

avec la *tuberculose pulmonaire* : la toux fréquente, les hémoptysies, les congestions pulmonaires appartiennent aux deux maladies, et l'on comprend que l'erreur ait pu être commise assez fréquemment. Il suffit cependant de l'avoir signalée pour que, avec une attention un peu soutenue, une inspection physique approfondie du malade, l'examen bactériologique des crachats, on puisse généralement l'éviter.

Le diagnostic de l'aortite posé, il faudra établir le diagnostic étiologique ; l'examen des autres viscères, l'état du système artériel, la connaissance des maladies antérieures, l'âge du sujet, devront entrer en ligne de compte.

Pronostic. — Après ce que nous avons dit des complications et de l'évolution des aortiques chroniques, il est inutile d'insister pour montrer que l'aortite chronique est une maladie d'une haute gravité et qu'elle ne guérit jamais. Toutefois, un régime approprié, une hygiène sévère peuvent donner une très longue survie et éviter l'apparition de phénomènes aigus qui sont toujours d'un pronostic très grave.

Traitement. — L'hygiène des athéromateux est ici de toute nécessité : comme nous l'avons dit plus haut, il faut que le malade atteint d'une aortite chronique se soumette à un régime alimentaire sévère : il évitera les aliments trop azotés, les mets épicés, mangera peu de viande, s'abstiendra de vin, d'alcools, d'excitants. Le lait, les légumes secs et les légumes frais, les fruits, les viandes blanches et bien cuites, les boissons légères, formeront la base de son alimentation.

Il faudra aussi lui proscrire tout ce qui peut exagérer l'activité cardiaque, les efforts musculaires trop fréquemment répétés, les fatigues, les marches rapides ou prolongées.

La vie au grand air, l'absence d'émotions, de préoccupations de toute espèce, l'emploi de stimulants de la nutrition tels que les frictions sèches, par exemple, etc., entretiendront un bon état général.

Enfin, pour ce qui concerne la thérapeutique, proprement dite, le médicament qui est le plus indiqué, c'est le médicament artériel par excellence, l'iodure de potassium, ou mieux l'iodure de sodium, seul ou associé à l'arséniate de soude. Cette médication devra être prolongée pendant très longtemps avec des intervalles de repos de temps à autre.

Quant aux complications de l'aortite chronique, angine de poitrine, œdème pulmonaire, etc., etc., elles réclament des indications spéciales sur lesquelles nous n'avons pas à insister et qu'on trouvera traitées dans d'autres parties de cet ouvrage.

CHAPITRE II

DE L'ANÉVRYSME DE L'AORTE

Les anévrysmes de l'aorte n'ont été connus et décrits que vers la fin du xv^e siècle, et c'est à Fernel que l'on attribue le mérite d'avoir le premier attiré l'attention sur ces faits ; d'après Laënnec, ce serait Vésale qui aurait donné la

première description exacte de l'anévrysme aortique. Après lui, Baillou décrit l'anévrysme de l'aorte abdominale, puis, au xv^e siècle, ce sont les observations de Lancisi, de Valsalva, qui semblent prouver que des anévrysmes aortiques sont moins rares que ne le pensaient les premiers observateurs. Il faut arriver jusqu'à Morgagni, au commencement du xviii^e siècle, pour trouver une description assez détaillée de cette maladie, description en rapport avec les connaissances que l'on possédait alors. On pourra lire dans sa xvii^e et dans sa xviii^e lettre une étude critique sur les travaux des auteurs qui l'ont précédé, en même temps qu'on y trouvera un nombre relativement considérable d'observations d'anévrysmes de l'aorte « pectorale ».

Parmi les auteurs qui se rapprochent davantage de nous, il faut citer Corvisart, Scarpa, puis Laënnec qui décrit longuement les signes anatomiques et les signes cliniques de l'anévrysme de l'aorte ; on trouve dans ses ouvrages une bonne description des symptômes douloureux, des phénomènes de compression, des différences existant parfois entre les deux pouls radiaux, etc.

