

**Traitement.** — L'incertitude du diagnostic et la rapidité de la marche rendent parfois l'intervention directe assez problématique. La plupart des méthodes qui conviennent aux hémorragies externes ne sont plus applicables dans le cas présent. Lorsque l'hémorragie interne était grave, on conseillait autrefois de recourir aux saignées, traitement généralement désapprouvé aujourd'hui; la méthode de Valsalva ne compte plus guère de défenseurs. La compression, le tamponnement des cavités naturelles (vagin) peuvent rendre des services dans certains cas; ailleurs les injections coagulantes, la glace, sont utilement employées, mais il nous est impossible de donner ici des préceptes qui trouveront mieux leur place dans l'histoire des régions. Il en est de même du traitement des épanchements dans les séreuses, qui varie beaucoup de l'une à l'autre. Aussi nous bornerons-nous à parler du traitement de l'anémie aiguë et lente.

D'après KIRMISSON, dans l'anémie aiguë il faut placer la tête du sujet dans une position déclive et chercher par tous les moyens à tarir la source de l'hémorragie; ce précepte, si important pour les hémorragies externes, est malheureusement difficile à réaliser pour les cavitaires et souvent impossible pour les hémorragies internes. On obvie à la syncope par la respiration artificielle et les excitations cutanées les plus diverses : sinapismes, frictions, flagellation, froid, marteau de Mayor, irritation de la muqueuse nasale par les barbes d'une plume, les vapeurs d'ammoniaque, etc. Si ces moyens échouent, on devra de suite recourir à la transfusion qui a déjà, dans maintes circonstances, donné de bons résultats. Il n'y aura lieu de l'employer qu'autant qu'on pourra obturer la plaie du vaisseau, car ce serait trop fréquemment une tentative inutile. KIRMISSON recommande de se servir de la compression par la bande d'Esmarch pour ramener au cœur tout le sang des membres; le résultat de ses expériences lui a démontré l'efficacité de cette sorte d'auto-transfusion. Si le blessé revient à lui il sera indiqué de recourir aux injections sous-cutanées d'éther, préconisées par VERNEUIL (thèse d'OCOUNKOFF) et qui, malgré les recherches de HAYEM, rendent service en excitant le cœur. Enfin il sera de la plus grande importance de prescrire avec prudence les toniques, les stimulants diffusibles, en ayant soin de proportionner leur administration aux forces du blessé; maintes fois le vin de Champagne a rendu des services pour ranimer les forces défaillantes des personnes exsangues.

L'anémie lente réclame également une thérapeutique active, il faut autant que possible arrêter définitivement les hémorragies; quant au traitement symptomatique, il doit être avant tout réparateur; pour cela on s'adresse à l'alimentation, aux soins hygiéniques et à tous les fortifiants dont dispose la matière médicale.

## CHAPITRE III

## ANÉVRYSMES

**Bibliographie.** — D. ANEL, *Suite de la nouv. méthode*, etc., Turin, 1714. — J.-L. PETIT, in *Mém. de l'Acad. des sciences*, 1732 et 1735. — JOUBERT, in *Mém. de l'Acad. royale de chirurgie*, 1753, t. II, p. 535. — TH. LAUTH, *Scriptorum latinorum de Aneurysmatibus*, Argentorati, 1785. — DESAULT, *Œuvres chirurgicales*. — SCARPA, *Réflexions sur les anév.*, etc., trad. par DELPECH, Paris, 1809, et *Arch. gén. de méd.*, t. XVIII, p. 66, et t. XXII, 1830. — HOGDSON, *Traité des mal. des artères*, trad. BRESCHET, Paris, 1819. — BÉRARD, *Arch. gén. de méd.*, t. XXIII, 1830. — WARDROP, *On Aneurism*, London, 1828. — BRESCHET, *Mém. sur les différ. esp.*, etc., Paris, 1834. — CRUVEILHIER, *Anat. path. du corps humain*, Paris, 1838 et *Anat. path. gén.*, Paris, 1852. — PORTA, *Delle Alterazioni Patol. Delle Arterie*, Milan, 1845. — CRISP, *On Structure, Diseases and Injuries of the Blood Vessels*, London, 1847. — CHASSAIGNAC, *Arch. gén. de méd.*, 3<sup>e</sup> série, t. XXV, 1851. — VERNEUIL, in *Monit. des Hôp.*, 1854, t. II, p. 113. — BROCA, *Des anévrysmes et de leur traitement*, Paris, 1856. — O. WEBER, in *Handbuch. de Pitha et Billroth*, 1865. — MAUDRON, Th. de Paris, 1866. — PELLONAS, *Ibid.*, 1867. — TILLAUX, *Consid. sur le trait. de l'anév. diffus*, Paris, 1873. — L.-H. PETIT, Art. GALVANO-PUNCTURE du *Dict. encycl. des sc. med.* — GERSUNY, *Arch. f. klin. Chir.*, 1877, t. XXI. — HOLMES, *Gaz. des Hôp.*, 1877. — GOULD, *Traité par la bande d'Esmarch*, London, 1832. — POINSOT, *Considér. sur les trait. nouveaux*, etc., Bordeaux, 1881. — STIMSON, *Amer. J. of Med. Sc.*, avril 1881. Thèses de Paris. — 1874, LAURENT, MOYE. — 1875, GOUTIÈRE, O'NEILL. — 1876, COTTÉ. — 1877, SIMON. — 1879, ARNAUD, DUPRET, GANCEL. Consulter les Traités classiques et les articles ANÉVRYSMES des *Dictionnaires* par RICHEL, LE FORT (Bibliogr.).

