

nion : d'abord, parce que pour un praticien, il est toujours utile d'être renseigné sur une erreur, et que la notion inflammatoire du rétrécissement mitral congénital est une de ces erreurs ; ensuite, parce qu'il est important pour lui, au point de vue thérapeutique, de ne pas regarder l'épilepsie, l'hystérie et la chorée comme des complications possibles de cette cardiopathie ; enfin, parce que la prescription de certains médicaments et surtout des préparations iodurées contre une malformation congénitale, contre un défaut ou un arrêt de développement valvulaire devient un non-sens thérapeutique.

Encore une fois, les « consultations médicales » ne se composent pas de formules médicamenteuses ; elles sont aussi faites de sémiologie, de diagnostic, de pronostic, de pathogénie.

XXV. — NÉVRALGIES ANÉVRYSMALES

I. OBSERVATION.

II. QUELQUES FAITS. — 1° Névralgies dans les anévrysmes de l'aorte thoracique. — 2° Névralgies dans les anévrysmes de l'aorte abdominale.

III. CARACTÈRES CLINIQUES. — 1° Causes principales. — 2° Douleurs par refoulement, par enserrement. — 3° Siège et caractères de fixité, d'intensité. — 4° Signe de probabilité.

I. — Observation.

Le malade dont je vais rapporter l'histoire m'a été récemment adressé par un médecin de Vienne. D'après les renseignements qui m'étaient fournis, ce malade souffrait depuis plusieurs années de névralgie intercostale gauche, excessivement intense et rebelle. Le diagnostic porté fut celui de neurasthénie accompagnée de palpitations et de névralgie intercostale.

A son entrée dans mon cabinet, l'aspect de ce malade me frappa : pâle, défait, amaigri, il portait un âge beaucoup plus avancé que son âge réel. Il m'apprit que le symptôme dominant de sa maladie, celui qu'il avait principalement remarqué et auquel il attribuait son état de faiblesse, était une névralgie intercostale, tenace, continue, rebelle à tout traitement ; car on avait, en Autriche, épuisé tout l'arsenal thérapeutique usité en pareil cas : antipyrine, quinine, aconitine, applications locales de divers liniments, de pointes de feu. Rien n'avait apporté le moindre soulagement, et, suivant l'expression du malade, en dépit des soins et des médicaments, « son état ne s'était nullement amélioré ; il allait de mal en pis ».

J'avais remarqué que lorsqu'il marchait, cet homme restait dans une attitude spéciale, le corps penché en avant,

et que, instinctivement, il prenait la position dans laquelle il ressentait le minimum de douleur. Je le fis déshabiller, de manière à pouvoir considérer son thorax à nu, pratique que je vous recommande, sur laquelle j'insiste et insisterai maintes fois, l'examen pratiqué, même à travers une chemise de toile fine, pouvant nous donner des impressions erronées et nous amener à une erreur de diagnostic, en dépit de notre savoir clinique et de nos recherches consciencieuses.

J'allais procéder à l'examen de la partie gauche du tronc, au niveau duquel siégeait cette névralgie rebelle, lorsque subitement le malade pâlit, prêt à défaillir et demanda à s'asseoir un moment.

Après quelques instants, le malade, assis, revint à son état normal et m'apprit que, depuis plusieurs années, il lui était impossible de se tenir dans la station verticale sans avoir aussitôt, au niveau du point névralgique, une exaspération douloureuse impossible à supporter. Assis, il souffrait moins, et couché, moins encore. Mais la position de choix, celle que ses longues nuits d'insomnie lui avaient enseignée comme la plus favorable, était la position couchée sur le ventre. Le malade ainsi placé dans son lit ne ressentait plus aucune douleur, et c'était dans cette situation seule qu'il pouvait prendre quelque repos.

Aussitôt, j'eus l'idée formelle que je me trouvais en présence d'un malade atteint d'un anévrysme de l'aorte thoracique, situé dans la zone comprise entre la bronche gauche et la face supérieure du diaphragme, zone où l'anévrysme peut rester pendant plusieurs années à l'état latent, n'occasionnant, comme symptôme dominant, que des douleurs particulièrement rebelles à tout traitement, et dues à la compression des nerfs intercostaux par la tumeur anévrysmale.

Lorsque le malade se fut reposé, assis, pendant quelques minutes, je le fis relever, et immédiatement il reprit la position penchée en avant dont j'ai parlé. Dans cette position, j'examinai la paroi thoracique à gauche et je ne

constatai par la vue rien d'anormal. A la palpation je sentis dans la région dorsale et jusqu'à la base de la région dans la paroi axillaire, un léger battement, très diffus, très vague, n'ayant aucun caractère spécial et ne pouvant en rien éclairer le diagnostic. La percussion ne fournit aucun renseignement.

