

dépôt se compose de couches distinctes, on est autorisé à admettre qu'il ne s'est pas effectué d'une manière continue, mais bien à des époques différentes. Puis il démontre, en ne tenant compte que des indications locales de la poche anévrysmale et sans se préoccuper de certaines influences générales, que le dépôt fibrineux ne se fait pas d'une façon continue.

Nous avons vu précédemment que ce dépôt fibrineux naît de la lenteur avec laquelle le sang se renouvelle au voisinage des parois du sac; et d'autre part, que cette lenteur dépend des dimensions relatives du sac et de son orifice. Lorsque les dimensions de l'orifice et du sac sont telles que le sang puisse se renouveler assez vite pour ne point se coaguler, il ne se forme point de caillot. Ainsi, dès l'origine, il n'y a aucune tendance à la coagulation de la fibrine; plus tard, quand le sac s'agrandit, le sang qui y aborde n'y circule plus que lentement, la fibrine s'y dépose, et ce dépôt diminuant la capacité du sac, le ramène alors à des dimensions telles que le rapport de la poche anévrysmale et de son orifice n'est plus favorable à la formation du caillot fibrineux. Là est un temps d'arrêt dans la coagulation du sang, mais l'anévrysme n'en continue pas moins son développement, le sac augmente de volume, et, par les causes déjà indiquées ci-dessus, la circulation s'y ralentit de nouveau assez pour favoriser le dépôt de fibrine. Ainsi s'expliquent, selon Broca, ces formations alternatives de couches fibrineuses, différentes par leurs caractères physiques.

Il ressort de cet exposé que les caillots fibrineux actifs des anévrysmes diffèrent complètement de la coagulation ordinaire du sang, et si, à l'autopsie, on trouve dans le sac d'un anévrysme des caillots noirs, mous, irrégulièrement déposés à la surface des caillots fibrineux, il ne faut voir là qu'un phénomène presque cadavérique. Ces caillots mous, passifs, loin d'être un premier degré des caillots actifs, sont formés après la mort; ou bien ils sont dus à la coagulation du sang contenu dans l'anévrysme pendant les derniers instants de la vie. Le sang qui n'a pu alors en être expulsé s'y est coagulé passivement comme dans les cavités droites du cœur.

Cette distinction importante des caillots actifs et des caillots passifs avait déjà été, sauf le nom, signalée par J. L. Petit, mais elle a été nettement formulée par Hodgson et développée plus tard par Colles, Wardrop, Bellingham et Broca.

Ces caillots des anévrysmes étant donnés, que deviennent-ils, peuvent-ils s'organiser? L'école de Hunter, qui a eu parmi nous quelques représentants célèbres, ne met point en doute cette organisation du sang épanché, mais cette opinion ne s'appuie point sur des preuves satisfaisantes. Les caillots positifs forment une masse inerte qui peut se dissocier, se résorber, mais ne s'organise et ne se vascularise jamais, et c'est dans les caillots fibrineux des anévrysmes que cette organisation vasculaire a été recherchée avec soin. Or, si de l'examen d'un certain nombre de cas il résulte qu'on a trouvé plusieurs fois dans des caillots fibrineux

des vaisseaux bien distincts, il faut reconnaître que cette vascularité, toujours fort restreinte, n'occupe que la couche la plus externe des caillots et ne se voit que sur des points très-limités. Toutefois, de ce que ces caillots fibrineux ne contiennent pas de vaisseaux, il n'en faut pas conclure qu'ils soient dépourvus d'une certaine vitalité, car il est établi aujourd'hui que des tissus très-vivants ne contiennent pas trace de vaisseaux.

