

XXVI. — ÉPANCHEMENTS PLEURAUX, ÉPANCHEMENT ABDOMINAUX DES ANÉVRYSMES

I. ÉPANCHEMENTS PLEURAUX. — 1° Erreurs de diagnostic : épanchements pleuraux avec anévrysmes ; signes pseudo-pleurétiques. — 2° Importance du siège des anévrysmes. — 3° Cœur dans l'anévrysme de l'aorte.

II. ÉPANCHEMENTS ABDOMINAUX DES ANÉVRYSMES.

I. — Épanchements pleuraux.

J'ai eu l'occasion d'observer à l'hôpital, pendant plus de cinq ans, un malade atteint d'un énorme anévrysme de l'aorte descendante. A deux reprises, à sept mois de distance, ce malade a présenté les signes d'un léger épanchement pleural *gauche*, annoncé par une fièvre modérée et une légère douleur intercostale, épanchement qui finit par se résorber spontanément au bout d'un mois ou six semaines.

Dans ce cas, ainsi que dans quelques autres que je vais rapporter, peut-on admettre l'existence d'une simple pleurésie *a frigore* ? Cette explication me paraît sujette à caution, en raison même de la récurrence, de l'absence de refroidissement, et surtout de la fréquence relative des épanchements pleuraux dans les anévrysmes aortiques. Du reste, ce malade a présenté, ces temps derniers, les signes d'un léger épanchement pleural, *à droite* cette fois. Ici, on ne pouvait invoquer, comme cela se voit parfois, l'existence concomitante d'une tuberculose pleuro-pulmonaire.

L'importance de la question n'est pas là, elle n'est pas dans la recherche de la cause ; elle réside tout entière dans la possibilité d'erreurs de diagnostic, dont il faut être

prévenu, car ces erreurs pourraient entraîner de fatales fautes de thérapeutique.

1° *Erreurs de diagnostic.* — Dans l'une de ses leçons cliniques (21 mars 1893), Potain rappelait l'histoire d'une femme atteinte d'un épanchement pleural qu'il fut sur le point de ponctionner. Cette malade mourut bientôt, on constata très peu de liquide dans la plèvre, et un énorme anévrysme de l'aorte. « Je frémis, ajoute-t-il, à la pensée que le trocart de Reybard, dont nous nous servions alors, eût pu rencontrer cette poche anévrysmale au lieu du liquide pleural. »

Je puis rapporter deux cas semblables pour lesquels la thoracentèse fut même pratiquée.

En 1871, alors que j'étais interne de Desnos à Lariboisière, on pratiqua, avec le gros trocart de Reybard, la thoracentèse sur un homme atteint d'un épanchement pleural gauche qui paraissait très abondant, si l'on en jugeait par l'étendue et l'intensité de la matité, par les troubles respiratoires et dyspnéiques. Cependant, il y avait dans ce cas un fait paradoxal en apparence : la faible déviation du cœur à droite, ce qui était peu en rapport avec l'abondance supposée du liquide. Après la ponction thoracique qui permit de retirer 1200 grammes de liquide, le malade fut pris d'une abondante expectoration albumineuse, avec phénomènes asphyxiques auxquels il succomba dans la soirée même. A l'autopsie, la cavité thoracique gauche était presque remplie par un énorme anévrysme de l'aorte thoracique le long duquel le trocart avait glissé, heureusement sans pénétrer.

Il y a trois ans, un malade de quarante-cinq ans, atteint de troubles cardiaques singuliers, caractérisés par une impulsion énergique et vibrante du cœur et par d'autres symptômes rappelant ceux d'une symphyse péricardique, présente une dyspnée assez intense, que paraît suffisamment expliquer la présence d'un épanchement pleural. Un de mes collègues, appelé en consultation, émet avec moi l'avis que la thora-

centèse devra être pratiquée d'urgence, si les accidents dyspnéiques persistent et s'accroissent, et cela quoique l'épanchement pleural présentât alors quelques anomalies, parmi lesquelles son immobilité presque complète sous l'influence des changements de position du malade. Quelques jours après, l'oppression augmentant encore et paraissant menacer l'existence, je pratiquai la thoracentèse, avec l'aide de mon ancien interne, le D^r Weber. Quelle ne fut pas notre stupéfaction en voyant aussitôt l'aiguille de l'instrument animée de grandes oscillations, et faire ainsi office de phymographe ! On retira seulement 850 grammes d'un liquide séreux et limpide, non sanguinolent, ce qui prouva qu'heureusement l'aiguille n'avait pas pénétré dans la poche anévrysmale. Mais, à partir de ce jour, celle-ci, qui n'était plus ni maintenue ni comprimée, en quelque sorte, par l'épanchement pleural, prit une extension considérable ; des battements expansifs d'une grande violence et d'une grande étendue ébranlèrent les cavités thoracique et abdominale, cet anévrysme atteignit le volume extraordinaire d'une tête de fœtus. Le malade mourut huit mois après, et la latence de cette énorme tumeur anévrysmale s'explique sans aucun doute par sa situation première, qui ne donne lieu, ordinairement, à aucun symptôme, c'est-à-dire dans la portion de l'aorte thoracique descendante située entre l'intersection de la bronche et le diaphragme.

