

## III

## MALADIES DE L'AORTE

PAR LE D<sup>r</sup> E. WEILL

Les affections aortiques sont rares dans l'enfance. J'ai montré précédemment que l'endocardite ne se localisait que rarement au niveau des sigmoïdes aortiques. De même les processus divers artéritiques ou anévrysmaux épargnent d'ordinaire ce vaisseau ou ne le frappent qu'exceptionnellement. On peut cependant édifier à l'heure actuelle un chapitre relatif à la pathologie de l'aorte. Il est incontestable, au surplus, que les observations cliniques ou anatomiques qui servent à le constituer présentent encore un certain degré d'incertitude. D'autres encore sont nécessaires pour asseoir définitivement nos connaissances. Je décrirai les *aortites* et les *anévrismes de l'aorte*.

**Aortites.** — De la Rue en a réuni 8 cas dans sa thèse<sup>1</sup>. Les uns ont été diagnostiqués par la symptomatologie physique ou fonctionnelle qu'ils présentaient sans vérification anatomique consécutive, d'autres ont été constatés seulement à l'autopsie alors que rien pendant la vie ne faisait soupçonner l'altération vasculaire.

Les *aortites aiguës* avec leur syndrome spécial, caractérisées anatomiquement par les plaques gélatineuses, n'ont point été observées. C'est seulement l'aortite chronique qui a été décrite. L'*athérome*, qui est en général l'apanage de la dernière moitié de la vie, a été constaté dans l'enfance. Son étiologie est incertaine. Dans les antécédents des sujets, on retrouve des maladies infectieuses diverses. H. Martin<sup>2</sup>, étudiant la pathogénie des lésions athéromateuses, trouve deux plaques d'athérome et plusieurs plus petites, sur l'aorte d'un enfant de 9 ans et demi mort à la suite d'une diphtérie. Mollard et Regaud<sup>3</sup> rencontrent chez un lapin et un cobaye soumis à l'intoxication diphtérique expérimentale des lésions généralisées ou discrètes d'athérome au niveau de l'aorte. C'est surtout le rhumatisme, même dans des formes légères, qu'on incrimine comme cause étiologique des aortites. La plupart des cas cités ont trait à des enfants âgés de plus de 10 ans.

Cliniquement, les symptômes diffèrent peu de ceux qu'on a coutume d'assigner à l'aortite chronique de l'adulte. Souvent la lésion est bien tolérée et ce n'est que par un examen pratiqué dans un tout autre but qu'on décele la lésion. D'autres fois, elle se traduit par des accès dyspnéiques, simulant l'asthme, et qui peuvent se répéter pendant des périodes plus ou moins longues, surtout durant la nuit. Les douleurs, rétro-sternales à caractère angoissant, la toux quinteuse sans signes pulmonaires, les vertiges consti-

(1) DE LA RUE. *Thèse de Paris*, 1905.(2) H. MARTIN. *Revue de méd.*, 1884.(3) MOLLARD ET REGAUD. *C. R. Soc. biol.*, 17 juillet 1897.

tuent la symptomatologie habituelle de la maladie, quand elle n'est pas latente. A l'examen de la région précordiale, on constate un souffle systolique rude au niveau de la base; une augmentation de la matité aortique, appréciée par la percussion. La crosse est facilement abordable par le creux sus-sternal. Les sous-clavières peuvent être saillantes. On note souvent un frémissement vibratoire le long des carotides et qui serait causé par les vibrations prenant naissance au niveau des rugosités aortiques. Marfan<sup>4</sup> insiste sur l'absence d'hypertrophie ventriculaire qui permet de distinguer l'aortite du rétrécissement orificiel. Il est vrai cependant que celui-ci peut lui être associé. Parfois on note un léger mouvement fébrile, la température ne dépassant pas en général 38 à 38°5. Les cas signalés par de la Rue et dus à Marfan, Barié, etc., n'ont pas été suivis d'autopsie: la lésion était bien tolérée. De la Rue admet, théoriquement, que l'affection peut se terminer par angine de poitrine, œdème aigu pulmonaire, et toutes autres complications qui n'ont rien de spécial à l'enfance.

Le diagnostic se fait en essayant de différencier l'origine du souffle systolique constaté à la base: il faut déterminer si le souffle appartient à l'aortite chronique ou s'il est symptomatique d'un rétrécissement aortique ou pulmonaire. L'absence de cyanose sera un élément qui permettra de rejeter cette dernière affection. Quant à la sténose aortique, elle est caractérisée par une hypertrophie du ventricule gauche qui manquerait dans l'aortite.