Après lui, Bouillaud perfectionne l'étude des signes d'auscultation qui caractérisent l'anévrysme, en même temps que Cruveilhier, Rokitansky, Lebert, décrivent les lésions anatomo-pathologiques, dont Hogdson, en 1815, avait déjà précisé les caractères.

En Angleterre, la patrie pour ainsi dire des anévrysmes, de nombreux travaux dus à Hope, à Thurnam, à Bellingham, à Stokes, etc., ont été consacrés, depuis le commencement du siècle, à l'étude de cette question ; enfin, soit en Italie, soit en Angleterre, soit en France, on s'est beaucoup préoccupé, depuis une vingtaine d'années, de la thérapeutique des anévrysmes, et les noms les plus connus à cet égard sont ceux de Ciniselli, Moore, Bacelli, Loreta, Douglas-Powel, Dujardin-Beaumetz, Constantin Paul, etc.

Étiologie. — Les causes de l'anévrysme sont, d'une façon générale, encore mal connues ; nous verrons plus loin que la condition qui préside à son développement est toujours l'existence d'une lésion artérielle ; mais, malheureusement l'étiologie de cette altération vasculaire n'est pas facile à bien déterminer.

Les statistiques recueillies sur les anévrysmes soit en France, soit à l'étranger, nous apprennent cependant qu'il y a des règles générales qui président à leur développement.

C'est ainsi que l'âge, le sexe, les races, les climats jouent un rôle important.

Age. — L'anévrysme n'est pas une maladie de la jeunesse, mais ce n'est pas non plus une affection de la vieillesse. C'est entre 50 et 60 ans, suivant Lebert, qu'on l'observerait le plus fréquemment ; Crisp, dans une statistique portant sur 505 cas d'anévrysmes divers, montre que la fréquence est surtout grande entre 50 et 40 ans (198 cas), puis entre 40 et 50 (129 cas). Cette statistique semble se rapprocher davantage de la vérité.

L'anévrysme est très rarement observé dans l'enfance ; Jacobi en a recueilli cependant une trentaine d'observations. Il semble qu'il faille, dans la majorité de ces cas, évoquer surtout la syphilis comme facteur étiologique ; Thoma admet que parfois il faut faire jouer un rôle important au canal artériel qui exercerait une véritable traction sur la paroi antérieure de l'aorte (anévrysme par traction des enfants, *tractions-aneurysma der Kinder*).

Sexe. — Les anévrysmes aortiques sont bien plus fréquents chez l'homme que chez la femme ; Lebert donne la proportion de 10 à 5.

D'après la statistique personnelle de Boinet, sur 28 cas, il a trouvé 25 hommes et 5 femmes.

Race. — On observe bien plus fréquemment l'anévrysme aortique en Irlande et en Angleterre qu'en France; c'est là un fait d'observation depuis longtemps connu, sans qu'on puisse trouver la cause réelle de cette prédisposition de la race anglo-saxonne, qui se poursuit même ailleurs qu'en Grande-Bretagne sur ceux qui y ressortissent.

Professions. — Toutes les professions nécessitant des efforts fréquemment répétés prédisposent les ouvriers qui les exercent au développement de tumeurs anévrysmales; ce sont les chauffeurs, les forgerons, les charretiers, etc., qui fournissent le plus fort contingent.

A côté de ces causes générales prédisposantes, il faut faire jouer un rôle bien plus important à toutes les maladies qui peuvent, au cours de leur évolution, déterminer des lésions aortiques. C'est ainsi qu'on a invoqué, mais sans preuves démonstratives, l'*alcoolisme* (Lécorché), le *tabagisme* (Peter), le *saturisme*, parmi les intoxications susceptibles de provoquer des lésions artérielles.

De même l'*arthritisme*, la *goutte*, le *rhumatisme chronique* ont été cités comme causes déterminantes de l'anévrysme aortique; mais, ainsi que nous l'avons dit en parlant des artérites chroniques, autant les lésions artérielles sont fréquemment observées chez les sujets entachés de l'une ou de l'autre de ces grandes diathèses, autant il est rare d'observer chez eux des anévrysmes proprement dits.