Je demandai alors au malade, malgré la douleur que lui causait la station verticale, de se redresser complètement. Alors, le tableau des symptômes physiques changea subitement. Je vis et sentis très nettement, par la palpation, des battements expansifs. Le doute n'était plus permis : il y avait un anévrysme siégeant à l'aorte thoracique.

Le tracé sphygmographique pris vers cette région représente bien les pulsations siégeant au niveau de la tumeur et permet de juger de leur étendue.

La photographie radioscopique du thorax de ce malade vu par la partie postérieure, montre l'ombre formée par le cœur, et sur la ligne médiane débordant à gauche de l'ombre produite par la colonne vertébrale, une masse sombre, à bords mal limités, produite par la tumeur anévrysmale.

On voit comment, d'après les caractères de la douleur, j'ai été amené à faire le diagnostic d'anévrysme. Ce cas est curieux, mais il n'est pas isolé, comme on va le voir.

II. — Quelques faits.

1° *Névralgies des anévrysmes de l'aorte thoracique.* — Les névralgies rebelles peuvent se rencontrer dans tous les points où la poche anévrysmale se trouve en rapport plus ou moins direct avec un tronc ou un plexus nerveux et si, dans ces cas, la présence de la douleur n'a pas toujours éclairé le diagnostic, il n'en est pas moins vrai qu'elle a existé.

Un de mes collègues eut à soigner un malade, qui depuis cinq ou six ans souffrait de névralgies rebelles siégeant au

niveau de l'épaule gauche. C'était une douleur vague, mal délimitée, ayant envahi toute la région, mais ne présentant aucun point fixe. Le diagnostic porté fut celui de rhumatisme, et un traitement approprié fut institué. Au bout de plusieurs années, on vit survenir une tumeur pulsatile, présentant tous les caractères d'un anévrysme des artères sous-clavière et axillaire, et la cause de ces douleurs névralgiques rebelles se trouva subitement reconnue.

L'un de mes internes m'a rapporté dernièrement une histoire en tous points analogue, dans laquelle l'origine anévrysmatique d'une névralgie brachiale ne fut reconnue que lors de l'apparition de la tumeur anévrysmale.

Il y a quelques années, j'eus avec Charcot une consultation au sujet d'un malade présentant une névralgie rebelle du bras gauche. A cette occasion, Charcot me disait : « Je ne connais pas de névralgie plus rebelle que la névralgie brachiale. » Le diagnostic de névralgie anévrysmale ne fut pas d'abord formellement établi, et quand plus tard j'ai revu ce malade, j'ai manifestement constaté un anévrysme de la sous-clavière, à son début.

Donc, toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une névralgie rebelle continue, ne présentant, sous l'influence d'aucun traitement, la moindre rémission, il y a lieu de penser à la névralgie anévrysmale, névralgie par martellement, névralgie par refoulement. Si la douleur névralgique est intercostale, cherchez au niveau de l'aorte thoracique. Si elle est brachiale, portez vos investigations du côté de l'artère sous-clavière ou axillaire. Dans la plupart des cas, vos recherches seront couronnées de succès et vous découvrirez un anévrysme siégeant, soit au niveau de l'aorte, soit au niveau de la sous-clavière ou de l'axillaire.

2° *Douleurs névralgiques des anévrysmes de l'aorte abdominale.* — Dans sa lettre sur « la douleur des lombes », Morgagni parle d'un cocher âgé d'un peu plus de trente ans, ayant eu la « maladie vénérienne » et qui, à la suite d'un

traumatisme abdominal, fut pris de souffrances si violentes des lombes et du dos qu'il fut forcé de garder le lit pendant huit mois entiers. On constata l'existence d'un énorme anévrysme, et le malade succomba.

Vesale et Baillou, puis Laënnec, ont observé ces phénomènes douloureux, et Beatty rapporte, en 1830, une observation où les douleurs étaient d'une violence extrême.

