

L'anévrisme de l'aorte thoracique, lorsque la communication avec le vaisseau est large, facile, lorsque le sac est peu oblitéré par des caillots, présente, dit Fr. Franck, non seulement un double battement, mais fréquemment un triple battement; les deux premiers sont les seuls que la main puisse sentir avec facilité, le troisième que le doigt perçoit bien difficilement est décelé par l'appareil enregistreur. Or, les deux premiers battements coïncident avec la systole cardiaque ou du moins la suivent de très près. Ils sont dus à la pénétration du sang qui se fait dans le sac en suivant les phases de la systole ventriculaire, c'est-à-dire avec un renforcement au début de la pénétration.

L'explication de Bellingham, de Lyons, ne semble donc pas exacte; les deux battements sont systoliques. Quant au troisième battement, peu sensible, nous l'avons dit, il est diastolique et correspond à la fermeture des valvules sigmoïdes.

Quant à la pathogénie des souffles, lorsque ceux-ci existent, le premier est produit par le passage brusque de l'onde sanguine de l'artère dans la poche anévrysmale. Si la présence de rugosités au niveau de l'orifice de communication en facilite la production, on peut aussi l'expliquer en se rappelant qu'une colonne liquide soumise à une forte pression, — comme est la pression aortique — passant subitement à une pression moindre — celle du sac anévrysmal — peut produire un bruit de souffle.

Le mode de production du deuxième bruit, d'après Fr. Franck, varie suivant les cas et le moment exact où il apparaît en indique la pathogénie.

« 1° Il peut résulter du renforcement de la pénétration dans le sac, auquel cas il coïncide avec le second soulèvement; 2° il peut être plus tardif, n'apparaître que dans la période d'affaissement et résulter alors soit du retour du sang dans l'artère (cas des anévrysmes disséquants, Marey), soit d'une insuffisance aortique concomitante, soit (comme j'ai observé le fait avec M. Potain) du déplacement de l'air dans la portion du poumon brusquement décompressée par le retrait élastique d'une poche anévrysmale intra-thoracique. Le moment d'apparition du souffle et la présence ou l'absence des signes spéciaux de l'insuffisance aortique permettent le plus souvent de préciser à quelle variété on a affaire. J'ajoute que le souffle diastolique dû au reflux aortique s'exagère et prend une tonalité plus haute quand on augmente la poussée artérielle par la compression des fémorales, tandis que la même expérience diminue le souffle de rentrée dans l'aorte et le souffle extra-anévrysmal⁽¹⁾. »

Signes fonctionnels. — Si les signes physiques de l'anévrisme sont les seuls pathognomoniques, il n'en est pas moins vrai que les symptômes fonctionnels ont une grande importance. Pour les anévrysmes qui sont profondément situés, ils sont souvent les seuls qui pendant longtemps permettent de supposer le diagnostic; pour ceux qui viendront faire saillie au niveau des parois thoraciques et révéler alors leur présence d'une manière bien certaine, ils constituent des signes de début d'une haute valeur.

Les symptômes fonctionnels résultent : 1) soit des *troubles de la circulation*, déterminés par la présence de la tumeur anévrysmale; 2) soit, et le plus souvent, de *phénomènes d'irritation et de compression* exercés par l'anévrisme sur les organes avec lesquels il se trouve en rapport de contiguïté.

(1) FRANÇOIS FRANCK. *Soc. de biol.*, 9 janvier 1885.

I. Troubles circulatoires. — Parmi les premiers, on peut citer le *déplacement du cœur*. Cet organe n'est généralement pas augmenté de volume, à moins de lésions cardiaques ou aortiques concomitantes, car l'anévrisme ne produit pas d'hypertrophie cardiaque par lui seul; par contre, le cœur est fréquemment déplacé lorsque la tumeur anévrysmale est volumineuse; il occupe alors une situation plus horizontale qu'à l'état normal et la pointe se trouve reportée à gauche et en bas jusque vers le sixième ou le septième espace intercostal. Quand l'anévrisme occupe une situation postérieure, se trouve placé en arrière du cœur, celui-ci est refoulé en avant et, la pulsation de l'anévrisme agissant sur lui, il se produit une sorte de double pulsation à laquelle Hope donnait le qualificatif de *jogging*.

