

qui ne paraissait pas obéir aux changements de position du malade; ensuite, une tension anormale et *médiane* de la paroi abdominale; enfin, l'existence de battements très diffus, d'une expansion en masse très profonde, et un retard plus accentué que d'ordinaire des pulsations fémorales sur les contractions du cœur.

Il s'agissait donc d'un anévrisme aortique latent, qui était en partie masqué et contenu par l'épanchement ascitique. Du reste, dans la suite, les signes d'un anévrisme se sont accentués, au point de ne permettre aucun doute.

J'ai à peine besoin de dire que la paracentèse de l'abdomen ne fut pas pratiquée. Mais supposez un instant que l'examen clinique eût été incomplet et que nous eussions cru à un fait banal de cirrhose hépatique, avec ascite consécutive, comme le premier diagnostic en avait été porté!

## XXVII. — TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES AORTIQUES

- I. INJECTIONS GÉLATINEUSES : Indications et contre-indications; accidents.
- II. HYGIÈNE ET RÉGIME ALIMENTAIRE. Leur importance capitale.

### I. — Injections gélatineuses.

Les meilleures médications doivent être employées avec méthode. On a beaucoup parlé, dans ces derniers temps, du traitement des anévrismes à l'aide d'injections sous-cutanées gélatineuses. Or, cette médication, qui n'a pas été sans donner de bons résultats, n'est cependant pas absolument inoffensive et doit être employée avec prudence.

Je rapporterai à ce sujet deux observations : l'une due au Dr Boinet, agrégé et médecin des hôpitaux de Marseille (1); l'autre, qui m'a été communiquée par mon collègue le Dr Barth, médecin de l'hôpital Necker.

Cependant, je tiens à dire que ces deux cas, dont l'issue fut défavorable, ne sauraient, en aucune façon, porter atteinte à cette méthode thérapeutique. Bien au contraire, je pense qu'il est utile de bien les mettre en lumière, car ils serviront à montrer que parfois ces injections *agissent trop*, qu'il faut les pratiquer avec prudence et modération, et qu'il importe surtout de bien établir les bases de la technique opératoire.

La connaissance de ces faits pourra servir à cette méthode thérapeutique qui, à l'instar de toutes les bonnes et puissantes médications, peut et doit avoir son revers de médaille. On n'a jamais songé à abandonner la digitale parce qu'elle produit parfois quelques accidents; il en sera

(1) *Revue de médecine*, 10 juin 1898.

sans doute de même pour les injections gélatineuses qui peuvent dépasser le but, comme cela survient pour les guérisons spontanées qui sont le plus souvent obtenues au prix de l'oblitération du vaisseau, et même des branches collatérales. Mais ici, le danger est moins grand, puisque la coagulation sanguine est lente et progressive, au lieu de se faire en masse, et puisque la circulation complémentaire a le temps de s'établir.

Voici le résumé de l'observation de Boinet.

Un homme de trente-huit ans, ni paludéen, ni syphilitique, ni tuberculeux, présente, en mai 1897, un anévrisme de l'aorte ascendante et du sinus aortique. La médication iodurée à haute dose n'ayant produit aucun résultat appréciable, on se décide à pratiquer des injections sous-cutanées de gélatine, suivant la formule de Lancereaux et Paulesco. Sous cette influence, des caillots se forment dans la partie déclive de l'anévrisme et déterminent une compression et un rétrécissement extrinsèque de l'artère pulmonaire. Dans les premiers jours d'octobre de la même année, on constate l'existence de lésions tuberculeuses récentes des deux poumons. Le 28 janvier 1898, on note tous les signes de la compression de la veine cave supérieure, et trois jours plus tard, le malade meurt brusquement de syncope.

