

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.

Il faut pratiquer l'examen en plaçant *successivement* le sujet dans diverses positions, autrement dit faire tout d'abord l'examen antérieur et postérieur, puis ensuite l'examen latéral gauche et latéral droit. C'est surtout ce dernier examen que Bécclère recommande comme étant le plus propre à renseigner sur l'état de la crosse aortique, mais à condition de le pratiquer obliquement; il faut, dit-il, inviter le sujet à tourner sur lui-même, tout en continuant à s'appuyer par son côté droit sur l'écran demeuré immobile, jusqu'à ce que celui-ci forme sous la face antérieure du thorax un angle d'environ 45 degrés. « L'image radioscopique obtenue présente ainsi 5 zones claires, d'inégale étendue, limitées et séparées par deux ombres verticales distinctes, l'ombre de la colonne vertébrale à gauche, l'ombre du cœur à sa droite. Dans cette position, le cœur semble avoir perdu sa pointe; il offre la forme d'un triangle à peu près équilatéral dont la base se confond avec le diaphragme. De l'angle supérieur du triangle cardiaque s'élève un prolongement, une sorte de bourgeonnement vertical. Cette étroite bande d'ombre qui continue en haut l'ombre du cœur n'est autre chose que la projection sur l'écran des ombres superposées des deux portions ascendante et descendante de la crosse aortique. »

Quand cette ombre rubannée, projection des deux parties de la crosse aortique, présente non pas seulement un élargissement, mais quelque part sur son trajet un renflement insolite, on peut être certain de la présence d'un anévrysme; quelques variétés que présente ce renflement, qu'il soit régulier ou irrégulier, en quelque sorte pédiculé ou non, il est le plus souvent animé de pulsations visibles. En l'absence de tout autre signe physique ou fonctionnel, le diagnostic d'anévrysme s'impose dans ces conditions.

On voit donc de quels secours précieux la radioscopie vient, en pareil cas, aider le clinicien; il aidera non seulement au diagnostic précoce, mais permettra encore de juger l'évolution de la tumeur anévrysmale et la valeur des moyens thérapeutiques employés.

Évolution de l'anévrysme. — L'anévrysme se développe habituellement d'une façon lente et insidieuse et il est naturellement difficile de préciser l'époque à laquelle il a commencé à se développer.

Ce développement se fait, il est vrai, d'une façon lente, mais il se poursuit d'une manière ininterrompue et les cas où la tumeur est restée stationnaire pendant longtemps sont très exceptionnels. La tumeur augmente ainsi constamment de volume, à moins que ne survienne une complication qui termine la maladie d'une manière fatale. Tous les obstacles qu'elle rencontre sont renversés et détruits les uns après les autres, et ce n'est pas une des moindres particularités de cette maladie que de voir une dilatation artérielle user et détruire les os plus rapidement encore que ne pourrait le faire une tumeur maligne. Dans un cas rapporté par Brault à la Société anatomique⁽¹⁾, un anévrysme de la crosse de l'aorte, consécutif à une endartérite localisée, avait effondré la partie supérieure du sternum, détruit l'extrémité interne des clavicles et des côtes supérieures; la tumeur occupait les parties antérieures et latérales du cœur et atteignait presque le bord inférieur du maxillaire, simulant ainsi un volumineux goître kystique.

Le développement de la tumeur est rarement aussi considérable; le plus

⁽¹⁾ BRAULT. *Bull. de la Soc. anat.*, 1890, p. 405

souvent il est arrêté dans son évolution, soit par la formation de nombreux caillots fibrineux dans le sac anévrysmal, soit par le fait d'une complication intercurrente inattendue qui vient hâter le dénouement fatal.

Guérison de l'anévrysme aortique. — La guérison est-elle possible? Le fait est rare, mais il est indiscutable; l'anévrysme peut guérir par oblitération du sac, que celle-ci soit produite par un processus tout spontané ou qu'elle survienne à la suite d'une intervention médicale ou chirurgicale. Panaroli, Albertini, puis Cruveilhier, Rokitansky, Dusol, Legrand, Goupil, ont constaté le fait à l'autopsie. Natier⁽¹⁾ rapporte qu'il a constaté à l'autopsie d'un vieillard de soixante et onze ans, un anévrysme de la crosse de l'aorte entièrement guéri et qui avait passé inaperçu durant la vie. Cet anévrysme n'était plus représenté que par une masse ovoïde, du volume du poing, adhérant intimement à la colonne vertébrale voisine.

