

de cellules de nouvelle formation et par suite le calibre du vaisseau considérablement rétréci; en même temps on constate une prolifération abondante des cellules conjonctives de la tunique externe; la tunique moyenne, envahie des deux côtés, est détruite et cette destruction aboutit à la formation des petites poches anévrysmales. Quand l'évolution du processus est plus rapide, que la mésartère n'est point profondément atteinte, la lésion est caractérisée non plus par une dilatation du vaisseau, mais par un épaissement nodulaire avec formation de thrombus.

Quant à l'évolution du processus, les uns admettent que c'est par la tunique interne qu'il débute, tandis que les autres supposent que les premiers vaisseaux atteints sont les vasa-vasorum de la tunique externe (Fletcher, Graf, Freund).

**Symptômes.** — Au point de vue clinique la maladie se présente sous les allures d'une septicémie; la fièvre est habituelle, atteint parfois 40°, le pouls est fréquent, la faiblesse est extrême, le teint pâle, anémié. Tous les auteurs ont insisté sur l'amaigrissement, le mauvais état général du malade. Suivant les localisations diverses des lésions artérielles, on trouvera des symptômes d'une assez grande variabilité; hypertrophie du foie, avec ou sans ictère, augmentation de volume de la rate, albuminurie, hématurie, etc.

Les troubles intestinaux, diarrhée profuse, avec melæna, les douleurs abdominales, parfois même des hémorragies intrapéritonéales, tous symptômes en rapport avec les lésions des artères mésentériques, sont parmi ceux qu'on observe fréquemment. On voit que dans la plupart des cas le diagnostic doit être particulièrement hésitant.

L'évolution est en général assez rapide et la mort survient, avec aggravation progressive de l'état général, de six semaines à trois mois.

**Étiologie.** — Nous sommes très mal renseignés sur les conditions qui président au développement de cette maladie exceptionnellement rare.

On sait que cette singulière affection s'observe surtout chez les hommes de 20 à 50 ans, quoiqu'on en ait signalé un cas chez un homme plus âgé.

L'hypothèse de la nature syphilitique de ces lésions, émise par Pelletan, ne semble point reposer sur une base bien solide; d'autre part, les lésions ne sont point comparables à celles de l'artérite syphilitique; le siège de prédilection même de cette dernière au niveau des artères cérébrales suffirait à séparer ces deux variétés d'artérite.

Il y a évidemment nombre de raisons qui militent en faveur de la nature infectieuse de ces multiples artérites, mais cela est loin d'être prouvé. Une fois même l'origine parasitaire établie, il faudrait encore expliquer pourquoi ces lésions artérielles ont des allures anatomiques si particulières. Eppinger, à cet égard, a émis l'hypothèse, pour expliquer la déchirure de la tunique moyenne et la formation des tumeurs anévrysmales, d'une sorte de « débilité congénitale » de la mésartère, ce qui est loin d'être démontré.

Le pronostic, on le comprend, est des plus sévères; un seul cas (Küssmaul) a été suivi de guérison: le malade conserva durant longtemps, du reste, des troubles de la mobilité dus aux altérations des vaisseaux d'un grand nombre de groupes musculaires<sup>(1)</sup>.

<sup>(1)</sup> Voir *Periarthritis nodosa*, in *Erkrankungen der Gefässe*, par L.-V. Schrötter. Wien, 1899.

## CHAPITRE IV

## DES ARTÉRITES SYPHILITIQUES

La connaissance des lésions artérielles liées à la syphilis est de date relativement récente; peut-être pourrait-on trouver déjà exposée dans les œuvres de Lancisi, d'Albertini et surtout dans celles de Morgagni, cette notion que la syphilis joue un rôle dans la production des anévrysmes artériels, mais, en réalité, les premiers renseignements exacts que nous possédons sur ce sujet ne remontent pas au delà d'une cinquantaine d'années. Nous les devons aux travaux de Diltrich, Steenberg, Wilks, Lancereaux, Hughlings-Jackson, Heubner, Buzzard, Fournier, Leudet, Kumpf, etc.

