

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). 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'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.

en cite 7 cas; l'un d'eux fut pris pour un abcès, l'incision fut suivie rapidement de mort; un autre fut soumis à l'électrolyse et se rompit dans les voies respiratoires. Il existait deux poches, l'une à l'intérieur, l'autre à l'extérieur du thorax; elles étaient au nombre de trois par suite de l'adjonction d'un diverticule rétro-sternal, dans les cas de Corvisart, Sergent, Blaque. Dans un cas personnel, la poche extra-thoracique envoyait, de dehors en dedans, un diverticulum proéminent dans la cavité pleurale. L'anévrysme diffus est favorisé par les dimensions considérables de la poche anévrysmale primitive, par le peu de résistance des divers plans, par l'étroitesse de l'orifice de communication avec l'aorte. Ce collet est ordinairement unique; dans deux de nos cas, il était formé par une perforation des deuxième et troisième espaces intercostaux. Høgerstedt a vu deux orifices, l'un dans le premier, l'autre dans le troisième espace intercostal gauche.

Anévrysmes diffus abdominaux. — Sur 59 cas d'anévrysme de l'aorte abdominale, 11 se sont rompus dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, surtout à gauche; le sang peut s'enkyster entre le péritoine et le muscle transverse, ou fuser dans les régions lombaires, iliaques, dans le petit bassin, ou s'infiltrer dans les feuillets du mésentère, dans la cavité épiploïque, etc., ou s'épancher dans le péritoine. Ils se produisent dans le seizième des cas (Lebert) et se manifestent, au début, par des douleurs déchirantes irradiées, par les symptômes des hémorragies internes. Plus tard, leurs pulsations sont faibles et les mouvements d'expansion latérale prédominants.

ÉTIOLOGIE. — Ces anévrysmes diffus relèvent de la syphilis dans la moitié des cas (Mari); chez un de nos malades, elle avait été contractée, en Chine, trente-quatre ans avant l'apparition de l'anévrysme à l'extérieur. L'âge moyen de leur développement est quarante-cinq ans, trois de nos malades en avaient soixante. Cependant le malade de Simpson n'était âgé que de vingt-quatre ans. Leurs causes occasionnelles sont parfois directes; Sergent signale le choc d'une porte; assez souvent ces anévrysmes diffus sont provoqués par des efforts, des quintes de toux (3/16, Pétrowitsch). Un de nos malades eut une sensation nette de rupture anévrysmale pendant qu'il jouait du cornet à piston.

SYMPTOMATOLOGIE. — Le malade accuse, depuis un certain temps, des douleurs pulsatiles, térébrantes, paroxystiques, indice de l'usure osseuse et de la perforation de la cage thoracique par les progrès de l'anévrysme; puis, sous l'influence d'un effort, il ressent un craquement osseux, une sorte de crépitation. L'apparition de la tumeur à l'extérieur est suivie d'une diminution des douleurs. Les *signes physiques* sont habituellement très nets. Les battements sont violents, lorsque la communication avec l'aorte est large; ils sont atténués par le manque d'extensibilité de la poche, l'épaisseur des

caillots, l'étroitesse de l'orifice. Leur expansion se fait dans tous les sens; elle est si énergique qu'elle soulève la tête du médecin qui ausculte. Le retard des battements sur la systole ventriculaire, qui est évalué par F. Franck à 5/100 de seconde, est accru par l'irrégularité de la poche, la présence de cloisons, de culs-de-sac, la position de l'anévrysme et le peu de largeur de l'orifice de communication; il peut atteindre un dixième de seconde. Il est facile de voir sur les tracés les modifications apportées par la toux, l'arrêt respiratoire, l'inspiration et l'expiration. Ils donnent aussi de bons éléments d'appréciation sur l'épaisseur des caillots et le degré d'extensibilité de la poche. Le premier claquement est perçu dans les poches étendues, à pression peu élevée, à large orifice de communication; il est remplacé par un souffle, si l'ouverture du sac est étroite. Ce souffle systolique n'est pas influencé par la pesanteur, comme nous avons pu le constater en auscultant un de nos malades placé, la tête en bas, sur une table d'opération très inclinée. Le retard du pouls est de 20 centièmes de seconde. Les anévrysmes diffus extra-thoraciques ont une durée d'évolution variable qui, exceptionnellement, a pu s'élever à quatre ans (Corvisart, Moore, Murchison). Habituellement, ils s'accroissent rapidement, par poussées successives, surtout sous l'influence des efforts, de la toux; ils finissent par se rompre soit sous la peau, soit à l'extérieur.