Il faut, croyons-nous, donner une beaucoup plus grande importance à deux causes d'aortite chronique, la *syphilis* et l'*impaludisme*; nous avons vu plus haut que, dans une certaine mesure, les lésions de l'aorte se développant sous l'influence de l'une ou de l'autre de ces deux causes, étaient différentes de l'athérome artériel, qu'elles étaient plus localisées peut-être, mais désorganisaient plus profondément la paroi de l'aorte, deux conditions éminemment favorables à la formation de poches anévrysmales.

C'est en 1875, que Welch, dans une communication faite à la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, vint déclarer que, dans un grand nombre de cas, on retrouvait la *syphilis* dans les antécédents des individus atteints d'anévrysme aortique; cette assertion, combattue par Douglas-Powell et Gull, fut pendant longtemps regardée comme très douteuse. En 1879, Vallin présentait à la Société médicale des hôpitaux de Paris un nouveau cas d'anévrysme qu'il considérait comme syphilitique, puis Fournier, Laveran, Dujardin-Beaumetz apportèrent à leur tour de nouvelles observations. On trouvera un très bon exposé de la question dans la thèse de Verdié⁽¹⁾, dans une leçon clinique de M. Jaccoud, parue en 1887⁽²⁾.

Depuis lors, le nombre des travaux parus sur cette question est considérable et la plupart des auteurs font jouer à la syphilis un rôle des plus importants puisque Fraenkel admet que 47 pour 100 des anévrysmes sont syphilitiques; Étienne va plus loin et pense, en se basant sur une statistique importante, que cette proportion doit être élevée jusqu'à 70 pour 100, chiffre vraisemblablement quelque peu exagéré.

⁽¹⁾ VERDIÉ. *Des anévrysmes d'origine syphilitique*. Thèse de Paris, 1884.

⁽²⁾ JACCOUD. Aortite et anévrysme de l'aorte d'origine syphilitique. *Semaine méd.*, 1887, p. 9.

S'il est difficile de préciser le rôle étiologique de la syphilis, cela tient surtout à ce que les lésions anatomiques n'ont pas de caractère spécifique qui permette de reconnaître leur origine. Il est rare, en effet, de constater l'existence au niveau de l'aorte de ces petites gommés qui donneraient lieu, d'après Dieulafoy, à des anévrysmes cupuliformes de petites dimensions. Cette absence de lésions caractéristiques n'est point cependant pour nous étonner. Nous avons vu combien il était souvent difficile de reconnaître la nature d'une artérite syphilitique lorsque celle-ci était arrivée à un degré avancé de son évolution et il est aisément compréhensible qu'une aortite, alors même qu'elle aurait des caractères anatomiques bien déterminés (Döhle), puisse, dans sa phase anévrysmatique, les perdre entièrement.

De même, on comprend aussi que le traitement spécifique puisse ne pas toujours avoir une grande efficacité, lorsqu'il s'agit d'une lésion définitive; là, comme dans d'autres lésions dont la nature syphilitique ne fait pas de doute, l'altération anatomique est telle qu'il n'y a plus de régression possible.

Le signe révélateur le plus important de la nature syphilitique d'un anévrysme est incontestablement la coexistence d'accidents caractéristiques d'une syphilis ancienne, et ceux-ci ont été parfois observés.

Enfin l'âge auquel se développe un anévrysme est un facteur qui a son importance au point de vue du diagnostic étiologique; observé chez un sujet encore jeune, âgé de moins de 40 ans, la nature syphilitique d'un anévrysme paraît plus certaine qu'à une période plus avancée de la vie.

Une autre cause invoquée dans l'étiologie de l'anévrysme par M. Lancereaux est l'*impaludisme*; en parlant des aortites, nous avons dit que ce distingué anatomo-pathologiste avait décrit une aortite paludéenne avec lésions anatomiques lui appartenant en propre et que cette opinion avait été combattue par Laveran, Kelsch et Kiener, Cornil, etc. Ce qui cliniquement ne peut être mis en doute, c'est l'existence assez fréquente d'anévrysmes chez d'anciens paludéens, mais à combien d'autres affections, y compris la syphilis, n'ont pas été exposés les marins, les soldats, etc., qui reviennent de nos colonies échouer dans les hôpitaux!

