

sence de l'albumine doivent faire craindre l'apparition d'accidents graves, de crises aiguës congestives du côté du foie et surtout des poumons. Ces lésions rénales d'origine artério-scléreuse favorisent l'apparition de cet œdème aigu du poumon, mais elles n'en sont pas la condition *sine qua non*. D'après Landouzy, l'élément primordial est surtout conditionné par l'aortite.

**PRONOSTIC.** — Sa gravité découle de l'exposé de toutes ces complications. Les aortites végétantes, ulcéreuses ou suppurées s'accompagnent de phénomènes pyohémiques, septicémiques ou infectieux qui entraînent souvent la mort. Les aortites aiguës qui surviennent dans la convalescence des maladies *infectieuses*, sont en général bénignes; elles disparaissent souvent après la convalescence; leur durée ne dépasse guère deux mois. C'est ainsi que l'aortite se montre, disparaît ou alterne avec les manifestations rhumatismales. L'aortite liée à la fièvre typhoïde guérit souvent sans laisser de traces; elle peut cependant être suivie d'une dilatation persistante de l'aorte, devenir subaiguë et passer à la chronicité, comme chez deux de nos malades. La *marche* de ces aortites est variable; elle procède souvent par poussées successives qui peuvent s'atténuer, s'espacer ou cesser complètement. Ces améliorations ne sont souvent que des rémissions passagères, car l'aortite est surtout une maladie à répétition, aux allures insidieuses, passant par des alternatives de recrudescence et d'accalmie. Plus rarement, on observe une *restitutio ad integrum* et le processus continue lentement son évolution silencieuse vers la chronicité, en progressant par étapes successives. Des améliorations notables et même une guérison relative, trop souvent imparfaite, peuvent être obtenues, lorsqu'un traitement hâtif et opportun est institué contre les aortites d'origine syphilitique ou goutteuse. Cette dernière variété d'aortite a une forme moins fluxionnaire et une évolution plus lente chez les goutteux héréditaires; elle n'a pas de rapports directs avec les accès de goutte. Le pronostic de l'*aortite chronique* est plus grave chez les athéromateux, qui sont exposés à l'angine de poitrine et à toutes les complications de l'artério-sclérose. Il est moins sévère dans les aortites chroniques, limitées, ne s'accompagnant pas de lésions athéromateuses généralisées. Les aortites localisées, en plaques, suivies d'altérations profondes de la tunique moyenne, exposent surtout à l'anévrysme. Les chances de guérison ne sont pas en rapport avec la bénignité des troubles fonctionnels qui empêche souvent de soupçonner une aortite latente. Le point capital est de porter un diagnostic précoce qui permet d'instituer à temps un traitement efficace.

**DIAGNOSTIC.** — L'*aortite aiguë*, qui n'est souvent qu'un épisode, un épiphénomène d'une maladie infectieuse, doit être recherchée avec soin et de parti pris; car souvent aucun de ses symptômes

n'attire suffisamment l'attention du clinicien. Cependant, l'arythmie, l'intermittence du pouls, une légère élévation de température survenant après la défervescence de la *fièvre typhoïde*, feront soupçonner l'existence d'une aortite. L'aortite *variolique* se manifestera par une légère hyperthermie, soit pendant la période d'éruption dans les formes graves ou hémorragiques, soit un à deux jours après la chute de température qui suit la période de suppuration. Dans les cas d'aortite, cette hyperthermie persiste pendant la dessiccation et la desquamation. On observe en outre un double souffle à la base et un plateau au sommet de la ligne d'ascension du tracé sphygmographique. On n'oubliera pas que les aortites aiguës dites primitives, à début insidieux, à poussées successives, qui se développent à la suite d'un refroidissement, d'un état infectieux, atteignent surtout les athéromateux, ou des individus qui, ayant dépassé quarante-cinq ans, présentent déjà des symptômes vagues d'altérations vasculaires tels que dyspnée d'effort, *sine materia*, accidents angineux, vertiges, etc. Malgré leur importance clinique et leur fréquence relative, les *aortites chroniques* restent trop souvent méconnues. Une dyspnée spéciale avec inspiration longue et prolongée, survenant sans cause appréciable, une douleur rétro-sternale, angoissante, angineuse, des crises de pseudo-asthme, des crachats hémoptoïques, des modifications pupillaires, des vertiges, des troubles gastriques, une hypertrophie du cœur sont autant d'indices qui donneront l'éveil au clinicien. Il se gardera de confondre l'angine de poitrine vraie symptomatique de l'aortite avec les *pseudo-angines* des dyspeptiques, des hystériques, des neurasthéniques, des grands fumeurs, ou bien avec les *angines-névroses* dont les accès éclatent sans causes provocatrices, en plein sommeil; ils sont souvent précédés d'une aura périphérique du côté du bras, s'accompagnent d'irradiations douloureuses plus diffuses avec points hystérogènes, palpitations violentes, tendances syncopales, et se terminent soit par un évanouissement, soit par une crise de larmes.

