

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.

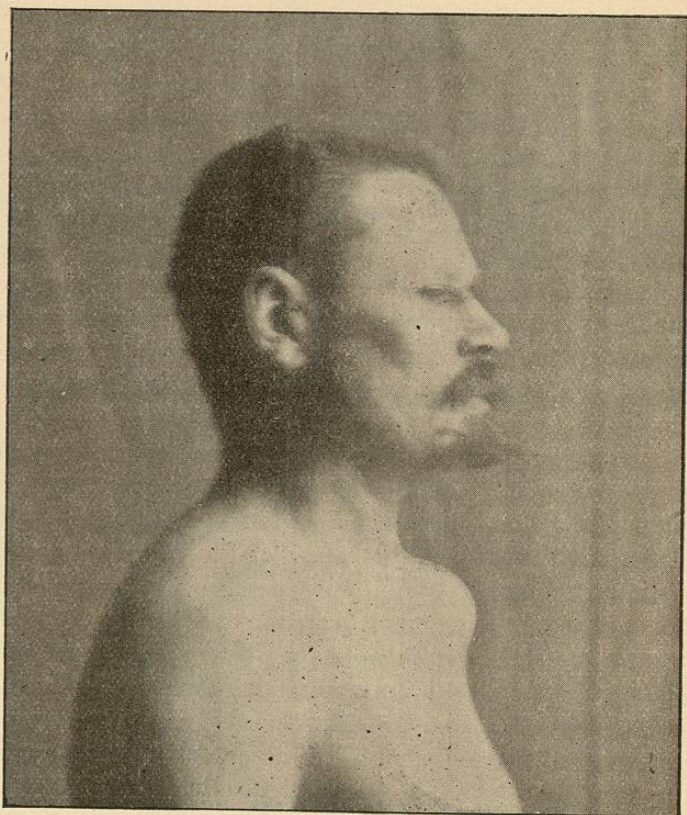
Nous avons ensuite étudié une deuxième localisation de la syphilis aortique, celle qui, ayant débuté par le segment sus-sigmoïdien, s'étend à l'orifice de l'aorte et aux valvules sigmoïdes. Il en résulte une lésion d'orifice qui se traduit par les signes et par les symptômes de l'insuffisance aortique 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

à l'anse du nerf récurrent. Commençons par la première de ces variétés.

Anévrisme syphilitique de l'aorte.

L'aortite syphilitique peut aboutir à la déformation, à la dilatation du vaisseau et à la production d'anévrismes de toutes dimensions; on en voit même qui prennent des proportions considérables; vous en avez un remarquable exemple au n° 15 de notre salle Saint-Christophe.



Vous avez tous vu ce malade; c'est un homme de cinquante ans qui est atteint d'un volumineux anévrisme aortique dont vous voyez la reproduction sur la planche ci-dessus.

L'anévrisme fait une énorme saillie à la partie antérieure et supérieure du thorax, au-dessous de l'articulation sterno-claviculaire gauche; il a la forme et la dimension d'une petite orange. Les premières côtes et leurs articulations ont en partie disparu par un processus d'ostéite raréfiante que vous connaissez. La tumeur anévrismale mesure 10 centimètres de haut sur 8 centimètres de large; elle est arrondie, élastique, dépressible, et quand on la prend à pleine main, elle donne la consistance d'une balle en caoutchouc. La peau qui la recouvre est saine et sillonnée de veines bleuâtres. Les battements expansifs de la tumeur sont isochrones aux battements cardiaques, et l'auscultation y fait percevoir un léger bruit de souffle systolique. L'examen du pouls présente cette particularité que le pouls radial est normal du côté droit, tandis qu'il a disparu du côté gauche; cette disparition tient vraisemblablement à la diminution de calibre de l'artère sous-clavière, en partie oblitérée par des stratifications fibrineuses du sac anévrisimal.