Enfin, les troubles dans la circulation cardiaque déterminent fréquemment des symptômes tels que la *dyspnée*, les *palpitations* surtout lorsque le malade veut se livrer à un effort quelconque.

II. Symptômes déterminés par la compression des organes situés dans le médiastin.

a) *Compression de la trachée, des bronches et des poumons.* — La compression de la trachée par un anévrisme peut déterminer un rétrécissement de ce tuyau aérien; on constate alors l'existence d'un bruit très particulier que Stokes appelait la *stridulation inférieure*, bien différente des bruits déterminés par une affection laryngée et qui est plus marqué après un effort ou une longue inspiration. Ce phénomène se produirait plus facilement lorsque la compression s'exerce sur les parties latérales que lorsqu'elle se fait au niveau de la partie antérieure de la trachée; l'extrémité des anneaux cartilagineux au niveau de la partie membraneuse cède, en effet, plus facilement que la partie antérieure de l'arc.

Lorsque la compression est poussée assez loin, il peut se produire un véritable *bruit de cornage*; il en est de même lorsqu'une des grosses bronches se trouve comprimée; c'est un bruit rauque s'entendant à une certaine distance du malade, présentant son maximum d'intensité au moment de l'inspiration et que l'on retrouve dans les rétrécissements de la trachée ou des bronches, quelle que soit leur origine.

Ce signe a une valeur plus considérable encore quand il s'accompagne de *tirage sus-sternal*, unilatéral ou bilatéral, et surtout d'un *affaiblissement du murmure respiratoire dans un des poumons*, alors que ni l'auscultation, ni la percussion ne révèlent aucune affection pulmonaire. Cet affaiblissement est habituellement appréciable dans toute l'étendue du poumon.

L'auscultation révèle, à côté de l'affaiblissement du murmure respiratoire, divers symptômes, tels qu'un souffle plus ou moins rude; il s'entend surtout en arrière, au niveau du hile du poumon, soit à droite, soit le plus souvent à gauche; c'est le *souffle interscapulo-vertébral*.

Notons enfin, comme coïncidant parfois avec ce symptôme, l'*immobilité relative d'un des côtés de la poitrine*, au moment de l'inspiration, avec une expansion exagérée du côté opposé (Greene).

Parfois aussi la compression d'un des tuyaux aériens peut aller très loin et déterminer leur ulcération et leur gangrène.

b) *Compression des artères et des veines.* — La compression des troncs artériels est rare. On peut cependant l'observer du côté des artères du cou et des artères des membres supérieurs. C'est à la compression de la carotide que

dans certains cas on peut attribuer des phénomènes tels que des *douleurs de tête*, des *vertige*, des *tintements d'oreilles*, des *perceptions de visions lumineuses*, etc. (1).

La *compression des artères nourricières du poumon* pourrait produire, d'après quelques auteurs, des symptômes de gangrène pulmonaire (Greene, Carswell).

La *compression des veines* détermine un état variqueux très prononcé des veines superficielles de la poitrine et du cou; il est surtout marqué lorsque la veine cave supérieure est comprimée, et l'on voit alors les jugulaires faire saillie sous la peau en même temps que les veines sous-cutanées sont variqueuses. Suivant les cas, la compression peut porter sur des troncs veineux isolés, tronc brachio-céphalique droit ou gauche, etc.

C'est dans quelques cas assez rares que l'on observe, au lieu de veines dilatées et variqueuses, une sorte de gonflement élastique et rénitent du cou tout entier, qui forme alors une tuméfaction assez caractéristique que l'on a désignée sous le nom de *tuméfaction en pèlerine* (*Tippet-like*, Stokes). Cette tuméfaction ne s'observe pas dans les œdèmes d'origine cardiaque.