L'autopsie confirme naturellement le diagnostic de tumeur anévrismale de la partie latérale droite et postérieure de l'aorte descendante, surtout au niveau du sinus aortique, tumeur ayant le volume d'une tête de fœtus à terme. Les deux poumons sont infiltrés de tubercules dont le développement paraît récent. La veine cave supérieure, ne contenant pas de caillot, est tellement comprimée, que sa lumière admet avec peine un stylet de trousse. Les deux troncs brachio-céphaliques veineux, accolés à la partie supérieure de l'anévrisme, sont fortement rétrécis sans aucune trace de coagulation. Le nerf récurrent et le nerf pneumogastrique droits, simplement tirillés, se présentent avec l'intégrité

de toutes leurs fibres nerveuses. Les ganglions trachéo-bronchiques sont volumineux, anthracosiques, caséux, parsemés de tubercules.

La poche anévrismale est divisée en deux parties : l'une sans caillot ; l'autre, ayant les dimensions d'une grosse orange, remplie de nombreuses couches de caillots fibrineux, épais et stratifiés, ayant 6 centimètres d'épaisseur, refoulant la cloison interauriculaire et faisant saillie dans la cavité de l'oreillette gauche. Plus haut, cette masse fibrineuse aplatit la paroi juxta-aortique du tronc de l'artère pulmonaire ; elle proémine dans l'intérieur de ce vaisseau, au point d'en réduire la lumière à une simple fente, admettant à peine une sonde vésicale de gros calibre.

En résumé, dit Boinet, les injections sous-cutanées de gélatine n'ont favorisé le dépôt de caillots actifs que dans la partie déclive de l'anévrisme, et ces concrétions fibrineuses, loin de jouer leur rôle providentiel habituel, ont déterminé un rétrécissement de l'artère pulmonaire qui a été suivi d'une tuberculose secondaire des deux poumons.

Telle est l'observation. On lui a fait les objections suivantes : 1° il n'est pas absolument prouvé que la coagulation soit le fait de ces injections ; 2° la tuberculose pulmonaire, comme complication des anévrismes aortiques, a été signalée depuis longtemps par Stokes, puis par Hanot, à une époque où les injections gélatineuses n'étaient point connues.

Cependant, il résulterait d'autres observations de Boinet (1), que les guérisons obtenues par les injections gélatineuses sont souvent apparentes et transitoires, et à l'appui, je puis citer le fait d'un malade que j'avais regardé moi-même comme guéri (2) à la suite de ce traitement, et chez lequel l'apparition d'une nouvelle tumeur anévrismale à côté de la première a entraîné bientôt la terminaison fatale.

L'observation de Barth est aussi importante.

(1) *Archives provinciales de chirurgie*, 1899.

(2) *Académie de médecine*, 1898.

Une femme de quarante-neuf ans, bien constituée, entre à l'hôpital Necker, le 6 novembre 1897, avec tous les signes d'un anévrisme de la portion ascendante de la crosse aortique : tumeur pulsatile du volume d'une mandarine dans le deuxième espace intercostal droit, au niveau duquel l'oreille perçoit un double claquement isochrone aux bruits du cœur; pas d'hypertrophie cardiaque notable, pas de bruit de souffle au cœur, pas d'inégalité entre les deux pouls; voix enrouée, toux quinteuse, rauque, très léger cornage à l'inspiration sous la clavicule droite, dysphagie légère, douleurs névralgiformes dans l'épaule et le bras droit, sans atrophie ni paralysie. Les premiers troubles fonctionnels paraissent remonter à neuf mois environ, la tumeur a fait son apparition depuis six semaines.

Après un traitement mixte par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium, traitement bien supporté, mais qui n'a donné aucun résultat, les symptômes restant les mêmes et l'état général se maintenant bon, on se décide à essayer les injections sous-cutanées de sérum gélatiné.

L'interne du service pratique, le 28 novembre, avec toutes les précautions de l'asepsie la plus rigoureuse, une première injection de 100 centimètres cubes de sérum gélatiné à 1 p. 100, répartis en deux piqûres à la région externe des deux cuisses. A la suite de l'injection, légère réaction fébrile (ne dépassant pas 38°,8) qui se dissipe au bout de vingt-quatre heures; un peu de rougeur et de tension douloureuse aux points de piqûre.

