

tement spécifique, mercure et iodure, fut aussitôt mis en usage; l'ulcération ne fut pas longue à guérir, mais, chose plus remarquable, les douleurs de l'angor pectoris diminuèrent très rapidement d'intensité et disparurent complètement. Or, je vous le demande, qu'avait donc cette malade, sinon une poussée d'aortite, aortite syphilitique qui avait laissé intact l'orifice aortique, et qui s'amenda rapidement sous l'influence du traitement spécifique, alors qu'elle avait résisté à tous les autres moyens mis en usage.

Il y a quelques années, je voyais avec MM. Duplay et Ramond un monsieur âgé d'une cinquantaine d'années, ayant une syphilis tertiaire serpiginieuse qui avait ravagé une partie de la jambe et de la cuisse du côté droit. A la suite d'un traitement intense et prolongé, le malade finit par guérir. Cinq ans plus tard, il vint me consulter pour des douleurs très vives qu'il éprouvait à la région cardio-aortique. L'auscultation la plus minutieuse ne me permit de découvrir aucune lésion de l'orifice aortique et la percussion la plus attentive ne décéla aucune augmentation du volume de l'aorte. Je pensai à une poussée d'aortite syphilitique cantonnée à l'aorte ascendante, aortite sus-sigmoïdienne, sans empiétement sur l'orifice. Instruit par la syphilis tertiaire serpiginieuse constatée chez ce malade, cinq ans avant, je parlai d'un traitement spécifique qui ne fut pas agréé par le malade et qui ne fut pas suivi. A dater de ce moment je ne sais ce qui se passa, mais quelques mois plus tard M. Ramond fut appelé la nuit, en toute hâte, auprès de ce monsieur, qui était en proie aux douleurs précordiales les plus terribles, à l'anxiété la plus violente, et qui succomba en quelques heures aux conséquences de cette aortite qu'il n'avait pas voulu soigner.

M. Hallopeau a publié, sur le sujet qui nous intéresse, un très intéressant mémoire¹ dans lequel il cherche à bien mettre en relief ce qu'il appelle l'angine de poitrine syphilitique, qui n'est, je crois, que la manifestation de l'aortite. Le malade observé par M. Hallopeau était un

1. Hallopeau. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, décembre 1887.

homme de trente-six ans ayant eu, dix ans avant, une syphilis bénigne régulièrement traitée. Il fut pris pendant la nuit de vives douleurs à la région précordiale avec irradiations dans l'épaule gauche et angoisse profonde. Les jours suivants, la même crise angoissante et douloureuse se reproduisit plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, les douleurs poussant leurs irradiations jusqu'au coude gauche et jusqu'à l'extrémité des trois derniers doigts. Ces symptômes d'angine de poitrine disparurent complètement par le traitement mixte mercuriel et ioduré.

Dans le mémoire auquel je viens de faire allusion, M. Hallopeau a réuni les trois observations suivantes : la première de ces observations, rapportée par Rumpf, concerne un homme de vingt-neuf ans, ayant eu six ans avant un chancre syphilitique suivi d'accidents secondaires, quand il éprouva des douleurs violentes à la région précordiale avec irradiations dans le dos et dans le bras gauche. Ces crises douloureuses revenaient sous forme d'accès et s'accompagnaient de sensations de constriction thoracique, d'angoisse et de palpitations; elles furent d'abord assez espacées, puis elles devinrent quotidiennes. L'auscultation ne décelait aucun bruit anormal à l'orifice aortique, ce qui prouve que l'aortite sus-sigmoïdienne n'avait pas empiété sur l'orifice aortique. L'âge du sujet excluait l'athérome des artères coronaires, la syphilis seule pouvait être incriminée. Le traitement donna raison au diagnostic et la guérison survint d'une façon définitive.

Les deux autres observations sont dues à Vincenzo Vitone. L'un de ses malades, âgé de trente-quatre ans, fut pris, quatre ans après sa syphilis, de céphalée avec accidents vertigineux et plus tard de crises de douleurs précordiales avec angoisse, suffocation, et irradiations dans le bras gauche. Ces accès se reproduisaient plusieurs fois pas jour. A l'auscultation on ne constatait aucune lésion du cœur ni de l'orifice aortique, sans doute parce que l'aortite était restée cantonnée au segment sus-sigmoïdien. Il s'agissait bien d'accidents syphilitiques, car des injections sous-cutanées de un centigramme de sublimé, pratiquées tous les jours, arrêtaient ces accès d'angor pectoris.

