

XXXII. — TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES AORTIQUES. —
INJECTIONS GÉLATINEUSES

I. ACCIDENTS DE LA MÉDICATION. — Observations; compression de l'artère pulmonaire par les caillots anévrysmaux, éclosion de lésions tuberculeuses et mort. Pseudo-guérisons, observation d'oblitération du tronc brachio-céphalique et de ses branches, de la carotide gauche, et mort dans le coma. Cas dans lequel l'injection gélatinée ne donne aucun résultat. — Accidents tétaniques mortels et accidents locaux à la suite de l'emploi de certaines gélatines. Nécessité d'une stérilisation à haute température.

II. GUÉRISONS SPONTANÉES DES ANÉVRYSMES. — Observations.

III. MODE DE TRAITEMENT; SES RÉSULTATS. — Formule de l'injection, nombre des injections; solutions fortes et faibles. Fièvre légère. Résultats. Administration de la gélatine par voie stomacale.

Les meilleures médications doivent être employées avec méthode. On parle beaucoup du traitement des anévrysmes par les injections sous-cutanées gélatineuses, traitement prôné par Lancereaux et Paulesco s'appuyant sur les travaux de Dastre et Floresco, qui ont mis en évidence l'action coagulante de la gélatine sur le sang (1). 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 à Boinet, agrégé et médecin des hôpitaux de Marseille (2); l'autre, qui m'a été communiquée par mon collègue Barth, médecin de l'hôpital Necker.

Cependant je tiens à dire que ces deux cas, dont l'issue fut défavorable, ne sauraient 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

(1) DASTRE et FLORESCO, *Soc. de biologie*, 1896.

(2) BOINET, *Revue de médecine*, 10 juin 1898.

parfois ces injections *agissent trop*, qu'il faut les pratiquer avec prudence et modération, qu'il importe surtout de bien préciser 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 sans doute de même pour les injections gélatineuses qui peuvent dépasser le but, comme cela survient pour les guérisons spontanées, lesquelles 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.

I. — Accidents de la médication.

Un homme de trente-huit ans (observé par Boinet), ni paludéen, ni syphilitique, ni tuberculeux, présente en mai 1897 un anévrysme 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'anévrysme 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 anévrysmale 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 anévrysmale est divisée en deux parties : l'une sans caillot ; l'autre ayant les dimensions d'une grosse orange, remplie de nombreuses couches de caillots fibreux, 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 fibreuse 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 fibreuses, 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 anévrysmes aortiques, a été signalée depuis longtemps par Stokes, 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 peux citer le fait d'un malade que j'avais regardé moi-même comme guéri à la suite de ce traitement, et chez lequel l'apparition d'une nouvelle tumeur anévrysmale à côté de la première a entraîné bientôt la terminaison fatale (2).

Une femme de quarante-neuf ans (observée par H. Barth), 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'iode 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 la piqûre.

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

(2) HUCHARD, *Académie de médecine*, 1898.

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°. 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 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° 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^{er} 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 rapidement aux progrès du collapsus.

A l'autopsie, on constate que l'anévrysme, 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 flasque, est 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'apoptose 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 entonnoir 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 « les derniers phénomènes présentés par la malade ressemblent beaucoup à des symptômes d'urémie, et il est regrettable que l'observation 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 déclarer que notre collègue, consulté par nous, nous autorise à affirmer 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, qu'à l'autopsie « les reins ont été trouvés indemnes de toute lésion ». Du reste, à la fin de cette observation

résumée, on lit 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 manifestement 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 des 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 pleine 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 qu'elle paraît, — comme disait Hodgson 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 de 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.

Il y a des cas où les injections ne peuvent donner aucun résultat : c'est lorsque la tumeur anévrysmale ne forme pas une poche sacciforme bien nette, qu'elle est fusiforme, et lorsqu'il s'agit simplement d'une artère dilatée. En un mot, la condition du succès réside dans le ralentissement du cours sanguin de la poche anévrysmale. Alors, les injections gélatineuses parviennent à diminuer d'abord les douleurs par suite de la rétraction du sac due à la formation des caillots, la tumeur durcit et les mouvements d'expansion s'atténuent pour disparaître ensuite. « La gélatine constitue donc un excellent agent thérapeutique ; elle ne guérit pas les anévrysmes, mais elle favorise le processus naturel de leur guérison (1). »