Il faudra encore éviter de mettre les troubles dyspnéiques de l'aortite sur le compte de l'*urémie*, des accès *pseudo-asthmiques des emphysémateux*; le pseudo-asthme aortique sera facilement distingué de l'asthme véritable dont la crise se termine par une expectoration spéciale. Avec un peu d'attention, on ne confondra pas la *tuberculose pulmonaire* soit avec les congestions actives du sommet accompagnées d'hémoptysies qui sont observées chez les aortiques, soit avec la forme hémoptoïque de la dilatation bronchique qui se développe chez les aortiques et les artério-scléreux (Huchard). On se rappellera encore que la *dyspnée cardiaque* est subcontinue, qu'elle s'accompagne de congestion, de signes physiques spéciaux, tandis que la dyspnée aortique est rarement congestive, souvent paroxystique, douloureuse avec sensation de barre transversale ou

d'étreinte rétro-sternale. Le *goitre exophtalmique* avec ses douleurs pseudo-angineuses, ses accès de palpitations et l'exagération des battements des sous-clavières, peut simuler l'aortite. Huchard cite 3 cas dans lesquels cette erreur a été commise. Du reste, Potain admet qu'un réflexe parti de l'endartère aortique peut déterminer le syndrome basedowien. Les signes physiques, l'absence d'exophtalmie, de tremblement fibrillaire, établiront l'existence d'une aortite. Les *battements aortiques* perçus dans la région épigastrique chez des gens nerveux ou neurasthéniques, seront aisément différenciés des pulsations tenant à l'inflammation de l'aorte abdominale.

L'aortite peut encore être confondue avec l'*endocardite aiguë*, l'*endocardite ulcéreuse*, la *péricardite* limitée de la base, à forme angineuse et avec l'*insuffisance aortique*. Dans ce dernier cas, il importe de savoir si l'insuffisance est d'origine *endocarditique*; car on a alors affaire à une affection cardiaque dans laquelle la lésion constitue toute la maladie. L'insuffisance aortique qui complique l'aortite chronique est au contraire *endartéritique*, puisque ce sont les lésions athéromateuses et artério-scléreuses qui se sont propagées de l'aorte aux valvules sigmoïdes. Ici, la lésion est dominée par la maladie. Une *hypertrophie du cœur* qui ne peut être rattachée ni à des lésions rénales, ni à ses causes habituelles, est l'indice d'une aortite chronique avec dilatation. Autant elle est fréquente dans la maladie de Hodgson, autant elle est rare dans l'anévrysme aortique. Le diagnostic différentiel entre ces deux affections sera basé sur les éléments suivants : les phénomènes de compression appartiennent à l'anévrysme; ils sont exceptionnellement observés dans la dilatation aortique, qui détermine bien rarement une compression soit du plexus brachial avec atrophie du bras correspondant (Chauffard), soit des filets radiculaires du même plexus (Besançon), soit du grand sympathique (Stackler), soit du récurrent, des troncs veineux brachio-céphaliques, de la trachée, de la bronche gauche. Enfin, l'âge plus avancé, les signes d'athérome concomitant, les vertiges, la surélévation des sous-clavières, l'existence fréquente d'une insuffisance aortique, l'absence d'une matité étendue, d'un double centre de battements, des claquements et souffles spéciaux à l'anévrysme constituent un ensemble de signes qui permettront de reconnaître la dilatation aortique.