Les injections sont répétées régulièrement trois fois par semaine à la même dose; elles ne provoquent d'autres troubles que quelques poussées fébriles non constantes, dont la plus intense ne dépasse pas 39 degrés. Dès la cinquième injection, les battements s'affaiblissent dans la tumeur qui paraît plus dure et moins expansible; mais son volume reste stationnaire.

Le 21 décembre, après douze injections, les troubles fonctionnels se modifiant peu, on se décide à accroître la

teneur du sérum en gélatine. Trois nouvelles injections sont pratiquées, du 22 au 27 décembre, avec du sérum gélatiné à 1,5 p. 100; elles sont aussi bien tolérées que les précédentes.

Le 30 décembre, seizième injection pratiquée avec le sérum gélatiné à 2 p. 100; elle est beaucoup plus douloureuse et on ne peut introduire que 30 centimètres cubes par piqûre. Le lendemain, élévation brusque de la température à 40 degrés pendant vingt-quatre heures, puis retour à la normale, mais un volumineux abcès (analogue aux abcès de fixation de Fochier) se forme au niveau d'un des derniers points de piqûre.

Du 1<sup>er</sup> au 3 janvier, la malade ne présente rien de particulier. Elle tousse peu et n'accuse qu'une légère dyspnée quand elle se remue dans son lit; mais elle est faible, déprimée, sans appétit; elle présente un peu de cyanose du visage. La tumeur anévrysmale est ferme, dure et tendue sans battements; elle semble avoir diminué. L'auscultation ne révèle rien d'anormal, sauf quelques râles fins aux bases; le pouls est régulier, plutôt lent, petit et faible, mais toujours égal aux deux poignets.

Le 4 janvier, à deux heures du matin, la malade est prise brusquement de suffocation, avec angoisse, faiblesse et menace de syncope; une injection d'éther ne la soulage que momentanément. A la visite du matin, on la trouve dans un état semi-comateux, les membres en résolution; le pouls est faible, fréquent, presque incomptable, facies pâle, de teinte hortensia; plaintes inarticulées; il y a de la contracture des muscles du cou et une douleur vive de la nuque, exaspérée par les mouvements. Malgré les injections de caféine, les inhalations d'oxygène, elle succombe vers deux heures de l'après-midi aux progrès du collapsus.

A l'autopsie, on constate que l'anévrisme, du volume d'une tête de fœtus à terme, occupe la portion ascendante et transversale de la crosse dans toute son étendue; la

poche, de forme arrondie, de consistance ferme, refoule le poumon droit en dehors et pousse un prolongement entre la seconde et la troisième côte jusque sous la peau de la région pectorale; à ce niveau, elle adhère fortement aux parties voisines; elle est libre dans le reste de son étendue et fait une saillie considérable dans le cul-de-sac postérieur du péricarde. Celui-ci est distendu par une quantité considérable de sérosité ambrée, sans flocons fibrineux. Le cœur, assez chargé de graisse, est flasque et flétri, plutôt atrophié; les orifices et les valvules (celles de l'aorte notamment) n'offrent aucune lésion.

Ouvert selon son grand axe antérieur gauche, l'anévrysme présente une cavité *presque remplie de caillots stratifiés*, dont l'épaisseur atteint, en certains points, 4 centimètres; ces caillots se détachent assez facilement de la paroi anévrysmale, qui est mince et lisse, surtout au niveau du prolongement antérieur, où elle se confond avec l'aponévrose du grand pectoral. La cavité secondaire, qui formait la tumeur observée pendant la vie, ne communique avec la poche principale que par un orifice arrondi de 2 centimètres de diamètre environ, qui occupe le deuxième espace intercostal. Elle est *entièrement remplie par une masse de caillots* grisâtres, friables, sans aucune adhérence à la paroi. Des caillots analogues, mais plus résistants, tapissent la surface interne presque entière de l'aorte ascendante dilatée en forme d'ampoule; ils sont surtout abondants au niveau de l'hémisphère supérieur. Les artères de la base du cou sont petites et comme rétractées; *trois d'entre elles, le tronc brachio-céphalique et ses branches d'une part, la carotide gauche de l'autre, sont complètement oblitérées à leur origine* par des caillots qui se prolongent à 5 ou 6 centimètres dans leur cavité; ces caillots, durs et résistants dans le tronc brachio-céphalique, sont friables et manifestement récents dans la carotide gauche; seule, la sous-clavière gauche a conservé sa perméabilité. Quant à l'extrémité inférieure de la poche anévrysmale, elle se continue en enton-

noir avec l'aorte thoracique qui paraît saine, sauf quelques rares plaques d'athérome.