MODES DE TERMINAISON ET COMPLICATIONS DES ANÉVRYSMES DE L'AORTE. — Le plus souvent, ces anévrysmes se terminent par la *rupture* du sac. Elle se fait rarement sous la peau. Charcot et Ball n'en citent que 2 cas. La mort ne survient qu'au bout de quelques jours (Rauzier) et même de plusieurs semaines, comme dans les observations de Smith, Néligan, Osborne, Harrison, Stokes. Les *ruptures à l'extérieur* se produisent 4/118 (Charcot), 7/167 (Crisp), 5/100 (Mari). Elles sont notées 1/14 dans 64 observations communiquées à la Société anatomo-pathologique de Bruxelles. Sur un total de 267 anévrysmes relevés dans les *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, on trouve 135 morts par ruptures, parmi lesquelles 9 se sont produites à l'extérieur et 7 sous la peau. Nous en avons publié 3 cas. Tantôt une phlyctène séro-sanguinolente ecchymotique est suivie d'une ulcération lente et progressive de la peau. Puis une escarre noirâtre, large comme une pièce de 1 à 2 francs, se détache petit à petit et donne lieu à quelques petites hémorragies répétées. Enfin, lorsque l'escarre tombe complètement, une hémorragie foudroyante peut survenir. La disposition en soupape des caillots peut retarder la mort. Tantôt la peau devient rouge, violacée, chaude; elle est le siège d'une inflammation phlegmoneuse avec suppuration. Corvisart a vu un abcès éroder les parois du sac anévrysmal. Dans le cas d'Høgerstedt, la rupture se fit au niveau d'une sorte de furoncle.

Les chiffres suivants, qui résument les observations publiées dans les *Bulletins de la Société anatomique* de 1826 au mois d'août 1898, donnent une idée des variétés et du nombre des ruptures anévrysmales. Sur un total de 272 anévrysmes, 142 se sont terminés par rupture; ils se répartissent ainsi: oreillette droite (1), péricarde (20), artère pulmonaire (3), plèvre gauche (31), plèvre droite (9), plèvre sans désignation de côté (1), médiastin antérieur (2), poumon gauche (12), trachée (10), bronche gauche (11), bronche droite (3), bronches sans désignation de côté (3), œsophage (4), estomac (1), duodénum (1), péritoine (3), tissu cellulaire rétro-péritonéal (12), tissu cellulaire de la paroi thoracique antérieure (4), psoas (3), canal rachidien (1), à l'extérieur (9).

Ruptures dans le péricarde. — Elles se sont produites 28 fois sur 900 anévrysmes (Sibson), 30 fois sur 98 anévrysmes de l'aorte ascendante. Sur les 47 cas signalés dans la thèse de Godart, l'anévrysme occupait toujours l'origine de l'aorte. Ce sont les anévrysmes intra-péricardiques qui exposent le plus à cette rupture. Elle se produit souvent un peu au-dessus des sigmoïdes; les bords sont sinueux, inégaux, irréguliers, parfois en L. Grâce aux adhérences anciennes, les anévrysmes extra-péricardiques se rompent aussi dans le péricarde. La quantité de sang épanché est habituellement de 250 grammes; elle est très variable; on a pu extraire 650 et même 1500 grammes de sang. Dans un cas de Garcette, 80 grammes ont suffi pour déterminer la mort. On admet alors une sidération du cœur, car les expériences de F. Franck ont montré que la mort survient lorsque la pression intra-péricardique est supérieure à celle qui tend à faire pénétrer le sang dans les oreillettes. Les principaux symptômes observés sont la défaillance, la syncope, quelques mouvements convulsifs, de la cyanose des lèvres, de la saillie des globes oculaires, de la pâleur du visage. Ordinairement la rupture a lieu brusquement; elle peut se faire en deux temps. La survie est de peu de durée (1).