c) *Compression de l'œsophage*. — L'œsophage subit moins fréquemment les phénomènes de compression que d'autres organes, tels que les vaisseaux; elle ne s'observe guère que dans l'anévrysme de l'aorte descendante. Elle se manifeste alors par des symptômes qui pourraient faire croire à un rétrécissement œsophagien; c'est au niveau du tiers moyen du sternum, ou quelquefois plus bas, que le malade ressent une sensation de gêne, d'obstacle au passage des aliments; c'est quelquefois plus encore une douleur qu'une gêne mécanique. Vient-il à avaler, il peut alors se produire une série d'efforts de vomissements, de hoquets convulsifs qui aboutissent au vomissement et s'accompagnent de toux et de dyspnée. Ces symptômes apparaissent surtout après l'ingestion des aliments solides, car les liquides sont habituellement déglutis sans grande difficulté.

On comprend à quel point il est important de bien étudier l'origine d'un rétrécissement œsophagien; on ne doit jamais oublier la possibilité d'un anévrysme, car un cathétérisme fait mal à propos pourrait déterminer des accidents de la plus haute gravité en perforant le sac qui fait saillie dans la cavité œsophagienne. Le cas, quoique rare, a été observé.

d) *Compression des nerfs*. — Parmi les phénomènes qui résultent soit de la compression, soit de l'irritation des troncs nerveux, il faut citer surtout des névralgies à siège variable suivant les cas.

Du reste, la douleur est fréquente dans l'anévrysme et constitue un signe de valeur; Gendrin disait qu'elle ne manquait jamais; les émotions, les repas, etc., l'exaspèrent. Elle varie comme siège avec la localisation de la tumeur anévrysmale: elle peut être *rétrosternale* dans l'anévrysme de l'aorte ascendante ou prendre les caractères de l'*angine de poitrine* Levachew (de Kazan) a attiré l'attention sur la fréquence des *névralgies cervico-occipitales* dans l'anévrysme de la crosse de l'aorte. Souvent aussi et pendant fort longtemps un anévrysme de l'aorte thoracique ne manifeste sa présence que par des *névralgies intercostales* extrêmement violentes et rebelles, tandis que l'anévrysme de l'aorte abdominale s'accompagne surtout de *névralgies iléo-lombaires* avec irradiations sur le

(1) JULIUS MICKLE. *Brain*, p. 117, 1889, décrit une folie de l'anévrysme caractérisée par des illusions et des hallucinations, parfois des idées de suicide, de l'hypocondrie, etc. Il l'attribue aux troubles circulatoires déterminés par la compression vasculaire.

trajet des uretères, des cordons spermatiques, parfois jusqu'au niveau des testicules. (Stokes, Scheele.)

Il faudra toujours songer, en présence d'une névralgie rebelle dont la cause échappe, à la possibilité d'une tumeur anévrysmale. Il n'est pas peu curieux de voir des anévrysmes de volume moyen provoquer l'apparition de douleurs d'une intensité extrême, priver le malade de tout repos, alors que d'énormes anévrysmes, ayant détruit soit le sternum, soit les côtes, soit même des corps vertébraux ne s'accompagnent d'aucun symptôme douloureux.

Dans le même ordre d'idées, on peut signaler les accès de *toux coqueluchoïde* qui sont dus à une irritation du pneumogastrique, toux rauque, incessante quand elle se manifeste et s'accompagnant de sensations d'angoisse.

Mais, parmi tous ces troubles d'origine nerveuse, il n'en est pas de plus intéressants et plus importants que l'*irritation du nerf récurrent* qui peut donner lieu à des *troubles très prononcés de la voix*, soit par paralysie, soit par excitation; il se produit alors de la paralysie ou des spasmes d'une ou des deux cordes vocales. En pareil cas, l'examen laryngoscopique présente une grande importance et permet, dans quelques cas, alors qu'on constate l'existence d'une paralysie d'une des cordes vocales (Traube, Tungel, Potain) en même temps que d'autres symptômes rationnels, de supposer avec vraisemblance, l'existence d'une tumeur anévrysmale. Des cas de ce genre ont été ainsi diagnostiqués alors que la tumeur n'avait encore acquis qu'un très petit volume.

