

peut frapper des rameaux périphériques, comme dans le cas de Leudet (1), où elle intéressait la branche frontale de la temporale.

En résumé, si les lésions de la syphilis artérielle n'offrent rien d'absolument caractéristique, leur prédilection pour certaines localisations (centres nerveux), leur symétrie assez fréquente, la circonscription nette de leurs foyers, la prédominance du processus prolifératif sur la régression dégénérative, la tendance à la formation de nodules ayant quelque ressemblance avec les gommés, l'évolution généralement assez rapide, l'âge relativement jeune des malades, constituent un ensemble de caractères qui la distingue des autres artérites et lui mérite une place à part.

SYMPTOMATOLOGIE. — La symptomatologie des artérites syphilitiques ne présente rien de spécial, en ce sens qu'elle dépend uniquement de l'importance de l'artère atteinte et du degré de la lésion. Suivant que c'est l'artère d'un membre ou celle d'un organe qui est frappée, suivant qu'il y a rétrécissement ou dilatation, oblitération ou rupture, le tableau clinique est fort différent, mais l'origine syphilitique de ces lésions ne peut l'influencer en rien. Un ramollissement cérébral, une hémorragie méningée, l'anévrysme d'une artère d'un membre, se traduisent toujours par les mêmes symptômes, quelle qu'en ait été la cause initiale. Toutefois, en raison de la fréquence particulière avec laquelle sont atteintes certaines artères, nous esquisserons rapidement quelques-uns des principaux tableaux cliniques auxquels peut donner lieu la syphilis artérielle.

L'artérite *cérébrale* produit une des principales formes symptomatiques de la syphilis du cerveau (Voy. l'article correspondant). Ce sont d'abord des signes d'ischémie cérébrale, caractérisés, pour la plupart, par leur fugacité et leur fréquente répétition : céphalée diffuse, quelquefois cependant unilatérale, souvent intense, persistante et à redoublements nocturnes; vertiges intermittents, ou état vertigineux continu; absences, perte de la mémoire, inaptitude au travail intellectuel, torpeur, hébétude, ou accès de tristesse; hésitations de la langue, engourdissement temporaire d'un membre; ictus passagers et à répétition, sans paralysie consécutive, ou suivis seulement d'une hémiparésie fugace; ou, au contraire, simple hémiparésie transitoire sans ictus préalable. L'aphasie passagère, durant quelques minutes à deux ou trois jours, et récidivante, s'observe assez fréquemment [Tarnowsky (2)]. Plus tard, au bout d'un temps variable, qu'on a vu atteindre jusqu'à huit mois, le ramollissement se trouve constitué: les symptômes (hémiparésie généralement droite, avec aphasie) deviennent alors permanents. Lorsque les lésions artérielles sont diffuses, le tableau est celui du ramollissement cérébral

(1) LEUDET, Cong. Blois, 1884.

(2) TARNOWSKY, Aphasie syphilitique. Paris 1870.

sénile, à foyers multiples. Enfin l'on a observé quelques cas d'hémiparésie double, dus à des ramollissements symétriques des corps striés.

S'agit-il, au contraire, d'un anévrysme du tronc basilaire? Après une première phase parfois très longue (on l'a vue durer jusqu'à quinze mois), mais d'ailleurs inconstante, caractérisée par des phénomènes de compression des nerfs de la base, survient une apoplexie foudroyante, ou du moins rapidement mortelle (la possibilité d'une survie de plusieurs jours s'explique par l'étroitesse habituelle de l'orifice de communication de l'artère avec l'anévrysme).

Nous ne pouvons passer en revue ici toutes les éventualités cliniques auxquelles peut donner lieu l'artérite syphilitique de l'encéphale. C'est ainsi que le ramollissement de la protubérance ou du cervelet se traduit par des symptômes un peu spéciaux. On trouvera la question étudiée en détail dans un autre volume de ce Traité (*Voy. Syphilis cérébrale*).

L'artérite syphilitique de la *moelle*, lorsqu'elle donne lieu à un foyer de ramollissement, se traduit par les symptômes de la myélite aiguë, dont Hayem, Julliard et Perret, Déjerine, Gilbert et Lion, Baudouin, Siemerling, etc., ont établi les relations avec la syphilis. Après une phase prodromique de courte durée, et qui n'est même pas constante, caractérisée par de la rachialgie et de l'engourdissement des membres inférieurs, survient une paraplégie brusque, apoplectiforme, ou très rapidement progressive, complète en quelques heures, avec paralysie des sphincters et de la sensibilité, abolition des réflexes, etc. En général, des escarres se développent au bout de peu de jours, et le malade succombe à peu près constamment en quelques semaines. Lorsqu'il survit, la paralysie flasque fait place à la contracture.

