cation complète et définitive de la poche, ce qui, dans l'espèce, est la guérison. Mais ce n'est là, aujourd'hui, qu'une espérance, dont la légitimité ne peut être jugée qu'après une observation prolongée encore pendant plusieurs mois. Les conditions actuelles sont favorables, mais je ne puis rien vous dire de plus précis.

TRENTE-QUATRIÈME LEÇON

ANÉVRYSMES AORTIQUES

(SUITE)

(5 JUIN 1886)

Suite de l'histoire de la malade. — Érysipèle intercurrent. — Maintien des modifications favorables de l'anévrysme. — État satisfaisant à la sortie.

Autre observation d'anévrysme de l'aorte ascendante avec tumeur extérieure. — Caractères cliniques. — De l'absence de souffle dans l'anévrysme aortique. — Diagnostic d'une poche profonde associée à la tumeur extérieure.

Traitement. — Médications. — Électro-puncture. — Trois applications. — Effets immédiats et consécutifs. — Extension progressive de l'anévrysme. — Insuccès du traitement électrique. — Rupture dans le médiastin. — Résultats de l'autopsie.

MESSIEURS,

Le 19 janvier dernier, je vous ai parlé d'une femme affectée d'un double anévrysme aortique d'origine syphilitique, et je vous ai dit, en terminant, que l'état de cette malade était satisfaisant, et que nous pouvions bien augurer de la solidité des modifications favorables, constatées dans le plus volumineux de ses deux anévrysmes.

L'événement n'a pas tardé à me donner raison. Dix jours après ma leçon, vers la fin de janvier, cette femme

a été atteinte d'un érysipèle de la face des plus graves, qui a mis pendant plusieurs jours sa vie en péril; l'hyperthermie était forte, durant toute la période d'acmé la température a été de 40° ou au-dessus, et la défervescence n'a eu lieu qu'après neuf jours. Or, non seulement la malade a parfaitement guéri de son érysipèle, mais cet incident n'a eu aucune influence fâcheuse sur son anévrysme; nous l'avons retrouvé après la guérison tel qu'il était au début de l'érysipèle, et nous avons eu ainsi la preuve que les changements favorables, opérés dans la tumeur, avaient été assez solides pour résister aux perturbations circulatoires, issues d'une fièvre forte et prolongée.

A la suite, la malade est restée encore près de six semaines dans notre service, le traitement par le lait et l'iodure de potassium ayant été repris dès la convalescence de l'érysipèle. Pendant ce temps, nous avons pu constater de nouveaux progrès, en ce sens que dans la région interscapulaire, il n'y avait plus de battements appréciables à la main, quelque profonde que fût la palpation ; le souffle persistant semblait plus lointain; quant aux souffles antérieurs, ils présentaient toujours les mêmes caractères.

En cette situation, cette femme, qui depuis longtemps n'éprouvait plus aucun symptôme pénible, a voulu nous quitter, et elle est sortie au milieu de mars, promettant de continuer l'usage de l'iodure de potassium, et de revenir si elle ressentait la moindre incommodité. Jusqu'à ce jour nous ne l'avons pas revue, et en raison de l'incident de l'érysipèle, nous pouvons avoir une certaine confiance dans la solidité de cette amélioration.

Que la spécificité de la cause de l'anévrysme soit pour quelque chose dans cette heureuse évolution, je n'hésite pas à le croire, mais nous n'en avons pas moins là un remarquable exemple d'anévrysme aortique à marche très lente, et immobilisé par le traitement dans un état stationnaire des plus favorables.

Je puis maintenant vous présenter un cas absolument opposé; j'ai à vous entretenir d'un anévrysme de l'aorte dont la marche a été très rapide, incesssamment extensive, si bien que nous n'avons pas pu obtenir un seul moment d'état stationnaire, quoique le traitement le plus actif soit intervenu. Le contraste entre ces deux cas est vraiment saisissant, et si une telle expression m'est permise, je dirai que le premier est un type d'*anévrysme bénin;* — le second un type d'*anévrysme malin.*

Voici l'histoire de ce second malade.

C'est un homme de quarante ans, marchand de bois, de forte constitution, d'une santé habituellement bonne. Dans le mois de septembre 1885, il a été pris, sans cause appréciable, de douleurs dans le côté droit de la poitrine; lorsque ces douleurs étaient très fortes, elles causaient un peu de gêne respiratoire, mais le fait était assez rare. Au premier octobre, cet homme est entré à la maison municipale de santé, où il a fait un séjour d'un mois; ses douleurs furent considérées comme des névralgies intercostales, et traitées par des topiques et des révulsifs.

