

Je termine cette leçon par les conclusions suivantes :

1. — L'aortite syphilitique peut aboutir aux déformations, aux ectasies, aux anévrismes de l'aorte.

2. — Les anévrismes peuvent être de grande dimension, occuper les différents segments de l'aorte thoracique, provoquer des douleurs thoraciques, brachiales, cervicales, susciter des œdèmes du bras et de la face, former un centre de battements et faire saillie à l'extérieur, sous forme de tumeur pulsatile et expansive, variable comme volume.

3. — Dans quelques cas, l'anévrisme syphilitique se cantonne au segment aortique qui avoisine l'anse du nerf récurrent gauche. Cet anévrisme type-récurrent ne trahit le plus souvent sa présence que par des symptômes qu'il emprunte au voisinage du nerf récurrent. La dysphagie, les troubles de la voix, les étouffements survenant de préférence sous forme d'accès, en sont les symptômes les plus habituels.

4. — L'anévrisme type-récurrent, malgré ses petites dimensions, est fort redoutable, car il peut s'ouvrir dans la trachée ou dans la bronche gauche, d'où la mort par hémoptysie foudroyante.

SIXIÈME LEÇON

LES LÉSIONS SYPHILITIQUES DE L'AORTE

(Suite et fin.)

MESSIEURS,

Nous avons étudié, dernièrement, deux variétés d'anévrisme syphilitique de l'aorte. L'une de ces variétés concerne les grands anévrismes qui tendent à faire saillie à l'extérieur. Ils ont pour symptômes des douleurs thoraciques, des douleurs cervico-brachiales et des œdèmes; ils se traduisent à l'auscultation par des battements et par des souffles, ils forment assez fréquemment une tumeur pulsatile et expansive.

J'ai consacré de longs développements à l'autre variété, l'anévrisme type-récurrent, avec ses spasmes glottiques, ses accès de suffocation, ses troubles vocaux et sa dysphagie. Je vous ai dit que cet anévrisme, même de petite dimension, est très redoutable, car sa rupture dans la trachée ou dans une bronche provoque une hémoptysie foudroyante.

Je n'en ai pas fini avec les anévrismes syphilitiques de l'aorte; j'ai à vous parler aujourd'hui des aortites syphilitiques à *gommes circonscrites*, qui aboutissent à des *anévrismes cupuliformes multiples*, de la dimension d'un pois à une noisette. Il n'est pas rare de compter cinq, six, huit

de ces petits anévrismes, échelonnés le long de l'aorte thoracique; on dirait une éruption de petits anévrismes. Tantôt ces anévrismes se développent sur une aorte qui n'est ni déformée, ni ectasiée, tantôt ils s'incrudent sur les parois d'une grande dilatation anévrismale. Pour plusieurs auteurs, ces petits anévrismes seraient absolument spéciaux à la syphilis. Les quelques observations que je vais vous citer et les pièces anatomiques que je vais vous montrer, vous donneront une idée exacte de cette variété d'anévrisme.

Petits anévrismes multiples, cupuliformes.

Le 9 novembre 1892, entré dans mon service de l'hôpital Necker un homme de quarante-trois ans, cruellement atteint, depuis quelques semaines, de crises qui survenaient de la façon suivante : à la suite d'une course, après quelques mouvements un peu brusques, ou même sans cause apparente, éclataient tout à coup des douleurs précordiales avec angoisse et étouffements. Plusieurs fois les crises avaient été si violentes que le malade avait cru mourir. Les douleurs partaient de la région précordiale et irradiaient au bras et à la main gauche. La durée des crises était variable; les premières avaient été courtes, mais les dernières s'étaient succédé coup sur coup, au point de durer plusieurs heures, presque sans répit. Le malade n'osait ni marcher, ni monter un escalier; il redoutait de se coucher, tant il craignait de voir reparaître la crise qui était pour lui un objet d'effroi.

