

hépatique), douleur *constrictive* (étai ou barre transversale) ou *lancinante* (poitrine transpercée d'avant en arrière), irradiée ou non, vers le cou, les épaules, les membres supérieurs, *angoissante*, d'abord *passagère*, éveillée par l'effort, l'émotion, ensuite plus ou moins *continue*; 4° en *troubles gastriques* (nausées, vomissements, météorisme), *cardiaques* (arythmie) *pupillaires*, imputables à l'*irritation du pneumogastrique*; 5° en *douleurs* éveillées par la *pression* à la base du cou, le long du sternum et des insertions du diaphragme, attribuables à l'*irritation du phrénique*; 5° enfin en *vertiges* souvent précoces, soit *légers*, associés à des bourdonnements d'oreille, soit *intenses*, accompagnés de menace de chute et de lipothymie.

**Signes objectifs.** — L'aortite chronique se révèle par : une pâleur terreuse, de violents battements des artères du cou, quelquefois des battements aortiques visibles au-dessus de la fourchette sternale, grâce à la surélévation de la crosse (relativement commune chez le vieillard) et, encore plus, par la *surélévation de la sous-clavière* (la droite principalement), qui peut déborder la clavicule de 1, 2 ou 3 centimètres, signe mieux constatable quand le malade laisse tomber franchement le moignon de l'épaule, de manière à effacer le creux sus-claviculaire. Quelquefois, l'aorte, dilatée et déviée, imprime au cou et à la tête des oscillations rythmées (*signe de Musset et Delpeuch*). Enfin, des *signes d'athérome périphérique* coexistent généralement (radiales dures, temporales sinueuses).

La *percussion* constate une *matité aortique* dépassant le bord droit du sternum de 1, 3 ou 4 centimètres, et une *matité cardiaque* toujours accrue (hypertrophie), l'ensemble des deux matités figurant la *forme d'un casque*.

À l'*auscultation*, on entend : un *premier bruit* dur prolongé, parfois dédoublé (voy. Aortite aiguë); un *second bruit* à timbre clangoreux, métallique, *en coup de tambour, de tabourka* (tambour arabe) pour Potain, *en coup de marteau*, pour Huchard; bruit variable, du reste, suivant l'état des lésions : le *bruit clangoreux de tabourka* indiquant une dilatation aortique notable, sans grande induration des parois, le *bruit de tôle* (Bucqoy et Marfan) impliquant une paroi aortique pavée de plaques calcaires, signe très typique quand le bruit se propage dans l'angle formé par la clavicule droite et le bord antérieur de l'aisselle. On se gardera de le confondre avec la simple accentuation du 2° temps qui n'indique que l'hypertension artérielle.

Jaccoud signale, dans l'*aortite de l'aorte descendante*, un *souffle systolique* fort, râpeux, le long du côté gauche de la colonne vertébrale, en l'absence de toute lésion valvulaire. Autrement, les souffles constatés sont d'origine cardio-pulmonaire ou attribuables à une lésion surajoutée : rétrécissement aortique (vrai ou relatif) ou rugosités de la paroi aortique (souffle diastolique).

Peu nets parfois, ces divers signes seraient plus précis à l'*auscultation rétro-sternale* (Boy-Tessier) avec un long stéthoscope dont l'étroit pavillon est appliqué dans la fossette sus-sternale, parallèlement à la direction de la carotide interne. L'examen est également favorisé par la station debout (Cautu).

**Formes.** — Il est des *formes frustes* que révèlent des signes isolés :

dyspnée d'effort, vertiges légers, douleurs précordiales, tendances syncopales, palpitations, crises d'oppression ou de congestion pulmonaire.

**Évolution.** — L'aortite chronique est une affection incurable, dont une hygiène convenable peut seulement espacer les poussées aiguës. Elle aboutit à la *mort subite*, ou *rapide* due à des *complications* diverses : *œdème aigu du poumon*; *rupture, oblitération de l'aorte*; *embolies*.

L'*œdème aigu du poumon* se traduit par une dyspnée intense, avec pâleur livide, refroidissement des extrémités, toux quinteuse, expectoration albumineuse, spumeuse ou rosée; la poitrine est remplie de râles fins; quand la saignée n'intervient pas, l'asphyxie est plus ou moins rapide.

