

*typhlite* ont été confondus avec l'anévrysme de l'aorte abdominale. Moore conseille d'ausculter cette artère même lorsqu'on ne croit qu'à une simple accumulation stercorale dans le cæcum. Le diagnostic différentiel sera basé sur les caractères des anévrysmes de l'aorte qui ont été bien étudiés par Lebert, F. Franck, Servier, Dana, Bouel, Dacquet. Nous les résumerons brièvement : Cet anévrysme est onze fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme; il se développe surtout de vingt-cinq à quarante ans, parfois à la suite d'un traumatisme (Litten, Eames), de violents efforts (Servier); il siège habituellement au niveau du tronc cœliaque, fait une saillie sus-ombilicale soit sur la ligne médiane, soit, plus souvent, à gauche vers la région splénique. La poche est arrondie, lisse, splénique, peu bosselée. Sa rupture donne fréquemment lieu à des anévrysmes faux consécutifs. Nous rappellerons que les *troubles fonctionnels* consistent en douleurs intenses, en névralgies lombo-abdominales avec irradiations paroxystiques épigastriques et dorso-lombaires, en symptômes dérivant de la compression des organes voisins (ictère, ascite, albuminurie, phénomènes gastriques, vomissements, douleurs dans le cordon, constipation, parfois obstruction intestinale, etc.). Les *signes physiques* offrent certaines particularités. La tumeur présente dans son ensemble un mouvement d'expansion en masse, elle n'a qu'un seul battement systolique; elle est fixe, se développe de haut en bas. La compression exercée au-dessus de la tumeur diminue la force et l'amplitude des battements anévrysmaux, qui augmentent au contraire si la pression est faite au-dessous de l'anévrysme. C'est sur cette donnée qu'est basé le procédé de Scheele, qui comprime simultanément les deux fémorales pour accentuer les pulsations anévrysmales. Une poche profondément située ou remplie de caillots, peut être décelée par la même manœuvre que celle qui sert à explorer le rein. Eames a constaté du thrill. Le retard du pouls est exagéré, bien symétrique dans les deux fémorales. Son affaiblissement est notable. La compression du sac anévrysmal augmente la circulation et la tension artérielle dans les membres inférieurs; elle détermine une élévation et un soulèvement d'ensemble dans la ligne du tracé sphygmographique; elle s'abaisse au moment de la brusque décompression de l'anévrysme. L'aspiration exercée par la tumeur, au moment où elle reprend sa forme, peut faire même disparaître une ou deux pulsations dans les artères fémorales. Aussi F. Franck conseille-t-il de prendre les tracés sur l'artère tibiale postérieure. Dans les anévrysmes de l'aorte abdominale, le souffle est unique, systolique; il peut disparaître pendant la compression des deux fémorales, dans la position verticale. Exceptionnellement, on entend un second souffle que Lyons attribuait à la sortie du sang sous l'influence de l'élasticité des parois anévrysmales. Enfin, la durée de ces anévrysmes est plus considérable que celle des tumeurs cancéreuses des organes abdominaux, elle a pu atteindre

dans certains cas, trois et cinq ans. Les cas de guérison spontanée de ces anévrysmes ne sont pas exceptionnels. Nous en avons cité une série d'exemples et Syme a vu un anévrysme guérir simuler une tumeur solide.