La voix présente ainsi des modifications très importantes, consistant surtout en une raucité prononcée bien plus qu'en une aphonie véritable; celle-ci ne se voit qu'exceptionnellement. Ce qui est particulier, et cela tient à ce que la paralysie est généralement unilatérale, c'est que les modifications de la voix sont variables d'un instant à l'autre, la voix passant du fausset aigu aux tons les plus graves. Elle est bitonale (Russel et Jaccoud).

Cette paralysie du récurrent siège à gauche dans plus de la moitié des cas (2 fois sur 5); elle appartient presque exclusivement, parmi les tumeurs du médiastin, à l'anévrysme de l'aorte.

La compression du nerf sympathique donne lieu à des *troubles oculo-pupillaires*; on observe alors un rétrécissement des deux pupilles, ou bien d'une seule. Généralement, c'est la gauche qui paraît la plus dilatée et, d'après Ogle, il s'agirait plutôt d'une excitation du sympathique du côté gauche, déterminant alors une dilatation du cercle pupillaire, que d'une paralysie de ce même nerf du côté droit, puisque la face et l'oreille gauches sont parfois le siège d'une pâleur très prononcée (1).

Ajoutons enfin que les excitations des nerfs voisins de l'anévrysme peuvent donner lieu à des symptômes qui se surajoutent à ceux qui sont produits par la compression d'autres organes et font du tableau clinique un ensemble assez complexe; on peut, en effet, voir survenir du *spasme laryngé*, des *accès de dyspnée*, du *spasme œsophagien*, etc., tous accidents qu'il faut mettre sur le

(1) Dans une communication récente (*Soc. méd. des hôp.*, 8 nov. 1901), Babinski, constatant que, chez plusieurs sujets porteurs de tumeurs anévrysmales, il existait, en même temps qu'une inégalité pupillaire, une abolition du réflexe lumineux, repousse l'hypothèse d'une compression, d'une paralysie du sympathique. Pour lui, toutes les fois qu'en l'absence d'une lésion du globe oculaire ou d'une paralysie de la III^e paire, on constate le signe d'Argyll Robertson, il existe une altération du système nerveux central, presque sûrement de nature syphilitique. La syphilis serait donc, chez les aortiques, le lien qui unirait la lésion artérielle aux troubles oculo-pupillaires.

compte d'une irritation du récurrent, du pneumogastrique ou de ses branches.

M. Dieulafoy⁽¹⁾ a particulièrement insisté sur les symptômes qui peuvent résulter de l'irritation du nerf récurrent et qui se traduisent par de la gêne de la déglutition, *œsophagisme*, par des accès de dyspnée subite, s'accompagnant d'angoisse et de perte de connaissance, rappelant en un mot l'*ictus laryngé*.

Après Krishaber⁽²⁾, il a montré que la dyspnée intermittente, paroxystique était due non pas à une paralysie du récurrent, mais à une excitation de ce nerf produisant alors un véritable *spasme glottique*. Ce spasme, qui se produit alors qu'un seul récurrent est irrité par la tumeur anévrysmale, peut s'expliquer par ce fait que le muscle ary-aryténoïdien, recevant des rameaux de ce nerf, est un muscle impair dont la contraction rétrécit la glotte respiratoire.

L'examen laryngoscopique montre, en pareil cas, le rétrécissement bilatéral de la glotte respiratoire, le rétrécissement unilatéral de la glotte interligamenteuse.

C'est, on le comprend, dans les anévrysmes de la partie transversale de la crosse de l'aorte que ces symptômes sont le plus fréquemment observés; une tumeur de petit volume suffit pour en déterminer l'apparition. M. Dieulafoy a proposé de grouper ces anévrysmes sous le nom d'*anévrysmes à type récurrent*.

Il faut, du reste, dans la pathogénie des accidents observés chez les sujets atteints d'anévrysmes, ne pas oublier que les symptômes dits de compression sont souvent provoqués par des irritations des plexus ou troncs nerveux voisins, en un mot que *le volume de l'anévrysmes est loin d'être en rapport avec les troubles observés*.