Déjà, à la première période de son évolution, la syphilis porte son action sur le système vasculaire; en effet, les recherches histologiques nous montrent qu'au niveau du chancre les tuniques des petites artères sont épaissies, augmentées de volume, mais ce ne sont là que des constatations d'ordre purement anatomique, et qui n'ont, au point de vue clinique, qu'un intérêt bien restreint.

L'étude des artérites syphilitiques demande à être faite surtout au point de vue des lésions des vaisseaux d'un calibre plus important. Or, ces lésions présentent un certain nombre de caractères qui leur donnent une physionomie très particulière et permettent d'en comprendre la symptomatologie. Elles ont, en effet, comme principaux caractères: 1° d'être habituellement des lésions de la période tertiaire de la syphilis, cette période pouvant survenir d'une façon plus ou moins rapide après l'accident initial; 2° d'être des lésions localisées, contrairement à ce que nous présentent d'autres artérites, telles, par exemple, que l'athérome artériel; 3° enfin, de se cantonner de préférence sur certaines parties du système artériel et, en particulier, sur les artères cérébrales.

La valeur de ces différents caractères ne doit cependant pas être prise à la lettre d'une façon trop absolue. Si elle se vérifie dans la plupart des cas, on peut toutefois admettre, avec apparence de raison, que la syphilis, comme tant d'autres maladies infectieuses, ne se manifeste pas exclusivement par des lésions localisées, mais parfois aussi par des altérations générales où la lésion anatomique perd son caractère de spécificité. N'en est-il pas de même, par exemple, pour la tuberculose qui n'est pas exclusivement représentée par le tubercule?

Si ces considérations, qui se basent sur certains faits probants<sup>(1)</sup>, permettent de supposer que parfois des lésions diffuses du système artériel, l'athérome par exemple, sont sous la dépendance de la syphilis, il n'en est pas moins vrai que l'artérite syphilitique, dans la plupart des cas, conserve ses caractères vraiment pathognomoniques.

**Anatomie pathologique.** — Quelle est donc la lésion spécifique de l'artérite syphilitique? Il ne faudrait pas croire que l'on va trouver au niveau des vais-

<sup>(1)</sup> *Journal des conn. méd.*, 11 février 1886.

seaux la même lésion que l'on trouve au niveau des viscères, du foie par exemple, la gomme; cette lésion est très exceptionnelle au niveau des artères, si tant est qu'elle existe, quoique, dans un cas de Weber, l'artère pulmonaire présentait une gomme dans l'épaisseur de ses parois.

Vue à l'œil nu, l'artère malade présente des lésions différentes; le calibre du vaisseau est tantôt augmenté, tantôt diminué de volume; l'artère se présente alors, ou sous l'apparence d'un cordon dur, fibreux, à peine perméable à la circulation sanguine, ou parfois entièrement oblitéré, ou bien, au contraire, le vaisseau est dilaté, flexueux, ou, enfin, forme une véritable petite poche appendue à l'artère, un véritable anévrysme. De là deux variétés principales d'artérite syphilitique, aussi différentes au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique, l'*artérite syphilitique oblitérante* et l'*anévrisme syphilitique*. Ces deux processus, au premier abord, si différents l'un de l'autre, en apparence, relèvent cependant d'une lésion identique au début, mais qui évolue d'une manière différente.

Dans quelques cas, plus exceptionnels, on rencontre une autre variété d'artérite bien décrite par Brault et Letulle, l'*artérite térébrante*: la lésion de la paroi évoluant avec rapidité transforme celle-ci en tissu friable qui peut se rompre, sans qu'il y ait formation préalable d'anévrysme<sup>(1)</sup>.

