

L'anévrysme de l'aorte abdominale peut aller faire saillie dans la région dorsale après avoir usé les corps vertébraux, ou bien va déplacer et comprimer, plus ou moins, les divers organes abdominaux : le foie, l'estomac, le pancréas, la rate, etc.

La terminaison par rupture est fréquente ; elle se fait tantôt dans le *tissu cellulaire sous-péritonéal* (Lancereaux, 1871), transformant l'anévrysme vrai en *anévrisme diffus*, ou encore *faux consécutif*, suivant l'appellation classique ; la poche peut s'ouvrir encore dans la cavité même du *péritoine* (Ogle, 1866), dans la *veine cave inférieure* (Smitt, 1880). Dans ce dernier cas, il constitue un *anévrisme artério-veineux*, variété ou plutôt complication un peu particulière des anévrysmes de l'aorte sur laquelle nous allons maintenant insister quelque peu.

V. ANÉVRYSMES ARTÉRIO-VEINEUX DE L'AORTE. — Ils sont formés par la *communication de l'aorte avec une veine voisine*, ou encore avec une des cavités du cœur droit (*cavités à sang noir*). Sauf le cas de Syme (1831), ils sont toujours spontanés, et résultent de la rupture dans une veine d'un anévrysme de l'aorte préétabli.

La communication avec l'*artère pulmonaire*, connue déjà de Laënnec, a été signalée surtout par Magnus Huss (1843), Peacock (1868), Murchison (1868), etc. L'anévrysme peut encore mettre en rapport l'aorte et le tronc brachio-céphalique droit (Oettinger et Poulain, 1899).

La communication de l'aorte avec les *veines caves* a été rencontrée également un certain nombre de fois :

Veine cave supérieure : (E. Goupil, *th.* 1855) ; Tripier, *th.* 1863) ; Bonnarel, *th.* (1875) ; Pepper et Griffith (1890) ont pu en réunir 29 observations ; *veine cave inférieure* : (Pie Smitt, 1880) ; Sibson : 7 observations ; Rendu en a observé récemment un cas intéressant¹.

Enfin Aran a signalé 5 cas de rupture dans l'*oreillette droite* ; Lichtenberg (1865) et Peacock (1868) chacun un cas d'ouverture dans le *ventricule droit*.

Histoire clinique. — Le plus grand nombre des faits de rupture et de *communication* d'un anévrysme de l'aorte avec les *cavités droites* ne sont diagnostiqués qu'à l'amphithéâtre ; leur symptomatologie n'est point élucidée encore.

a. Dans les cas de communication avec les gros *trons veineux* on a noté un *début soudain* des accidents, provoqué presque toujours par des efforts ou des mouvements brusques : le malade est pris d'une dyspnée intense et subite, puis d'œdème, de cyanose de la face, du cou, et bientôt de toute la région supérieure du tronc et des membres thoraciques dans le cas de communication avec la *veine cave supérieure* ; on note encore des étourdissements, des bour-

1. Rendu. — Soc. Méd. des hôpitaux. Mai 1900.

donnements d'oreille et des signes de congestion encéphalique et même du coma. A l'*auscultation*, on relève un bruit de *souffle continu* à timbre grave, analogue à un véritable *bourdonnement* (Mayne), avec renforcement notable au moment de la systole cardiaque, et accompagné à la palpation d'un frémissement cataire également systolique ; ils sont perçus tous deux à la partie supérieure et droite du sternum au voisinage de l'extrémité interne de la clavicule avec propagation vers les vaisseaux cervicaux du même côté.

On notera en général, que la rupture des anévrysmes aortiques dans la veine cave se fait presque toujours au niveau de l'*aorte descendante*.

b. Les anévrysmes *artério-veineux de l'aorte abdominale* dus à la communication de cette dernière avec la *veine cave inférieure*, donnent lieu à de l'œdème, et à de la dilatation des veines des membres inférieurs : à l'*auscultation* on trouvera de même que dans le cas précédent un souffle intense avec renforcement systolique au niveau de la tumeur.

c. L'anévrysme de l'aorte peut encore s'ouvrir et communiquer avec le *tronc brachio-céphalique veineux* ; un cas curieux a été rapporté par Chaboud (1873).

d. La communication avec l'*artère pulmonaire* donne lieu à une vive dyspnée, à de l'œdème et à de la cyanose pour ainsi dire généralisés à tout le tégument ; cependant dans un cas curieux de Magnus Huss, il est noté que cette dernière faisait entièrement défaut.