Stokes, qui a donné une très bonne description de l'anévrysme abdominal, a fait judicieusement remarquer que les douleurs sont surtout intenses lorsque la tumeur occupe un point plus élevé du vaisseau, qu'elles peuvent être parfois assez caractéristiques pour faire diagnostiquer la maladie. Il cite, avec Graves, un cas où elles diminuaient toujours par le décubitus sur le ventre et le côté droit, tandis qu'elles augmentaient beaucoup, au contraire, dans le décubitus dorsal et latéral gauche; il ajoute qu'elles ne doivent pas être attribuées exclusivement à l'érosion des vertèbres, cette dernière lésion étant le plus souvent indolente et silencieuse. Pour le médecin irlandais, on ne peut pas reconnaître (ce qui est exact) la destruction des corps vertébraux par des signes certains, et la constatation d'une douleur à la pression des apophyses épineuses n'est pas suffisante pour permettre d'affirmer l'existence de cette complication.

« Tantôt on rencontre des douleurs névralgiques épouvantables sans érosion des os; tantôt, au contraire, cette lésion existe sans les douleurs lancinantes et sans la sensation sourde et persistante décrites par Law; il y a donc de fortes raisons pour croire que la résorption des os se fait sans douleur. Lorsque celle-ci existe, elle semble devoir être rapportée, d'une part à un état inflammatoire du sac; de l'autre, aux effets produits par les filets nerveux avoisinants. En thèse générale, on peut dire que plus l'ouverture de l'artère est élevée, et plus il est probable que la maladie sera douloureuse. Les souffrances les plus fortes ont été observées lorsque l'anévrysme était entre les piliers du

diaphragme, et que l'ouverture de l'aorte siègeait un peu au-dessous du tronc cœliaque. » (Stokes.)

En un mot, les anévrysmes de l'aorte abdominale, par suite de l'énorme volume qu'ils atteignent assez souvent, déterminent des douleurs à siège variable et ayant presque toujours une grande intensité : douleurs paroxystiques ou continues, augmentant ou diminuant suivant les diverses attitudes du malade, pouvant siéger dans les régions lombaires ou lombo-dorsale, autour du corps qu'elles étreignent en ceinture avec irradiations possibles au sacrum, aux membres inférieurs, le long du sciatique, sur le trajet des uretères, du cordon spermatique et jusqu'au testicule, ce qui simule parfois des coliques néphrétiques.

III. — Caractères cliniques.

1° *Causes principales.* — La question des névralgies anévrysmales présente un grand intérêt au point de vue du diagnostic, car ce sont souvent là les premiers symptômes de la maladie, les seuls sur lesquels le malade attire parfois l'attention.

Je n'irai pas aussi loin que Gendrin, qui, en 1844, prétendait que la douleur est un symptôme constant des anévrysmes ; car la latence d'un grand nombre d'entre eux donne un formel démenti à cette assertion. Mais dans un assez grand nombre de circonstances, la douleur, si on sait bien l'analyser, est un symptôme *révélateur* d'une tumeur anévrysmale, qui pendant de longs mois peut ne se manifester que par ce seul signe. Pour qu'elle se produise, par exemple, dans les anévrysmes de l'aorte ascendante ou thoracique descendante comme dans ceux de la crosse, il n'est pas toujours nécessaire que la poche prenne un grand développement. Il y a de gros anévrysmes sans douleur, et il y a de petits anévrysmes, à peine apparents, accompagnés de douleurs intolérables ; elles sont liées d'abord au siège de la lésion, et lorsque la tumeur se porte en avant ou sur les côtés, elle peut comprimer les nerfs intercostaux

(très rarement les nerfs phréniques), les nerfs du plexus brachial, du plexus cervical, d'où l'apparition de douleurs plus ou moins vives sur le trajet de ces cordons nerveux. Ni l'usure des os, ni celle des corps vertébraux ne peuvent en donner l'explication, ces dernières lésions étant la plupart du temps indolentes, contrairement à l'opinion de quelques auteurs. Mais une lésion à invoquer, c'est la *médiastinite* chronique, capable de déterminer, même dans les cas rares de guérisons spontanées des anévrysmes et après elles, des douleurs remarquables par leur violence, leur persistance et leur résistance à tous les moyens thérapeutiques (1).

2° *Douleurs par refoulement, par enserrement.* — Il y a une distinction clinique à établir entre les douleurs anévrysmales par simple compression, c'est-à-dire par *refoulement*, et celles par *enserrement*. Les premières diminuent d'intensité et disparaissent souvent quand la tumeur apparaît au dehors, ou encore quand elle change de direction ; les secondes persistent même dans ces conditions. Celles-là sont de simples névralgies pouvant disparaître momentanément, dans certaines attitudes que prend le malade ; celles-ci, dues souvent à des névrites, ont un grand caractère de fixité, ne se modifiant, ni par la rétraction du sac, ni par son extension dans d'autres points, ni par les changements d'attitude du patient, ni par les médicaments antinévralgiques.

