

der pendant une période essentiellement variable les phénomènes redoutables de la rupture cardiaque, et auxquels R. Marie rattache la plupart des douleurs prémonitoires, celle-ci se manifeste d'ordinaire par une crise douloureuse à forme angoissante rappelant l'angine de poitrine : la douleur, plus ou moins intense, parfois atroce, siège au niveau de la région précordiale, s'irradie dans le dos et parfois dans le membre supérieur gauche. Elle se reproduit à chaque étape nouvelle de la déchirure et s'accompagne d'une oppression violente pouvant aller jusqu'à l'orthopnée, et fréquemment de vomissements (Trier, Keeling); lorsque la rupture est complète et permet l'irruption sanguine dans le péricarde, la face pâlit et prend un aspect d'anxiété extrême, le cœur bat d'une façon tumultueuse et irrégulière pendant quelques instants, le pouls devient irrégulier, incomptable, et la mort survient en peu de minutes.

La mort subite n'est pas toujours causée par l'hémopéricarde, même en cas de rupture complète, puisque nous avons cité déjà l'absence d'épanchement sanguin dans l'observation de Merklen; elle peut survenir alors par syncope.

On conçoit combien le **diagnostic** sera difficile à porter dans une crise aussi rapide et dépourvue de signe caractéristique; tout au plus pourra-t-on soupçonner l'imminence d'une rupture cardiaque, d'après les phénomènes que nous venons d'indiquer, lorsqu'il sera donné d'observer le malade avant la brusque terminaison de la crise.

Il est inutile d'insister sur le pronostic fatal des accidents, contre lesquels resteront d'ailleurs impuissants tous les efforts de la thérapeutique.

## CHAPITRE VII

### SYPHILIS DU MYOCARDE

Dès 1859, Virchow <sup>(1)</sup> signalait l'existence de lésions syphilitiques du myocarde, et, depuis lors, l'histoire de ces déterminations myocardiques de la vérole a été l'objet d'un certain nombre de travaux parmi lesquels nous citerons ceux de Cantani <sup>(2)</sup>, Pearce Gould <sup>(3)</sup>, Grenouiller <sup>(4)</sup>, Lancereaux <sup>(5)</sup>, Marchiafava <sup>(6)</sup>, Mannino <sup>(7)</sup>, Henderson <sup>(8)</sup>, Jullien <sup>(9)</sup>, Mauriac <sup>(10)</sup>, etc. Au cours de ces douze dernières années, la question du syphilome myocardique s'est enrichie de documents dus aux recherches de Buchwald <sup>(11)</sup>, T. Lang <sup>(12)</sup>, Schwalbe <sup>(13)</sup>,

<sup>(1)</sup> VIRCHOW. *La syph. const.*, Paris, 1859.

<sup>(2)</sup> CANTANI. *Myocard. syphil. Ann. de dermat. et de syphil.*, 1870.

<sup>(3)</sup> PEARCE GOULD. *Gomme du cœur. Brit. med. Journ.*, 1875.

<sup>(4)</sup> GRENOUILLER. Thèse de Paris, 1878.

<sup>(5)</sup> LANCEREAUX. *Traité de la syphilis*, Paris, 1866.

<sup>(6)</sup> MARCHIAFAVA. *Bull. d. Reg. Academ. med. de Roma*, 1881.

<sup>(7)</sup> MANNINO. *Giorn. ital. delle mal. ven.*, 1881.

<sup>(8)</sup> HENDERSON. *Gomme du cœur. Medic. Times*, 1882.

<sup>(9)</sup> JULLIEN. *Traité prat. des mal. vénér.*, 2<sup>e</sup> édit., Paris, 1886.

<sup>(10)</sup> MAURIAC. *Traité de la syph. tert.*, Paris, 1889.

<sup>(11)</sup> BUCHWALD. *Soc. méd. de Silésie*, 1889.

<sup>(12)</sup> T. LANG. *Die syph. des Herzens*, Wien, 1889.

<sup>(13)</sup> SCHWALBE. *Gommes du myocarde. Arch. de Virchow*, 1890.

Newton Pitt <sup>(1)</sup>, Nekam <sup>(2)</sup>, Semmola <sup>(3)</sup>, Mracek <sup>(4)</sup>. Des observations ont été apportées devant la Société des Hôpitaux par Rendu, en 1895, et devant la Société anatomique par de Massary (juillet 1895), Lorrain (novembre 1895), et une très complète Revue a été publiée, en la même année, par Jacquinet (de Reims) <sup>(5)</sup>. Enfin, Loomis <sup>(6)</sup>, Guido Berghinz <sup>(7)</sup>, Fournier et Gastou <sup>(8)</sup> ont, tout récemment encore, apporté leur contribution à des points de vue différents.

C'est d'après l'ensemble de leurs descriptions que l'on peut esquisser une étude de la syphilis du myocarde.

