

transmettant de la base à la pointe. Hope a constaté du pialement. Alvarenga a noté un souffle présystolique et systolique avec maximum dans les 3^e et 4^e espaces intercostaux droits et remontant dans les carotides et les sous-clavières.

Nous n'insisterons pas sur la communication des anévrysmes de la crosse de l'aorte avec le *tronc brachio-céphalique veineux* gauche, dont Chabaud et Zoja ont rapporté deux cas. L'anévrysme de l'aorte ascendante perfore exceptionnellement l'*oreillette gauche*. Cette complication, qui n'a guère été observée qu'une dizaine de fois, détermine surtout une congestion pulmonaire intense avec hémoptysies et noyaux d'apoplexie (Wade). Ce sont les mêmes symptômes que ceux qui sont provoqués par la communication d'un anévrysme aortique avec les *veines pulmonaires*. Le même tableau clinique existait aussi dans un cas de perforation du *ventricule gauche* par un anévrysme de l'aorte observé par Gordon. L'auscultation ne révélait qu'un souffle systolique à la pointe.

ANÉVRYSMES ARTÉRIOSO-VEINEUX DE L'AORTE ET DE L'ARTÈRE PULMONAIRE

C'est la variété la moins rare ; nous en avons relevé une trentaine de cas dans la littérature médicale. Ils ont été bien étudiés par Thurnam, Wade, Brocq. Sur 29 anévrysmes artérioso-veineux de l'aorte, Sibson a trouvé 17 cas de communication avec l'artère pulmonaire. Barwell a fourni une autre statistique comparative dans laquelle l'anévrysme de la crosse communiquait 17 fois avec l'artère pulmonaire, 6 fois avec l'oreillette droite, 3 fois avec le ventricule droit, 6 fois avec la veine cave supérieure. L'anévrysme de l'aorte peut s'ouvrir à la fois dans l'artère pulmonaire et le ventricule droit (Turnbull, Willoughby, Wade). Rarement la perforation se fait au niveau de la branche droite de l'artère pulmonaire comme dans le cas de Finny ; elle siège ordinairement à 2 ou 3 centimètres au-dessus des valvules sigmoïdes. La forme et l'aspect de cet orifice dépendent souvent de la durée de la survie.

Les bords sont déchiquetés, irréguliers, si la mort survient rapidement ; ils sont arrondis, lisses, réguliers, plus épais, et ils limitent une ouverture ovalaire, lorsque la survie a été assez longue. Son diamètre habituel ne dépasse guère celui d'une sonde ; il admet parfois l'extrémité du petit doigt. Le volume de la poche anévrysmale est variable ; elle est grosse comme un œuf, plus rarement comme une orange, exceptionnellement elle atteint le volume du poing. Presque toujours le cœur est hypertrophié et l'aorte athéromateuse.

La plupart de ces malades sont alcooliques, âgés de plus de quarante ans, athéromateux ; ils présentaient depuis quelque temps une série de troubles respiratoires et circulatoires dus à la compression

de l'artère pulmonaire par un anévrysme de l'aorte. Puis, soudainement, à la suite d'un effort, ils sont pris d'une angoisse extrême, d'un violent accès de suffocation, de vertiges, d'une sensation de strangulation, de palpitations violentes, de faiblesses avec tendance à la lipothymie, à la syncope, au refroidissement. La dyspnée est considérable ; elle augmente au moindre effort, elle s'accompagne de congestion pulmonaire, parfois de foyers apoplectiques ; assez souvent les crachats sont sanguinolents. La gêne de la circulation dans le cœur droit entraîne de la stase dans tout le système veineux général. Cette cyanose de la peau, des muqueuses, cette distension des veines sous-cutanées et profondes étaient remplacées dans le cas de Wade, Ogle, Brocq, par la pâleur et la décoloration de la face ; c'est parce que les artères sont imparfaitement remplies que les tissus sont décolorés comme dans l'insuffisance aortique (Thurnam). Cette dilatation habituelle des cavités droites du cœur détermine aussi de la congestion veineuse du foie, de la gêne circulatoire dans les veines caves, des hémorragies passives, des épanchements pleuraux et péricardiques, de l'œdème limité aux membres inférieurs, puis de l'anasarque. La dyspnée avec accès de suffocation devient excessive, l'angoisse est extrême, les rémissions sont de courte durée. Certains malades accusent dans la poitrine une sensation comparable à un battement d'ailes ; d'autres se plaignent de battements violents et tumultueux du cœur.