Modes de terminaison et complications. — L'anévrysme, en se développant, donne lieu à des phénomènes divers extrêmement variables; il est absolument impossible, lors même que le diagnostic de la maladie a été posé, de dire ce que l'anévrysme va devenir, quels phénomènes de compression il va déterminer, à quelles complications intercurrentes il est exposé. Parfois même son évolution a été absolument latente; il n'a déterminé aucun trouble appréciable dans la santé, et c'est à l'autopsie seulement que l'on trouve la cause d'une mort subite que rien ne permettait de prévoir. Ces cas sont bien certainement beaucoup moins fréquents que le public, pour qui toute mort subite est le synonyme d'un anévrysme, ne l'admet d'une façon générale, mais ils n'en existent pas moins. Lebert a observé le fait dans un huitième des cas.

Nous avons déjà parlé des différents symptômes de compression qui permettent de supposer l'existence de l'anévrysme, mais ils peuvent par eux-mêmes déterminer la mort; c'est ainsi qu'on a vu survenir des phénomènes de compression du côté de la trachée assez graves pour entraîner l'*asphyxie*, asphyxie lente que la trachéotomie ne peut pas toujours conjurer. Il en est de même de l'*œdème de la glotte*, de la *compression de la veine cave supérieure* qui détermine de la congestion veineuse encéphalique aboutissant à un véritable coma.

Un des accidents les plus fréquemment observés et les plus graves, ce sont les *ruptures de l'anévrysme*.

Celles-ci se produisent de différentes façons au niveau des téguments quand la tumeur est venue faire saillie à l'extérieur, dans les tissus ou les organes voisins quand l'anévrysme s'est développé à l'intérieur soit du thorax, soit de la cavité abdominale.

Dans le premier cas, la peau qui recouvrait la tumeur prend une coloration bleuâtre, violacée; elle s'amincit, se sphacèle à sa surface et ainsi se produit l'hémorragie, lorsque l'eschare est tombée. Cette hémorragie est souvent d'une telle abondance que la mort survient presque immédiatement; parfois aussi l'hémorragie que l'on prévoyait depuis quelques jours, peut être passagèrement arrêtée jusqu'au moment où elle se reproduit et finit progressivement par entraîner la mort. Dans quelques cas l'existence de caillots dans le sac, ou l'application de moyens contentifs, a pu retarder l'issue fatale pendant un temps souvent fort long. Tel est le cas que rapporte Stokes et qui est relatif à une femme, âgée de 35 à 40 ans, chez laquelle la tumeur anévrysmale

⁽¹⁾ NATIER. *Journal de méd. de Bordeaux*, 25 avril 1886.

s'était gangrenée. « On aperçut alors un tissu qu'on prit pour la face externe des caillots qui tapissaient l'anévrysme. A chaque mouvement systolique du cœur, ce caillot avançait de manière à fermer l'orifice cutané; il rétrogradait au moment de la diastole. La malade était gaie et parlait beaucoup; on avait de la peine à l'empêcher de chanter à haute voix. Quelques jours après, le caillot céda, et il s'échappa une très grande quantité de sang. La mort eût été instantanée, sans la présence d'esprit de l'infirmière qui, saisissant un tablier de coton, en enfonça un morceau dans la plaie, de manière à en oblitérer l'ouverture. La malade se rétablit cette fois, et, pendant longtemps, elle offrit le spectacle extraordinaire d'un individu plein de vie et d'intelligence, dont l'existence dépendait de l'appui précaire d'un chiffon qui semblait, à chaque battement du cœur, sur le point d'être expulsé » (1).

Lorsque la rupture se fait dans un viscère creux et dans le tissu cellulaire avoisinant, les symptômes varient suivant le siège de l'anévrysme et celui de la rupture. Le plus souvent on assiste au tableau d'une *hémorragie interne*, pâleur subite, suivie d'une syncope rapidement mortelle; la rupture du sac s'annonce assez fréquemment par une douleur déchirante extrêmement vive.