Ruptures dans la plèvre. — Ces perforations dans les séreuses sont favorisées par des adhérences antérieures, des modifications inflammatoires et dégénératives et sont produites, d'après Charcot, par une action mécanique, une sorte d'usure. L'orifice de communication est assez large (Gairdner), la plèvre peut être décollée et perforée sur un autre point qui ne correspond pas à l'ouverture de l'anévrysme. La plèvre gauche est trois fois plus souvent le siège de ces perforations que la droite. Les anévrysmes de l'aorte abdominale se sont ouverts 16 fois dans la plèvre gauche et 7 fois dans la cavité pleurale droite: tantôt l'anévrysme perfore le diaphragme et se rompt directement dans la plèvre; tantôt il reste abdominal et le

(1) Voy. H. LAGROLET, Th. de Paris, 1878.

sang épanché dans le tissu cellulaire sous-péritonéal suit le trajet parcouru par les poches anévrysmales précédentes et gagne la cavité pleurale. Le sang qui se répand dans la plèvre se coagule immédiatement; sa quantité varie, elle a pu osciller de 850 grammes à 3 litres. Ce sang peut s'enkyster entre la plèvre et le poumon; la transsudation de sa matière colorante donne parfois à l'épanchement pleural l'aspect d'un liquide hémorragique (Rendu). Cette complication est provoquée habituellement par les anévrysmes de l'aorte descendante; l'épanchement siège le plus souvent dans la plèvre gauche, il est séreux, rarement hémorragique.

Ruptures dans le poumon. — Elles se font quatre fois plus fréquemment dans le poumon gauche, qui est surtout exposé à la compression, aux inflammations chroniques, à la sclérose, à la gangrène, à l'apoplexie par irruption du sang provenant de la rupture d'un anévrysme voisin. Il est parfois converti en une poche remplie de sang coagulé.

Ruptures dans la trachée. — Elles ont été bien étudiées par Ordonneau (thèse de Paris, 1875). Nous en avons relevé 21 cas dans la littérature médicale étrangère. Ces perforations sont parfois multiples. Sur la figure 27, on voit quatre ulcérations dont deux sont irrégulières, déchiquetées, frangées, dentelées et mesurent 4 millimètres sur 8. Leur forme est tantôt ovale, tantôt transversale avec destruction d'un anneau trachéal. Le cartilage peut être usé, ramolli au pourtour de la perforation. Le tissu fibreux qui comble les intervalles de plusieurs anneaux, disparaît parfois. Des anneaux cartilagineux détruits flottent quelquefois, par leurs extrémités découpées, dans la cavité trachéale.

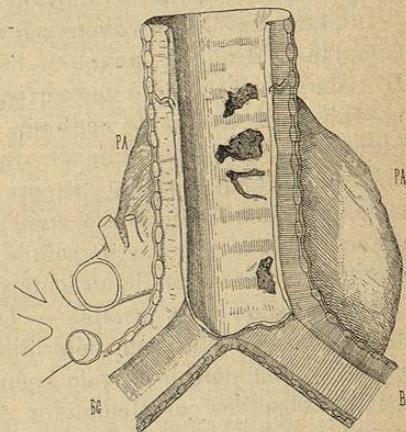


Fig. 27. — Anévrysme volumineux de la crosse de l'aorte comprimant fortement la trachée qui présente quatre ulcérations. Trachéotomie. Mort par rupture de la poche anévrysmale dans l'intérieur de la trachée.

