

ches, trachée, plèvres, œsophage, etc., il peut, soit par un travail d'usure lente ou après avoir produit d'abord une eschare, se rompre et s'ouvrir dans ces cavités; il peut aussi, après usure des côtes, venir faire saillie en dehors du thorax, de préférence du côté droit, ou encore au niveau de la fourchette sternale, et s'ouvrir à l'extérieur. Dans un relevé fait par Charcot et souvent cité, portant sur 118 cas d'anévrysme, la rupture de la poche suivie de mort se montra 64 fois, et c'est surtout dans les voies aériennes qu'elle s'opéra: plèvres, trachée, bronches, poumons; la rupture dans le péricarde fut également fréquente, au contraire elle ne survint que 4 fois à l'extérieur. On a noté également la rupture dans l'artère pulmonaire, dans l'œsophage, etc.

La rupture s'opère encore dans le tissu cellulaire voisin, et si des adhérences fibreuses épaisses s'opposent à l'irruption au loin de l'épanchement, il peut se former une poche assez volumineuse, c'est l'anévrysme faux consécutif ou encore diffus.

Enfin, la rupture peut encore se produire dans l'épaisseur même de l'aorte, et le sang fuse alors entre la tunique moyenne et la tunique externe, ou le plus souvent dans les lames de la tunique moyenne; c'est l'anévrysme disséquant, suivant l'appellation donnée par Laënnec lui-même, et étudié déjà par Maunoir (1802) et par Peacock. La déchirure du vaisseau est généralement transversale et occupe presque toujours l'aorte ascendante; le sang peut fuser tout le long de l'aorte thoracique et même jusqu'au niveau de la division en artères iliaques, mais, au dire de Peacock (1849), cet anévrysme se rompt très fréquemment, (22 cas sur 24), soit dans le péricarde, soit dans l'oreillette droite.

L'anévrysme disséquant, affection rare, se produit à la suite de l'aortite chronique; quand il occupe la région ascendante ou la crosse de l'aorte, la mort survient par rupture 15 fois sur 20 (Rokitansky).

En dehors de l'anévrysme vrai de l'aorte, ressortissant à l'aortite, on rencontre quelquefois une autre variété d'ectasie (anévrysmes kystogéniques) qui se rattache à la dégénérescence athéromateuse. Elle est caractérisée par de petites poches hémisphériques, siégeant principalement à l'origine de l'aorte, et dues à la présence d'une plaque d'athérome ayant détruit la tunique interne et envahi la tunique musculo-élastique.

*Altérations concomitantes.* — Contrairement à ce qu'on pourrait croire, le cœur conserve son volume normal, même dans le cas d'anévrysme de gros volume (Stokes, A. Chauffard, Boinet). La dilatation hypertrophique signalée dans quelques cas tenait presque toujours à des lésions coïncidentes: insuffisance sigmoïdienne, artériosclérose, néphrite interstitielle, etc.

Lorsque l'anévrysme occupe l'origine de l'aorte on peut rencontrer,

dans le quart des cas environ, l'insuffisance des valvules sigmoïdes née sous la même cause que l'aortite.

La coexistence de la gangrène et surtout de la tuberculose pulmonaire (Stokes, Jaccoud, 1867; Hanot 1876), par compression de l'artère pulmonaire ou du nerf pneumogastrique, a été signalée dans un certain nombre de cas.

**Symptomatologie.** — Nous décrivons dans ce chapitre: 1° les symptômes généraux propres à tous les anévrysmes; 2° les variétés cliniques particulières qu'ils présentent suivant leur siège.

#### A. — SYMPTOMES GÉNÉRAUX.

Les anévrysmes de l'aorte, lorsqu'ils sont de petit volume ou qu'ils affectent certains sièges, peuvent rester latents pendant fort longtemps, et même durant toute la vie; ils ne sont diagnostiqués qu'au moment de leur terminaison brusque par rupture: des faits relativement nombreux ont été observés par Bouillaud (1823), Chomel (1842), Fauvel (1858), Osler (1877), Sloan (1882), Ewald, Rendu (1890), etc. D'après Boinet, l'anévrysme de l'aorte resterait latent dans le huitième des cas environ.