L'autre observation de Vincenzo Vitone concerne également un syphilitique atteint d'accès d'angine de poitrine, se renouvelant plusieurs fois par jour, sans qu'il fût possible de découvrir à l'auscultation la moindre lésion de l'aorte ou du cœur. Cette fois encore, les accidents d'angor pectoris, certainement tributaires de l'aortite syphilitique, furent guéris par des injections sous-cutanées de calomel.

Voilà donc un nombre respectable d'observations qui vous prouvent que l'aortite syphilitique, comme toutes les artérites syphilitiques, et mieux qu'elles, peut être extrêmement douloureuse; et de même que l'artérite syphilitique cérébrale trahit sa présence par la céphalée, de même l'aortite trahit sa présence par les symptômes habituels de l'angine de poitrine, depuis les formes atténuées jusqu'aux formes les plus terribles. Tant que la lésion reste limitée au segment sus-sigmoïdien de l'aorte, tant que les valvules sigmoïdes ne sont pas envahies, tant que l'orifice aortique reste sain, on ne perçoit ni autres signes ni autres symptômes; les symptômes d'angor pectoris sont seuls témoins de la lésion, ils sont du reste suffisants pour mettre sur la voie du diagnostic.

Je ne saurais donc trop appeler votre attention sur cette aortite syphilitique sus-sigmoïdienne, qui, je vous le répète, est une des localisations de prédilection de la syphilis de l'aorte. Trop souvent, en face d'un malade atteint d'angine de poitrine et qui n'est pas un athéromateux, qui n'a ni lésion de l'orifice aortique ni ectasie de l'aorte, trop souvent on incline vers le diagnostic de simple névralgie aortique, névralgie tabagique, névralgie hystérique, névralgie arthritique, et on méconnaît la nature véritable du mal; on accuse le malade de trop fumer ou de trop boire; on supprime chez lui le tabac, le thé, l'alcool, et on se figure avoir fait une thérapeutique suffisante; c'est une erreur. On n'est pas assez familiarisé avec cette idée que l'aortite peut éclater dix, douze, quinze ans après l'infection syphilitique, à une époque où le malade lui-même n'y pense déjà plus, et on ne réfléchit pas assez à ce fait, que cantonnée au segment sus-sigmoïdien l'aortite, surtout à sa première phase, peut ne susciter d'autres symptômes que ceux de l'angor pec-

toris. Or il est d'autant plus important de ne pas commettre une erreur, que cette aortite syphilitique, prise à temps, à ses débuts, est habituellement curable, tandis que livrée à elle-même elle peut aboutir aux plus funestes conséquences, à l'envahissement des valvules sigmoïdes et des artères coronaires, à l'ectasie de l'aorte, à la formation d'anévrismes cupuliformes, à la rupture du vaisseau, ainsi que vous allez le voir dans le courant de cette étude.

B. — Syphilis de l'orifice aortique avec aortite sus-sigmoïdienne.

Après vous avoir décrit l'aortite syphilitique limitée au segment sus-sigmoïdien, suivons-la dans son extension à la région orificielle, et voyons ce qu'elle fait de l'orifice aortique et des valvules sigmoïdes. Pour vous donner une idée du processus en question, je n'ai qu'à vous retracer l'histoire du malade qui occupe le n° 7 de notre salle Saint-Christophe. Cet homme, âgé de quarante-cinq ans, gardien de la paix, de haute taille, d'apparence très vigoureuse, est venu nous demander des soins parce qu'il éprouve depuis quelque temps des douleurs cardiaques si angoissantes, des étouffements si pénibles, qu'il ne lui est pas possible de continuer son métier. Il ne peut plus garder sa tunique boutonnée, car la moindre pression à la région sternale lui est insupportable. La constriction douloureuse et la gêne respiratoire sont continuelles; mais en outre, à l'occasion de la marche ou du moindre mouvement, et parfois sans cause apparente, éclatent des crises d'angine de poitrine avec tout leur cortège symptomatique. Pendant ces crises, dit le malade, il semble que la poitrine soit serrée dans un étau ou écrasée par un énorme poids; l'angoisse est extrême; les douleurs, parties de la région cardio-aortique, irradient en divers sens, notamment à l'épaule, au bras et à la main. La crise une fois terminée, le bras reste engourdi et comme inerte.

