

En résumé, lorsque se présente un malade avec 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, surtout leur constante exacerbation ou diminution sous l'influence d'attitudes diverses les distinguent des autres névralgies. Alors vous chercherez, et souvent vous parviendrez à dépister l'existence d'une tumeur anévrysmale que vous auriez pu longtemps méconnaître sans la connaissance de tous ces faits.

### XXXI. — ÉPANCHEMENTS PLEURAUX, ÉPANCHEMENTS ABDOMINAUX DES ANÉVRYSMES

- I. ÉPANCHEMENTS PLEURAUX. — 1<sup>o</sup> Erreurs de diagnostic : épanchements pleuraux avec anévrysmes. Extension considérable d'un anévrysme de l'aorte thoracique après la thoracentèse. Érythromélgie. Signes pseudo-pleurétiques par compression d'une des bronches. — 2<sup>o</sup> Importance du siège des anévrysmes ; épanchement pleural droit avec compression de la veine cave supérieure, stase sanguine dans ce vaisseau et ses branches afférentes (tronc brachio-céphalique et veine azygos) et dans les oreillettes remplies de caillots anciens. — 3<sup>o</sup> Cœur dans l'anévrysme de l'aorte ; hypertrophie ou atrophie du cœur ; gros anévrysmes et cœur atrophie avec tension artérielle normale ou abaissée ; petits anévrysmes et gros cœur avec tension artérielle surélevée. Déductions thérapeutiques.
- II. ÉPANCHEMENTS ABDOMINAUX. — Observation et erreurs de diagnostic.

#### I. — Épanchements pleuraux.

J'ai observé pendant plus de cinq ans à l'hôpital un malade atteint d'un anévrysme de l'aorte descendante. A deux reprises et 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 après six semaines.

Dans ce cas, ainsi que dans quelques autres qui vont être rapportés, peut-on admettre l'existence d'une simple pleurésie *a frigore* ? Cette explication est sujette à caution, en raison même de la récurrence, de l'absence de refroidissement, 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, 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. »

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, à en juger par l'étendue et l'intensité de la matité, par les troubles respiratoires et dyspnéiques. Cependant il y avait 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 1 200 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 cinq ans, un malade de quarante-quatre 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 présente 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 pratique la thoracentèse avec l'aide de mon ancien interne, le Dr Weber. Quelle n'est pas notre stupéfaction en voyant aussitôt l'aiguille de l'instrument animée de grandes oscillations et faire ainsi office de sphygmographe ! On retire seulement 850 grammes d'un liquide séreux et limpide, non sanguinolent, ce qui prouve qu'heureusement l'aiguille n'a 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 double 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, l'*érythromélagie*, 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*. Desplats (de Lille) a publié un fait de ce genre (vers 1879), et il y a six ans j'ai vu un fait absolument 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 celui dont nous venons de parler est 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 obstruée par un caillot, et la veine azygos elle-même considérablement dilatée. Toutes ces lésions étaient la conséquence de la compression par un petit anévrysme, 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 et 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° *Cœur dans l'anévrysme de l'aorte.* — 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 aussi une grande quantité de sang que celui-ci doit contenir.

Dans d'autres cas, comme dans l'observation précédente, le cœur est au contraire très *hypertrophié* : c'est lorsque l'anévrysme aortique est l'accident local d'une maladie généralisée, de l'artériosclérose. Alors le cœur ne s'hypertrophie pas parce qu'il y a quelque part un anévrysme, 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 de l'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, 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.

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 rapporte à ce propos l'histoire 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 attribuées à une sciatique un peu anormale d'origine rhumatismale, 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 ensuite par le médecin fut : cirrhose hépatique avec ascite consécutive. Cependant ce diagnostic, en raison de quelques particularités anormales, ne le satisfaisait pas complètement, et, avant de pratiquer la ponction abdominale, il désira prendre mon 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 bat-

tements 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 anévrysme aortique latent qui était en partie masqué et contenu par l'épanchement ascitique. Du reste, dans la suite, les signes d'un anévrysme 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!...