A l'auscultation, on entend un bruit de souffle superficiel (Hope), râpeux (Laveran), continu ou prolongé avec renforcement systolique intense ; il est accompagné de frémissement cataire vibratoire, continu, à redoublement systolique ; il a son maximum au niveau du 3^e cartilage costal, sur le bord gauche du sternum ; il se propage vers la pointe ; on peut le percevoir dans les vaisseaux du cou. Quelquefois, on constate, à la base du cœur, un dédoublement du second temps qui est dû au retard dans le choc des sigmoïdes par suite de la distension et de la dilatation de l'artère pulmonaire. Laboulbène a noté un dédoublement des deux bruits du cœur et une pulsation radiale correspondant à quatre bruits cardiaques. Le pouls est ordinairement petit, irrégulier, saccadé, variable, intermittent. Thurnam a signalé une faiblesse et un état bondissant du pouls qu'il attribue à la réplétion imparfaite des artères.

Dans un cas de Laveran, il avait les caractères du pouls de Corrigan par suite de la fuite du sang aortique par l'orifice de communication avec l'artère pulmonaire. La survie ne dépasse guère quatre mois et le malade meurt soit de syncope, soit d'attaques épileptiformes avec congestion cérébrale, soit, le plus souvent, des progrès toujours croissants de la dyspnée et de l'asphyxie.

ANÉVRYSMES ARTÉRIOSO-VEINEUX DE L'AORTE ET DE LA VEINE CAVE
INFÉRIEURE

Ils sont exceptionnellement d'origine traumatique, comme dans le cas de Syme. Nous avons trouvé une vingtaine de cas de ces anévrysmes artérioso-veineux spontanés. Ils existent dans une proportion de 3 sur 18 (Thurnam), de 7 sur 29 cas d'anévrysmes variqueux de l'aorte (Sibson). Barwell en cite 7 observations. La perforation se fait ordinairement au voisinage de la bifurcation de l'aorte par l'intermédiaire d'une poche anévrysmale; l'abouchement était direct dans le cas de Syme. Le début est brusque, l'œdème avec dilatation veineuse est limité à la partie sous-diaphragmatique du corps; on constate parfois de l'albuminurie, de l'hématurie (Robinson). En explorant l'abdomen, on peut trouver une tumeur pulsatile avec frémissement appréciable à la main; on entend à ce niveau un souffle intense, continu, à renforcement systolique, se propageant au loin et comparable à un bourdonnement. La mort survient parfois en quelques heures.

ANÉVRYSMES DISSÉQUANTS

Morgagni les connaissait, Nichols (1760), Maunoir (1802), Hodgson (1819) les ont décrits; Laënnec leur a donné ce nom. Peacock (1863) en a réuni 80 cas. Rindfleisch a étudié leur formation et leur mode de guérison. Citons encore les travaux de Skekelton, Hope, Rokitansky, Leudet, Broca, Pilliet, Martin-Durr. Leur principale cause est l'athérome; aussi sont-ils fréquents vers l'âge de cinquante-six ans (Peacock). Les deux sexes y sont également prédisposés. Les cas de Schnabel, Allen, Rolleston sont consécutifs à un *traumatisme*. L'anévrysme disséquant ne se produit que si l'aorte est déjà malade (Hadden). Cette variété d'anévrysme a été exceptionnellement déterminée par la syphilis (Hobb), par un cancer des sigmoïdes (Bradfort), par un abcès tuberculeux (Beckel). Leur siège de prédilection est l'aorte ascendante; ils occupent l'origine de l'aorte 42 fois sur 55 cas recueillis par Peacock et Rokitansky. Cette fréquence des anévrysmes disséquants sur ce point s'explique par la prédominance des lésions athéromateuses, par la direction du choc de l'ondée sanguine qui propulse en haut cette portion de l'aorte et tiraille ses adhérences avec l'artère pulmonaire, qui est immobile par suite de ses rapports avec le hile (Rindfleisch). La *pathogénie* de l'anévrysme disséquant comprend plusieurs phases. Dans la première, une plaque athéromateuse se rompt à l'occasion d'un effort; il en résulte une fente qui intéresse la couche interne et la plus grande partie de la tunique moyenne. Les bords de cette fissure sont amincis, inégaux, souvent déchiquetés par endroits, rarement lisses.