Occasionnée par un effort ou une émotion vive, la *rupture de l'aorte* détermine soit la *mort subite*, foudroyante, soit la *mort en 2 temps*. En ce cas, surviennent : 1° une douleur thoracique déchirante entraînant une anxiété extrême et des lipothymies passagères; 2° un ou plusieurs jours après, une hémoptysie ou une syncope mortelles. La mort en deux temps correspond à une rupture dans la portion intra-péricardique de l'aorte.

L'*aortite oblitérante*, suivie ou non d'*oblitération de la carotide*, est dénoncée par des vertiges, des lipothymies, des crises épileptiformes ou par une hémiplégié (par ramollissement cérébral). Parfois l'oblitération gagne la sous-clavière, ce qui entraîne la parésie et le refroidissement du membre supérieur.

L'aortite chronique est une cause possible d'*embolies* diverses : *cérébrales* (hémiplégié et aphasie), *rénales*, *mésentériques*, *spléniques* (gonflement et vives douleurs de la rate).

L'*oblitération de l'aorte abdominale d'origine embolique*, également possible, se traduit par une *paraplégie subite*, avec anesthésie, cyanose et, en certains cas, gangrène sèche des membres inférieurs.

L'*embolie pulmonaire*, succédant à la dilatation secondaire de l'oreillette droite, présente ses symptômes habituels (mort subite ou infarctus). La pleurésie hémorragique des vieillards reconnaît souvent pour origine un infarctus pulmonaire embolique.

**Diagnostic.** — Le diagnostic repose surtout sur les signes physiques. On se gardera : de prendre la dilatation aortique pour un anévrisme (double centre pulsatile, signes de compression); d'attribuer la dyspnée à l'*asthme*, à l'*urémie*, à la *tuberculose*. L'angine de poitrine vraie est fréquemment associée à l'aortite chronique.

## II. — ANÉVRISMES DE L'AORTE

**Signes étiologiques.** — Plus commun chez les hommes de 50 à 50 ans, l'anévrisme de l'aorte reconnaît les mêmes causes que les aortites (goutte, saturnisme, tabagisme, arthritisme). Les divers auteurs comprennent différemment le rôle de la syphilis, de l'alcoolisme et du paludisme. Celui de la syphilis paraît souvent évident; celui du paludisme est admis par

Lancereaux, dans la genèse de l'aortite en plaques, forme spéciale qui aboutirait à l'ectasie, mais dont l'existence n'est pas admise sans conteste. Le rôle de l'alcoolisme paraît quelquefois probable<sup>(1)</sup>. On relève, en certains cas, l'intervention de causes occasionnelles : traumatismes directs, mouvements violents, efforts, excès de table ou vénériens, etc.

L'anévrisme de l'aorte se révèle d'abord par des signes fonctionnels ou de présomption ; puis s'affirme par des signes physiques propres.

**Signes cliniques.** — I. **Signes de présomption.** — Ces signes indiquent seulement la présence d'une tumeur dans le thorax ou l'abdomen.

La pointe du cœur semble abaissée (6<sup>e</sup> espace) ou refoulée vers la gauche avec le reste de l'organe qui, quand il est repoussé en avant, devient, en certains cas, le siège d'une double impulsion saccadée. Les palpitations sont fréquentes.

**Compressions.** — **Trachée et bronches.** — De la compression trachéo-bronchique résultent : de la dyspnée aux deux temps de la respiration ; du cornage, rauque, sonore, se répétant au moindre effort (dû peut-être au spasme réflexe de la glotte) ; parfois du tirage sus-sternal. Le murmure respiratoire est très réduit dans l'un des poumons (par compression d'une bronche, surtout la gauche) ou les deux ; on perçoit en certains cas, entre les épaules, en un point limité, un souffle tubaire (souffle interscapulo-vertébral). Ailleurs, on constate la presque immobilité inspiratoire de l'un des côtés du thorax (celui de la bronche comprimée) et l'expansion exagérée de l'autre.