Il faut recourir à l'examen microscopique pour comprendre l'évolution de la lésion. La première étude histologique de l'artérite syphilitique est due à Heubner, en 1874<sup>(2)</sup>; d'après cet auteur, le début de la lésion se fait dans l'endartère, immédiatement au-dessous de l'endothélium, entre celui-ci et la membrane fenêtrée; elle est d'abord caractérisée par un amas de petits éléments cellulaires, cellules embryonnaires, qui prolifèrent activement et arrivent parfois à constituer un véritable nodule saillant dans la lumière vasculaire. En même temps, ces cellules embryonnaires se développent du côté de la membrane fenêtrée, la traversent de part en part, et, dans quelques cas, poursuivant leur évolution vers un stade plus élevé, ces éléments jeunes se transforment en cellules fusiformes ou en tissu élastique, constituant ainsi une nouvelle membrane fenêtrée; le *néoplasme* syphilitique est alors constitué. Wendeler<sup>(3)</sup> dans un travail plus récent a de nouveau insisté sur la formation de cette nouvelle membrane élastique interne qu'il considère comme une lésion caractéristique de l'artérite syphilitique.

Les recherches de Lancereaux, de Baumgarten, de Rumpf, de Friedlander, de Ziegler n'ont pas confirmé de tous points la première description d'Heubner. Lancereaux admet que le début de la lésion se fait dans la tunique externe, au niveau de la gaine lymphatique; c'est pour cette raison, dit-il, que les artères cérébrales sont, plus que toutes les autres réunies, le siège de lésions syphilitiques. Baumgarten pense également que la tunique externe est la première atteinte, tandis que Rumpf place le début du processus dans les vasa-vasorum.

On le voit, la question n'est pas encore résolue et, dans presque tous les cas observés, on peut dire que les trois tuniques étaient prises; s'il est difficile de préciser le point de départ de la lésion c'est que l'examen, lorsqu'il est pratiqué, n'est fait qu'à une période assez éloignée du début.

(1) LETULLE. *Presse méd.*, novembre 1896.

(2) HEUBNER. *Dieluetischen Erkrankungen der Hirnarterien*, Leipzig, 1874.

(3) WENDELER. *Deutsch. Arch. f. klin. med.*, Bd LV, 1895.

Quelquefois aussi, en particulier dans un cas rapporté par MM. Joffroy et Létienne<sup>(1)</sup>, la lésion prend des caractères plus spécifiques pour ainsi dire; on voit alors les éléments inflammatoires s'organiser en foyers ou îlots limités, constituant de véritables petites gommés artérielles qui peuvent s'ouvrir dans la lumière du vaisseau en ulcérant la paroi interne; dans le cas particulier auquel nous faisons allusion, la lésion apparaissait sous la forme de petits dépôts gommeux développés en dedans de la membrane élastique interne.

Par contre, dans un cas de thrombose des deux artères vertébrales rapporté par M. G. Lion<sup>(2)</sup>, il existait surtout des lésions au niveau de l'adventice qui avait pris « l'aspect d'une large gomme infiltrée, représentée ici par un tissu

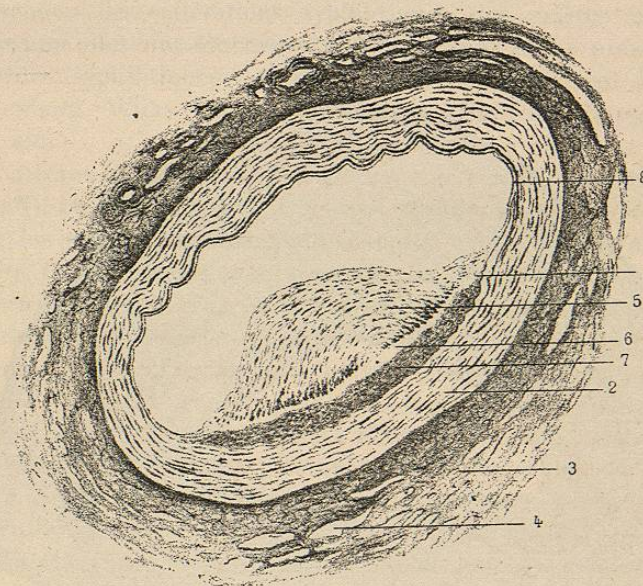


FIG. 24. — Artérite syphilitique du tronc basilaire. (D'après une préparation et un dessin de M. Brissaud.)

