

cation aortique se produit; elle demande à être recherchée avec le plus grand soin. Il est possible même que cette complication, plus fréquente qu'on ne le suppose, à cause de ses allures silencieuses et effacées, soit parfois l'origine de lésions ultérieures d'une grande importance. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce sujet.

La scarlatine (Landouzy et Siredey, Gomot), plus fréquemment la rougeole, ont été signalées comme pouvant déterminer des complications aortiques. L'influence du rhumatisme aigu, de la fièvre rhumatismale, est plus évidente encore; c'est en pareil cas surtout qu'on voit survenir en même temps ces lésions endocardiques et ces lésions artérielles dont nous parlions tout à l'heure. Une des causes les mieux et les plus anciennement établies est la variole. L'aortite varioleuse, déjà signalée par Desnos et Huchard en 1870, a été mise hors de doute par Brouardel<sup>(1)</sup>; elle s'observe surtout dans les varioles graves et en particulier dans la variole hémorragique.

A côté de ces maladies aiguës, on peut placer la tuberculose comme étant la cause de quelques cas d'aortite aiguë. On sait depuis les travaux de Hanot, de Jaccoud, que les lésions aortiques, en particulier l'anévrysme, prédisposent au développement de la tuberculose pulmonaire. Le rapport étiologique inverse est moins connu; il paraît cependant que la tuberculose peut, dans quelques cas, provoquer le développement d'une aortite aiguë. Dans un récent travail<sup>(2)</sup> M. Huchard en rapporte deux observations personnelles.

Il faut signaler encore l'infection purulente (Charlewood, Turner), qui donne cependant le plus souvent naissance, soit à une aortite ulcéreuse, soit à une aortite suppurée, la fièvre puerpérale (Hinterberger, Hervieux, Simpson, Duncan), l'érysipèle (Selter, Boinet, Thoinot et Griffon), la grippe (Gutmann, Fiessinger<sup>(3)</sup>, Leyden, etc.), la diphtérie (Martin).

**Pathogénie.** — Ce que la clinique permettait de prévoir, le rôle joué dans la genèse des aortites aiguës par les infections, a été démontré par l'expérimentation. Tout d'abord les recherches bactériologiques ont montré à Cuzzaniti la présence du pneumocoque dans une aortite *a frigore*; Rattone y a vu le bacille d'Eberth, Oliver le bacillus anthracis. Boinet<sup>(4)</sup> rapporte, de son côté, trois cas, un d'érysipèle, un second de rhumatisme articulaire, un troisième de broncho-pneumonie grippale, compliqués d'aortite, dans lesquels il put, au niveau du vaisseau malade, déceler la présence de micro-organismes.

Expérimentalement, Gilbert et Lion<sup>(5)</sup>, après avoir traumatisé une aorte de lapin, en introduisant un stylet dans la carotide, ont pu, par inoculation simultanée de cultures d'Eberth-Gaffky, reproduire des lésions aortiques végétantes. Crocq<sup>(6)</sup>, arrive aux mêmes résultats avec des cultures de différents micro-organismes; Pernice observe des lésions identiques sans qu'il soit nécessaire d'un traumatisme préalable et il constate que non seulement des cultures virulentes, mais des poisons microbiens sont susceptibles de produire des lésions semblables. Boinet et Romary ont repris toutes ces expériences en 1897 et les ont de tous points confirmées.

(1) BROUARDEL. Arch. gén. de méd., 1874.

(2) HUCHARD. Gaz. heb. de méd. et de chir., 1892, n° 26 et suivants.

(3) FIESSINGER. Gaz. méd. de Paris, 5 novembre 1892.

(4) BOINET et ROMARY. Loc. cit.

(5) GILBERT et LION. Soc. de biol., 1889.

(6) CROcq. Arch. de méd. exp. et d'anat. path., 1894.

