

HUITIÈME LEÇON

DE L'ANÉVRYSME AORTIQUE AU DÉBUT

Hémoptysie chez un malade atteint d'une lésion du poumon. — Difficultés du diagnostic de la nature de cette lésion. — Symptômes du côté de l'appareil circulatoire.

Signes de la dilatation anévrysmale de l'aorte. — Battements et claquements doubles. — Importance de l'absence de souffle. — Diagnostic direct de la lésion. — Diagnostic indirect ou par exclusion. — Rectification de la symptomatologie de l'anévrysme aortique. — Mode de production des signes physiques.

Complément de l'histoire de ce malade. — Sa lésion aortique. — Sa lésion pulmonaire. — Des phénomènes stéthoscopiques pseudo-cavitaires.

MESSIEURS,

Un jeune homme de vingt et un ans entrant dans le service (salle Saint-Charles, n° 16), il y a une dizaine de jours, pour un crachement de sang dont il avait été subitement atteint en pleine santé. Garçon maçon de son état, cet individu soulève et porte de lourds fardeaux, et il fait journallement un travail qui n'est point en rapport avec la faiblesse native de sa constitution. Néanmoins, et bien que depuis quatre ans déjà il se livre à ce métier pénible, il a toujours eu une excellente santé, et ce n'est pas sans une certaine emphase qu'il affirme n'avoir jamais été arrêté par la plus légère indisposition. Six jours avant son entrée à l'hôpital, il était un matin chez le marchand

de vin avec quelques camarades, lorsque, sans douleur, sans quinte de toux, il se trouva la bouche pleine de sang; durant toute cette journée, il rendit ainsi plusieurs gorgées de sang pur, mais cet accident ne l'empêcha point de travailler comme d'habitude. Le lendemain, rien de pareil; mais le jour suivant, nouveau crachement de sang survenant brusquement le matin, continuant jusqu'au soir, se renouvelant le jour suivant, et persistant avec une abondance décroissante pendant quatre jours. Alors ce garçon vint à l'hôpital; il avait donc eu deux atteintes d'hémoptysie, à trente-six heures de distance, et la seconde, dont le début remontait à quatre jours, durait encore lorsque nous avons vu le malade. Mais elle était fort peu abondante; quelques crachats sanglants en marquaient seuls l'existence, et d'après les renseignements fournis par ce jeune homme, il était clair que depuis deux jours déjà le liquide expectoré avait complètement changé de nature. C'était au début du sang rouge et spumeux; mais peu à peu la teinte était devenue plus foncée, le caractère spumeux s'était effacé, et nous ne trouvions dans le crachoir qu'un liquide noir, parfaitement fluide, sans tendance à la coagulation, sans mélange appréciable de mucosités.

A ne juger que d'après les modifications physiques du sang, il était clair que l'hémoptysie avait présenté deux phases successives: pendant les deux premiers jours, le sang avait été rendu aussitôt qu'il était versé dans les bronches, de là sa rutilance et sa coagulabilité; puis après cela, le sang expectoré avait perdu ces caractères, et il témoignait par sa coloration noire et sa fluidité d'un séjour plus ou moins prolongé dans les extrémités bron-

chiques et les alvéoles du poumon. Il y a donc eu vraisemblablement, chez ce garçon, une seule hémorragie broncho-pulmonaire; une partie du sang a été immédiatement rendue; l'autre portion s'est d'abord coagulée et n'a été expectorée que peu à peu; c'est la seule explication possible des transformations subies par le sang dans la seconde période de l'hémoptysie. Cette deuxième phase a duré encore pendant les quatre jours qui ont suivi l'arrivée du malade dans notre service, après quoi toute trace de sang a disparu des crachats qui, très-peu abondants d'ailleurs, présentent aujourd'hui un caractère purement muqueux.

Cet accident, du reste, n'a eu aucune influence sur la santé de ce garçon; il n'a jamais eu de fièvre, il n'éprouve aucune gêne pour respirer, il tousse à peine, il se sent aussi fort que par le passé, il mange bien, il dort bien, et comme il voit que son crachement de sang a complètement cessé, il ne demande qu'à sortir de l'hôpital et à reprendre son travail.