**TRAITEMENT. — Traitement général.** — Lorsque la *syphilis* est en jeu, il faut recourir au traitement *mercuriel*. Les frictions mercurielles, le sirop de Gibert, la liqueur de Van Swieten ne valent pas les injections mercurielles d'huile bi-iodurée hydrargyrique. Elles nous ont donné de meilleurs résultats que les injections de calomel, d'huile grise. Dieulafoy estime qu'elles sont suffisantes dans certains cas de syphilis tertiaire. Il est plus prudent d'administrer en même temps de l'*iodure de potassium*, à haute dose. C'est le médicament de choix. Il est indiqué à toutes les périodes; dans tous les cas, il doit être employé d'urgence avant toute autre médication. Il a été recommandé par Bouillaud en 1859, par Chuckerbutty en 1860, puis par Nélaton, Robert Windsor, Shapter, Balfour, Simpson, Dreschfeld, Byrom-Bramwell, Verneuil, Potain, Sée. Lecointre, Verdié, Sabatier, Mari en ont vanté les effets dans leur thèse de doctorat. L'iodure de potassium retarde souvent ou arrête la marche de l'anévrysme; il augmente la résistance des parois du sac en influant sur sa vitalité et sur sa rétractilité (Potain), ou en transformant les éléments de nouvelle formation en tissu fibreux résistant et rétractile (Sée); il évite ou diminue les altérations des petites artères qui rampent dans les parois du sac et remplissent des fonctions nutritives (Balfour); enfin, ce médicament agit en abaissant la tension intra-vasculaire et en ralentissant le cours du sang dans les diverticules; il favorise le dépôt de fibrine dans le sac; il diminue la dyspnée: en un mot, il a, suivant Sée, une action trophique, oxydante, sécrétoire, antidyspnéique. Dans les cas de syphilis, la dose quotidienne doit s'élever rapidement de 4 à 6 grammes par jour; il n'est pas avantageux de dépasser cette quantité. Elle doit être abaissée à 50 centigrammes ou à 1 gramme dans les cas d'anévrysmes non liés à la syphilis. Ce médicament doit être employé avec persévérance pendant dix-huit mois, sous peine de voir la reprise des accidents (Potain). On a dû renoncer à tous les médicaments destinés à agir sur la composition du sang et considérés comme favorables au dépôt des caillots fibreux. On n'emploie plus ni l'*acétate de plomb* (Dupuytren, Laënnec, Dusol et Legroux, Lucena), ni l'*alun*, ni le *tanin*, ni l'*acide gallique* (Speir), ni le *perchlorure de fer*, ni le *chlorure de baryum* (Flint), ni le *furfurol* (Lépine). Les injections intra-veineuses de *chlorure de sodium* (Lange), les injections sous-cutanées de solution de *gélatine* (Dastre, Lancereaux) (1), n'ont pas fourni des

(1) LANCEREAUX, *Bulletins Acad. méd.*, 1897, p. 784; voir aussi les *communications de HUCHARD, LABORDE (Acad. méd., 1898), notre cas (Revue méd., 1893, p. 509), le fait de BARTH et les recherches expérimentales de DASTRE, CARNOT, GLEY sur l'action coagulatrice de la gélatine.*

résultats incontestés. L'*aconit*, l'*ergot de seigle* sont restés sans effets avantageux. La *digitale*, qui avait été prescrite dans le but de ralentir la circulation, a le grand inconvénient d'augmenter la tension artérielle; elle doit être réservée aux cas dans lesquels le cœur a cédé. Nous avons eu l'occasion d'en constater la fâcheuse action chez un marin atteint de tumeur anévrysmale faisant saillie au niveau du deuxième espace intercostal, qui se traitait lui-même avec une dose quotidienne de XX gouttes de teinture de digitale. La tumeur augmenta très rapidement. Les *saignées* et la *diète* furent employées par Rommelius, en 1688. Valsalva et Albertini réglèrent cette méthode qui consistait en larges saignées répétées, en repos absolu au lit pendant quarante jours et en un régime extrêmement sévère; ils arrivaient à réduire les aliments solides à 125 grammes par jour. Nous avons employé à plusieurs reprises les saignées abondantes, elles ont diminué la dyspnée et la douleur, mais elles n'ont pas empêché la rupture de l'anévrysme à l'extérieur. Davison a tenté de remettre en honneur la saignée unique et copieuse. La diète *sèche* (Kirby), *sèche et généreuse* avec aliments réparateurs (Graves et Stokes), la diète *régularisée* (Byrom-Bramwell), la *méthode de Tuffnell* consistant dans le repos au lit pendant deux mois et dans une alimentation très réduite, la diète lactée ne sont que d'utiles adjuvants. Le traitement débilitant par les purgatifs drastiques doit être rejeté.

