

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.