Quelle a donc été la cause de cette hémoptysie subite dont je vous ai exposé les phases? En raison de l'âge de l'individu, c'est à une lésion tuberculeuse du poumon que nous devons penser d'abord, et l'examen de l'organe montre qu'en effet son tissu a subi une altération profonde. Le poumon gauche est parfaitement sain, la respiration est ample et moelleuse, aussi bien au sommet qu'à la base; il n'y a pas trace de bruit anormal, la sonorité est partout naturelle. Mais à droite les résultats sont autres. Dans toute la partie supérieure, en avant, sur le côté et en arrière, nous trouvons une matité complète, absolue, avec perte totale d'élasticité sous le doigt; il

semble vraiment qu'on percute un bloc de pierre; les limites de cette matité correspondent exactement au lobe supérieur du poumon; dans la région mate, les vibrations thoraciques sont évidemment exagérées. Dans le reste de la poitrine, le son est normal. L'auscultation fait entendre au niveau de la matité un souffle tubaire d'une intensité rare, et une bronchophonie éclatante non articulée; ces phénomènes ont identiquement les mêmes caractères dans toute l'étendue de la zone mate, et l'on n'y perçoit aucun râle, même en faisant tousser le malade à plusieurs reprises.

Il n'est pas difficile de remonter de ces signes à la condition physique qui leur donne naissance: le lobe supérieur du poumon droit est absolument imperméable et induré: voilà pour la matité, le souffle, la bronchophonie et les vibrations vocales; l'induration est homogène et compacte: voilà pour l'absence de râles. Mais il n'est pas à beaucoup près aussi aisé de déterminer la nature de cette induration. L'idée d'une induration tuberculeuse se présentait naturellement à mon esprit, mais je me heurtai contre plusieurs circonstances difficilement conciliables avec cette présomption. La lésion n'existait que d'un côté, et, par contre, elle avait envahi la totalité du lobe supérieur, avec la confluence nécessaire pour le transformer en une masse dure, homogène et imperméable; malgré la gravité de ces désordres, malgré l'hémoptysie initiale, il n'y avait pas le moindre signe de catarrhe bronchique; telles étaient les difficultés nées de l'état local. Elles augmentaient encore lorsque je venais à considérer l'état général. Le malade ne présentait aucun antécédent suspect, il n'avait jamais toussé, n'était pas

sujet à s'enrhumer; il n'avait jamais eu de dyspepsie, encore moins de diarrhée ou de vomissements, pas de fièvre le soir, pas de sueurs nocturnes, pas d'amaigrissement ni même d'affaiblissement. Voilà certes, messieurs, un ensemble de circonstances qui ne cadraient guère, au point de vue médical, avec l'hypothèse d'une lésion tuberculeuse colossale de l'un des poumons.

Or, tandis que j'agitais ces données contradictoires, et que pour asseoir mon jugement je procédais à un nouvel examen du côté malade, je constatai, non sans surprise, un autre phénomène qui ouvrait une voie nouvelle aux investigations. Dans la région sous-claviculaire droite j'entendais deux bruits parfaitement secs, parfaitement rythmés, et identiques avec deux bruits normaux du cœur; cette identité était si complète, que je ne pouvais pas hésiter à qualifier ces bruits de claquements membraneux; mais elle m'imposait en même temps l'obligation de m'assurer, avant de passer outre, qu'il ne s'agissait pas d'une transposition du cœur; c'est vous dire combien ces deux tons étaient semblables aux bruits cardiaques; au surplus, je vous recommande à tous de constater vous-mêmes chez le malade ces phénomènes et ceux dont je vous parlerai bientôt.

En aucun point de la région précordiale il n'existe de soulèvement, de pulsation appréciable à l'œil; mais cela tient à ce que le cœur est un peu abaissé, de sorte que la pointe bat exactement derrière la sixième côte; la percussion et l'auscultation ne laissent pas de doute sur la présence du cœur en son siège ordinaire, et le foie occupe l'hypochondre droit; il ne peut donc être question d'une transposition de viscères.

Ce premier point acquis, que vous ne devez jamais négliger en pareil cas, nous devons prendre encore une autre précaution, avant d'attacher à ces deux bruits de claquement une signification pathologique quelconque; nous devons nous assurer qu'ils ne résultaient pas tout simplement du renforcement et de la transmission des bruits normaux du cœur; cette obligation était d'autant plus impérieuse que nous avons ici une condition éminemment propre à favoriser la propagation du son, savoir : l'induration du poumon droit. Il fallait donc y regarder de très-près. C'est ce que j'ai fait, et pour trois motifs que je vais déduire, j'ai conclu que les bruits perçus à droite ne sont pas les tons normaux du cœur.

Le premier motif est fourni par un mode d'appréciation que je vous ai signalé dans notre précédente leçon; les bruits de droite ont le même rythme, la même régularité que ceux de gauche, et ils sont un peu plus faibles, mais ils n'ont pas le même timbre non plus que la même tonalité. Ils sont plus éclatants, plus clairs, notamment le premier d'entre eux, et ils sont moins graves dans le sens musical du mot. Or, je vous l'ai dit, un bruit se transmet avec une force variable, mais avec son timbre et son ton primitifs.