Cet homme raconte que ses accès ne sont pas tous iden-

tiques; parfois la douleur est moindre et l'accès d'angor pectoris consiste surtout en une oppression tellement intense que le malade croit qu'il va étouffer. Depuis quelque temps, la situation est devenue intolérable: il ne peut faire le plus léger mouvement, il ne peut balayer sa chambre, il ne peut se promener, même très lentement, d'un arbre à un autre, ainsi que le font les gardiens de la paix dans leur pérégrination, sans être pris d'angoisse et de suffocation qui l'arrêtent net.

L'angine de poitrine dont cet homme est atteint n'a pas acquis du premier coup toute son intensité; elle a débuté, il y a douze ou quinze mois, sous forme d'oppression et d'accès douloureux fort supportables. C'est peu à peu que les troubles dyspnéiques et douloureux sont devenus plus intenses, plus permanents, plus entrecoupés d'accès paroxystiques, jusqu'à ce qu'ils aient abouti à l'état lamentable que vous avez pu constater chez ce malheureux.

L'examen de la région sterno-costale provoque d'assez vives douleurs; la percussion, l'auscultation, la pression du stéthoscope sont péniblement tolérées; néanmoins il a été possible de constater que cette angine de poitrine est associée à une aortite avec lésions valvulaires et insuffisance aortique des plus manifestes. Je vous ai fait entendre, en effet, à la base du cœur, à l'orifice aortique, un souffle au second temps, souffle assez doux, mais très prolongé, dont le maximum existe au niveau du deuxième espace intercostal du côté droit.

Ce premier diagnostic étant posé, il fallait le compléter et connaître la cause de la lésion aortique et de l'angine de poitrine. Il ne s'agissait pas, chez cet homme, d'artério-sclérose au sens général du mot. L'artério-sclérose est une étiquette commode, qui rend parfois bien des services, quand il s'agit de formuler, par à peu près, un diagnostic dont on n'est pas absolument certain. Un malade a-t-il de l'oppression avec un bruit aortique légèrement clangoreux, on en fait un artério-scléreux; un malade qui éprouve des douleurs précordiales a-t-il une artère temporale saillante et sinueuse, avec un pouls radial dur et tendu, on en fait un artério-

scléreux; un malade est-il anhélant, enclin aux céphalées, aux vertiges, aux épistaxis, avec quelques traces d'albumine dans les urines, on en fait un artério-scléreux. Telle n'est pas mon opinion, et pour quelques individus chez lesquels l'artério-sclérose est en effet une lésion diffuse, combien d'autres chez lesquels il s'agit de lésions artérielles et parenchymateuses nettement limitées à un organe; l'un est un rénal, l'autre est un aortique, un troisième est un réno-cardiaque avec ou sans participation aortique. Or, notre malade n'est pas atteint d'artério-sclérose au vrai sens du mot, il n'est pas un rénal, car il n'a ni albuminurie, ni aucun des petits accidents du brightisme, il est un aortique, avec insuffisance de l'orifice et hypertrophie du cœur.