A côté de ces causes, il faut très vraisemblablement faire jouer un rôle important aux *infections*, cause productrice de lésions aortiques.

Développée au cours d'une maladie infectieuse, la lésion aortique, en apparence guérie, n'en persiste pas moins anatomiquement et une cause insignifiante, une nouvelle atteinte, des efforts violents fréquemment répétés, ou toute autre raison réalisent alors les conditions exigées pour la formation d'une poche anévrysmale.

En effet, s'il est nécessaire, pour que se développe un anévrysme, qu'il y ait une lésion de l'aorte, *lésion destructive des éléments auxquels elle doit son élasticité*, d'autres causes cependant jouent un rôle important; ce sont toutes celles qui passagèrement ou habituellement, élèvent la pression artérielle; c'est ainsi que les *efforts fréquemment répétés*, les *émotions violentes et les chagrins*, les *traumatismes*, ont été invoqués à juste titre, dans la pathogénie de l'anévrysme, par beaucoup d'auteurs.

Nous n'acceptons, il est certain, qu'avec les plus grandes réserves les faits rapportés par Reudle, chirurgien de la prison de Brixton, qui raconte avoir vu chez deux prisonnières se former un anévrysme de l'aorte peu de temps après qu'elles eurent entendu prononcer leur sentence; il n'en est pas moins vrai

qu'il est logique d'admettre que les émotions morales vives peuvent hâter l'évolution d'un anévrisme jusque-là latent.

On s'expliquera de même que les anévrysmes soient surtout fréquents chez les individus exerçant une profession pénible, où la répétition des efforts est pour ainsi dire constante.

Physiologiquement, du reste, Levaschew⁽¹⁾ a montré, par des expériences nombreuses sur les animaux, que la compression de l'aorte assez fréquemment répétée finit par déterminer une dilatation et un amincissement de la portion du vaisseau située au-dessus du point comprimé.

En ce qui concerne la prédisposition de l'aorte à être atteinte d'anévrysmes, les expériences de Béclard, de Gréhant et Quinquaud, celles plus récentes de Boinet, ont mis en lumière divers points fort intéressants. Elles ont montré 1° que la résistance de l'aorte est moindre que celle des vaisseaux plus éloignés; 2° que certains points de l'aorte, siège le plus habituel des anévrysmes, (grand sinus, partie droite de l'aorte ascendante, convexité de l'aorte près du tronc innominé, partie supérieure convexe et terminale de l'aorte), présentent une épaisseur moindre que les autres régions; 3° que ces diverses régions sont heurtées plus directement, plus perpendiculairement par le courant sanguin (Boinet).

Anatomie pathologique ⁽²⁾. — *Forme, volume, nombre et siège de l'anévrisme aortique.* — Les anévrysmes aortiques se présentent sous des apparences différentes qui ont permis de les diviser, comme les anévrysmes en général, en anévrysmes *fusiformes* et anévrysmes *sacciformes*.

Les premiers, les *anévrismes fusiformes*, apparaissent comme un renflement cylindrique de l'aorte, renflement en forme de fuseau dont les deux extrémités sont constituées par l'artère qui se continue à plein canal avec la tumeur; l'anévrisme est dit *sacciforme* lorsqu'il se présente sous la forme d'un sac, d'une poche appendue à l'aorte, communiquant avec elle par un orifice plus ou moins large; la partie rétrécie s'appelle le *collet du sac*. Ce sac anévrysmal est plus ou moins volumineux, plus ou moins régulier; tantôt il est nettement globuleux, tantôt pyriforme, tantôt présente des sortes de lobulations ou des bosselures. Quant au *volume*, il varie aussi dans de grandes proportions; parfois, et le plus souvent, de la dimension d'une noix ou d'un œuf, il peut, dans d'autres circonstances, acquérir un volume considérable, remonter dans la région sus-sternale, sus-hyoidienne, se confondre presque avec le maxillaire inférieur, simulant alors un véritable goître (Brault).

