

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

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

*In : Gazette des hôpitaux civils et militaires, 1896, t.  
69, pp. 1322-3*

agréables et les plus affectueux. Souhaitons que toutes reviennent à ces douces mœurs. »

Si M. d'Echerac a voulu faire une amusante critique de quelques travers d'esprit de nos jeunes internes, il a réussi, sa description intéresse et a su, sans aucun doute, retenir l'attention des lecteurs de son journal. Mais, s'il a prétendu faire une description fidèle, une peinture exacte des mœurs de nos internes, nous ne craignons pas de dire que M. l'inspecteur de l'Administration n'a pas su voir ce qu'étaient les internes. Il réduit leur rôle à leurs rapports avec l'Administration, ne s'est nullement occupé de leurs fonctions près des malades dans les salles d'hôpital, fonctions pour lesquelles ils ont été nommés. Il semble, pour lui, que l'interne n'a été créé et mis au monde que pour faire des farces à l'Administration et qu'en dehors de cela, il n'existe pas.

A la lecture de ce long article, on ne peut trouver ce à quoi est utile l'internat de nos hôpitaux.

Il est regrettable qu'une plume aussi autorisée ait cru devoir faire de nos internes un tel portrait. Nous n'avons pas besoin de défendre le corps de notre internat, d'où sont sorties toutes nos illustrations médicales.

Son désintéressement, son dévouement est connu de tous, si quelques internes sont parfois blâmables ou négligents, c'est l'exception. Médecins et chirurgiens, nous trouvons en eux des collaborateurs précieux et dévoués. C'est près des malades, près des médecins qu'est leur véritable fonction. Il est regrettable que, dans une étude sur l'internat des hôpitaux, ce rôle n'ait même pas été esquissé, et que l'auteur se soit uniquement et complaisamment étendu sur quelques côtés anecdotiques et frivoles de la vie de l'interne, ne le visant que dans la salle de garde, c'est-à-dire lorsque, son devoir rempli près de ses malades et de ses chefs, il rentre dans le « chez lui » que l'administration a mis à sa disposition.

Nos lecteurs ont trouvé récemment dans ce journal une intéressante étude de M. Landowski, sur la maladie décrite par Recklingshausen, sous la dénomination de **neuro-fibromatose généralisée**. M. Chauffard vient de présenter, à la Société médicale des hôpitaux (20 novembre), une très intéressante étude sur un fait de ce genre. Cliniquement, le cas était des plus nets, on y trouvait réunis les trois symptômes cardinaux de la maladie : petits fibromes sous-cutanés disséminés, taches pigmentaires, nævi pigmentaires ou vasculaires.

L'examen macroscopique et microscopique montra que les fibromes n'avaient aucune relation, aucune connexion avec les filets nerveux. Au microscope, on ne trouva pas trace de tubes nerveux dans leur masse, ils n'avaient donc pas pris naissance aux dépens des nerfs. Ce n'est pas la première fois qu'on ne trouve que des fibromes dans l'affection décrite sous le nom de neuro-fibromatose généralisée; M. P. Marie a déjà insisté sur ce point. M. Chauffard pense qu'on devrait distinguer les faits étudiés en deux catégories, et, suivant qu'il y a de simples fibromes ou des neuro-fibromes, donner à l'une le nom de neuro-fibromatose pigmentaire, à l'autre, celui de dermo-fibrose pigmentaire. La pigmentation reste le trait commun des deux formes.

Il ne semble pas que l'on ait jamais relevé de lésions des capsules surrénales dans la maladie décrite par Recklingshausen. Dans le cas de M. Chauffard, ces capsules étaient

énormes, transformées en deux tumeurs, grosses au moins comme un œuf de poule. L'étude histologique a montré qu'il s'agissait d'une dégénérescence adénomateuse. Le pancréas avait subi une transformation identique.

On sait que, dans la maladie d'Addison, dont le symptôme le plus marqué est une pigmentation bronzée, très-intense, de la peau, il y a, le plus souvent mais non toujours, des lésions dégénératives accentuées des capsules surrénales. Y aurait-il donc une relation entre la lésion de ces mêmes capsules et la neuro-fibromatose généralisée, qui comporte aussi des taches pigmentaires de la peau, mais, il est vrai, d'aspect tout à fait différent? Une seule observation, on le comprend, ne suffirait pas à l'établir.

D'un cas récemment observé par lui et des recherches bibliographiques auxquelles il s'est livré, M. Comby a tiré les éléments d'une étude d'ensemble sur les accidents vésaniques qui surviennent parfois chez les enfants, dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Quelquefois il s'agit d'un délire maniaque, avec excitation plus ou moins intense, quelquefois, au contraire, d'accidents à forme dépressive, caractérisés par la mélancolie, la stupidité, l'hébétéude. On peut en rapprocher l'aphasie transitoire, également signalée dans les mêmes conditions.

Tous ces accidents mentaux sont, en somme, bénins; ils disparaissent au bout de quelques semaines ou de quelques mois.

La prédisposition héréditaire ne paraît jouer aucun rôle dans leur production; ils sont peut-être, en partie tout au moins, attribuables à l'inanition.

M. Galliard, au nom du docteur Valdès, rapporte l'histoire de trois jeunes sœurs qui, toutes les trois, au cours de la rougeole, présentèrent de l'emphysème sous-cutané de la région cervicale, et cela sans cause connue, sans bronchite grave.

Au nom du docteur Ricochon, M. Babinski communique l'observation d'une malade qui, au cours d'un mal de Pott sous-occipital, fut atteinte d'hémiatrophie de la langue.

On trouvera plus loin la liste des mutations qui auront lieu à la fin de l'année, dans les services médicaux des hôpitaux de Paris.

#### HOPITAL NECKER. — M. RENDU.

##### Épistaxis répétées chez un sujet porteur de petits angiomes cutanés et muqueux (1).

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

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

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'hémorragie nasale qui se produit inconsciemment 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'artério-sclérose. 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 mélèna 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 télangiectasiques, 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 Rabel 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 . . . . .	50 centigrammes.
Tannin . . . . .	1 gramme.
Sucre en poudre . . . . .	10 grammes.

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.

#### TRAITEMENT DES HÉMORROIDES

PAR LE PROCÉDÉ DE WHITEHEAD.

Par le docteur DELORME,

Médecin principal de première classe, professeur au Val-de-Grâce.

Les succès constants, que m'a fournis l'excision circulaire de la muqueuse rectale hémorroïdaire, me font regarder la méthode de Whitehead comme une méthode de choix, mais je limite son emploi aux hémorroïdes internes ou extéro-