Il semble donc bien établi que l'aortite aiguë est une maladie d'ordre infectieux ou toxique; tantôt elle est provoquée par l'agent pathogène de la maladie au cours de laquelle elle se développe, tantôt, ainsi que l'ont montré certaines constatations anatomiques, par des agents d'infection secondaire. Suivant la nature de ces micro-organismes, leur virulence, la réaction locale des tissus, on aura diverses variétés anatomiques d'aortite, depuis la plaque gélatiniforme jusqu'à l'aortite végétante ou suppurée.

Ces lésions, ainsi que le montre l'expérimentation, se produisent d'autant plus facilement qu'on a préalablement traumatisé l'aorte; la clinique trouve dans ces recherches de laboratoire l'explication de la fréquence observée, au niveau de l'aorte, des lésions antérieures d'endartérite et d'athérome; c'est le *locus minoris resistentiæ* qui, en pathologie expérimentale et en clinique, joue un rôle pathogénique si important.

Non seulement les microbes, mais leurs toxines, peuvent expérimentalement provoquer des lésions d'endaortite aiguë; là, la lésion est moins développée, moins intense, et si l'on prolonge l'expérience, on peut voir la plaque aiguë d'endartérite se scléroser, en même temps que se développent à côté d'elle des plaques gélatiniformes nouvelles.

En résumé, l'aortite aiguë est la manifestation d'une infection dont la virulence variable peut provoquer des altérations différentes les unes des autres; cette infection aortique est tantôt le fait même de l'agent pathogène de la maladie au cours de laquelle apparaît l'aortite, tantôt d'un agent d'infection secondaire.

Enfin, les poisons microbiens eux-mêmes, en dehors des micro-organismes, et probablement aussi des poisons d'une autre origine, sont susceptibles de produire des lésions d'endaortite.

Ces données nouvelles jettent une vive lumière sur l'étiologie des aortites aiguës; elles nous font comprendre et la prédisposition remarquable que présentent les sujets atteints de lésions artérielles antérieures, et le rôle joué par le traumatisme, le froid, etc., toutes conditions qu'on retrouve dans l'étiologie de toutes les maladies infectieuses, à titre de causes prédisposantes.

**Symptômes.** — I. **Symptômes fonctionnels.** — Il est rare, nous l'avons dit, que l'aortite aiguë, du moins celle que l'on appelle primitive, se développe chez un sujet parfaitement sain. Le plus souvent il s'agit d'un individu, dans l'âge moyen de la vie, qui, déjà, à plusieurs reprises, a présenté des symptômes vagues pouvant faire soupçonner quelque lésion organique du cœur ou des vaisseaux: palpitations légères, dyspnée s'exagérant au moindre effort, vertiges, etc.

Mais ces symptômes étaient peu accusés lorsque survient une gêne plus grande de la respiration, une anxiété jusque-là inconnue en même temps que des phénomènes douloureux. Parfois même ce sont les phénomènes douloureux qui ouvrent subitement la scène: ils se caractérisent par une sensation pénible de constriction rétro-sternale qui revient sous forme de crises, entre lesquelles la respiration reste gênée et angoissée, en même temps que le malade a la sensation permanente de poids, de lourdeur au niveau de la poitrine.

Les crises douloureuses se répètent, augmentent d'intensité et peuvent prendre dans quelques cas les allures de l'angine de poitrine, de cette angoisse

extrême, de cette douleur constrictive et poignante dont le malade rend compte en termes si imagés et si expressifs lorsque l'accès est passé. Mais tandis que dans l'*angor pectoris* le bien-être se rétablit rapidement une fois l'attaque terminée, dans l'aortite, au contraire, la dyspnée, l'angoisse, persistent après chaque accès, ou bien encore cette dyspnée, qui s'accompagne d'une augmentation insolite du nombre des respirations, est le seul symptôme subjectif important que présente le malade.

Dans certains cas encore la douleur se présente comme une *sensation de brûlure* qui, partant de la région rétro-sternale, s'irradie dans le dos et le long de la colonne vertébrale (Léger), ou bien encore le malade la ressent comme une *barre transversale* qui réunit les deux épaules et s'irradie dans le cou ou les membres supérieurs. Enfin la douleur peut avoir son maximum au niveau de l'épigastre.