Leur direction est habituellement transversale. Cette fente, en général peu étendue, intéresse parfois les deux tiers, les trois quarts du pourtour de l'aorte, et dans les cas de Rokitansky, de Goupil, il ne restait plus qu'une fine languette représentant les débris de la tunique interne. Le sang s'infiltré donc, dans ces conditions-là, non pas directement dans la couche celluleuse qui se décolle difficilement, mais dans l'épaisseur des feuillets périphériques de la tunique moyenne. Nous avons pu ainsi déterminer expérimentalement trois anévrysmes disséquants superposés comme dans les recherches de Duguet (1867). Du reste, si on examine avec soin la couche externe des anévrysmes disséquants, on voit qu'elle est doublée des couches superficielles, peu perméables, de la tunique moyenne. Dans une seconde phase, le sang continue à décoller les feuillets superficiels de la couche élastique et se crée un canal distinct; l'aorte dédoublée est alors représentée par deux conduits parallèles comparables à deux canons de fusil: une seconde aorte paraît donc adossée à la première. Une série de petites perforations peut les faire communiquer. La cavité de l'anévrysme disséquant est parfois traversée par des trabécules fibreuses et même par des portions d'artères intercostales ou médiastines. Le décollement de la tunique moyenne peut être complet, le tube interne représenté par le canal primitif de l'aorte est alors emboîté par un second tube formé par la tunique externe doublée des couches périphériques de la tunique moyenne. Souvent, cette dissection circonférentielle est incomplète; elle est oblique, spiroïde, irrégulière, imparfaite; l'aorte est parfois divisée par un septum placé à peu près vers son milieu. Ce décollement s'étend aussi sur une grande longueur; il peut occuper la crosse, qui prend la forme d'un sablier, et se prolonger sur tout le trajet de l'aorte jusqu'aux iliaques et même jusqu'à l'artère poplitée. Dans une troisième phase, qui correspond à la forme complète des anévrysmes disséquants, une membrane distincte analogue à la tunique interne naturelle des artères, se constitue (Peacock, Rokitansky). Elle se recouvrirait même, d'après Bostroem, d'une couche endothéliale: l'anévrysme disséquant est alors guéri. Rokitansky a vu aussi des fentes artérielles cicatrisées par un exsudat plastique qui réunissait les tuniques entre elles. Souvent la partie inférieure de l'anévrysme disséquant communique avec l'aorte: le sang circule alors dans une sorte de canal de dérivation entourant l'aorte, qui est ainsi dédoublée. Cette dernière disposition existait 30 fois sur 38 cas (Peacock).

A la suite d'un effort ou même spontanément, le malade éprouve une anxiété extrême, une douleur violente, angoissante, dans la région précordiale, sous le sternum; elle s'irradie à l'épaule, au rachis; la dyspnée est subite, considérable, le pouls est petit, filiforme, irrégulier, la syncope avec refroidissement est fréquemment observée. Les troubles cérébraux, tels que le délire, la somnolence, sont souvent notés.

L'hémiplégie a été signalée par Tood; elle était transitoire dans le cas de Pépin. Tood et Charcot mentionnent encore la suppression des urines.

La région occupée par l'anévrisme disséquant est le siège d'une malité anormale, d'un frémissement vibratoire profond, isochrone à la diastole aortique et à la systole ventriculaire. Les bruits de souffle perçus par Bouillaud, Briquet, paraissent plutôt tenir aux lésions antérieures de l'aorte qu'à l'anévrisme disséquant lui-même.

