ARTICLE XXXVI.

AORTITE.

(Auteurs contemporains. — De Ἀορτή, aorte.)

(Voir n° 303.)

DELABERGE et MONNERET. — (*Compend.*, — t. I, p. 194 — 200). — Art. *Aortite.*

615. *Un mot sur la question de savoir si Arétée a signalé cette maladie.* — Je ne sais qui s'est avisé le premier d'apercevoir dans un chapitre d'Arétée, chap. 8 du livre IIe de son traité *Des causes et des signes des maladies aiguës,* une prétendue mention de l'inflammation de l'aorte. C'est là une méprise inqualifiable, et qui ne saurait être que le fait du plus détestable humaniste jetant à l'étourdie un coup d'œil sur le texte grec ou sur la traduction latine. Et toutefois, depuis quelques années, cette erreur s'accrédite, et on la répète de confiance et faute de contrôle, faute d'une vérification bien et dûment faite dans le livre même d'Arétée. On la répète, on la copie, non seulement dans maintes thèses inaugurales, dans maints et maints articles de journaux, mais même dans de grands et importans traités, qui ont ou visent à avoir une autorité classique, et qui, à beaucoup d'égards, sont d'une très haute valeur. Voilà précisément pourquoi je crois à propos de protester ici contre une assertion si erronée, comme autrefois j'ai déjà protesté (*Thèse d'agrégation*, p. 6) contre l'idée qu'on avait eue d'attribuer à Arétée, d'après ce même chapitre aujourd'hui encore en question, l'honneur d'avoir réellement et positivement connu la phlébite. Encore peut-on dire, au moins, que là, l'illustre médecin de Cappadoce accuse, hypothétiquement il est vrai, mais en termes formels, l'inflammation de la veine cave, comme la raison anatomique d'un ensemble de symptômes qu'il décrit, et qu'il reconnaît pour constituer en somme une espèce particulière de *causus* (c'est-à-dire, fièvre continue grave) : tandis qu'au contraire, dans le passage, d'ailleurs assez obscur, invoqué comme faisant mention de l'aortite (édit. Kuhn, p. 53, lign. 14 et suiv.), il ne s'agit pas du tout d'une telle inflammation, ni réelle, ni supposée, mais seulement d'une palpitation extraordinaire de l'aorte abdominale, à titre de symptôme qui peut, chez quelques sujets, se trouver lié à la prétendue inflammation de la veine cave. Gardons-nous de prêter aux anciens les connaissances, les idées qu'ils n'ont pas eues. Leur gloire n'a pas besoin de se parer des mérites et des conquêtes de la science moderne. Assurément, Arétée, pour avoir partagé l'ignorance de l'antiquité tout entière à l'endroit de l'artérite et de la phlébite, n'en reste

pas moins à jamais l'un des noms les plus illustres, et des plus justement illustres (150), parmi les princes de l'art médical.

616. *Notion sommaire de l'aortite.* — Portal est le premier auteur, que je sache, qui ait signalé, d'après l'autopsie cadavérique, un cas d'inflammation de l'aorte, cas apparemment dû, suivant ce médecin, à la répercussion de la rougeole, et, comme on disait alors, à la rentrée de l'éruption (Portal, *Cours d'anatomie médicale*, — t. III, p. 127).

Quoi qu'il en soit, aujourd'hui rien de mieux établi dans la science que la réalité de l'inflammation qui peut atteindre la tunique interne ou tunique séreuse des artères et en particulier de l'aorte. Quelquefois, sans aucun doute, cette inflammation peut envahir toute l'étendue de l'arbre aortique, le tronc, les branches et les rameaux jusqu'à leurs dernières limites visibles, en un mot, jusqu'aux points où commence le système capillaire. Et, entre autres exemples, j'en trouve un des mieux constatés, des plus clairement décrits, des plus parfaitement caractérisés, dans l'observation Ire d'un article de la *Gazette médicale* (année 1840, p. 361-2), article emprunté au journal allemand du docteur D'Ammon, et intitulé : *Trois observations d'inflammation aiguë de l'aorte* (par le docteur Thierfelder). D'après ce que l'on sait, d'expérience assez commune, touchant la gravité d'une artérite bornée à une seule artère de petit calibre, où effectivement l'inflammation ne peut pas laisser que de déterminer la formation d'un caillot obturateur, en suite de quoi survient la gangrène des parties ainsi privées de circulation (voir en *Pathologie chirurgicale*, chapitre des *Gangrènes*, t. Ier, p. 241) ; d'après cela, dirons-nous, il est facile de prévoir quel excès de péril, quelle inévitable léthalité doit s'attacher à une artérite générale, telle que nous venons de la supposer, affection heureusement très rare et que je n'ai jamais eu, quant à moi, l'occasion de constater dans mes investigations nécroscopiques. Mais, quelquefois aussi, l'aorte est seule affectée; au lieu d'une artérite universelle, il y a tout simplement une aortite. Et c'est ce cas même que nous devons spécialement envisager dans le présent article, cas dont la possibilité n'est pas posée par pure induction, mais appuyée sur des faits réels. Témoin, par exemple, la IIe observation du docteur Thierfelder, dans laquelle l'inflammation occupait l'aorte depuis son orifice jusqu'au niveau de la troisième vertèbre dorsale. Témoin, pareillement, l'observation que j'ai moi-même recueillie dans mon service de l'Hôtel-Dieu annexe en 1842, et que je vais rapporter tout au long ci-après (617), la jugeant propre à mériter l'intérêt particulier des lecteurs, vu la rareté des faits de ce genre : dans cette observation-là, comme on le verra tout-à-l'heure, l'aortite s'étendait depuis l'origine de l'aorte jusqu'aux environs du tronc cœliaque; mais, en outre, il y avait en même temps endocardite, en ce