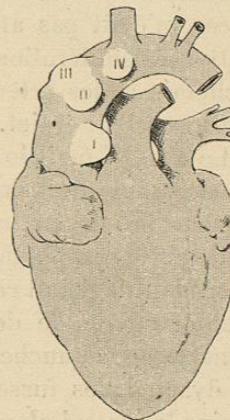
Il était évident que cet homme avait une angine de poitrine dont nous devions rechercher la cause. En le découvrant pour l'examiner, nous aperçûmes, au-dessus de la clavicule gauche, une large syphilide pustulo-crustacée absolument caractéristique, et nous apprîmes du malade qu'il était syphilitique depuis dix ans. Toute la région précordiale était si douloureuse, que nous dûmes procéder à notre examen avec les plus grands ménagements. La percussion et l'auscultation ne nous donnèrent que des résultats négatifs; l'aorte n'était pas augmentée de volume et l'orifice aortique était absolument sain. Le malade n'étant ni saturnin, ni gout-

teux, ni diabétique, ni tabétique, ni hystérique, ni fumeur, et la syphilis tertiaire étant chez lui en pleine éclosion, il était permis d'affirmer, sans trop s'avancer, que nous avions affaire à une aortite syphilitique.

Le soir même de son entrée à l'hôpital, le malade refusa de se coucher, tant il redoutait l'apparition de ses crises, et il demanda à passer la nuit dans un fauteuil. Malgré tout, il fut pris d'un accès terrible d'angine de poitrine. L'interne de garde, mandé aussitôt, pratiqua une injection de morphine et ordonna l'application de ventouses sèches sur le thorax. Mais pour appliquer les ventouses, on déshabilla le malade, on l'étendit sur son lit, et à peine couché, il se dressa angoissé et terrifié, disant qu'il se mourait, et il succomba, en effet, en quelques instants.

A l'autopsie, notre premier soin fut d'examiner l'aorte; elle était à peine dilatée, mais on voyait à sa surface quatre petits anévrismes représentés sur la planche ci-jointe et échelonnés de bas en haut : Un premier anévrisme, de la dimension d'un gros pois, siège au niveau de l'auricule droite. Un second anévrisme, de même dimension, est à quatre centimètres au-dessus du précédent, en avant et à droite de l'aorte. Un troisième anévrisme, du volume d'une amande, fait saillie, un centimètre plus haut, à l'union de la portion ascendante et de la portion horizontale de l'aorte. Un quatrième anévrisme, de la dimension d'un noyau de cerise, siège à la partie antérieure de l'aorte, à l'origine du tronc brachio-céphalique.

On incise l'aorte, on constate l'intégrité de l'orifice aortique et des valvules sigmoïdes; le vaisseau est épaissi et semé de plaques d'aortite gommeuse et athéromateuse. Deux des anévrismes, le premier et le troisième, sont excavés en forme de cupule mince et transparente, dont la rupture n'était certainement pas éloignée. Les deux autres ané-



vrismes, le deuxième et le quatrième, font, dans la lumière du vaisseau, une saillie dure et proéminente, formée de caillots fibrineux adhérents à la paroi. A l'examen histologique fait sur le point le plus aminci des anévrismes, on constate la disparition presque totale de la tunique moyenne. Les artères coronaires furent incisées et suivies avec soin dans tout leur trajet; leurs parois présentaient en différents endroits des lésions d'artérite, mais leur orifice était absolument libre et elles n'étaient nulle part oblitérées.

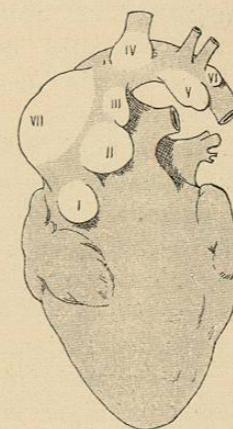
En résumé, cet homme avait été atteint d'aortite syphilitique à processus aigu, ayant rapidement déterminé des anévrismes multiples; l'orifice aortique et les valvules sigmoïdes avaient été ménagés et la mort était survenue en pleine crise d'angine de poitrine, consécutive à cette aortite. Je n'ai pas à discuter pour le moment la pathogénie de l'angine de poitrine, j'y reviendrai plus loin; je ferai seulement remarquer que dans le cas actuel, la mort, survenue dans un accès, n'était pas attribuable à l'ischémie cardiaque consécutive à l'oblitération des coronaires, car le cœur n'était pas ischémié et les artères étaient perméables à leur orifice et dans tout leur trajet.