Les longues survies sont exceptionnelles; elles ont pu atteindre huit et onze ans (Lebert). Rokitsky a publié deux cas de guérison. Le plus souvent, l'amélioration n'est que passagère et une seconde syncope annonce une nouvelle rupture habituellement mortelle. La mort par rupture du sac survient rapidement dans les deux tiers des cas; 15 fois sur 20 les anévrysmes disséquants de l'aorte ascendante et de la crosse se sont terminés par une mort subite (Rokitsky). Plus le siège de la perforation est rapproché de l'origine de l'aorte, plus la terminaison fatale est prompte. Elle est due habituellement à la rupture de l'anévrisme dans le péricarde. Nous en avons trouvé 65 cas. Cette rupture peut se faire en deux temps. Dans une première période, le sang reste dans la tunique externe de l'aorte qui se rompt, plus tard, dans le péricarde sur une longueur de plusieurs centimètres. Cette dernière fente est souvent verticale ou légèrement oblique, tandis que la fissure de la tunique interne de l'aorte est transversale. Enfin l'anévrisme disséquant s'est ouvert dans la trachée (Schmuziger), le poumon gauche (Fowler), la plèvre gauche (Besnier, Horsley), la plèvre droite (Peabody). Dans le cas de Nissim, la plèvre contenait 2775 grammes de caillots. Le sang peut se répandre encore dans le tissu cellulaire du médiastin, du petit bassin, dans le mésentère, dans le feuillet du mésocolon, du mésocœcum, du mésorectum. Les collatérales peuvent être arrachées et reportées à la surface de l'anévrisme.

ANÉVRYSMES DIFFUS OU FAUX CONSÉCUTIFS

Ils ont été étudiés dans les thèses de Duriez (1839), de Desrivères (1840), de Bertrand (1842), de Remougin (1844), de Bermont (1885), de Sava Pétrowitsch (1890), de Mari (1892) et dans un mémoire de Chéron (1892).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Anévrysmes diffus intra-thoraciques. — Ils se forment lorsqu'un sac anévrysmal s'ouvre dans le tissu cellulaire voisin (sous-pleural, médiastinal, sous-péritonéal), et lorsque des adhérences solides et anciennes limitent et circonscrivent le sang épanché; elles constituent avec le tissu cellulaire épaissi, refoulé, et avec les organes voisins (poumons, plèvres), une paroi

secondaire qui enkyste cet hématome. Au moment de la rupture du sac anévrysmal, le malade éprouve de l'anxiété, de la tendance à la syncope, en un mot tous les symptômes d'une hémorragie interne. Le pouls est faible, les battements du cœur sont rapides, irréguliers; l'intensité des pulsations et du souffle diminue au niveau de l'anévrisme. La dysphagie indique un épanchement sanguin dans le médiastin postérieur. Dans le cas de A. Robin, un hématome du médiastin détermina immédiatement une cyanose considérable et un gonflement énorme du cou qui simulait un goitre. Raymond a constaté de la raucité de la voix. On a observé aussi des hémoptysies, des accidents tenant à des embolies cérébrales, rénales. Le sang épanché suit parfois un trajet fort compliqué. Ainsi, dans le cas de Cloquet, l'anévrisme se rompt dans le tissu cellulaire sous-pleural, puis le sang décolle la plèvre pariétale, la perfore et se répand ensuite dans la cavité pleurale. Ces anévrysmes diffus ont une grande tendance à s'ouvrir soit dans les séreuses, soit dans les poumons, soit dans la plèvre. La survie, dans les cas de rupture interne, est peu considérable; elle oscille entre quelques heures et deux à trois mois. Les *anévrismes diffus extra-thoraciques* ont une plus longue durée, elle est de quinze à vingt mois en moyenne; elle peut atteindre deux ans et demi comme dans un de nos cas.

Anévrysmes diffus extra-thoraciques. — Le volume de ces poches anévrysmales extra-thoraciques est parfois considérable; il atteignait, chez un de nos malades, les dimensions d'une tête d'enfant. Dans une observation de Troisier, l'anévrisme faux consécutif recouvrait toute la moitié droite de la poitrine. Leurs progrès sont rapides. Ils refoulent, amincissent, déchirent et font disparaître les muscles voisins. Sur certains points, le grand pectoral est réduit à quelques tractus fibreux déchiquetés. Dans une de nos observations (1), une bride fibreuse, vestige de ce muscle, croisait perpendiculairement la troisième côte au niveau du collet de l'anévrisme extra-thoracique. Dans le cas de Bouillaud, la partie médiane de la poche était étranglée par une bride analogue. Ces anévrysmes diffus extra-thoraciques siègent surtout à droite du sternum; ils dépendent habituellement des anévrysmes de l'aorte ascendante; ils font saillie à gauche du sternum quand ils proviennent des anévrysmes du commencement de l'aorte descendante. Exceptionnellement, les anévrysmes diffus consécutifs aux anévrysmes de l'aorte ascendante, occupent la partie gauche du thorax, comme dans les cas de Moore, Murchison, Hoyerstedt, Weinlechner, et dans deux faits personnels. Les anévrysmes de l'aorte descendante perforent la partie postérieure et latérale gauche de la poitrine et donnent lieu à des anévrysmes diffus qui se développent secondairement dans les muscles des gouttières costo-vertébrales. Witthauer