A la fin d'octobre, le malade retourne à Châlons-sur-Marne, sa résidence ordinaire; ses douleurs sont moins

fréquentes et moins fortes, il n'éprouve d'ailleurs aucun autre symptôme, si bien qu'il peut travailler comme à son ordinaire pendant les mois de novembre et décembre, et jusqu'au milieu de janvier. Retenez cette période relativement longue, durant laquelle l'anévrysme ne se manifeste que par des douleurs simulant la névralgie intercostale; cette situation trompeuse est on ne peut plus fréquente en pareille occurrence; ce n'est que par des examens répétés et minutieux qu'on peut éviter la faute de diagnostic et de traitement, à laquelle elle donne lieu, si l'on s'en tient à l'apparence.

Au milieu de janvier 1886, les douleurs reprennent une telle intensité et une telle continuité, que cet homme est obligé d'abandonner immédiatement tout travail. Les soins que lui prodigue son médecin, le docteur Flamain, lui procurent à peine quelque soulagement, et les choses vont ainsi, sans nul symptôme nouveau, jusqu'à la fin de février; à cette date, à l'occasion d'une friction, le malade constate, sur le devant de sa poitrine, une grosseur, dont le développement a été soudain, car il est certain qu'elle n'existait pas les jours précédents. Il s'empresse de la faire voir à M. Flamain, et ce distingué confrère, avec sa compétence parfaite, reconnaît aussitôt qu'il s'agit d'une tumeur anévrysmale.

Après quelques jours de tergiversation, il décide le malade à se rendre à Paris, et il me fait l'honneur de me l'adresser.

C'est ainsi que cet homme est arrivé dans mon service, où il occupe, depuis le 10 mars, le numéro 22 de la salle Jenner.

A son entrée, je constate, dans la partie interne du deuxième espace intercostal droit, une tumeur saillante présentant exactement la forme d'une calotte sphérique, avec un diamètre de 4 centimètres. L'inspection y montre des battements isochrones au pouls, la palpation fait sentir des pulsations expansives, la percussion dénote une matité absolue, l'auscultation fait entendre deux claquements nettement frappés, tout à fait analogues aux deux tons normaux du cœur; il n'y a pas trace de souffle, et je vous dis une fois pour toutes qu'il n'y en a jamais eu.

Cette absence de souffle est la règle dans l'anévrysme de l'aorte ascendante, et elle persiste tant que la paroi de la poche a une surface uniforme, et qu'elle conserve sa rétractilité et son élasticité normales; c'est là un fait séméiologique de majeure importance, sur lequel je n'ai cessé d'appeler l'attention depuis mes premières leçons sur l'anévrysme aortique, il y a vingt ans, dans ma *Clinique de la Charité*. Le même caractère négatif peut être observé dans l'anévrysme de la crosse, mais il est plus rare. — Si l'on ignore cette éventualité, si l'on attend le souffle pour admettre un anévrysme, on le méconnaîtra le plus souvent, lorsqu'il s'agit de l'aorte ascendante.

Nous avons donc ici, saillante à l'extérieur, une tumeur anévrysmale du segment initial de l'aorte, présentant au complet, et avec une grande netteté, les signes caractéristiques. Cette tumeur naît évidemment de la paroi antérieure du cylindre artériel.

Mais dès mon premier examen, j'ai été amené à penser que cette formation anévrysmale n'était pas seule, qu'une seconde tumeur devait avoir pour point de dé-

part la paroi postérieure du vaisseau, ou tout au moins que la saillie extérieure n'était qu'une partie d'une tumeur plus vaste se dirigeant dans la profondeur d'avant en arrière. Cette présomption m'est inspirée par l'examen des poumons; à gauche tout est normal; à droite, il en est de même en avant; mais en arrière, il y a à la base des râles sous-crépitants, et, à la partie moyenne, une zone où la respiration est manifestement rude et soufflante.

Il y a donc lieu d'admettre un certain degré de compression de l'une des divisions de la bronche droite; or, ce n'est certainement pas la tumeur extérieure qui peut produire cette compression, et il faut conclure de toute nécessité, ou qu'il y a deux anévrysmes indépendants l'un de l'autre; ou que l'anévrysme, s'il est unique, présente un diverticulum profond. J'incline plutôt vers cette dernière interprétation, qui répond à l'éventualité la plus fréquente.