Le second motif est tiré de l'existence de deux maxima. Auscultez la pointe du cœur sur la sixième côte gauche, vous entendez les deux tons de l'organe; remontez obliquement vers le tiers moyen du sternum, ils s'affaiblissent sous l'oreille, pour croître de nouveau à partir de ce point jusqu'au deuxième espace intercostal droit, où vous percevez au maximum les deux claquements anormaux. Ce ne peut être là le fait d'une simple propagation.

Mon troisième motif, pour être moins péremptoire, mérite cependant d'être signalé. L'induration du poumon droit occupant la totalité du lobe supérieur, des bruits transmis devraient être entendus aussi bien en arrière qu'en avant; or, vous ausculterez vainement avec toute l'attention possible la région interscapulaire de notre malade, vous n'entendrez rien qui rappelle les deux bruits perçus en avant et à droite.

Ainsi, les deux claquements que nous percevons dans le deuxième espace intercostal droit ne résultent pas d'une transposition du cœur, ils ne proviennent pas d'une transmission insolite des bruits cardiaques normaux; ce sont donc des bruits nés sur place, dans le point même où ils sont entendus, et nous pouvons sans crainte nous préoccuper maintenant d'en rechercher la cause. Dans ce but, nous devons d'abord étudier avec soin tous les caractères de ces bruits, après quoi nous examinerons s'ils coïncident avec quelque autre phénomène significatif.

En vous disant que ces bruits méritent la qualification de claquements, je vous ai indiqué déjà leurs caractères fondamentaux; ce sont des bruits bien détachés, des bruits de percussion analogues aux tons du cœur. Ces deux claquements ne sont pas parfaitement semblables entre eux; le premier est le plus long et le plus sourd, il éclate immédiatement comme s'il était produit par la détente d'un ressort, puis il cesse non pas subitement, mais en s'atténuant graduellement; le second, séparé du précédent par un petit silence analogue à celui du cœur, est au contraire d'une brusquerie et d'une netteté remarquables. Après ces deux bruits vient un intervalle silen-

cieux semblable au grand silence du cœur, après quoi le double claquement conjugué reparait avec les mêmes caractères. Le premier de ces deux bruits précède quelque peu la pulsation radiale.

Voilà pour les claquements en eux-mêmes; les phénomènes coïncidents sont d'une haute importance, ils sont fournis par la palpation et par la vue.

Lorsqu'on applique la paume de la main à plat sur la partie interne du deuxième espace intercostal droit, on perçoit deux battements associés comme les deux bruits; le premier est plus prolongé que le second. Ces battements sont extrêmement limités, ils ne sont appréciables que dans le point précis que j'ai indiqué; je l'ai marqué sur le thorax du malade avec le crayon de nitrate d'argent; mais, dans ce point-là, ces mouvements alternatifs présentent toute la netteté désirable. Si, tandis que l'une des mains est appuyée sur ce foyer de battements, l'autre est placée sur la région précordiale, il est facile de constater que les deux soulèvements ne sont pas parfaitement isochrones; la systole cardiaque devance d'une quantité infiniment petite le mouvement expansif du deuxième espace droit; une exploration complémentaire apprend en revanche que ce mouvement devance un peu le soulèvement de la radiale, de sorte qu'en réunissant ces deux données vous arrivez à cette conclusion fort importante: le premier battement anormal est intermédiaire à la systole cardiaque et à la pulsation radiale, il succède à la première et devance la seconde.

La palpation révèle encore un phénomène qui parle hautement dans le même sens que les précédents; c'est un frémissement vibratoire ou thrill, que je ne puis mieux

décrire qu'en le comparant au frémissement que l'on perçoit sur une varice anévrysmale; mais ce frémissement n'est pas continu, il est franchement intermittent et coïncide mathématiquement avec la première pulsation. Vous sentirez déjà ce thrill en appliquant simplement la main sur le point désigné, mais vous le percevrez infiniment mieux avec un seul doigt allongé bien à plat dans l'espace intercostal.