**Définition.** — L'anévrysme est une tumeur circonscrite constituée par une dilatation partielle des tuniques artérielles et dans l'intérieur de laquelle le sang est liquide ou coagulé.

Autrefois le mot anévrysme, très mal défini, comprenait un grand nombre de maladies des artères, et encore de nos jours on se sert de cette expression pour désigner des dilatations artérielles simples qui ne sauraient rentrer dans notre cadre. Ainsi l'ectasie d'une artère dans le diamètre transversal a été appelée *anévrysme cylindroïde* ou *dilatation ampullaire*; l'ectasie combinée à un allongement est généralement dénommée *anévrysme cirsoïde*; enfin les communications anormales entre les artères et les veines sont plus connues sous le nom d'*anévrysmes artérioso-veineux* que sous celui de varices artérielles. Ce ne sont pas là, en réalité, de vrais anévrysmes tels qu'ils sont compris par les auteurs modernes, BROCA, LE FORT; mais tout en faisant cette remarque nous croyons devoir conserver les expressions usitées. D'ailleurs il est juste

de dire que l'on donne toujours un qualificatif au mot anévrisme quand on veut désigner une variété spéciale.

L'accord n'est pas plus facile lorsqu'il s'agit de classer les anévrysmes; les uns, prenant pour base l'étiologie, ont admis des *anévrismes spontanés et traumatiques*; d'autres, s'appuyant sur l'anatomie pathologique, ont décrit des *anévrismes vrais ou faux, mixtes internes ou mixtes externes*; ce sont là des divisions insuffisantes et qui ne correspondent pas à des caractères cliniques bien tranchés. Aussi adopterons-nous de préférence la division de L. LE FORT en *anévrismes circonscrits* et en *anévrismes diffus*, fondée sur la constitution de la poche elle-même.

Dans l'anévrisme circonscrit il existe une poche véritable, formée aux dépens des tuniques artérielles, régulière, distincte des tissus environnants qui ne contribuent pas à sa formation. Au contraire l'anévrisme diffus n'a pas de limites précises et n'est pas contenu dans un véritable sac distinct; il n'a pour limite que les organes voisins et pour enveloppe que les cellules plus ou moins tassées du tissu cellulaire. La plupart des anévrysmes dits spontanés appartiennent au premier groupe, tandis qu'un grand nombre d'anévrysmes traumatiques sont diffus.

#### § 1<sup>er</sup>. — Anévrysmes circonscrits

**Étiologie.** — Les anévrysmes circonscrits sont spontanés ou traumatiques; mais les uns et les autres se rencontrent de préférence dans des conditions aujourd'hui bien déterminées.