Terminaisons. — Le *pronostic* des anévrysmes artério-veineux de l'aorte est de la *plus haute gravité*, et la mort survient le plus souvent au bout de quelques heures ; dans quelques cas exceptionnels le malade a pu survivre encore quelques mois au début des accidents.

Marche et Terminaisons. — Les anévrysmes de l'aorte se développent habituellement d'une façon latente, insidieuse, et dans un assez grand nombre de cas (1/8 d'après Lebert) la maladie ne se révèle que par la mort subite, foudroyante pour ainsi dire, du sujet frappé en pleine santé, et succombant « à la rupture d'un anévrysme » ouvert à l'intérieur.

Le *début* de l'affection est donc absolument impossible à préciser, et durant un temps fort long, celle-ci ne se manifeste par aucun trouble grave dans la santé. La *douleur* est généralement le premier symptôme observé, mais reste assez fréquemment diffuse, mal limitée, jusqu'au jour où les *phénomènes de compression* finissent par attirer l'attention, et permettent le plus souvent au clinicien de soupçonner l'existence d'un anévrysme de l'aorte thoracique, bien avant qu'il ne se manifeste sous forme de tumeur pulsatile plus ou moins saillante.

L'évolution de l'anévrysme est lente, mais ininterrompue ; la tumeur augmente peu à peu de volume, écartant, comprimant tous les organes situés autour d'elle, et détruisant, par une sorte de travail ulcéralif auquel rien ne résiste, les organes même qui sembleraient par leur épaisseur ou leur dureté (côtes, sternum, rachis, etc.) devoir limiter sa marche sans cesse envahissante, avec tendance à se porter en dehors (marche centrifuge). En fait, son évolution progressive n'est arrêtée que par sa rupture ou par une complication intercurrente.

La guérison de l'anévrysme par oblitération du sac, quoique exceptionnelle, est cependant possible, ainsi qu'il résulte des faits signalés par Hodgson, Cruveilhier, Rokitsansky, Goupil, Thorens (1873), Natier (1886), Lancereaux et Paulesco (1898).

Cependant il faut reconnaître que la mort est la terminaison habituelle des anévrysmes de l'aorte. Elle résulte quelquefois des phénomènes de compression grave exercée sur les bronches et la trachée : c'est alors l'asphyxie lente et progressive ; ou bien l'on observe au contraire la suffocation rapide par compression du pneumogastrique ou du récurrent ; dans d'autres circonstances, la mort est le résultat d'un œdème de la glotte, ou d'accidents cérébraux graves par stase encéphalique, résultant d'une compression sur la veine cave supérieure.

Mais, la terminaison de beaucoup la plus fréquente, et en même temps la plus grave est la rupture de la poche anévrysmale. D'après les Bulletins de la Société Anatomique compulsés de 1826 au mois d'août 1898 par E. Boinet, il résulte que sur 272 anévrysmes, 142 se sont terminés par rupture : plèvre gauche 31 cas, péricarde 20 cas, poumon gauche 12 cas, bronche gauche 11 cas, trachée 10 cas, plèvre droite 9 cas, à l'extérieur 9 cas, œsophage 4 cas.

a. La rupture à l'extérieur, ne semble pas fréquente : Dubar, Castex (1879), Rauzier (1890), Sergent (1895), etc. ; sur 118 cas suivis de mort, Charcot et Ball l'ont relevée 4 fois seulement ; sur 267 cas, E. Boinet trouve 135 morts par rupture dont 9 cas à l'extérieur et 7 fois sous la peau et la région thoracique.