1. Tunique interne.
2. Tunique moyenne.
3. Tunique externe.
4. Vasa-vasorum de la tunique externe (veines).
5. Prolifération endothéliale (noyau d'endartérite).
6. Couche superficielle de la tunique interne, devenue hyaline.
7. Couche profonde de la tunique interne, devenue granuleuse.
8. Membrane élastique (limitante interne.)

lymphoïde avec foyers de nécrose au voisinage des vaisseaux, là par de vastes masses nécrotiques semées d'amas embryonnaires et de quelques rares cellules géantes ». Ce serait une confirmation des idées de Rumpf, qui place le point de départ de la lésion au niveau des vasa-vasorum. Ceux-ci étaient, dans le cas de Lion, très épaissis ou thrombosés, et cet auteur admet que l'altération de l'endartère, simple hyperplasie de ses éléments, ne devrait être considérée que comme une lésion trophique, de nature non spécifique.

On le voit, l'étude des cas les mieux observés ne prouve-t-elle pas que le point de départ des lésions et le maximum de celles-ci ne siègent pas toujours

(1) JOFFROY et LÉTIENNE. *Arch. de méd. expér. et d'anat. path.*, 1891.

(2) *Soc. méd. des hôp.*, 15 janvier 1899.

au même niveau? On peut constater, par exemple, sur la figure ci-dessous empruntée à Schrötter, que si la tunique externe est altérée, les lésions principales siègent cependant sous forme de gommages miliaires au niveau de l'endartère; celles-ci ont secondairement et partiellement détruit la tunique moyenne.

Comme nous l'avons dit, l'artérite syphilitique revêt deux formes principales : l'artérite oblitérante, l'artérite anévrysmale.

L'artérite oblitérante se caractérise par un épaissement de la paroi artérielle, une diminution du calibre de l'artère, toutes lésions étendues suivant une longueur plus ou moins considérable; ces lésions expliquent bien suffisamment la formation d'un caillot fibrineux et l'oblitération parfois complète du vaisseau. La lésion est-elle plus ancienne, le malade succombe-t-il longtemps

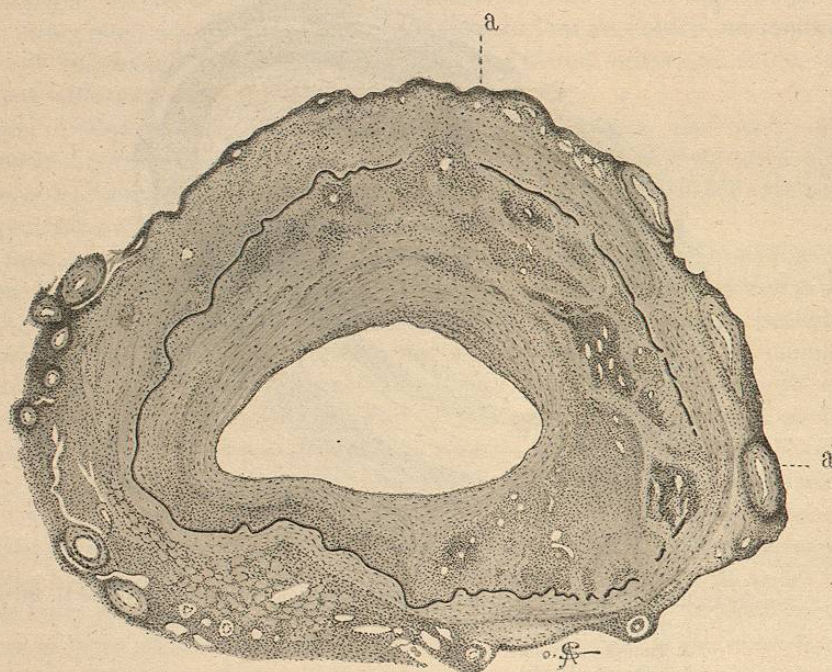


FIG. 25. — Endartérite gommeuse (empruntée à Schrötter), préparation de Paltauf.

après le début des accidents, l'artère apparaît alors comme une artère qui aurait été ligaturée et n'est plus représentée que par un cordon dur, rigide, extrêmement mince, qui tranche, par ses dimensions, sur le calibre du vaisseau resté perméable.