La preuve en est, — ainsi qu'une discussion récente à la Société médicale des hôpitaux l'a montré à nouveau, — que les différents symptômes observés, toux, dyspnée, troubles laryngés, *œsophagisme*, etc., peuvent être intermittents, alors cependant que la tumeur anévrysmale conserve ses mêmes dimensions. Le repos, une médication antispasmodique suffisent parfois pour les faire disparaître, en peu de temps. C'est là une considération qui, au point de vue du pronostic et de la thérapeutique, n'est pas dépourvue d'intérêt.

Variétés cliniques de l'anévrysmes suivant son siège. — Nous venons d'étudier l'anévrysmes de l'aorte en général et les troubles qu'il détermine. Il est bien évident qu'il est bien rare les observer tous au grand complet; en outre, ils varieront suivant le siège de la tumeur anévrysmale. Nous passerons rapidement en revue les formes cliniques que prend l'anévrysmes suivant qu'il siège au niveau de l'aorte ascendante, de la crosse de l'aorte, de l'aorte descendante et de l'aorte abdominale.

Anévrysmes de l'aorte ascendante. — Quand l'anévrysmes siège au niveau de l'aorte ascendante, les symptômes de compression sont très peu marqués ou font défaut, tandis que la tumeur se présente avec tous ses caractères pathognomoniques. On comprend facilement, en effet, que l'aorte ascendante étant assez superficiellement placée, elle ait une tendance naturelle à faire saillie au dehors et que, par cela même, les symptômes de compression soient peu fréquents.

⁽¹⁾ DIEULAFOY. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1885, p. 402, 417 et 454.

⁽²⁾ KRISHABER. *Bull. Soc. de biol.*, 1866, p. 152.

Quand ils existent, ils portent surtout sur la veine cave supérieure ou sur l'oreillette droite, déterminant de la dilatation veineuse, de la cyanose, de l'œdème.

La tumeur est située sur le bord droit du sternum, dans le second ou le troisième espace intercostal, et lorsque les parois thoraciques sont perforées, elle se montre comme une saillie hémisphérique, fluctuante et rénitente.

C'est dans cette localisation de l'anévrysmes qu'on constate avec grande netteté les doubles et triples battements du sac, les doubles bruits ou les doubles souffles dont nous avons parlé.

Enfin, l'examen des pouls radiaux ne présente pas de retard appréciable d'un côté sur l'autre; le pouls est seulement retardé dans tout le système artériel. Parfois cependant, si la poche est volumineuse et qu'elle compromette l'origine du tronc brachio-céphalique, le pouls du côté droit peut être plus faible que le pouls du côté gauche.

Anévrysmes de la crosse de l'aorte. — Dans l'anévrysmes de la crosse, les *symptômes de compression sont prédominants*; la tumeur est difficilement ou tardivement perceptible; lorsque la partie supérieure du sternum ou les premières côtes ont été usées, l'anévrysmes vient faire saillie au niveau de la poignée du sternum ou en dehors d'elle, surtout à droite. C'est là, du reste, que l'on avait pu, longtemps avant l'apparition de la tumeur, fixer le siège du maximum des battements et des bruits. En pareil cas, lorsque le diagnostic présente quelques difficultés, l'élévation de la crosse de l'aorte, la surélévation des sous-clavières et les bruits anormaux constatés par la méthode de l'auscultation rétro-sternale (Boy-Tessier) fourniront des renseignements utiles. Enfin, l'examen du pouls donnera des renseignements très importants. Ainsi que nous l'avons dit plus haut, c'est en pareil cas que l'on constate un retard sensible du pouls du côté gauche sur le côté droit, à moins que l'anévrysmes n'intéresse le tronc brachio-céphalique.

Ces différents symptômes réunis aux troubles de compression ont une valeur considérable.

