

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'anévrysmes 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'anévrysmes 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'anévrysmes.

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'anévrysmes 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.

Lorsque l'artère d'un membre est lésée, on voit survenir du refroidissement du membre, un peu de cyanose, de l'affaiblissement musculaire, de l'engourdissement et de la douleur même, tous symptômes pouvant aboutir à la gangrène. Mais ces cas sont très exceptionnels et ils ne doivent pas tous être acceptés sans restrictions.

Després, Lancereaux, Bristowe, Hutchinson, Leudet, Aune, dans une thèse récente, ont rapporté des cas d'oblitération artérielle de ce genre; dans les cas de Després, d'Aune, l'oblitération était accompagnée de gangrène.

Les artérites les plus fréquentes, nous l'avons dit, sont les *artérites cérébrales*; ce sont, au point de vue clinique, les mieux connues, mais elles varient beaucoup dans leurs symptômes suivant le siège de l'artère atteinte.

D'une façon générale cependant, l'artérite manifeste ses premières atteintes par de la *céphalée* parfois légère, mais souvent intense, à prédominance nocturne, plus diffuse que lorsqu'il s'agit d'une lésion localisée, gomme, etc. Elle se caractérise encore par de l'*affaiblissement intellectuel*, de la *perte de la mémoire*, une *grande difficulté dans le travail cérébral*, puis par des *vertiges*, des *défaillances*.

Après cette période prodromique de durée très variable survient l'*ictus*, accompagné ou non de coma auquel survit une hémiparésie ou une hémiplégie; assez fréquemment aussi la paralysie s'établit sans ictus; c'est peu à peu que la faiblesse survient d'un côté du corps jusqu'à ce que paralysie s'ensuive, ou bien encore la paralysie, avant d'être complète, a présenté un véritable caractère d'intermittence. La thrombose s'est faite brusquement dans le premier cas; elle a été lente, ou parfois reste incomplète dans le second; le calibre artériel s'est trouvé seulement rétréci.

Enfin la paralysie, suivant le siège de la lésion corticale, s'accompagne ou non d'aphasie; quelquefois aussi l'aphasie est passagère ou persiste comme seul symptôme (Tarnowski), ou bien elle est sujette à des répétitions. C'est le type aphasique si bien décrit par M. Fournier et par Charcot.

Telle est d'une façon bien écourtée la symptomatologie de l'artérite syphilitique lorsque la maladie porte son action sur le territoire de l'hexagone de Willis, de la sylvienne en particulier.

S'il s'agit d'une lésion du tronc basilaire comme dans le cas de Geffrier, les phénomènes dominants sont les vertiges presque continus avec impossibilité pour le malade de regarder en haut, les *syncopes*, les *vomissements*, le *ralentissement du pouls*, etc., sans paralysie des organes moteurs.

Dans d'autres cas, les lésions artérielles sont plus diffuses, plus généralisées, et le tableau clinique ressemble alors à celui décrit sous le nom de ramollissement cérébral à foyers multiples.

Si l'artérite a donné lieu à la production d'un *anévrisme*, la symptomatologie est différente; après une période prodromique survient brusquement un ictus avec coma et le malade meurt en très peu de temps, après ou sans avoir présenté de convulsions avec tous les signes de l'hémorragie méningée; la mort est parfois moins rapide lorsque, ainsi que le fait remarquer M. Lancereaux, l'hémorragie se fait lentement à travers un orifice de rupture de petites dimensions.

Si l'on voulait être complet dans la symptomatologie, il faudrait passer en revue tous les troubles liés aux lésions artérielles syphilitiques des différents

organes, mais leur histoire se confond avec celle de la pathologie viscérale: tout au plus peut-on citer l'*angine de poitrine* attribuée par quelques-uns à des lésions des coronaires, anévrysmes ou autres altérations (Rumpf, Ehrlich, Dieulafoy, etc.), le *ramollissement de la moelle épinière*, déterminé par une artérite⁽¹⁾, etc., etc., les *troubles oculaires* dus à des lésions des artères rétiniennes, etc. Si on voulait pousser plus loin l'étude des artérites syphilitiques, on pourrait toucher à la pathologie de la plupart des organes; ne sait-on pas que c'est par l'intermédiaire des petits vaisseaux que les virus agissent sur la plupart des parenchymes glandulaires?