Le plus souvent, cependant, les anévrysmes se manifestent à la fois par des signes fonctionnels importants et par des signes physiques.

Les signes fonctionnels sont simplement présomptifs, comme dit Peter, et n'indiquent rien autre que la présence d'une tumeur intrathoracique, exerçant des phénomènes de compression et d'irritation variables sur les organes de voisinage. Les signes physiques, au contraire, ont une valeur diagnostique de première importance.

**1° Signes fonctionnels.** — Lorsque la tumeur anévrysmale est située profondément, ils précèdent souvent d'un temps fort long la première apparition des signes physiques.

*a. TROUBLES CIRCULATOIRES.* — Le cœur est assez fréquemment déplacé; si la tumeur est volumineuse, il est rejeté vers la gauche et la pointe abaissée peut battre dans le 6° espace intercostal, et peut-être même plus bas lorsque le cœur est en outre hypertrophié par la coïncidence de lésions valvulaires. De plus, si l'anévrysme est placé derrière le cœur, celui-ci est refoulé en avant et, le soulèvement pulsatile de l'anévrysme se propageant sur le cœur, il se produit au niveau de la région précordiale une double impulsion saccadée: double jogging impulse, suivant l'expression de Hope.

L'anévrysme peut provoquer encore des palpitations plus ou moins violentes.



b. PHÉNOMÈNES DE COMPRESSION DE VOISINAGE. — Ils s'exercent sur la plupart des organes contenus dans le médiastin.

1. *Sur la trachée et sur les bronches.* — La compression sur ces tuyaux respiratoires produit de la *dyspnée* aux deux temps de la respiration ; si la compression est considérable, elle se manifeste par un *bruit de cornage* : à l'état de repos, le malade présente seulement une inspiration rude et prolongée, mais s'il fait le moindre effort, serait-ce même pour parler durant quelques instants, de suite l'inspiration devient rauque, sonore, perceptible à distance, accompagnée d'un aplatissement rythmé sus-sternal (*tirage sus-sternal*). L'auscultation dénote des signes importants : dans le cas de compression de la trachée, on constate une *diminution considérable du murmure respiratoire* dans les deux poumons, alors que la percussion n'indique aucune affection pulmonaire. Ce signe se rencontrera seulement d'un seul côté, si la compression ne porte que sur une bronche, le plus souvent celle du côté gauche. De plus, avec l'affaiblissement du murmure vésiculaire, on constatera dans un point assez limité et correspondant à la région comprimée, un *souffle tubaire interscapulo-vertébral* plus ou moins intense.

Quelques auteurs signalent encore un phénomène plus rare, c'est un contraste très accusé entre les deux segments de la poitrine, l'un restant presque immobile ou se dilatant fort peu durant l'inspiration, alors que l'autre peut subir, durant le même temps, une expansion exagérée.

2. *Sur le plexus vasculaire artériel et veineux.* — La compression sur l'*artère pulmonaire* entraînera une dilatation du cœur droit, suivie de gêne et de stase du système veineux, amenant un œdème très étendu, parfois généralisé.

D'après Greene, la compression exercée sur les artères nourricières du poumon pourrait être suivie de *gangrène du parenchyme pulmonaire*.

Quoique, en général, la compression sur les gros troncs artériels soit peu fréquente, elle peut se produire parfois sur les *carotides* et les *artères des membres thoraciques*. La première a pour conséquence des troubles dans la circulation encéphalique, d'où *bourdonnements d'oreille, vertige, scotome, céphalée*, etc. ; la seconde se caractérise par un *affaiblissement notable de la pulsation radiale du côté intéressé*, et cette *inégalité des pouls droit et gauche* est un signe physique important.