**Traitement local.** — Les applications de *glace*, conseillées par Lanfranc dès 1295, doivent être faites avec les précautions recommandées par Potain. Elles sont parfois suivies d'amélioration, mais elles exposent à des refroidissements, à des bronchites; elles favorisent quelquefois le sphacèle de la peau. Nous les avons employées avec persévérance sur quatre anévrysmes de l'aorte faisant saillie à l'extérieur, elles ne nous ont pas donné de résultats notables. Les applications astringentes sont encore plus inefficaces. Il faut repousser les *révulsifs* cutanés, les *pointes de feu*, les *injections d'ergotine* (Langenbeck) pratiquées au voisinage ou dans l'épaisseur du sac (Albanèse), les *injections* intra-anévrysmales de *tanin* (Smith), de *perchlorure de fer* (Syme), l'*acupuncture* par les procédés de Velpeau, de Constantin Paul, par la méthode de Mac Ewen. Ce dernier procédé consiste à introduire dans l'anévrysme une longue aiguille qu'on laisse en place pendant vingt-quatre heures et à laquelle on imprime de temps à autre quelques mouvements pour irriter et léser la paroi interne du sac. La *filipuncture*, dont Philips eut l'idée en 1786, et qui fut employée par Moore en 1864, n'a donné, d'après Verneuil, que 6 succès sur 100. Sur 28 cas, la mort rapide est survenue 24 fois, et la survie la plus longue des quatre autres opérés n'a pas dépassé cent quarante-quatre jours. Il convient cependant de citer les cas de guérison de Morse, Van der Meulen. Les corps étrangers les plus variés ont été utilisés (fils de fer, de cuivre argenté, fils de soie, catgut, crins de Florence). On a

laissé dans l'anévrysme jusqu'à 67 mètres de fil d'acier, 33 mètres de catgut, 14 mètres de crin de Florence. Baccelli introduit dans certains anévrysmes ampullaires, extra-péricardiques, faisant saillie à l'extérieur, pourvus d'un collet étroit, sans lésions d'orifice, des ressorts de montre qui, en se repliant en spirale, offrent une large surface de coagulation. Lépine se sert d'une canule plate et a obtenu un succès. On a rendu ces ressorts rugueux en les exposant aux vapeurs d'acide osmique (Renaut), en les plongeant dans de l'acide chlorhydrique, dans du perchlorure de fer (Bourget). On trouvera l'étude complète de cette question dans le mémoire et la thèse de Charneil (1886). Courtot (1887) fait le procès de la filipuncture, il insiste sur ses dangers et affirme que dans 15 applications de la méthode de Moore, la mort est toujours survenue dans un délai qui n'a pas dépassé un mois et demi. Cependant Morelli (1896) prétend que sur 43 anévrysmes traités par la méthode de Baccelli, 6 ont guéri; mais de Renzi objecte que ces malades n'ont pas été suivis assez longtemps. La *galvanopuncture* négative doit être repoussée, elle expose à une hémorragie consécutive, au dégagement d'hydrogène dans la poche, à l'embolie. La *monopuncture positive* est conseillée par Tripier, Anderson, Dujardin-Beaumetz, Bucquoy, Teissier (1), Laurent Robin (2). Sur 114 anévrysmes thoraciques traités par l'*électrolyse*, Petit a enregistré 69 améliorations et deux guérisons. Les conditions les plus favorables au succès de l'électrolyse se trouvent réunies dans les anévrysmes sacciformes, petits, à collet étroit, de date récente, sans lésions valvulaires concomitantes. Cependant Dujardin-Beaumetz déclarait, après avoir traité 24 anévrysmes par cette méthode, qu'il n'avait jamais pu obtenir une guérison; la rupture du sac se produirait, d'après Renzi, 88 fois sur 100. Nous avons appliqué plusieurs fois cette méthode, mais sans résultats appréciables; dans un cas même, la rupture s'est produite ultérieurement au niveau des piqûres faites par les aiguilles. L'application de *courants continus* d'une intensité de 10 à 20 milliampères sur la *face externe* de la tumeur (Vizioli), la *filigalvanopuncture* (West, Roosevelt, Kew, Rosentirn, Stewart et Salinger, Hershey), la *caloripuncture* ne paraissent pas avoir été plus efficaces que les méthodes précédentes. La *compression* faite au niveau et au-dessous du sac, est extrêmement dangereuse; la compression de l'aorte abdominale exercée au-dessus de l'anévrysme avec les tourniquets de Lister, Carte, Porter, Bickersteth, a guéri les malades de Murray, Moxon, Greenhow, Archer. Les *ligatures* de l'aorte abdominale ont été suivies de résultats déplorables. Des *ligatures* temporaires de l'aorte thoracique ont été tentées par Torni, Villar; les malades n'ont pas survécu. La *ligature* de la *carotide primitive gauche* dans les anévrysmes de l'aorte ascen-