A côté de ces douleurs spontanées, il existe fréquemment, dans la région préaortique, des zones où la pression provoque une douleur assez vive. Peter<sup>(1)</sup> a particulièrement insisté sur ces phénomènes; c'est au niveau du troisième, puis du deuxième et du premier espace intercostal gauche et de la partie du sternum voisine de ce dernier espace que la pression localisée avec l'extrémité du doigt réveille une douleur vive. Le point le plus particulièrement douloureux est situé sur le deuxième espace intercostal gauche, à quelques millimètres du bord du sternum; il en existe un autre sous le sternum à la hauteur du deuxième espace. Peter attribue ces points douloureux à des lésions, névralgies ou névrites, des nerfs accolés à l'aorte malade.

La *douleur* et la *dyspnée*, dyspnée pénible, angoissante, sont les deux symptômes importants de l'aortite aiguë. Cette dyspnée, que n'explique pas toujours l'état du poumon, car, à moins de complications, l'auscultation ne révèle aucun phénomène morbide, tient probablement, dans certains cas, à un état spasmodique des bronches (Rendu), conséquence de l'irritation du pneumo-gastrique; on voit alors le mode respiratoire prendre un rythme spécial qui est caractérisé surtout par la lenteur de l'inspiration<sup>(2)</sup>.

La *toux* est assez fréquente. Elle l'est plus que dans l'aortite chronique et s'accompagne d'*expectoration* blanchâtre, spumeuse. Parfois d'origine nerveuse, elle peut tenir aussi au développement de petits infarctus; l'expectoration est alors assez fréquemment sanglante et constituée par des crachats mélangés à des stries sanguinolentes.

Les *vomissements*, vomissements glaireux, souvent rebelles et pénibles, ne sont pas exceptionnels, l'*abdomen est fréquemment ballonné*; ce sont là des phénomènes dus à l'irritation du plexus cardiaque, du pneumogastrique et du sympathique. Enfin on peut observer de la *dysphagie*, se caractérisant par une douleur rétro-sternale assez vive au passage du bol alimentaire.

La *fièvre* fait habituellement défaut au cours de l'aortite. Léger, puis Huchard, posent cette règle en principe; cependant Bureau<sup>(3)</sup>, de son côté, rapporte une observation d'aortite aiguë avec température ayant atteint 38°,5 et

(1) PETER. *France méd.*, 1881.

(2) FRANÇOIS-FRANCK a démontré expérimentalement qu'une irritation de l'endartère, surtout au voisinage des valvules sigmoïdes, peut produire un spasme des bronches contractiles et des vaisseaux pulmonaires; on voit survenir tantôt un arrêt inspiratoire avec contraction du diaphragme, tantôt un arrêt expiratoire avec relâchement de ce muscle, ou bien encore une sorte d'inhibition de tous les muscles inspireurs et expirateurs.

(3) BUREAU. *Loc. cit.*

même 39°,2. Il ne s'agissait pas cependant d'une aortite ulcéreuse suppurée, où l'on comprend que les phénomènes fébriles, avec ou sans frissons, puissent être fréquemment observés.

**II. Signes physiques.** — Lorsqu'on examine le malade, on constate que le *facies* est pâle, quelquefois un peu terreux; il se rapproche, dit Léger, de celui qui accompagne l'insuffisance aortique, et le dépasse même souvent en intensité; cela tient du reste, dans les deux cas, à la pauvreté de la circulation périphérique et à l'absence de stase veineuse.

Examine-t-on, même superficiellement, la région cervicale, on voit que les artères battent avec énergie, sont soulevées à chaque systole cardiaque, et si le doigt veut se rendre compte de la force d'impulsion, il constate qu'à droite il arrive bien plus facilement qu'à gauche sur l'artère sous-clavière. C'est là un symptôme de valeur que cette *surélévation de la sous-clavière droite*; elle tient à la dilatation qu'a subie la crosse de l'aorte lorsque la maladie a duré quelque temps. En effet, le maximum de la dilatation se trouvant ordinairement à la naissance de la courbure et ne se poursuivant pas d'une façon aussi prononcée jusqu'à l'origine des vaisseaux du côté gauche, on comprend facilement que la sous-clavière droite devienne plus superficielle.