Les examens successifs m'ont d'ailleurs démontré la persistance des phénomènes pulmonaires, dont je viens de vous parler.

La raison de cette endaortite anévrysmale est restée un peu vague; le malade n'est point alcoolique, il n'a pas eu la syphilis, il n'a pas été affecté de rhumatisme; bref, aucune des causes communes de cette altération n'est saisissable. Tout ce que je puis relever, c'est que le père de cet homme a été tué à l'âge de soixante-trois ans par une attaque d'apoplexie cérébrale; il y a donc dans la famille une certaine prédisposition aux lésions vasculaires.

Il convient en outre de tenir compte des efforts répétés que le malade a faits pendant nombre d'années, par suite de son travail de marchand de bois.

L'étiologie, en somme, n'est pas complètement nulle; dans bien des cas de ce genre, vous ne trouverez pas des raisons aussi rationnelles, pour expliquer la production de l'anévrysme.

A l'arrivée du malade, j'ai basé ma détermination thérapeutique sur les considérations suivantes : plus de douleurs depuis l'apparition de la tumeur; — pas de dyspnée, aucun phénomène de compression; — intégrité parfaite des téguments et des couches sous-cutanées au niveau de la saillie; donc, aucune urgence. — D'autre part, j'ignorais à ce moment si la tumeur resterait stationnaire, ou si elle présenterait une marche extensive; l'intervention énergique nécessaire dans cette seconde éventualité, était tout à fait inopportune dans la première.

Pour ces raisons, je me contentai de prescrire le traitement auquel j'ai constamment recours dans les circonstances analogues : repos absolu dans le décubitus dorsal; — régime lacté exclusif; — iodure de potassium, 4 grammes par jour.

Malgré ce qu'a de pénible la prescription relative au repos, le malade, soutenu par un ardent désir de la guérison, se soumet rigoureusement à ce traitement; il ne souffre pas, il est calme, il est satisfait, et pendant une dizaine de jours les choses sont au mieux, je ne vois aucune raison valable pour une modification thérapeutique.

Mais à partir du 20 mars, je suis obligé de reconnaître

que malgré cette excellente apparence, la tumeur augmente, et qu'elle augmente sans prendre plus de consistance. Une observation de quelques jours me démontre en outre que cet accroissement est continu, et comme je ne trouve aucun signe de formation de caillots à l'intérieur de la poche, je conçois les craintes les plus sérieuses au sujet de l'amincissement croissant de la paroi par distension progressive; en tout cas, j'ai la preuve que l'anévrysme est extensif, et par suite, je n'ai plus le droit de m'en tenir à la médication primitive.

Je la maintiendrai, car bien qu'insuffisante, elle est certainement utile, mais j'y ajouterai un traitement direct, qui provoque la formation rapide d'une couche de caillots dans la poche; par là, je soutiendrai la paroi et compenserai l'amincissement; en outre, cette stratification, si elle est solide, opposera un obstacle efficace à l'extension de la tumeur.

Le traitement qui remplit cette indication est l'électrisation du contenu de l'anévrysme par un courant constant après ponction de la paroi; c'est la méthode électrolytique, ou méthode de l'électropuncture.

La tumeur est nettement circonscrite; il n'y a pas trace d'irritation à sa surface ni à son pourtour; il n'y a pas de douleurs; pas de troubles fonctionnels graves par compression; les conditions sont vraiment aussi encourageantes qu'on peut le souhaiter, je me décide à recourir à l'électrolyse, j'en préviens le malade en ayant soin de le renseigner clairement sur les accidents qui peuvent survenir au cours même du traitement, embolies, abcès de la paroi, etc.

Après quelques jours de réflexion, le malade m'an-

nonce son consentement, et je m'assure le concours éclairé du docteur Boudet de Pâris, dont la compétence et l'habileté en électrothérapie sont dès longtemps et légitimement établies. Cet éminent confrère m'a assisté avec un zèle et un dévouement dont je ne puis assez le remercier; c'est lui qui a pratiqué l'opération à chaque fois que nous avons jugé utile d'y recourir, c'est lui qui a pris la peine d'exposer aux assistants tous les détails de l'application, et qui leur a démontré *in vitro* la coagulation de l'albumine sous l'influence du même courant qui traversait la tumeur.