**Étiologie.** — Les lésions du myocarde appartiennent à la période tertiaire de la syphilis acquise, et se produisent en moyenne huit ans après le début de l'infection d'après Buchwald, dix ans suivant Jullien. Les dates extrêmes seraient un an (Morgan) et dix-huit ans (Hutchinson).

L'âge des malades est des plus variables; cependant le plus grand nombre des faits se rapporte à des sujets âgés de vingt à quarante ans (Buchwald).

Chez le nouveau-né, la syphilis héréditaire est parfois une cause de syphilomes du myocarde, comme en font foi les observations de Rosen, Coupland, Karlow, Parrot, Wendt, Fœrster.

Le sexe masculin semble être plus souvent frappé; sur 51 cas, 10 seulement appartiennent à des femmes.

**Anatomie pathologique.** — Les ventricules, et le ventricule gauche en particulier, représentent le siège de prédilection des lésions syphilitiques (Jullien, Mracek); on en a signalé également au niveau des oreillettes et de la cloison interventriculaire. Souvent elles sont réparties sur plusieurs segments du myocarde (Virchow, Newton Pitt).

On rencontre dans le myocarde deux ordres de lésions : la gomme et la sclérose, fréquemment associées (Jullien, Mracek); l'existence isolée de la sclérose syphilitique du cœur est même mise en doute par Jullien, mais des observations absolument probantes en ont été publiées par Virchow, Lance-reaux, Hutchinson.

Nous n'avons pas à insister ici sur l'étude macroscopique et histologique de ces manifestations syphilitiques qui a été entreprise dans une autre partie de cet ouvrage (voy. t. III, p. 411).

La gomme myocardique, dont le volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'un œuf de pigeon (Lhonneur, de Massary) et même d'une bille de billard (Wilks), peut, lorsqu'elle n'offre qu'un petit diamètre, se trouver située dans l'épaisseur du muscle et n'être reconnue qu'à la coupe. Parfois elle forme une saillie appréciable à la surface interne ou à la face péricardique du viscère. En pareil cas, l'endocarde ou le péricarde participent toujours à la lésion et présentent un épaississement blanchâtre, scléreux, ou des adhérences plus ou moins étendues. Elle se montre plus ordinairement dans les parois du ventri-

<sup>(1)</sup> NEWTON PITT. *Soc. pathol. de Londres*, mai 1891.

<sup>(2)</sup> NEKAM. *Soc. imp.-roy. des méd. de Buda-Pesth*, octobre 1891.

<sup>(3)</sup> SEMMOLA. *Acad. de méd.*, Paris, août 1892.

<sup>(4)</sup> MRACEK. *II<sup>e</sup> Congrès intern. de dermat. et syphilig.*, Vienne, septembre 1892.

<sup>(5)</sup> R. JACQUINET (de Reims). *Gaz. des hôp.*, 10 août 1895.

<sup>(6)</sup> LOOMIS. *Journ. of the med. science*, 1895.

<sup>(7)</sup> GUIDO BERGHINZ. *Gazz. degli Osped.*, 15 mai 1898.

<sup>(8)</sup> FOURNIER et GASTOU. *Soc. de dermat.*, mai 1899.

cule gauche, vers sa région antérieure ou sa base, et aussi au niveau de la cloison interventriculaire (Lorrain). Dans le cas de Rendu, la gomme, d'un diamètre de 5 centimètres, siégeait à la base de l'aorte et déterminait un rétrécissement sous-aortique manifeste.

Les gommés du myocarde sont ordinairement multiples et de volume différent; parfois on en rencontre une grosse accompagnée d'un grand nombre de petites analogues à des granulations. La gomme, longtemps enkystée par une zone de myocardite interstitielle, peut, dans quelques cas, se ramollir (Oppolzer, Nekam, Jullien) et même s'ouvrir et se vider dans la cavité ventriculaire, donnant lieu soit à des embolies multiples, soit à la formation d'un anévrysme faux myocardique (Morgan, Lhonneur, Newton Pitt, Nekam, Mracek).

Les lésions de sclérose semblent, d'après Mracek, débiter autour des vaisseaux les premiers atteints d'endo-périartérite syphilitique, mais elles sont moins diffuses que celles de la myocardite scléreuse non syphilitique; ce fait paraît en relation avec la répartition de l'endartérite syphilitique qui est toujours circonscrite (Lancereaux). Elles se caractérisent par l'atrophie et la disparition des fibres musculaires et la formation de tractus fibreux blanchâtres, parsemés parfois de nodules gommeux, et que Lancereaux a comparés à des intersections aponévrotiques. On peut observer, comme conséquence, l'anévrysme partiel, ou l'atrophie des muscles papillaires et la rétraction de leurs cordages tendineux.