Le *signe de la trachée*, dit encore *symptôme d'Oliver* du nom du médecin qui l'a le premier décrit, peut rendre des services importants pour le diagnostic des anévrysmes profondément situés. Il consiste en une secousse brusque de *haut en bas* imprimée au tube laryngo-trachéal par un anévrysmes siégeant au niveau de la partie postéro-inférieure de la crosse aortique, c'est-à-dire de celle qui se trouve en rapport avec la bronche gauche. Pour bien mettre ce symptôme en évidence, il faut faire maintenir le malade debout, la bouche fermée, le menton aussi relevé que possible et l'on saisit le cartilage cricoïde entre l'index et le pouce, en le maintenant de haut en bas; on perçoit alors la pulsation trachéale. Ewart conseille de se placer derrière le malade et de relever le cartilage cricoïde avec les deux index; Cardarelli emploie un autre procédé: il faut, avec le pouce droit, presser assez fortement sur la moitié droite du corps thyroïde, pendant que l'index gauche appuie légèrement sur le lobe gauche du corps thyroïde; ensuite, tout en tenant le poing fermé, on imprime au pouce un mouvement d'adduction qui repousse la glande thyroïde à gauche. Avec la pulpe du pouce on perçoit alors très nettement les pulsations trachéales quand elles existent. De la sorte, on attire à gauche la trachée et l'origine de la bronche gauche et on rend plus intime le contact entre la crosse de l'aorte et l'angle trachéo-bronchique gauche, en même temps que le tube trachéo-bron-

chique est devenu plus rigide et plus apte à transmettre les secousses imprimées par l'anévrysme.

La valeur clinique de ce signe a été étudiée et confirmée par Mac Donnell⁽¹⁾, Potain, Martin-Dürr, Fraenkel, Pausini, etc.

Dans les cas où coexistent quelques symptômes de compression, on comprend que le *signe de la trachée* peut rendre des services pour établir un diagnostic précis. Pris isolément, il n'aurait peut-être pas pour Ewart une valeur absolue, car il aurait constaté assez fréquemment son existence chez des sujets normaux.

Comme symptôme de même ordre, Feletti⁽²⁾ a signalé la *pulsation céphalique*, secousse rythmée de la tête, provoquée, dit-il, par une sorte de traction en bas, exercée par l'anévrysme sur la trachée par l'intermédiaire de la bronche gauche. Ce fait nous paraît susceptible d'une autre explication et ne doit pas être considéré comme possédant une valeur pathognomonique.

Anévrysme de l'aorte descendante. — Le diagnostic de l'anévrysme situé sur le trajet de l'aorte thoracique descendante est souvent hérissé de difficultés. En effet, les symptômes de compression ne sont pas toujours accusés et les signes physiques passent inaperçus, la tumeur ne venant faire saillie dans la région dorsale qu'à une époque avancée de la maladie ou faisant fréquemment défaut.

Les symptômes les plus importants sont, d'une part, l'existence fréquente de névralgies intercostales rebelles et douloureuses, d'autre part, les signes fournis par l'appareil respiratoire; on pourrait dire avec M. Rendu que le signe de l'anévrysme de l'aorte descendante, c'est le *cornage*. Le malade à l'état de repos présente une inspiration rude, prolongée; mais, fait-il un effort ou un mouvement, ou essaie-t-il seulement de parler durant quelques instants, aussitôt l'inspiration devient rauque, sonore, stridente. En même temps il se produit un véritable tirage sus-claviculaire avec dépression des téguments.

C'est là un signe de valeur. Il en est de même de celui qu'avait jadis indiqué Green, la *distension de la veine jugulaire du côté gauche*; il faut, pour que ce phénomène se produise, que la tumeur se soit développée dans la première portion de l'aorte descendante.

Enfin, il existe un signe qui a été observé plusieurs fois dans l'anévrysme de l'aorte descendante et que Mayne, puis Stokes⁽³⁾ ont décrit et sur lequel M. Rendu⁽⁴⁾ a attiré l'attention, c'est la *rétraction de la paroi costale* du côté gauche de la poitrine, rétraction qui est due à un état atelectasique du poumon avec formation d'adhérences pleurales. Malheureusement, ce signe n'a pas une grande valeur; tout au contraire, il peut induire facilement en erreur en permettant de mettre sur le compte d'une lésion pulmonaire les troubles, la dyspnée, etc., dont se plaint le malade.