L'anévrisme spontané, plus commun dans le sexe masculin en raison de la nature des occupations, ne se montre pas avant l'âge de quinze ans; rare jusqu'à trente ans, l'affection augmente beaucoup de trente à cinquante, pour décroître ensuite. On a cru remarquer une prédisposition plus grande pour les anévrysmes spontanés dans la race anglo-saxonne, sans que ce fait soit bien démontré. Il n'en est pas de même de l'influence professionnelle qui agit à la fois sur la fréquence des anévrysmes et sur leur siège; les professions qui exigent de violents efforts, la flexion prolongée des membres, surtout des membres inférieurs, exposent plus que d'autres aux anévrysmes (tailleurs, cochers, cordonniers, gagne-petit). Les affections locales des artères, certaines courbures de ces vaisseaux, la situation superficielle de quelques troncs, le voisinage d'une articulation, d'un rebord osseux (a. fessière), d'une exostose, d'une boutonnière aponévrotique (arcade du soléaire pour la poplitée), prédisposent aux anévrysmes circonscrits. Il en est encore de même de l'athérome, surtout dans ses premières périodes, parce qu'alors il y a une diminution de la résistance du vaisseau. L'influence de la syphilis paraît actuellement démontrée; on l'a invoquée pour expliquer les cas d'anévrysmes multiples.

Il est plus difficile de dire quels sont exactement les rapports de la goutte, du rhumatisme, de l'alcoolisme avec l'étiologie des anévrysmes. On a fait également intervenir, un peu hypothétiquement, les émotions, les influences morales, et dans un autre ordre d'idées les hypertrophies du cœur.

**Nombre.** — Ordinairement uniques, les anévrysmes peuvent être multiples; ainsi PELLETAN a trouvé soixante-trois anévrysmes sur le même malade; MANEC, plus de trente. Ce sont là des cas extraordinaires, mais la coexistence de deux ou trois anévrysmes n'est pas exceptionnelle. Ces faits ont permis de croire à l'existence d'une véritable diathèse anévrysmale.

L'observation et la statistique sont d'accord au sujet de la fréquence des anévrysmes dans les grosses artères; très rares dans les petites artères des extrémités, ils sont communs sur l'aorte thoracique ou abdominale. Après l'aorte, ce sont par ordre de fréquence, la poplitée, la fémorale, la carotide qui présentent le plus souvent cet accident.

Les diverses lésions traumatiques des artères sont susceptibles de provoquer la formation des anévrysmes; nous avons vu que c'était une complication des ruptures incomplètes, des plaies par instruments piquants et enfin des plaies par armes à feu. La présence d'un corps étranger ou d'une esquille au voisinage d'une artère, la pression continue d'apophyses ou d'exostoses sont encore des causes prédisposantes; CLOSMADÉUC a vu un anévrisme poplité produit par une exostose.

**Anatomie pathologique.** — Les anciens distinguaient deux grandes variétés d'anévrysmes circonscrits: 1<sup>o</sup> les anévrysmes vrais, constitués par la dilatation de toutes les tuniques artérielles; 2<sup>o</sup> les anévrysmes faux, constitués par une poche bien limitée, étrangère à l'artère, en un mot de nouvelle formation.

Entre ces deux groupes, il existait des intermédiaires, appelés anévrysmes *mixtes*, formés aux dépens des parois artérielles, mais seulement par les couches internes ou externes à l'exclusion les unes des autres. De là la division de ces tumeurs en *anévrismes mixtes-internes* lorsque la paroi du sac était composée des deux tuniques internes, en quelque sorte herniées à travers l'externe, et *anévrismes mixtes-externes*, lorsque la poche était formée par l'adventice seule, les deux tuniques internes étant détruites ou rompues.

Or l'anévrisme vrai, synonyme de dilatation artérielle simple, ne rentre pas dans notre définition. Quant à l'anévrisme mixte-interne, il est beaucoup plus théorique que pratique; les expériences de HALLER sur les grenouilles sont loin d'être concluantes, et les faits de DUPUYTREN ou d'autres auteurs sont susceptibles d'interprétations diverses. En 1875 POZZI a publié un cas d'anévrisme mixte-interne consécutif à une brûlure.

Enfin, l'anévrisme mixte-externe est la variété la mieux démontrée et la plus fréquente; le soulèvement de l'adventice exige une altération préalable ou une rupture des deux tuniques internes; l'athérome réalise assez fréquemment ces conditions.

Les anévrysmes se formeraient encore, comme dans quelques cas constatés à l'autopsie par CORVISART, STENZEL, par un mécanisme un peu différent; des kystes prendraient naissance dans l'interstice des tuniques artérielles, s'ouvriraient dans l'artère, et cette forme kystique serait également l'origine d'anévrysmes mixtes-externes. L'anévrisme disséquant de LAËNNEC, variété du précédent, pourrait avoir la même cause; après la rupture des tuniques internes, le sang décolle la celluleuse des autres tuniques sur une certaine longueur, en comprenant tout ou partie de la circonférence. — Ces deux dernières espèces, qui

ne se rencontrent guère que sur les gros troncs, ont un intérêt purement théorique.