Un examen anatomique minutieux ne fait découvrir dans ces différentes sortes de caillots que les éléments du sang plus ou moins altérés. On n'a jamais rencontré dans l'espèce humaine ce vers de l'espèce du *Strongylus armatus minor* qu'on voit très-souvent chez les solipèdes, le cheval, l'âne, le mulet, au milieu des caillots sanguins d'un anévrysme. Il est très-commun en effet d'observer chez ces animaux un anévrysme de l'artère mésentérique antérieure auquel la présence du *Strongylus armatus minor* a fait donner le nom d'*anévrysme vermineux*. Rayer a écrit sur cette singulière dilatation des artères un mémoire très-intéressant.

Tout ce qui précède s'applique à un anévrysme régulier, de forme sphérique, pourvu d'une ouverture arrondie centrale, et dont le sac ne donne implantation à aucune collatérale; mais, rarement, ces conditions se trouvent remplies, et il faut indiquer maintenant les dispositions de la poche anévrysmale qui peuvent faire varier la forme et la structure des caillots fibrineux.

Les parties qui environnent le sac sont souvent d'une inégale résistance et ne le laissent point se développer d'une façon régulière. Il revêt alors des formes variées : ainsi son orifice cesse d'être central, et la circulation se fait sans régularité dans la poche anévrysmale; sur certains points le sang se renouvelle très-rapidement et sur quelques autres avec lenteur; ici les caillots actifs sont minces, là ils ont une plus grande épaisseur. C'est dans cette inégale résistance du sac qu'il faut chercher la raison de ses bosselures et de ses ruptures.

Quelle est aussi sur la formation des caillots actifs l'influence des collatérales restées perméables? Lorsqu'il existe sur le sac une collatérale perméable et d'un volume notable, la cavité de l'anévrysme est incessamment parcourue par un courant sanguin qui se dirige de l'orifice du sac vers l'origine de la collatérale. Ce trajet circulatoire peut retarder longtemps et empêcher même la coagulation de la fibrine; mais dans quelques cas heureux ce canal sanguin finit par s'oblitérer peu à peu et l'anévrysme rentre dans la catégorie de ceux qui ne sont pas primitivement pourvus de collatérales volumineuses.

Quoique dans l'anévrysme fusiforme les conditions de la circulation soient un peu différentes, il ne tarde point à se déposer sur les parois du sac une couche légère de fibrine sur laquelle se placent successivement de nouvelles couches qui rétrécissent de plus en plus la cavité anévrysmale.

4^e État des parties voisines de l'anévrysme. — L'anévrysme exerce sur les parties qui l'entourent une action remarquable; il refoule, écarte, aplattit

les muscles, les nerfs, les vaisseaux. Les os subissent une altération profonde, car la partie de l'os qui est en contact avec l'anévrisme disparaît par un phénomène d'absorption, sans carie et sans nécrose. Cependant on a vu quelquefois cet os augmenter de volume dans le point opposé à celui où il s'usait. Quand l'anévrisme est en rapport avec des articulations, il peut déplacer les extrémités articulaires et produire une véritable luxation.

ÉTILOGIE. — L'examen critique d'un grand nombre d'observations d'anévrismes démontre l'existence de quelques *causes prédisposantes* et de certaines *causes occasionnelles*.

Les causes prédisposantes tiennent d'abord à la nature de l'artère. Les artères qui renferment du sang noir sont bien plus rarement anévrysmatiques que les artères à sang rouge : ainsi, sur un relevé de 551 anévrysmes spontanés de toutes sortes, on ne trouve que deux anévrysmes de l'artère pulmonaire (Crisp). Parmi les branches du système artériel, l'aorte, les grosses artères des membres, les carotides, sont le siège le plus habituel de l'anévrisme ; et si l'on veut pénétrer par la statistique dans le détail des faits, on trouve dans un relevé déjà cité de Crisp, sur 551 cas : 234 pour l'aorte (175 aorte thoracique, 59 aorte abdominale) ; 137 pour la poplitée, 66 pour la fémorale, 24 pour la carotide, 23 pour la sous-clavière, 20 pour le tronc brachio-céphalique, et 18 pour l'axillaire.