Le traitement hygiénique ou médicamenteux ne comporte pas d'indication spéciale. Comme pour l'adulte, il sera parfois symptomatique, mais surtout fondé sur l'administration de l'iodure à la dose de 0,20 à 0,50 gr. par jour, 10 à 15 jours tous les mois.

**Anévrysmes de l'aorte.** — Le domaine des anévrysmes dans l'enfance est fort restreint. Si l'on envisage en effet l'ensemble des artères de l'organisme, on ne trouve que des observations éparses, et il est impossible d'assigner une histogénèse précise à ces formations. Il est tout d'abord nécessaire de faire un départ entre les lésions congénitales et les anévrysmes acquis.

Les anévrysmes aortiques d'*origine congénitale*, constatés chez des fœtus ou des nouveau-nés, sont exceptionnels. Schroetter<sup>5</sup> n'en signale qu'un cas dû à Phœnomenow<sup>6</sup>: il concerne un fœtus à l'autopsie duquel on constata un anévrysme de l'aorte abdominale, étendu de l'origine des artères rénales à la division de l'aorte en les deux iliaques primitives. Un autre fait est dû à Durante<sup>7</sup>; cet auteur pense qu'il s'agit d'athérome intéressant l'aorte et la pulmonaire. Eppinger<sup>8</sup> a décrit comme anévrysme *congénital* des lésions vasculaires dont la caractéristique est de survenir chez des sujets jeunes, de n'affecter en général qu'un petit volume, de façon à n'être souvent constatables qu'au microscope, et enfin de siéger sur des artères petites ou très petites. Les coronaires et les mésentériques sont le plus souvent atteintes. L'aorte, au contraire, est, en général, indemne: leur étude ne saurait donc

(4) MARFAN. *Semaine méd.*, 1901.(5) SCHROETTER. *Pathologie des vaisseaux. Collect. Nothnagel.*, 1899.(6) PHÆNOMENOW. *Arch. f. gynækol.*, 1881.(7) DURANTE. *Soc. anat.*, 1899.(8) EPPINGER. *Arch. f. klin. Chirurgie*, 1887.

nous arrêter davantage. Enfin, Thoma<sup>1</sup> tend à édifier un autre type histopathologique d'anévrysme en décrivant les dilatations qui se produisent en amont d'un rétrécissement (au niveau de la traversée diaphragmatique par exemple), mais surtout quand existe la lésion dite sténose de l'isthme aortique. Il pense que, dans ce cas, le canal de Botal tirant sur l'insertion aortique, il en résulte une ectasie en avant de cet obstacle, et ainsi est constitué l'anévrysme. Cette lésion résultant d'un trouble de l'évolution, l'auteur propose pour elle le nom d'anévrysme infantile. Ces trois groupes anatomiques appartiennent, comme on le voit, à la classe des lésions congénitales et je ne leur consacrerai pas d'autres développements.

Les anévrysmes *acquis* ne se montrent que rarement dans l'enfance. De la Rue<sup>2</sup> qui a recueilli plusieurs observations de cette lésion leur assigne pour cause l'aortite aiguë ou chronique, et l'athérome. Il insiste sur leur fréquence dans la race anglo-saxonne, ce qui est un exemple particulier de cette constatation générale que les anévrysmes sont beaucoup plus fréquents dans la Grande-Bretagne. L'âge de prédilection est compris entre 10 et 15 ans : pourtant quelques observations ont été faites sur des sujets plus jeunes (4 et 5 ans et même 5 mois). Les affections causales sont représentées par toutes les maladies infectieuses : variole, fièvre typhoïde, rougeole, scarlatine. Le rhumatisme tiendrait la première place dans l'étiologie : ce qui n'est pas sans surprendre, car l'existence de l'artérite rhumatismale admise par quelques-uns a été au contraire très contestée<sup>3</sup>. Quant à la syphilis, qui est cependant, d'une façon si prépondérante, à la base des anévrysmes aortiques chez l'adulte, elle fait en général défaut dans les antécédents des malades : l'interrogatoire ne décèle en effet aucun stigmate de syphilis héréditaire. Dans un seul cas dû à Comby on soupçonna le spécificité ; mais bien que l'autopsie ait été pratiquée, on ne fit point l'examen histologique, ce qui ne permit pas de se prononcer sur la nature de l'altération artérielle. Enfin le traumatisme a été incriminé, mais on sait que cette influence doit être rangée dans la catégorie des causes occasionnelles et qu'il ne sert le plus souvent qu'à démasquer la lésion jusque-là restée latente.

