

ver deux cas de rétrécissement pulmonaire d'origine nettement hérédosyphilitique ; peut-être même peut-on attribuer aux troubles de la nutrition occasionnés par cette infection *in ovo* d'autres dystrophies cardiaques, telles que la non obturation du trou de Botal ou du septum interventriculaire. Car, je l'écrivais il y a peu de temps encore dans mon rapport au Congrès de Lille sur les myocardites :

« La syphilis cardio-artérielle ou cardio-aortique est plus fréquente qu'on le pense. Dans un certain nombre de cas où l'on a observé, en l'absence de toute étiologie connue, des maladies chroniques de l'aorte et du myocarde ou seulement du myocarde, l'hérédosyphilis, qui pèse longtemps sur l'existence de l'individu, doit être recherchée. Nous en avons vu une dizaine de cas, et le chapitre de l'hérédosyphilis cardiaque, précoce ou tardive, doit être plus largement ouvert (1). »

Malheureusement, la thérapeutique ne peut bénéficier de ces connaissances étiologiques, elle s'inspire des mêmes indications, qu'il s'agisse d'un rétrécissement mitral, congénital ou acquis.

(1) Voir l'excellente et récente thèse de mon ancien interne, Deguy : *La Syphilis du cœur et de l'aorte.* (Thèse de Paris, mai 1900.)

XXIV. — ANÉVRYSMES DE L'AORTE.

- I. ANÉVRYSME DE L'AORTE THORACIQUE. — 1° Examen clinique. — 2° Caractères cliniques des névralgies anévrysmales. — 3° Quelques faits de névralgies anévrysmales. — 4° Anévrysmes aortiques et épanchements pleuraux.
- II. ANÉVRYSME DE L'AORTE ABDOMINALE. — 1° Douleurs névralgiques dans les anévrysmes de l'aorte abdominale. — 2° Anévrysme de l'aorte abdominale et ascite.

I. — Anévrysmes de l'aorte thoracique.

1° EXAMEN CLINIQUE.

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 ; il était pâle, défait, amaigri, portant 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, avant de me l'adresser, 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 prenait 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 aujourd'hui, et j'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 anévrisme de l'aorte thoracique, situé dans la zone comprise entre la bronche gauche et la face supérieure de diaphragme, zone où l'anévrisme peut rester pendant plusieurs années à l'état latent, n'occasionnant, comme symptôme dominant, que des douleurs névralgiques 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 anévrisme 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 névralgie, j'ai été amené à faire le diagnostic d'anévrisme. Ce cas est curieux, mais il n'est pas isolé, et avant de citer quelques autres faits semblables, il importe d'insister sur les caractères cliniques des névralgies anévrysmales.

2° CARACTÈRES CLINIQUES DES NÉVRALGIES ANÉVRYSMALES.

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 *révéléateur* 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).

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

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

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 anti-névralgiques.

Le siège de ces douleurs est extrêmement variable sans doute ; 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 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 inter-scapulaire ; 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.

Or, 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 des malades), 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'anévrisme, 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'anévrisme, et il faut toujours se rappeler que, de toutes les tumeurs intra-thoraciques, 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.

3° QUELQUES FAITS DE NÉVRALGIES ANÉVRYSMALES.

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 névralgie n'a pas toujours éclairé le diagnostic, il n'en est pas moins vrai qu'elle a existé.

Mon collègue Rendu 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 anévrisme des artères sous-clavières et axillaires, 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 anévrisme 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 martèlement, 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 anévrisme siégeant, soit au niveau de l'aorte, soit au niveau de la sous-clavière ou de l'axillaire.

4° ANÉVRYSMES AORTIQUES ET ÉPANCHEMENTS PLEURAUX.

J'ai eu l'occasion d'observer à l'hôpital, pendant plus de cinq ans, un malade atteint d'un énorme anévrisme 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 anévrismes 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.

Mais 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.

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 anévrisme 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 kyste 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 4200 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 anévrisme 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 thoracentèse 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 Dr Weber. Quelle ne fut pas notre stupéfaction en voyant aussitôt l'aiguille de l'instrument animée de grandes oscillations, et faire ainsi office de sphygmographe! 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 anévrisme 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 anévrisme 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'érythromé-lalgie*, 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.

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 obstrué par un caillot, et la veine azygos elle-même considérablement dilatée. Toutes ces lésions étaient la conséquence de la compression d'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.

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'artério-sclérose, et alors le cœur ne s'hypertrophie pas, parce qu'il y a quelque part un anévrisme, mais parce que