

qu'une amélioration momentanée. Votre traitement a eu raison des symptômes douloureux ou autres qui accompagnent l'aortite à ses débuts et à une époque plus avancée; fort bien; mais cela n'est pas suffisant. Alors même que ces symptômes ne reparaitraient pas, et à plus forte raison s'ils repaissaient, recommencez le traitement une deuxième, une troisième fois, la durée du traitement étant de quinze à dix-huit jours en moyenne et les périodes qui séparent le traitement étant de quelques semaines, ou au plus de quelques mois.

Si vous êtes bien pénétrés de ces principes et s'il vous est donné de pouvoir attaquer une aortite syphilitique à ses débuts, vous obtiendrez de véritables succès thérapeutiques; vous pouvez en juger par les résultats que je vous ai fait connaître. Mais si les lésions aortiques sont déjà anciennes, si l'anévrisme est déjà formé, devrez-vous vous abstenir de tout traitement spécifique? Telle n'est pas mon opinion, et bien que vous ne puissiez compter ici sur de vrais succès, vous aurez néanmoins la satisfaction, de pouvoir en quelques circonstances, améliorer la situation du malade, conjurer un danger imminent et enrayer l'envahissement des lésions.

Il est encore un traitement que je ne saurais trop recommander, bien qu'il ne s'adresse pas directement à l'élément syphilitique, c'est le traitement révulsif: pointes de feu ou vésicatoires à la région précordiale; mais la médication révulsive par excellence, celle que je ne cesse de vous recommander, c'est l'application d'un cautère, dont vous entretenez la suppuration le plus longtemps possible. Plusieurs d'entre vous ont souvent été témoins des résultats obtenus par le cautère, au cours d'aortites non syphilitiques; le même moyen est applicable dans le cas actuel.

SEPTIÈME LEÇON

ANGINE DE POITRINE TABÉTIQUE

MESSIEURS,

Nous avons longuement examiné ces jours derniers, salle Saint-Christophe, n° 14, un homme de quarante-quatre ans, atteint de douleurs d'angine de poitrine, qui depuis cinq jours repaissent sous forme de crises incessantes et répétées. Ces douleurs ont éclaté pour la première fois, il y a deux mois, dans les conditions suivantes: une nuit, le malade, qui est concierge, fut réveillé par un coup de sonnette et se leva, lorsque tout à coup, il ressentit à la région précordiale une douleur poignante. D'emblée cette douleur devint angoissante; le malade, couvert de sueur, respirait à peine, et sentait, disait-il, comme un poids de cent kilos qui lui aurait écrasé la poitrine et le cœur. Cet état douloureux dura une partie de la nuit; l'hyperesthésie était telle, que le moindre frôlement de la peau réveillait ou aggravait la douleur, aussi le malade avait-il soin de soulever avec la main son gilet de flanelle, pour en éviter le contact. Les douleurs ne restaient pas uniquement localisées à la région précordiale, elles irradiaient au bras, aux mains, jusqu'aux petits doigts, et elles étaient accompagnées d'une constriction

extrêmement pénible à la base du thorax. Depuis lors, les accès ont reparu fréquemment, tantôt légers, tantôt violents, souvent précédés de la constriction thoracique que le malade compare à un étouffement, et quand la crise est complète, elle est composée d'une série d'accès qui la font durer quatre à cinq heures en moyenne.

A cette description vous avez tous reconnu l'angine de poitrine; reste à savoir quelle en est la cause. C'est ce que nous allons examiner. Il y a huit ans, en 1889, cet homme a contracté la syphilis (chancre et accidents secondaires), syphilis pour laquelle il a suivi un long traitement composé de sirop de Gibert et d'iodure de potassium. Il s'aperçut, il y a trois ans, qu'il pouvait à peine relever sa paupière gauche; en quarante-huit heures, le ptosis était complet. En même temps, les jambes étaient sillonnées de douleurs en éclair, que le malade compare à des coups de feu. Le ptosis et les douleurs fulgurantes des jambes disparurent assez rapidement, et tout allait bien de nouveau quand, il y a un an, la région occipitale devint le siège de crises douloureuses accompagnées d'hyperesthésie de la face, domaine du nerf trijumeau. Vers la même époque survint la perte complète du sens génital.