**Artères et veines.** — La compression de l'artère pulmonaire entraîne la dilatation du cœur droit et, indirectement, la stase générale et des œdèmes étendus. La compression des artères bronchiques est une cause possible de gangrène pulmonaire. La compression des carotides détermine des bourdonnements d'oreilles, de la céphalée, des vertiges (par anémie cérébrale) ; celle de la sous-clavière, l'affaiblissement du pouls radial correspondant ; celle des veines pulmonaires, de la stase, de l'œdème pulmonaires, des hémoptysies. La compression de la veine cave supérieure est dénoncée par : la dilatation des jugulaires ; le développement, sous la peau du thorax, de réseaux veineux sinueux et bleuâtres, ou d'œdème des mêmes régions (œdème en pèlerine). De la compression de la veine cave inférieure résultent l'infiltration œdémateuse de son territoire, l'ascite et l'albuminurie.

**Œsophage.** — A la compression de l'œsophage se rapportent : la dysphagie, à la partie moyenne du sternum ; de l'œsophagisme ou des vomissements répétés.

**Nerfs.** — On observe, en premier lieu, des douleurs passagères, éveillées par l'effort, l'émotion, puis permanentes, lancinantes, pulsatiles. Fixes, étrangères aux points névralgiques classiques, soulagées par certaines postures, elles sont intenses, rebelles, paroxystiques, comparables au rhumatisme, à une névralgie, aux douleurs en ceinture, au torticolis ou au lumbago.

<sup>(1)</sup> Voy. DEBOVE, Anévrisme de l'aorte. *Tribune médicale*, 27 juin 1905.

D'autres fois, il s'agit de véritables névralgies, intercostales, cervico-brachiales, permanentes, rebelles, résultant de la compression des nerfs correspondants. La névralgie iléo-lombaire (douleurs lancinantes, térébrantes dans les lombes, irradiant le long des uretères, du canal déférent, du testicule) peut ressortir à un anévrisme de l'aorte abdominale.

De compressions nerveuses relèvent également : des douleurs précordiales à forme d'angine de poitrine, des crises de tachycardie ou de bradycardie. A l'irritation du récurrent sont imputables : le spasme d'une corde vocale (voix bitonale, passant, sans transition, d'un son grave à un son aigu) ; des crises de dyspnée laryngée, par contracture du muscle ary-aryténoïdien. La paralysie de l'un des récurrents (le gauche plutôt) entraîne celle de la corde vocale correspondante<sup>(1)</sup> ; la paralysie des deux récurrents comporte une aphonie complète avec dyspnée inspiratoire. Ces phénomènes sont plus marqués dans le type récurrent étudié par Dieulafoy, où s'observent, en outre, des crises de dysphagie douloureuse, de pharyngisme et d'œsophagisme.

La compression du pneumogastrique occasionne des troubles : digestifs (nausées, salivation, vomissements, dyspepsie, diarrhée) ; cardiaques (tachycardie, bradycardie, douleurs d'angor pectoris) et respiratoires (toux spasmodique, coqueluchoïde ; crises de dyspnée asthmatiforme ; cornage). La compression du phrénique se traduit par du hoquet ou des phénomènes de paralysie du diaphragme. Des troubles oculo-pupillaires (inégalité des pupilles, contraction de la pupille gauche ou des deux) représentent des symptômes d'irritation ou de paralysie du grand sympathique. Babinski attribue plutôt à la syphilis l'inégalité pupillaire, souvent associée au signe d'Argill Robertson.

**Estomac.** — **Intestin.** — L'anévrisme de l'aorte abdominale peut comprimer l'estomac (gastralgie), l'intestin (alternatives de constipation, de diarrhée), les vertèbres et le plexus lombaire (douleurs lombaires, sacrées, sciatiques, testiculaires).

**Moelle.** — Rare, la compression de la moelle a pour expression une paraplégie douloureuse.

II. **Signes physiques.** — A une période déjà avancée, la tumeur forme une voussure, visible, à l'éclairage oblique, soit à droite du sternum (2<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> espaces intercostaux), soit au-dessus, soit à gauche, voussure animée de battements perceptibles au palper, en certains cas, aussi à la vue, plus évidents si on fixe, dans cette région, avec de la cire, un index de papier long de 6 à 10 centimètres ; au même point s'observent un mouvement d'expansion centrifuge et un frémissement plus ou moins rude (thrill) répondant aux battements de la tumeur, au premier surtout, car elle en présente deux : 1<sup>o</sup> un premier battement, constant, plus fort, plus prolongé, intermédiaire, comme temps, à la systole cardiaque et au pouls radial (distension brusque de la poche par l'ondée sanguine) ; 2<sup>o</sup> un second, inconstant, imputé, suivant les auteurs : à l'occlusion brusque des sigmoïdes, à l'admission dans le sac