A l'ouverture de la boîte crânienne, on découvre un œdème considérable de la pie-mère, limité à la convexité du cerveau, sans dilatation notable des veines. La coupe méthodique de l'encéphale ne révèle aucune lésion; les ventricules cérébraux sont sains, il en est de même du bulbe et du cervelet. Les poumons, sauf un tubercule enkysté, du volume d'une grosse noisette, au sommet droit, et des adhérences pleurales assez étendues du même côté, ne présentent aucune lésion qui mérite d'être notée.

Les organes abdominaux sont sains ou n'offrent que des altérations sans importance.

Cette observation semble concluante. Ce n'est pas l'avis de Lancereaux, parce que, dit-il, « les derniers phénomènes présentés par la malade ressemblent beaucoup à des *symptômes d'urémie*, et il est regrettable que l'observation de Barth ne fasse aucune mention de l'état des urines pendant les jours qui ont précédé la mort ».

Nous pourrions discuter et dire que les symptômes terminaux constatés ressemblent d'assez loin à ceux de l'urémie; mais cette discussion serait longue, oiseuse, sans espoir de sanction. Nous préférons dire immédiatement que notre collègue, consulté par nous, nous autorise à déclarer hautement qu'il n'y a pas eu d'erreur de diagnostic commise, que les urines ont été examinées tous les jours sans déceler la moindre trace d'albumine, et qu'à l'autopsie, « les reins ont été trouvés indemnes de toute lésion ». Du reste, à la fin de cette observation résumée, on peut lire cette phrase: « Les organes abdominaux sont sains ou n'offrent que des altérations sans importance. » Donc, la malade n'était pas atteinte d'affection rénale, si légère qu'elle fût, et elle n'a pas succombé à l'urémie.

Reste la dernière objection :

On peut se demander si les caillots « friables et mani-

festement récents » trouvés à l'autopsie ne se sont pas formés pendant l'agonie ou même *post mortem*.

C'est là, sans doute, une question souvent difficile à résoudre, et il n'est pas possible de trancher nettement la difficulté par une affirmation. Mais je ne puis m'empêcher de faire remarquer que, si l'on avait trouvé les caillots moins « friables » et moins « récents », on n'aurait pas manqué de dire, avec la même apparence de raison, que ceux-ci étaient formés avant les injections gélatineuses ; de sorte que, si les caillots sont « friables ou récents », ou au contraire stratifiés et anciens, on se heurte toujours à des objections sans réponse. D'autre part, après les injections gélatineuses, est-ce que la coagulation n'est pas toujours « récente et friable », et peut-on croire que la stratification des caillots puisse s'accomplir toujours si rapidement ?

En faisant quelques réserves, en disant que des précautions doivent être prises, en affirmant qu'il faut agir avec prudence, je ne puis être confondu avec ceux qui ont écrit que « l'emploi de cette méthode est plein de dangers ». C'est une exagération contre laquelle je proteste, d'autant plus vivement qu'elle peut porter le trouble dans l'esprit des malades et des médecins, et que j'ai été moi-même témoin d'un demi-succès par ce traitement. Cette médication est d'autant plus rationnelle et précieuse, qu'elle paraît — comme disait Hogdson autrefois, au sujet du traitement des anévrysmes — aider la nature dans ses méthodes curatives.

Donc, je suis partisan de la méthode des injections gélatineuses, appelées sans doute à rendre les plus grands services dans la thérapeutique des anévrysmes.