La première application a eu lieu le 30 mars. M. Boudet de Pâris enfonce verticalement deux aiguilles sur la partie la plus saillante de la tumeur, à un centimètre et demi, l'une de l'autre; ces aiguilles sont en or, recouvertes d'un vernis isolant sur presque toute leur longueur, sauf au voisinage de la pointe, où le métal est à nu dans une étendue de 15 millimètres environ.

Cela fait, la tête d'*une* des aiguilles est mise en rapport avec le pôle positif d'un appareil à courant constant de Gaiffe; le pôle négatif correspond à de larges plaques métalliques qui sont fixées sur les cuisses du malade. Le courant est porté progressivement à une intensité de trente milliampères; on le laisse passer alors pendant dix minutes, puis on le diminue graduellement, de manière que la durée totale de l'application soit de vingt minutes

Dès que la première aiguille est dégagée, on répète l'application sur la seconde, mais nous n'avons pas cru devoir la maintenir jusqu'au bout; dès le début du pas-

sage du courant, il s'est formé tout au pourtour de l'aiguille une large zone d'un rouge violacé, et le malade, qui, pendant la première application, n'avait accusé qu'un léger picotement, s'est plaint d'une sensation pénible de brûlure. Par prudence, nous avons aussitôt suspendu le courant, et les aiguilles ont été retirées, sans autre incident que l'apparition d'une ou deux gouttes de sang, et de quelques bulles de gaz.

Aussitôt après l'opération, on peut constater que la tumeur est plus consistante, les battements sont plus lointains, le mouvement d'expansion est moins net, il semble que la masse est soulevée, et non plus traversée, par le courant sanguin. Ces modifications favorables qui dénotent la formation de caillots à la surface interne de la poche, ont persisté pendant huit jours pleins, durant lesquels le malade a joui d'un calme complet.

Après cet intervalle nous avons vu peu à peu diminuer la dureté de la tumeur, bientôt elle reprit ses caractères primitifs, et, à dater de ce moment, elle présenta un nouvel accroissement. Pour ces raisons nous décidons, M. Boudet de Pâris et moi, qu'il y a lieu de répéter l'électrisation.

Le 13 avril, l'opération est pratiquée avec des résultats plus satisfaisants encore que la première fois; le courant est dirigé successivement par les deux aiguilles sans aucun incident inquiétant, et la tumeur subit instantanément un changement total : elle devient plus saillante, mais tout à fait dure, elle ne montre plus trace de battements ni d'expansion, elle est seulement soulevée à chaque pulsation artérielle, les claquements sont plus profonds, la masse dans son ensemble présente

absolument l'aspect d'un gros thrombus sous-cutané.

Quand nous voyons ces caractères persister les jours suivants, nous nous croyons vraiment en droit de nous féliciter de notre intervention.

Mais vers le 23 avril, alors que la tumeur est encore dans l'état que je viens de dire, le malade a été pris d'une toux quinteuse, extrêmement pénible par la violence et la fréquence des quintes; je n'ai pas besoin d'insister sur le danger de ce symptôme en pareille circonstance; je me hâte de le combattre au moyen du bromure de potassium à haute dose, et je réussis à obtenir une certaine sédation.

A ce moment, l'expectoration prend un caractère tout à fait inquiétant; les crachats avaient été jusqu'alors purement muqueux, ils deviennent sanguinolents et restent tels pendant plusieurs jours. La quantité de sang est minime, mais chaque crachat en contient un peu.

Je vous ai expliqué alors que ce phénomène devait faire craindre une rupture prochaine dans les voies aériennes : les orifices de communication des poches anévrysmales avec les bronches, comme avec l'œsophage, peuvent rester longtemps à l'état de simple pertuis, et, dans ce cas, la rupture finale est précédée, pendant des jours et même des semaines, du rejet d'une insignifiante quantité de sang, soit par les crachats, soit par le vomissement. J'avais d'autant plus lieu d'admettre cette interprétation, que les phénomènes stéthoscopiques indicateurs d'une compression bronchique au niveau du hile du poumon droit, s'étaient notablement accentués. — Cependant, on n'entendait dans cette région

postérieure aucun bruit anormal d'origine vasculaire.

Mes craintes ne se sont pas réalisées; après une durée de huit jours, l'expectoration sanguinolente a cessé.

Vers le 28 avril, le malade, toujours tourmenté par la toux, a été repris de douleurs dont l'intensité a été journellement croissant; il affirme que ces douleurs ont tout à fait le même caractère que celles du début, une sensation de dilacération à l'intérieur de la poitrine, en est le trait dominant. Les injections de morphine ont été dès lors nécessaires pour procurer un peu de calme.