3° *Siège et caractères de fixité, d'intensité.* — Le siège des douleurs est extrêmement variable. Pour les anévrysmes de l'aorte thoracique, on peut croire, pendant de longs mois, à un simple rhumatisme de l'épaule, à une névralgie intercostale rebelle, à une névralgie thoraco-brachiale. Mais, en analysant bien les symptômes, on peut et on doit arriver souvent à dépister l'anévrysmes, parce que l'on ne

(1) HUCHARD, *Traité clinique des maladies du cœur et des vaisseaux*, 3^e édit., 1899.

tarde pas à s'apercevoir qu'il ne s'agit pas de réelles névralgies avec tous leurs sièges habituels d'élection douloureuse. Pendant de longs mois, les malades souffrent, jusqu'à l'insomnie la plus rebelle, d'une douleur *fixe* et *unique* à l'épaule ou dans la région sus-épineuse, sous les clavicules ou dans la région interscapulaire; ou encore la douleur occupe tout un côté du thorax et la région cervicale; elle peut être située plus profondément dans la poitrine, partant du tiers supérieur du sternum pour aboutir à la colonne vertébrale, ce qui ressemble d'assez loin à l'angine de poitrine; elle peut encore envahir le bras, s'étendre le long du cou jusqu'à la partie latérale de la tête, comme Stokes en a fourni un exemple, et Greene a remarqué que, dans certains cas, elle se calme par la compression; elle peut atteindre les nerfs du plexus cervical, surtout lorsque le tronc innominé est intéressé, et alors produire par action réflexe une contracture des muscles du cou d'un côté, ce qui fait croire à un simple torticolis; d'autres fois, la douleur est telle, à l'un des espaces intercostaux, qu'elle entrave la respiration, ou encore elle est bilatérale, en forme de ceinture, comme s'il s'agissait d'une affection médullaire.

La douleur est souvent gravative ou contusive, rarement elle est franchement lancinante, comme dans les névralgies simples; presque toujours fixe dans le même endroit, elle est continue et peu paroxystique.

Les diagnostics les plus erronés ont donc été portés: rhumatisme, simple névralgie, douleur musculaire ou myalgie, torticolis, ou encore simple lombago (lorsque l'aorte abdominale est intéressée), compression de la moelle..., et, un jour, l'apparition d'une tumeur pulsatile et expansive vient un peu tardivement éclairer sur la vraie nature de la maladie, ou encore la mort arrive inopinément par hémorragie foudroyante.

4° *Signe de probabilité.* — Lorsqu'on est en présence d'accidents douloureux, remarquables par leur opiniâtreté,

leur longue durée, leur intensité, quand ils demeurent inexplicables, lorsqu'ils ont résisté à toutes les médications habituelles, enfin quand ils présentent des caractères insolites (comme *leur fixité dans un endroit déterminé, la possibilité de leur diminution par certains changements d'attitude*), alors il ne s'agit pas de véritables névralgies, comme on le croit trop souvent, on doit voir là un *signe de probabilité* en faveur de l'anévrysme, et si aucune tumeur n'est encore perceptible, l'épreuve de la radioscopie devra être tentée pour arriver au *signe de certitude*. Sans doute, cette certitude ne sera pas complète, parce qu'il s'agira encore de savoir la nature de la tumeur du médiastin. Mais, sur l'image radioscopique, on peut déjà voir les mouvements expansifs de l'anévrysme, et il faut toujours se rappeler que, de toutes les tumeurs intrathoraciques, ce sont les anévrysmes qui donnent lieu à ces sortes de douleurs très caractéristiques, parce qu'elles se font par le mécanisme d'une sorte de martèlement ininterrompu.

En résumé, lorsque se présente avec un malade des douleurs névralgiques, persistantes depuis plusieurs années, rebelles à tout traitement, souvenez-vous des divers exemples que je viens de citer; songez aux douleurs névralgiques anévrysmales, rappelez-vous que leur fixité, leur persistance, leur intensité, et surtout leur constante exacerbation ou diminution sous l'influence d'attitudes diverses (station horizontale ou verticale, décubitus latéral droit, gauche, ou ventral), les distinguent d'une façon nette et précise des autres névralgies. Dans ces conditions, étant prévenus, vous chercherez, et sinon toujours, au moins dans un grand nombre de cas, vous parviendrez à dépister l'existence d'une tumeur anévrysmale que vous auriez pu longtemps méconnaître sans l'étude de tous ces faits. Dans les consultations médicales leur importance est grande, et c'est pour cette raison que j'ai mis une certaine insistance à les rappeler.