A cette forme rapide, la plus caractéristique, il faut ajouter, si l'on admet, avec Déjerine et Sottas, que les lésions produites par l'artérite peuvent aboutir à la sclérose, le tableau de la paralysie spinale syphilitique (Voy. le chapitre correspondant).

Lorsqu'elle frappe la *rétine*, l'artérite syphilitique se manifeste par de l'amaurose. L'examen ophtalmoscopique montre la rétine trouble, grisâtre, et les ramifications artérielles parsemées de taches blanches.

C'est sans doute à l'artérite des *coronaires* qu'il faut attribuer les accès d'angine de poitrine observés chez les syphilitiques par Rumpf, Hallopeau (1), Obolensky (2), Vitone (3), Zakharine (4), Bogoulowsky (5). Sur 110 cas d'angine de poitrine, Huchard (6) a trouvé 32 fois des antécédents syphilitiques.

(1) HALLOPEAU, *Ann. dermat. et syphil.*, déc. 1887.

(2) OBOLENSKY, *Berl. klin. Woch.*, 1889.

(3) VITONE, *Morgagni*, 1886.

(4) ZAKHARINE, in *Revue gén. de clin. et thérap.*, 1890, n° 34.

(5) BOGOULOWSKY, *Bull. gén. de thérap.*, 1891.

(6) HUCHARD, *Mal. du cœur et des vaisseaux*.

Quant à l'aortite, à l'anévrysme de l'aorte, nous n'avons pas à décrire ici leur symptomatologie, à laquelle leur origine syphilitique ne confère aucun caractère spécial. Il en est de même pour les anévrysmes des *membres*, et pour l'artérite oblitérante de même siège. Celle-ci se traduit par le syndrome habituel de la claudication intermittente : Magrez (1), Hallion, Charcot, Souques (2), Goldflam (3), en ont rapporté des observations. Mais le premier symptôme peut être une douleur subite, survenant au repos, siégeant généralement au niveau du mollet, et s'accompagnant d'engourdissement et de fourmillements. Cette douleur augmente par les mouvements, mais s'exaspère surtout la nuit. En même temps, l'extrémité du membre pâlit et se refroidit. Puis, au bout de quelques heures à quelques jours, tous ces phénomènes se calment. Lorsque l'oblitération artérielle se complète, la cyanose, le refroidissement, l'engourdissement douloureux, deviennent permanents, et la gangrène se déclare : témoin les cas de Podres (4), Proust, Zeissl, Desprès (5), Lancereaux, Bristowe, Hutchinson (6), Aune (7), d'Ornellas (8), Fournier. Toutefois il est rare que les choses aillent jusque-là.

DIAGNOSTIC. — Suivant les cas, le diagnostic de l'artérite syphilitique se pose dans des conditions très différentes. Tantôt l'artérite est certaine (s'il s'agit, par exemple, d'une aortite, d'un anévrysme ou de l'artérite d'un membre), ou du moins très probable (en cas d'angine de poitrine) : il faut seulement en reconnaître la nature syphilitique. Pour y arriver, ce n'est guère sur l'analyse des symptômes que l'on peut compter, car la sémiologie des artérites ne tire aucun caractère particulier de leur origine spécifique. C'est seulement par l'interrogatoire et l'examen complet du malade que l'on pourra éclaircir ce point. D'une manière générale, toute artérite subaiguë ou chronique survenant chez un homme jeune, en dehors d'une intoxication bien avérée telle que le saturnisme, doit éveiller l'idée de syphilis. Quant à l'importance de ce diagnostic étiologique, il est inutile d'y insister, lorsqu'on connaît la curabilité spéciale de l'artérite syphilitique.

Dans d'autres cas, au contraire, on se trouve en présence d'un malade dûment reconnu syphilitique, atteint de phénomènes cérébraux ou spinaux de nature incontestablement organique : la question est alors de savoir s'il s'agit d'une artérite ou d'une gomme, d'une ménin-

(1) MAGREZ, th. 1892.

(2) VOY. LEVET, Th. Paris, 1894-95.

(3) GOLDFLAM, *Deutsche med. Woch.*, sept. 1895.(4) PODRES, *Centralbl. für Chir.*, 1876, n° 33.(5) DESPRÈS, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1884.(6) HUTCHINSON, *Med. Times and Gaz.*, mars 1884.