<sup>(1)</sup> Voy. DEBOVE, Anévrisme de la crosse de l'aorte. *Médecine moderne*, 1<sup>er</sup> juin 1898.

d'une nouvelle quantité de sang, chassée par le retrait de l'aorte (Lyon), au reflux, dans le sac de l'ondée sanguine des grosses artères (Bollingham). Fr. Franck distingue, par la méthode graphique (Marey) *trois battements* : un *premier, systolique*, un *second, systolique aussi*, sorte de renforcement du premier, et un *troisième*, non constatable au palper, *diastolique*, répondant à l'occlusion des sigmoïdes ; le second manque dans les anévrismes anciens, et en cas d'insuffisance aortique.

**Percussion.** — Le centre de battements présente parfois une *zone mate* dont le siège varie avec lui et qui se confond souvent avec la matité cardiaque.

**Auscultation.** — La tumeur peut offrir à l'auscultation des *bruits normaux* et des *souffles*.

Rappelant tout à fait ceux du cœur normal, les *bruits* sont *simples* ou *doubles* : sourd, grave, systolique, le 1<sup>er</sup> bruit traduit la distension du sac ; clair et sec, diastolique, le 2<sup>e</sup>, propagation du 2<sup>e</sup> bruit aortique (claquement des sigmoïdes) n'existe que si la tumeur avoisine le cœur, et est remplacé par un souffle, en cas d'insuffisance aortique.

Du reste, la substitution de souffles aux bruits traduit des modifications anatomiques de la poche ou du cœur. Un 1<sup>er</sup> *souffle*, doux ou rude, est imputable à l'entrée du sang dans la poche, à la compression de l'aorte par la poche, ou à un rétrécissement aortique concomitant ; un *second*, plus inconstant, a reçu diverses interprétations : propagation d'un souffle d'insuffisance aortique (maximum au foyer aortique), reflux du sang de la poche dans l'aorte (maximum sur la poche, exagéré par la compression des fémorales), recrudescence de la pénétration du sang dans la poche, souffle cardio-pulmonaire.

L'anévrisme de l'aorte abdominale comporte un souffle unique, qui même peut disparaître dans la station debout.

**Cœur. — Artères.** — Souvent hypertrophié (anévrisme de la crosse ou de l'aorte ascendante) le cœur est refoulé soit à gauche, soit si la tumeur est derrière lui, en avant, présentant en ce cas un 2<sup>e</sup> choc succédant immédiatement au premier (*double impulsion saccadée*). Les battements des gros troncs artériels : carotides, humérales, crurales, deviennent en certains cas visibles.

**Pouls.** — Le pouls est *retardé en aval de la poche*, dans tout le corps si elle siège en amont du tronc brachio-céphalique, du *côté droit* si elle siège à son niveau, du *côté gauche* si elle est entre le tronc brachio-céphalique et la carotide gauche, dans les *membres inférieurs* en cas d'anévrisme de l'aorte abdominale. Dans les mêmes territoires, le pouls est non seulement retardé, mais *affaibli*, surtout pendant l'inspiration. Ce retard peut s'effacer en cas d'oblitération de la poche par des caillots (mode de guérison), se réduire en cas d'insuffisance aortique concomitante, ou au contraire augmenter en cas soit de rétrécissement aortique, soit d'insuffisance mitrale.

**Variétés cliniques suivant le siège.** — **Anévrisme de l'aorte ascendante.** — Habituellement, situé un peu au-dessus des valvules sigmoïdes, cet anévrisme tend à faire saillie au dehors et comporte peu de signes de compression. Il commence pourtant par comprimer la *veine cave supé-*