Pendant ce temps, les modifications favorables de la tumeur se sont effacées, la mollesse a reparu, la saillie augmente, et dans les premiers jours de mai, le périmètre de la masse est notablement accru. Notons que depuis le retour des douleurs, l'état général du malade s'était fort altéré.

Néanmoins comme l'état de la peau sur la tumeur restait normal, nous avons profité d'une période d'accalmie, pour faire le 15 mai une troisième application de l'électropuncture.

Nous n'employons qu'une seule aiguille, tout se passe au mieux en tant qu'opération; à la suite, la saillie est modifiée dans le même sens que précédemment, mais à un degré moins marqué.

Le changement d'ailleurs est beaucoup moins durable, après quatre jours il n'en reste plus vestige, et la tumeur reprend sa marche extensive plus rapide que jamais.

Décidés à lutter jusqu'au bout, nous avions résolu, de concert avec M. Boudet de Pâris, de faire une quatrième application d'électricité le 28 mai; mais dans les jours

précédents les douleurs ont repris avec une telle violence, malgré le bromure et la morphine, que nous avons cru sage de nous abstenir. Bien nous en a pris, car le soir même de ce 28 mai, le patient a ressenti des douleurs plus atroces que celles qu'il avait jamais éprouvées, le sentiment de la dilacération arrivait à la torture, et le lendemain matin, nous trouvons la tumeur augmentée du double, deux côtes au moins ont cédé. Par suite, l'amincissement de la paroi est notable, et il n'est pas uniforme; il a deux maxima sur deux points peu distants l'un de l'autre.

Tout traitement curateur doit dès lors être abandonné; je continue les médicaments, et je fais appliquer sur la tumeur des couches épaisses de collodion, afin de soutenir les téguments, et de prévenir la rupture que l'état de la peau rend imminente. Malgré cette précaution, le soulèvement s'accroît encore, et je fais faire par-dessus le collodion des applications permanentes de glace. Pour des raisons que je vous ai exposées dans mes leçons d'il y a deux ans, je n'aime pas beaucoup ces applications, mais ici nous n'avons pas d'autre ressource, le *melius anceps quam nullum* doit être notre guide.

Soit coïncidence, soit effet réel de la glace, le fait est que l'état des téguments est moins menaçant à partir du troisième jour; ils sont toujours amincis, cela va sans dire, mais la coloration est bonne, il n'y a nul indice du travail inflammatoire qui précède l'ulcération et la rupture.

Cependant le malade tousse toujours, il a de l'oppression, et si nous sommes plus tranquilles en ce qui concerne l'ouverture à l'extérieur, nous devons considérer

comme prochaine la rupture dans les bronches, ou dans le médiastin, car il est certain que la partie postérieure de l'anévrysme s'étend dans la profondeur, en proportion du développement de la tumeur externe. Le délai de cette rupture ne peut être précisé, mais il n'y a plus rien à faire, le malade est perdu.

L'insuccès du traitement électrique mérite toute notre attention.

Trois applications en ont été faites sans aucun des accidents qui en compromettent souvent les résultats; — chaque fois le traitement a produit les effets favorables que l'on peut en attendre; — mais chaque fois ces effets ont été temporaires, et l'aortite, encore en activité, a détruit les coagulations salutaires provoquées par le courant. — Notons encore que la fragmentation secondaire des caillots a dû être littéralement moléculaire, puisqu'à chaque fois nous les avons vus disparaître, sans vestige aucun d'accidents emboliques.

Il y a là un enseignement de grande importance pour l'appréciation exacte du traitement des anévrysmes aortiques par l'électropuncture.

APPENDICE : AOUT 1886.

Ce malade est resté dans mon service jusqu'au 30 juin; l'amincissement de la poche sur quelques points ne permettait pas de songer à une nouvelle application d'électricité; je réussis à procurer quelque soulagement au moyen des applications de glace, du bromure et des injections de morphine; le 23 juin, je dus supprimer par

prudence l'usage de la glace, en raison de certaines modifications de la peau. Cet individu, comprenant très bien dès lors que nous ne lui faisions qu'un traitement palliatif, a voulu nous quitter, espérant sans doute être guéri ailleurs, et, sortant de nos salles le 30 juin, en état de rupture imminente, il est entré le 1er juillet dans le service de Rendu, à l'hôpital Necker, où il a succombé, le 21 du même mois, au collapsus résultant d'une hémorrhagie interne, après avoir eu le 19 une hémoptysie, dont la quantité peut être évaluée à un demi-verre de sang.