En résumé, cet homme est atteint d'un anévrisme considérable qui s'est développé à la partie terminale de la crosse de l'aorte. Les premiers avertissements de la lésion aortique datent de deux ans; c'est à la fin de l'année 1894 que le malade éprouva de violentes douleurs à la région cervicale gauche, et au bras gauche. Ces névralgies, qui provenaient du voisinage des branches du plexus brachial, n'étaient accompagnées d'aucune sensation d'étouffement, d'aucune oppression, et ne ressemblaient nullement aux crises douloureuses et angoissantes de l'angine de poitrine. Le malade était si peu oppressé, qu'il pouvait, sans le moindre essoufflement, se livrer aux travaux fatigants de sa profession et monter plusieurs étages en portant sur ses épaules des poids assez considérables. Les vives douleurs qu'il éprouvait n'avaient donc rien de comparable, je vous le répète, aux douleurs angoissantes et à la dyspnée d'effort qui atteignaient un si haut degré chez les malades dont je vous parlais à notre dernière séance, et cependant il s'agissait dans ces différents cas de lésions aortiques. Mais la localisation des lésions était toute différente,

et tandis que, chez les autres malades, l'aortite sus-sigmoïdienne retentissait sur les branches du plexus cardiaque, sous forme d'angine de poitrine, ici l'anévrisme de la portion terminale de la crosse de l'aorte laissait intact le territoire du plexus cardiaque, mais retentissait sur les branches du plexus brachial.

Ces névralgies cervico-brachiales augmentèrent progressivement d'intensité; elles occupaient le cou, l'épaule et le bras gauche, elles s'exaspéraient la nuit à l'instar des douleurs syphilitiques, elles privaient le malade de tout repos, elles lui enlevaient l'appétit et le sommeil. En même temps, les mouvements devenaient plus difficiles, le bras et la main étaient plus faibles, il y avait une véritable parésie. Dès le début des névralgies, le malade avait demandé des conseils, mais les moyens employés, révulsifs, opiacés, anesthésiques, etc., ne lui avaient procuré aucun soulagement. C'est alors qu'il fut à l'hôpital Saint-Louis consulter M. Fournier, qui porta le diagnostic d'anévrisme syphilitique de l'aorte. Cet homme est en effet un syphilitique; il a eu, à l'âge de vingt-trois ans, un chancre suivi d'accidents secondaires, puis il a été pris en 1884 d'endartérite syphilitique oblitérante de l'artère sylvienne gauche, pour laquelle je lui ai donné des soins à l'hôpital Saint-Antoine. A cette époque, après une période de céphalée violente, se déclara une hémiplegie droite avec aphasie; je vis le malade quelques jours après les accidents et je prescrivis, sans perdre un instant, un traitement composé de frictions mercurielles et d'iodure de potassium à très haute dose. Sous l'influence de ce traitement, qui eut l'heureuse fortune d'arriver à un moment où les lésions cérébrales n'étaient pas encore irrémédiables, l'aphasie et l'hémiplegie consécutives à l'artérite sylvienne oblitérante, s'amendèrent progressivement jusqu'à complète guérison.

Dix ans après son artérite cérébrale syphilitique, cet homme fut pris d'une aortite de même nature, dont l'anévrisme fut l'aboutissant. Tous ces détails étaient connus de M. Fournier, qui n'hésita pas, avec raison, à voir dans ces différentes manifestations la signature de la syphilis, qui à

dix ans de distance frappait l'artère sylvienne et l'artère aorte. La preuve que cette aortite était bien de nature syphilitique, c'est que le traitement institué par M. Fournier, les frictions mercurielles et l'iodure de potassium, eurent raison des névralgies cervico-brachiales qu'aucun autre traitement n'avait pu calmer. L'anévrisme, lui, ne fut point modifié, car il s'agissait là de lésions anciennes qui ne rétrocedent pas, mais les symptômes extrêmement douloureux provoqués par cet anévrisme cédèrent complètement au traitement spécifique.

Le malade cessa alors tout traitement et quitta l'hôpital Saint-Louis; mais les douleurs recommencèrent au début de l'année suivante, la tumeur aortique augmenta de volume, et M. Fournier recueillit de nouveau le malade dans son service, jusqu'au moment où il eut l'obligeance de me l'envoyer. Voilà six mois qu'il est dans nos salles. A l'exemple de M. Fournier, je l'ai énergiquement traité; il ne lui reste plus un seul point douloureux; le bras gauche a retrouvé l'intégrité de sa force, l'appétit est excellent, le sommeil est bon, et cet homme, dont la mine est vraiment superbe, est enchanté de son état.