**TRAITEMENT. — Traitement préventif.** — Il doit remplir les indications suivantes :

Prévenir le développement des aortites, d'origine infectieuse, par des injections de sérums thérapeutiques appropriés.

Atténuer ou détruire les effets nocifs des microbes et de leurs toxines au moyen d'antiseptiques (naphtol et ses dérivés, salol, sulfate de quinine, acide salicylique). Le calomel joint à son action

antiseptique, des propriétés diurétiques (Huchard). Eichorst associe le sublimé au chlorhydrate de quinine. Gerhardt vante le carbonate de soude. Les médecins anglais emploient volontiers le chlorhydrate d'ammoniaque.

Favoriser l'élimination de ces toxines par les urines (diurétiques, lait, théobromine, caféine).

Eviter les aortites d'origine rhumatismale, palustre, goutteuse, syphilitique, en prescrivant d'emblée et à doses suffisantes, du salicylate de soude, de la quinine, du colchique, des préparations mercurielles et de l'iodure de potassium.

**Traitement spécifique.** — Les aortites syphilitiques seront traitées par la médication hydrargyrique, qui sera associée à l'iodure de potassium. Ce médicament sera employé à plus forte dose que dans le traitement des aortites simples aiguës, subaiguës ou chroniques. Les iodures constituent la médication de choix; ils agissent sur les aortites non spécifiques. L'efficacité de l'iodure de potassium n'est pas une preuve suffisante de l'origine syphilitique de la lésion. La tolérance de ce médicament sera facilitée par son association à l'extrait thébaïque. Huchard recommande la formule suivante : iodure de potassium 10 grammes, extrait thébaïque 10 centigrammes, eau distillée 300 grammes. L'*iodure de sodium* est mieux supporté, surtout s'il est additionné d'arséniate de soude dans les proportions suivantes : *arséniate de soude*, 10 centigrammes; *iodure de sodium*, 10 grammes; *eau distillée*, 300 grammes. Il ne faut pas dépasser la dose quotidienne de 50 centigrammes; il est nécessaire de la prescrire le plus tôt possible, avant que des lésions scléro-athéromateuses définitives n'aient eu le temps de se développer; enfin, on doit continuer la médication iodurée pendant longtemps, avec quelques intervalles de repos. Huchard a appelé l'attention sur les inconvénients et même sur les *dangers* de la médication iodurée employée à doses trop fortes et d'une façon trop prolongée, dans les maladies cardio-artérielles. Elle peut donner lieu à des symptômes d'asthénie cardio-vasculaire avec faiblesse, petitesse, inégalité et fausses intermittences du pouls. L'iode s'élimine par la voie bronchique, détermine parfois un œdème congestif iodique (Renaut et Mollard), et favorise le développement de l'œdème aigu du poumon. La mort est parfois rapide, mais cet orage peut se calmer en une heure. Il faut surveiller avec soin les effets des iodures, et on doit suspendre ces médicaments à la moindre menace d'*asthénie cardio-vasculaire* ou d'*œdème aigu du poumon*. Si cette complication survient, on diminuera l'énorme hypertension pulmonaire qui existe dans les cas d'*œdème aigu du poumon*, en pratiquant une saignée de 400 grammes (Huchard) (1), en appliquant des ventouses scarifiées

(1) HUCHARD, Traité de thérapeutique appliquée de Robin, fasc. XI, p. 67, et *Journal des praticiens*, 1897, p. 293.