*rieure* (œdème des régions supérieures) ou l'*oreillette droite* (œdème généralisé) ; plus habituellement, il use le sternum, les côtes, ou même luxé l'extrémité interne de la clavicule, pour faire, hors du thorax, une saillie parfois énorme (tête d'adulte), sous forme d'une tumeur sphérique, pulsatile, molle et partiellement réductible ou dure, à *expansion centrifuge*. Les *bruits* (claquements ou souffles) sont classiques, facilement constatables. La *poche peut se rompre*, soit *extérieurement*, par ulcération progressive de la peau, ou après suppuration ou sphacèle ; soit plus souvent, *à l'intérieur*, dans le *péricarde* (mort très rapide ou retardée par adhérences anciennes), dans l'*artère pulmonaire* (pas de cyanose, mais frémissement cataire intense et double souffle, perçus de la crosse à la base) ou dans la *veine cave supérieure*, surtout dans sa portion intra-péricardique (turgescence de la partie supérieure de la veine et de ses branches d'origine ; œdème de la face, frémissement intense sur le bord droit du sternum, au-dessous de l'extrémité interne de la clavicule). Cette variété d'anévrisme comporte un retard général du pouls, à moins que la poche n'englobe le tronc brachio-céphalique (pouls droit en retard et plus faible).

**Anévrismes de la crosse.** — La poche, plus longtemps cachée, progresse vers le haut, entre le sternum et la *trachée*, comprimant souvent ; cette dernière, les *bronches*, le *pneumogastrique* et le *récurrent gauche*, ce que traduisent des troubles respiratoires et laryngés (dysphonie, aphonie, ictus laryngé). Le pouls gauche retarde constamment sur le droit, sauf quand le tronc brachio-céphalique est atteint. Si, ayant invité le malade à tendre le cou en levant la tête en arrière, on saisit le cricoïde entre le pouce et l'index, en l'attirant en haut, on sent, à chaque systole, le larynx attiré en bas (*signe d'Olivier*) ; Ewart conseille de se placer derrière le sujet pour saisir le cricoïde entre les deux index ; ce signe, propre aux anévrismes de la crosse, serait précoce ; de simples secousses trachéales, synchrones aux pulsations, sont normales et ne doivent pas être confondues avec lui. En certains cas, le choc laryngé systolique est immédiatement suivi d'un choc diastolique (correspondant à l'occlusion des sigmoïdes aortiques). Quand il y a *saillie extérieure*, elle apparaît soit au-dessus de la fourchette sternale, usée par la poche, soit plus souvent, à sa droite. La rupture s'opère soit au dehors, soit dans le médiastin, soit bien plus souvent dans la trachée ou les bronches (hémoptysie foudroyante). Dieulafoy donne le nom de *type récurrent* à l'anévrisme siégeant dans la concavité de la crosse, au point où l'aorte croise la bronche gauche et le récurrent ; grosse comme une noix, la tumeur, échappant à la percussion et à l'auscultation, ne trahit sa présence que par des crises de spasme, glottique, pharyngé et œsophagien, de la paralysie des cordes vocales, et, en certains cas, par des douleurs thoraciques. L'ouverture dans la trachée ou dans les bronches est habituelle.

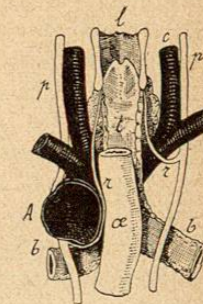


FIG. 233. — Anévrisme de l'aorte. — Type récurrent. (Dieulafoy.)

A, coupe de l'anévrisme. — b, bronches. — r, nerf récurrent. — æ, œsophage. — t, trachée. — l, larynx. — p, nerf pneumogastrique. — c, carotide primitive.

**Anévrisme de l'aorte descendante.** — S'étendant dans le médiastin postérieur vers le rachis, ces anévrismes épargnent les conduits aériens et les gros vaisseaux, aussi sont-ils souvent méconnus : usant lentement les corps vertébraux, ils compriment parfois la moelle et ses racines (paraplégie douloureuse), et font tardivement saillie dans le dos, à gauche de la colonne (entre les VII<sup>e</sup> et X<sup>e</sup> côtes). Il arrive aussi pourtant que la poche se porte en avant et comprime les veines caves, le cœur et les bronches (la gauche surtout). On constate alors : du *cornage*, un *souffle tubaire* pseudo-cavitaire, *interscapulo-vertébral* à gauche ; plus rarement, la rétraction de la moitié gauche du thorax, avec ou sans atélectasie pulmonaire (par compression bronchique). L'anévrisme de l'aorte descendante comporte habituellement : des *battements simples*, des *claquements* ou des *souffles* également *simples*, et constamment le retard et l'affaiblissement du pouls dans la fémorale. Les anévrismes de la partie inférieure de l'aorte thoracique restent souvent latents. La *radioscopie* et la *radiographie* permettent de les déceler ; en examinant le malade dans diverses positions, il semble qu'on voie battre deux cœurs superposés. L'ouverture dans la plèvre gauche est fréquente<sup>(1)</sup>.