C'est là un signe sur lequel ont insisté, en 1874, M. Laboulbène, puis M. A. Faure<sup>(1)</sup>.

En même temps, on constate que le *pouls radial est plein, bondissant*, et présente les caractères du pouls de Corrigan; c'est au sphygmographe surtout que ces signes se montrent avec une très grande netteté.

Souvent aussi, il existe entre les deux pouls radiaux une différence très notable comme énergie, l'une des artères sous-clavières pouvant être légèrement rétrécie au niveau de son point d'origine par une plaque d'endaortite.

L'examen du cœur et de la région aortique fourniront d'utiles renseignements. En premier lieu, on constate que l'impulsion cardiaque est énergique, que le cœur est assez fréquemment hypertrophié; mais cette hypertrophie tient à ce qu'il existait antérieurement des lésions athéromateuses de l'aorte et parfois des autres vaisseaux, car l'influence sur le cœur de l'aortite aiguë est pour ainsi dire nulle.

La percussion révèle, en outre, une *dilatation de l'aorte* assez prononcée pour que la matité dépasse le bord du sternum de 1, 2, 3 centimètres, dilatation que nous avons déjà signalée et qui joue un rôle important dans l'aortite. Rappelons à ce propos que Peter donnait le chiffre de 4 à 5 centimètres et demi comme étant la matité normale transversale de l'aorte (3 et demi chez la femme); chaque fois, disait-il, que cette matité sera augmentée, on pourra conclure à une dilatation aortique.

Potain ne cherchait pas à limiter exactement le bord gauche de l'aorte; il se contentait de pratiquer la percussion au niveau du bord droit du sternum, en allant de droite à gauche; lorsque l'aorte, qui, à l'état normal, affleure le bord sternal, dépasse celui-ci, on peut dire que les dimensions de l'aorte sont pathologiques.

Une fois ces données établies, on pratique l'auscultation cardiaque, qui peut donner des résultats bien différents, suivant que l'aorte et le cœur étaient sains ou lésés antérieurement. D'une façon générale, le premier bruit est dur,

(1) A. FAURE. *Arch. gén. de méd.*, 1874.

quelquefois dédoublé (Potain); le second bruit est sourd, éteint, les valvules sigmoïdes étant souvent épaissies, infiltrées, plus molles qu'à l'état normal; plus tard, il devient, au contraire, dur, clangoreux, lorsque les valvules se sont sclérosées. Enfin, il peut se joindre à des phénomènes d'auscultation des bruits de *souffle diastolique*, les valvules sigmoïdes étant lésées et n'obturant plus l'orifice ou bien la dilatation de l'aorte allant jusqu'à la dilatation de l'anneau artériel, ou de *souffle systolique*, qu'il s'agisse d'un rétrécissement relatif ou réel de l'orifice aortique.

Il n'est pas rare non plus de constater par l'auscultation, au niveau de la base du cœur, l'existence de petits *frottements de péricardite* concomitante.

**Évolution.** — Un des principaux caractères évolutifs de l'aortite aiguë, c'est de procéder par poussées successives; tous les auteurs, Léger, Rendu, etc., sont d'accord sur ce point. La dyspnée, les douleurs se calment, puis tout semble rentrer dans l'ordre normal, quoique le malade conserve une certaine oppression, jusqu'au moment où les accidents reparaissent de nouveau.

L'aortite aiguë présente encore, en outre, une physionomie particulière en ce que, au cours de son évolution, on observe fréquemment des sortes de *crises congestives* portant soit sur le poumon, soit sur le foie, dans la pathogénie desquelles le système nerveux joue un rôle bien plus considérable que les troubles mécaniques proprement dits.