L'âge auquel se développent le plus souvent les anévrysmes a été recherché dans des tables qui portent sur un grand nombre de faits. Ainsi, dans un relevé de 101 cas cité par Lisfranc (1), c'est de trente à trente-cinq ans que les anévrysmes ont été le plus fréquents. Crisp, sur un relevé de 505 cas, trouve que la plus grande fréquence des anévrysmes s'observe de trente à cinquante ans, et en analysant avec soin le tableau du médecin anglais, on découvre que les anévrysmes atteignent leur maximum de fréquence à trente ans. On peut de ces chiffres tirer cette conclusion, que les individus les plus exposés aux anévrysmes sont ceux qui sont dans la force de l'âge, et qui possèdent la plus grande énergie musculaire. Broca croit pouvoir émettre à ce sujet la proposition suivante : à mesure que l'homme avance en âge, la disposition aux anévrysmes augmente sur les artères sus-diaphragmatiques, et diminue sur les artères sous-diaphragmatiques. On trouvera dans le livre souvent cité de cet auteur tous les développements de cette proposition. Quant au sexe, la fréquence des anévrysmes spontanés est plus grande chez les hommes que chez les femmes. D'après les relevés de Crisp, les cas recueillis sur les femmes formeraient un peu moins du huitième du nombre total des anévrysmes ; mais cette différence serait beaucoup moins prononcée pour les anévrysmes internes que pour les anévrysmes externes. L'hérédité des

(1) *Des diverses méthodes pour l'oblitération des artères dans le traitement des anévrysmes.* Paris, 1834.

anévrismes artériels n'est pas établie, mais Lancisi a prétendu qu'il existait une prédisposition héréditaire à l'anévrisme du cœur, énoncé souvent liée à la maladie que nous étudions.

L'influence des professions pénibles sur la production des anévrysmes ne saurait être contestée. Ainsi, c'est chez les individus de la classe laborieuse que s'observe surtout cette maladie. Certaines professions qui exigent la flexion permanente des jambes semblent constituer aussi une prédisposition spéciale à l'anévrisme poplitée, et dans ce nombre sont celles de cocher, postillon, tailleur, cordonnier. On suppose que l'artère habituellement fléchie, se courbe, se raccourcit, s'altère un peu à cause du défaut d'action des muscles ; qu'elle reçoit sur sa courbure le choc du sang et qu'elle a par toutes ces circonstances plus de facilité à se rompre dans l'extension forcée du membre. Mais il ne faut pas oublier que les causes mécaniques restent souvent sans effet, si la structure de l'artère n'est pas profondément modifiée.

Cette modification, nous l'avons étudiée ailleurs en faisant connaître l'infiltration granulo-graisseuse qui envahit à divers degrés le tissu artériel. La généralisation de cette lésion peut rendre compte de l'existence d'anévrysmes multiples ; qui ont fait désigner cette forme de l'affection sous le nom de *diathèse anévrysmale*. On a trouvé ainsi dix, vingt, trente (Manec), et jusqu'à soixante-trois (Pelletan) anévrysmes sur le même individu. Dans cette diathèse anévrysmale, on observe tantôt des anévrysmes mixtes externes, tantôt des anévrysmes vrais.

Les anévrysmes ne sont pas également fréquents dans tous les pays. Ainsi, en Allemagne, en Italie, et même en France, l'anévrisme spontané des artères externes est assez rare, tandis qu'en Angleterre et en Irlande la fréquence de cette maladie frappe tous les yeux. Dans les États-Unis, on remarque que les anévrysmes sont assez rares chez les nègres et dans les familles blanches fixées depuis longtemps dans le pays, tandis qu'on les observe assez communément chez les émigrants qui viennent d'Angleterre et d'Irlande. L'influence de la race ressort aussi d'observations rapportées par Crisp. Ainsi, d'après une enquête à laquelle s'est livré Webber, placé à la tête du service chirurgical de l'émigration coloniale aux Indes orientales, les anévrysmes et les maladies du cœur seraient à peu près sans exemple chez les indigènes de Bombay. Quelle que soit la confiance qu'on ait en ce document, il faut avouer qu'il mérite un nouvel examen.

