

Bibliothèque numérique

medic@

**Dictionnaire des maladies  
éponymiques et des observations  
princeps : Rendu - Osler (maladie de)**

**RENDU, Henri. - Epistaxis répétées  
chez un sujet porteur de petits  
anigomes cutanés et muqueux**

*In : Bulletins et mémoires de la Société médicale des  
hôpitaux de Paris, 1896, Vol. 13, pp. 731-3*

voir sur le dessin se rapportant à ce fait intéressant. D'autre part, chez un enfant mort de broncho-pneumonie et atteint de gastrite dégénérative également vacuolaire, mais portant sur les cellules principales, dont je vous montre aussi les dessins, il existait des microbes en bâtonnets, non pas dans les tubes, mais dans le tissu interstitiel. Nous décrirons plus tard, M. Lion et moi, ces faits en détail.

On peut dire déjà que la muqueuse stomacale peut être le siège d'un envahissement microbien et que les microbes s'y introduisent tantôt de dehors en dedans par les goulots glandulaires, tantôt par la voie sanguine.

#### EPISTAXIS RÉPÉTÉES

CHEZ UN SUJET PORTEUR DE PETITS ANGIOMES CUTANÉS ET MUQUEUX,

par M. RENDU,

Agrégé, médecin de l'hôpital Necker.

Je viens d'observer dans mon service un malade qui, par certains côtés, rappelle l'histoire du cas d'hémophilie présenté, il y a quelques mois, par M. Chauffard. Comme ces faits constituent encore une rareté, je crois devoir résumer les principaux traits de cette observation.

Le nommé S..., âgé de cinquante-deux ans, terrassier, entre à la salle Bouley, le 28 septembre dernier. C'est un homme grand et bien musclé, mais pâle, fatigué, le teint jaune, presque subictérique. Il se sent très affaibli et n'est capable d'aucun effort sans éprouver des palpitations. Quand il se baisse et se relève brusquement, il est en proie au vertige. Son appétit est du reste assez bon, et il n'a pas de fièvre.

L'aspect anémique et la débilitation du malade sont la conséquence d'une double série de symptômes. Depuis deux mois, il est atteint assez fréquemment de diarrhée, qui l'a fatigué, et qui revient d'une façon intermittente durant parfois une semaine de suite. Cette diarrhée n'offre d'ailleurs aucun caractère dysentérique, et n'a jamais donné lieu à des pertes de sang intestinales. L'abdomen est souple, non douloureux, on ne constate aucun empatement ni aucune lésion appréciable. D'ailleurs, en ce moment, le malade a des digestions parfaitement régulières et ne souffre plus de son dérangement.

Le symptôme prédominant actuellement est la disposition quotidienne que présente le malade à saigner du nez. Depuis trois semaines, les épistaxis se succèdent tous les jours, et souvent plusieurs fois par jour. Elles se présentent de préférence le matin, et même pendant la seconde moitié de la nuit : il est rare que le malade ne soit pas éveillé par la sensation de l'hémorrhagie nasale qui se produit inconsciem-

ment pendant son sommeil. Dans la journée elles sont plus rares et ne se manifestent que rarement quand le malade est en plein air.

Ces hémorragies sont d'ordinaire peu abondantes, 40 à 50 grammes chaque fois environ ; mais à plusieurs reprises elles ont atteint 200 à 300 grammes, et même sans être aussi copieuses, leur répétition fatigue considérablement le malade. C'est aux pertes de sang que sont dus l'aspect anémique, le teint jaune, les troubles vasculaires et les vertiges.

L'examen des organes ne nous donne pas l'explication de ces épistaxis. Il n'y a aucune tendance congestive chez cet homme : il n'est sujet, ni à des maux de tête habituels, ni à des poussées sanguines : il n'est pas alcoolique et mène une vie très sobre. Il n'a pas de tare cardiaque ni vasculaire, ni aucune menace actuelle d'artériosclérose. Les urines, examinées au point de vue d'une néphrite interstitielle possible, ne révèlent aucune particularité suspecte ; il n'y a ni polyurie, ni pollakiurie, ni albuminurie. La rate n'est pas grosse. Bref nous sommes en face d'épistaxis en apparence essentielles, dont la cause nous échappe.