Le second malade dont j'ai à vous parler était un homme de cinquante-huit ans, entré dans mon service de l'hôpital Necker, le 7 décembre 1892, pour une oppression angoissante qui était le symptôme dominant de sa maladie. Cette oppression, dont le début remontait à deux ans environ, avait été bientôt suivie de douleurs précordiales avec irradiations dans le bras gauche. Bien que les symptômes douloureux et dyspnéiques fussent associés, la douleur occupait néanmoins le second plan, et dans les accès violents qu'éprouvait cet homme, l'angoisse dyspnéique dominait la situation. A l'auscultation du cœur, je constatai à la base, au second temps, un souffle d'insuffisance aortique, et à la pointe, au premier temps, un souffle d'insuffisance mitrale. Je portai donc le diagnostic suivant : angine de poitrine consécutive à une aortite ayant empiété sur l'orifice aortique; insuffisance aortique et insuffisance mitrale. Restait à connaître la cause de cette aortite, et comme après avoir passé en revue

les causes probables, je n'en trouvais qu'une, la syphilis, que le malade avait eue neuf ans avant, il me parut naturel de mettre l'aortite sur le compte de l'infection syphilitique, et je prescrivis des frictions mercurielles et l'iodure de potassium. Peu de temps après son entrée le malade fut pris, dans la nuit, d'un terrible accès d'angoisse respiratoire et douloureuse qui se reproduisit les jours suivants à intervalles de plus en plus rapprochés. Le 17 septembre, à huit heures du soir, il succomba en quelques minutes, en plein accès.

A l'autopsie, l'attention se porta d'abord sur l'aorte. Elle était dilatée dans sa portion ascendante et on put compter *sept* petits anévrismes échelonnés de bas en haut. Le premier anévrisme a la dimension d'un grain de raisin et siège en avant et à droite de l'aorte au niveau du sommet de l'auricule droit. Le second anévrisme, de même volume, est situé au-dessus du précédent. Le troisième anévrisme, plus petit, est un peu plus haut. Le quatrième siège à la partie antérieure de l'aorte, près de l'origine du tronc brachio-céphalique. Le cinquième anévrisme occupe la partie antérieure de l'aorte près de l'origine de la carotide gauche. Le sixième est situé près de l'origine de la sous-clavière gauche. La dimension de ces trois derniers anévrismes égale le volume d'un noyau de cerise. Enfin, un septième anévrisme, de la dimension d'une noix, occupe la partie ascendante et latérale de l'aorte.

A l'ouverture de l'aorte on constate des plaques d'aortite chronique, surtout au niveau des anévrismes. Quelques anévrismes sont cupuliformes, excavés; d'autres sont tapissés de caillots fibrineux qui font saillie sous forme de nodosités dans la lumière du vaisseau. L'examen histologique des parties les plus altérées; fait constater la disparition complète de la tunique moyenne de l'aorte. Les artères coronaires, soigneusement examinées dans toute leur étendue, ne



sont oblitérées ni à leur orifice ni sur leur trajet; on n'y trouve de plaques athéromateuses qu'à un centimètre de l'orifice de la coronaire postérieure. Le muscle cardiaque est très hypertrophié, surtout au ventricule gauche; on y constate, à l'examen histologique, des bandes de tissu sclérosé.

Ces deux observations sont pour nous d'un grand enseignement. Elles nous prouvent que la syphilis aortique peut évoluer comme une aortite aiguë, sous forme de gomes circonscrites, avec ou sans autre lésion du vaisseau. Ici, comme dans la plupart des cas d'aortite syphilitique, et peut-être plus encore, les symptômes d'angor pectoris revêtent une intensité si violente, que c'est à l'angine de poitrine que nos deux malades ont succombé.