(1) *Revue de méd.*, 1898, p. 126.

ANÉVRYSMES ARTÉRIOSO-VEINEUX DE L'AORTE ET DE LA VEINE CAVE INFÉRIEURE

Ils sont exceptionnellement d'origine traumatique, comme dans le cas de Syme. Nous avons trouvé une vingtaine de cas de ces anévrysmes artérioso-veineux spontanés. Ils existent dans une proportion de 3 sur 18 (Thurnam), de 7 sur 29 cas d'anévrysmes variqueux de l'aorte (Sibson). Barwell en cite 7 observations. La perforation se fait ordinairement au voisinage de la bifurcation de l'aorte par l'intermédiaire d'une poche anévrysmale; l'abouchement était direct dans le cas de Syme. Le début est brusque, l'œdème avec dilatation veineuse est limité à la partie sous-diaphragmatique du corps; on constate parfois de l'albuminurie, de l'hématurie (Robinson). En explorant l'abdomen, on peut trouver une tumeur pulsatile avec frémissement appréciable à la main; on entend à ce niveau un souffle intense, continu, à renforcement systolique, se propageant au loin et comparable à un bourdonnement. La mort survient parfois en quelques heures.

ANÉVRYSMES DISSÉQUANTS

Morgagni les connaissait, Nichols (1760), Maunoir (1802), Hodgson (1819) les ont décrits; Laënnec leur a donné ce nom. Peacock (1863) en a réuni 80 cas. Rindfleisch a étudié leur formation et leur mode de guérison. Citons encore les travaux de Skekelton, Hope, Rokitansky, Leudet, Broca, Pilliet, Martin-Durr. Leur principale cause est l'athérome; aussi sont-ils fréquents vers l'âge de cinquante-six ans (Peacock). Les deux sexes y sont également prédisposés. Les cas de Schnabel, Allen, Rolleston sont consécutifs à un *traumatisme*. L'anévrysme disséquant ne se produit que si l'aorte est déjà malade (Hadden). Cette variété d'anévrysme a été exceptionnellement déterminée par la syphilis (Hobb), par un cancer des sigmoïdes (Bradfort), par un abcès tuberculeux (Beckel). Leur siège de prédilection est l'aorte ascendante; ils occupent l'origine de l'aorte 42 fois sur 55 cas recueillis par Peacock et Rokitansky. Cette fréquence des anévrysmes disséquants sur ce point s'explique par la prédominance des lésions athéromateuses, par la direction du choc de l'ondée sanguine qui propulse en haut cette portion de l'aorte et tiraille ses adhérences avec l'artère pulmonaire, qui est immobile par suite de ses rapports avec le hile (Rindfleisch). La *pathogénie* de l'anévrysme disséquant comprend plusieurs phases. Dans la première, une plaque athéromateuse se rompt à l'occasion d'un effort; il en résulte une fente qui intéresse la couche interne et la plus grande partie de la tunique moyenne. Les bords de cette fissure sont amincis, inégaux, souvent déchiquetés par endroits, rarement lisses.