L'insuffisance aortique est ici consécutive à une lésion de l'aorte et non pas à une lésion du cœur; les valvules sigmoïdes ont été envahies du côté de l'endartère et non pas du côté de l'endocarde. Ce qui permet en général d'établir cette distinction, c'est que l'insuffisance aortique consécutive aux lésions de l'endocarde, celle qu'on voit le plus habituellement chez les rhumatisants, cette insuffisance-là est rarement douloureuse, elle peut poursuivre son évolution pendant un temps assez prolongé sans provoquer les crises douloureuses et dyspnéiques de l'angine de poitrine. Au contraire, l'insuffisance aortique consécutive aux lésions de l'aorte est précédée et accompagnée des symptômes douloureux et angoissants que provoquent les aortites. Vous pouvez faire nettement cette distinction chez deux des malades de notre service: l'un, couché au n° 7 de la salle Saint-Christophe, est un ancien rhumatisant qui a une forte insuffisance aortique ayant eu l'endocardite pour origine, et jusqu'ici l'aorte et les artères coronaires ayant été respectées, ce jeune homme n'a jamais eu le moindre indice d'angor pectoris; chez l'autre malade, au contraire, celui qui fait l'objet de cette leçon, l'insuffisance aortique est associée à des lésions d'aortite et très probablement de coronarite, aussi les symptômes douloureux et angoissants font-ils partie intégrante de cette variété d'insuffisance aortique.

Mais il ne suffit pas d'avoir fait chez notre homme le

diagnostic d'aortite et d'insuffisance aortique consécutive; il faut encore savoir quelle est chez lui la cause de ces lésions. Cet homme, je vous le disais, n'est pas un artério-scléreux au sens général où on l'entend, il n'est pas davantage un athéromateux au sens que l'on donne à l'athéromasie; son artère radiale n'est nullement indurée; les lésions artérielles sont chez lui cantonnées à l'aorte, cet homme est un aortique. Or, comme il a été jusqu'ici indemne de toute maladie infectieuse pouvant provoquer l'aortite, à l'exception toutefois de la syphilis qu'il a contractée il y a dix-sept ans, je suis autorisé à faire de cette aortite une aortite syphilitique, survenue à une époque tertiaire éloignée, époque assez habituelle aux lésions syphilitiques de l'aorte.

Cet homme, vous ai-je dit, a eu un chancre syphilitique en 1879, chancre suivi d'adénopathies inguinales multiples et de plaques muqueuses de la bouche. Il s'est marié après trois mois de traitement, et sa femme, bien que non contagionnée, a mis au monde deux enfants héréditairement contaminés; l'un est mort neuf jours après sa naissance; l'autre, atteint de syphilis héréditaire, a été mis pendant longtemps au sirop de Gibert, la syphilis héréditaire ayant provoqué de l'otorrhée, de la surdi-mutité et des malformations dentaires. La nature syphilitique de la lésion aortique de notre malade vient, en plus, d'être confirmée par les résultats du traitement. Dès le 24 octobre, jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu, j'ai fait pratiquer tous les jours une injection profonde de un centimètre cube de solution huileuse de bi-iodure de mercure, préparée par M. Berlioz, ce qui représente quatre milligrammes de substance active. On a fait ainsi une première série de douze injections avec douze jours d'arrêt, et on a recommencé une nouvelle série qui a duré encore douze jours. L'amélioration est survenue progressivement; elle était même si satisfaisante, que le 6 décembre suivant, c'est-à-dire six semaines après son entrée à l'hôpital, le malade était capable de reprendre son service de gardien de la paix.

Toutefois, il sentait bien que l'amélioration n'était pas

définitive, l'oppression reparut peu à peu, les phénomènes douloureux devinrent menaçants et le malade rentra de nouveau le 13 janvier dans mon service. Je fis encore pratiquer douze injections d'huile au bi-iodure de mercure et le 29 janvier, se sentant beaucoup plus soulagé qu'après son premier séjour, il reprit son service. Cette fois, il pouvait marcher et monter les escaliers sans la moindre difficulté, lui qui, trois mois avant, ne pouvait faire quelques pas sans être pris d'un terrible accès d'angine de poitrine. Il vaquait maintenant d'une façon régulière à toutes les exigences de sa profession, restant debout huit heures par jour en moyenne, il lui arriva même de rester dix heures sans s'asseoir. Le bénéfice du traitement fut d'assez longue durée puisque le malade n'éprouva plus le moindre symptôme jusqu'au 15 juin. A cette date, sentant que ses étouffements allaient recommencer et dans la crainte de voir son état empirer, il rentra de nouveau à l'Hôtel-Dieu; on fit encore quatorze injections et le malade sortit le 2 juillet dans un état plus satisfaisant que jamais, état qui ne s'est pas encore démenti¹.