Ruptures dans les bronches. — Elles sont sept fois plus fréquentes dans la bronche gauche dont on connaît les rapports intimes avec l'aorte. Leurs ulcérations et leurs perforations ressemblent à celles de la trachée; elles sont ordinairement petites, étroites; elles peuvent parfois atteindre 1 centimètre de diamètre. Plusieurs anneaux sont quelquefois détruits. Quand l'ouverture est ancienne, ses bords sont lisses, amincis, denses, fibreux. Coyne a vu, au niveau de la rupture,

des lésions de périartérite suppurative avec infiltration abondante d'éléments cellulaires qui ont subi la dégénérescence granuleuse.

Ruptures dans l'appareil digestif. — OESOPHAGE. — Souvent les bords de ces perforations sont lisses ; leur forme est ronde, ovalaire. Lorsqu'elles sont anciennes, il se forme une sorte d'ourlet cicatriciel lisse, dur, fibreux, parfois de couleur ardoisée. Des caillots fibrineux disposés en soupape, *veluti valvulae*, suivant l'expression de Sauvage, peuvent oblitérer temporairement ces perforations et rendre les hématomés intermittentes. Ces ouvertures sont généralement uniques et siègent au niveau du point où l'aorte croise l'œsophage. Nous en avons trouvé une soixantaine de cas dans la littérature médicale. Ces perforations ne paraissent pas tenir à une usure, comme le disait Mondière ; elles sont consécutives à une gangrène œsophagienne avec chute de l'escarre (Leudet).

ESTOMAC. — Dans un cas de Ball, un anévrysme volumineux de l'aorte thoracique a déterminé une ulcération à la petite courbure de l'estomac et des hématomés. Les anévrysmes de l'aorte abdominale peuvent s'ouvrir sur plusieurs points, soit au-dessous de l'œsophage (Lucas), soit près du pylore (Ridley Bailey).

DUODÉNUM. — Nous n'avons relevé que les cas de Salmon, Johnson, Coupland, Brannan, auxquels nous ajouterons un cas inédit du D^r Fabre qui a constaté une perforation cupuliforme, grande comme une pièce de cinquante centimes, siégeant au niveau de la portion horizontale et préaortique du duodénum. L'anévrysme de l'aorte abdominale peut se rompre encore dans l'*intestin*, les *bassinet*s, dans la *cavité abdominale*, dans le *tissu cellulaire sous-péritonéal*, de préférence à gauche. Le sang décolle le péritoine, fuse dans la cavité épiploïque, le mésocôlon, le mésentère, le tissu cellulaire du petit bassin.

Compression de la moelle. — L'anévrysme peut s'ouvrir encore dans le canal rachidien, déterminer de la paraplégie et une mort rapide comme dans les cas de Laënnec, Kats, Scheele. La survie des malades observés par Renaudin, Andral, Leach a été assez longue. Dans un cas inédit recueilli dans le service du professeur Fabre et communiqué par le D^r Cousin, on voit sur la partie antérieure du canal vertébral, au niveau des 9^e et 10^e dorsales, une large perforation de 15 millimètres sur 10 et deux petites ouvertures circulaires de 3 et de 5 millimètres de diamètre ; elles correspondent à une poche anévrysmale grosse comme une orange, adhérant intimement à la face antérieure des 7^e, 8^e, 9^e, 10^e vertèbres dorsales dont les corps sont érodés. Le malade fut atteint de paraplégie avec douleurs vives et hyperesthésie et mourut, au bout de trois semaines, d'une rupture du sac anévrysmal dans la lèvre gauche. Nous n'indiquerons qu'à titre de *complications exceptionnelles* le ramollissement cérébral, comme dans les cas de Law, Stokes, Norman Chevers, Fritz, Leblond, et dans une observation personnelle ; les lésions spinales signalées par

Haddon, Sacchi, des phénomènes bulbaires (Huber), une sorte de folie avec hallucinations et tendance au suicide (Mickle), de la démence (Moore), de la mélancolie (Worthington, Davy), des embolies de la sylvienne, de la cérébrale moyenne, de la fémorale avec gangrène des pieds, des jambes, des embolies du tronc tibio-péronier et même de la maladie bronzée par dégénérescence des nerfs splanchniques (Kroning, Jurgens et Pepper). Plus fréquemment, la mort est produite par une asphyxie due soit à l'obstruction des voies aériennes, soit à la compression du récurrent, du pneumogastrique (Villani) ; elle est surtout causée par la *tuberculose pulmonaire*.