Le malade arrive ainsi jusqu'en décembre de l'année dernière, tourmenté par les douleurs fulgurantes des membres inférieurs. Ces douleurs, actuellement en pleine évolution, sont accompagnées de sensations de broiement dans les jambes. La douleur thoracique survient par accès; elle part de l'épigastre, passe sous le mamelon gauche, et gagne l'omoplate du même côté. A la face, les douleurs sont comparables à des brûlures. Le malade souffre également de crises gastriques, tout à fait indépendantes de l'alimentation. En outre, il a éprouvé, il y a sept mois, des crises urétrales comparables par leur violence aux douleurs fulgurantes des membres inférieurs; enfin il a eu, il y a un an, des crises rectales, rappelant par leur intensité les douleurs d'un abcès qui va s'ouvrir.

Les réflexes rotuliens sont complètement abolis; on constate un retard très marqué dans la perception de la sensi-

bilité; le contact d'un objet froid détermine une hyperesthésie douloureuse. Le malade n'a la démarche assurée qu'à la condition de regarder droit devant lui. Le signe d'Argyll Robertson est très net.

Cet ensemble de symptômes permet d'affirmer que cet homme est tabétique. Il en est encore à la période pré-ataxique, il n'a pas d'incoordination des mouvements, mais le tabes a revêtu chez lui une forme particulièrement douloureuse, car outre les douleurs fulgurantes et térébrantes des jambes, outre les douleurs de la tête et de la face, il a toute une série de crises viscéralgiques, gastriques, urétrales, rectales. Il est probable que la syphilis, étant donnée surtout l'hérédité nerveuse du malade, a joué le rôle principal dans l'écllosion du tabes. Jusque-là, pas de difficultés pour notre diagnostic: cet homme est un tabétique atteint d'angine de poitrine; mais l'interprétation va devenir plus difficile quand il s'agira de déterminer la nature exacte de l'angine de poitrine, qui amène le malade à l'hôpital. Cette angine de poitrine est-elle associée à une aortite syphilitique, est-elle due à des lésions de l'aorte et des artères coronaires inhérentes au tabes, n'est-elle pas au contraire une manifestation tabétique purement névralgique, comparable aux douleurs fulgurantes des membres et analogue aux crises gastriques, urétrales, rectales, dont cet homme est atteint? C'est ce que nous avons à discuter.

Quelle que soit la théorie, quelle que soit l'interprétation à laquelle aboutisse cette discussion, l'indication thérapeutique n'en était pas moins précise. Cet homme étant un syphilitique, il fallait le soumettre au traitement spécifique. C'est ce que j'ai fait; on a pratiqué tous les jours une injection profonde de un centigramme de solution huileuse de bi-iodure de mercure, représentant quatre milligrammes de substance active. En même temps, un sachet de glace a été appliqué en permanence à la région précordiale, et j'ai prescrit une séance journalière de pendaison, moyen si souvent efficace pour combattre les douleurs tabétiques.

Engageons maintenant la discussion sur la nature de

l'angine de poitrine qui tourmente si cruellement ce malade, et pour cela reprenons la question à son origine, c'est-à-dire à l'époque où l'on a commencé à se douter que les lésions de l'aorte et du cœur sont fréquentes dans le cours du tabes.

Nous savons aujourd'hui que bon nombre de tabétiques ont des lésions aortiques et cardiaques. Ce fait, qui nous paraît banal, était absolument inconnu il y a une vingtaine d'années. C'est Vulpian qui le premier, en 1879, signala la coexistence des lésions cardio-aortiques et de l'ataxie locomotrice¹. Une de ses observations concerne un malade atteint depuis six ans de douleurs fulgurantes aux membres inférieurs et aux lombes et ayant en même temps une lésion aortique avec insuffisance et rétrécissement. Le malade ayant succombé, on constata, d'une part, les lésions médullaires caractéristiques du tabes, et d'autre part, des lésions aortiques; les valvules sigmoïdes, épaisses et ratatinées, avaient déterminé l'insuffisance et le rétrécissement de l'orifice. Dans une autre observation de Vulpian, il est question d'une femme de cinquante et un ans, chez laquelle le tabes était accompagné d'une double lésion de l'orifice aortique avec dilatation de l'aorte et symptômes d'angine de poitrine. La malade mourut, et à l'autopsie on trouva les lésions médullaires du tabes et une insuffisance aortique; l'aorte était très dilatée, et incrustée, surtout à la crosse, de nombreuses plaques athéromateuses.