Lorsqu'au bout de peu de jours les accidents morbides n'ont pas de tendance à se calmer, lorsque la maladie est bien définitivement établie, on voit la dyspnée augmenter, le malade est dans une anxiété extrême, et la mort survient à la suite d'une crise d'angine de poitrine.

Dans d'autres cas, les douleurs se calment, mais l'angoisse persiste, et le malade succombe par syncope, ou bien d'autres fois le malade succombe à une sorte de cachexie qui va en s'aggravant chaque jour. Le cœur faiblit peu à peu, les poumons se congestionnent, un léger œdème apparaît au niveau des jambes, les urines sont rares et albumineuses et la mort survient lentement; c'est dans un état presque comateux que le malade succombe sans grande gêne de la respiration.

Dans tous les cas et même chez des malades dont les symptômes sont peu accusés, *la mort peut survenir brusquement*; c'est là, dit Léger, un des points saillants dans l'histoire de l'aortite; elle survient au milieu d'un accès douloureux, ou souvent d'une manière tranquille, sans que le malade profère une plainte.

L'aortite aiguë ne se termine pas fatalement par la mort, quoique ce soit l'issue la plus habituelle; nous avons déjà dit que c'était une maladie à poussées successives; c'est dire que, si elle ne guérit jamais, il y a fréquemment des rémissions. Celles-ci peuvent être parfois fort longues, mais le plus souvent, elles sont de courte durée et la maladie évolue généralement en trois ou quatre mois.

**Aortites dans les maladies infectieuses.** — La symptomatologie de l'aortite aiguë que nous venons d'esquisser ne correspond pas absolument aux aortites observées au cours des maladies infectieuses.

Celles-ci, en effet, sont beaucoup plus atténuées dans leurs manifestations, car elles sont masquées par les phénomènes généraux et souvent aussi par des troubles myocardiques avec lesquels elles se confondent. Dans plusieurs obser-

vations cependant, quelques phénomènes douloureux, quelques modifications de l'auscultation aortique, l'atténuation du second bruit, la dilatation de l'aorte ascendante, ont permis de poser un diagnostic.

A côté de l'aortite typhoïdique, la mieux connue des aortites dans les infections (1), il faut placer l'aortite varioleuse. M. Brouardel (2), qui l'a bien étudiée, dit qu'on l'observe le plus souvent durant la période d'éruption, quelquefois après la période de suppuration; elle s'accompagne d'une élévation notable de la température.

Ces manifestations infectieuses sur l'aorte sont encore mal connues et mal étudiées; elles n'en présentent pas moins un très grand intérêt. En effet, si cliniquement elles semblent guérir souvent, si la dilatation aortique n'est que très passagère, rien ne nous dit qu'anatomiquement la lésion ait disparu et ne soit pas l'origine de lésions ultérieures graves, d'une rupture, d'un anévrysme. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce sujet.

**Aortites suppurées et aortites ulcéreuses.** — Ce que nous disions pour les aortites des maladies infectieuses est encore plus vrai pour les aortites ulcéreuses et suppurées. Leur symptomatologie n'est pas celle de l'aortite aiguë. En général le tableau symptomatique sera bien plus celui d'une infection fébrile grave avec manifestations viscérales multiples, infarctus pulmonaires, cérébraux, etc., que celui d'une lésion de l'aorte (3). En un mot, l'aortite suppurée répond au tableau de l'infection purulente; les aortites ulcéreuses ont la symptomatologie des endocardites infectieuses dont elles sont, rappelons-nous-le, souvent les compagnes. Elles peuvent enfin, outre les complications emboliques fréquemment observées en pareil cas (embolies pulmonaires, embolies de l'artère centrale de la rétine, etc.), présenter des accidents, plus rapidement graves, des ruptures du vaisseau artériel. Thomas Oliver (4), Turner, en ont rapporté des exemples.