Diagnostic. — Le diagnostic de l'artérite d'origine syphilitique varie suivant les circonstances; il se pose surtout lorsqu'il s'agit de lésions cérébrales. On peut dire que ce diagnostic est facilité par l'âge encore relativement jeune du sujet, l'existence d'accidents syphilitiques antérieurs ou concomitants. Qu'on voie, en effet, chez un sujet jeune des accidents cérébraux, précédés de prodromes et se caractérisant par de l'hémiplégie, la notion étiologique de syphilis, qui s'impose à l'esprit, a bien des chances pour se trouver vérifiée.

Enfin, les raisons sont plus grandes encore, si l'hémiplégie s'est faite lentement, progressivement, en deux ou trois jours, et si elle a été précédée de prodromes tels que vertiges, obnubilation, amnésie, aphasie transitoire, etc.

Toutes ces nuances cliniques font défaut en effet dans l'hémiplégie vulgaire par hémorragie ou par ramollissement, et ce n'est que dans quelques cas exceptionnels que l'artérite syphilitique se manifeste d'une façon brusque et inattendue.

Quant aux signes différentiels qui permettent de supposer que les troubles cérébraux dépendent d'une lésion artérielle et non d'une gomme méningée, d'une exostose, etc., c'est sur l'absence de phénomènes d'irritation cérébrale, de phénomènes convulsifs, l'absence de troubles de compression, qu'on pourra se baser avec quelque certitude.

En un mot, l'artérite syphilitique se comporte comme toute autre lésion artérielle; elle n'en diffère que par sa cause et son mode d'évolution, mais les troubles produits sont les mêmes.

Enfin, une dernière raison qui pourrait militer en faveur de l'artérite syphilitique plus que pour une gomme par exemple, c'est la précocité des accidents cérébraux, la rapidité avec laquelle ils se manifestent après l'accident initial, quelquefois sous forme de véritable coma foudroyant. La gomme est tardive, l'artérite est généralement plus précoce.

Pronostic. — Le pronostic de l'artérite syphilitique est toujours sérieux; si, grâce au traitement spécifique, on peut conjurer les accidents dans la période prodromique, lorsque des troubles non plus dynamiques, mais matériels, dus à l'obstruction vasculaire, à la nécrose, se sont produits, tout traitement échouera nécessairement. Ce n'est, en effet, plus une lésion syphilitique que l'on a à traiter, mais une lésion d'ordre vasculaire.

Ainsi, comprend-on pourquoi, de toutes les formes de la syphilis cérébrale, la forme hémiplegique est la plus rebelle au traitement; autant, quand il existe une hémiplégie déjà ancienne avec contracture liée à une thrombose cérébrale,

(1) LANCEREAUX. *Loc. cit.*

la médication spécifique reste absolument impuissante, autant elle pouvait être active, dès la période de début, alors que l'hémiplégie était récente encore et qu'on ne pouvait supposer autre chose que des troubles circulatoires sans lésion à proprement parler des centres nerveux.

Traitement. — Il importe donc d'instituer le traitement aussi vite que possible; les chances de succès en seront accrues d'autant; en pareil cas, c'est au traitement mixte qu'il faut avoir recours, d'une part, en administrant l'iodure de potassium à doses rapidement croissantes de 4 à 10 grammes, d'autre part, en recourant au traitement mercuriel qui agit surtout avec intensité quand on utilise les frictions ou les injections mercurielles.

CHAPITRE V

ARTÉRITE TUBERCULEUSE

Si, au point de vue clinique, les lésions provoquées par la tuberculose du côté des vaisseaux sont de peu d'importance, le côté anatomo-pathologique de la question présente, au contraire, un intérêt beaucoup plus considérable.

L'existence de lésions tuberculeuses au niveau des vaisseaux a été tout d'abord niée par Rokitansky, mais après lui nombreuses ont été les descriptions des lésions artérielles dans la méningite tuberculeuse, dans la tuberculose pulmonaire. Le plus habituellement, en effet, l'artérite tuberculeuse n'est qu'une artérite par propagation; la lésion tuberculeuse, située dans le voisinage du vaisseau, atteint progressivement, en les altérant, les tuniques de celui-ci, en provoquant soit des ruptures, soit des thromboses, soit des dilatations vasculaires.

Ce ne serait cependant pas la seule manière dont la tuberculose agirait au niveau des artères; celles-ci pourraient être atteintes pour leur propre compte; autrement dit, l'infection se ferait par la voie sanguine. C'est ainsi que Orth, Mügge et Weigert ont décrit dans la tuberculose aiguë des lésions tuberculeuses, sous forme de granulations, à la surface interne de l'artère pulmonaire; que Flexner, Hanot⁽¹⁾, Benda⁽²⁾, Blumer⁽³⁾ ont rapporté des cas analogues en ce qui concerne l'aorte.

