

L'artério-sclérose, due à l'endartérite, ne peut pas être consécutive aux artérites syphilitiques, disent les uns, parce que celles-ci sont presque toujours continuées par de la péri-artérite (Baumgarten, Lancereaux). Mais, affirment les autres (Heubner, Cornil et Ranvier, J. Renaut), il s'agit plutôt d'endartérite. L'un des partisans de la première opinion finit par dire que « tantôt les parois altérées sont épaissies, tantôt amincies, tantôt dilatées ou rétrécies, en sorte qu'il serait difficile d'admettre une identité parfaite du processus ». Dans l'artérite syphilitique, disent Cornil et Ranvier, les lésions siègent indistinctement dans toutes les membranes vasculaires, et le plus souvent il s'agit d'une panartérite. Mais alors, on donne raison à la judicieuse opinion du professeur Fournier, opinion que de nombreuses recherches m'ont amené à partager et que l'on me permettra de rappeler : « Il se peut que le processus scléreux prédomine soit vers les tuniques extérieures, soit vers les tuniques les plus internes. On a affaire alors, dans le premier cas, à une péri-artérite, et dans le second à une endartérite. Cette distinction n'a pas, à mon gré, l'importance que certains auteurs lui ont attribuée ; car souvent ces deux modes de lésions se trouvent associés, et souvent aussi, telle est la ténuité de vaisseau affecté, que les lésions des tuniques externes ne tardent pas à retentir sur la circulation, comme celles des tuniques les plus intérieures ». J'ajoute que, dans une étude intéressante sur la syphilis cardiaque, Adler (de New-York) a rapporté chez des enfants de deux à trois mois et demi plusieurs observations d'hérédo-syphilis du myocarde consécutives à l'endartérite des coronaires (1898). Les figures qu'il reproduit à l'appui de cette dernière localisation semblent concluantes.

D'autre part, au point de vue clinique cette fois, voici ce