Lorsqu'elle se fait à l'extérieur, la peau qui recouvre l'anévrysme s'amincit et devient rouge violacé, une plaque de sphacèle ou un petit abcès sous-cutané se produisent au point le plus saillant de la tumeur, et, sous l'influence du moindre effort du malade ou même au repos, lorsque l'abcès s'ouvre ou que l'eschare vient à se détacher, il se produit une hémorragie souvent foudroyante qui emporte subitement le malade. Cependant, cette rupture peut encore se produire avec moins de brusquerie, lorsqu'il s'est formé dans l'intérieur du sac des couches de caillots, ou encore que la paroi anévrysmale est maintenue par une compression douce mais permanente : compresses, mouchoirs pliés, etc. ; chez un malade de Walshe dont la paroi thoracique était détruite en

deux régions obturées et comprimées par une plaque de charpie, la mort n'arriva qu'au bout de 51 jours.

b. Dans les cas où la rupture se produit à l'intérieur, dans le tissu cellulaire du médiastin, ou dans un organe voisin : œsophage, trachée, bronches, etc., elle s'annonce par une douleur brusque, déchirante, suivie de la plupart des signes d'hémorragie interne : pâleur extrême, syncope, et mort rapide précédée d'une hématémèse ou d'une hémoptysie foudroyante. Les hématémèses peuvent survenir par périodes répétées, d'abord peu abondantes, et suivies quelquefois de rémissions longues (deux mois, S. Cooper), mais le malade ne tarde guère à être emporté par un nouveau vomissement de sang abondant par suite de l'élargissement de la perforation. Dans quelques cas, il ne se produit qu'une seule hématémèse très abondante, suivie de mort immédiate. Dans les cas moins rapides, on note aussi du méloena à la suite du sang dégluti.

Les hémoptysies sont généralement peu abondantes d'abord, mais à répétition ; elles indiquent plus spécialement que l'anévrysme siège à la partie postérieure et sur la concavité de la crosse de l'aorte, en rapport intime avec la trachée et la bronche gauche. Ces crachements de sang prémonitoires, d'abord à une simple fissure, deviennent le point de départ d'une hémoptysie abondante et mortelle lorsque la fissure s'est élargie. A côté de cette cause principale, il faut citer encore comme causes moins importantes de l'hémoptysie : la compression du pneumogastrique, une embolie pulmonaire (Hubert), une simple action vaso-constrictive (F. Franck), sans parler de la tuberculose pulmonaire. Nous avons vu précédemment que le malade pouvait quelquefois ne pas succomber aussi rapidement, mais seulement après une seconde ou même une troisième hémorragie, espacées de la première parfois d'un temps relativement long. Dans d'autres cas encore, l'anévrysme ne donne pas lieu à une hémorragie très abondante et unique, mais à une suite de petites hémorragies qui finissent à la longue par emporter le malade.

La rupture de l'anévrysme peut se produire dans d'autres organes encore : dans le péricarde, l'artère pulmonaire, la veine cave supérieure (produisant alors un anévrysme artério-veineux), la plèvre, le canal rachidien ; nous avons indiqué, chemin faisant, quelques-uns des signes auxquels donnent lieu ces ruptures ; nous n'ajouterons que quelques mots.

La rupture dans le péricarde se manifeste avec les anévrysmes intrapéricardiques ; elle se produit généralement un peu au-dessus des valvules sigmoïdes ; les bords de la perforation sont sinueux et irréguliers ; la quantité de sang épanchée a été très variable : 600, 1200 gram. ; mais la quantité moyenne paraît être de 250 gram.

La rupture peut se faire en deux temps, mais habituellement elle est brusque et suivie de mort dans un temps assez rapide.

La rupture dans le *poumon* se fait surtout à gauche, produisant parfois de la gangrène du parenchyme par irruption brusque du sang.

La rupture dans les *bronches* s'opère surtout à gauche, à cause des rapports étroits de l'aorte et de la bronche gauche; les perforations sont généralement petites et étroites.

La rupture dans la *plèvre* se fait de préférence à gauche, même lorsqu'il s'agit d'anévrysme de l'aorte abdominale. Le sang épanché se coagule rapidement, et cependant l'hémithorax peut être très abondant : 1800 grammes (Maunoury; 1350, Landouzy; deux litres et demi, Leuret; trois litres, Laveran).