Cette coexistence des lésions tabétiques et cardio-aortiques n'avait pas échappé à Vulpian. « Je ne puis affirmer, dit-il, qu'il y ait là une relation de cause à effet, mais enfin je crois devoir appeler votre attention sur cette coexistence; et M. Charcot, à la Salpêtrière, a bien des fois insisté devant moi sur la fréquence des lésions aortiques chez les ataxiques. »

Charcot et Bouchard publièrent, en 1866, un cas analogue à celui de Vulpian. Leur malade, sujette à de grands accès

1. Vulpian. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1879, p. 394.

dyspnéiques, était atteinte de douleurs fulgurantes tabétiques et présentait en même temps à l'orifice aortique un double souffle d'insuffisance et de rétrécissement. La malade mourut et à l'autopsie, outre la lésion tabétique de la moelle, on trouva les lésions cardio-aortiques suivantes: cœur très hypertrophié, aorte dilatée et encroûtée d'athérome, valvules sigmoïdes recroquevillées, insuffisantes, et hérissées à leur bord libre de petites végétations verruqueuses.

En 1890, M. Grasset (de Montpellier) fit paraître un remarquable mémoire dans lequel il avait réuni vingt-quatre cas, dont deux personnels; il y discute la pathogénie des troubles cardio-vasculaires chez les tabétiques et il invoque le retentissement douloureux du tabes sur le cœur¹.

À dater de cette époque, les travaux se multiplient. M. Letulle publie deux observations de lésions aortiques au cours du tabes et il indique, comme pathogénie, l'artériosclérose généralisée, qui produirait à la fois le tabes et les lésions cardio-aortiques. En 1881, M. Jaubert, dans sa thèse inaugurale, réunit douze cas nouveaux. En 1883, M. Balacakis consacre sa thèse à ce même sujet. M. Truc, en 1883, fait connaître six autres observations². Puis, viennent les travaux de M. Teissier³, qui, en 1884, décrit comme lésions trophiques l'état fenêtré, la perforation des valvules sigmoïdes, et compare ce mal perforant valvulaire au mal perforant plantaire. M. Raymond, dans son article du *Dictionnaire des sciences médicales*, résume ainsi la question: « L'hypothèse qui nous paraît le plus vraisemblable est celle qui voit dans les lésions cardiaques, aortiques et mitrales constatées chez les tabétiques une simple coïncidence, une complication fortuite amenée par le progrès de l'âge, par la sénilité précoce, ou développée sous l'influence de causes telles que le rhumatisme, l'alcoolisme, la syphilis, qui interviennent communément en pareil cas. »

1. Grasset. Ataxie locomotrice et lésions cardiaques. *Montpellier médical*, juillet 1890.

2. Truc. Ataxie locomotrice et lésions cardiaques. *Lyon médical*, 1883.

3. Teissier. Lésions trophiques des valvules aortiques dans l'ataxie locomotrice. *Lyon médical*, 1884.

La syphilis, déjà incriminée dans quelques-unes des publications précédentes, va occuper, dès lors, une situation prépondérante dans la pathogénie des lésions cardio-aortiques chez les tabétiques.

On sait avec quelle conviction et quel talent M. Fournier a cherché à établir que le tabes est presque toujours, sinon toujours, une lésion syphilitique ou parasymphilitique. Dans le même ordre d'idées, il était tout naturel de supposer que la syphilis peut provoquer simultanément les lésions médullaires et les lésions aortiques du tabes. Déjà M. Bouveret avait publié un cas concernant un syphilitique atteint à la fois de rétrécissement aortique et de tabes au début, et chez lequel le traitement antisymphilitique détermina une rapide amélioration. Aussi Schultze, en 1892, après avoir constaté deux cas d'insuffisance aortique chez des tabétiques syphilitiques, n'hésite-t-il pas à mettre le tabes et la lésion aortique sur le compte de la syphilis. La même opinion est exprimée par M. Marie dans ses leçons sur les maladies de la moelle¹.