Mais nier toujours les dangers qui peuvent parfois en résulter, contester les cas malheureux, arguer d'erreurs probables de diagnostic, c'est commettre une exagération. Il n'y a que les médications très actives, très puissantes — et celle que nous examinons est du nombre — qui puissent parfois exposer à des accidents. On n'a jamais songé à

abandonner la digitale parce qu'elle produit parfois quelques accidents ; il en sera sans doute de même pour les injections gélatineuses, qui peuvent dépasser le but, comme cela survient pour les guérisons spontanées, le plus souvent obtenues au prix de l'oblitération complète du vaisseau, et même des branches collatérales.

Depuis longtemps, les auteurs anciens (1) ont signalé des guérisons spontanées des anévrysmes, et il ne se passe pas d'année où l'on n'en observe plusieurs cas. Or, les faits malheureux imputables à ces guérisons spontanées ne sont pas rares (2). En voici quelques-uns :

Un fait de Bruce (3) : anévrysme poplité, guéri spontanément et qui a donné naissance à la gangrène du pied par suite d'une coagulation trop complète dans l'intérieur et hors du sac anévrysmal ;

Une observation de Goodhart (4), relative à un homme de quarante ans, atteint de paralysie et de gangrène des membres inférieurs. A l'autopsie, anévrysme de la partie supérieure de l'aorte abdominale, oblitéré complètement, avec obstruction de l'aorte et des artères mésentériques ;

Une observation de Greenhow (5), relative à un anévrysme de l'aorte guéri spontanément avec oblitération de la carotide gauche et de la sous-clavière.

Ces trois faits — et il y en a bien d'autres — nous montrent des malades *morts guéris*, comme on le dit plaisamment. Mais alors, ce que la nature elle-même peut faire en trop, on nous accordera bien que les injections gélatineuses peuvent aussi le produire, et qu'il ne leur est pas donné d'arrêter toujours très opportunément la coagulation intra-

(1) SAVIARD dès 1635, dans le *Journal des savants* ; FOUBERT, *Mémoires de l'Académie de chirurgie* en 1735 ; J.-L. PETIT, en 1765 ; HOGDSON, au commencement du XIX<sup>e</sup> siècle.

(2) BRESSELLE, *Thèse de Paris*, 1886.

(3) *Medical Times*, 1867.

(4) *Soc. path. de Londres*, 1875.

(5) *Soc. clinique de Londres*, 1875.

anévrismale, juste au moment de l'oblitération du vaisseau ou de ses collatérales. Seulement ici, dans les coagulations *provoquées* par les injections gélatineuses, le péril est plus grand que dans les coagulations *spontanées*, s'accomplissant plus lentement et permettant ainsi à la circulation complémentaire de s'établir, c'est-à-dire de conjurer les dangers dus à l'extension du travail coagulateur. C'est pour cette raison, je le redis encore, qu'il faut agir avec prudence, qu'il importe d'espacer suffisamment les injections gélatineuses, sous peine de voir survenir des accidents graves et mortels, comme dans l'observation de Barth.

## II. — Régime alimentaire.

Nous connaissons mieux maintenant la préparation des injections gélatineuses, si soigneusement décrite par Lancereaux et Paulesco, et leur technique opératoire, mais cela n'est pas suffisant encore, et il y a des précautions *pré-opératoires* ou *post-opératoires* qu'il serait dangereux de passer sous silence.

Sans doute, le repos complet au lit est une règle absolue pendant toute la durée du traitement; mais le *régime alimentaire* a une importance considérable. Sans doute, la coagulation intra-anévrysmale est le but vers lequel doivent tendre tous les efforts de la thérapeutique médicale, et de tout temps on a voulu la réaliser par des moyens divers. Mais, il faut chercher en même temps à écarter toutes les causes capables de retarder, d'empêcher même cette coagulation, et parmi celles-ci, il n'en est pas de plus active et de plus dangereuse en même temps, que l'hypertension artérielle dont sont atteints certains anévrysmatiques.

Un anévrysmes n'est jamais si près de se rompre que lorsqu'il existe, en même temps et comme accidentellement, une néphrite interstitielle, maladie où l'hypertension artérielle est à son maximum.