sur la paroi thoracique, sur la région du foie, sur les reins, ou simplement des ventouses sèches. On soutiendra et on tonifiera rapidement le myocarde vaincu par cet excès de tension, avec des injections hypodermiques de caféine, d'éther, d'huile camphrée à 1/10 ou 1/5. L'état parétique des bronches et les troubles d'innervation cardio-pulmonaires seront combattus au moyen d'injections hypodermiques de 2 à 3 milligrammes de strychnine par jour. Huchard recommande d'électriser le nerf vague, d'appliquer des pointes de feu, des cautères, des ventouses sur la région sterno-costale. L'action de l'atropine sur l'œdème pulmonaire expérimental, produit par la muscarine (Grossmann), a donné l'idée d'administrer ce premier médicament contre l'œdème aigu du poumon chez les aortiques; il a fourni de médiocres résultats, car l'atropine diminue la diurèse, que l'on doit favoriser, au contraire, au moyen du régime lacté, de la théobromine, à la dose de 2 grammes par jour. Enfin, il ne faut recourir ni à la morphine, qui augmente la parésie broncho-pulmonaire et diminue l'excrétion urinaire, ni à l'antipyrine, qui affaiblit le cœur et gêne le fonctionnement du rein, ni aux vésicatoires, qui accroissent encore l'insuffisance rénale.

**Traitement symptomatique.** — Les douleurs localisées sur le trajet de l'aorte, la *péri-aortite*, la *névrite* des plexus cardio-aortiques seront combattues par des révulsifs locaux (pointes de feu, cautères, badigeonnages répétés de teinture d'iode, petits vésicatoires morphinés), par des injections hypodermiques de morphine, qui ont de plus l'avantage de diminuer la dyspnée et l'anémie cérébrale. L'*éréthisme vasculaire* sera calmé par les bromures associés ou non aux iodures, par l'application d'une vessie de glace, par des pulvérisations d'éther et de chlorure d'éthyle sur la région précordiale et préaortique, par des émissions sanguines locales (sangues, ventouses scarifiées). D'après Rendu, l'extrait de belladone, à doses croissantes, diminue la tension vasculaire. Potain donne le sirop iodotannique contre les fluxions sanguines cardio-pulmonaires. L'*état nerveux* accompagné de phénomènes douloureux, sera traité par l'opium, le chloral, la jusquiame, les médicaments nervins, tels que le valériane d'ammoniaque, le sulfonal, l'urétrane, l'antipyrine.

L'*accès d'angine de poitrine* sera soulagé par des inhalations de V à VIII gouttes de nitrite d'amyle versées sur un mouchoir ou sur une soucoupe, par des injections de morphine ou d'une solution composée de: *trinitrine* au centième, *L gouttes; eau distillée, 10 grammes*. Huchard en injecte un quart de seringue, de deux à quatre fois par jour. On retardera ou on évitera le retour de l'accès d'angine de poitrine lié au rétrécissement des coronaires, en abaissant la tension artérielle et en diminuant la vaso-constriction au moyen de l'iodure de sodium, de l'administration de V à XV gouttes d'une solution alcoolique de trinitrine au centième et du régime lacté. On dimi-

nuera la *dyspnée* avec des ventouses sèches, avec des inhalations d'oxygène, et surtout avec de la morphine, qui est pour l'aorte ce que la digitale est pour le cœur (Huchard). Si cette dyspnée est d'origine toxique, le régime lacté et les diurétiques sont indiqués et le fonctionnement des reins et du foie doit être surveillé avec soin. Le bromure de potassium, à la dose de 4 à 6 grammes par jour, sera utilement donné dans les cas de ces dyspnées nervo-réflexes, qui sont réalisées expérimentalement par l'irritation de l'endartère aortique. Les *crises paroxystiques à fluxion cardio-pulmonaire* seront atténuées par les émissions sanguines locales et même générales, par des révulsifs cutanés, par des injections de morphine et par des inhalations de nitrite d'amyle. Enfin, les tendances à la syncope ou au collapsus cardiaque, les phénomènes d'asystolie nécessitent l'emploi immédiat des toniques du cœur (spartéine, caféine). La digitale ne convient que lorsque le myocarde faiblit. Si ce médicament régularise la tension artérielle, il a l'inconvénient de l'élever. Il offre l'avantage, d'après Bureau, de diminuer l'excitation et l'amplitude des oscillations de l'aorte. Lorsque l'aortite chronique est arrivée à sa dernière période, elle peut s'accompagner de phénomènes d'asystolie, d'accidents toxiques et urémiques, qui sont, en grande partie, attribuables à l'artério-sclérose concomitante et aux lésions scléreuses connexes du cœur et des reins. On aura recours au régime lacté, aux purgatifs, aux diurétiques, aux toniques du cœur, etc.