**Structure des anévrysmes circonscrits.** — Dans tout anévrysme il y a lieu d'étudier : 1° la paroi ou sac; 2° le contenu.

1° *Sac anévrysmal.* — Le sac ou enveloppe est constitué, comme nous venons de le voir, tantôt par les débris plus ou moins bien conservés des parois artérielles, tantôt par une membrane de nouvelle formation comme dans les anévrysmes traumatiques. ROSER a constaté dès le début de ces derniers l'existence d'une poche circonscrite, isolable et d'aspect fibrineux; KLEBS, CZERNY partagent la même opinion, mais beaucoup d'auteurs pensent que cette couche hyaline du début s'organise plus tard en tissu fibreux.

Quelle que soit son origine, le sac offre souvent des bosselures ou des points faibles. On en distingue deux espèces : lorsque la poche a la forme d'un fuseau, l'anévrysme est appelé *fusiforme*; ordinairement elle est comme appendue à la paroi latérale d'une artère à la façon d'un jabot et porte le nom d'anévrysme *sacciforme*. Il existe réellement à tous égards une différence marquée entre ces deux espèces. L'anévrysme fusiforme ressemble à une dilatation de l'artère quand il occupe toute la circonférence, ce qui est rare; il présente alors deux orifices, l'un supérieur, l'autre inférieur, c'est une sorte de ventricule sur le trajet du vaisseau.

L'anévrysme sacciforme, sorte de diverticulum de l'artère, ne communique avec la cavité du vaisseau que par un orifice au début petit et irrégulier, très variable dans sa forme, ses dimensions, sa position. En effet, sous l'influence de l'ondée sanguine, la poche tend à s'accroître dans le sens du courant, et au bout d'un temps variable il n'est pas rare de voir l'orifice de communication, qui était primitivement au milieu de la tumeur, se déplacer et occuper la partie supérieure.

Les sacs peuvent présenter des dimensions variables d'une noisette à une tête d'adulte; fréquemment ils ont le volume du poing.

2° *Contenu des anévrysmes circonscrits.* — *Caillots.* — Le contenu de l'anévrysme est constitué par du sang liquide en communication avec la circulation générale et par des caillots qui remplissent plus ou moins la tumeur. Ces caillots n'ont pas tous le même aspect; les uns, situés à la périphérie, tapissent la paroi interne à laquelle ils adhèrent; leur couleur blanche, leur consistance ferme, leur disposition stratifiée en couches concentriques, les distinguent des caillots qui occupent le centre, caillots cruoriques, mous, rouge-brun. Aux premiers, en quelque sorte feuilletés, lamellaires, et déjà signalés par HOBSON, BROCA a donné le nom de *caillots actifs* par opposition aux derniers, désignés sous le nom de *caillots passifs*. Nous reviendrons sur ce point en parlant du mécanisme de leur formation.

Le caillot passif ne diffère pas des caillots ordinaires et se compose de fibrine coagulée contenant des globules sanguins et du sérum. La délimitation entre eux et les caillots actifs n'est pas nettement tranchée, car on passe des uns aux autres par une transition insensible. Les caillots actifs, d'autant plus minces qu'ils sont plus extérieurs, offrent des adhérences avec la paroi interne, mais elles ne sont pas très fermes et le sang peut les décoller, se créant ainsi

une circulation anormale. VULPIAN a même vu des lacunes canaliculées entre les strates. On a admis qu'il n'y avait pas simple contact entre les adhérences, qu'il existait de la lymphe coagulable, des vaisseaux, sans qu'on ait pu distinguer une paroi propre à ces derniers. HUNTER, BLANDIN admettaient l'organisation et la vascularisation des parois; BLANDIN faisait intervenir la lymphe coagulable oubliée maintenant. De nos jours, RICHET explique par une sorte d'imbibition analogue au mode de nutrition des cartilages, la vitalité des caillots niée formellement par ROBIN.