La rupture de l'anévrysme peut aussi se faire soit dans le tissu cellulaire du médiastin, soit dans l'œsophage, soit dans la trachée, soit dans la bronche gauche, ou la cavité pleurale, parfois dans le canal rachidien lorsque l'anévrysme est venu ronger et détruire les vertèbres, et cet accident détermine alors des accidents de paraplégie subite (Laënnec).

Quand l'anévrysme sera situé sur l'aorte ascendante, il pourra alors s'ouvrir dans le péricarde, dans la veine cave supérieure, en déterminant la production d'un anévrysme artério-veineux; l'anévrysme abdominal pourra se rompre — et le cas est fréquent, car, plus qu'un autre, il est exposé à des traumatismes multiples — dans la cavité péritonéale et déterminer des accidents très rapidement graves.

Il ne faudrait pas croire cependant que la mort subite dans l'anévrysme soit un fait habituel, même lorsqu'il y a rupture. On voit, en effet, des faits dans lesquels l'anévrysme ne donne pas lieu à une *hémorragie subite, abondante, mais à des séries de petites hémorragies peu considérables* qui se répètent fréquemment; la mort ne survient alors qu'après un temps plus ou moins long.

C'est ainsi qu'il n'est pas exceptionnel d'observer pendant des semaines, ou des mois, des petites hémoptysies qui se répètent avec une extrême fréquence et dont la véritable cause n'est pas toujours reconnue; c'est souvent dans ces cas que l'on pense à la possibilité d'une tuberculose pulmonaire.

Il peut en être de même lorsque l'anévrysme s'ouvre dans une cavité séreuse telle que la plèvre. C'est ainsi qu'on a vu (Stokes) plusieurs épanchements sanglants de la cavité pleurale se produire successivement, alors que, dans l'intervalle, la santé paraissait excellente.

En dehors de ces causes de mort, qui tiennent aux accidents de compression ou de rupture, la terminaison fatale peut survenir par *syncope* sans qu'il y ait rupture du sac; elle est alors subite et inattendue, ou bien est produite par une *embolie* qu'a causée un caillot détaché du sac anévrysmal.

Elle peut encore survenir lentement, progressivement, par une sorte de

(1) STOKES. *Loc. cit.*, p. 590.

cachexie lente; privé de sommeil depuis longtemps, torturé par des douleurs continues, contre lesquelles toute la thérapeutique vient échouer, le malade s'affaiblit, maigrit et finit par succomber, sans qu'aucun accident soit survenu pour expliquer la mort. Morgagni, qui avait observé des faits de ce genre, pensait que cette sorte de cachexie anévrysmatique était due à la compression du canal thoracique, et il citait à l'appui de son opinion des faits de Valsalva et de Santorini; cette opinion ne semble pas pouvoir se baser sur des faits anatomiques certains; tout au contraire, alors que la compression du canal thoracique a été observée, aucun symptôme analogue ne s'était montré.

Enfin, la mort peut survenir en dehors des accidents imputables à l'anévrysme lui-même, par le fait d'une maladie aiguë, surtout d'une maladie pulmonaire, pneumonie, pleurésie, etc. On a cité la *gangrène pulmonaire* comme une des complications de l'anévrysme, et Carswell l'attribuait à une compression des artères nourricières. Pareils faits sont exceptionnels et demandent peut-être une autre pathogénie.

Une autre affection pulmonaire, infiniment plus fréquente au cours de l'anévrysme, c'est la *tuberculose pulmonaire*. Cette coïncidence fut, pour la première fois, mentionnée par Stokes; après lui, Fuller, en 1856, s'appuyant sur les résultats fournis par les autopsies de Rokitansky, nie qu'il y ait aucune relation étiologique entre l'anévrysme et la tuberculose pulmonaire. En France, Jaccoud (1), Hérard et Cornil (2), puis Hanot (3) sont revenus sur cette question et admettent tous que la coïncidence n'est pas un simple fait du hasard, du moins pour l'anévrysme de la crosse. Il y a autre chose et on peut invoquer soit une compression du pneumogastrique (Habersohn, Hérard et Cornil, Bucquoy) déterminant des troubles circulatoires et nutritifs du côté du poumon, soit un rétrécissement par compression de l'artère pulmonaire (M. Raynaud, Hanot). Cette dernière opinion a pour elle ce fait que la tuberculose siège généralement à gauche, et que c'est précisément la branche gauche de l'artère pulmonaire qui se trouve être comprimée; puis, elle s'appuie sur la coïncidence assez fréquemment rencontrée de la tuberculose pulmonaire et du rétrécissement congénital ou acquis de l'artère pulmonaire. Néanmoins, on doit avouer que la pathogénie et les conditions qui favorisent le développement du bacille tuberculeux en pareilles circonstances sont encore mal connues.

