guère de difficulté, à la partie moyenne du cou, à en déterminer le siège. Cependant des anévrysmes du tronc brachio-céphalique peuvent remonter assez haut dans le cou pour faire croire à une tumeur carotidienne. Genest (5) a rapporté un cas dans lequel la tumeur, dépendant du tronc innominé, remontait jusqu'à la mâchoire. Mais ces faits sont exceptionnels et, en général, le diagnostic ne rencontre de sérieuses difficultés qu'à la base du cou. Ici, en effet, la confusion peut être faite entre les anévrysmes de l'origine de la carotide, ceux de la sous-clavière et ceux du tronc brachio-céphalique ou même de la crosse de l'aorte.

Un certain nombre de caractères différentiels devront être étudiés avec grand soin pour arriver à une notion précise du siège de la tumeur.

L'anévrysme carotidien est caractérisé par une tumeur allongée dans le sens vertical, située entre les deux faisceaux du sterno-mastoïdien ; le souffle se propage seulement du côté du cou ; le pouls de la temporale seul est modifié.

Le siège de la tumeur en dehors du sterno-mastoïdien, dans le creux sus-claviculaire, sa forme allongée transversalement, la propagation du souffle du côté de l'aisselle, les modifications du pouls de la radiale sont les signes de l'anévrysme de la sous-clavière.

Dans l'anévrysme du tronc innominé, la tumeur fait saillie dans la fossette sus-sternale, en dedans du sterno-mastoïdien, le souffle se propage à la fois dans la carotide et dans la sous-clavière, le pouls est modifié à la temporale et à la radiale.

Tous ces caractères, surtout la forme et le siège de la tumeur, sont variables ; dans les cas douteux, l'exploration sphygmographique rend les plus grands services. Franck (6) a très nettement exposé les indications fournies par les

(1) ROBERT, Thèse citée, p. 42.

(2) *Arch. gén. de méd.*, 1827, t. XIV, p. 112.

(3) LISTON, *Brit. and Foreign med. Review*, 1845, t. XV, p. 155.

(4) HAMILTON, *Dublin quarterly Journal*, 1846, vol. II, p. 559.

(5) GENEST, *Arch. gén. de méd.*, 1851, t. XXVI, p. 215.

(6) FRANÇOIS-FRANCK, *Gazette hebdom.*, 1878, n° 54, p. 559.

de céphalalgie et une hémiplegie incomplète et passagère (voy. *Plaies de la jugulaire interne*).

Le début de l'anévrisme est souvent marqué par des élancements douloureux dans le cou et dans la tête, parfois de l'hyperesthésie du cuir chevelu (A. Cooper), des douleurs pulsatiles dans le côté correspondant de la tête.

Dès que la tumeur a acquis un certain volume, on observe des accidents dus aux modifications de la circulation cérébrale déterminées par la présence de l'anévrisme, vertiges, tendance à la syncope, insomnie, cauchemars, somnolence, état de stupeur plus ou moins accentué, etc.

La compression des nerfs qui entourent l'anévrisme donne lieu à des troubles très variés : douleurs lancinantes dans le cou et le bras, par compression des branches du plexus cervical et du plexus brachial, troubles oculo-pupillaires par compression du grand sympathique, raucité de la voix, dyspnée, accès de suffocation par compression du récurrent, du pneumo-gastrique, du phrénique, etc.

A ces troubles nerveux viennent s'ajouter les accidents dus à la compression directe de l'œsophage et de la trachée ; cette dernière est refoulée et aplatie ; on observe parfois en même temps de l'œdème de la glotte. Les complications, qui résultent de ces lésions, peuvent être assez graves pour entraîner la mort par asphyxie (Bell). Dans un cas, les accidents dyspnéiques étaient si intenses, que Duncan (1) dut faire la trachéotomie avant de pratiquer la ligature de la carotide.

Diagnostic. — Les signes physiques sont en général assez nets pour permettre de reconnaître facilement la nature de la tumeur. Mais, comme le prouvent un certain nombre d'observations (2), ou a pu, malgré l'examen le plus attentif, prendre pour un anévrisme carotidien une tumeur de la région, ou bien commettre l'erreur inverse, incomparablement plus grave, méconnaître l'anévrisme.

Des ganglions carotidiens hypertrophiés, soulevés par les battements de l'artère, ne prêtent guère à la confusion ; cependant, si la masse déborde l'artère en avant et en arrière, en même temps qu'elle lui adhère, comme dans certaines adénopathies cancéreuses, le double soulèvement de la tumeur pourra simuler, jusqu'à un certain point, l'expansion d'un anévrisme ; la similitude sera encore plus grande s'il s'agit de ganglions ramollis, d'une collection purulente développée autour du vaisseau. « Il faut alors consulter les commémoratifs, éloigner, si l'on peut, la tumeur de la position qu'elle occupe, soit avec les doigts, soit en faisant varier la position du malade ; la disparition des battements, lorsque ces tumeurs cessent d'être en contact avec l'artère, éclaircira le plus souvent les doutes » (Le Fort). Enfin, l'absence de souffle éloignera encore l'idée d'un anévrisme. La marche ultérieure de l'affection fera du reste cesser toute hésitation.