que les valvules sigmoïdes participaient elles-mêmes à l'inflammation. Et, à cette occasion, je ne veux pas manquer de consigner ici que, lorsque je communiquai la susdite observation à la société de médecine de Paris, séance du 17 juin 1842, l'un de nos collègues, M. Nonat, nous dit avoir observé un cas où l'aortite était nettement limitée, où les altérations inflammatoires s'arrêtaient précisément au pourtour même de l'insertion des valvules sigmoïdes.

Maintenant, faisons bien remarquer que pour l'aortite, pas plus que pour l'endocardite (611. D.), nous ne devons croire permis de considérer la rougeur comme un caractère anatomique qui soit, à lui seul, suffisant et vraiment décisif. Il nous faut d'autres indices; il nous faut des indices encore meilleurs, ou qui, joints à ce premier caractère, viennent compléter la démonstration de la maladie; il nous faut, par exemple, une exsudation plastique à la surface de la tunique interne de l'aorte, ou du moins un épaississement manifeste de cette tunique, outre cela, hypérémiée et rouge, toutes circonstances qui ont été, en effet, bien et dûment constatées, dans les cas que je citais à la fin de l'alinéa précédent, et dans bon nombre d'autres cas que les fastes de l'observation ont enregistrés.

Quelquefois, quoique rarement, on a trouvé de petites pustules à l'intérieur de l'aorte : voir, entre autres auteurs, Laënnec, chapitre cité plus haut (610), — et Hope, ouvrage cité (599), partie II, chap. 4, *Acute and chronic arteritis, and organic diseases of the coats of arteries.* Ces pustules sont formées par une gouttelette de pus qui soulève la tunique interne de l'artère, et qui s'est épanchée dans le tissu cellulaire intermédiaire à la tunique interne et à la tunique moyenne ou propre. Nouvelle occasion de remarquer, entre tant et tant d'autres preuves qui viennent à l'appui de la même thèse, que les inflammations dites séreuses intéressent le tissu cellulaire sous-séreux autant et même plus que la mince trame du tissu séreux strictement dit (303). Quoi qu'il en soit, les susdites pustules, en crevant, donnent naissance, sans aucun doute, à des ulcères; et si, au surplus, on ne trouve jamais de pus à la surface des ulcères aortiques, c'est que les choses ne peuvent exister autrement, puisque la suppuration de ces ulcères est incessamment balayée par le torrent de la circulation.

L'aortite est donc une réalité incontestable, un fait solidement acquis à la science : rien de plus clair. Mais quels en sont les symptômes? Comment les reconnaître sur le vivant? A coup sûr, dès qu'elle occupe une étendue tant soit peu considérable, elle ne peut moins faire que de produire une certaine perturbation dans l'ensemble des fonctions de l'économie animale, que d'allumer une fièvre inflammatoire (280-D). Mais force est bien d'avouer qu'il n'y a point de symptômes spéciaux, point de signes qui soient propres à faire distinctement apprécier l'aortite sur le vivant, ni même à la laisser entrevoir à titre de conjecture probable. Hope, qu'on ne peut certainement pas accuser d'être un auteur arriéré en fait de raffinemens séméiologiques touchant les maladies de l'appareil circulatoire, déclare franchement (*loc.cit.*) que l'aortite, en tant qu'affection isolée, est une maladie des plus obscures. Il pense que le praticien ne peut avoir quelque raison de la soupçonner, de la supposer, que dans le cas seulement où il y a une endocardite intéressant les valvules sigmoïdes aortiques, et où la présence d'une telle affection fait naturellement songer à la possibilité d'une plus vaste étendue d'inflammation, à la possibilité de la continuité du mal depuis l'endocarde jusqu'à une distance plus ou moins grande dans l'intérieur de l'aorte. Nous aussi, nous ferons bien volontiers la même concession que Hope, mais à condition que l'endocardite valvulaire se trahisse par des symptômes bien dessinés, à condition, dis-je, que le sujet présente d'une façon aussi évidente que soudaine les signes de l'insuffisance des valvules sigmoïdes (611. B. 6.—et 613. A), comme, par exemple, dans l'observation, par moi recueillie, dont je parlais tout-à-l'heure, et que je me suis réservé de consigner en détail dans le suivant numéro (617).