**Anévrisme de l'aorte abdominale.** — Plus rare, l'anévrisme abdominal siège le plus souvent à hauteur du *tronc cœliaque* ; il est révélé par des *maux de rein* (névralgie lombo-abdominale par compression des plexus), des douleurs dans les cuisses, les jambes (*sciatique*) ou même de la *parésie des membres inférieurs*. Antérieure ou latérale, la tumeur, parfois énorme, présente un battement et un souffle simples, et détermine un retard sensible du pouls fémoral sur le pouls radial ; il est des cas où elle fait saillie en arrière ; dans d'autres, elle comprime le foie, l'estomac, le pancréas ou la rate. Fréquente, la *rupture* s'opère soit dans le tissu cellulaire sous-péritonéal (origine d'un *anévrisme diffus*), soit dans le péritoine (mort rapide) ou la veine cave inférieure (*anévrisme artério-veineux*).

**Anévrisme artério-veineux de l'aorte.** — Cette variété résulte de l'ouverture d'un *anévrisme aortique* dans un *vaisseau* ou une *cavité à sang noir* : *veine cave inférieure ou supérieure*, *tronc veineux brachio-céphalique*, *artère pulmonaire*, *oreillette droite* ou *ventricule droit* ; ces deux derniers cas, non reconnaissables sur le vivant. La communication avec les gros troncs veineux est brusquement dénoncée, après un effort ou un mouvement brusque : par une dyspnée extrême, bientôt suivie de la cyanose et de la turgescence de la moitié sus-diaphragmatique du corps (pour la veine cave supérieure), par des étourdissements, des bruits d'oreille ou même le coma (stase cérébrale). A l'auscultation, on constate un *souffle continu grave*, à *renforcement systolique*, surtout perceptible au-dessus et à droite du sternum, se propageant dans les vaisseaux du cou du même côté ; au palper, on sent, au même point, un *frémissement cataire systolique*.

Quand un anévrisme de l'aorte abdominale s'ouvre dans la veine cave inférieure, on observe l'œdème et la dilatation des veines des membres inférieurs et un souffle intense à renforcement systolique.

(1) Voy. DEBOVE, Anévrisme de l'aorte thoracique. *Gaz. des hôp.*, 5 mai 1904.

L'ouverture dans l'artère pulmonaire se traduit par : une violente dyspnée, l'œdème et la cyanose généralisés.

Les anévrismes artério-veineux, toujours très graves, comportent rarement une survie de quelques heures, exceptionnellement de quelques mois.

**Marche, durée, terminaisons.** — 1/8 des anévrismes aortiques restent latents jusqu'à la mort. Toujours insidieux, le début est impossible à préciser ; la douleur ou des signes de compression attirent l'attention. La *marche* est lente, continue ; la tumeur progresse en refoulant ou détruisant les organes voisins, même les os. Le seul mode de guérison est l'*oblitération de la poche* (exceptionnelle). La mort est presque la règle. La *durée* moyenne des accidents est d'un an ou deux ; certains cas en apparence aigus, grâce à une longue latence initiale, semblent tuer en quelques jours ; il est enfin des *formes lentes* qui durent 10, 15 ans et plus. La mort reconnaît des causes très variables. On peut observer la *rupture de la poche dans une cavité voisine* (plèvre gauche, péricarde, poumon gauche, bronche gauche, trachée, plèvre droite, œsophage) ou *à l'extérieur* (rare), après sphacèle ou suppuration sous-cutanée. La rupture interne est dénoncée par une *douleur déchirante* subite, suivie de signes d'hémorragie interne (pâleur, syncope), parfois d'*hématemèse* (œsophage) ou d'*hémoptysie* (bronche, trachée). Une fissure à la poche est la source possible de crachements ou de vomissements sanglants peu abondants et répétés, précurseurs de la rupture. Quand elle s'opère dans le péricarde ou la plèvre, il en résulte des signes d'*hémopéricarde* (épanchement de 250, 600, 1200 grammes) ou d'*hémothorax*, très abondant parfois (1550 à 1800 grammes). L'ouverture dans le poumon peut provoquer la *gangrène pulmonaire*. La rupture de l'anévrisme abdominal dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, le péritoine ou l'intestin, est suivie de *collapsus* rapidement mortel. *Dans le canal rachidien*, la rupture détermine une brusque *paraplégie douloureuse*, qui aboutit rapidement à la mort en quelques semaines ou quelques mois.