Tuberculose pulmonaire. — « De tous les états généraux qui accompagnent l'anévrysme, la phtisie pulmonaire est le plus commun ; elle est précédée par les lésions artérielles, elle a souvent des symptômes équivoques irréguliers, et sa marche est lentement progressive. » (Stokes.) La tuberculose existe dans une proportion de 23 p. 100 (Hanot), dans le quart des anévrysmes de l'aorte (Aubry, Kortz). Sée l'a observée 7 fois sur 24 anévrysmes aortiques. La pathogénie de cette tuberculose a été tour à tour attribuée à la compression du pneumogastrique (Habershon, Bucquoy, Hérard et Cornil), à la compression de l'artère pulmonaire (Lebert, Hanot, Lépine, Charcot, Salmon, Kahn), à la compression des bronches (Fränkel). A toutes ces conditions pathogéniques qui créent, dans le poumon, un *locus minoris resistentiæ* favorable à l'évolution du bacille tuberculeux, s'ajoutent un état de cachexie artérielle, lente, sèche (*tabes sicca* de Fernel), une déchéance organique provoquée par l'épuisement graduel et progressif, par la continuité des douleurs, par l'inanition consécutive à la dysphagie, à la compression de l'œsophage, au manque de sommeil. Le séjour souvent prolongé dans les salles d'hôpital augmente encore les chances de tuberculisation. Le plus souvent, ces malades meurent d'une phtisie lente, caverneuse, sans fièvre (Sée), d'une tuberculose chronique à marche ulcéreuse dont la durée varie d'un an à dix-huit mois ou à deux ans, au maximum.

PRONOSTIC. — Le pronostic de l'anévrysme de l'aorte est fort grave. La mort est la règle ; elle résulte soit des complications, soit des ruptures précédemment indiquées. « Étant donné un anévrysme, disait Stokes, il est impossible de prédire ni le sens dans lequel il se dirigera, ni la durée de la vie du malade, ni la forme des accidents ultimes. » La *marche* de l'anévrysme est généralement progressive, souvent elle a lieu par poussées successives. Les périodes d'amélioration ne sont souvent pas de longue durée. L'anévrysme paraît d'autant plus grave que son siège se rapproche de l'origine de l'aorte. Les anévrysmes à type récurrent comportent, malgré leur faible volume, un pronostic fort sombre. Les efforts pénibles, les professions

fatigantes, les habitudes alcooliques accélèrent la marche de l'anévrysme et augmentent les chances de rupture. La moyenne de la durée des anévrysmes aortiques est de quinze à vingt mois.

Les guérisons spontanées ne sont pas exceptionnelles; nous en avons trouvé 60 cas que nous avons énumérés (1). Nous indiquons aussi, dans ce travail, les conditions favorables à la guérison et les particularités anatomo-pathologiques des parois anévrysmales susceptibles d'expliquer la formation des nombreuses couches de caillots actifs. La guérison spontanée s'effectue surtout dans les anévrysmes sacciformes, à collet étroit. Il est donc utile soit au point de vue du pronostic, soit au point de vue de l'application de certains traitements, de chercher à avoir des indications sur les dimensions approximatives de cet orifice de communication. S'il est étroit, le second soulèvement est supprimé, le retard du premier battement anévrysmal est augmenté, un bruit de souffle simple ou à renforcement remplace le premier bruit de pulsation. La forme du pouls se modifie, son retard est moins exagéré et les effets exercés par la respiration, la compression et la décompression de la tumeur sont atténués. L'absence de souffle fait présumer l'existence d'un large orifice de communication. L'intensité des effets de la compression et de la décompression sur le pouls radial indique le faible volume de la portion intra-thoracique de l'anévrysme. On peut conclure à la présence d'une certaine quantité de caillots, lorsque les battements anévrysmaux diminuent d'amplitude, lorsque le premier claquement et le premier bruit cardiaque sont synchrones, lorsqu'on ne constate qu'une faible modification de forme et un faible retard du pouls. Enfin, les effets qui se produisaient sous l'influence de la compression, de la décompression, de la respiration sont supprimés. Dans un cas, la radioscopie a pu nous permettre d'apprécier approximativement l'épaisseur des couches fibrineuses.