En 1878, un médecin de Dantzig, Scheele, avait eu la sin-

gulière idée d'imaginer pour les anévrysmes de l'aorte descendante, souvent latents, un signe de diagnostic fondé sur l'augmentation de volume de la tumeur et sur la production ou l'exagération des douleurs à la suite de la compression des deux fémorales. Pratique déplorable; car, l'année suivante, un auteur anglais, Saundby, après une compression de dix à quinze secondes sur les artères crurales, qui aboutissait rapidement à l'augmentation de la tension aortique, a produit en moins de vingt-quatre heures la mort par rupture du sac anévrysmal, terminaison observée également dans deux faits rapportés par le médecin de Dantzig.

Voilà déjà trois exemples bien propres à démontrer la funeste influence de l'hypertension artérielle sur le développement des tumeurs anévrysmales.

On connaît la méthode de Moore, si éloquemment condamnée à la tribune académique, il y a dix ans, par Verneuil, méthode caractérisée par l'introduction et l'abandon, dans le sac anévrysmal, de fils métalliques, de catgut, de crins de cheval, plus tard de ressorts de montre, enfin de corps étrangers de diverse nature, ... véritablement étrangers à la cure des anévrysmes; car, c'est là une pratique déplorable, qui a donné lieu à bien des revers. Eh bien, en compulsant les observations, avec d'autant plus de facilité qu'on les compte presque toutes par le même nombre d'autopsies, on arrive à voir que dans la plupart des cas où ces corps étrangers ne parviennent pas à produire autour d'eux la formation de caillots, on constate l'existence de lésions artérielles plus ou moins généralisées, ou encore de lésions rénales accompagnées toujours d'hypertension vasculaire.

Donc — et les exemples pourraient être multipliés — si dans la cure des anévrysmes on doit se préoccuper du *contenu*, c'est-à-dire du sang à coaguler, on ne doit pas se désintéresser du *contenant*, c'est-à-dire de la poche elle-

même, dont la distension suit assez exactement les progrès de l'hypertension artérielle. C'est elle que la thérapeutique doit encore viser, c'est elle qu'elle doit combattre sans relâche ni trêve, si l'on veut que les injections coagulantes et les autres méthodes curatives aient leur plein effet.

Comment y parvenir ?

Je ne vous ramènerai pas à Valsalva, avec une diète si rigoureuse, des saignées si répétées et si copieuses que le malade devait arriver à ne pouvoir lever les bras hors du lit. Cependant, on a peut-être eu tort d'abandonner les petites saignées répétées, d'autant plus que, si sous leur influence la tension vasculaire baisse très légèrement pour se relever ensuite, elle revient rarement à son chiffre primitif, comme Arloing et Vinay (de Lyon) l'ont démontré par de concluantes expériences. Réhabilitation de la saignée ? Sans doute, et la médecine — trop souvent un perpétuel recommencement — n'est pas sans connaître les nombreuses fluctuations des systèmes thérapeutiques qui naissent, meurent, et renaissent.

Je ne vous ramènerai pas à la médication diététique de Stokes, suivi en cela par Graves et Beatty, qui accordait, au contraire, aux malades, une « diète généreuse », dans le but de fournir un sang coagulable. Il raconte ingénument l'histoire d'un anévrysme, aggravé par un régime débilitant, auquel il a suffi d'un repas copieux « composé d'une soupe à la tortue, de poisson, de viande rôtie, de gibier, d'une bouteille de madère et de deux verres de punch à l'eau-de-vie » pour faire cesser comme par enchantement l'intensité des douleurs, la perte du sommeil, et la violence des battements anévrysmaux ! Stokes a dû être le jouet d'une forte illusion.