Observation intéressante pour plusieurs raisons : d'abord, puisqu'elle établit la latence absolue d'un gros anévrysme derrière un épanchement pleural modéré ; ensuite, parce qu'elle démontre que cet épanchement avait eu pour résultat d'empêcher l'extension rapide de la poche anévrysmale ; enfin, parce que le malade présentait aussi un symptôme assez rare, non signalé jusqu'ici dans ces cas, l'*érythromélgie*, caractérisée par une véritable paralysie vaso motrice des extrémités, se manifestant sous forme de gonflement et de coloration très rouge des membres inférieurs avec quelques douleurs, surtout dans la station debout. Cet accident,

a été signalé (mais non pas dans les anévrysmes aortiques) par Duchenne (de Boulogne), puis étudié par Weir Mitchell en 1870, par Straus et par Lannois en 1880.

Dans certains cas, on croit à un épanchement pleural qui n'existe pas, et cependant presque tous les symptômes semblent réunis pour entretenir et justifier l'erreur : matité dans un côté de la poitrine, diminution des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire. Alors, lorsqu'à l'autopsie on ne trouve aucune trace du liquide dans la plèvre, on constate souvent que l'anévrysme a, par une compression presque complète d'une des bronches, favorisé au-dessous de l'obstacle l'accumulation du mucus bronchique, d'où les signes *pseudo-pleurétiques*. J'ai vu un fait de ce genre, et Desplats (de Lille) a publié autrefois, vers 1879, une observation semblable.

2° *Importance du siège des anévrysmes.* — Il ne faut pas croire que les épanchements pleuraux sont toujours causés par l'irritation inflammatoire de la poche anévrysmale se propageant à la plèvre voisine, et qu'ils sont constamment symptomatiques de *gros* anévrysmes. Ils coïncident parfois avec de *petits* anévrysmes, mais placés de telle sorte que la compression d'organes importants joue un rôle capital dans la production d'un épanchement pleural, situé alors à droite, tandis que ceux dont nous venons de parler sont à gauche pour une raison facile à comprendre.

Voici, à ce sujet, le résumé d'une observation :

Une femme de trente-cinq ans vient mourir à l'hôpital, après avoir présenté les symptômes suivants : œdème considérable des membres inférieurs, et, dans les dernières semaines de la vie, œdème très prononcé de l'avant-bras et du bras gauche (sans aucune trace d'albumine dans les urines), veines thoraciques très apparentes, noirâtres et dilatées, épanchement pleural *droit*, aucun symptôme cardiaque, ni aortique. A l'autopsie, on trouve d'abord la veine cave inférieure absolument libre ; le tronc veineux brachio-

céphalique dans lequel se jette la veine azygos complètement obstruë par un caillot, et la veine azygos elle-même considérablement dilatée. Toutes ces lésions étaient la conséquence de la compression par un petit anévrisme, gros comme une noix, siégeant au-dessus de la valvule sigmoïde de l'aorte, qui correspond, par sa situation, à la grande valve mitrale. Cette petite poche anévrysmale était en rapport avec l'oreillette gauche, le bord supérieur de la cloison interauriculaire sur lequel vient s'aboucher la veine cave supérieure, d'où stase sanguine dans ce vaisseau et ses branches afférentes (tronc brachio-céphalique et veine azygos), ainsi que dans les oreillettes remplies de caillots anciens.

3^e *Cœur dans l'anévrisme de l'aorte.* — Dans l'observation que je viens de rapporter, le cœur était notablement *hypertrophié*, ce qui s'expliquait par l'existence d'une artérite généralisée et d'une néphrite artérielle à son début. Or, souvent, et cela contrairement à l'opinion commune, dans les anévrysmes aortiques, même et surtout les plus volumineux, qui ne constituent qu'un accident *local* d'une paroi artérielle, le cœur est *atrophie*. Ce fait, en apparence paradoxal, sur lequel Stokes a le premier appelé l'attention, s'explique par l'existence même d'une énorme poche anévrysmale, voisine du cœur, et renfermant ainsi une grande quantité de sang que celui-ci doit contenir.