**Diagnostic.** — Les anévrismes de l'aorte donnent lieu à de fréquentes confusions. Les phénomènes douloureux sont souvent imputés au *rhumatisme musculaire*, à une *névralgie* ou à une *myélopathie*. Les troubles respiratoires sont, ailleurs, mis sur le compte de l'*œdème glottique*, de l'*asthme*, de l'*angine de poitrine* ou de la *phtisie*. Celle-ci, du reste, peut coexister, et il n'est pas rare de voir ces malades succomber à la tuberculose pulmonaire ; mais, dans le cas contraire, la dyspnée, les hémoptysies, le souffle pseudo-cavitaire, la dysphonie sont bien propres à égarer le diagnostic, qui repose alors sur : l'unilatéralité des lésions, l'absence de fièvre, de sueurs nocturnes et de bacilles dans les crachats. En d'autres cas, la confusion peut s'établir avec la *dilatation de l'aorte* (matité aortique dépassant le bord droit du sternum, surélévation de la sous-clavière droite, bruit clangoreux du 2<sup>e</sup> temps) ou avec une *tumeur non artérielle du médiastin*, telle que : *adénopathie trachéo-bronchique* (cornage exceptionnel, toux coqueluchoïde, matité de l'espace interscapulaire supérieur) ; *cancer pleuro-pulmonaire* (matité, abolition du

murmure vésiculaire dans un ou les deux sommets, dyspnée et toux très marquées, crachats gelée de groseille; adénopathies sus-claviculaires dures, indolentes; cachexie). En général, plus que les autres tumeurs, l'anévrisme tend à faire saillie au dehors; on le reconnaît, en outre, à ses bruits, à ses

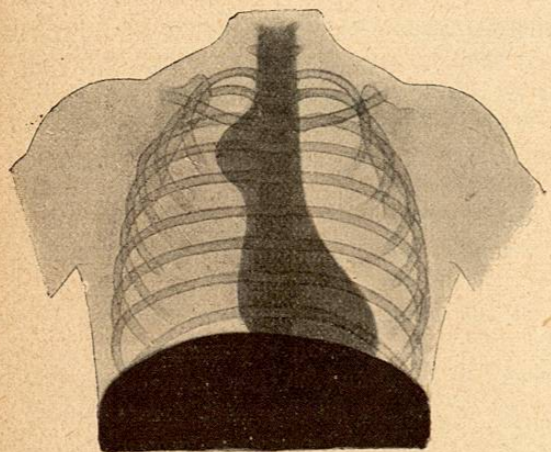


FIG. 256. — Radiographie d'un anévrisme de l'aorte.

battements, indépendants de ceux du cœur; enfin, dans les cas douteux, la radioscopie donne souvent des résultats décisifs.

Quand existe une saillie appréciable et qu'elle est animée de battements, on ne peut guère la confondre qu'avec un *empyème pulsatile* (pneumo-thorax concomitant, presque toujours; battements faibles sans expansion massive; signes d'épanchement pleural).

**Diagnostic du siège.** — L'anévrisme de l'aorte ascendante présente les particularités suivantes: peu de compression (trachée, bronches, troncs veineux); saillie précoce dans le 2<sup>e</sup> espace intercostal droit; bruits classiques; pouls retardé partout, sauf atteinte du tronc brachio-céphalique (pouls radial droit retardé); rupture (quand elle se produit), surtout dans: le péricarde, la veine cave supérieure, l'artère pulmonaire, le cœur droit, les plèvres, ou à l'extérieur.

L'anévrisme du tronc brachio-céphalique occupe le côté droit et tend à gagner le creux sus-sternal; il exerce la compression du côté droit sur: le pneumogastrique, la veine cave supérieure et le tronc veineux brachio-céphalique droit (œdème et cyanose de la moitié droite du corps, affaiblissement du pouls radial droit).