Cela posé, nous ne pouvons, il est bon d'en faire la remarque, nous ne pouvons accepter comme bonne et légitime la troisième observation du docteur Thierfelder, cette observation que le médecin allemand ne se fait pas le moindre scrupule d'assimiler aux deux premières, et de qualifier, comme celles-ci, du titre d'inflammation de l'aorte, sans vérification nécroscopique et seulement sur la foi d'un ensemble symptomatique qui me paraît des moins significatifs, et que couronna une parfaite guérison. Le docteur Thierfelder accorde à la présence d'une toux sèche une importance séméiologique, qui est, en vérité, tout-à-fait dénuée de fondement, et qui,— pour avoir obtenu un commentaire approbatif de la part du journaliste français, en cela, je dois le dire, inspiré par une robuste foi de traducteur plutôt que par un juste scepticisme de clinicien expérimenté,— n'en est pas moins fausse, pas moins illégitime, pas moins récusable. Encore un coup, cette troisième et dernière observation du docteur Thierfelder est nulle et de nul intérêt. De telles observations, fussent-elle jetées devant nous par centaines, par milliers, peu importe, nous les tiendrions pour autant de zéros.

Ce n'est pas, assurément, que nous prétendions que l'aortite n'est possible, n'a jamais d'existence réelle qu'avec la mort pour terminaison. Loin de là, nous reconnaîtrons très volontiers que l'aortite, bien plus que l'inflammation des artères de petit et de moyen calibre, est de nature à se passer sans accidens graves, dans une forte proportion des

cas, en raison même du large calibre de l'aorte, où, très évidemment, malgré la présence des phénomènes inflammatoires, et notamment malgré une certaine intumescence de la surface interne, le torrent de la circulation peut fort bien n'éprouver que peu ou point de gêne. Que, dans l'aorte, les phénomènes inflammatoires puissent bien des fois aboutir heureusement à une complète résolution, ou à des altérations de tissu peu importantes et incapables de causer le moindre trouble dans la santé : encore un coup, nous ne le contestons pas. Et j'ajouterai même, par anticipation, que l'observation, dont j'ai promis de donner les détails ci-après (617), est elle-même une preuve à l'appui de cette thèse-là, attendu que la mort du sujet fut un résultat dû évidemment, non pas aux altérations de l'aorte, mais bien à l'insuffisance des valvules sigmoïdes, ce redoutable effet de l'endocardite concomitante. Mais, en définitive, toutes les fois que l'aortite se termine par la guérison, non par la mort, c'est là, je le répète, un fait qui doit passer inaperçu, un fait totalement inaccessible au diagnostic.

Une fois ce point établi, que l'aortite aiguë n'est pas une affection nécessairement mortelle, il va sans dire, et il est explicitement convenu que l'aortite chronique est aussi une réalité. Bien entendu, au surplus, que cette réalité anatomique n'est pas moins hors de la portée du diagnostic que l'aortite aiguë.

Après cela, quel rôle attribuerons-nous à l'aortite par rapport à la production des divers vices organiques de l'aorte, tels que les ossifications, les concrétions stéatomateuses, etc. ? Quelquefois, je n'hésite pas à le concéder, ce sont là des suites d'inflammation. Mais il n'est pas prouvé du tout que l'inflammation soit dans tous les cas une condition requise pour la production de ces vices organiques ; bien plus, il y a de plus fortes raisons de croire que la production peut s'en opérer quelquefois sans l'intervention préalable de phénomènes inflammatoires.