Malheureusement, un autre accident grave a encore été signalé : le *tétanos* rapidement mortel à la suite d'injections sous-cutanées de sérum gélatiné. Voici, à ce sujet, une observation due à Lop et Murat :

Un homme de trente et un ans, au cours d'une fièvre typhoïde grave, est pris d'hémorragies intestinales répétées

(1) LANCEREAUX et PAULESCO, *Acad. de méd.*, 1897-1899 ; *Journal de méd. interne*, 1898. — BURGHART, FRANKEL, KLEMPERER, *Soc. de méd. interne de Berlin*, 1899-1900. — KALINDÉRO, STOICESCO, *Journal de méd. interne*, 1899. — POTIEZ, GAULTIER, *Thèses de Paris*, 1901 et 1904. — LE DENTU, *Acad. de méd.*, 1905.

et profuses, résistant aux moyens ordinaires. En trois jours, on pratique quatre injections de 200 centimètres cubes chacune, de sérum gélatiné à 7 p. 1 000. L'hémorragie s'arrête, mais quatre jours après la dernière injection, on voit survenir tous les symptômes d'un *tétanos* suraigu avec une température à 40°, 2. Le malade meurt dans la soirée du second jour.

Voilà un fait terriblement significatif, comme le dit Chauffard, d'autant plus qu'il est loin d'être le seul de son espèce, puisqu'on a pu en relever une vingtaine de cas survenus en deux années, et c'est la gélatine qu'il convient d'incriminer ; car, les recherches récentes de E. Lévy et Bruns, d'Anderson, ont montré que des solutions de gélatine du commerce on peut extraire par culture, des bacilles et spores tétaniques virulents. D'autre part, dans une série de faits, l'injection de sérum gélatiné a été suivie *in situ* de l'apparition d'accidents locaux des plus graves : nécroses des tissus, phlegmons et abcès gangréneux (Kuhn, Bruchet, Rapin, etc.), et souvent l'expérimentation a montré le pouvoir tétanisant du pus de ces abcès ou des tissus nécrosés (1). Il résulte de ces faits, cette conséquence pratique : toutes les solutions de gélatine que l'on se propose d'injecter doivent être stérilisées longtemps et à haute température (120-130).

II. — Guérisons spontanées des anévrysmes.

Depuis longtemps, les auteurs anciens (2) ont signalé des guérisons spontanées des anévrysmes, et il ne se passe pas

(1) CHAUFFARD, Rapport sur un mémoire de Lop et Murat (de Marseille) concernant le *tétanos* consécutif à l'emploi de la gélatine comme hémostatique (*Acad. de méd.*, 1903). — E. LÉVY et H. BRUNS, *Deutsch. med. Woch.*, 1902. — J.-F. ANDERSON, Presence of tetanus in commercial gelatine, Washington, 1902. — KUHN, *Munch. med. Woch.*, 1901. — BRUCHET, *Soc. méd. d'arrondissements de Paris*, 1902. — RAPIN, *Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1902.

(2) SAVIARD, dès 1635, dans le *Journal des savants*. — FOUBERT, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, en 1735. — J.-L. PETIT, en 1763. — HOBSON, au commencement du XIX^e siècle.

d'année où l'on n'en observe plusieurs cas. Or les faits malheureux imputables à ces guérisons spontanées ne sont pas rares. En voici quelques-uns :

Un fait de Bruce : anévrisme 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, relative à un homme de quarante ans, atteint de paralysie et de gangrène des membres inférieurs et chez lequel, à l'autopsie, on trouve un anévrisme de la partie supérieure de l'aorte abdominale, oblitéré complètement, avec obstruction de l'aorte et des artères mésentériques. Une observation de Greenhow, relative à un anévrisme de l'aorte guéri spontanément avec oblitération de la carotide gauche et de la sous-clavière (1).

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 intranévrismale, 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.

(1) BRESSELLE, *Thèse de Paris*, 1886. — BRUCE, *Medical Times*, 1867. — GOODHART, *Soc. path. de Londres*, 1875. — GREENHOW, *Soc. clinique de Londres*, 1875.

