

cordes vocales, etc.). Quoi qu'il en soit, il arrive que, même après l'investigation la plus sévère, le diagnostic ne dépasse pas une simple présomption.

La distinction à faire entre les anévrysmes et les autres tumeurs intra- et périthoraciques prête souvent à des difficultés. Les sarcomes et abcès des médiastins, les empyèmes circonscrits, les tumeurs qui prennent leur origine au sternum, les néoplasmes du poumon et des ganglions bronchiques peuvent tous induire en erreur. Il n'y a pas à ce sujet de règles diagnostiques générales, puisque les circonstances varient dans presque tous les cas. Si l'on constate la présence d'une tumeur, le battement qui l'anime est le premier symptôme qui parle en faveur d'un anévrysme. Cependant il doit être établi que ce battement n'est pas communiqué, mais qu'en réalité il consiste en une expansion qui s'opère du centre à la circonférence de la tumeur. En outre, il faut se guider avant tout sur les symptômes d'auscultation, sur l'état du cœur et des artères et enfin sur les signes éventuels de compression. Malgré cela on ne parvient pas toujours à poser un diagnostic correct.

**Traitement.** De nombreuses tentatives ont été faites pour provoquer l'oblitération et par suite la guérison des anévrysmes. Si les méthodes de traitement adressées dans ce but aux anévrysmes des artères périphériques ont donné des résultats remarquables, leurs effets contre les anévrysmes de l'aorte sont encore très douteux. Toutefois on est autorisé, dans certaines circonstances données, à faire un essai avec une des méthodes préconisées.

La *compression permanente* au moyen d'une pelote ne peut être employée qu'à condition que l'anévrysme fasse saillie en un point de la paroi thoracique. Mais d'ordinaire elle provoque de grandes douleurs et est mal supportée.

La *ligature* de la carotide, de la sous-clavière, ou de ces deux vaisseaux à la fois, a été pratiquée plusieurs fois dans les anévrysmes de la crosse de l'aorte, parfois avec un succès apparent, plus souvent sans aucun avantage.

L'« *acupuncture* » (VELPEAU) consiste dans l'introduction d'une aiguille ou d'un fil de fer dans le sac anévrysmal pour en coaguler le contenu. Les résultats obtenus par cette méthode en cas d'anévrysme de l'aorte ne sont pas très encourageants.

On attribue de meilleurs résultats à la *galvanopuncture*. Deux aiguilles plongées dans l'anévrysme sont mises en communication avec les pôles d'une batterie galvanique, et puis on fait passer un faible courant à travers la tumeur. Dans ce cas, à côté de l'action mécanique des aiguilles, il y a à considérer les effets chimico-électrolytiques du courant.

Les *instillations* de substances coagulantes dans le sac sont dangereuses, parce que les caillots qui en résultent peuvent donner lieu à des embolies.

C'est pourquoi on a abandonné les essais faits avec la liqueur de sesquichlorure de fer et autres substances. Mieux vaut essayer les *injections d'ergotine* dans le voisinage du sac (tous les jours ou tous les deux jours 0,1 à 0,3 grammes d'extrait aqueux de seigle ergoté dissous dans de l'eau ou de la glycérine). Cette méthode a été employée avec succès par LANGENBECK dans les anévrysmes périphériques. Son action repose sur la contraction que l'ergotine provoquerait dans les muscles lisses de la paroi de l'anévrysme.

On a peu à attendre des moyens internes sur les anévrysmes, bien qu'on leur ait attribué des résultats avantageux. On se loue le plus de l'*acétate de plomb* (0,3—0,6 par jour) et de l'*iodure de potassium* (journallement 2 à 4 grm.).

Le traitement *symptomatique* tendant à calmer les douleurs, et les mesures hygiéniques à prescrire, se basent sur les règles généralement applicables. Quand l'anévrysme perce au dehors, on retardera la catastrophe par le repos absolu, les applications de glace, l'ouate imbibée de perchlorure de fer, etc. Le traitement est impuissant contre les perforations internes.

## CHAPITRE TROISIÈME.

### ANÉVRYSMES DES AUTRES VAISSEAUX.

*Anévrysme de l'aorte abdominale.* Son siège de prédilection est la région du trépied de HALLER. Souvent, on peut le sentir à travers la paroi abdominale sous forme d'une tumeur pulsatile, au niveau de laquelle on perçoit un ton systolique ou un thrill. Les symptômes de compression qui se manifestent sont très divers. L'estomac, l'intestin, le foie (ictère) peuvent s'en ressentir. On a vu la compression de l'anévrysme s'exercer sur des branches nerveuses ou même sur la moëlle épinière après l'usure lente des vertèbres, d'où résultent des névralgies graves, des paralysies, etc. La mort arrive le plus souvent par rupture du sac anévrysmal et hémorrhagie interne.

L'*anévrysme du tronc innominé* est rare. Les symptômes sont très analogues à ceux d'un anévrysme de la crosse de l'aorte. Si l'on constate la présence d'une tumeur pulsatile, elle siège d'ordinaire un peu plus haut que les anévrysmes de l'aorte, dans le premier espace intercostal droit; ou bien elle s'étend jusqu'à la fosse sus-claviculaire. On a observé aussi, mais rarement, des anévrysmes de l'*artère sous-clavière* et de la *carotide*. Nous-même avons observé comme cause d'une névralgie du trijumeau excessivement violente et persistant depuis des années, un anévrysme de la carotide interne de la grosseur d'une cerise qui comprimait le ganglion de Gasser.

