

C. LES VEINES

EXPLORATION DES VEINES

Il y a lieu de considérer dans l'exploration clinique du système veineux, l'état de *tuméfaction* des veines, les *oscillations* qu'elles présentent, enfin les *signes fournis par l'auscultation* de ces vaisseaux.

1. TUMÉFACTION DES VEINES. — Dans les *affections du cœur droit*, primitives ou secondaires aux altérations du cœur gauche (lésions valvulaires, lésions du myocarde, etc.), l'oreillette droite est plus ou moins engorgée, et la déplétion de la veine cave supérieure se trouve entravée ou retardée, il en résulte que *la veine jugulaire externe et la partie inférieure et plus large de la jugulaire interne*, font saillie sous la peau de la région latérale du cou, sous forme d'un *gros cordon bleuâtre* qui s'écrase momentanément sous le doigt.

Ce gonflement n'est point propre aux cardiopathies, et on peut l'observer dans certaines *affections chroniques des voies respiratoires*, (bronchite chronique, emphysème), qui augmentent la tension vasculaire dans la petite circulation, et apportent une entrave sensible au libre dégorgement de la veine cave supérieure dans l'oreillette droite.

2. OSCILLATIONS VEINEUSES. LES POULS VEINEUX. — La jugulaire externe peut présenter des oscillations rythmiques très marquées, dont l'origine est variable.

a. Elles peuvent être *liées aux mouvements respiratoires*. Chaque inspiration provoque, chaque expiration entrave l'afflux du sang des veines dans le thorax, a dit Friedreich; mais à l'état normal cette influence est trop insignifiante pour produire un changement visible dans les veines du cou. Au contraire, si l'expiration est de longue durée (efforts musculaires prolongés, éclats violents de toux), la déplétion veineuse est entravée et on observe une *tuméfaction expiratoire* des jugulaires alternant avec un *affaissement durant l'inspiration*, il en résulte une sorte de gonflement rythmique, isochrone avec les mouvements respiratoires.

b. Dans d'autres cas, les oscillations rythmiques des jugulaires leur sont *communiquées par les battements de la carotide*. On le reconnaît facilement, car dans cette circonstance, les oscillations veineuses sont isochrones au pouls radial et disparaissent quand on comprime l'artère.

c. Enfin les *ondulations* des jugulaires peuvent être *rapportées à une cause cardiaque*; elles constituent alors le phénomène du *pouls veineux*.

Depuis les travaux de Bamberger, de Friedreich, et surtout de Potain (*Soc. Méd. des hôpit.*, 1867), on distingue un pouls veineux *faux* et un pouls veineux *vrai*.

α. Le *pouls veineux faux* est produit par une ondée sanguine rétrogradant de l'oreillette droite hypertrophiée (ainsi que cela s'observe dans le rétrécissement mitral, par exemple) dans la veine cave supérieure et dans les jugulaires, au moment même de la systole de l'oreillette, c'est-à-dire immédiatement avant la systole du ventricule et le pouls radial; le *pouls veineux faux* est donc *présystolique*. Sur un graphique comprenant à la fois le tracé de la jugulaire et celui du pouls radial, on peut voir manifestement que *l'affaissement de la veine coïncide avec le pouls radial*, et que au contraire, son soulèvement précède le pouls artériel (voir fig. 17).

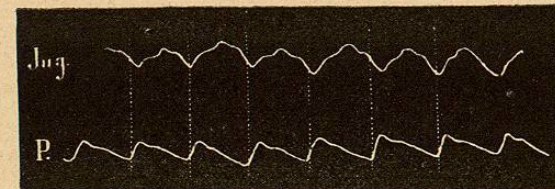


Fig. 17.

Si on comprime la veine en son milieu, on fait *disparaître le gonflement et les oscillations* dans le bout inférieur de la veine.

β. Au contraire le *pouls veineux vrai* est dû à une ondée sanguine refluant du ventricule droit dans la veine cave supérieure et dans les jugulaires à chaque systole ventriculaire; il est donc *systolique* et sur un graphique, on voit nettement que *le soulèvement de la jugulaire coïncide avec le pouls radial*, et que son affaissement survient après le pouls artériel (voir fig. 18).

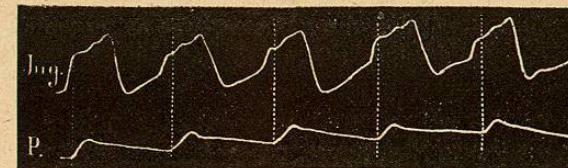


Fig. 18.

Si on comprime la veine en son milieu, contrairement à ce qui arrive dans le faux pouls veineux, on note que le *gonflement et les oscillations pulsatiles augmentent* sensiblement dans le bout inférieur du vaisseau.

Le *pouls veineux vrai* nécessite, pour se produire, l'inocclusion de l'orifice auriculo-ventriculaire droit par la valvule insuffisante, on peut donc le regarder comme *symptomatique de l'insuffisance tricuspidiennne*.