Enfin on a cherché dans d'autres causes la fréquence des anévrysmes chez certains individus, et l'on a invoqué à cet égard l'abus des alcooliques, la syphilis et le traitement mercuriel.

L'abus des alcooliques, par lequel des médecins cherchent à expliquer l'altération graisseuse des artères et l'anévrisme qui en est souvent la conséquence, n'a point été nettement établi comme cause de cette affection. Toutefois je dois citer à l'appui de cette opinion un renseignement curieux qui m'a été fourni par l'un des chirurgiens les plus instruits de

l'Irlande, Collis, chirurgien de Meath Hospital, à Dublin. Il m'a raconté qu'au temps où les sociétés de tempérance prenaient, sous l'active propagande du père Matthew, une grande extension en Irlande, on avait remarqué dans les hôpitaux de Dublin une notable diminution dans le nombre des anévrysmes; mais depuis quelques années ces bienfaites sociétés déclinent, et les anévrysmes tendent à reprendre leur fréquence primitive.

L'influence de la syphilis et du mercure sur le développement des anévrysmes n'est pas démontrée, et les deux faits d'anévrysme syphilitique cités par Lancisi ne sont guère probants.

En résumé, nous connaissons peu les causes qui produisent l'altération granulo-graisseuse des artères, si favorable au développement des anévrysmes, et nous savons seulement que, cette altération donnée, certaines causes mécaniques peuvent faciliter l'apparition de la tumeur.

SYMPTOMATOLOGIE. — Le début de l'anévrysme spontané est variable. Le plus souvent cette tumeur se développe d'une façon insidieuse, et s'accroît lentement. Si la tumeur est profonde, le malade ne s'en aperçoit pas et n'accuse que de la gêne ou des douleurs, phénomènes dont nous parlerons plus loin; mais si la tumeur est superficielle, les signes propres à l'anévrysme sont tout de suite évidents. On constate cette origine assez latente aussi bien dans l'anévrysme vrai que dans l'anévrysme mixte externe, où la tunique celluleuse de l'artère est peu à peu soulevée par l'effort du sang.

D'autres fois on saisit plus facilement le début du mal. C'est à la suite d'un effort que le malade accuse dans une certaine région la sensation d'une rupture douloureuse, et peu de jours après, une tumeur apparaît. Les deux tuniques interne et moyenne, sans doute altérées et usées, se sont rompues, et le sang en contact avec la tunique externe la soulève et la dilate. Là est toute l'origine de la maladie, qui en général marche avec promptitude.

Ainsi formé, l'anévrysme se montre sous la forme d'une tumeur molle, indolente, plus ou moins nettement circonscrite, compressible, animée de battements isochrones au pouls. Ces battements peuvent, dans certains anévrysmes, être perçus par l'œil, mais la main les apprécie bien mieux. On les découvre sur toute la surface de l'anévrysme, et ils sont partout de la même forme. Lorsqu'on cherche à se rendre compte de ces battements, on reconnaît qu'il s'agit d'un mouvement expansif de la tumeur, bien distinct du simple soulèvement qu'on perçoit quelquefois dans les tumeurs situées sur de grosses artères. Mais pour bien distinguer ce phénomène d'expansion du soulèvement, il faut que l'anévrysme ait un volume et une situation tels qu'on puisse le saisir entre les deux doigts. Quelquefois le doigt placé sur un anévrysme perçoit, au moment de la diastole, une sorte de frémissement vibratoire. Ce symptôme, propre aux anévrysmes artérioso-veineux, a été aussi rencontré sur des anévrysmes artériels; on l'a même senti sur les artères simplement dila-

tées de quelques vieillards. Du reste, dans l'anévrysme spontané, ce frémissement est toujours faible et intermittent, tandis que dans l'anévrysme artérioso-veineux il est beaucoup plus fort, continu, avec des renforcements.