617. *Histoire particulière d'un cas d'aorto-endocardite aiguë, avec insuffisance des valvules sigmoïdes pour effet principal.* (Cas observé dans mon service de l'Hôtel-Dieu annexe, salle St-Antoine, en 1842, internat de M. Bonnefous). — Jacques Pochelot, carrier, âgé de quarante ans, entre à l'hôpital le 16 avril. Le lendemain matin, jour de ma visite, cet homme, qui dit être malade depuis trois ou quatre jours, m'est annoncé comme atteint d'une bronchite aiguë et grave (bronchite générale). En effet, il est en proie à une fièvre violente ; il tousse et d'une toux pénible et sèche ; la dyspnée est très grande ; à l'auscultation, on rencontre du râle sous-crépitant ou du râle sibilant dans tous les points. Mais de plus, tout en interrogeant le malade, j'ai mes regards frappés de la pulsation visible de ses carotides. Je lui demande s'il connaît chez lui depuis longtemps l'existence de ce phénomène, si ses camarades le lui ont signalé, à lui qui présente la teinte du hâle sur son cou et sur le devant de sa poitrine, et qui a, par conséquent, ces parties habituellement découvertes et exposées pour ainsi dire en spectacle. Il me répond qu'il ne sait rien de tout cela ; il aurait même ignoré qu'il avait actuellement dans sa personne un semblable phénomène, si je n'eusse pas attiré son attention là-dessus. Comme cet homme ne possédait qu'un esprit des plus grossiers et des plus apathiques, je fus peu disposé à avoir foi dans sa déclaration négative, et je m'abandonnai à l'idée que le phénomène en question, quoique de date déjà ancienne, avait fort bien pu lui rester inconnu, puisque, présentement même, sans moi, il ne s'en doutait pas encore. Telle fut la pensée qui me préoccupa, d'autant plus que je trouvai chez lui les autres signes de l'insuffisance des valvules sigmoïdes aortiques, ainsi que ceux d'une hypertrophie du cœur. Or, jusque là je n'avais jamais rencontré ni dans le cours de ma pratique, ni, je crois, dans mes lectures, l'observation d'un cas pareil autrement qu'à titre de maladie chronique, qu'à titre de maladie produite par divers vices organiques des valvules sigmoïdes toujours plus ou moins lents à s'établir, tels que, par exemple, les ossifications. Je posai donc le diagnostic que voici : — Bronchite générale aiguë, greffée sur une affection organique du cœur plus ou moins ancienne (hypertrophie, avec insuffisance des valvules sigmoïdes). D'où il était bien facile de comprendre comment la dyspnée et l'anxiété devaient se montrer plus fortes que ne l'aurait comporté la bronchite toute seule. Mais enfin, il y avait erreur, je le reconnais, j'en suis aujourd'hui convaincu, il y avait erreur en un point ; c'était de présumer la préexistence, l'ancienneté de l'insuffisance valvulaire, malgré les dires du malade touchant la robuste et parfaite santé dont il affirmait avoir joui avant la maladie actuelle, et par ce motif seulement que je tenais pour suspecte l'exactitude d'une telle affirmation de la part d'un homme presque stupide.

Quoi qu'il en soit, après deux larges saignées, telles que les indiquait la vigoureuse constitution du malade, après l'emploi des moyens thérapeutiques accessoires, et d'ailleurs fort ordinaires, que je ne veux pas détailler, un mieux sensible a lieu. Plus de fièvre, plus de toux. L'expectoration glaireuse, qui avait succédé à la toux sèche de la première période de la bronchite, cesse peu à peu. L'appétit revient ; seulement la dyspnée persiste à un degré assez considérable. Mais le malade, se jugeant guéri, demande son exeat. Il sort le 5 mai, c'est-à-dire vingt-et un jours après son entrée.

Je pronostiquai, bien entendu, que l'insuffisance valvulaire, dont tous les signes persistaient, ne manquerait pas de ramener tôt ou tard de

graves accidens : aussi avais-je engagé Pochelot à revenir dans mon service dès qu'il retomberait malade.

En effet, Pochelot ayant essayé, aussitôt après sa sortie, de reprendre les travaux de son état de carrier, qui exige, il est vrai, de grands efforts, se sent oppressé, sans forces; il éprouve des palpitations. Il rentre donc à l'hôpital le 10 mai, cinq jours seulement après en être sorti. Nous constatons de nouveau l'existence des signes caractéristiques de l'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte. De plus, symptômes locaux et généraux, propres aux maladies du cœur. Ces symptômes vont s'aggravant sans cesse. Œdème des extrémités. Anasarque. Ascite manifeste. Mort le 11 juin (environ deux mois après l'invasion de la bronchite et de l'aorto-endocardite que l'autopsie démontra, et qui, sans aucun doute, était née en même temps que la bronchite, à en juger par les signes d'insuffisance valvulaire obtenus dès les premières journées de la maladie).