La compression sur les *veines pulmonaires*, ou plus bas, sur l'oreillette gauche, entraînera des phénomènes de congestion, caractérisés parfois par des *hémoptysies* ou des signes de congestion œdémateuse.

Si la *veine cave supérieure* est comprimée, elle produira une dilatation extrême des *jugulaires* et celle des *veines sous-cutanées de la*

*poitrine* qui feront saillie sous la peau sous forme de cordons sinueux et bleuâtres. En outre elle peut donner lieu encore à de l'*œdème* des mêmes régions. Stokes signale un autre phénomène beaucoup plus rare : c'est, non plus la dilatation veineuse, mais une sorte de tuméfaction résistante de la région cervicale dont la cause devrait être attribuée aussi à la compression des veines cervico-brachiales.

Lorsque la *veine cave inférieure* participe à la compression, on peut observer des accidents de stase et d'œdème de la périphérie.

3. La dilatation des *vaisseaux lymphatiques* peut suivre la compression plus exceptionnelle du *canal thoracique* par la tumeur anévrysmale.

4. La compression sur l'*œsophage*, observée principalement dans les anévrysmes de l'aorte descendante, donnera lieu à des accidents de pseudo-rétrécissement de ce conduit, caractérisés par de la *dysphagie*, généralement vers la partie moyenne du sternum, avec rejet, vomissements plus ou moins répétés, principalement d'aliments solides.

Chez d'autres malades tout se borne à quelques accidents spasmodiques (œsophagisme) sur lesquels nous reviendrons ; ils sont imputables à la compression, non de l'œsophage, mais à l'irritation de voisinage des filets nerveux œsophagiens. En fait, la dysphagie vraie peut manquer tout à fait, et dans une intéressante observation de Millard, la compression de l'œsophage et l'anévrysme qui la provoquait furent soupçonnés au moment où une hématomérose se produisit ; moins de 24 heures après, le malade mourut, et on trouva une perforation de l'aorte s'ouvrant dans l'œsophage, permettant l'introduction de quatre doigts.

5. *Compression des plexus nerveux.* — Les accidents qu'elle produit ont une importance grande, car les *phénomènes douloureux* qu'elle engendre précèdent parfois pendant fort longtemps les signes physiques de la tumeur anévrysmale.

Lorsqu'elle s'exerce sur le plexus cervical et surtout sur le plexus brachial, on observe des *névralgies intercostales*, des *névralgies cervico-brachiales*, des fourmillements dans le membre supérieur. Trousseau, qui les a signalés avec soin, a remarqué encore que, contrairement aux névralgies rhumatismales, ces élancements douloureux sont calmés momentanément par la pression.

La permanence de ces douleurs, que la médication antinévralgique habituelle ne calme que peu ou pas, pourra faire songer, même en l'absence de tout autre symptôme, à l'existence d'une ectasie aortique, démontrée définitivement par la *radioscopie*, ainsi que Merklen<sup>1</sup> l'a montré dans un cas intéressant.

1. Merklen. Soc. Méd. des hôpit., juillet 1899.



Lorsqu'il s'agit d'anévrysme de l'aorte abdominale, on observe de la névralgie iléo-lombaire, ou encore une *douleur lancinante, térébrante*, au niveau de la colonne vertébrale, sur laquelle Stokes a insisté avec raison et qui s'irradie parfois suivant le trajet des uretères, du canal déférent, et descend même jusque vers le testicule.

C'est encore à la compression ou à l'irritation nerveuse qu'il faut rattacher ces *crises douloureuses* de la région précordiale, réveillées par les mouvements, les efforts, les causes émotionnelles, l'*accélération* ou au contraire le *ralentissement* parfois assez marqués des battements du cœur, les accès d'*angor pectoris* avec irradiation vers le cou et le membre supérieur gauche, les accès de *toux* spasmodique, *coqueluchoïde* ; ces derniers sont causés par l'*irritation du nerf récurrent*.