Leur direction est habituellement transversale. Cette fente, en général peu étendue, intéresse parfois les deux tiers, les trois quarts du pourtour de l'aorte, et dans les cas de Rokitansky, de Goupil, il ne restait plus qu'une fine languette représentant les débris de la tunique interne. Le sang s'infiltré donc, dans ces conditions-là, non pas directement dans la couche celluleuse qui se décolle difficilement, mais dans l'épaisseur des feuillets périphériques de la tunique moyenne. Nous avons pu ainsi déterminer expérimentalement trois anévrysmes disséquants superposés comme dans les recherches de Duguet (1867). Du reste, si on examine avec soin la couche externe des anévrysmes disséquants, on voit qu'elle est doublée des couches superficielles, peu perméables, de la tunique moyenne. Dans une seconde phase, le sang continue à décoller les feuillets superficiels de la couche élastique et se crée un canal distinct; l'aorte dédoublée est alors représentée par deux conduits parallèles comparables à deux canons de fusil: une seconde aorte paraît donc adossée à la première. Une série de petites perforations peut les faire communiquer. La cavité de l'anévrysme disséquant est parfois traversée par des trabécules fibreuses et même par des portions d'artères intercostales ou médiastines. Le décollement de la tunique moyenne peut être complet, le tube interne représenté par le canal primitif de l'aorte est alors emboîté par un second tube formé par la tunique externe doublée des couches périphériques de la tunique moyenne. Souvent, cette dissection circonférentielle est incomplète; elle est oblique, spiroïde, irrégulière, imparfaite; l'aorte est parfois divisée par un septum placé à peu près vers son milieu. Ce décollement s'étend aussi sur une grande longueur; il peut occuper la crosse, qui prend la forme d'un sablier, et se prolonger sur tout le trajet de l'aorte jusqu'aux iliaques et même jusqu'à l'artère poplitée. Dans une troisième phase, qui correspond à la forme complète des anévrysmes disséquants, une membrane distincte analogue à la tunique interne naturelle des artères, se constitue (Peacock, Rokitansky). Elle se recouvrirait même, d'après Bostroem, d'une couche endothéliale: l'anévrysme disséquant est alors guéri. Rokitansky a vu aussi des fentes artérielles cicatrisées par un exsudat plastique qui réunissait les tuniques entre elles. Souvent la partie inférieure de l'anévrysme disséquant communique avec l'aorte: le sang circule alors dans une sorte de canal de dérivation entourant l'aorte, qui est ainsi dédoublée. Cette dernière disposition existait 30 fois sur 38 cas (Peacock).

A la suite d'un effort ou même spontanément, le malade éprouve une anxiété extrême, une douleur violente, angoissante, dans la région précordiale, sous le sternum; elle s'irradie à l'épaule, au rachis; la dyspnée est subite, considérable, le pouls est petit, filiforme, irrégulier, la syncope avec refroidissement est fréquemment observée. Les troubles cérébraux, tels que le délire, la somnolence, sont souvent notés.

L'hémiplégie a été signalée par Tood; elle était transitoire dans le cas de Pépin. Tood et Charcot mentionnent encore la suppression des urines.

La région occupée par l'anévrysme disséquant est le siège d'une malité anormale, d'un frémissement vibratoire profond, isochrone à la diastole aortique et à la systole ventriculaire. Les bruits de souffle perçus par Bouillaud, Briquet, paraissent plutôt tenir aux lésions antérieures de l'aorte qu'à l'anévrysme disséquant lui-même.

Les longues survies sont exceptionnelles; elles ont pu atteindre huit et onze ans (Lebert). Rokitansky a publié deux cas de guérison. Le plus souvent, l'amélioration n'est que passagère et une seconde syncope annonce une nouvelle rupture habituellement mortelle. La mort par rupture du sac survient rapidement dans les deux tiers des cas; 15 fois sur 20 les anévrysmes disséquants de l'aorte ascendante et de la crosse se sont terminés par une mort subite (Rokitansky). Plus le siège de la perforation est rapproché de l'origine de l'aorte, plus la terminaison fatale est prompte. Elle est due habituellement à la rupture de l'anévrysme dans le péricarde. Nous en avons trouvé 65 cas. Cette rupture peut se faire en deux temps. Dans une première période, le sang reste dans la tunique externe de l'aorte qui se rompt, plus tard, dans le péricarde sur une longueur de plusieurs centimètres. Cette dernière fente est souvent verticale ou légèrement oblique, tandis que la fissure de la tunique interne de l'aorte est transversale. Enfin l'anévrysme disséquant s'est ouvert dans la trachée (Schmuziger), le poumon gauche (Fowler), la plèvre gauche (Besnier, Horsley), la plèvre droite (Peabody). Dans le cas de Nissim, la plèvre contenait 2775 grammes de caillots. Le sang peut se répandre encore dans le tissu cellulaire du médiastin, du petit bassin, dans le mésentère, dans le feuillet du mésocolon, du mésocœcum, du mésorectum. Les collatérales peuvent être arrachées et reportées à la surface de l'anévrysme.