En résumé, les phénomènes fournis par la compression de la bronche gauche sont les plus fréquents et les plus caractéristiques; l'auscultation permet d'entendre en arrière des souffles de timbres divers, depuis le souffle tubaire jusqu'au souffle caverneux; lorsque surviennent des hémoptysies, l'erreur est possible avec la tuberculose pulmonaire et, en réalité, elle a été fréquemment commise.

(1) MAC DONNELL. *Lancet*, 7 et 14 mars 1891.

(2) FELETTI. *Congrès de la Soc. ital. de méd. int.*, in *Semaine méd.*, 1895, p. 479.

(3) STOKES. *Maladies du cœur et de l'aorte*.

(4) RENDU. *Clinique méd.*, t. I.

Quand la tumeur anévrysmale vient faire saillie, c'est le plus souvent à gauche de la colonne vertébrale, entre la septième et la dixième côte; quelquefois aussi elle peut progresser d'arrière en avant et venir faire saillie au niveau du sternum, mais à gauche de cet os.

Anévrysme de l'aorte abdominale. — L'anévrysme de l'aorte abdominale se développe le plus souvent au niveau du trépied cœliaque et vient faire saillie dans la région sous-ombilicale, soit sur la ligne médiane, soit plus souvent encore à gauche, dans la région de la rate.

Avant que le diagnostic ne puisse se baser sur la constatation de signes physiques importants, l'anévrysme a déjà donné lieu à différents symptômes dont le principal est, sans aucun doute, le phénomène *douleur*. Il est, en effet, assez habituel d'observer, durant longtemps, des douleurs intenses, souvent à forme de névralgies lombo-abdominales et cette discordance entre le degré très marqué qu'elles peuvent prendre et le maintien d'un bon état général constitue précisément un signe présomptif qui n'est pas sans valeur. Aux phénomènes douloureux viennent se joindre parfois des troubles de la marche, de la faiblesse dans les membres inférieurs.

Il ne faudrait pas croire que ces différents phénomènes soient nécessairement liés à une destruction des vertèbres avec lesquels l'anévrysme se trouve en contact; il n'y a, à cet égard, aucun rapport à établir. La douleur produite par l'usure des corps vertébraux est plus sourde, plus térébrante, mais moins aiguë que la douleur due à la compression des plexus nerveux.

Lorsque la tumeur anévrysmale vient faire saillie sous les parois abdominales, les caractères qu'elle présente permettent d'en faire le diagnostic; c'est, en effet, une tumeur pulsatile, mais, fait depuis longtemps signalé, elle ne présente qu'un *seul battement*, et l'auscultation, bien plus fréquemment que dans l'anévrysme aortique, permet d'y constater un *bruit de souffle*, mais celui-ci est *unique*. Ajoutons enfin que le pouls fémoral retarde sur le pouls radial.

Une des complications les plus fréquentes de l'anévrysme abdominal, c'est sa transformation en anévrysme diffus, encore appelé par les auteurs faux consécutif; généralement alors les battements diminuent d'intensité, mais ils persistent cependant.

C'est le plus souvent par rupture, soit dans le tissu cellulaire voisin, soit dans une cavité séreuse, que la mort survient dans cette variété d'anévrysme; les cas n'en sont pas exceptionnels et il n'y aurait, pour s'en convaincre, qu'à feuilleter les *Bulletins de la Société anatomique* où l'on en trouvera de nombreux exemples.

Lorsque l'anévrysme est volumineux, il peut déterminer des phénomènes de compression ou déplacer les organes voisins, rate, cœur, foie, etc., et occasionner des troubles divers.

Radioscopie. — A tous les signes que nous venons de passer en revue, la découverte et l'application médicale des rayons de Röntgen en ont ajouté un autre d'une grande importance. La radioscopie a permis de diagnostiquer des anévrysmes latents, profondément situés, soit au niveau de la crosse, soit au niveau de l'aorte thoracique. Wassermann, Holzknicht, Aron, Béclère⁽⁴⁾ ont bien précisé la manière d'utiliser les rayons X et d'interpréter les images obtenues.

(4) BÉCLÈRE. Les rayons de Röntgen et le diagnostic des affections thoraciques. *Congrès int. d'électrol. et de rad. méd.*, Paris, 1900.