Celle-ci peut produire encore des *troubles de la voix*, imputables à un *spasme* d'une des cordes vocales qu'on trouve contracturée au laryngoscope, alors que la corde restée saine présente une tension normale. Cette altération se traduit par une dysphonie curieuse, et la *voix* est *bisonale* (Jaccoud) c'est-à-dire passant d'un instant à l'autre du fausset aigu à un son grave, ou de tonalité normale. En outre, le spasme glottique par irritation du récurrent, peut donner lieu à des crises de dyspnée paroxystique par la contraction du muscle ary-aryténoïdien qui rétrécit la glotte respiratoire (Krishaber). Ajoutons encore que les phénomènes d'irritation, soit sur le nerf récurrent, soit directement sur le pneumogastrique, peuvent être suivis de spasme de l'*œsophage*.

Dans d'autres cas, l'altération de la voix est due à une *paralysie du récurrent*, gauche presque toujours ; l'une des cordes vocales (la gauche) (Traube, Potain, Mackensie, Mac Donnell) cessant de prendre part à la dilatation inspiratoire de la glotte, la voix est éteinte, basse et rauque ; si la paralysie est double (Mayxner), la voix est complètement aphone. Dans un cas, la voix passa du registre de ténor à celui de baryton (Galvani, 1868). Dans une observation de Potain, où le récurrent gauche dégénéré ne contenait plus de tubes nerveux, on constata une dégénérescence graisseuse des muscles laryngés correspondants. La paralysie glottique produit encore des troubles respiratoires, mais, d'après Peter, l'inspiration est seule entravée.

Pour lui encore, c'est à une compression ou à une irritation du *pneumogastrique* ou de ses branches qu'il faudrait rapporter certains *troubles dyspeptiques* d'origine gastrique : vomissements, etc. (Packardt, Mac Ready). Si les *rameaux pulmonaires* sont irrités, les troubles se manifestent par des crises paroxystiques de *dyspnée*.

L'excitation du *nerf phrénique* peut provoquer des *hoquets* et de la *parésie du diaphragme* qui produira quelques troubles respiratoires.

La compression exercée sur le *grand sympathique* est suivie de

*troubles oculo-pupillaires* observés dans un grand nombre de cas, mais sur lesquels il règne une certaine divergence suivant les auteurs. D'après Gairdner (1854) et Williamson (1857), ce qu'on rencontre le plus souvent c'est une *contraction permanente de la pupille gauche*, due à une paralysie des filets sympathiques destinés aux fibres radiées de l'iris, quelquefois précédée d'une période initiale de dilatation passagère due à l'irritation de ces mêmes filets nerveux.

Dans d'autres cas cependant, on note de préférence un *rétrécissement des deux pupilles* (myosis), ou peut-être plus souvent encore une *inégalité des deux pupilles*, la gauche étant la plus dilatée. Ogle, qui a insisté sur le fait, remarque qu'il est causé par une excitation du sympathique gauche, car la face et l'oreille du même côté sont fréquemment d'une *pâleur* marquée.

Dans un cas de Jaccoud, la pression du doigt sur la peau du côté droit du corps, était suivie d'une coloration rouge vif, par parésie du sympathique.

On a noté aussi, comme se rapportant à la même cause, des *crises sudorales* (Thiroloux), de la *polyurie* et même de la *glycosurie temporaire*.

6. *Compression de la moëlle épinière*. — Andral (1854) a vu un anévrysme se prolonger dans le canal vertébral entre la 6<sup>e</sup> et la 7<sup>e</sup> vertèbre dorsale : il y eut paraplégie avec élancements douloureux. D'autres cas ont été observés par Frasier, Berdinel, Malibran ; malgré l'usure du rachis et la compression médullaire, la paraplégie a été quelquefois à peine marquée.