Nous sommes moins satisfaits que lui, car son anévrisme, dont les dimensions sont considérables, nous donne pour l'avenir les plus vives inquiétudes. A voir cette tumeur pulsatile qui bat à fleur de peau, il semblerait au premier abord que la rupture de l'anévrisme soit imminente et que ce ne soit plus qu'une question de semaines ou de mois. Mais non, ce n'est pas ainsi d'habitude que les choses se passent. Cet anévrisme, soyez-en bien convaincu, est tapissé de caillots fibrineux stratifiés, solides, résistants, la peau qui le recouvre a conservé toute son intégrité, elle offre une barrière dont l'anévrisme n'aura pas facilement raison, elle résistera au voisinage de la poche anévrismale, bien mieux que les tissus osseux qui disparaissent par un processus d'ostéite raréfiante. Consultez les statistiques, et vous verrez que la rupture de l'anévrisme à la peau est une terminaison infiniment plus rare que la rupture de l'anévrisme dans les bronches, dans la trachée, dans les plèvres, dans le

péricarde, dans les poumons, etc. Plusieurs d'entre vous se rappellent certainement ce malade que j'ai eu il y a quatre ans dans mon service à l'hôpital Necker, et qui nous était arrivé, lui aussi, avec un volumineux anévrisme de l'aorte thoracique, formant à droite du sternum une tumeur expansive, pulsatile, sous-cutanée, dont la rupture pouvait paraître imminente. Eh bien, j'ai gardé ce malade pendant trois années consécutives, et il a fini par succomber, non pas à la rupture de son anévrisme, mais à une tuberculose pulmonaire avec compression de la bronche, complication relativement fréquente au cours des anévrismes de l'aorte thoracique. A l'autopsie de cet homme, il fut facile de comprendre pourquoi cette poche anévrismale, qui était littéralement capitonnée par une série de lames fibrineuses stratifiées, n'avait aucune tendance à se rompre à l'extérieur¹.

Eh bien, en ce qui concerne notre malade, je n'ai aucune crainte relativement à la rupture de son anévrisme, j'ai confiance en la solidité des téguments qui l'entourent. Pour mettre la tumeur à l'abri de tout traumatisme, j'ai fait confectionner une sorte de petite cuirasse légère et résistante que le malade porte avec lui jour et nuit. Quelles seront plus tard les complications à redouter, je l'ignore; mais ce qui est certain, c'est que malgré l'impression pénible que donne un anévrisme aussi volumineux et aussi superficiel, aucun danger n'est à prévoir pour le moment.

Encore un mot au sujet de ce malade : son cœur est tout à fait normal; on n'y constate ni altération valvulaire, ni hypertrophie. Il fut un temps où l'on supposait, à tort, que les anévrismes de l'aorte sont toujours suivis d'hypertrophie du cœur; c'est une erreur, et en vous montrant l'an dernier les pièces anatomiques de l'anévrisme aortique considérable dont je vous parlais plus haut, je vous faisais observer que le cœur avait conservé son volume normal.

Bien que les névralgies cervico-brachiales aient depuis longtemps disparu chez notre malade, je continue néanmoins,

1. L'observation a été publiée par mon interne, M. Kahn : *Bulletin de la Société anatomique*, 1896, p. 42.

et je continuerai les préparations iodurées et mercurielles, non pas que j'aie la prétention de guérir cet anévrisme, pareilles lésions sont irrémédiables, mais du moins peut-on espérer enrayer le processus et conjurer de plus grands accidents¹.

Autre observation : En 1884, je recevais dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, un malade de trente-six ans atteint d'un énorme anévrisme syphilitique de l'aorte. Cet homme avait pris à l'âge de quinze ans une syphilis qui fut suivie plus tard d'ulcérations tertiaires avec cicatrices indélébiles, et plus tard encore il eut des exostoses très douloureuses. Vers la fin de 1882, seize ans après le chancre, apparurent à l'épaule droite des douleurs revenant d'abord par accès, plus intenses la nuit, douleurs qui s'étendirent à tout le bras et au côté droit de la poitrine. En juin 1883, survint un œdème de la paroi thoracique du côté droit avec dilatation veineuse considérable. Vers cette époque, M. Millard, ayant constaté des battements à droite du sternum, diagnostiqua un anévrisme aortique d'origine syphilitique et prescrivit le sirop de Gibert et l'iodure de potassium. Sous l'influence du traitement, l'œdème et la circulation collatérale disparurent, mais bientôt les douleurs reprirent avec intensité et le malade fut reçu dans mon service. Je constatai à droite du sternum, à la place des premières côtes qui avaient disparu, un anévrisme volumineux, de 7 centimètres sur 5, dans ses deux diamètres. Les battements de la tumeur étaient très superficiels et isochrones au choc du cœur; on y percevait à l'auscultation un double souffle. Les douleurs étaient si vives au bras et à l'épaule, que le malade était absolument privé de sommeil et de repos. A l'examen de cet homme, j'émis le même diagnostic que M. Millard; il était indéniable que cet homme avait été atteint d'une série d'accidents syphilitiques dont le dernier était l'anévrisme de l'aorte. Je fis pratiquer des frictions mercurielles et je donnai l'iodure de potassium

1. Ce malade a quitté l'Hôtel-Dieu mais il revient nous voir. A sa dernière visite, c'est-à-dire trois mois après cette leçon, son état était excellent et la tumeur anévrismale avait la meilleure apparence possible. Les préparations iodurées sont toujours continuées à la dose journalière de 4 grammes.