Dans l'anévrysme syphilitique, la lésion a évolué moins rapidement; l'épaississement de la tunique interne était moins prononcé, la circulation plus parfaite, mais le néoplasme s'est peu à peu développé, a fait perdre à la tunique moyenne ce soutien du vaisseau artériel, sa contractilité et son élasticité, l'artère s'est laissé dilater et l'anévrysme s'est constitué.

Dans ces deux cas cependant la lésion était la même, mais l'évolution différente a constitué deux types distincts. Les troubles observés ne sont en effet nullement comparables, puisque dans le premier cas la gêne ou la suspension de la circulation, le ramollissement cérébral, quand il s'agit d'un vaisseau encéphalique, en sont la conséquence, tandis que la rupture vasculaire, l'hémorragie ou

des phénomènes de compression sont le plus souvent les complications de la seconde variété d'artérite.

*Siège.* — Les localisations de la syphilis au niveau des artères ne se font pas d'une manière indifférente et certains territoires artériels sont manifestement plus prédisposés que d'autres à ce genre d'altérations. C'est ainsi que le siège de prédilection des localisations vasculaires de la syphilis est le système artériel encéphalique. Faut-il admettre avec Lancereaux que cela tient à la présence autour de l'artère d'une gaine lymphatique? « Cette localisation, dit cet auteur (1), qui de prime abord peut surprendre, s'explique si l'on tient compte de la structure particulière de ces vaisseaux qu'entoure une gaine lymphatique, et de la tendance de la syphilis à envahir les tissus qui renferment la lymphe. »

Cette fréquence des altérations syphilitiques des artères encéphaliques explique pourquoi elles ont fourni les plus nombreux et les premiers travaux sur les artérites syphilitiques; c'est à elles que se rattachent les noms de Dittrich, Steenberg, Wilks, Lancereaux et Gros, Heubner, Rumpf, Rabot (2), Spilmann (3), etc.

Toutes les artères cérébrales peuvent présenter ces altérations; la *carotide interne* (Brault), les *vertébrales*, mais ce sont surtout les *artères de la base*, les *sylviennes* et les *vertébrales*. Blachez a rapporté un beau cas d'anévrysme du *tronc basilaire*, terminé par hémorragie méningée consécutive à la rupture du sac, et, fait curieux, cette branche artérielle est, dans plusieurs observations, signalée comme particulièrement lésée.

Ce ne seraient pas seulement les gros vaisseaux qui seraient atteints, mais aussi les petits vaisseaux qui plongent dans la substance cérébrale; plusieurs auteurs en effet admettent que la syphilis n'est pas toujours étrangère à la production des anévrysmes miliaires; ce qui semble donner une certaine vraisemblance à ces idées, ce sont les faits cliniques, tels que le cas rapporté par M. Mauriac, et emprunté à Schwostek : il s'agissait d'un jeune homme de vingt-quatre ans, syphilitique, qui succomba à des troubles cérébraux, terminés par une attaque brusque d'apoplexie. Or, il existait des lésions des artères de la base du cerveau, lésions bien manifestement syphilitiques, mais en même temps on constatait un foyer d'hémorragie cérébrale.

D'autres vaisseaux que les artères cérébrales peuvent être atteints par la syphilis. C'est ainsi que Birsch-Hirschfeld a observé une endartérite de la *coronaire droite*; que Balzer a trouvé de petits anévrysmes miliaires de la coronaire antérieure qu'il considère comme étant d'origine syphilitique, que Wagner et O. Weber ont rapporté des cas d'*artérite syphilitique pulmonaire* avec dépôts gommeux dans la tunique interne. Lancereaux a décrit (4) un ramollissement de la moelle lié à des lésions syphilitiques des artères médullaires.