L'anévrisme aortique est le plus souvent unique, mais cependant, dans plusieurs observations, on a noté la coexistence d'anévrysmes sur la crosse de l'aorte et l'aorte descendante ou l'aorte abdominale (Lebert, Jaccoud).

Le siège de l'anévrisme est également variable; cependant, certaines parties de l'aorte sont particulièrement exposées à cet ordre d'altérations; d'après Crisp, cité par Charcot, les anévrysmes de l'aorte thoracique sont plus fréquents que ceux de l'aorte abdominale. Lebert, dans sa statistique,

⁽¹⁾ LEVASCHEW. *Zeits. f. klin. Med.*, 1885, Bd IX. Analys. in *Revue des sc. méd.*, t. XXVII, p. 447.

⁽²⁾ Voir pour tous les détails relatifs aux anévrysmes en général l'article ANÉVRISMES du *et. encycl.* dû à M. Le Fort et celui du *Traité de chir.*, dû à M. Michaux.

donne des conclusions identiques; sur 69 observations, on a noté que l'anévrisme siègeait :

Sur l'aorte ascendante.	24 fois.
Sur la crosse de l'aorte.	27 —
Sur l'aorte descendante.	9 —
Sur l'aorte abdominale.	9 —

Dans ce dernier cas, l'anévrisme siège de préférence au voisinage du tronc coélique (52 fois sur 92, Lebert).

Configuration intérieure. — Quand on ouvre la poche anévrysmale, on voit alors que les rapports qu'elle présente avec le vaisseau sont des plus variables; « communiquant avec la lumière du vaisseau par une ouverture tantôt large, tantôt étroite, l'anévrisme semble quelquefois n'être qu'une excroissance développée sur une dilatation plus ancienne; d'autres fois, le vaisseau lui-même se prolonge au milieu de la poche anévrysmale pour s'y terminer brusquement ⁽¹⁾ ».

Suivant son siège, on voit que les artères collatérales peuvent prendre naissance directement sur la poche anévrysmale, qu'elles sont fréquemment dilatées, prenant part pour ainsi dire à la formation de l'anévrisme; dans d'autres, au contraire, elles ont conservé leur apparence et leur volume normaux, ou bien sont encore rétrécies à leur origine par la présence, à la face interne du sac, d'une plaque athéromateuse. Ces diverses altérations ont, au point de vue clinique, une grande importance, car elles modifient considérablement les symptômes physiques, caractères du pouls, etc.

Une des particularités les plus intéressantes de la structure de l'anévrisme, particularité qui le distingue bien nettement de la dilatation aortique simple (voy. p. 509), c'est l'existence, dans la cavité anévrysmale, de caillots fibrineux. Ils apparaissent comme des couches stratifiées, de consistance fibrineuse, presque fibroïde là où elles sont en contact avec la paroi artérielle, de consistance moindre au niveau où elles se trouvent en contact direct avec le sang : ces caillots fibrineux, sur le mode de formation desquels nous n'avons pas à insister ici, sont ce que l'on appelle des *caillots actifs*, par opposition avec les caillots noirâtres, mous, durs à la simple stagnation du sang dans le sac et que l'on désigne sous le nom de *caillots passifs*.

Ces couches de fibrine peuvent, en certains points, subir une sorte de dégénérescence, de fonte granuleuse; elles se ramollissent alors et le sang pénétrant dans les interstices y forme de véritables petits lacs sanguins anfractueux qui, se coagulant à leur tour, laissent, comme traces de leur passage, des îlots jaunâtres de pigment hématique.

La formation de ces caillots internes a une grande importance, car c'est par ce procédé que certains anévrysmes, rares il est vrai, peuvent guérir spontanément, et c'est à obtenir cette coagulation sanguine que toutes les méthodes thérapeutiques se sont efforcées d'arriver.

La coagulation sanguine intra-anévrysmale se fera d'autant plus facilement que le sac communique avec l'aorte par un plus petit orifice, le courant sanguin y étant moins rapide; ce sera donc dans les anévrysmes sacciformes bien plus que dans les anévrysmes fusiformes qu'on aura l'occasion de l'observer.

⁽¹⁾ CHARCOT. *Œuvres complètes*, t. V, p. 485.