Ce qui est certain, c'est que nous possédons aujourd'hui un nombre relativement considérable d'observations dans lesquelles lésion aortique et lésion mitrale ont apparu au cours de tabes confirmé. Les lésions aortiques et les lésions mitrales peuvent exister séparément ou associées; toutefois, les lésions aortiques sont trois fois plus fréquentes que les lésions mitrales, ainsi que l'attestent les statistiques. Ainsi M. Nordmann² signale vingt lésions mitrales pures pour cinquante et une lésions aortiques pures; ce chiffre est très voisin de la statistique de M. Jaubert. En ce qui me concerne, j'ai vu plusieurs fois des lésions aortiques; je n'ai jamais constaté de lésions mitrales. M. Rendu a émis la même opinion³.

Les détails concernant les lésions aortiques et les lésions mitrales chez les tabétiques sont consignés dans la thèse de M. Nordmann :

1. Marie. *Leçons sur les maladies de la moelle*. Paris, 1892.

2. Nordmann. *Le cœur des tabétiques*. Thèse, Paris, 1895.

3. Rendu. *Leçons de clinique médicale*, 1890.

Sur 55 cas de lésions aortiques.	{	Insuffisance aortique, 38 cas.
		Rétrécissement aortique, 7 cas.
		Insuffisance et rétrécissement aortique, 6 cas.
Sur 20 cas de lésions mitrales.	{	Anévrismes de la crosse de l'aorte, 4 cas.
		Insuffisance mitrale, 10 cas.
		Rétrécissement mitral, 4 cas.
		Insuffisance et rétrécissement, 6 cas.

En résumé, Messieurs, si nous ne sommes pas absolument édifiés sur la pathogénie des lésions aortiques du tabes, si nous ne savons pas exactement quelle part il faut attribuer aux maladies antérieures, syphilis, rhumatisme, etc., il n'en est pas moins vrai que les lésions cardio-aortiques, surtout les lésions aortiques, occupent une place importante dans l'évolution du tabes. L'idée dominante actuelle, il faut bien le dire, c'est que les lésions aortiques sont, comme le tabes lui-même, d'origine syphilitique. Je n'ai en rien la prétention de trancher cette question de pathogénie; je me permettrai néanmoins les réflexions suivantes :

Si la syphilis est vraiment, à la fois, cause du tabes et des lésions aortiques, je me demande pourquoi les lésions aortiques n'apparaissent jamais qu'après le tabes; pourquoi la syphilis n'engendre-t-elle pas tour à tour, tantôt le tabes et plus tard les lésions aortiques, tantôt les lésions aortiques et plus tard le tabes. Je me demande également pourquoi les gens qui sont atteints d'aortite syphilitique ne deviennent pas tabétiques; et ils sont nombreux, les aortiques syphilitiques, ainsi que vous avez pu le voir dans les trois dernières leçons; pourquoi donc ces gens-là n'aboutissent-ils pas au tabes? Il y a là, en tout cas, une anomalie qui me choque. De plus, si c'est véritablement la syphilis qui engendre à la fois le tabes et l'aortite, pourquoi la syphilis du tabétique réserve-t-elle tous ses coups pour l'artère aorte, et pourquoi ménage-t-elle les autres artères, notamment les artères cérébrales, qui sont, vous le savez, un des sièges de prédilection de la syphilis? Il y a là encore une anomalie qui ne s'explique pas. Enfin, si les lésions aortiques des tabétiques sont syphili-

tiques, pourquoi sont-elles habituellement si indolentes, si peu bruyantes, alors que les aortites syphilitiques sont presque toujours angoissantes et douloureuses, à l'instar de l'angine de poitrine? Je vous livre ces réflexions, et sans qu'elles soient de nature à résoudre la question de pathogénie qui nous occupe, elles jettent du moins quelques doutes sur la façon dont cette pathogénie des lésions aortiques est interprétée par les auteurs les plus recommandables, elles tendent à déposséder la syphilis du rôle prépondérant qu'on lui avait accordé, et si ce rôle persiste eu égard au tabes, il me paraît nul ou bien effacé quand il s'agit de lésions cardio-aortiques tabétiques.