La présence de pigment, de granulations graisseuses, de leucocytes dégénérés dans l'épaisseur des caillots actifs, démontre leur origine; ce sont des caillots primitivement passifs et transformés. Ce que nous savons aujourd'hui des modifications des caillots dans les artères liées permet d'admettre que



Fig. 35. — Sac anévrysmal ouvert, montrant la stratification des caillots.

cette organisation s'est effectuée par un mécanisme en tous points analogue dans sa marche et ses effets. MALGAIGNE, LE FORT adoptent cette opinion.

Plus récemment MEYER a soutenu que ces caillots actifs n'étaient autre chose que la substance hyaline canalisée; il a pu injecter les canalicules au bleu de Prusse. Les caillots ne seraient qu'une modification des thrombus blancs pariétaux qui subissent dans leur partie profonde la transformation hyaline avec une stratification que LANGHANS attribue à une variété de canalisation.

**Circulation dans les anévrysmes. Mécanisme de la formation des caillots.**

— L'ondée sanguine pénètre dans l'anévrysme pendant la diastole; les modifications de la circulation varient ensuite, suivant que l'anévrysme est fusiforme ou sacciforme. D'après BROCA, la circulation serait peu troublée dans le premier cas, le plus rare. Au mouvement d'expansion qui résulte de la diastole, succède une systole, un mouvement de retrait dû à l'élasticité de la tumeur, qui a pour effet de chasser une grande partie du sang dans le bout inférieur. Celui-ci reçoit donc une première ondée directe pendant la diastole, puis une seconde pendant la systole, ce qui explique la diminution et même l'absence du pouls. De plus, le courant sanguin est plus rapide au centre, tandis que vers les parois de l'anévrysme il subit un ralentissement.

Tout autre est le mécanisme de la circulation dans l'anévrysme sacciforme. Ici il n'y a plus qu'un orifice qui conduit le sang dans une sorte de réservoir latéral. Dans un premier temps l'ondée sanguine pénètre dans le sac au moment de la diastole; une partie du sang y entre, l'autre partie suit son trajet normal, avec une diminution de tension variable selon le volume de l'anévrysme, les dimensions de l'ouverture, etc. Dans le second temps, systole artérielle,

l'anévrysme, en raison de son élasticité propre et de celle des organes voisins, se vide en partie; le sang régurgité ne peut refluer dans le bout supérieur où la pression est forte, il s'engage dans l'inférieur avec une force variable suivant l'élasticité de la poche anévrysmale. Le sang circule donc dans le bout inférieur, mais il a une pression moindre et le pouls subit des modifications perceptibles au doigt et surtout au sphymographe.

Ainsi à chaque diastole artérielle une certaine quantité de sang entre dans l'anévrysme; il en sort pendant la systole. La succession rapide de ce phénomène ne permettrait pas, d'après les auteurs, un mélange intime du sang dans toutes les parties du sac; aussi, pendant que le mouvement serait actif près de l'orifice et dans la portion centrale, il serait presque nul à la périphérie contre les parois. Nous allons bientôt voir l'importance attribuée à ce dernier phénomène dans les théories émises sur la formation des caillots.

Les choses se passent-elles de la même façon quand il existe une collatérale au niveau de l'anévrysme? Ce point a été longuement débattu; le sang pourrait se créer une voie à travers les caillots pour arriver à la collatérale; cependant, de l'avis des auteurs les plus compétents, l'oblitération des collatérales est la règle ordinaire.

**Théorie de la coagulation du sang.** — Diverses théories ont été émises pour expliquer la formation des caillots: ce sont: 1° la théorie de WARDROP ou de la lymphe plastique; 2° la théorie de BELLINGHAM, BROCA ou des caillots actifs et passifs; 3° la théorie de RICHEL ou de la transformation des caillots passifs; 4° la théorie éclectique de LE FORT.

1° *Théorie de la lymphe plastique.* — WARDROP, en 1828, et plus récemment A. DESPRÉS attribuèrent à la lymphe plastique sécrétée par le sac, puis coagulée, la formation des caillots fibrineux. Cette hypothèse n'est pas soutenable, la soi-disant lymphe étant encore à démontrer et la présence de pigment dans les caillots actifs prouvant surabondamment leur origine sanguine.