à la dose croissante de 6 à 18 grammes par jour. Le résultat du traitement ne se fit pas attendre; les douleurs diminuèrent, les nuits devinrent meilleures, mais on ne put constater aucune modification appréciable dans l'état de l'anévrisme. Un jour, vers midi, le malade fut pris d'une hémoptysie foudroyante et succomba en quelques minutes.

A l'autopsie, énorme dilatation de l'aorte ascendante et de la crosse de l'aorte dont les parois sont épaissies. La poche anévrismale est parsemée de petits anévrismes secondaires; les uns sont excavés en forme de cupules, les autres sont saillants sous forme de nodosités dues à des couches stratifiées de fibrine qui comblent la cupule et qui s'élèvent au-dessus de la paroi artérielle. En réalité, dans la poche de cet anévrisme, s'était faite une véritable éruption de petits anévrismes dus à des gommès circonscrites, lésion bien étudiée depuis par MM. Letulle, Kalindéro et Babès.

Je crois inutile de multiplier les observations de ces anévrismes syphilitiques de l'aorte; un de mes élèves, M. Verdié, dans sa thèse inaugurale¹, et plus tard M. Jaccoud dans ses Cliniques de la Pitié, en ont réuni un grand nombre.

Les anévrismes syphilitiques peuvent occuper tous les points de l'aorte thoracique, aorte ascendante ou crosse de l'aorte. Les lésions constatées à l'autopsie sont quelque peu différentes. Tantôt le processus semble généralisé à une partie du vaisseau, l'aorte est ectasiée, déformée, épaissie, parsemée de plaques athéromateuses en différents endroits; tantôt, l'aorte est presque normale dans le reste de son étendue et l'aortite syphilitique est limitée au segment du vaisseau sur lequel s'est développé plus tard l'anévrisme.

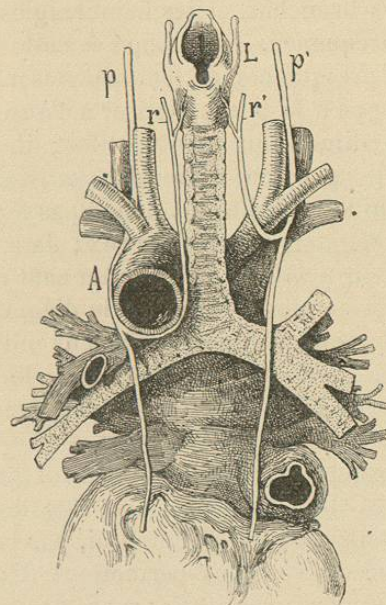
Anévrisme syphilitique de l'aorte, type-récurrent.

Après vous avoir parlé des grands anévrismes qui peuvent siéger en différentes régions de l'aorte thoracique, je vais, Messieurs, m'occuper d'une variété d'anévrisme auquel sa topographie donne un intérêt particulier et que j'ai dénommé

1. Verdié. Anévrismes syphilitiques de l'aorte. Thèse, Paris, 1881.

depuis longtemps, anévrisme aortique type-récurrent. Je lui ai donné ce nom, parce que cet anévrisme se développe dans la région de l'aorte qui confine à l'anse du nerf récurrent gauche et parce que c'est au voisinage de ce nerf qu'il emprunte ses symptômes les plus saillants.

Avant de vous donner le tableau clinique de cet anévrisme, je vous rappelle en quelques mots l'anatomie de la région dans laquelle il se développe. La planche ci-jointe facilitera cet exposé.



On voit, sur cette planche, l'artère aorte A, dans la région où se développe l'anévrisme type-récurrent. L'aorte, en contact avec la partie inférieure de la trachée et avec la bronche gauche, est embrassée par l'anse du nerf récurrent gauche, r. — Du côté droit, l'anse du récurrent r', placée beaucoup plus haut, embrasse l'artère sous-clavière. — L, larynx. — p, p', nerfs pneumogastriques.