L'*anévrysme de l'artère pulmonaire* peut se présenter dans le deuxième



espace intercostal gauche à l'état de tumeur pulsatile. Il est le plus souvent impossible de le distinguer d'un anévrisme de l'aorte.

Nous avons signalé à propos de la tuberculose pulmonaire la valeur qui s'attache aux petits *anévrismes des branches de l'artère pulmonaire*, situés dans l'intérieur des cavernes et qui sont une cause fréquente d'hémorragies.

Les *anévrismes des artères cérébrales* (de l'artère basilaire et des artères de la fosse sylvienne) peuvent provoquer de graves symptômes cérébraux et bulbaires (v. t. II). Les anévrismes miliaires des artères cérébrales jouent un rôle important dans l'étiologie des hémorragies cérébrales (v. plus loin).

Les anévrismes des *artères périphériques* sont du domaine de la chirurgie.

#### CHAPITRE QUATRIÈME.

##### RUPTURE DE L'AORTE. ANÉVRYSME DISSÉQUANT.

Dans des circonstances insolites et sous l'action de causes traumatiques puissantes, on a observé la déchirure avec hémorragie mortelle de la paroi aortique saine. En général il s'agissait d'un vaisseau déjà atteint d'athérome. Quelquefois la rupture succède à une cause particulière qui dans d'autres circonstances fait défaut. Nous avons assisté à une mort foudroyante due à une rupture de l'aorte ascendante chez un homme de 25 ans environ qui avait tous les attributs d'une parfaite santé. Il n'y avait pas trace d'athérome, mais à l'endroit de la déchirure existait un léger évasement avec amincissement de la paroi, qui étaient probablement d'origine congénitale. L'*anévrisme disséquant* signalé à diverses reprises sur le trajet de l'aorte, présente un certain intérêt anatomique. En ce cas, il n'y a que les tuniques interne et médiane qui se déchirent. Le sang se fraie une route entre la tunique médiane et l'adventice ou à travers les couches de la médiane. La cause de la déchirure de la tunique interne est probablement imputable à des traumatismes portant sur le thorax. La plupart des anévrismes disséquants de l'aorte conduisent à la *mort subite*, tout comme la rupture de l'aorte. Souvent la mort arrive aussi à la suite d'une rupture secondaire de l'anévrisme dans le péricarde. D'un autre côté une espèce de guérison de l'anévrisme disséquant peut s'opérer quand la perforation secondaire a lieu, par voie de retour, dans un autre endroit de l'aorte (BOSTRÖM). Ce sont ces cas qui jadis ont été à tort qualifiés d'aorte dédoublée. Si la poche sanguine qui s'est formée persiste un certain temps, elle peut donner lieu à un tableau symptomatique semblable à celui de l'anévrisme commun de l'aorte.

#### CHAPITRE CINQUIÈME.

##### RÉTRÉCISSEMENT DE L'AORTE.

Le *rétrécissement congénital de l'aorte* et de ses branches est un état sur lequel ROKITANSKY et plus tard VIRCHOW ont particulièrement attiré l'attention. Cette anomalie se rencontre surtout chez des individus (notamment des femmes) qui pendant la vie ont présenté les symptômes d'une chlorose de longue durée. Parfois ces personnes ont éprouvé un arrêt de développement et gardent un habitus puéril et des organes génitaux rudimentaires. Elles souffrent souvent de palpitations, de syncopes et de tendances hémorragiques, etc. Le cœur dans beaucoup de cas est également de petite dimension, quelquefois en revanche il est dilaté et hypertrophié. On a aussi constaté des lésions valvulaires comme complication de l'étranglement générale du système artériel. Pendant la vie, cette anomalie du système vasculaire peut être présumée, mais ne saurait être affirmée positivement.

Le *rétrécissement de l'aorte à l'endroit de l'insertion du canal de Botal* est une affection qu'on a rarement observée, dont l'origine probable remonte à l'époque qui suit immédiatement la naissance et à celle qui correspond à l'oblitération du conduit fœtal de Botal. Parfois elle est associée à d'autres anomalies congénitales du cœur. Si le rétrécissement aortique n'est pas très prononcé, il peut être totalement compensé par une hypertrophie du ventricule gauche et par le développement des voies collatérales. Celles-ci s'établissent grâce à l'élargissement considérable que subissent les anastomoses qui existent entre la première intercostale, la scapulaire dorsale, la sous-scapulaire, la transverse du cou d'une part et les artères intercostales inférieures d'autre part (celles qui naissent de l'aorte descendante au-dessous du rétrécissement). Entre la mammaire et l'épigastrique supérieure d'une part et les artères lombaires et crurales de l'autre, il peut également se former des anastomoses. Pendant la vie, ces artères élargies apparaissent par ci par là sous forme de gros cordons sinueux agités de pulsations sensibles au toucher; ce sont principalement les scapulaires dorsales, les sous-scapulaires, les mammaires, les épigastriques. Parfois on a entendu sur le trajet de quelques-uns de ces vaisseaux des souffles systoliques. Le pouls aux artères des extrémités inférieures (crurales, poplitées) est très faible, à peine perceptible.

Dans nombre de cas, la circulation collatérale est si complète que les individus constitués de la sorte éprouvent à peine des désordres subjectifs et atteignent un âge avancé. Dans d'autres cas se déclarent tôt ou tard des troubles de la circulation et les malades finissent par succomber à l'hydropisie. On a observé aussi la mort subite par rupture du cœur ou de l'aorte.