Enfin, les *grosses artères des membres* ne sont pas à l'abri des atteintes de la syphilis, quoique des cas pareils soient rares; sans citer un assez grand nombre d'observations peut-être hypothétiques, il suffira de rappeler le cas de Leudet (5)

(1) *Traité d'anat. path.*, t. II, p. 855.

(2) RABOT. *Contribution à l'étude des lésions syphilitiques des artères cérébrales*. Thèse de Paris, 1875.

(3) *Ann. de dermat. et de syph.*, nov. 1886.

(4) LANCEREAUX. *Sem. méd.*, 1891. Dans une autre communication (*Soc. de biol.*, 15 avril 1895), MM. Dejerine et Sottas admettent que la lésion la plus habituelle de la paraplégie syphilitique est une artérite des vaisseaux nourriciers de la moelle épinière.

(5) LEUDET. *Congrès de Blois*, 1884.

qui observa, chez un homme de 55 ans, une oblitération progressive de la branche frontale de l'artère temporale gauche, en même temps que le malade se plaignait d'une vive céphalée; peu de temps après, les mêmes accidents apparurent du côté opposé. Le cordon vasculaire qu'on sentait à la palpation, les douleurs, tout disparut sous l'influence du traitement antisypilitique. Il faudrait donc compter avec la syphilis dans l'étiologie des lésions artérielles périphériques et même des anévrysmes des membres.

Dans une thèse récente (1), M. Aune a rassemblé un certain nombre de cas dus à Podres, Proust, Zeissl, Després, d'Ornellas, dans lesquels on observa des accidents gangreneux des membres survenus chez des individus, jeunes pour la plupart, et qui avaient eu la syphilis. Langenbeck a décrit un cas d'anévrysme syphilitique de l'artère humérale, Schuster une observation d'artérite gommeuse, avec gangrène du pied, de la tibiale postérieure.

Tous ces cas n'ont peut-être pas la même valeur, mais plusieurs fois cependant aucune autre cause que la syphilis ne semblait pouvoir être invoquée; il ne répugne pas à l'esprit, du reste, d'invoquer une lésion artérielle syphilitique pour expliquer ces accidents. Ils sont en tous cas fort rares et, dans une communication orale, M. Fournier nous disait n'avoir observé qu'un seul cas de ce genre, chez un jeune homme, auquel on fut obligé de pratiquer l'amputation de la cuisse.

Enfin, des faits nouveaux semblent permettre de croire aujourd'hui que la syphilis ne porte pas seulement son action sur les artères de petit ou de moyen calibre, mais qu'elle peut encore atteindre des vaisseaux plus importants, l'aorte en particulier; l'aortite chronique, l'anévrysme de l'aorte seraient fréquemment, disent beaucoup d'auteurs modernes, des lésions de nature syphilitique. Lancisi, Morgagni avaient déjà signalé ce rapport étiologique, mais cette notion passa inaperçue; ce n'est que depuis peu d'années, depuis les travaux de Welch, depuis les observations de Laveran, Vallin, C. Paul, depuis les cliniques de Jaccoud, depuis la thèse de Verdié (2), que l'attention a été définitivement attirée sur ce sujet.

Le rapport étiologique n'est pas admis par tous les auteurs; M. Lancereaux, en particulier, croit peu à cette influence de la syphilis sur la production de l'anévrysme.

Cette divergence d'opinion tient évidemment à un fait, c'est que, pour établir d'une façon certaine la nature syphilitique d'une lésion, il faut qu'elle ait ses caractères particuliers et qu'il ne suffit pas de constater l'existence de la syphilis dans les antécédents du malade qui en est atteint.

Or l'anévrysme syphilitique n'a pas, à proprement parler, de caractères pathognomoniques, car les cas rapportés par Döhle (3), où il existait de véritables cicatrices rayonnées à la face interne de l'aorte, reliquats d'infiltrations gommeuses de la tunique moyenne et de l'adventice, sont exceptionnels. Bien des raisons autres que des lésions anatomiques spécifiques militent en faveur de la nature syphilitique de certains anévrysmes. C'est d'abord l'existence fréquente de la syphilis dans les antécédents pathologiques des malades atteints d'anévrysmes aortiques (46,1 pour 100, d'après Welch), c'est ensuite la simultanéité des lésions syphilitiques d'un autre ordre en un autre point du corps, ulcéra-

(1) AUNE. *Gangrène due à l'artérite syphilitique*. Thèse de Lyon, 1890-1891.