Lorsque, debout auprès du malade, on examine sa poitrine en plongeant le regard de haut en bas, sur le foyer des bruits et des battements anormaux, on ne constate rien, absolument rien, et si l'on se bornait à ce mode d'examen, on resterait privé, sans s'en douter, d'un élément fort intéressant, ou plutôt on croirait à tort qu'il fait défaut. Mais recourez au procédé conseillé par Greene, agenouillez-vous à côté du lit, de manière que votre rayon visuel soit sensiblement au niveau de la paroi thoracique antérieure, et regardez alors attentivement le point suspect, vous constaterez aussitôt une double pulsation qui échappe complètement à tout autre examen. Ces pulsations visibles sont semblables et isochrones aux battements perçus par la main; la seconde est très-brève; la première ne représente pas un simple soulèvement, c'est un soulèvement avec ondulation légère. Plus limitées encore que les battements, ces pulsations ne sont apparentes que dans une très-petite étendue; on pourrait couvrir avec une pièce de cinquante centimes le point dans lequel elles se montrent.

En résumé, messieurs, notre malade a pour ainsi dire deux cœurs battant dans sa poitrine, l'un à gauche avec son étendue et ses caractères ordinaires; l'autre à droite,

dans le deuxième espace intercostal, à deux travers de doigt du bord latéral du sternum, présente, restreints et atténués tous les phénomènes du premier; il y a là un centre de pulsations appréciables par la vue, un centre de battements sensibles à la main, un centre de claquements perceptibles par l'oreille. Rien de particulier, du reste, ni dans les vaisseaux du cou, ni dans les radiales.

En présence d'un ensemble de symptômes aussi nets et qui, se complétant les uns par les autres, convergent tous dans le même sens, il n'y a vraiment pas lieu à un diagnostic différentiel; la conclusion s'impose d'elle-même: nous avons affaire à une lésion artérielle, à une dilatation anévrysmale siégeant plus ou moins profondément dans la poitrine, au niveau du deuxième espace intercostal droit. Les pulsations que l'œil constate, le thrill vibratoire que perçoit la main, suffiraient pour le démontrer, car ces phénomènes ne se retrouvent sur aucun autre point du système artériel, et notre malade n'a pas d'insuffisance aortique; l'absence de cette complication, fréquente en pareille occurrence, facilite grandement l'appréciation. Mais, dans des cas analogues à celui que nous avons sous les yeux, les signes physiques qui nous ont dicté notre jugement sont tenus parfois pour insuffisants; le médecin incomplètement éclairé sur leur valeur hésite et n'ose conclure; il sera donc utile de vous montrer, à côté du diagnostic direct que je viens de formuler, la marche que doit suivre ici le diagnostic indirect ou par exclusion.

Les phénomènes locaux que nous avons analysés étant bien et dûment constatés, trois éventualités seulement peuvent être invoquées pour en rendre compte: c'est

une tumeur intra-thoracique non artérielle, qui, en raison de sa situation, rend appréciables les battements ordinairement cachés de l'une des grosses artères de la poitrine; — c'est une tumeur intra-thoracique non artérielle, mais pulsatile par elle-même; — c'est une lésion artérielle, une dilatation anévrysmale.

Remarquez avant tout, messieurs, que, chez notre malade et dans tous les cas semblables au sien, les deux premières hypothèses ne doivent pas même être soulevées. Elles se rapportent en effet au diagnostic de l'anévrysme thoracique ancien, et volumineux au point de constituer une tumeur dans la poitrine; alors se présente la question de la nature de la tumeur, et les deux présomptions précédentes doivent être l'objet d'un sérieux examen; car c'est dans cette dernière étape de la diagnose que sont accumulées les plus grandes difficultés. Mais chez notre jeune homme il n'existe pas de tumeur intra-thoracique, les phénomènes physiques sont localisés dans le très-petit espace que je vous ai indiqué; sur ce point précis le son est mat, mais au-dessous et au dedans de ce point la sonorité est normale; et si en dehors et au-dessus de ce foyer vous avez de la matité, c'est celle du lobe supérieur du poumon, car elle se continue sans ligne de démarcation avec la matité sous-claviculaire et avec l'axillaire; dans toute cette zone, l'auscultation fait entendre des bruits anormaux respiratoires, qui tranchent de la manière la plus nette avec les claquements membraneux du point pulsatile.

Mais, abstraction faite même de ces considérations fondamentales, les symptômes, tels que nous les percevons, sont absolument inconciliables soit avec l'idée d'une tu-

meur agissant sur une grosse artère, soit avec l'hypothèse d'une tumeur pulsatile par elle-même.