Au point de vue clinique, le plus souvent on diagnostique la tuberculose et l'on méconnaît entièrement l'anévrysme qui n'est qu'une trouvaille d'autopsie; parfois même les lésions pulmonaires qu'on croyait être arrivées à un degré avancé de leur évolution sont peu étendues et les signes physiques étaient en rapport avec l'anévrysme.

Dans quelques cas enfin, la tuberculose ne joue qu'un rôle tout à fait secondaire et passe inaperçue.

La fréquence de cette coïncidence serait, d'après Hanot, de 25 pour 100; suivant Kortz, qui a relevé, depuis 1866, tous les faits d'anévrysme de l'aorte présentés à la Société anatomique, cette fréquence serait plus grande encore et atteindrait 25 pour 100.

Anévrysme artério-veineux de l'aorte. — L'anévrysme artério-veineux résulte

(1) JACCOUD. *Clinique méd.*, 1867.

(2) HÉRARD et CORNIL. *Traité de la phthisie pulmonaire*, 1^{re} édition.

(3) HANOT. *Arch. de méd.*, 1876, t. II. — On peut consulter encore sur ce sujet la thèse d'AUBRY, Thèse de Bordeaux, 1886, et celle de KORTZ, Thèse de Paris, 1892.

de la communication accidentelle de l'aorte avec une veine voisine ou avec une des cavités cardiaques à sang noir.

L'anévrysme artério-veineux de l'aorte est moins anciennement connu que l'anévrysme périphérique de même nature. Laënnec avait signalé déjà la communication de l'anévrysme aortique avec les artères pulmonaires; celle de l'aorte avec les veines caves supérieure ou inférieure n'est connue que depuis le travail de Syme (d'Édimbourg), travail paru en 1851; après lui, il faut citer le mémoire de Thurnam, les thèses de Goupil⁽¹⁾ et de Tripier⁽²⁾, le mémoire plus récent de Pepper et Griffith.

Contrairement aux anévrysmes artério-veineux des membres, l'anévrysme artério-veineux de l'aorte est toujours — à part un cas unique — consécutif à un anévrysme artériel; il constitue donc à proprement parler une complication de l'anévrysme de l'aorte.

La communication de l'aorte peut se faire avec tous les troncs veineux du voisinage, avec la veine cave supérieure, avec les artères pulmonaires, les oreillettes, le ventricule droit. D'après Sibson, cité par Charcot⁽³⁾, sur 29 cas, 17 fois la perforation intéressait l'artère pulmonaire, 7 fois la veine cave inférieure. Aran a rapporté de son côté 5 observations où la tumeur s'était ouverte dans l'oreillette droite, 4 où l'oreillette gauche avait été perforée.

Enfin Pepper et Griffith⁽⁴⁾ ont recueilli 29 cas rapportés par les auteurs d'anévrysmes artério-veineux de l'aorte et de la veine cave supérieure. C'est, on le voit, une complication très exceptionnelle, le nombre des cas étant très peu considérable.

La rupture, pour ce qui concerne l'aorte thoracique, se fait le plus habituellement au niveau de l'aorte ascendante; on a signalé toutefois des anévrysmes artério-veineux de l'aorte abdominale.

Le début de cette complication se présente généralement avec une grande brusquerie: il s'agit d'un malade, atteint d'anévrysme aortique, chez lequel on observait parfois depuis quelque temps des phénomènes imputables à la compression d'un gros tronc veineux, la veine cave supérieure, par exemple, et qui, subitement, est pris d'une dyspnée intense; la face se cyanose, et cette coloration violacée, que l'on croyait passagère, loin de disparaître, envahit progressivement la partie supérieure du tronc. L'œdème survient, les veines sous-cutanées de la région prennent un développement extrême, tous phénomènes révélateurs de l'obstacle qui existe à la circulation veineuse rétrograde et qui, sans l'existence de signes physiques, pourraient faire croire à l'existence d'une thrombose veineuse.