Autopsie. — Cœur incontestablement hypertrophié. On le coupe par le milieu, et l'on voit l'eau versée dans l'aorte s'écouler par le ventricule. Les valvules mitrales sont intactes. L'endocarde est sain partout, sauf aux valvules sigmoïdes aortiques. Celles-ci sont rouges, épaisses et raccourcies comme si elles se fussent retirées vers leur bord adhérent. Au-dessus de ces valvules, la membrane interne de l'aorte est elle-même rouge; elle paraît considérablement épaissie, et rugueuse en raison d'exsudations plastiques, qui se présentent sous une forme très irrégulière et comme ayant été troublées dans leur formation par le choc continuel de l'ondée sanguine. Puis l'épaississement et la rougeur de cette membrane interne s'étendent dans l'aorte jusqu'aux environs du tronc cœliaque.

Ces pièces anatomiques furent montrées par moi à la Société de Médecine de Paris, ainsi que je l'ai déjà dit (616). Quoiqu'ayant séjourné depuis plusieurs jours dans l'alcool, elles furent jugées, de l'aveu à peu près unanime des membres présens à la séance, comme le résultat le plus manifeste d'une inflammation aiguë de l'aorte et des valvules sigmoïdes. On s'accorda pareillement avec moi dans la pensée que les phénomènes d'insuffisance valvulaire avaient été dus à cette inflammation même, et rien qu'à cette inflammation.

ARTICLE XXXVII.

ENCÉPHALITE.

(Modern., — de Ἐγκέφαλος, encéphale.)

618. *Bibliographie.* — Entre l'inflammation de l'encéphale même et celle des méninges qui le recouvrent, il y a, ainsi que nous l'avons déjà bien reconnu (560), tant de points de contact, voire même, il faut le dire, encore un coup, tant de points de confusion dans l'état actuel de la science, que je dois renvoyer tout d'abord les lecteurs à la bibliographie de la méningite (557), par la même raison que, dans le courant de cet article, je n'aurai, sous une foule de rapports, qu'à les renvoyer à l'histoire de la méningite encéphalique (art. XXXI, § Ier), histoire où, comme de raison, je n'ai pu moins faire que d'anticiper souvent sur celle de l'encéphalite.

Toutefois, il me paraît nécessaire d'ajouter ici, en ce qui touche plus particulièrement à l'encéphalite même, l'indication des auteurs qui suivent.

DUCROS. *Essai sur la céphalite ou inflammation du cerveau.* Th. inaug. Paris, 1812, n° 106.

ROSTAN. *Recherches sur une maladie encore peu connue, qui a reçu le nom de ramollissement du cerveau.* Paris, 1823, 2e édition, in-8°.

ANDRAL. (*Clin. méd.* — t. V.) — Livre II, ordre IIIe, *Observations sur le ramollissement des hémisphères cérébraux* (p. 373-574); — livre III, sect. II, *Observations sur le ramollissement du cervelet* (p. 660-80); — livre III, sect. III, observ. Ire (p. 681-7. — *Kyste rempli de pus, au centre de l'hémisphère gauche du cervelet. Douleur au bas de l'occiput. Paralysie avec contracture des membres droits. Convulsions par intervalles. Intelligence libre.*)

DAVEAU. *Dissertation sur la paralysie générale, observée à Charenton.* Th. inaug. Paris, 1830, n° 79.

LALLEMAND. — (*Recherches anatomico-path. sur l'encéphale et ses dépendances.*) — Voir principalement les lettres I, II, III, IV, V et VI.

CALMEIL. — (Dans le *Répertoire*, — t. XI. — Art. *Encéphale.*) — § III, *Encéphalite diffuse* (Céphalo-méningite aiguë); — § IV, *Encéphalite locale*; — § V, *Abcès du cerveau.* — (pag. 491-556). — (*Ibidem*, — t. XXIII. — Article *Paralysie.*) Pages 133-58, *Paralysie générale des aliénés* (Péri-encéphalo-méningite chronique diffuse).

CRUVEILHIER. — (*Anat. path.*) Livraison XXXIII, planche 3, *Abcès du cerveau.*

DURAND-FARDEL. *Recherches anatomico-pathologiques sur l'infiltr. sanguine et l'inflamm. aiguë du cerveau.* Thèse inaugurale déjà citée (248).

MONNERET et FLEURY. — (*Compendium de méd. prat.*, — t. III, p. 263 — 311.) — Article *Encéphalite.*