(7) AUNE, Th. Lyon, 1890-91.

(8) D'ORNELLAS, *Ann. de dermat. et syphil.*, janv. 1888.

gite scléreuse, d'une exostose. Sans doute, ce diagnostic, qui ne vise que la nature exacte des lésions, a moins d'importance que celui de la cause, puisqu'il n'influence nullement la thérapeutique ; il a cependant son intérêt au point de vue pronostique, car le traitement, institué à temps, a plus de chances d'agir sur une artérite que sur une plaque de méningite scléreuse, par exemple. Teissier et Roux (1) ont récemment cherché à établir les règles de ce diagnostic différentiel. La forme artérielle de la syphilis du cerveau se caractériserait surtout par des phénomènes de déficit, de moindre activité ou même de paralysie des fonctions cérébrales. Au contraire, la forme méningée donnerait lieu à des phénomènes irritatifs (convulsions, contractures, hyperesthésie, etc.), tandis que les gommés, les exostoses, se manifesteraient par des signes de compression, et, d'une manière générale, par l'ensemble symptomatique des tumeurs cérébrales, de celles de la base en particulier : toutefois ces symptômes leur sont communs avec les anévrysmes, dont le diagnostic différentiel n'est guère possible. Enfin il ne faut pas perdre de vue que l'artérite est généralement la plus précoce des manifestations cérébrales de la syphilis : c'est presque toujours elle qui est en cause lorsqu'un syphilitique est atteint d'accidents cérébraux au cours de la première ou de la seconde année de sa maladie.

Parfois enfin les deux parties du diagnostic, artérite et syphilis, sont également à chercher, et l'on est exposé à confondre le ramollissement du cerveau ou de la moelle, d'origine syphilitique, avec une hémorragie cérébrale ou médullaire. Nous ne pouvons insister ici sur ces différents points du diagnostic, que l'on trouvera étudiés dans le volume consacré aux Maladies du système nerveux.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT. — Le pronostic de l'artérite syphilitique est, dans son ensemble, moins sévère que celui des autres artérites, en raison de sa curabilité par le traitement spécifique tant que les lésions n'ont pas atteint un développement trop avancé. Fournier a vu six cas d'hémiplégie syphilitique précoce, d'origine très probablement artérielle, guérir en quelques semaines par le traitement. Dans deux cas, Hutchinson et d'Ornellas ont réussi à enrayer la gangrène. On a pu d'ailleurs suivre *de visu* toutes les phases de ce processus de guérison. Chez un syphilitique observé par Leudet, la branche frontale antérieure de la temporale s'était oblitérée progressivement des deux côtés : les deux artérols se trouvaient transformés en cordons durs et dépourvus de battements, tandis que le malade éprouvait de vives douleurs dans les tempes. Sous l'influence du traitement, on vit disparaître progressivement le cordon vasculaire et les douleurs. De même, Haab et Klebs ont pu suivre sur la rétine toutes les étapes de ce travail de régression.

(1) TEISSIER ET ROUX, *Arch. de Neurol.*, 1898.

Mais il importe d'intervenir rapidement : dès que l'oblitération artérielle a amené un ramollissement cérébral, ou dès qu'il s'est produit un anévrysme, le médecin se trouve en présence de lésions définitives, incapables de rétrocession, et c'est à peine s'il peut espérer obtenir quelquefois une légère amélioration. Il ne faut pas non plus oublier que, même lorsqu'une intervention hâtive a été couronnée de succès, les récidives sont fort à craindre.

On aura donc recours au traitement mixte (frictions ou injections mercurielles et iodure), et ce traitement devra être précoce, intensif et prolongé.

ARTÉRITE TUBERCULEUSE

Comme l'artérite syphilitique, l'artérite tuberculeuse est une lésion fréquente, bien que longtemps méconnue. Ordinairement plus localisée, elle offre, en revanche, un caractère plus nettement spécifique.

La tuberculose artérielle reconnaît deux pathogénies bien distinctes : tantôt c'est par *propagation de voisinage* que sont envahies les artères, tantôt leur atteinte résulte d'une *inoculation à distance*.

Le premier mode de tuberculisation demande peu d'éclaircissements. Lorsqu'un foyer tuberculeux, dans sa marche extensive, rencontre une artériole, il est tout naturel que le bacille en attaque la paroi. Celle-ci est transformée progressivement, de dehors en dedans, en tissu de granulation, puis en tissu caséux. Si nous décrivons ici cette artérite tuberculeuse *chronique*, qui aurait dû trouver sa place dans l'histoire des *artérites par propagation*, c'est pour ne pas scinder l'étude de la tuberculose artérielle. D'ailleurs cette artérite est infiniment plus fréquente que l'autre : aussi est-ce à elle presque exclusivement que sera consacrée l'étude qui va suivre.