Fréquemment les vaisseaux coronaires sont eux-mêmes atteints d'altérations syphilitiques plus ou moins avancées (Mauriac, Birsch-Hirschfeld, Weischselbaum, Balzer); mais ils peuvent ne présenter que des lésions de sclérose ou d'athérome rentrant dans la catégorie des manifestations parasymphilitiques, ou dont la cause efficiente peut être en simple coïncidence avec la syphilis (alcoolisme, arthritisme, intoxications, etc.)

Avec ces lésions coexistent l'hypertrophie des portions indemnes du myocarde, et, fréquemment, un certain degré de dégénérescence graisseuse ou même amyloïde, avec toutes leurs conséquences; assez souvent aussi des lésions syphilitiques de l'endocarde ou du péricarde, que l'on rencontre rarement à l'état isolé.

Bien qu'assez rare, l'hérédosyphilis du myocarde a été signalée par Parrot, Rosen, Cowpland; elle se rencontrerait seulement 4 fois sur 150 autopsies de nouveau-nés atteints de syphilis congénitale (Parrot). Il s'agit d'ailleurs tantôt de myocardite, tantôt de gommés; peut-être favorise-t-elle le développement de la péricardite (Parrot, Mracek), toujours rare, il est vrai, chez le nouveau-né.

Enfin, il est à peine besoin de signaler chez les sujets atteints de syphilis myocardique la présence presque constante d'autres stigmates de la vérole: cicatrices du chancre ou d'ulcérations diverses, lésions osseuses, gommés viscérales ou cutanées, etc.

**Symptômes.** — La symptomatologie est, on le conçoit, des plus variables dans chaque cas en particulier, et emprunte ses caractères les plus tranchés tantôt aux lésions artérielles, tantôt à la dégénérescence scléreuse, tantôt à l'anévrysme partiel ou aux altérations valvulaires.

Dans un certain nombre de faits, l'affection cardiaque semble être demeurée latente jusqu'à la terminaison par la mort subite; celle-ci, cependant, a été parfois précédée d'un ensemble de troubles parmi lesquels les palpitations, la

dyspnée, la gêne ou la douleur précordiale, l'arythmie, l'affaiblissement des bruits cardiaques, la petitesse du pouls tiennent la première place. Rosenfeld signale la fréquence de phénomènes de suffocation à forme asthmatique.

Dans d'autres cas, après cette période troublée ordinairement assez longue, se montrent les phénomènes de l'asthénie cardiaque et les malades succombent au milieu d'accidents asystoliques.

La mort subite peut être le fait d'une syncope, d'une embolie, d'une rupture myocardique, ou d'une crise d'angor symptomatique de la sténose coronarienne; enfin Jullien signale la terminaison rapide par *dyspnée aiguë* avec suffocation angoissante, qui tue les malades en quelques jours.

Le **pronostic** est assez sévère; la terminaison fatale, d'après les faits connus, paraît être la règle, et, dans la majorité des cas, les malades ont été emportés par mort subite.

Cependant, on a pu citer quelques observations de guérison complète (Lancereaux, Morgan, Cantani, Mayer, Rumpf, Profeta, Hallopeau, Vitone). Dans l'observation de Fournier et Gastou, le traitement spécifique a permis de guérir une malade atteinte de myocardite syphilitique et offrant une crise d'asystolie grave.

Le **diagnostic** présente les plus grandes incertitudes: il sera basé surtout sur l'absence de lésions valvulaires, exceptionnelles en pareil cas, et sur la connaissance d'une infection syphilitique antérieure avouée par le malade, ou rendue évidente par la coexistence soit de lésions spécifiques en évolution, soit de stigmates indélébiles. Le plus souvent, en présence des symptômes de cardiopathie que nous avons signalés, on ne pourra que soupçonner la nature syphilitique du mal, alors qu'on aura établi que le sujet a été infecté à une date plus ou moins éloignée et qu'on ne pourra rattacher les troubles cardiaques à une autre cause manifeste.

L'efficacité du traitement spécifique pourrait, dans des cas trop rares, apporter une confirmation au diagnostic.

Le **traitement** devra s'adresser avant tout à la cause, c'est-à-dire consister dans l'emploi des frictions mercurielles, ou du sirop de Gibert et de l'iodure à hautes doses. Il y aura souvent avantage, pour agir rapidement, à recourir aux injections sous-cutanées de sels mercuriels, suivant les diverses méthodes en usage.

On combattra, par les moyens appropriés, les troubles circulatoires et les phénomènes d'asthénie cardio-vasculaire. Enfin, dans bien des cas, on retirera des avantages de l'administration des toniques généraux et des reconstituants.

## CHAPITRE VIII

### NÉOPLASMES ET TUMEURS DIVERSES DU MYOCARDE

#### 1<sup>o</sup> TUBERCULES

Les tubercules myocardiques, surtout en l'absence de lésions tuberculeuses d'endopéricardite, sont peu fréquents. Ils auraient été signalés pour la pre-