Jusqu'à la fin, fait bien notable, on a pu constater l'absence de souffle au niveau de la tumeur.

J'extrais ces détails de l'observation que mon distingué collègue a bien voulu me communiquer, avec une complaisance empressée, dont je suis heureux de le remercier.

En ce qui concerne l'autopsie, je *transcris textuellement* la note qui m'a été remise.

« On incise les côtés à 7 ou 8 centimètres du sternum, de chaque côté, de façon à laisser la tumeur comprise tout entière entre les deux bords de l'incision; puis on enlève ce plastron sterno-costal, en disséquant sa face profonde. Cette dissection divise la tumeur en deux portions, l'une extra-thoracique, l'autre intra-thoracique. Enfin on retire cette dernière (de la cavité thoracique); et dans cet enlèvement, tous les caillots mous de la poche anévrysmale s'échappent et tombent dans la cavité thoracique par les déchirures, qui font communiquer la poche avec cette cavité. On constate à ce moment, que la poche anévrysmale s'était ouverte dans la plèvre médiastine

laquelle contient bien quatre litres de sang; le poumon a été refoulé presque en totalité, dans la gouttière costo-vertébrale. — L'autre poumon est absolument sain.

» Examinant alors le plastron sterno-costal, on voit, sur la face postérieure ou profonde :

» Les troisième et quatrième côtes droites dénudées et rongées, çà et là, sur une largeur de 7 à 8 centimètres, à partir du bord sternal; il existe même une fracture sur la troisième côte, à 6 ou 7 centimètres du sternum;

» Des caillots obstruant les troisième et quatrième espaces intercostaux, sur une largeur de 7 à 8 centimètres au niveau du troisième, de 3 à 4 centimètres au niveau du quatrième, et reliant ceux de la poche intra-thoracique à ceux de la poche sous-cutanée;

» La moitié droite du sernum, correspondant au troisième et au quatrième espace, dénudée et à moitié usée, çà et là sur une hauteur de 8 à 9 centimètres.

» Quant à la face cutanée, elle porte la tumeur que nous avons décrite sur l'individu vivant, avec son point culminant, au niveau duquel la peau est réduite à l'épaisseur d'une feuille de papier.

» Passons maintenant à l'étude de la portion intra-thoracique. Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'état du cœur, absolument opposé à celui qu'on s'attendait à trouver. Il est petit : 8 centimètres de longueur, mesurée de la pointe au fond des valvules sigmoïdes aortiques; 8 centimètres de largeur, mesurée à la base, en passant au-dessous de l'infundibulum, 1 centimètre d'épaisseur pour le ventricule gauche. De plus il est flasque, et sa coloration se rapproche de la teinte feuille morte.

» A ce cœur fait suite une aorte qui n'étonne pas moins, car elle est normale, et il est impossible d'y trouver la plus petite plaque d'athérome. Elle est d'ailleurs fort peu dilatée. L'orifice de l'anévrysme siège sur la partie droite de l'aorte, à 5 centimètres au-dessus du bord libre des valvules sigmoïdes, à l'angle des portions ascendante et horizontale de la crosse, immédiatement au-dessous de l'origine des troncs artériels, lesquels ne présentent aucune modification.

» Cet orifice anévrysmal, qui a 9 centimètres de circonférence, est remarquable : il est limité par un bord saillant, aussi lisse que la paroi interne de l'aorte, rappelant par son aspect le bord qui limite inférieurement le trou de Botal; on le croirait plutôt congénital que le résultat d'une ectasie aortique acquise. Il donne accès dans une première cavité, assez petite, tapissée par des caillots fibrineux, très consistants, d'aspect fibroïde, et ne laissant au centre qu'une lumière très restreinte. Au delà de cette poche sont accumulés des caillots de consistance et de coloration diverses, formant une masse de la grosseur des deux poings. A la surface de cette masse se voient plusieurs déchirures, qui faisaient communiquer l'anévrysme avec l'intérieur de la plèvre médiastine. »

On voit par cette relation la justesse de mon diagnostic relativement à l'existence d'une poche anévrysmatique profonde. — On doit noter également l'absence complète de souffle jusqu'à la mort du malade. Il y a là une démonstration bien instructive de ce point important de séméiologie.