(1) Thèse d'agrégation, 1878.

(2) Thèse de doctorat, 1880.

dante a permis à un des opérés de Heath, de vivre quatre ans et sept mois. Une jeune femme, à qui Holmes avait pratiqué cette ligature pour un anévrysme de la portion terminale de l'arc aortique, était encore en excellent état au bout de onze ans. Le malade de Hardie mourut six ans après cette opération. Elle aurait donné, d'après Acosta Ortiz (thèse Paris, 1892), 7 guérisons et 5 morts. La *ligature de la carotide primitive droite* a été pratiquée 4 fois dans les mêmes conditions, seul l'opéré d'Annandale en a bénéficié. La *ligature isolée de la sous-clavière* a été faite inutilement par Bryant. La *ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droite* a été appliquée au traitement de l'anévrysme de l'aorte. Les détails contenus dans les thèses de Mallié (Bordeaux, 1882), de Blaque (Paris, 1895), d'Acosta Ortiz, montrent que cette application de la méthode de Brasdor au traitement des anévrysmes de l'aorte ascendante, n'a pas été heureuse. Quant à la ligature de l'*innominée*, elle n'a réussi qu'une fois sur 28 cas. La *ligature successive de la carotide primitive et de la sous-clavière droite* a été pratiquée par Kuster, Schede, Wolf dans des cas d'anévrysmes aortiques; la plus longue survie n'a pas dépassé cinq mois. Enfin, Le Dentu n'a obtenu qu'une simple amélioration en liant simultanément la carotide et la sous-clavière droite et en procédant trois mois et demi après à la ligature de la sous-clavière gauche derrière la clavicule. En résumé, 26 malades sur les 38 qui ont subi ces doubles ligatures, ont succombé avant la fin de l'année.

