

L'action de la syphilis sur les parois artérielles est d'ailleurs acceptée depuis longtemps. La syphilis altérant les parois vasculaires peut déterminer un locus minoris résistentiel prêt à céder sous la pression sanguine et à se laisser dilater. D'autre part, Lancereaux a bien fait voir que l'anévrysme est d'autant plus fréquent que l'artère est plus circonscrite ; et justement, le propre de la syphilis est de déterminer des foyers d'artérite très circonscrits.

De plus, histologiquement, il est commun de rencontrer des lésions spécifiques gommeuses, amas embryonnaires avec dégénérescence centrale, parfois même cellules géantes ayant envahi indistinctement la totalité des tuniques vasculaires. Il est évident que ces lésions histologiques ne se montreront que dans les anévrysmes de nature syphilitique, dans le sens donné à ce mot par Fournier distingue les accidents de nature syphilitique caractérisés par des lésions histologiques spéciales à la syphilis, v. g., gomme, amas embryonnaires circonscrits, des accidents d'origine syphilitique ou para-syphilitiques caractérisés par des lésions histologiques communes à toutes les inflammations chroniques, v. g., sclérose, tabès.

Aussi, lorsqu'on a trouvé dans la paroi d'un anévrysme des gomme syphilitiques, la dilatation vasculaire n'est que la conséquence de cette lésion qui a affaibli le pouvoir de résistance de la paroi. C'est dans ces cas que le traitement spécifique amenant la résorption des tissus gommeux permet la guérison de l'anévrysme. Au contraire, l'anévrysme est-il ancien, parasphilitique, des lésions de sclérose se sont constituées qui n'offrent plus aucune prise au traitement.

En résumé, nous retiendrons donc que les deux facteurs étiologiques les plus importants de l'anévrysme de l'aorte sont : le rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant et la syphilis chez l'adulte.

Mais j'arrive, Messieurs, à une question autrement plus intéressante, celle de savoir si le diagnostic étiologique est aussi facile en clinique qu'à l'autopsie ou au laboratoire. J'ai déjà répondu affirmativement à cette question dès le début de ce travail. Et en effet, c'est bien ici que la clinique reprend ses droits. L'âge des malades est déjà une indication, et les anévrysmes qui se développent avant 40 ans seront tenus suspects de syphilis, les antécédants héréditaires et personnels, les lésions concomitantes, le traitement d'épreuve nous mettront sur la voie, enfin, certains caractères mêmes de la maladie seront regardés comme propres à sa nature spécifique, et ces petits anévrysmes ne révélant guère leur présence à l'examen clinique que par de la douleur intense, angineuse, et de la compression du recurrent : aphonie, spasme de la glotte, sans signes physiques, ne parviendront pas à dissimuler derrière ces simples signes leur nature syphilitique et leur terrible gravité.

À l'autopsie, l'anévrysme süssigmoidien, les petits anévrysmes multiples sans aucune autre lésion, athéromateuse ou autre, de l'aorte nous feront penser à la

syphilis. Mais déjà ici le diagnostic étiologique ne sera pas aussi facile à établir qu'en clinique.

Enfin, à l'examen histologique, il est encore plus difficile de déterminer la caractéristique de l'anévrysme syphilitique, puisque les auteurs n'ont pu se mettre d'accord sur la nature des lésions primitives de l'artérite syphilitique : endartérite de Heubner, mésartérite, périartérite de Lancereaux, panartérite de Letulle.

Quoiqu'il en soit, un certain nombre d'auteurs ont signalé dans les parois des anévrysmes, la présence d'amas circonscrits de cellules embryonnaires, semblables aux gomme syphilitiques, sémis d'îlots dans la tunique moyenne, petites gomme au-dessus et au-dessous de la tumeur anévrysmale, cellules géantes. Mais à côté de ces cas rares où la syphilis a, pour ainsi dire, laissé sa signature dans les altérations artérielles de l'anévrysme, il faut bien avouer que dans l'immense majorité des cas, il n'existe pas de différence histologique appréciable entre les anévrysmes des syphilitiques et les autres.

Avec Cornil et Ranvier les anévrysmes de l'aorte, anévrysmes spontanés, anévrysmes dits artério-scléreux peuvent, au point de vue anatomique, être divisés en deux grandes classes : anévrysmes par dilatation et anévrysmes par rupture, — dont il étudie les caractères différentiels.

Des faits que je viens d'exposer, ajoute M. Latreille, il est possible, je crois, de tirer une conclusion en faveur de l'origine syphilitique de la plupart des anévrysmes de l'aorte. Si l'on se rappelle la structure et l'évolution des lésions dans l'artérite chronique et dans l'artérite syphilitique, on est frappé par un fait extrêmement intéressant.

Dans l'artérite chronique, l'athérome, usure de la vie, maladie générale, siège le plus souvent en des points multiples de l'aorte et des gros vaisseaux. Dans l'artérite syphilitique, au contraire, les lésions, à la manière des accidents tertiaires, sont localisées, circonscrites. L'anévrysme coïncide rarement avec l'athérome ; l'anévrysme évolue sur une lésion localisée, circonscrite de l'artère.

Dans l'aortite chronique, l'athérome, les lésions débutent dans la couche profonde de l'endartère et envahissent l'endartère en surface ; et je me souviendrai toujours des enseignements précieux de mon maître M. Brault qui avait l'habitude, aux autopsies, de décoller facilement l'adventice des aortes athéromateuses pour me montrer l'intégrité de cette tunique externe dans ces cas, et par conséquent, l'insuffisance de preuves apportées par les auteurs qui ont prétendu que l'athérome survenait à la suite de l'artério-sclérose des vaso-vasorum. Or, dans l'artérite syphilitique, rien de tel, à la manière encore des accidents tertiaires, les lésions spécifiques au lieu de s'étaler en surface, frappent en profondeur ; aucun tissu, aucun système, aucun organe n'est épargné, et c'est bien ce que l'on rencontre dans l'histoire de l'anévrysme. L'infiltration embryonnaire gagne les trois tuniques vasculaires. La tunique moyenne cède, mais le processus pathologique continuant par évolution, les deux autres tu-