L'oreille, armée ou non d'un stéthoscope, perçoit aisément, dans l'anévrysme, un bruit de souffle indiqué d'abord avant la découverte de la circulation, par Sennert, et que J. L. Petit comparait au bruit que l'eau produit en traversant les tuyaux des fontaines. Ce bruit de souffle est intermittent; il se manifeste pendant la diastole, et est d'une durée moindre que le silence qui le suit. La force et la dureté de ce souffle varient suivant diverses conditions, et en particulier suivant l'état de l'ouverture qui fait communiquer le sac avec la cavité de l'artère. Si par exemple cet orifice est très-large, le bruit de souffle peut complètement manquer.

On a quelquefois noté deux bruits de souffle dans les anévrysmes, l'un diastolique, l'autre systolique. Cette dernière sorte de bruit, ce souffle de retour, se produit lorsque le sang rentre dans l'artère. Il est assez rare à observer, toujours intermittent, et beaucoup plus faible et plus doux que le bruit diastolique. D'ailleurs tous ces caractères doivent varier suivant l'état anatomique de la poche anévrysmale.

Lorsqu'on exerce sur un anévrysme récent une compression graduelle, on parvient le plus souvent à chasser le sang de la poche et à la réduire complètement; mais, dès qu'on cesse la compression, le sac reprend son volume primitif. Si l'on comprime l'artère au-dessus de la tumeur, celle-ci se réduit encore assez complètement, mais la compression au-dessous du sac ne sert qu'à développer davantage l'anévrysme.

Nous avons vu plus haut que les anévrysmes subissent pendant leur développement des changements dans leur structure. Il est facile de comprendre que ces changements anatomiques doivent s'exprimer par quelques modifications dans les signes physiologiques. Ainsi, à cause de l'augmentation des couches fibrineuses qui doublent le sac, celui-ci reçoit moins de sang et résiste davantage à ses efforts d'impulsion; les battements deviennent moindres; la tumeur, qui était primitivement réductible, ne disparaît que peu ou même ne s'efface point du tout par la pression; les bruits de souffle cessent d'être perçus avec la même facilité; enfin il se fait aussi d'assez curieux changements dans le timbre des bruits. L'accroissement des caillots au sein de la poche anévrysmale peut devenir tel, que les battements et le souffle disparaissent complètement. Lancisi avait déjà bien vu ces changements qui se produisent dans les vieux anévrysmes, et Ruysch (1) en avait donné une bonne explication. Il est facile de présumer déjà à quelles erreurs de diagnostic pourront conduire de semblables modifications dans la symptomatologie des anévrysmes.

A côté de ces symptômes propres à l'anévrysme, il faut placer ceux

(1) *Observ. anat. chir. centuria*, obs. XXXVIII. Amsterdam, 1721.

qu'on peut désigner sous le nom de *symptômes de voisinage*. Ainsi les nerfs peuvent être refoulés, comprimés, aplatis par les anévrysmes; de là naissent des fourmillements, des engourdissements, des névralgies intenses, phénomènes qui quelquefois fixent seuls l'attention des observateurs. C'est surtout dans les anévrysmes internes que ces névralgies peuvent égarer le diagnostic du médecin. Quand les veines sont comprimées, c'est de l'œdème qu'on observe: ainsi au début de l'anévrysme poplité, la veine de ce nom, rétrécie par la tumeur, amène quelquefois un œdème du pied qui peut induire en erreur sur la nature de la maladie. On a vu des anévrysmes, en augmentant de volume, repousser les os, les amincir, les fracturer même; ou bien l'anévrysme se dirige vers une articulation, déplace les surfaces articulaires, use les ligaments, perfore l'article, et se rompt dans sa cavité.