2<sup>o</sup> *Signes physiques*. — I. *Inspection*. — Lorsque la tumeur a déjà acquis un certain volume, on peut, bien longtemps avant qu'elle ne fasse saillie à l'extérieur, constater une *légère voussure*, appréciable surtout en regardant obliquement (Greene), soit au côté droit du sternum vers le deuxième ou troisième espace intercostal (anévrysme de l'aorte ascendante), soit dans la région de la fourchette sternale (anévr. de la crosse), soit enfin à gauche du sternum (anévr. de l'aorte descend.).

Cette voussure est le centre de *battements pulsatiles*, quelquefois un peu diffus, mais fréquemment perceptibles à simple vue et à la *palpation* ; il semble que le malade ait *deux cœurs* dans la poitrine (Stokes). Ces battements seront rendus plus nets encore, en fixant sur la paroi thoracique, suivant le procédé classique, un petit index de papier de plusieurs centimètres de long qu'on maintient verticalement par un peu de papier gommé appliqué à sa base ; son extrémité libre accuse alors des oscillations très caractéristiques.

La main appliquée au niveau de la voussure montre que celle-ci n'est pas seulement le siège de battements, mais encore d'un mouve-



ment d'ampliation où mieux d'expansion centrifuge; elle perçoit encore à la même région un frémissement vibratoire plus ou moins rude ou *thrill*, coïncidant avec les battements (surtout le premier) de la tumeur; il est dû aux vibrations produites par la pénétration du sang dans le sac anévrysmal. La tumeur est généralement le siège de deux battements. Le premier, plus fort et plus prolongé que le second, est constant : il est systolique ou plus exactement, il survient un peu après la systole cardiaque et précède de très près le pouls radial ; il est causé par la distension brusque de la poche anévrysmale sous l'effort de l'ondée sanguine. Le second, qui manque dans certains cas, notamment lorsqu'il y a insuffisance concomitante des sigmoïdes aortiques, a été interprété de différentes façons :

a. S'il se produit durant la diastole du cœur (battement diastolique) il peut être produit par l'occlusion brusque des sigmoïdes, refoulant dans l'anévrysmale la colonne sanguine qui en redescendait au début même de la diastole (Peter). Cette explication semble appuyée par ce fait que ce second battement n'existe pas lorsqu'il y a insuffisance aortique et, au contraire, qu'il est perçu seulement dans les anévrysmes très voisins du cœur (aorte ascendante et crosse), les seuls où l'occlusion sigmoïdienne puisse se faire sentir.

b. Lyons (1850) pensait que l'aorte d'abord distendue par l'ondée sanguine, puis revenant sur elle-même, chassait dans le sac anévrysmal une nouvelle colonne sanguine qui la distendait en produisant ainsi le second choc.

c. Bellingham, beaucoup plus tard (1888) l'attribuait à l'ondée sanguine des grosses artères nées de la crosse aortique, refluant dans la poche anévrysmale immédiatement après l'impulsion systolique du cœur.

d. Plus récemment enfin, dans une série de recherches graphiques suivant les procédés de Marey, au niveau du cœur et de la tumeur anévrysmale. Fr. Franck<sup>1</sup> a montré que les battements observés au niveau de la tumeur anévrysmale sont fréquemment au nombre de trois : le premier, systolique, sur lequel tout le monde est d'accord, le second, également systolique, suivant le premier de très près, ce qui ferait admettre que la distension du sac anévrysmal s'opère en deux temps, ou plutôt avec renforcement du phénomène. Ces deux battements seraient les seuls perceptibles à la palpation ; quant au troisième peu sensible, il serait diastolique, correspondant à l'occlusion des valvules sigmoïdes, et causé par le refoulement de l'ondée sanguine dans le sac, par suite du choc sanguin sur les sigmoïdes aortiques. Nous ajouterons enfin, quelle que soit l'explication admise, que

1. Fr. Franck. — Soc. de Biologie, 1879, 1886, 1892.

le second battement, outre son absence dans le cas d'insuffisance aortique, peut encore faire défaut lorsque l'anévrysmale est ancien et que ses parois sont rigides et inextensibles par la stratification successive des caillots.