En recherchant dans les antécédents personnels et héréditaires de cet homme, nous trouvons quelques indices qui montrent sinon de l'hémophilie véritable, du moins une certaine tendance aux hémorragies faciles.

Le père serait mort de dysenterie, avec crises répétées de mélæna à cinquante-cinq ans ; la mère, paraît-il, était sujette à saigner du nez. Un frère, mort albuminurique il est vrai, avait de fréquentes et d'abondantes épistaxis.

Lui-même a eu ses premiers saignements de nez à l'âge de douze ans et pendant toute sa jeunesse il y était assez sujet, mais d'une façon intermittente, de préférence au printemps et dans la saison chaude. Cette disposition, loin de s'atténuer en avançant en âge, s'aggrava notablement, et à partir de trente-cinq ans, les hémorragies sont devenues très fréquentes, toujours sous la forme d'épistaxis. Jamais, en effet, il n'a eu d'hématuries ni de taches purpuriques, ou d'hémorragies gingivales ; et, chose intéressante à noter, quand il se blesse ou se coupe, il ne perd pas plus de sang qu'une personne normale. On lui a arraché deux dents sans qu'il ait eu des hémorragies consécutives notables. Ce n'est donc pas un véritable hémophile, malgré la facilité avec laquelle il perd du sang par le nez.

Une particularité, qui rappelle étroitement le fait signalé par M. Chauffard, explique peut-être cette localisation singulière des hémorragies et leur répétition fréquente.

Il existe sur la peau du nez, des joues, de la lèvre supérieure et du menton de petites taches pourprées, grandes comme une tête d'épingle, les plus grosses atteignant les dimensions d'une lentille, et qui sont de véritables angiomes cutanés, produits par une dilatation des vaisseaux

superficiels de la peau. La pression les fait pâlir, mais non disparaître, le sang afflue immédiatement dès qu'on cesse de les comprimer. Quelques angiomes de même nature sont disséminés au-devant du cou et de la poitrine : il ne paraît pas en exister sur les membres.

Cette disposition anatomique n'est pas bornée à la peau ; elle s'étend également aux muqueuses, et ce fait a un intérêt considérable au point de vue qui nous occupe. Effectivement, il existe de petites dilatations vasculaires, véritables foyers tétangiectasiques, à la face interne des lèvres et de la joue, sur la langue et sur le voile du palais, avec des caractères identiques à ceux des téguments, mais avec une coloration plus vive, tenant à l'épaisseur moindre de l'épiderme muqueux.

Sur les narines, nous n'avons pas constaté de ces angiomes punctiformes, mais il n'est pas irrationnel de supposer que sur la cloison du nez ou dans les fosses nasales, il n'en existe de semblables. On comprendrait ainsi pourquoi c'est toujours la muqueuse nasale qui est le siège des hémorragies, et comment elles sont si répétées et si abondantes.

Ce qui semble prouver qu'il y a une raison locale anatomique pour expliquer cette pseudo-hémophilie, c'est que la médication générale, astringente et tonique n'a modifié en rien la disposition à l'hémorragie. Pendant les trois premiers jours, je me suis borné à faire du tamponnement local avec de l'ouate et de la vaseline, tandis que le malade prenait du fer, de l'eau de Robel et de l'opium ; les épistaxis ont continué de plus belle.

Elles ont cessé, au contraire, dans un délai assez court, en employant un topique local agissant directement sur la muqueuse. J'ai fait priser au malade, plusieurs fois par jour, un mélange ainsi composé :

Antipyrine . . . . .	0 <sup>gr</sup> ,50
Tannin . . . . .	1 »
Sucre en poudre . . . . .	40 »

Dès le premier jour, l'écoulement du sang a été presque supprimé, et l'épistaxis qui survint la nuit suivante fut infiniment plus faible que celles des nuits précédentes. A partir du troisième jour, l'hémorragie ne reparut plus.

Le malade a quitté l'hôpital le 10 octobre, encore un peu pâle, mais débarrassé de ses épistaxis et de ses vertiges, et se trouvant capable de reprendre son travail.

*Le Gérant : G. MASSON.*