La rupture dans l'*œsophage* succède ainsi que Leudet l'a montré, à la chute de l'eschare consécutive à une plaque de gangrène préexistante.

L'ouverture d'un anévrysme de l'aorte thoracique dans l'*estomac* est plus rare, Ball en a signalé un cas, au niveau de la petite courbure.

Dans le cas d'anévrysme de l'*aorte abdominale*, la rupture peut s'opérer dans le *péritoine*, le tissu cellulaire sous-péritonéal ou encore dans l'*intestin*; la mort survient dans le collapsus avec les signes habituels des hémorragies internes.

En dehors de ces causes de mort qui tiennent à l'évolution de l'anévrysme lui-même, le malade peut succomber encore à la suite de complications qui surviennent assez fréquemment. « De tous les états morbides généraux qui accompagnent l'anévrysme de l'aorte, la *phthisie pulmonaire* est le plus commun », a dit Stokes. Cette opinion a été acceptée par tous les cliniciens (Habershon, 1864; Hérard et Cornil (1867), Jaccoud (1867), etc. Quant au degré de fréquence de la tuberculose dans l'anévrysme de l'aorte, il a été diversement évalué : 5 pour 100 (Rokitansky); 7 pour 100 pour Fuller; 23 pour 100 (Hanot, 1876); 25 pour 100 (Kortz th. 1892).

La cause de la tuberculose en pareille circonstance, a été attribuée tantôt à la compression exercée par la tumeur sur le *pneumogastrique*, d'où des troubles de nutrition et de circulation intra-pulmonaire (Habershon, Hérard et Cornil, Bucquoy, Vulpian), tantôt à la compression et par suite au rétrécissement de l'*artère pulmonaire* (Hanot). Cette dernière opinion, s'appuie sur ce fait que la compression s'exerçant surtout sur la branche gauche de l'artère pulmonaire il se trouve que la tuberculose siège surtout dans le poumon gauche; elle s'appuie encore sur ce point que la tuberculose est fréquente dans les cas de rétrécissement de l'artère pulmonaire ainsi que C. Paul l'a bien montré.

Enfin, la mort peut survenir encore par *gangrène pulmonaire* (Carswell, (ce qui semble rare tout au moins), par compression de la moelle

avec *paraplégie* (Laënnec) : dans ce cas, elle survint brusquement et le malade mourut au bout de 6 heures. D'autres cas ont été vus par Ogle, Frarier, Kast (1890). La mort arriva encore par *cachexie* résultant à la fois de l'*inanition* produite par la compression sur l'œsophage (Peer), et de l'épuisement progressif du malade.

Diagnostic. — Il comprend le diagnostic de l'affection elle-même et celui de son siège.

A. DIAGNOSTIC DE L'ANÉVRYSME DE L'AORTE.

1° Lorsque la tumeur anévrysmale ne fait point encore de saillie en dehors du thorax, ou tout au moins ne donne lieu à aucun battement, à aucune pulsation expansive, le diagnostic reste fort difficile.

Pendant longtemps, chez quelques malades, la santé reste à peu près normale; tout se borne à quelques sensations douloureuses thoraciques, à un certain degré de *dyspnée*, et dans d'autres cas à des symptômes de compression intra-thoracique. On est conduit ainsi à examiner la région précordiale, et trois conditions différentes vont alors se présenter à l'observateur :

a. Ou bien l'anévrysme n'est constitué que par la dilatation simple cylindroïde de l'aorte (anévrysme fusiforme);

b. Il y a anévrysme véritable avec poche (anévrysme sacciforme), trop profond encore pour se manifester à l'extérieur sous forme de tumeur pulsatile, mais donnant lieu à des signes fort nets de compression de voisinage;

c. Enfin l'anévrysme est devenu apparent à l'extérieur du thorax, et se présente sous forme de tumeur pulsatile avec mouvements d'expansion centrifuge.