**Diagnostic.** — Poser le diagnostic d'une aortite aiguë n'est pas chose facile, lorsqu'elle survient comme maladie d'apparence essentielle, primitive; les principaux symptômes sur lesquels on se basera seront la *dyspnée*, dyspnée à forme spéciale, avec inspiration longue et prolongée, alors que rien ne peut en donner l'explication, la *douleur rétro-sternale*, avec sensation de barre angoissante au niveau des épaules ou encore avec sensation de brûlure précordiale, les *signes fournis par l'auscultation cardiaque*, qu'il s'agisse de signes négatifs ou de la constatation de bruit de souffle systolique au niveau du foyer de l'aorte.

Le diagnostic sera encore plus certain si ces phénomènes sont survenus chez un athéromateux dont le cœur est hypertrophié, l'aorte dilatée, les battements carotidiens facilement appréciables. Malheureusement, les signes physiques peuvent faire défaut ou être très peu accusés, mais encore leur absence est-elle un phénomène important, surtout quand ni l'état du poumon ni celui du rein ne peuvent donner l'explication d'une dyspnée angoissante.

La coïncidence de complications, soit pulmonaires (œdème, congestion), soit rénales (albuminurie légère), jettent trop souvent une grande obscurité sur le diagnostic et peuvent faire songer, soit à une maladie d'ordre pulmonaire, soit

(1) VOIR POTAIN. Aortite typhique, in *Sem. méd.*, 1894, p. 461.

(2) BROUARDEL, *Loc. cit.*

(3) BOULAY, *Loc. cit.*

(4) TH. OLIVER. *The Lancet*, 1891.

à une lésion d'ordre rénal, et le diagnostic présente alors de grandes difficultés.

Il en est de même lorsque l'aortite s'accompagne de signes de *péricardite* et l'on est parfois très hésitant à formuler un diagnostic entre ces deux affections. Il en est de même si l'aortite se développe sur un malade déjà porteur d'une *lésion cardiaque, mitrale ou aortique*, dont les complications peuvent rappeler le tableau de l'aortite aiguë.

Si l'aortite se développe au cours d'une maladie infectieuse, le plus souvent elle passera inaperçue, tant elle est latente; il faut, pour en faire le diagnostic, y penser; c'est une maladie que l'on doit chercher, et la constatation seule des signes physiques, matité aortique, surélévation des sous-clavières, modifications du pouls, peut, lorsque les phénomènes douloureux sont fréquents, aider puissamment au diagnostic.

L'aortite prend-elle les allures d'une maladie infectieuse, c'est à une septicémie, à une endocardite ulcéreuse qu'on songera le plus volontiers. Il faut se rappeler alors cependant que, dans l'aortite, les signes physiques se constatent surtout au niveau de l'aorte et que, dans l'endocardite, on ne trouve ni matité aortique, ni surélévation des sous-clavières, ni angoisse péricardiale, ni douleur; malheureusement, ces phénomènes peuvent faire défaut, et le diagnostic est alors des plus difficiles.

**Pronostic.** — L'aortite aiguë primitive comporte un pronostic très grave dans la plupart des cas, et après une durée de quelques semaines ou de quelques mois, malgré les rémissions qui surviennent fréquemment, la mort est la terminaison habituelle de cette maladie. M. Bucquoy a cependant rapporté plusieurs cas de guérison et, chose curieuse à noter, celle-ci semble plus fréquente chez les malades d'un âge avancé que chez les sujets plus jeunes.

D'après Léger, un signe important au point de vue du pronostic est tiré de l'état des urines; sont-elles abondantes, on peut prévoir la disparition de la crise; diminuent-elles, au contraire, chez un malade qui a eu, peu de temps auparavant, de l'aortite, on peut prévoir l'imminence prochaine de nouveaux accidents aigus.

Si l'aortite aiguë survient comme complication d'une maladie infectieuse, fièvre typhoïde, scarlatine, rhumatisme, le pronostic est généralement moins grave et la guérison devient la règle. On constate alors la disparition des signes physiques et la maladie semble définitivement guérie. En est-il réellement ainsi? Il serait difficile de l'affirmer dans tous les cas, et l'absence de symptômes n'indique pas nécessairement que la lésion ne continue pas son évolution. Les troubles nerveux, congestifs, dynamiques si l'on veut, ont disparu, mais l'altération peut persister et en progressant déterminer ultérieurement, souvent bien longtemps après, de nouveaux accidents.