(2) VERDIÉ. Thèse de Paris, 1884.

(3) DÖHLE. *Deutsch. Arch. f. klin. med.*, Bd LV.

tions, gommages, périostites, etc., comme de nombreux cas en ont été signalés; c'est enfin l'âge souvent jeune auquel se développent les anévrysmes. Il est évident que lorsqu'une tumeur de ce genre fait son apparition chez un homme jeune encore ou chez un enfant porteur de lésions syphilitiques héréditaires, la notion étiologique, même en l'absence de tout caractère anatomique irréfutable, s'impose pour ainsi dire à l'esprit; elle est encore moins discutable peut-être lorsque, ainsi que le fait remarquer le professeur Jaccoud, il existe simultanément plusieurs poches anévrysmales, comme c'était le cas dans les observations de Orlebar, Malécot, de Rühle, Busch et Koster, etc.

Ce n'est pas seulement l'aorte, mais ce sont aussi les artères voisines, la sous-clavière, l'humérale, qui peuvent être le siège d'anévrysmes de même ordre. Les faits ne sont pas encore très nombreux, mais c'est là une notion étiologique qu'il faut toujours chercher.

**Étiologie.** — Nous ne sommes en aucune façon renseignés sur les raisons qui font naître au niveau des vaisseaux une localisation syphilitique. Ce que nous savons, c'est que la syphilis artérielle appartient surtout à la période tertiaire de l'infection, et survient un temps plus ou moins long après l'accident primitif. Cette notion est vraie, d'une façon générale, mais elle ne l'est cependant pas d'une façon absolue, car les observations de lésions artérielles survenant peu de temps après le chancre ne sont pas exceptionnelles; cela est surtout vrai pour les lésions des artères cérébrales. Gjon (de Christiania) a rapporté 15 cas de lésions des artères survenues dans les douze mois qui suivirent l'accident primitif; M. Geffrier a présenté à la Société clinique une observation de rétrécissement progressif et d'oblitération du tronc basilaire au sixième mois d'une syphilis. M. Fournier en rapporte aussi un assez grand nombre de cas; enfin, dans une thèse récente (Th. 1886), M. Gaudichier rapporte 58 observations nouvelles d'accidents cérébraux survenus avant le quinzième mois de la syphilis. La plupart des cas de syphilis cérébrale précoce ressortissent probablement à des lésions artérielles.

C'est aussi à ces manifestations hâtives de la vérole qu'appartiennent la plupart des cas décrits sous le nom d'artérite syphilitique aiguë (Moxon, Baroux, *Th. Paris*, 1874), et qui ne se différencient des autres variétés d'artérite que par la précocité de leur développement et la rapidité avec laquelle les accidents d'ischémie, de thrombose, de rupture évoluent. Enfin, l'artérite syphilitique s'observerait non seulement dans la syphilis acquise, mais aussi dans la syphilis héréditaire; Chiari (4) a cité un cas de lésions des artères cérébrales chez un enfant, mort à l'âge de quinze mois et atteint de syphilis congénitale.

**Symptômes.** — Les symptômes de l'artérite syphilitique n'ont, on le comprend, rien de caractéristique; tout dépend de l'importance physiologique de l'organe qui se trouve lésé dans sa vascularisation et dans sa vitalité. L'artérite, en effet (à part les quelques cas exceptionnels où elle peut être diagnostiquée par l'examen direct de l'artère, lorsque celle-ci est superficiellement placée), ne se manifeste que par des troubles de l'irrigation sanguine (rétrécissement artériel) ou par des phénomènes de thrombose (oblitération artérielle) se produisant dans les organes auxquels l'artère se distribue. De là, une grande variabilité en clinique suivant le siège de la lésion.

(4) *Wiener mediz. Wochens.*, 1881, n° 17.