Ce serait bien le moment d'entreprendre une discussion sur les variétés de l'angine de poitrine et sur la façon dont survient la mort. Suivant une théorie dont M. Huchard est le plus ardent défenseur, il n'y aurait d'angine de poitrine vraie et mortelle, que l'angine de poitrine due à l'ischémie du cœur, ischémie consécutive à l'oblitération des artères coronaires. Toute angine de poitrine qui ne serait pas due à l'oblitération des artères coronaires, par exemple l'angor pectoris de quelques aortiques, des hystériques, des tabagiques, etc., ne serait qu'une fausse angine de poitrine, celle-là incapable d'entraîner la mort. Ainsi se trouveraient constituées deux grandes classes d'angines de poitrine. A l'une appartiendrait l'angine de poitrine avec rétrécissement, oblitération des artères coronaires; ce serait la vraie, celle qui tue. Dans l'autre classe prendraient place les angines de poitrine avec névralgies ou névrite du plexus cardiaque, sans lésions des artères coronaires, ce seraient les fausses angines de poitrine, celles qui ne tuent pas.

Eh bien, au risque de répéter ce que j'ai dit ailleurs¹, cette division me paraît beaucoup trop absolue. Je veux bien admettre que, dans un grand nombre des cas, le rétrécissement et l'oblitération des artères coronaires sont la cause dominante de la maladie; mais je ne peux souscrire à la

1. *Manuel de pathologie interne*, 1897, t. I, p. 640.

classification qui voudrait diviser les angines de poitrine en deux catégories bien tranchées: l'une, concernant l'angine vraie, trop souvent mortelle; l'autre, concernant la fausse angine, considérée par certains auteurs comme une quantité assez négligeable. Que le malade qui a une coronarite oblitérante soit beaucoup plus gravement atteint que celui qui ne l'a pas, d'accord; mais ce n'est pas une raison pour dire que ce dernier a une fausse angine; il a si peu une fausse angine, que ses accès peuvent être terriblement douloureux, angoissants et mortels. Vous en avez la preuve dans les deux observations que je viens de vous citer. Ces deux malades ont succombé à une angine de poitrine consécutive à leur aortite; ils ont succombé, bien que leurs artères coronaires, très soigneusement examinées, ne fussent oblitérées ni à leur origine ni dans leur trajet. Mon ancien interne M. Poulalion a publié une observation tout aussi probante: il s'agit d'un malade atteint d'anévrisme aortique et d'angine de poitrine; cet homme meurt subitement dans la nuit. A l'autopsie, « les orifices des deux artères coronaires, bien qu'entourés de plaques athéromateuses de l'aorte, sont très béants, les artères coronaires elles-mêmes ne sont pas athéromateuses¹ ».

Il n'y a donc pas des angines vraies ou des angines fausses; il y a des angines de poitrine qui sont plus ou moins redoutables, mais qui toutes peuvent tuer. Du reste, au point de vue du pronostic, comment affirmer pendant la vie que les artères coronaires sont ou ne sont pas lésées? Je pose donc en principe que tout individu atteint d'angine de poitrine peut en mourir. Telle était, du reste, l'idée défendue par Peter, qui avait fait de l'angine de poitrine une étude approfondie.

Après cette discussion suscitée par la mort de nos deux malades, reprenons l'histoire des anévrismes multiples syphilitiques. Cette multiplicité des anévrismes aortiques, au cas de syphilis, avait déjà été bien mise en relief par M. Jaccoud, en 1886, dans ses Cliniques de la Pitié. Il y énumère à ce sujet

1. Poulalion. *Bulletin de la Société anatomique*, janvier 1890.

les observations connues. Tels sont : le cas publié par Vallin, concernant un homme de quarante-cinq ans, syphilitique et mort subitement par hémorragie dans le péricarde, à l'autopsie duquel on trouva quatre anévrismes sur l'aorte thoracique; le cas d'Orlebard, concernant un homme syphilitique de vingt-neuf ans, à l'autopsie duquel on trouva trois anévrismes de l'aorte thoracique, le premier au-dessus de la sigmoïde postérieure, le second un peu plus haut, et le troisième au-dessous de l'origine du tronc brachio-céphalique; le cas de Malécot, où il est question d'un homme de cinquante-huit ans, à la fois alcoolique et syphilitique, à l'autopsie duquel on trouva trois anévrismes aortiques, l'un à l'origine de l'aorte, l'autre sur la crosse, le troisième sur le diaphragme.