Parfois aussi les signes physiques persistent, ainsi que Bureau l'a constaté sur un de ses malades; après la guérison de la fièvre typhoïde, l'aorte présentait encore de la dilatation et le malade en éprouvait des troubles fonctionnels très marqués.

**Traitement.** — En présence d'une aortite aiguë, surtout si elle s'accompagne de douleur, d'angoisse, une première indication se pose, c'est l'emploi de *révulsifs* sous forme de ventouses scarifiées, de sangsues, de pointes de feu, vésicatoires, etc. La douleur sera également calmée avec succès par l'adminis-

tration d'opium, de chloral, de jusquiame, mais surtout par les injections hypodermiques de morphine. Dans les mêmes conditions, les médicaments dits nervins pourront rendre de réels services; ce sera l'antipyrine, l'antifébrine, etc., etc.

Il faut, d'un autre côté, surveiller attentivement toutes les complications qui peuvent se produire, combattre la faiblesse cardiaque par de petites doses de digitale, qui, si elle élève la pression artérielle, régularise la circulation; son emploi devra être très attentivement surveillé. L'excitabilité cardiaque est-elle excessive, c'est au bromure de potassium, quelquefois aux applications de glace sur la région précordiale, que l'on aura surtout recours. Par le régime lacté absolu, on favorisera la diurèse, si elle est insuffisante; par des applications de ventouses sèches, fréquemment répétées, on combattra les congestions pulmonaires; au moyen de nitrite d'amyle, on calmera les douleurs angineuses qui parfois surviennent au cours de l'aortite aiguë. Enfin, une fois la crise aiguë calmée, il ne faudra pas oublier que l'iodure de potassium ou de sodium rendra des services considérables; on a vu, grâce à ce médicament longtemps prolongé, survenir des améliorations qui équivalaient parfois à des guérisons; en même temps on prescrit au malade le régime alimentaire et hygiénique propre à l'artério-scléreuse et dont nous avons suffisamment parlé pour n'avoir pas à y revenir.

## II

## DES AORTITES CHRONIQUES

Nous avons passé en revue les aortites aiguës, et leur étude, soit clinique, soit anatomique, nous a montré qu'il s'agissait, comme pour les artérites, d'une lésion de nature infectieuse ou toxique; les altérations anatomiques, l'évolution, en sont variables suivant le degré de virulence ou de toxicité de l'agent pathogène, microbe ou poison. Qu'une lésion aortique se développe au cours d'une infection, telle que la fièvre typhoïde, la grippe, l'érysipèle, elle prendra des allures aiguës; la maladie causale guérie, que deviendra la lésion aortique? ou bien elle tendra à la *restitutio ad integrum*, ou bien elle se transformera, ainsi que le montre l'étude anatomo-pathologique, en une lésion chronique ayant les caractères de la sclérose artérielle avec dégénérescence graisseuse et calcaire. Elle se transformera de la sorte en une aortite chronique, reliquat d'une ancienne altération aiguë du vaisseau. En réalité, le fait, pour exister, n'en est pas moins assez exceptionnel en clinique.

Souvent même, latente au début, l'aortite ne devient grave que par ses complications ultérieures; n'est-il pas bien instructif ce cas, rapporté par Brouardel et Vibert<sup>(1)</sup>, d'un jeune homme de 20 ans qui succomba subitement à une rupture de l'aorte? Le vaisseau était intact dans toute son étendue, sauf un peu au-dessus de la naissance de la carotide gauche et à 5 centimètres au-dessus de l'insertion des piliers du diaphragme; en ces points l'aorte, extrêmement amincie, dont la tunique moyenne était entièrement dégénérée, était le siège d'une déchirure transversale. Or, seule une fièvre typhoïde très grave

(1) BROUARDEL et VIBERT. *Ann. d'hyg. publ.*, mai 1892.