A ces signes principaux viennent s'en joindre d'autres, tels que dyspnée, râles divers, hémoptysies, ou bien tendance invincible au sommeil, pouvant aboutir au coma terminal.

L'examen de la poitrine présente des symptômes variables, au point de vue de l'existence des souffles et des battements; un seul signe est véritablement caractéristique; c'est l'existence d'un bruit de souffle qui se perçoit au maximum dans le voisinage du 2^e ou 1^{er} espace intercostal droit; il est systolique, avec renforcement à la fin de la systole; il se propage non seulement dans la

(1) GOUPIL. Thèse de Paris, 1855.

(2) TRIPIER. Thèse de Paris, 1864.

(3) CHARCOT. *Loc. cit.*, p. 559.

(4) W. PEPPER et GRIFFITH. *Amer. Journal of the med. sc.*, octobre 1890.

carotide, mais dans les vaisseaux veineux du cou du côté droit. Quelques auteurs signalent aussi l'existence d'un souffle diastolique doux, aspiratif qui serait dû au retour du sang veineux dans la poche anévrysmale; mais, le plus souvent, il n'existe qu'un souffle systolique prolongé, s'expliquant par l'augmentation de la pression dans la veine cave supérieure. Le plus souvent ce souffle s'accompagne d'un frémissement vibratoire avec thrill.

D'après M. Tripier, ce signe pourrait faire défaut et l'on doit tenir grand compte alors des conditions très spéciales dans lesquelles est survenue la maladie.

Les communications de l'aorte avec l'artère pulmonaire donnent lieu à des troubles plus généralisés encore; la teinte violacée des téguments est presque uniforme. Celles qui se produisent au niveau des oreillettes ou du ventricule droit ne sont presque jamais que des surprises d'autopsie; leur histoire clinique n'est pas connue.

C'est là un accident d'une haute gravité et le pronostic est toujours fatal; la mort, en effet, peut survenir en quelques heures et si la survie se prolonge, elle ne va guère — et le cas est rare — qu'à quelques mois.

Diagnostic. — « Il est peu de maladies aussi insidieuses que l'anévrysme de l'aorte; 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; et lorsqu'il ne produit ni l'un ni l'autre de ces effets, souvent le premier signe de son existence est une mort aussi subite que celle qui est donnée par un coup de feu. » C'est ainsi que Laënnec⁽¹⁾ commence le chapitre qu'il consacre aux signes physiques de l'anévrysme aortique, et l'on peut dire que ces paroles sont encore vraies aujourd'hui; non seulement le diagnostic de l'anévrysme aortique n'est pas toujours fait, mais fréquemment on confond cette maladie avec une autre.

Il est évident que, si la tumeur fait une saillie appréciable au dehors, le diagnostic s'impose à l'esprit et la constatation des signes physiques permet de le confirmer. Il n'en est plus de même si l'anévrysme est encore contenu dans la cage thoracique.

Il faudra soupçonner cette maladie lorsque l'on se trouve en présence d'un malade qui se plaint de douleurs thoraciques et de dyspnée, et que l'examen physique du cœur et des poumons ne donne pas l'explication de ces phénomènes.

Il faut alors chercher avec grand soin, après avoir mis à nu la poitrine du malade, s'il n'y a pas de pulsations appréciables à l'œil et distinctes des battements cardiaques; suivant le conseil de Greene, il faut mettre le malade entre la lumière et l'observateur, et, plaçant l'œil au niveau, ou un peu au-dessous de l'une des épaules du malade, on explore ainsi à *jour frisant* tout le thorax.

On pratique ensuite la palpation de la région suspecte, surtout au moment de l'expiration, et, en déprimant les parois thoraciques; on peut parfois alors sentir avec plus de netteté l'existence d'un battement qui suit presque immédiatement la pulsation cardiaque.

On complétera l'examen par l'auscultation attentive du thorax: on comprend

(1) LAËNNEC, t. III, p. 221.