Il est à remarquer que, sur le grand nombre d'injections qui ont été pratiquées, aucune n'a suppuré, ce qui tient aux minutieuses précautions d'asepsie qui ont été prises. L'injection laisse après elle une induration qui persiste quelques jours; parfois même cette induration est légèrement douloureuse, mais la résolution finit par se faire totalement. Je reviendrai sur cette partie de la question, au sujet du traitement.

En résumé, cette observation est un type d'insuffisance aortique associée à l'aortite syphilitique du segment sus-sigmoïdien. La lésion de l'orifice n'a nullement été améliorée par le traitement; le souffle aortique du second temps a conservé sa même intensité, parce que la lésion orificielle

1. Je viens de revoir le malade aujourd'hui 23 août; il nous déclare ne plus éprouver la moindre douleur, il peut boutonner sa tunique sans la sentir, il monte facilement les escaliers, il peut franchir en courant une distance de 400 mètres sans être trop essoufflé. L'insuffisance aortique persiste sans aucune modification.

est confirmée et irrémédiable; mais du moins le traitement a eu la plus grande efficacité sur les symptômes dyspnéiques et douloureux, espérons même que la lésion ne sera pas fatalement progressive et pourra être enrayée, au moins pour un temps.

Je termine cette leçon par les conclusions suivantes :

1. — La syphilis peut déterminer à l'aorte des lésions diffuses ou des lésions circonscrites, qui font généralement partie des accidents tertiaires tardifs. Il est rare que l'aortite syphilitique survienne avant la cinquième ou sixième année de l'infection; il est plus habituel qu'elle apparaisse de la dixième à la quinzième année.

2. — L'aortite syphilitique peut se cantonner à la première partie de l'aorte ascendante, en respectant les valvules sigmoïdes et l'orifice aortique; on peut alors lui réserver le nom d'aortite sus-sigmoïdienne. Les symptômes dyspnéiques et douloureux de l'*angor pectoris* en sont les seuls témoins.

3. — Dans d'autres circonstances, l'orifice aortique et les valvules sigmoïdes participent au processus de l'aortite sus-sigmoïdienne, et il en résulte une insuffisance aortique, avec ou sans rétrécissement, dont les signes viennent s'adjoindre aux symptômes douloureux de la variété précédente.

4. — Les lésions confirmées des valvules sigmoïdes et de l'orifice aortique, insuffisance et rétrécissement, sont des lésions irrémédiables, inaccessibles au traitement spécifique, mais les symptômes douloureux et angoissants dus à l'aortite peuvent être heureusement modifiés par le traitement mercuriel et ioduré; pris à temps, ils peuvent même guérir.

5. — La lésion de l'aorte, l'aortite prise à ses débuts, est curable.

CINQUIÈME LEÇON

LES LÉSIONS SYPHILITIQUES DE L'AORTE

(Suite.)

MESSIEURS,

Dans la précédente leçon, nous avons étudié deux des localisations importantes de la syphilis aortique. L'une de ces localisations concerne la syphilis aortique, que je vous ai proposé d'appeler sus-sigmoïdienne, celle qui atteint le premier segment de l'aorte ascendante. Limitée à cette région, l'aortite se traduit uniquement par des symptômes douloureux et dyspnéiques, variant d'intensité depuis les formes à peine ébauchées, jusqu'aux formes de l'angine de poitrine la mieux accentuée.

Nous avons ensuite étudié une deuxième localisation de la syphilis aortique, celle qui, ayant débuté par le segment sus-sigmoïdien, s'étend à l'orifice de l'aorte et aux valvules sigmoïdes. Il en résulte une lésion d'orifice qui se traduit par les signes et par les symptômes de l'insuffisance aortique avec ou sans rétrécissement. Autrement dit, dans cette dernière variété de syphilis aortique, les signes de la lésion orificielle viennent se joindre aux symptômes douloureux et angoissants de la variété précédente.

Aujourd'hui, nous avons à étudier les lésions syphilitiques qui aboutissent aux *anévrismes* de l'aorte, et parmi ces anévrismes, je choisirai deux types : d'une part, les anévrismes parfois très volumineux, développés en un point quelconque de l'aorte thoracique; d'autre part, l'anévrisme nettement limité à la région de l'aorte qui confine