1° S'il y a seulement dilatation cylindroïde, on relèvera les signes habituels de la dilatation simple de l'aorte étudiée précédemment, c'est-à-dire de la matité à droite du sternum, indiquant que l'aorte dépasse le bord droit de cet os, la surélévation de l'artère sous-clavière droite au-dessus de la clavicule, enfin le plus habituellement une accentuation intense (bruit tympanique, bruit clangoreux) du bruit diastolique au foyer aortique (2^e espace intercostal droit). On ne relèvera aucun phénomène de compression intra-thoracique.

2° Celle-ci au contraire sera manifeste dans les cas d'anévrysme sacciforme situé encore dans la profondeur, et agissant à la façon d'une tumeur du médiastin. Or celle-ci, en dehors de l'anévrysme peut être due surtout, soit à une adénopathie trachéo-bronchique soit à un cancer pleuro-pulmonaire.

a. Dans l'adénopathie trachéo-bronchique on note assez souvent la fréquence relativement grande de la toux, son caractère quinteux, coqueluchoïde, accompagnée parfois de vomissements répétés; parfois aussi,

on pourra déceler à la percussion, la présence d'une *matité interscapulaire supérieure* ; le cornage est exceptionnel alors qu'il est le signe capital de l'anévrysme de l'aorte thoracique comprimant les bronches et la trachée (Rendu).

b. Le *cancer pleuro-pulmonaire*, d'un diagnostic toujours délicat, se manifeste par une matité notable avec perte d'élasticité pulmonaire et même diminution ou suppression du murmure vésiculaire dans la région moyenne, soit parfois au sommet des *deux* poumons, car le cancer du poumon est généralement bilatéral lorsqu'il est d'origine secondaire, ce qui est le cas le plus habituel. En outre, la dyspnée et la toux prennent peu à peu une importance qu'elles ne présentent pas dans l'anévrysme de l'aorte. On note quelquefois encore des crachats rougeâtres, gelée de groseille (Walshe), et plus souvent la présence d'adénopathies dures et indolentes dans la région sus-claviculaire. Enfin l'état cachectique ne tarde guère à se montrer. Dans l'anévrysme on notera assez fréquemment des troubles laryngés, des phénomènes pupillaires, du retard entre les deux pouls radiaux, et la présence de battements rythmiques isochrones aux pulsations cardiaques, au niveau du cartilage cricoïde et très nettement perçus quand on cherche à abaisser celui-ci le cou étant tendu ; nous avons vu précédemment que ces battements sont dus aux pulsations de l'anévrysme, transmises par la trachée (Oliver, Mac Donnell).

c. D'une façon générale, l'anévrysme de l'aorte se distingue des *tumeurs du médiastin* par sa tendance grande à faire saillie en dehors du thorax, par l'existence d'un centre de battements et de bruits, distinct du cœur, et par le retard des pulsations dans les artères émergeant de l'aorte au-delà de la tumeur anévrysmale.

C'est dans ces cas douteux, où l'anévrysme ne se manifeste que par des névralgies symptomatiques cervico-brachiales intercostales, tenaces et rebelles à tout traitement que la *radioscopie* pourra déceler la présence certaine d'un anévrysme, jusqu'alors seulement soupçonné (Merklen).

d. A cette période encore, il arrive que l'anévrysme de l'aorte peut être méconnu et le malade qui en est porteur, considéré comme atteint de *tuberculose pulmonaire* ; on peut en effet rencontrer dans les deux affections, de la dyspnée, des hémoptysies répétées, et même la présence d'un souffle à timbre cavitaire en arrière dans les parties supérieures du poumon ; les troubles laryngés contribuent encore à faire errer le diagnostic, car la dysphonie due à l'anévrysme peut être attribuée faussement à la phthisie laryngée (Oettinger).

Cependant dans la tuberculose, outre l'examen bactérioscopique des crachats, on trouve des râles accompagnant le souffle, et presque toujours aussi des signes d'auscultation plus ou moins nets dans l'autre

poumon ; on notera aussi des troubles fonctionnels importants : amaigrissement, troubles menstruels, sueurs nocturnes fréquentes, poussées fébriles, troubles gastro-intestinaux ; enfin on relève chez beaucoup de malades des antécédents personnels de scrofulo-bacillose, et de l'hérédité tuberculeuse.