2° *Théorie Bellingham-Broca.* — Dès 1843, BELLINGHAM avait avancé que les caillots mous et durs se forment par un mécanisme différent: les derniers sont dus à la coagulation de la fibrine qui se dépose à la périphérie du sac quand la circulation n'y est pas interrompue; dans le cas contraire, ce sont des caillots mous qui se produisent. Ces idées conduisirent leur auteur au point de vue thérapeutique à la compression partielle et intermittente du bout cardiaque. BROCA, de nos jours, a repris et complété la théorie du chirurgien irlandais. Pour lui, « les caillots actifs ou fibrineux sont ceux qui se forment sous une influence vitale; les caillots passifs se forment lorsque le sang cesse d'obéir aux lois de la vie. » BROCA refuse aux caillots passifs le pouvoir de se transformer en caillots actifs, en tissu vivant, tandis qu'il accorde un certain degré d'organisation aux caillots actifs. Voici comment BROCA comprenait la formation des caillots actifs: à un moment donné de l'évolution du sac, quand la circulation s'est suffisamment ralentie, la fibrine du sang se dépose sur la paroi en formant une couche régulière, puis le dépôt s'arrête et la circulation se fait dans l'anévrysme comme auparavant, alors que le mouvement du sang était assez accéléré pour s'opposer à la coagulation. Pendant ce temps, le caillot fibrineux se condense, mais, par suite des progrès successifs de la tumeur,

il arrive un moment où le ralentissement partiel reparait et une nouvelle couche de fibrine se superpose à la première.

3° *Théorie de Richet ou de la transformation des caillots passifs en actifs.* — RICHEL a interprété différemment les faits. Il admet que les caillots sont toujours passifs, fibrino-globulaires au début, ils deviennent plus tard actifs par le fait de transformations qui ne sont pas sans analogie dans l'économie. Après les lésions des veines, les phlébites par exemple, on a vu des caillots mous devenir fermes, décolorés, s'organiser même. Or, ce que l'inflammation légère, adhésive, fait ailleurs, peut aussi bien se produire dans l'anévrysme; voilà comment en dehors des conditions physiologiques il existerait des conditions pathologiques, telles que l'inflammation, susceptibles de transformer les caillots mous.

4° *Théorie éclectique de Le Fort.* — Pour ce chirurgien, les caillots actifs sont des caillots passifs transformés, en quelque sorte organisés, mais avec BROCA il regarde la persistance ininterrompue du cours du sang dans la tumeur comme une condition indispensable de cette transformation. Cette dernière circonstance a une importance thérapeutique très grande car, nous le verrons, c'est la base des reproches adressés à la ligature par la méthode d'Anel.

En résumé, sous l'influence des conditions prédisposantes telles que le ralentissement du cours du sang, le contact avec une paroi anormale dépourvue de son épithélium protecteur, quelquefois même enflammée légèrement, le sang se coagule. Le caillot formé occupe la périphérie; sa couleur est noire, en un mot c'est un caillot cruorique. Quelle est la part que prennent à la coagulation la fibrine du sang, les hémato blastes de HAYEM? c'est ce que de nouvelles recherches apprendront; les travaux récents de cet auteur nous ont montré qu'il ne fallait pas négliger ces éléments dans les principaux phénomènes artériels. Quoi qu'il en soit du mécanisme de la coagulation, le caillot cruorique formé subit une transformation qui est identique à celle du caillot de la ligature, à celle de tous les thrombus, de tous les épanchements qui s'organisent. La paroi fournit les éléments nécessaires à cette résorption et à cette organisation rudimentaire. Quant à la stratification des couches, elle s'expliquerait, ainsi que BROCA l'a dit, par le dépôt successif de caillots à mesure qu'en se développant la tumeur se trouve dans les conditions nécessaires à la coagulation. A ces causes d'ordre physiologique, il faut ajouter, avec RICHEL, un certain degré d'inflammation qui favorise la coagulation dans le sac anévrysmal.

**Action de l'anévrysme sur les organes voisins.** — Par son développement progressif, tout anévrysme produit un refoulement excentrique des parties voisines; il ne s'agit pas seulement du tissu cellulaire qui se tasse et se condense à la périphérie; les aponévroses finissent par céder un peu. Quant aux organes creux ou pleins qui se trouvent en contact direct avec l'anévrysme, ils subissent de bonne heure les effets de ce fâcheux voisinage.

L'artère qui porte l'anévrysme présente des modifications dans son calibre; le bout central, parfois athéromateux, a subi une dilatation anormale; les collatérales sont également plus grosses qu'à l'ordinaire. Ce fait tient à l'augmentation de la résistance qui se produit quand la circulation veineuse de re-