DIAGNOSTIC. — Anévrysmes latents. — « Il est peu de maladies aussi insidieuses que l'anévrysme de l'aorte, disait Laënnec (t. I, p. 449), on ne le reconnaît que lorsqu'il se prononce à l'extérieur; on peut à peine le soupçonner lorsqu'il comprime quelque organe essentiel et en gêne les fonctions d'une manière grave. » Stokes insiste dans le même sens et déclare que l'absence de signes physiques ne doit pas exclure le diagnostic d'anévrysme. Potain appelle de nouveau l'attention sur ces anévrysmes latents qui ne se manifestent par aucune espèce de symptômes, jusqu'à ce qu'ils se terminent par une perforation ou une complication redoutable. La littérature médicale renferme plus de 80 faits analogues. Les anévrysmes restent latents dans le huitième des cas, surtout s'ils siègent sur la

(1) *Revue de médecine*, mai 1897, page 381.

portion thoracique de l'aorte descendante située au-dessous de la bronche gauche; ils peuvent atteindre, dans cette région, un certain développement sans compromettre gravement des organes importants. Les anévrysmes du sinus de Valsalva passent souvent inaperçus à cause de leur petit volume; une rupture brusque, mortelle est fréquemment le premier symptôme qui annonce leur existence. Les anévrysmes de l'aorte abdominale sont souvent méconnus.

Symptômes de présomption. — Les troubles fonctionnels peuvent faire soupçonner un anévrysme, les signes physiques permettent seuls d'en affirmer l'existence.

Les phénomènes douloureux tels que névralgies intercostales, douleurs d'apparence rhumatismale, lumbago, ne sont que de médiocres signes de présomption; les douleurs térébrantes, fixes, avec exacerbations, indiquent une usure osseuse par un anévrysme; les irradiations douloureuses dans l'abdomen constituent un faible indice d'anévrysme abdominal. La dyspnée, les hémoptysies, la dysphagie, les hématuries, les symptômes dus à la compression du récurrent, l'inégalité des pupilles, des pouls radiaux, etc., feront songer à un anévrysme aortique.

Diagnostic du siège. — Il sera basé sur les données cliniques suivantes que nous résumerons brièvement :

Anévrysmes du sinus de Valsalva. — Ils sont rares, peu volumineux, souvent latents; leurs symptômes sont peu accusés; l'angine de poitrine, les frottements péricardiques de la base mettront sur la voie du diagnostic; leur marche est lente, insidieuse; leur rupture dans le péricarde est la règle.

Anévrysmes de l'aorte ascendante. — Ils sont fréquents, ils perforent le sternum, à droite, à la jonction de son corps avec la poignée, ils acquièrent un volume considérable, ils donnent souvent lieu à des anévrysmes faux consécutifs, ils sont caractérisés par des doubles battements, claquements et souffles, par du retard dans le pouls de toutes les artères, par des douleurs assez vives avant la perforation du sternum, par de la dyspnée, de la toux, de l'engorgement des veines de la tête et du cou, dû à la compression de la veine cave supérieure et des troncs veineux brachio-céphaliques; ils se rompent habituellement dans le péricarde, plus rarement et par ordre de fréquence ils s'ouvrent à l'extérieur, dans la plèvre, dans la bronche droite et le poumon.

Anévrysmes de la première courbure de la crosse. — Ils font assez souvent saillie à droite du sternum, dans les premier et deuxième espaces intercostaux; ils occasionnent une douleur continue, paroxysmique, s'atténuant quand le malade se penche en avant; les pouls radiaux et carotidiens sont modifiés; la compression d'un tronc veineux brachio-céphalique détermine de la cyanose et de l'œdème limités à une moitié de la face et au membre supérieur correspondant;