3° Lorsque la *tumeur anévrysmale* fait une saillie appréciable en dehors du thorax, le diagnostic est plus aisé à cause de la netteté des signes en général. On perçoit en effet par la palpation, en dehors de la région où se rencontrent habituellement les battements du cœur, un *second centre de pulsations* avec mouvements d'expansion ; il semble, selon l'expression de Peter, qu'il y ait *deux cœurs dans la poitrine*, et cela d'autant plus que la tumeur pulsatile est également le siège de bruits, de claquements ou de souffles qui, par leurs caractères généraux sont analogues à ceux qu'on perçoit au niveau du cœur.

De plus, à cette période de l'anévrysme, on relève encore comme signes confirmatifs du diagnostic, des *accidents multiples de compression* sur les divers organes des médiastins : trachée, bronches, œsophage, etc. ; ils sont *plus marqués* en général quand l'anévrysme occupe la *crosse de l'aorte*.

On ne pourrait guère confondre la tumeur pulsatile due à un anévrysme aortique avec l'*empyème pulsatile* variété de pleurésie purulente (G. de Mussy, Féréol, Comby) qui occupe exclusivement le côté gauche de la poitrine, refoulant parfois le cœur jusque vers le mamelon droit. Il donne lieu à une vaste tumeur pulsatile, dont les battements d'ailleurs temporaires, intermittents, sont isochrones au pouls, perceptibles à la main et même à l'inspection simple ; elle est presque toujours accompagnée d'un pneumothorax. Ces battements seraient dus soit au refoulement vers le péricarde, du poumon condensé, atelectasié qui transmettrait, en les renforçant, les battements du cœur ; soit à la présence de l'air dans la cavité pleurale, qui transmettrait au liquide purulent et à la paroi thoracique, les ondulations formées par les battements cardiaques. Guéneau de Mussy a proposé une troisième théorie, dans laquelle le soulèvement pulsatile serait dû au poumon lui-même, adhérent en certaines régions, et remplissant ainsi le rôle d'un coussin compressible rempli d'air. Cet empyème pulsatile se distinguera de l'anévrysme par la faiblesse de ses battements, l'absence d'expansion en masse, et par les signes d'un épanchement pleural qui l'accompagnent (E. Boinet).

B. DIAGNOSTIC DU SIÈGE DE L'ANÉVRYSMES.

a. L'anévrysme de l'aorte *ascendante*, ainsi que nous l'avons dit précédemment, à peine gêné dans sa marche envahissante, produit peu de phénomènes de compression ; s'ils existent, ils portent principalement sur la trachée, les bronches, les gros tronc veineux. La tumeur

fait de bonne heure, saillie en dehors du thorax et présente des claquements ou des souffles simple ou double *siégeant vers le 2^e espace intercostal droit*.

Le pouls est affaibli et retardé d'une façon égale dans toutes les artères, il n'y a donc pas d'inégalité entre les deux pouls.

Si la tumeur s'étend jusqu'à l'origine du tronc brachio-céphalique, le pouls radial droit pourra retarder sur celui du côté gauche. Elle peut rester longtemps stationnaire, et lorsque la rupture se produit c'est surtout dans le péricarde, la veine cave supérieure, l'artère pulmonaire, le cœur droit, les plèvres, ou encore à l'extérieur, que l'anévrysme se fait jour.

b. L'anévrysme du tronc brachio-céphalique se distinguera par son siège du côté droit et sa tendance à gagner le creux sus-sternal. La compression qu'il exerce porte sur le côté droit et intéresse : le pneumogastrique, le tronc veineux brachio-céphalique droit et la veine cave supérieure. Il en résulte que le malade présente de l'œdème unilatéral ainsi que de la cyanose, limités au côté droit ainsi que de la parésie du membre supérieur du même côté, de plus, le pouls radial est plus faible du côté droit que celui du côté gauche.

c. Dans l'anévrysme de la crosse de l'aorte, les signes de compression sont très accentués :

1^o Dans les tumeurs de la convexité, la compression s'exerce sur la trachée, les bronches, les pneumogastriques et spécialement sur le nerf récurrent gauche d'où des troubles de la voix très importants. Les signes physiques de la tumeur (battements, mouvements d'expansion, bruits de claquements et souffles), se rencontrent au maximum, à la partie supérieure du sternum, au niveau du manche de cet os. Le pouls est retardé dans l'artère radiale et dans la carotide du côté gauche.