L'évolution clinique des manifestations cardio-aortiques tabétiques présente quelques particularités; le trait le plus saillant, c'est qu'elles sont souvent silencieuses, latentes et ignorées des malades. Je ne pourrais mieux les comparer, à ce point de vue, qu'aux arthropathies tabétiques, qui malgré des désordres articulaires très accentués, sont habituellement indolores, au point que les malades peuvent exécuter tous les mouvements sans éprouver la moindre douleur à leurs jointures. Ce rapprochement entre les lésions articulaires et les lésions cardio-aortiques, serait un nouvel argument en faveur de la théorie qui tend à considérer ces lésions comme troubles trophiques du tabes. M. Grasset avait bien vu que les lésions aortiques des ataxiques ne s'annoncent pas par leurs symptômes habituels; il faut les rechercher, sans quoi elles passent souvent inaperçues. Bon nombre d'auteurs, MM. Jaubert, Rendu, Albespy, Nordmann, signalent tous la tolérance singulière des lésions cardio-aortiques tabétiques. J'ai constaté la vérité de cette assertion, et il m'est arrivé plusieurs fois, après avoir longuement examiné tel ou tel tabétique, qui dans le cours de son interrogatoire n'avait en rien attiré mon attention vers son aorte, de constater non sans surprise des lésions aortiques fortement accentuées. Peut-être plusieurs d'entre vous n'ont pas perdu le souvenir d'un tabétique que j'ai eu à l'hôpital Necker, et qui était un remarquable exemple de cette tolérance aortique.

Ne croyez pas cependant que ces lésions soient toujours effacées ou silencieuses, au point de passer inaperçues. Tel malade a des palpitations, tel autre a des douleurs, ou des crises dyspnéiques; mais il est bien rare que ces symptômes prennent une tournure inquiétante, il est rare qu'ils aboutissent à la syncope et aux grandes douleurs angoissantes de l'angor pectoris. L'évolution des lésions cardio-aortiques offre encore cette particularité qu'elles sont bien tolérées par le malade et qu'elles ne paraissent guère aggraver le pronostic du tabes. Les tabétiques meurent rarement par le cœur.

Revenons maintenant à l'histoire clinique du malade qui fait le sujet de cette leçon. Chez cet homme, je vous le rappelle, je n'ai trouvé ni lésions du cœur, ni lésions de l'aorte, pas de souffle, pas de bruit clangoreux, pouls normal, aucun signe d'athérome, et cependant les crises d'angine de poitrine pour lesquelles il est entré dans nos salles sont des plus violentes et des mieux caractérisées. C'est donc le moment de se demander si cet homme est atteint, non pas de lésions aortiques, mais de névralgie du plexus cardiaque, viscéralgie cardio-aortique, comparable à tant d'autres viscéralgies que l'on rencontre à chaque instant dans l'histoire du tabes.

Cette idée d'une angine de poitrine indépendante de lésions de l'aorte et des coronaires, et survenant à titre de viscéralgie tabétique, cette idée soutenue par plusieurs auteurs me paraît établie sur des preuves indiscutables. Ces crises d'origine tabétique pourraient être rapportées, dit Leyden, à une névralgie cardialgique du nerf pneumogastrique; *neuralgia cordis*, suivant l'expression de Romberg. A l'appui de son opinion, Leyden cite les observations suivantes: Un homme de trente-huit ans, atteint de tabes avec ataxie, a, toutes les trois ou quatre semaines, des accès qui débutent par une douleur violente à la région du cœur, et qui durent une demi-heure environ. Pendant l'accès, le cœur bat à tout rompre, mais l'auscultation du cœur et de l'aorte ne permet de déceler aucune lésion, les tons du cœur