II. La percussion fournit parfois un signe important : c'est la matité au niveau du centre de battements, mais elle se confond souvent avec la matité normale du cœur dont elle augmente l'étendue. On pourra la percevoir à droite ou à gauche du sternum, ou encore à la partie supérieure de cet os, suivant le siège de la tumeur; dans le cas d'anévrysmale de l'aorte descendante, une zone mate importante pourra être décelée dans le dos, à côté du rachis.

III. L'auscultation permet d'entendre au niveau de la tumeur anévrysmale, des bruits normaux (Stokes) et des souffles.

a. Les bruits, qu'on devrait nommer plus justement des bruits de claquement, rappellent absolument comme timbre les bruits normaux du cœur par claquement valvulaire ; ils sont simples ou doubles.

Le premier bruit, sourd et grave, est dû à la diastole du sac anévrysmal et au claquement de ses parois distendues par la pénétration de l'ondée sanguine durant la systole.

Le second bruit (Stokes), à timbre clair et sec, diastolique, est considéré généralement comme un bruit de transmission dû au claquement des valvules sigmoïdes de l'aorte ; on ne le perçoit que si l'anévrysmale est voisin du cœur (anévrysmes de la portion ascendante ou de la crosse aortiques), et manque par conséquent dans les tumeurs anévrysmales de l'aorte abdominale ; enfin il est remplacé par un souffle diastolique lorsqu'il y a insuffisance des sigmoïdes de l'aorte.

b. Des souffles simples ou doubles remplacent les bruits de claquement toutes les fois que des altérations anatomiques se sont produites dans les parois anévrysmales ou du côté du cœur (Jaccoud).

En effet les souffles semblent se rattacher plutôt à certaines conditions physiques présentées par les anévrysmes qu'à ces anévrysmes eux-mêmes, car certaines tumeurs même volumineuses, ne les produisaient pas. (Stokes, Bellingham, Jaccoud, E. Boinet).

Le premier souffle qu'on perçoit localement au niveau de la tumeur un peu après la systole cardiaque, est dû à la pénétration du sang de l'aorte dans la poche anévrysmale ; doux, si l'orifice de celle-ci est lisse et uni, il est râpeux et rude si les parois sont indurées ou recouvertes de rugosités.

Le second souffle ne reconnaît pas toujours la même cause : il est plus inconstant que le premier (Peter).

a. Il peut être dû à la coïncidence fréquente d'une insuffisance aortique : c'est alors un simple bruit de propagation, dont le maximum



siège au niveau du cœur et non de l'anévrysme et diminue progressivement au fur et à mesure qu'on s'éloigne du premier.

b. Il peut résulter également du reflux dans l'aorte du sang qui a pénétré dans la poche anévrysmale; il correspond à la systole de celle-ci (Lyons, Jaccoud). Ce souffle, contrairement au premier, *naît sur place*, il se forme localement et s'exagère, au dire de F. Franck en augmentant la poussée artérielle par la compression des fémorales.

c. Il reconnaît encore pour cause un *renforcement* dans la pénétration du sang aortique dans l'anévrysme (Fr. Franck); cette pénétration se produirait en quelque sorte en deux temps ou, plus justement, dans un temps avec renforcement à la fin de ce temps.

d. Enfin, il peut être d'origine *cardio-pulmonaire* par le retrait rythmique de la poche et la décompression qui en résulte sur la portion du poumon sous-jacente.

Dans l'anévrysme de l'aorte abdominale, on n'observe qu'un *souffle unique*, correspondant à la diastole de celui-ci, et pouvant disparaître dans l'auscultation pratiquée le malade étant debout (Stokes).