III. — Mode de traitement; ses résultats.

Tout d'abord, il a été démontré que la gélatine introduite dans le tissu cellulaire est absorbée par les lymphatiques qui la déversent dans le sang, sans que sa propriété de rendre celui-ci plus coagulable soit amoindrie ou perdue. D'autre part, on n'a pas à craindre le plus souvent que, sous l'influence de ce pouvoir coagulant, il se produise des thromboses dans le courant sanguin, puisque deux conditions sont indispensables pour la production des caillots : le ralentissement sanguin, et une paroi rugueuse ou dépolie. Néanmoins, l'observation de H. Barth est bien faite pour modérer un trop grand enthousiasme à cet égard.

La formule à employer est la suivante : gélatine blanche, 5 grammes; solution de chlorure de sodium à 7 p. 100, 200 cent. cubes. On place cette solution dans un ballon, on le ferme à la lampe et on stérilise à 120. Mais, lorsqu'une collatérale importante s'ouvre dans la poche de l'anévrisme, Paulesco et Lancereaux recommandent d'avoir recours à des solutions plus faibles (1 à 1, 5 p. 100).

Les injections doivent être pratiquées tous les huit ou dix jours, et ce n'est qu'après dix, vingt et même trente injections que la guérison définitive a pu être obtenue. Elles sont pratiquées sur le malade couché, et celui-ci doit demeurer au repos absolu et au lit pendant toute la durée de la médication. Le médecin se gardera bien de palper la poche anévrysmale immédiatement après l'injection ou même dans les jours qui la suivent, parce que cette pratique pourrait mobiliser les caillots récemment formés. L'injection peu douloureuse doit être faite lentement et profondément dans le tissu cellulaire de la fesse; elle est quelquefois suivie d'accès fébriles de peu de durée, avec une température de 38 à 39°. Le plus souvent, dès la première injection, on constate une modification dans la tumeur qui devient plus dure, moins volumineuse, moins pulsatile, et après une

série de 15 à 20 injections, la guérison est parfois obtenue. Je dis « parfois » et non pas très souvent, ni toujours, comme le croiraient volontiers les enthousiastes. Au sujet des résultats, il faut rester dans la juste mesure, il ne faut pas croire à l'infaillibilité de cette méthode de traitement, comme le prouvent les résultats suivants :

Goloubinine (de Moscou) déclare que huit malades traités par cette méthode n'en ont pas obtenu de résultats très satisfaisants, sauf pour quelques-uns une amélioration seulement temporaire. Puis, Sörgo a réuni 48 observations d'anévrysmes traités par les injections gélatineuses, dont six personnelles. En retranchant 12 cas douteux, la coagulation a été obtenue 13 fois et le traitement est resté 21 fois sans effet.

Vedeler (de Christiania) a eu l'idée d'administrer la gélatine par voie stomacale (solution de gélatine à 10 p. 100 dans une dissolution de sel marin à 7,50 p. 100; 200 grammes par jour). Sous l'influence de ce traitement, aidé du repos et de l'application de glace, il aurait obtenu la guérison d'un gros anévrysme de l'aorte abdominale (1).

(1) GOLOUBININE, *Congrès intern. de Paris*, 1900. — J. SÖRGO, *Zeitsch. f. klin. Med.*, 1900. — VEDELER, *Norvs Magazin for lægevidenskaben*, 1980.

XXXIII. — TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES AORTIQUES. — RÉGIME ALIMENTAIRE

- I. DANGER DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE. — Observations à l'appui; morts par rupture du sac anévrysmal après la compression des deux artères fémorales ayant pour résultat d'augmenter la tension artérielle. Lésions artérielles ou rénales, et importance de l'hypertension dans la cure des anévrysmes.
- II. IMPORTANCE DU RÉGIME ALIMENTAIRE. — Méthode de Tuffnell. Qualité des boissons et des aliments, et non quantité. Diète des toxines alimentaires, ou diète carnée.
- III. TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX. — Iodures, trinitrine, tétranitrol.

I. — Danger de l'hypertension artérielle.

Nous connaissons mieux maintenant la préparation des injections gélatineuses 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 imprudent 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 cette coagulation, et parmi celles-ci, il n'en est pas de plus active et de plus dangereuse que l'hypertension artérielle, dont sont atteints certains anévrysmatiques.

Un anévrysme 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.