**Traitement symptomatique.** — On combattra la *dyspnée* par des ventouses, des révulsifs, des saignées, des préparations opiacées. Ce n'est qu'en cas d'*asystolie* qu'il faudra recourir à la digitale, car ce qui convient au cœur, dit Rendu, est préjudiciable à l'anévrysme. Les *douleurs* seront calmées par les injections de morphine, la phénacétine, l'antipyrine (Sée), les bromures, les narcotiques, les applications locales de réfrigérants. Stokes conseillait de diviser le ligament sterno-claviculaire pour atténuer les phénomènes dus à la compression intra-thoracique. L'usage d'un corset orthopédique est nécessaire par l'érosion profonde de plusieurs vertèbres. La trachéotomie est surtout indiquée lorsque la dyspnée est nettement laryngée, paroxystique, spasmodique, d'origine récurrentielle, ou lorsqu'elle dépend d'un œdème glottique; elle est souvent inefficace lorsque la compression des conduits aériens siège trop bas; il faut se servir alors d'une longue canule dont l'extrémité dépasse l'obstacle. Si la tumeur anévrysmale fait saillie à l'extérieur, on retardera ses progrès par des applications de collodion (Broca), de pyroxyline (Lelion), on la protégera au moyen de cuirasses en gutta-percha, en aluminium ou en tout autre métal. Si la rupture à l'extérieur menace de se faire, on appliquera un épais bandage compressif doublé de nombreuses couches d'amadou et d'ouate. Bien que de longues survies aient été observées par Néligan, Stokes, il ne faut guère compter sur tous les

moyens hémostatiques : presque toujours ces ruptures anévrysmales sont rapidement mortelles.

## AORTITES

**HISTORIQUE.** — Arétée, Galien, Cœlius Aurelianus, Santorini soupçonnaient l'existence des *aortites chroniques*; elles ont été mieux observées par Boerhave; mais la première description précise est donnée par Morgagni qui compare l'athérome à des gouttes de cire fondue refroidies sur le pavé. En 1715, Vieussens montre que l'aortite chronique athéromateuse peut se compliquer d'insuffisance aortique. Un siècle plus tard, Hodgson publie un remarquable travail sur la dilatation aortique, qu'il distingue avec soin de l'anévrysme. Bien que l'*aortite aiguë* ait été mentionnée par Morgagni, son histoire date du commencement du XIX<sup>e</sup> siècle. Cette affection est étudiée par Portal (1803), Reil, Schönlein, J.-F. Franck. Pinel rapporte sa *fièvre angioténique* à la rougeur de l'endartère. Broussais et ses élèves considèrent cette coloration comme caractéristique de l'aortite aiguë. Bouillaud et Bertin lui accordent une trop grande valeur. Laënnec, Louis, Trousseau et Bigot ont en effet démontré que cette teinte était due à une imbibition cadavérique de l'endartère par la matière colorante du sang. Elle n'a d'importance que lorsqu'elle s'accompagne de plaques gélatiniformes. La *symptomatologie* de l'aortite aiguë reste diffuse. J. F. Franck, Pinel, Bizot, J.-P. Teissier attribuent à cette affection les symptômes les plus disparates qui ne lui appartiennent pas. Gintrac, Corrigan, Norman Chevers établissent l'influence de l'irritation des plexus cardio-aortiques dans le développement de l'*angine de poitrine* liée à l'aortite. Lancereaux, Peter, Huchard, Rendu, Sée, Potain insistent sur l'importance clinique et sur la pathogénie de ce symptôme. Citons encore les *études cliniques* de Leudet, Potain, Bucquoy, Rendu, Dieulafoy, et les thèses de Paris publiées par Léger (1877), Richard (1879), Sicard (1880), Rousseau (1883), Bornèque (1883), Bureau (1893). La *physiologie pathologique* a été éclairée par les expériences de F. Franck sur les effets produits par l'irritation de l'endartère aortique. L'*anatomie pathologique* a été étudiée par Lancereaux, Cornil et Ranvier, Landouzy et Siredey, Thérèse, Letulle. Une orientation nouvelle a été donnée par les recherches *bactériologiques* de Rattone, Cuzzaniti, Olliver, Flexner, Hanot et Lévy, qui ont décelé au niveau des *aortites infectieuses*, le bacille d'Eberth, le pneumocoque, le *Bacillus anthracis*, le bacille de Koch. Nous avons constaté aussi :

- 1° Des cocci dans l'épaisseur de végétations développées sur une plaque athéromateuse dans le cours d'une grippe infectieuse;
- 2° Des streptocoques dans une plaque gélatineuse d'aortite consécutive à un érysipèle;