L'accroissement des anévrysmes se fait, tantôt régulièrement, tantôt par saccades. On voit, dans ce dernier cas, la tumeur augmenter brusquement de volume dans les points où les tissus offrent le moins de résistance. Cet accroissement dure un temps qu'il n'est pas possible de préciser, et la maladie se termine de diverses manières.

L'anévrysme abandonné à lui-même finit le plus souvent par une rupture qui amène la mort, et quelquefois cette rupture établit des communications anormales du sac anévrysmale avec les organes voisins. Dans des cas très-rare, certains anévrysmes s'ouvrent dans une veine adjacente, et c'est ainsi que prennent naissance les anévrysmes variqueux spontanés; on a vu aussi des anévrysmes voisins du cœur s'ouvrir dans cet organe. Quand des anévrysmes perforent une articulation, ils communiquent à la synoviale des battements semblables à ceux de l'anévrysme, et si l'amputation n'est pas promptement pratiquée, il survient une inflammation violente de l'article, dont la synoviale peut même se rompre sous l'effort du sang. Les anévrysmes peuvent s'ouvrir dans une séreuse ou dans une muqueuse, et rien ne mettant obstacle à l'hémorrhagie, la mort est la terminaison très-prompte de cet accident.

Le plus souvent les anévrysmes se rompent sous la peau. Si la rupture est peu étendue, l'épanchement du sang peut rester limité, mais dans le cas contraire les tissus sont infiltrés par une quantité considérable de sang; de là naissent des inflammations violentes, des suppurations diffuses et la gangrène de la partie.

L'ouverture des anévrysmes externes du côté de la peau se fait de différentes manières. Ainsi la rupture a lieu quelquefois par l'intermédiaire d'un abcès qui se développe entre l'anévrysme et la couche cutanée. L'abcès grossit, s'ouvre du côté de la peau, se vide, mais la paroi anévrysmale dénudée par le pus et amincie ne tarde pas à se rompre. Si le contenu de l'anévrysme ne s'est point coagulé par le travail inflammatoire, il peut en résulter une hémorrhagie promptement mortelle. Dans d'autres cas, le sac anévrysmal soulève peu à peu la peau, l'amincit, l'ulcère de dedans en dehors, et devenue violacée, d'une minceur ex-

trême, cette peau se perfore sous le choc du sang ou par la moindre violence extérieure. Quelquefois les téguments, comprimés fortement par la tumeur anévrysmale, se sphacèlent, et à la chute de l'eschare, si l'inflammation éliminatrice n'a point amené la coagulation du sang, il peut encore survenir une hémorrhagie promptement mortelle. On a vu, mais très-rarement, la perforation de l'anévrysme s'établir par un pertuis étroit qui laisse seulement suinter du sang; cela persiste pendant quelque temps, puis survient une rupture plus large avec toutes ses fâcheuses conséquences.

La plus heureuse terminaison de l'anévrysme, c'est l'oblitération du sac par la fibrine qui s'y dépose, et c'est alors que la tumeur devient dure et perd tous ses caractères. Broca a consacré un chapitre important de son ouvrage à étudier ce mode de guérison des anévrysmes, et nous allons donner un aperçu de ses recherches avant d'aborder le traitement de cette maladie. On comprendra mieux ainsi comment agissent certaines méthodes thérapeutiques que nous décrirons plus loin.

On avait, depuis longtemps recueilli des faits d'anévrysme guéris spontanément, lorsque Hodgson, rassemblant ces faits épars çà et là, étudia le mécanisme de ces guérisons. Il supposa qu'elles pouvaient provenir: 1° de la gangrène de la tumeur; 2° de la pression que le sac exerce sur l'artère, pression qui a pour résultat de faire adhérer entre elles les parois opposées de ce vaisseau et d'y intercepter le passage du sang; 3° du dépôt graduel de la fibrine jusqu'à complète oblitération du sac avec ou sans oblitération de l'artère adjacente. Depuis lors on a indiqué plusieurs autres conditions de cette guérison: ainsi on a admis que l'artère pouvait être oblitérée par la compression du sang épanché dans sa gaine sous l'aponévrose, ou bien par de la lymphe plastique qui boucherait le bout supérieur de l'artère. Broca a longuement discuté ces diverses hypothèses, et montré qu'on pouvait réduire à deux les causes de ces guérisons spontanées: 1° l'*inflammation*, 2° la *coagulation fibrineuse*.

