

Enfin, en 1910, elle est entrée dans notre service, dans les circonstances que vous savez.

Comme vous le voyez, au premier abord l'histoire de cette malade paraît assez simple. Nous y relevons deux attaques de rhumatisme articulaire aigu auxquelles il paraît naturel de rapporter l'insuffisance aortique dont nous cherchons la nature, en admettant que cette insuffisance est d'origine endocardique, c'est-à-dire de reliquat d'une endocardite rhumatismale.

Ce diagnostic, si logique en apparence, ne nous a pas satisfait.

Il nous a semblé en effet que le système artériel était altéré, que les parois des vaisseaux à sang rouge présentaient une résistance et des flexuosités exagérées, toutes constatations que n'explique pas une insuffisance aortique endocardique. Nous avons donc été amené à nous demander si la lésion valvulaire n'était pas en réalité d'origine artérielle, c'est-à-dire syphilitique, et voici ce qu'un examen dirigé dans ce sens nous a appris.

La malade n'a jamais eu aucun accident marquant ou cutané qui puisse être attribué à la vérole. Les deux enfants qu'elle a eus sont vivants et bien portants. Elle n'a jamais fait de fausse couche. Elle a toujours considéré son mari comme tout à fait sain. Il était cependant, suivant son expression, si coureur, qu'elle a été obligé de se séparer de lui; mais on ne peut évidemment tirer de cette indication aucun argument décisif en faveur d'une contamination syphilitique conjugale.

Nous ne trouvons donc dans le passé de G. . rien qui permette de la considérer comme atteinte de syphilis; et cependant, nous avons constaté chez elle des signes qui démontrent qu'elle est en puissance de cette maladie: elle présente le phénomène d'Argyll Robertson, et la réaction de Wassermann a été positive. Un seul de ces deux symptômes suffirait pour lever tous les doutes.

Si bien que, dans le cas particulier on pourrait suivant qu'on attache plus d'importance aux commémoratifs ou à l'examen physique, invoquer à volonté, comme cause de la lésion cardiaque, le rhumatisme ou la syphilis, à moins qu'on ne préfère les faire intervenir tous les deux, et je vous avouerai que je me rangerai à cette dernière opinion.

La pathologie expérimentale nous enseigne que, si on veut produire une endocardite chez l'animal, on doit, avant d'injecter des microbes dans le sang, préparer en quelque sorte le système vasculaire en traumatisant les valvules du cœur.

Cliniquement, nous savons qu'un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu est d'autant plus exposé à une endocardite qu'une attaque antérieure a lésé déjà ses valvules. Il en est encore de même si la cause qui a altéré son appareil valvulaire est une autre maladie infectieuse.

Etant données ces lois générales, on peut, à mon avis, considérer comme très probable que, chez notre malade une attaque de rhumatisme a amené une lésion valvulaire, peut-être bénigne à l'origine, mais suffisante pour fournir à la syphilis un lieu de moindre résistance où celle-ci a pu évoluer avec une facilité particulière. Ceci expliquerait

pourquoi nous constatons les signes d'une insuffisance aortique artérielle.

Il est d'ailleurs possible qu'une troisième maladie infectieuse ait contribué à mettre cette pauvre femme dans la triste situation où elle se trouve. Elle présente de fréquents accès de fièvre vespérale, le sommet du poumon droit est induré. Je crains donc bien que la tuberculose ne se mette de la partie, et vous savez trop d'importance que j'attache aux associations microbiennes pour ne pas comprendre combien je redoute une pareille complication.

Le pronostic est donc, de toute façon, très grave, et tout espoir de guérison est à abandonner, quel que soit le traitement que nous opposons au mal. Les médications symptomatiques ne peuvent, bien entendu, avoir qu'une action éphémère, et, quant au traitement mercuriel, dans lequel on pourrait à première vue avoir espoir, il convient de l'instituer, mais sans en attendre de bien grands effets. Tout ce qu'il pourrait faire, en supposant qu'il ait l'action la plus heureuse, serait d'empêcher les lésions de s'aggraver; mais il restera, à coup sûr, incapable de les faire rétroceder, étant donnés leur âge et leur caractère déjà cicatriciel.

J'ai arrêté l'histoire de notre malade; mais il n'est peut-être pas sans intérêt que je revienne en terminant sur le symptôme important qui nous a fait découvrir la syphilis chez elle, c'est-à-dire sur le signe d'Argyll-Robertson. Vous croyez sans doute savoir parfaitement en quoi consiste ce signe capital. J'ai vainement dit le contraire; si je demandais à la plupart d'entre vous de m'expliquer comment il se produit, je les montrerais à coup sûr dans un grand embarras, c'est ce qui me détermine à entrer dans quelques détails.

Quelques mots de physiologie sont d'abord indispensables.

Dans l'état normal, la pupille se contracte sous trois influences principales qui sont celles de la lumière, de l'accommodation et de la convergence. Elle se dilate dans les conditions inverses.

Dans les circonstances habituelles, quand on regarde un objet rapproché, deux de ces influences, l'accommodation et la convergence, s'exercent simultanément. Aussi, bien qu'elles paraissent peut-être dissocier leur action, dans certains cas particuliers, peut-on, pour la commodité de la description, les réunir et les désigner par le terme unique et un peu barbare d'accommodo-convergence.

Ceci étant admis, le signe d'Argyll-Robertson consiste dans la perte isolée de la propriété qu'a la pupille de se contracter par l'effet de la lumière, de réflexe pupillaire à l'accommodo-convergence continuant à se manifester. Ce phénomène peut être unilatéral ou bilatéral; il est fréquemment, mais non nécessairement, associé à un myosis plus ou moins intense.

Pour comprendre son mécanisme, il faut connaître différentes particularités du fonctionnement des muscles et des nerfs intrinsèques de l'œil.

La pupille possède deux ordres de fibres musculaires, chargées de faire varier son diamètre: des fibres constrict-