Il est net surtout au niveau de la jugulaire externe dont la valvule incomplète s'oppose difficilement au reflux sanguin; plus tard on le rencontre dans la jugulaire interne, et spécialement à sa partie inférieure ou *bulbe* auquel le phénomène reste longtemps localisé, tant que les valvules situées à l'embouchure du vaisseau restent suffisantes: c'est la *pulsation du bulbe* de Bamberger. Mais peu à peu les valvules deviennent insuffisantes, et la régurgitation va s'étendre sur toute l'étendue du vaisseau.

Le pouls veineux vrai est *plus marqué à droite qu'à gauche*, parce que le tronc brachio-céphalique droit continue en droite ligne le trajet de la veine cave supérieure, et reçoit ainsi l'ondée rétrograde, d'une manière plus directe que le tronc brachio-céphalique gauche qui forme un coude avec la veine cave.

7. Le *pouls veineux hépatique* (Sénac, Friedreich, Mahot, 1869) est dû à la même cause que le pouls veineux vrai des jugulaires, c'est-à-dire qu'il est formé à chaque systole ventriculaire par un reflux sanguin, dans la veine cave inférieure, s'étendant jusque dans les veines sus-hépatiques, lesquelles, dépourvues de valvules, se laissent gorger de sang, et le foie dilaté à l'extrême peut, à chaque systole, s'accroître d'un tiers en sus de son volume normal (Potain).

Pour le percevoir, on applique la main à plat sur le foie tuméfié et on sent, *rigoureusement à chaque systole*, un soulèvement avec mouvement d'expansion de l'organe, suivant immédiatement l'ébranlement du choc de la pointe, et précédant de très près le pouls radial.

Le *pouls veineux hépatique* est un *signe excellent d'insuffisance tricuspidiennne*, et, se montre avant le pouls de la jugulaire, à cause de la béance des veines sus-hépatiques.

En résumé, dans l'insuffisance tricuspidiennne, l'ondée rétrograde systolique, partie du ventricule droit, produit dans le même temps, le pouls veineux vrai des jugulaires par son reflux dans la veine cave supérieure, et le pouls veineux hépatique par son reflux dans la veine cave inférieure.

Le pouls veineux peut s'observer encore d'une façon très exceptionnelle, sur les veines superficielles de la face, et même des membres inférieurs (François-Franck).

3° AUSCULTATION DES VEINES. — Au point de vue particulier du diagnostic des cardiopathies, l'auscultation du système veineux ne fournit que des renseignements de peu d'importance.

Laënnec a décrit un souffle qu'il comparait au murmure de la mer,

ou encore au bruit qu'on perçoit en approchant de son oreille un gros coquillage. Ce *souffle veineux* est tantôt *continu*, tantôt *continu avec renforcement* et se rapproche du bruit de ronflement que l'on produit « en fouettant le jouet d'enfant connu sous le nom de diable » (*bruit de diable*). Dans d'autres cas, ces souffles veineux sont aigus, sibilants. Ils se rattachent à l'hydrémie et à la chlorose. Ces souffles ont leur maximum dans les *veines superficielles du cou*, et se perçoivent mieux à droite qu'à gauche parce que l'écoulement de la jugulaire droite se fait plus directement dans les cavités cardiaques que celui de la jugulaire gauche.

Pour les percevoir, la tête doit être inclinée du côté gauche, le cou un peu tendu, le menton sensiblement relevé; le stéthoscope est alors appliqué dans la fosse sus-claviculaire droite, en exerçant une pression médiocre.

Exceptionnellement, les souffles veineux se produisent au niveau des veines pulmonaires ou des veines caves; ils peuvent alors simuler des souffles se rattachant à des cardiopathies organiques; Litten (1867), Duroziez (1865) et plus tard Sahli (1895), ont rapporté des cas où le *souffle veineux* siégeait dans les veines caves et était *diastolique* simulant ainsi l'insuffisance aortique, par son moment et son siège à la base du cœur; Weill (1896) a vu, chez une fillette de 14 ans, un souffle diastolique en jet de vapeur, de la base du cœur, produit par la compression exercée sur les veines pulmonaires par une masse ganglionnaire.

D. TROUBLES FONCTIONNELS

Douleurs de la région précordiale.

Les phénomènes douloureux tiennent une *place effacée* dans l'histoire clinique des *maladies du cœur vraies*, alors qu'elles présentent une importance *considérable* dans celle des *fausses maladies du cœur*.

Caractères généraux. — Quelle que soit leur cause, ces douleurs présentent une intensité et une persistance variables; quelquefois c'est une gêne douloureuse, une sensation de poids comprimant la région précordiale; dans d'autres cas, le malade accuse de véritables douleurs sourdes, profondes, ou au contraire pognitives, aiguës, lancinantes, ou encore la sensation du cœur serré dans un étau, dans des griffes de fer. Les douleurs ainsi constituées peuvent être *spontanées* ou seulement *réveillées* par la *pression locale*, ou encore par les *efforts musculaires*, les exercices violents, les accès de toux, ou sim-