Nalty a publié l'observation suivante¹. Un homme de trente-cinq ans ayant eu la syphilis cinq ans avant, remarqua un jour un battement à la racine du cou, immédiatement au-dessus du sternum. Six mois plus tard, une tumeur apparut à la même région, au-dessous et un peu à droite de l'articulation sterno-claviculaire. A ce niveau, le cartilage de la deuxième côte et une partie de la poignée du sternum étaient détruits. Il s'agissait évidemment d'un anévrisme, car la tumeur était manifestement pulsatile. De plus, le malade étant syphilitique, et présentant des ulcérations tertiaires gommeuses au tiers inférieur de la cuisse et à la face externe du genou gauche, il parut rationnel de mettre l'anévrisme sur le compte de la syphilis et un traitement à l'iode fut prescrit. Après une amélioration passagère, la situation empira, la dyspnée devint extrême, et le malade succomba.

A l'autopsie, on trouva deux anévrismes, l'un au niveau de l'artère innominée, l'autre à l'aorte; ce dernier comprimait en arrière la trachée et faisait saillie en avant à la région sterno-claviculaire. Outre ces deux gros anévrismes, il y avait encore à l'aorte *plusieurs* petits anévrismes, caractérisés, dit l'auteur, par des érosions des parois du vais-

1. Observation consignée dans la thèse de M. Verdié.

seau et par des saillies gommeuses. De plus, de nombreuses gommés, variant de la dimension d'une tête d'épingle à un noyau de cerise, étaient disséminées à la surface du cœur et de l'endocarde.

Jonas¹ a rapporté l'observation d'un homme de trente-trois ans, ayant eu la syphilis à dix-neuf ans, et atteint depuis trois ans environ de troubles cardiaques et aortiques. Cet homme ayant succombé, on trouva, à l'autopsie, l'aorte élargie dans toute sa portion ascendante; sa surface était irrégulière, calcifiée par place, et sur une hauteur de quatre centimètres à partir de l'orifice aortique, on comptait *huit ou neuf* petits anévrismes du volume d'un pois à celui d'une aveline.

MM. Kalindéro et Babès ont rapporté l'observation d'un individu ayant succombé à des lésions syphilitiques de l'aorte. A l'autopsie, on vit une volumineuse dilatation anévrismatique de l'aorte avec trois ou quatre anévrismes de petite dimension.

Pour plusieurs auteurs, ces petits anévrismes multiples de l'aorte, dont je viens de vous rapporter bon nombre d'observations, seraient la conséquence de gommés syphilitiques développées dans la paroi du vaisseau.

La syphilis pourrait donc créer à l'aorte, comme partout ailleurs, des lésions diffuses et des lésions circonscrites. Aux lésions diffuses, athéromateuses, scléro-gommeuses, se rattacheraient principalement les grandes déformations, les grands anévrismes de l'aorte. Sur les parois du vaisseau dilaté pourraient prendre naissance, ainsi que le fait remarquer M. Letulle, des poches plus petites, arrondies, anévrismatiques, à bords taillés à pic. Ces lésions combinées, grandes dilatations et petits anévrismes, existaient chez le sujet dont je vous ai relaté l'observation et dont j'ai fait l'autopsie à l'hôpital Saint-Antoine.

Dans une autre variété d'aortite syphilitique, bien étudiée par MM. Brault et Letulle, la totalité des parois artérielles est infiltrée, *sur un point circonscrit*, par des lésions embryonnaires. « Les cellules rondes réunies de place en place en

1. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1895, p. 506.