Dans sa thèse consacrée à l'étude des lésions acquises de l'aorte, de la Rue rapporte 15 observations d'anévrysmes siégeant au niveau de la crosse. Cependant toutes n'ont pas une valeur égale, et il faut de toute nécessité, en détaillant les observations, établir des catégories diverses. Quelques-uns des cas, dus à Méry<sup>4</sup>, à Marfan<sup>5</sup>, à Zuber<sup>6</sup>, Roger<sup>7</sup>, etc., se rapportent à des dilatations anévrysmales de la crosse aortique, d'origine rhumatismale ou athéromateuse, avec ou sans lésions des valvules aortiques. Encore que l'autopsie manquât pour la plupart d'entre elles, les présomptions les plus fortes militaient en faveur du diagnostic posé. Au contraire, d'autres observations ne

(<sup>1</sup>) THOMA. Untersuchungen über Aneurysmen. *Virchow's Archiv*. Bd III, 112-115. — V. Th. Bonnet, Lyon, 1900-1901.

(<sup>2</sup>) DE LA RUE. Thèse citée.

(<sup>3</sup>) BLOT. Sur la non-existence de l'artérite rhumatismale. *Thèse de Lyon*, 1898.

(<sup>4</sup>) MÉRY et GUILLENOT. *Bull. Soc. pédiatrie*, novembre 1902.

(<sup>5</sup>) MARFAN. *Semaine méd.*, 1901.

(<sup>6</sup>) ZUBER. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, juin 1905.

(<sup>7</sup>) ROGER. *Soc. méd. des hôp.*, Paris, 1865.

doivent être considérées comme des anévrysmes *spontanés, vrais ou acquis*, que sous bénéfice d'inventaire. L'une d'elles par exemple, due à N. Moore<sup>1</sup> et relative à une enfant de 5 ans, mentionne que la vérification anatomique permit de constater l'existence d'une endocardite ulcéro-végétante des sigmoïdes avec formation d'une poche anévrysmale immédiatement contiguë à la zone valvulaire ; cette poche était remplie par de petites végétations recouvertes d'une mince couche de fibrine. La lésion pourrait bien n'être qu'un anévrysme des sinus de Valsalva propagé à l'aorte et ayant amené lentement l'effondrement de la paroi artérielle. Dans une autre observation due à Hutchinson<sup>2</sup>, dans une péricardite suppurée, un abcès du cul-de-sac de la séreuse avait perforé l'aorte à son origine même. Clarke a vu l'envahissement de la paroi aortique par un ganglion caséux du médiastin<sup>3</sup>. Willett<sup>4</sup> relate un cas d'anévrysme au voisinage immédiat de l'insertion du canal de Botal. Tous ces faits échappent à la signification habituellement attribuée aux anévrysmes de l'aorte et doivent être plutôt considérés comme des épiphénomènes au cours de processus divers, n'ayant aucune caractéristique clinique, d'autant qu'ils sont souvent une cause de mort rapide ou brusque et qu'on les rencontre seulement dans les autopsies.

Ces réserves faites, et le cadre de l'affection bien délimité, il ne me paraît pas utile d'insister longuement sur la description de l'anévrysme aortique chez l'enfant. On y rencontre les mêmes variétés, fusiforme, sacciforme, que chez l'adulte. Le siège de prédilection est la crosse du vaisseau dans ses différentes portions, surtout au niveau de ses courbures. Les organes voisins peuvent être comprimés ou peu à peu détruits par la tumeur sanguine, qu'il s'agisse des conduits du médiastin antérieur, ou postérieur, des nerfs récurrents, du poumon ou du plexus cervical et trachéal. Les signes physiques ne diffèrent en aucune façon de ce qu'ils sont à une période plus avancée de la vie ; les complications et les terminaisons cliniques sont les mêmes. On n'oubliera pas que l'examen radioscopique sera souvent décisif quand il permettra de constater l'existence d'une tumeur pulsatile surajoutée à l'ombre cardiaque. Enfin on tiendra compte de l'existence de quelques troubles fonctionnels à distance tels que laryngoplégie, accès de dyspnée asthmatiformes, etc.

Le traitement ne comporte pas d'indications spéciales : il sera symptomatique surtout, la base de la médication étant, comme pour l'aortite, représentée par l'administration de l'iodure à l'intérieur.

(<sup>1</sup>) MOORE. *Transact. of the Path. Soc. of London*, 1897.

(<sup>2</sup>) HUTCHINSON. *Id.*, 1898.

(<sup>3</sup>) CLARKE. *British med. Journ.*, 1892.

(<sup>4</sup>) WILLETT. *Id.*, 1892.