Quant à l'inoculation à distance, étudiée par Orth (1), puis par Marchand, Weigert, etc., surtout sur les artéroles des séreuses, notamment des méninges, et sur les glomérules rénaux, mais capable de frapper, à titre exceptionnel, de gros troncs tels que l'artère pulmonaire (Mügge, Herxheimer) ou l'aorte (A. Fränkel, Huchard, Flexner, Hanot), elle peut se faire par une double voie, la voie lymphatique ou la voie sanguine. En effet, la lésion qu'elle produit généralement, l'artérite tuberculeuse *aiguë* ou granulie artérielle, débute tantôt par la gaine lymphatique (notamment dans les artéroles de la pie-mère), tantôt par la tunique externe (sans doute au niveau des vasa vasorum), tantôt enfin par la tunique interne. Dans les deux premiers cas, les artères se montrent parsemées, surtout au niveau de leurs points de bifurcation, de fines granulations arrondies ou oblongues. Dans le dernier cas, leur surface interne offre, çà et là, des granulations qui, pendant assez longtemps, n'ont que peu de tendance à envahir les

(1) ORTH, Diagn. anat. path., 1884.

autres tuniques. Elles consistent presque exclusivement en cellules embryonnaires : les cellules géantes y sont rares (1). Parfois même le processus n'évolue pas jusqu'à la granulation. « Dans les formes les plus envahissantes de la tuberculose granulique, les plus fines artères, celles des méninges, de la plèvre et du péritoine, en particulier, présentent pendant les premiers temps une prolifération assez abondante de l'endothélium et des cellules de la membrane interne, mais cet aspect dure peu. On voit bientôt apparaître, au niveau de presque tous les vaisseaux infiltrés par le tubercule, des thrombus fibrineux oblitérants. Les cellules endothéliales perdent de leur netteté, deviennent homogènes, et, plus tard, le contenu des artérioles ainsi que leur paroi sont confondus dans une atmosphère caséuse. Dans ces artérites, l'édification d'un vrai tubercule au niveau de l'endartère est exceptionnelle, car les lésions évoluent trop rapidement, mais la signature de la maladie causale est donnée par cette transformation vitro-caséuse avec thromboses multiples, qu'on ne retrouve sous cette forme dans aucune des maladies connues (2). »

La tuberculose artérielle peut entraîner diverses conséquences anatomiques et, par suite, diverses éventualités cliniques, suivant qu'il y a oblitération de l'artère, ectasie anévrysmatique, avec ou sans rupture, enfin ouverture d'un foyer caséux dans la lumière du vaisseau.

Oblitération de l'artère atteinte. — On sait que l'oblitération des vaisseaux est la règle dans tout foyer tuberculeux. C'est même à cette oblitération que certains auteurs ont cru pouvoir attribuer soit la formation des cellules géantes, soit la dégénérescence caséuse.

(1) Toutefois, dans un cas de méningite tuberculeuse examiné par Cornil, le processus d'endartérite s'accompagnait de la formation de nombreuses cellules géantes.

(2) BRAULT, *loc. cit.*

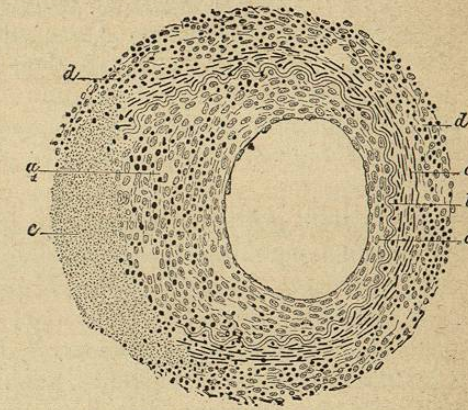


Fig. 25. — Artérite tuberculeuse.

a, tunique interne; a', tunique tuméfiée, infiltrée de cellules et parsemée de bacilles; b, lamelle élastique interne; c, tunique moyenne; d, adventive tuméfiée, infiltrée de cellules et parsemée de bacilles; e, portion caséifiée de la paroi vasculaire. Préparation colorée à la fuchsine et au bleu de méthylène, incluse dans le baume de Canada. — Grossissement 100 (les bacilles sont représentés à un plus fort grossissement). (Ziegler.)