ANÉVRYSMES DIFFUS OU FAUX CONSÉCUTIFS

Ils ont été étudiés dans les thèses de Duriez (1839), de Desrivères (1840), de Bertrand (1842), de Remougin (1844), de Bermont (1885), de Sava Pétrowitsch (1890), de Mari (1892) et dans un mémoire de Chéron (1892).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Anévrysmes diffus intra-thoraciques. — Ils se forment lorsqu'un sac anévrysmal s'ouvre dans le tissu cellulaire voisin (sous-pleural, médiastinal, sous-péritonéal), et lorsque des adhérences solides et anciennes limitent et circonscrivent le sang épanché; elles constituent avec le tissu cellulaire épaissi, refoulé, et avec les organes voisins (poumons, plèvres), une paroi

secondaire qui enkyste cet hématome. Au moment de la rupture du sac anévrysmal, le malade éprouve de l'anxiété, de la tendance à la syncope, en un mot tous les symptômes d'une hémorragie interne. Le pouls est faible, les battements du cœur sont rapides, irréguliers; l'intensité des pulsations et du souffle diminue au niveau de l'anévrysme. La dysphagie indique un épanchement sanguin dans le médiastin postérieur. Dans le cas de A. Robin, un hématome du médiastin détermina immédiatement une cyanose considérable et un gonflement énorme du cou qui simulait un goitre. Raymond a constaté de la raucité de la voix. On a observé aussi des hémoptysies, des accidents tenant à des embolies cérébrales, rénales. Le sang épanché suit parfois un trajet fort compliqué. Ainsi, dans le cas de Cloquet, l'anévrysme se rompt dans le tissu cellulaire sous-pleural, puis le sang décolle la plèvre pariétale, la perfore et se répand ensuite dans la cavité pleurale. Ces anévrysmes diffus ont une grande tendance à s'ouvrir soit dans les séreuses, soit dans les poumons, soit dans la plèvre. La survie, dans les cas de rupture interne, est peu considérable; elle oscille entre quelques heures et deux à trois mois. Les *anévrysmes diffus extra-thoraciques* ont une plus longue durée, elle est de quinze à vingt mois en moyenne; elle peut atteindre deux ans et demi comme dans un de nos cas.

Anévrysmes diffus extra-thoraciques. — Le volume de ces poches anévrysmales extra-thoraciques est parfois considérable; il atteignait, chez un de nos malades, les dimensions d'une tête d'enfant. Dans une observation de Troisier, l'anévrysme faux consécutif recouvrait toute la moitié droite de la poitrine. Leurs progrès sont rapides. Ils refoulent, amincissent, déchirent et font disparaître les muscles voisins. Sur certains points, le grand pectoral est réduit à quelques tractus fibreux déchiquetés. Dans une de nos observations (1), une bride fibreuse, vestige de ce muscle, croisait perpendiculairement la troisième côte au niveau du collet de l'anévrysme extra-thoracique. Dans le cas de Bouillaud, la partie médiane de la poche était étranglée par une bride analogue. Ces anévrysmes diffus extra-thoraciques siègent surtout à droite du sternum; ils dépendent habituellement des anévrysmes de l'aorte ascendante; ils font saillie à gauche du sternum quand ils proviennent des anévrysmes du commencement de l'aorte descendante. Exceptionnellement, les anévrysmes diffus consécutifs aux anévrysmes de l'aorte ascendante, occupent la partie gauche du thorax, comme dans les cas de Moore, Murchison, Hoyerstedt, Weinlechner, et dans deux faits personnels. Les anévrysmes de l'aorte descendante perforent la partie postérieure et latérale gauche de la poitrine et donnent lieu à des anévrysmes diffus qui se développent secondairement dans les muscles des gouttières costo-vertébrales. Witthauer

(1) *Revue de méd.*, 1898, p. 126.