Dans d'autres cas, le cœur est au contraire très *hypertrophié*: c'est lorsque l'anévrisme aortique est l'accident local d'une maladie généralisée, de l'artériosclérose, et alors le cœur ne s'hypertrophie pas parce qu'il y a quelque part un anévrisme, mais parce que la tension artérielle reste très élevée, et qu'il existe en même temps de la néphrite interstitielle; il s'agit, en un mot, d'un gros cœur rénal.

Ces faits ont une grande importance. Il y a de gros anévrysmes aortiques pour un cœur petit et atrophié, avec tension artérielle normale et le plus souvent abaissée; il y a de petits ou de gros anévrysmes aortiques avec cœur très

hypertrophié, tension artérielle exagérée, accidents rénaux en imminence. Dans le premier cas, maladie localisée, accident local de la paroi artérielle; dans le second, maladie généralisée à la plus grande partie du système artériel. Or, on peut remarquer que cette dernière forme anévrysmale, dans laquelle le traitement par le régime lacté institué de bonne heure joue un grand rôle, est plus favorablement influencée par la médication iodurée, même en l'absence de toute étiologie syphilitique.

II. — Épanchements abdominaux des anévrysmes.

De même que pour les anévrysmes de l'aorte thoracique, il existe des anévrysmes de l'aorte abdominale cachés derrière un épanchement ascitique abondant, et celui-ci peut, pendant un temps, les faire méconnaître ou entraîner, si le médecin intervient chirurgicalement, une erreur thérapeutique des plus graves.

Je rapporterai, à ce propos, l'histoire fort intéressante d'un malade qui me fut adressé, il y a quelques années, par un confrère de province. Ce malade avait depuis fort longtemps des douleurs permanentes, siégeant au niveau des membres inférieurs et particulièrement à la jambe gauche. Ces souffrances furent rapportées à la diathèse arthritique, et le malade usa de quantités de liniments variés dont l'effet demeura absolument négatif, sans compter les médicaments internes.

Quelques mois avant le moment où il me fut envoyé, il présenta de l'ascite. Le diagnostic porté par le médecin fut : cirrhose hépatique avec ascite consécutive. Cependant, ce diagnostic, à cause de quelques particularités anormales, ne le satisfaisait pas complètement, et avant de pratiquer la ponction abdominale, il désira prendre notre avis.

Il y avait certainement du liquide ascitique, mais en petite quantité, et je remarquai heureusement trois phénomènes insolites : d'abord, l'immobilité relative de la masse liquide

qui ne paraissait pas obéir aux changements de position du malade; ensuite, une tension anormale et *médiane* de la paroi abdominale; enfin, l'existence de battements très diffus, d'une expansion en masse très profonde, et un retard plus accentué que d'ordinaire des pulsations fémorales sur les contractions du cœur.

Il s'agissait donc d'un anévrisme aortique latent, qui était en partie masqué et contenu par l'épanchement ascitique. Du reste, dans la suite, les signes d'un anévrisme se sont accentués, au point de ne permettre aucun doute.

J'ai à peine besoin de dire que la paracentèse de l'abdomen ne fut pas pratiquée. Mais supposez un instant que l'examen clinique eût été incomplet et que nous eussions cru à un fait banal de cirrhose hépatique, avec ascite consécutive, comme le premier diagnostic en avait été porté!

XXVII. — TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES AORTIQUES

- I. INJECTIONS GÉLATINEUSES : Indications et contre-indications; accidents.
- II. HYGIÈNE ET RÉGIME ALIMENTAIRE. Leur importance capitale.

I. — Injections gélatineuses.

Les meilleures médications doivent être employées avec méthode. On a beaucoup parlé, dans ces derniers temps, du traitement des anévrismes à l'aide d'injections sous-cutanées gélatineuses. Or, cette médication, qui n'a pas été sans donner de bons résultats, n'est cependant pas absolument inoffensive et doit être employée avec prudence.

Je rapporterai à ce sujet deux observations : l'une due au Dr Boinet, agrégé et médecin des hôpitaux de Marseille (1); l'autre, qui m'a été communiquée par mon collègue le Dr Barth, médecin de l'hôpital Necker.

Cependant, je tiens à dire que ces deux cas, dont l'issue fut défavorable, ne sauraient, en aucune façon, porter atteinte à cette méthode thérapeutique. Bien au contraire, je pense qu'il est utile de bien les mettre en lumière, car ils serviront à montrer que parfois ces injections *agissent trop*, qu'il faut les pratiquer avec prudence et modération, et qu'il importe surtout de bien établir les bases de la technique opératoire.

La connaissance de ces faits pourra servir à cette méthode thérapeutique qui, à l'instar de toutes les bonnes et puissantes médications, peut et doit avoir son revers de médaille. On n'a jamais songé à abandonner la digitale parce qu'elle produit parfois quelques accidents; il en sera

(1) *Revue de médecine*, 10 juin 1898.