En Angleterre, depuis 1875, on connaît, sous le nom un peu impropre de *méthode de Tuffnell*, un traitement ainsi composé : 1° repos au lit et dans la position horizontale, afin de diminuer la fréquence du pouls et d'aider par consé-

quent à la coagulation du sang ; 2° diète alimentaire avec restriction des boissons, et ainsi instituée :

*Déjeuner :*

Pain et beurre.....	60 grammes.
Lait.....	60 —

*Dîner :*

Viande.....	90 grammes.
Pain et pommes de terre.....	90 —
Eau ou vin de Bordeaux.....	120 —

*Souper :*

Pain et beurre.....	60 grammes.
Thé.....	60 —

Trois choses irrationnelles dans ce régime : 1° d'après les observations anciennes de Percival (dès 1817) confirmées ensuite par Stokes et par nous-même, le *thé*, plus que le café, détermine souvent un état d'érythisme cardiaque très préjudiciable aux malades ; 2° la *viande* doit être absolument défendue pour des raisons que nous dirons plus loin ; 3° la *diète sèche* est une thérapeutique illusoire.

En effet, tant que la diurèse se maintient à peu près égale à l'abondance des boissons, il ne survient aucun accident. Mais, lorsqu'elle est de beaucoup inférieure à la quantité de liquides ingérés, c'est alors que l'on peut craindre pour les anévrysmes les conséquences d'une sorte de pléthore vasculaire et d'une hypertension sanguine consécutive. L'abondance des boissons est moins à considérer que leur action diurétique, et les anévrysmatiques se trouvent bien, au contraire, d'un régime lacté absolu (3 litres au moins par jour), ou d'un régime lacté mitigé.

En un mot, ce qui importe, c'est moins la quantité que la *qualité* des boissons et des aliments. Ce qu'il faut craindre chez les anévrysmatiques, c'est l'hypertension artérielle. Ce

qu'il faut proscrire absolument dans leur nourriture quotidienne, ce sont les substances riches en toxines alimentaires douées, comme nos recherches l'ont démontré depuis plus de dix ans, d'une *puissante action vaso-constrictive*. De là, un accroissement plus ou moins considérable de la tension artérielle, de là cette dyspnée toxi-alimentaire, ces accès de pâleur des téguments, cet état *pseudo-anémique* que l'on fait si bien et si rapidement disparaître en quelques jours par le régime lacté absolu. Sans doute, la diète lactée est connue dans le traitement des anévrysmes ; mais ce qui l'est moins, c'est l'influence aggravante des aliments riches en toxines vaso-constrictives.

Par conséquent, il y a lieu de proscrire : les bouillons et les potages gras, les viandes et surtout les viandes faisandées et peu cuites, les jus de viande, les poissons et surtout les poissons de mer, le gibier, les conserves alimentaires, les fromages faits, etc.

Les anévrysmatiques doivent être soumis, suivant les cas, soit au régime lacté exclusif, soit au régime lacté mitigé ou lacto-végétarien (2 litres de lait par jour par exemple, tous les légumes, les fruits, jamais de viande). Le thé, le café, les liqueurs, les bières fortes, le vin en excès, le tabac sont naturellement défendus.

Les *iodures* et les médicaments vaso-dilatateurs et hypotenseurs (*trinitrine* aux doses progressives de 6 à 12 gouttes de la solution au centième ; *tétranitrate d'érythrol* ou *tétranitrol*, qu'après les auteurs anglais j'ai expérimenté à la dose de 1 à 6 milligrammes et jusqu'à 2 ou 6 centigrammes) peuvent être utiles, mais *jamais autant que le régime alimentaire*. Par lui seul, et sans aucun médicament, j'ai pu ainsi conserver à la vie, pendant plus de six années, un malade atteint d'un gros anévrysmes de l'aorte sur le point de se rompre dès le début même de l'observation et dont j'ai évité la rupture en maintenant constamment la tension artérielle au-dessous du chiffre

normal. Bien d'autres exemples du même genre pourraient être cités.

Tel est le régime alimentaire fondé principalement sur la *diète carnée*. C'est, à proprement parler, la *diète des toxines alimentaires*. Il a l'avantage de ne pas affaiblir les malades et de les nourrir suffisamment, de diminuer la pression sanguine, de modérer l'action du cœur, d'activer la diurèse et de favoriser certainement l'influence coagulante des injections gélatineuses, ou, tout au moins, de ne pas l'entraver.