#### IV. Caractères du pouls.

Ils se résument en deux mots : *retard* et *affaiblissement* de la pulsation.

1° *Retard*. — La poche anévrysmale allongeant le trajet de l'ondée sanguine, on peut dire que dans tous les cas d'anévrysme de l'aorte le pouls est *retardé*. Mais cette modification présente des variations importantes, selon le siège de l'anévrysme.

a. Lorsque la poche siège en amont du tronc brachio-céphalique, le pouls est *retardé uniformément* dans tout le système artériel.

b. Si la tumeur siège au niveau du tronc brachio-céphalique, le pouls sera *retardé du côté droit*.

c. Lorsqu'elle siège entre le tronc brachio-céphalique et les artères carotide et sous-clavière gauches, le retard et l'affaiblissement du pouls ne s'observera que du *côté gauche*.

C'est ce qu'on observait nettement chez un malade dont voici le tracé sphygmographique des deux pouls radiaux.

Dans la figure 32 qui représente le pouls radial gauche, on voit que le pouls est *très sensiblement plus faible* que celui du pouls radial du côté droit, représenté par la figure 33.

d. Si la tumeur anévrysmale occupe l'aorte abdominale, on note un *retard du pouls des fémorales* sur celui des artères radiales.

D'après F. Franck, quelques circonstances font *disparaître ce retard* du pouls : en premier lieu la présence de caillots dans le sac anévrysmal; et si, dans le cours de la maladie, après avoir constaté nettement le retard de la pulsation radiale, on note sa disparition, on pourra en

conclure que l'anévrysme s'est rempli de caillots fibrineux et semble marcher vers la guérison.

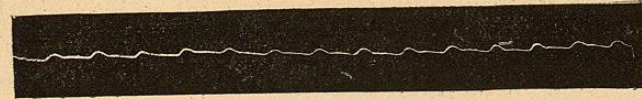


Fig. 32

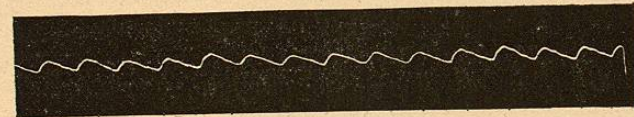


Fig. 33

Il en serait de même de l'insuffisance aortique coexistante qui faisant disparaître le soulèvement des sigmoïdes, facteur important de retard pour le pouls, pourrait *diminuer le retard* créé par l'anévrysme.

Par contre, l'insuffisance mitrale et le rétrécissement aortique *exagèreraient sensiblement le retard* du pouls.

2° *Affaiblissement*. — L'ondée sanguine non seulement retardée, mais encore *s'affaiblit*, s'épuise dans la poche anévrysmale. D'après Marey et Fr. Franck, le pouls présenterait durant l'inspiration, un affaiblissement plus marqué qu'à l'état normal : en effet, par suite de la diminution de la pression intra-thoracique, le sang se précipite dans la tumeur anévrysmale, et la tension artérielle s'abaisse d'une façon considérable. D'autre part, si l'anévrysme comprime une branche artérielle à son origine ou en obstrue l'entrée par la production d'une thrombose, le pouls devient petit, faible, dans cette artère, et le dicrotisme normal du pouls diminue.

#### B. — VARIÉTÉS CLINIQUES SUIVANT LE SIÈGE

I. ANÉVRYSMES DE L'AORTE ASCENDANTE. — Ils sont généralement *situés un peu au-dessus des valvules sigmoïdes*. Leur situation superficielle rend compte du *peu de phénomènes de compression* observés en pareil cas, car la tumeur, gênée dans son accroissement a une tendance naturelle à faire saillie en avant. Située d'abord dans la cage thoracique, vers le deuxième ou le troisième espace intercostal *droit* le long du *bord du sternum*, la tumeur peut quelquefois à cette période exercer une certaine compression de voisinage, qui se produira surtout sur la veine cave supérieure et l'oreillette droite, suivie dans le premier