Antérieurement Cornil avait observé dans la tuberculose des méninges cérébrales une endartérite, caractérisée par la formation d'une grande quantité de cellules nouvelles, parmi lesquelles de nombreuses et volumineuses cellules géantes.

Tous ces cas cependant n'ont qu'un intérêt anatomique; ce sont des trouvailles d'autopsie, des épisodes, sans intérêt clinique, d'une tuberculose le plus habituellement généralisée.

Tout au plus faut-il donner une importance plus grande aux lésions des petites artères, méningées ou autres, qu'il s'agisse soit d'endartérite (Cornil), soit de

⁽¹⁾ HANOT. *Arch. de méd. expér. et d'anat. path.*, 1896, p. 784.

⁽²⁾ BENDA. *Soc. de méd. Berlin.*, 15 mars 1899, in *Sem. méd.*, 1899, p. 405.

⁽³⁾ BLUMER. *The American Journal*, janvier 1899.

périartérite; ces altérations en effet peuvent, dans une certaine mesure, provoquer des troubles circulatoires, ramollissements partiels ou congestions, épanchements pie-mériens ou autres, etc., pouvant jouer un rôle dans la symptomatologie et l'évolution des manifestations cliniques.

L'artérite tuberculeuse par propagation est d'une importance beaucoup plus grande.

C'est au niveau des poumons naturellement que ces lésions sont le plus fréquemment observées et surtout au niveau des cavernes.

Elles sont surtout connues et vulgarisées depuis les travaux de Rasmussen⁽¹⁾ que Jaccoud⁽²⁾ a fait connaître, de Cornil, Debove, Damaschino, de Meyer et d'Eppinger. Dans un travail récent, M. Ménétrier⁽³⁾ a repris la question d'une façon complète.

Les lésions artérielles se présentent sous diverses apparences; on trouve parfois, en effet, dans l'épaisseur du tissu qui limite la caverne, ou faisant saillie dans celle-ci, des brides de tissu pulmonaire, dans l'épaisseur desquelles on peut voir des artères, à parois inégales, rétractées, et dont la lumière est rétrécie ou oblitérée. Quelquefois, au contraire, la caverne est remplie d'une masse, de volume variable, de la grosseur d'un pois à celle d'un œuf de poule, masse de consistance friable, de coloration noirâtre et qu'on prendrait facilement pour un caillot sanguin si on n'y faisait attention.

Ce sont les anévrysmes dits de Rasmussen, du nom de l'auteur qui les a l'un des premiers parfaitement décrits.

Les anévrysmes se trouvent dans les cavernes de tout volume, grandes ou petites. Ils siègent sur des artères de petite dimension et sont généralement appendus au vaisseau, présentant l'apparence d'une gourde ou d'une poire. Si l'anévrysme s'est rompu, il est entouré de caillots cruoriques qu'il faut enlever avec beaucoup de soin pour ne pas détacher en même temps le sac anévrysmal; on constate alors que la rupture s'est faite le plus souvent sous forme d'une fente allongée au point le plus saillant.

L'histologie que nous ont fait connaître les recherches de Meyer, de Ménétrier, nous explique bien la marche du processus. L'artère, située au niveau du voisinage d'une masse tuberculeuse, est, dans le premier stade, troublée dans sa nutrition, la tunique interne s'épaissit; plus tard le tissu tuberculeux, venant au contact de l'artère, l'envahit progressivement, couche par couche, chaque tunique résistant plus ou moins longtemps suivant sa vitalité propre, et la transforme en tissu de granulation, en véritable tissu tuberculeux, où l'on trouve des cellules géantes et des bacilles.

Cette transformation est presque toujours limitée à un des côtés de l'artère; le processus en un mot est pariétal. Si l'endartère, épaissie, prolifère et détermine l'oblitération des vaisseaux, tout danger de formation anévrysmale est conjuré; si, au contraire, les tuniques artérielles sont successivement envahies et transformées par le tissu tuberculeux, avant l'oblitération vasculaire, l'artère se dilate en cédant sous la pression sanguine.

Contrairement à l'opinion générale, ce n'est pas la tunique interne qui forme la paroi du sac, mais une couche de nouvelle formation, *couche hyaline*, provenant de la transformation des cellules blanches du sang.

⁽¹⁾ RASMUSSEN. *Hospital's Tidende*, 1868, et *Edim. med. Journ.* V, 14. (Traduction anglaise.)

⁽²⁾ JACCOUD. *Leçons de clinique médicale*, faites à l'hôpital Lariboisière, 1872.

⁽³⁾ MÉNÉTRIER. *Arch. de méd. expér.*, 1890, p. 97.