1° L'inflammation, souvent hérissée de dangers, donne lieu à des guérisons spontanées accidentelles, tandis que la coagulation fibrineuse, résultat d'un travail lent, mais durable, produit des guérisons spontanées naturelles.

L'inflammation développée dans un anévrysme ordinaire, plein de sang liquide, a pour résultat de modifier la consistance de la tumeur, qui devient plus ferme et dont les battements diminuent ou cessent complètement. Ces phénomènes sont dus à la formation prompte de ces caillots noirs, mous, friables, qu'on désigne sous le nom de *caillots passifs*, et qui existent tantôt seuls, tantôt mêlés à des caillots fibrineux plus durs. La guérison peut survenir dans les trois terminaisons de cette inflammation, la suppuration, la gangrène et la résolution.

La suppuration qui naît autour du sac anévrysmal peut, comme nous l'avons déjà indiqué, amener sa perforation, et de là des accidents hémorrhagiques promptement mortels; mais si la phlegmasie fait coa-

guler le sang dans la tumeur, et si celle-ci résiste à la suppuration, l'hémorrhagie peut bien ne pas survenir et la guérison s'effectue. La gangrène n'amène que rarement la guérison des anévrysmes, et ce résultat heureux n'arrive en général qu'à la suite d'affreux désordres. En effet, c'est après l'élimination des eschares, l'expulsion des caillots sanguins et l'exfoliation même du sac, que les parties se détergent, se remplissent de bourgeons charnus et guérissent; mais cette guérison est traversée, comme on le voit, par de redoutables accidents. La plus favorable terminaison de ces inflammations anévrysmales, c'est la résolution; quelquefois la tumeur enflammée reprend peu à peu ses caractères primitifs, et rien n'est changé dans la maladie; mais, assez souvent, l'anévrysme est devenu dur, irréductible, sans battements ni souffle.

Il résulte de tout cela que la guérison par l'inflammation s'obtient au moyen de caillots passifs; mais ces caillots, lorsqu'ils sont formés dans les conditions les plus favorables, ne suffisent pas toujours à une guérison solide. Aussi, après avoir cessé de battre pendant quelque temps, la tumeur peut-elle être de nouveau animée de battements. C'est que les caillots passifs, mous, friables, peu susceptibles d'adhésion, ont été dissociés par les efforts du courant sanguin qui vient les frapper et se crée une voie nouvelle. Si cela ne survient pas, les caillots passifs se ramollissent; on constate alors une dureté à la circonférence de la tumeur et une mollesse remarquable à son centre. Ces caillots ramollis peuvent se résorber peu à peu, lentement, et à la fin il ne reste plus sur l'artère qu'un petit noyau dur qui persiste assez longtemps; mais les choses ne se passent pas toujours d'une façon aussi heureuse. La suppuration peut se montrer au milieu de ces caillots, et l'abcès qui s'ouvre au dehors est suivi d'une hémorrhagie abondante. On a vu ces abcès survenir tardivement et même dans un cas trois ans après la guérison. Un malade de Reynaud (de Toulon) (1), traité par les réfrigérants pour un anévrysme inguinal, fut considéré pendant trois ans comme guéri; mais alors un abcès se forma autour des caillots passifs, et cet accident se termina par la mort du sujet.

En résumé, la guérison due aux caillots passifs nés de l'inflammation n'est souvent obtenue qu'au prix d'accidents sérieux, et peut être au bout d'un long temps suivie de conséquences graves.