Beaucoup plus difficiles à reconnaître sont certains goitres vasculaires anévrysmatiques, animés de battements, formant une tumeur bien circonscrite, en rapport avec la carotide ; Breschet et Dupuytren, au dire de Bérard (3), hésitèrent longtemps avant de faire le diagnostic d'une semblable tumeur. On rencontre parfois les mêmes difficultés à reconnaître certains kystes sanguins du corps thyroïde, d'autant plus que la ponction de ces tumeurs donne issue d'abord à un liquide rougeâtre, puis à du sang artériel pur ; on peut d'autant

(1) DUNCAN, *Edinburgh med. and surg. Journal*, t. LXII, p. 117.

(2) La plupart de ces observations, que nous rapportons plus loin, sont empruntées à l'article de Le Fort.

(3) BÉRARD, art. CAROTIDE du *Dictionnaire en 50 volumes*.

mieux croire à un anévrisme qu'après la ponction la poche se remplit et les battements reparaisent (1). Mais ces tumeurs thyroïdiennes suivent les mouvements d'ascension du larynx.

On comprend l'extrême difficulté du diagnostic en présence de tumeurs encéphaliques ramollies, très vasculaires, présentant du souffle et des battements. Lisfranc, croyant à un anévrisme, lia la carotide pour une tumeur de cette nature ; le diagnostic ne fut fait qu'à l'autopsie (2).

Dans un autre ordre de faits, l'anévrisme a été méconnu et pris pour un abcès. Scarpa rapporte l'histoire d'un charlatan qui plongea ainsi son bistouri dans un anévrisme et fit périr le malade d'hémorragie. Le cas célèbre de Liston semble plus douteux ; l'incision d'une tumeur prise pour un abcès amena immédiatement une hémorragie carotidienne ; Liston pratiqua sur le champ la ligature de la carotide, mais le malade mourut avant la chute du fil ; l'autopsie montra qu'il s'agissait très probablement de l'ulcération de l'artère par un foyer purulent (3).

L'anévrisme peut coïncider avec d'autres tumeurs ; le diagnostic est alors extrêmement difficile ; Hamilton (4) raconte qu'il passa six semaines à reconnaître un anévrisme de la carotide chez un sujet syphilitique, qui portait d'énormes tumeurs ganglionnaires au cou.

L'anévrisme étant reconnu, il n'y a guère de difficulté, à la partie moyenne du cou, à en déterminer le siège. Cependant des anévrysmes du tronc brachio-céphalique peuvent remonter assez haut dans le cou pour faire croire à une tumeur carotidienne. Genest (5) a rapporté un cas dans lequel la tumeur, dépendant du tronc innominé, remontait jusqu'à la mâchoire. Mais ces faits sont exceptionnels et, en général, le diagnostic ne rencontre de sérieuses difficultés qu'à la base du cou. Ici, en effet, la confusion peut être faite entre les anévrysmes de l'origine de la carotide, ceux de la sous-clavière et ceux du tronc brachio-céphalique ou même de la crosse de l'aorte.

Un certain nombre de caractères différentiels devront être étudiés avec grand soin pour arriver à une notion précise du siège de la tumeur.

L'anévrisme carotidien est caractisé par une tumeur allongée dans le sens vertical, située entre les deux faisceaux du sterno-mastoïdien ; le souffle se propage seulement du côté du cou ; le pouls de la temporale seul est modifié.

Le siège de la tumeur en dehors du sterno-mastoïdien, dans le creux sus-claviculaire, sa forme allongée transversalement, la propagation du souffle du côté de l'aisselle, les modifications du pouls de la radiale sont les signes de l'anévrisme de la sous-clavière.

Dans l'anévrisme du tronc innominé, la tumeur fait saillie dans la fossette sus-sternale, en dedans du sterno-mastoïdien, le souffle se propage à la fois dans la carotide et dans la sous-clavière, le pouls est modifié à la temporale et à la radiale.

Tous ces caractères, surtout la forme et le siège de la tumeur, sont variables ; dans les cas douteux, l'exploration sphymographique rend les plus grands services. Franck (6) a très nettement exposé les indications fournies par les

(1) ROBERT, Thèse citée, p. 42.

(2) *Arch. gén. de méd.*, 1827, t. XIV, p. 112.

(3) LISTON, *Brit. and Foreign med. Review*, 1845, t. XV, p. 155.

(4) HAMILTON, *Dublin quarterly Journal*, 1846, vol. II, p. 559.

(5) GENEST, *Arch. gén. de méd.*, 1851, t. XXVI, p. 215.

(6) FRANÇOIS-FRANCK, *Gazette hebdom.*, 1878, n° 54, p. 559.