L'anévrisme de la crosse détermine des signes de compression très marqués. Celui de la *convexité* comprime la trachée, les bronches, le pneumogastrique et le récurrent gauches (tr. vocaux), présente au complet les signes physiques classiques, constatables surtout au niveau de la fourchette sternale, et retarde le pouls dans la radiale et la carotide gauches; il évolue rapidement et se termine souvent par rupture (dans le médiastin, la trachée, les bronches). Bien plus grave, l'anévrisme de la *concavité* comprime insidieusement: la trachée, les bronches et le récurrent gauches, l'œsophage; il ne trouble pas l'égalité des pouls radiaux, et le foyer de ses bruits anormaux siège sur le sternum, près du 2<sup>e</sup> espace intercostal gauche.

L'anévrisme de l'aorte descendante comporte peu de signes de compression (trachée, bronches, gros troncs veineux); il s'étend vers le rachis, déterminant des névralgies interscapulaires, intercostales, du cornage, et le déve-

loppement de veinosités thoraciques; plus tard, il finit par émerger, à gauche de la colonne dorsale, entre les 7<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> côtes, provoquant, en certains cas, de la paraplégie douloureuse.

Plus rare, l'anévrisme de l'aorte abdominale se traduit: 1<sup>o</sup> par des *douleurs* simulant le lumbago, la névralgie lumbo-abdominale, la sciatique; 2<sup>o</sup> par une *tumeur* siégeant à hauteur du tronc cœliaque, animée de battements simples, présentant un souffle unique, et comportant le retard du pouls fémoral sur le pouls radial. Il prête surtout à confusion: avec les *battements épigastriques des névropathes* (santé intacte, pas de retard du pouls fémoral); avec une *tumeur* de l'estomac, du foie, du pancréas ou du péritoine, soulevée par l'aorte (troubles digestifs et généraux graves), et avec le *pouls veineux hépatique* (associé au pouls veineux jugulaire et à une insuffisance tricuspidiennne).

### III. — ARTÉRITE AIGÜE DES PETITES ARTÈRES

**Signes étiologiques.** — L'artérite aiguë, surtout localisée sur les artères des membres, spécialement des membres inférieurs, complique les infections; en particulier: la fièvre typhoïde, la grippe, la variole, le rhumatisme articulaire aigu, la scarlatine, la diphtérie, les septicopyohémies, l'érysipèle, la rougeole et la pneumonie.

**Signes cliniques.** — L'artérite se traduit: 1<sup>o</sup> par des *signes locaux* sur le segment de l'artère malade; 2<sup>o</sup> par des *signes à distance*, dans le territoire privé d'apport sanguin. L'artérite de la *fièvre typhoïde*, la plus commune, peut être prise comme type de description. Elle éclate pendant la convalescence, par une *douleur* sur le trajet d'un tronc artériel (tension pénible, brûlure ou violents élancements), tantôt spontanée, nocturne, tantôt éveillée par le mouvement, la marche, la pression sur certains points (aine, triangle de Scarpa, creux poplité, malléole interne). Le *pouls* est toujours accéléré; habituelle, la *fièvre* est modérée ou vive (40°). Bientôt engourdi, lourd et faible, le membre ou le segment de membre atteint accuse des fourmillements et de l'onglée; le point malade de l'artère est transformé en un cylindre sensible, plein et dur; en aval le pouls est affaibli ou supprimé. Même quand le tronc principal est oblitéré, une circulation supplémentaire conjure quelquefois la gangrène. Plus souvent, tout le segment ischémié, pâle, froid et insensible, ne tarde pas à se couvrir de marbrures violacées, de plaques bleuâtres et de taches purpuriques envahissant d'abord les doigts ou les orteils. Au niveau même du point thrombosé, peut exister un gonflement dur, sans rougeur, ou une trainée rougeâtre parallèle au trajet de l'artère, signe de *lymphangite associée*, comportant une légère *adénopathie*. Quoique susceptibles de régression, ces phénomènes aboutissent généralement au *sphacèle*; celui-ci peut même éclater presque d'emblée, dans une *forme rapide*, qui débute brusquement par une douleur en coup de fouet sur le trajet de l'artère. Il s'agit, le plus habituellement, de *gangrène sèche*; la douleur, souvent intolérable, subit des exaspérations au moindre contact; les plaques violacées du tégument