Supposez une production dure, une tumeur située en avant de l'aorte et soulevée par elle, de manière à faire saillir, suivant un rythme isochrone aux battements artériels, les parties molles du deuxième espace intercostal en un point limité; vous pourrez bien avoir à l'oreille les deux claquements aortiques normaux, transmis et exagérés par la production interposée jouant le rôle de conducteur et de table de renforcement, mais c'est là toute la ressemblance; vous auriez un soulèvement brusque et direct, sans expansion, sans ondulation aucune, et la seconde pulsation manquerait complètement; il en serait de même du thrill ou frémissement vibratoire qui, dans le cas supposé, ferait nécessairement défaut. — Admettez-vous, au contraire, une tumeur solide située plus profondément derrière l'aorte et poussant ce vaisseau d'arrière en avant, vous pourrez avoir le frémissement vibratoire, mais vous n'aurez encore qu'une pulsation; en outre, il y aurait certainement du souffle au lieu de claquements membraneux, par suite de la compression postéro-antérieure de l'artère et de la diminution de son calibre. Enfin, dans l'une et l'autre de ces variétés, en raison des rapports anatomiques des parties, il y aurait des signes de compression, soit du côté de la veine cave supérieure, soit du côté de la bronche droite.

Quant aux tumeurs non artérielles pulsatiles par elles-mêmes, ce sont les cancers vasculaires; ils peuvent donner lieu à une pulsation expansive, avec retrait progressif; ils peuvent même, dans quelques cas rares, déterminer du frémissement à la main, mais jamais, au

grand jamais, ils ne deviennent le siège de bruits de claquement; ce sont invariablement des bruits de souffle qui y sont produits.

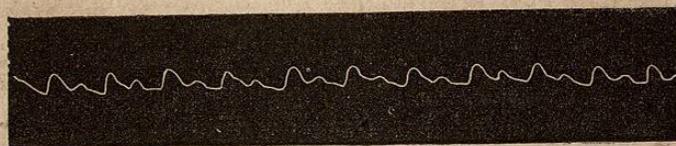
Tel est le diagnostic indirect ou par exclusion : il nous conduit au même résultat que le diagnostic direct, et l'un et l'autre peuvent être uniquement déduits des phénomènes physiques perçus au foyer pulsatile; mais il n'en serait pas de même, songez-y bien, si nous avions là du souffle au lieu de claquements; ce qui fait la netteté du cas actuel, ce qui permet de le juger catégoriquement et sans réserves, c'est justement l'absence de souffle; il y a quelques moments, cette proposition vous eût paru sans nul doute fort paradoxale, mais l'analyse qui précède l'a, je pense, pleinement justifiée à vos yeux; car vous avez pu voir que ce caractère négatif m'a libéré d'emblée des obligations les plus difficiles du diagnostic différentiel.

Il est certain que notre jeune homme est atteint d'une lésion anévrysmale; il n'est pas moins sûr que cette lésion est de très-petit volume, car vous pouvez la mesurer à l'étendue du foyer dans lequel sont perçus les bruits et les battements, et ce foyer n'a pas plus d'un centimètre carré. Quant à l'artère intéressée, il n'y a pas de doute possible; c'est l'aorte dans le point où elle correspond au deuxième espace intercostal droit, c'est-à-dire après son émergence à droite et en arrière de l'artère pulmonaire et avant le coude initial de la crosse; c'est donc l'aorte ascendante proprement dite qui est le siège de la dilatation anévrysmale, et comme il y a déjà des pulsations visibles à l'œil, quoique l'altération, je le répète, soit très-peu volumineuse, il est permis de préciser davantage et localiser la dilatation sur la face antérieure du cylindre

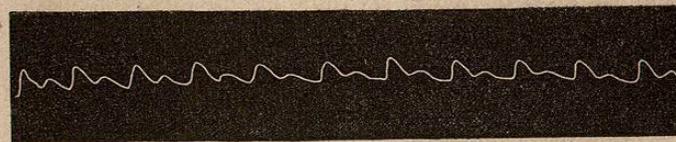
aortique. Le point dilaté se laisse distendre d'arrière en avant, et comme l'artère est en ce lieu plus superficielle que dans tout le reste de son parcours, il suffit d'une très-petite projection de la paroi pour produire ces battements limités appréciables par l'œil et par la main.

Indépendamment de la situation du foyer, une autre preuve nous montre clairement que la lésion occupe l'aorte ascendante avant l'origine de l'artère brachio-céphalique droite; cette preuve, c'est la similitude parfaite des deux pouls radiaux; vous pouvez la constater à la main, et mieux encore dans les deux tracés sphygmographiques que voici :

Tracé n° 15. — Radiale droite.



Tracé n° 16. — Radiale gauche.



Remarquez la petite pulsation qui interrompt subitement la ligne descendante; ce phénomène, qui est tout simplement l'exagération du dicrotisme normal, est dû précisément à l'ampoule aortique, dont la réaction brusque après la systole du cœur provoque une seconde ondulation de la colonne sanguine.

J'ai signalé à plusieurs reprises l'absence totale de