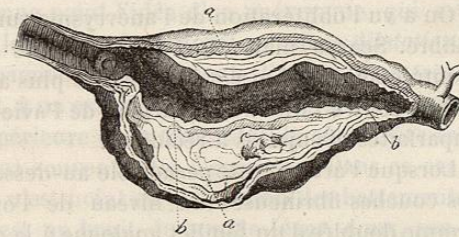
2° La guérison spontanée des anévrysmes par coagulation fibrineuse est au contraire justement désignée par Broca sous le nom de guérison naturelle des anévrysmes. En effet, la face interne du sac se recouvre peu à peu d'une couche dense et feuilletée de caillots fibrineux, et à mesure que ce dépôt a lieu, la cavité de l'anévrysme se rétrécit, les battements s'arrêtent, et le malade guérit. Ce dépôt lent de caillots actifs ne se traduit le plus souvent par aucun phénomène extraordinaire, mais parfois, au moment où l'oblitération s'achève, le malade éprouve pendant quelques heures une douleur assez vive dans toute la partie inférieure

(1) *Gazette médicale*, 1841, p. 535.

du membre où siège l'anévrysme. On n'a point encore donné une explication satisfaisante de ce symptôme.

La stagnation incomplète du sang dans la poche anévrysmale favorise, comme nous l'avons dit plus haut, le dépôt naturel des caillots fibrineux.

Ce ralentissement du courant sanguin peut s'expliquer par la situation de l'orifice du sac, sa largeur, la direction de son axe comparée à celle de l'artère; mais une certaine plasticité du sang est surtout la cause de ces concrétions fibrineuses.



La substance fibrineuse qui oblitère ces anévrysmes est disposée en feuillets, dont les plus internes sont épais et mous, et les plus externes minces et secs; quelquefois on trouve au centre une certaine masse de caillots passifs.

FIG. 75. — Section longitudinale d'un anévrysme de la fémorale dans lequel un caillot fibrineux est déposé tout autour de la cavité interne du sac. Un petit canal est conservé au centre de la masse pour le passage du sang. Le sac commence immédiatement au-dessous de l'artère épigastrique. — *aa*, épaisseur du caillot; *bb*, canal central du caillot. (Hodgson, tab. VII, fig. 4.)

Lorsque la tumeur est devenue dure et a cessé de battre, elle subit en général un mouvement assez prompt de retrait; ainsi elle diminue parfois de moitié en quelques jours, puis survient un temps d'arrêt. Cette diminution rapide de la tumeur est due sans doute à la rétraction des caillots qui se débarrassent de tout le liquide qu'ils contiennent. Chez beaucoup de malades les choses ne vont pas au delà, tandis que chez d'autres la résorption des caillots continue, mais lentement, et au bout de plusieurs années on ne trouve plus sur l'artère qu'un petit noyau dur ou une lamelle épaisse. De ces deux phases de la résolution des anévrysmes, la première est constante et rapide, l'autre éventuelle et lente.

L'artère dans cette guérison spontanée des anévrysmes par coagulation fibrineuse est le plus souvent oblitérée, mais quelquefois elle reste perméable. Il semble qu'au contact des caillots fibrineux du sac, le sang ait une tendance marquée à laisser déposer sa fibrine, et que la tumeur qui comprime le vaisseau et y ralentit la circulation favorise encore ce dépôt. L'oblitération ne se fait pas brusquement, l'énergie des battements artériels décroît peu à peu jusqu'à cessation complète, et quelquefois le vaisseau reste perméable pendant plusieurs jours après la solidification de la tumeur. La dilatation des collatérales se produit en même temps et on les voit battre fortement sous les téguments; c'est dans l'anévrysme poplité qu'on observe bien ce phénomène de la dilatation des collatérales sur les côtés du genou, et cela explique combien il est important, dans le déplacement de cet anévrysme, de ne point exercer de compression trop forte sur cette région. Ce conseil pratique, sur lequel Deschamps insistait beaucoup, peut servir à éviter bien des succès. Peu