L'aorte, après avoir dépassé la bifurcation de l'artère pulmonaire, se place au-devant et à gauche de la trachée, et se dirige ensuite vers la bronche gauche, qu'elle contourne d'avant en arrière et de droite à gauche. En ce point t, l'aorte

qui va devenir aorte descendante, est donc en rapport immédiat avec la partie inférieure de la trachée et avec la naissance de la bronche gauche; elle confine à ces conduits aériens par sa concavité et par son segment antérieur. L'anévrisme aortique développé dans cette région est souvent sacciforme, il n'est pas volumineux, il ne dépasse guère les dimensions d'une noix; mais au point de vue du pronostic, il est fort redoutable, parce que l'expérience prouve que c'est dans cette région que se font le plus habituellement la perforation des conduits aériens, l'ouverture de l'anévrisme dans la trachée, dans les bronches, et les hémorragies mortelles qui en sont la conséquence. Développé à cette région, l'anévrisme échappe presque complètement à nos moyens d'investigation, il échappe à la percussion et à l'auscultation, surtout quand ses dimensions sont petites; il ne détermine ni mouvement d'expansion, ni double centre de battements, ni matité, ni souffles, il ne trahit même pas toujours sa présence par des phénomènes douloureux; dans quelques cas, on ne voit rien, on n'entend rien, on ne sent rien, et cependant vous pouvez arriver à formuler le diagnostic de l'anévrisme par les symptômes que je vais vous indiquer.

La dysphagie douloureuse, les accès de pharyngisme (spasme du pharynx), les accès d'œsophagisme (spasme de l'œsophage), les accès de suffocation et de strangulation (spasme de la glotte), les troubles de la voix (paralysie d'une corde vocale), et dans quelques cas, des douleurs thoraciques, sont autant de symptômes qui, par leur apparition combinée ou successive, vous permettent d'affirmer l'anévrisme aortique type-récurrent. Ces symptômes étant presque tous empruntés au voisinage de l'anse du nerf récurrent gauche, qui sert de guide, il est nécessaire, pour bien comprendre la question, de rappeler quelques détails anatomiques et physiologiques concernant le nerf récurrent.

Les deux nerfs récurrents, nés du pneumogastrique et de la branche interne du spinal, ont des rapports différents. Ainsi le nerf récurrent droit prend naissance au niveau de l'artère sous-clavière, qu'il embrasse par une courbure à concavité supérieure; il n'a pas de portion thoracique, et par consé-

quent il échappe le plus habituellement aux tumeurs du médiastin et aux anévrismes aortiques. Le nerf récurrent gauche, au contraire, a une portion thoracique, il naît beaucoup plus bas en contournant la partie inférieure et postérieure de la crosse de l'aorte, qu'il embrasse en formant une courbure à concavité supérieure; c'est dire qu'il est exposé à recevoir le contre-coup des tumeurs du médiastin et en particulier des anévrismes aortiques.

Les nerfs récurrents émettent les branches suivantes (Hirschfeld) :

A. — Des branches cardiaques, qui naissent de l'anse d'origine des nerfs récurrents et qui se rendent au plexus cardiaque, soit directement, soit par leur union aux branches cardiaques du grand sympathique et du pneumogastrique;

B. — Des branches œsophagiennes, qui sont fournies en plus grande quantité par le récurrent gauche et qui se distribuent à toutes les tuniques des parties supérieures de l'œsophage. Les parties inférieures de ce conduit reçoivent leurs nerfs directement du pneumogastrique;

C. — Des branches pharyngiennes, destinées au muscle constricteur inférieur du pharynx;

D. — Des branches trachéennes, qui naissent en partie du récurrent droit;

E. — Après avoir traversé le constricteur inférieur du pharynx, les récurrents, par leurs branches terminales, se rendent à tous les muscles du larynx, moins les muscles crico-thyroïdiens, qui sont animés par la branche laryngée externe du nerf laryngé supérieur.

Les nerfs récurrents n'envoient que des filets moteurs au larynx, tandis qu'ils envoient des filets nerveux mixtes à l'œsophage, au pharynx et à la trachée. Ces différents organes reçoivent, du reste, des nerfs spinal et pneumogastrique, une innervation directe et indirecte. L'innervation indirecte leur est transmise par l'intermédiaire des nerfs récurrents; leur innervation directe leur est donnée par des branches immédiatement émanées du spinal et du pneumogastrique.

Quant à savoir quelle part respective revient au spinal et au pneumogastrique dans les mouvements si compliqués de