La marche est en général assez rapide, et la mort survient le plus souvent par rupture dans le médiastin, la trachée, les bronches, suivie dans ce dernier cas d'hémoptysie foudroyante ou qui se répète à plusieurs reprises.

2^o Les tumeurs de la concavité sont beaucoup plus graves, à cause des phénomènes de compression qu'elles exercent, toujours difficiles à diagnostiquer : trachée, bronche et récurrent gauches, œsophage. Les phénomènes d'auscultation présentent leur maximum sous le sternum et niveau du deuxième espace intercostal gauche; ces tumeurs ne donnent lieu à aucun retard entre les deux pouls.

c. L'anévrysme de l'aorte descendante, qui a une tendance marquée à s'étendre en arrière vers la colonne vertébrale, exerce peu de compression sur la trachée, les bronches et les gros troncs veineux, et par suite reste longtemps méconnu en général. Il se manifeste cependant par des douleurs térébrantes profondes, tenaces, entre les épaules, par des

irradiations à forme névralgique sur les nerfs intercostaux, par de la dilatation des veines thoraciques superficielles, du *cornage*, dont la signification diagnostique est grande; plus tard par des signes de compression rachidienne : douleurs avec parésie dans les membres inférieurs, etc.

Plus tard encore, la tumeur a de la tendance à faire une saillie à gauche de la colonne vertébrale entre la septième et la dixième côte; dans le thorax, le cœur rejeté vers le côté droit, peut être le siège d'une double secousse saccadée.

e. Enfin, l'anévrysme de l'aorte abdominale plus rare que les précédents s'accuse pendant longtemps par des douleurs lombaires tenaces, avec irradiations vers les membres inférieurs qu'on prend souvent pour du lumbago, des névralgies lombo-abdominales, de la sciatique, etc. La tumeur siège au niveau du tronc cœliaque, et ne présente qu'un seul battement et un souffle unique, disparaissant parfois quand le malade est debout. Le pouls des artères fémorales retarde sensiblement sur celui des artères radiales.

Cette tumeur pulsatile devra être distinguée des battements brusques mais non expansifs qu'on perçoit chez certains névropathes sur le trajet de l'aorte, au niveau de l'épigastre, qui ne s'accompagnent d'aucun retard dans le pouls fémoral ni d'aucun trouble dans la santé.

Il faudra aussi la différencier des soulèvements pulsatiles de l'aorte transmis par une tumeur abdominale solide : néoplasmes de l'estomac, du foie, du pancréas, du péritoine, etc., qui se manifestent toujours par des troubles graves de l'état général et surtout des voies digestives.

On ne la confondra pas davantage avec le pouls veineux hépatique, symptomatique de l'insuffisance tricuspидienne, qui coïncide exactement avec la systole ventriculaire, et d'autre part est accompagné du pouls veineux vrai des jugulaires.

La terminaison par rupture a été notée fréquemment dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, dans le péritoine, ou encore dans la veine cave inférieure constituant alors un anévrysme artério-veineux dont nous avons donné les caractères.

Pronostic. — Les anévrysmes de l'aorte présentent un pronostic de la plus haute gravité; d'une façon générale la terminaison fatale est d'autant plus à redouter que la tumeur comprime plus intimement les organes intra-thoraciques, et par suite fait moins de saillie au dehors; c'est ainsi que les anévrysmes de la crosse semblent particulièrement redoutables; parmi ceux-ci, ceux de la convexité, qui peuvent saillir au-dessus de la poignée du sternum, présentent une gravité relative moindre que ceux de la concavité.

Nous avons vu que dans quelques cas heureux, mais très exceptionnels,