**Traitement hygiénique.** — Il a pour but de prévenir les rechutes, les récives, les retours des poussées aiguës d'aortite, l'asystolie et les accidents toxiques. L'aortique se gardera des écarts de régime; il renoncera aux mets faisandés, aux conserves, aux plats épicés, à l'alcool, au tabac; il évitera les excès, les émotions, les exercices violents, fatigants ou prolongés, les marches rapides, les montées d'étage, l'équitation, le cyclisme (Huchard). Les hautes altitudes sont défavorables. Le froid est nuisible, car il augmente la tension artérielle en faisant contracter les vaisseaux de la périphérie. En un mot, cette hygiène spéciale contribuera à diminuer le travail du cœur, à abaisser l'hypertension aortique, à écarter les auto-intoxications et les dyspnées toxiques. Le régime lacté est particulièrement utile, il a l'avantage de provoquer la diurèse. Les Allemands conseillent d'activer la circulation périphérique par une gymnastique musculaire particulière, par des mouvements actifs, par du massage, par des frictions. Enfin, Th. Rumpf recommande de réduire la quantité des sels calcaires contenus dans les aliments et d'augmenter leur élimination par les reins au moyen d'une potion ainsi composée: *Bicarbonate de soude, 10 grammes; neutralisez avec acide lactique Q. S.; puis ajoutez: acide lactique et sirop simple, de chacun 10 gr.; eau distillée, 180 grammes*. F. S. A.; à prendre dans les vingt-quatre heures. D'après Rumpf, l'usage interne de cet acide lactique

exerce une action diurétique plus considérable que la digitale. Cet auteur conseille d'administrer cette potion lacto-sodique pendant un mois et de laisser reposer le malade pendant un laps égal de temps. Cette médication agira favorablement sur l'artério-sclérose, dont l'aortite chronique n'est souvent qu'un épiphénomène, et sur les troubles cardiaques d'origine asystolique. Enfin, si l'aortite n'est arrivée qu'à une période peu avancée, on pourra conseiller une station thermale, d'altitude peu élevée, appartenant aux groupes des eaux faiblement sulfureuses, iodo-bromurées ou chlorurées sodiques.

## MALADIES DES VEINES

PAR

F. WIDAL

Professeur agrégé à la Faculté de Paris,  
Médecin de la Maison municipale de santé,

ET

F. BEZANÇON

Chef de laboratoire à la Faculté de Paris.

**CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES PRÉLIMINAIRES.** — Les maladies générales des veines, les seules que nous ayons à étudier, relèvent surtout du grand facteur étiologique qui domine aujourd'hui toute la pathologie, l'infection.

La distinction, naguère admise encore, entre la phlébite simple et la phlébite infectieuse n'a plus sa raison d'être aujourd'hui. Comme l'a montré l'un de nous (1), à propos de la *phlegmatia alba dolens* des accouchées, l'existence de symptômes non douteux d'infection dans la période intercalaire qui s'étend depuis le moment de l'accouchement jusqu'au jour d'apparition de la phlébite, la présence dans les parois de la veine malade et dans les caillots de nombreux streptocoques, tout prouve que cette *phlegmatia*, l'ancienne phlébite simple, n'est en réalité qu'une des modalités si diverses de l'infection puerpérale, un petit accident de la puerpéralité. Il en est de même, comme depuis l'a montré M. Vaquez (2), des prétendues thromboses marastiques, qui ne sont que le résultat de la localisation sur la paroi veineuse d'une infection atténuée.

L'infection du système veineux est tantôt primitive, tantôt secondaire à une infection cutanée ou muqueuse.

L'infection *primitive* résulte d'une plaie septique de la veine qui devient alors la première étape de l'infection ; ce mode d'infection, qui supprime tous les moyens de défense qu'oppose aux micro-organismes le tissu cellulaire de la peau et des muqueuses, est un

(1) F. WIDAL, Étude sur l'infection puerpérale, la *phlegmatia alba dolens* et Pérysipèle. Th. Paris, 1889.

(2) VAQUEZ, De la thrombose cachectique. Th. Paris, 1890.