

caractère, l'affaiblissement et surtout la fatigue rapide de l'intelligence. Par exemple, la lecture amène bientôt une lassitude (dyslexie) qui disparaît après un peu de repos. Parfois même les choses vont plus loin, jusqu'au subdélirium nocturne, surtout chez les vieillards. On peut également observer des cas passagers d'amnésie, d'embarras de la parole, d'aphasie, d'hémiplésie, et même certaines attaques apoplectiques très courtes, non suivies d'hémiplégie.

Comme phénomènes bulbaires, on a signalé des accès de respiration de Cheyne-Stokes, mais ils semblent dépendre plus souvent de la sclérose rénale ou cardiaque que de l'artério-sclérose du bulbe. Un autre symptôme, bien étudié par Grasset, occupe, par sa précocité d'apparition et sa fréquence, une place importante dans le tableau clinique de l'artério-sclérose : c'est le vertige. Tantôt, et le plus souvent, il s'agit d'un vertige simple, se produisant surtout quand le malade passe du décubitus ou de la position assise à la station debout, et pouvant se répéter jusqu'à quarante fois dans la journée; tantôt le vertige s'accompagne de crises épileptiformes; tantôt, enfin, il n'est qu'un des éléments du syndrome « pouls lent permanent avec crises vertigineuses, syncopales, épileptiformes ou apoplectiformes ». Depuis Charcot, ce syndrome est généralement considéré comme d'origine bulbaire, et l'on admet communément que l'artério-sclérose du bulbe en est la cause la plus habituelle (1). Enfin les bourdonnements d'oreille sont un symptôme assez fréquent chez ces malades.

On a attribué à l'artério-sclérose médullaire des paraplégies ou des contractures fugaces, des douleurs localisées, des fourmillements, certaines anesthésies, etc. D'après M. de Grandmaison (2), les réflexes rotuliens seraient fréquemment exagérés chez les athéromateux.

Ces divers accidents traduisent l'ischémie des centres nerveux. Mais nous savons que le processus peut aller plus loin, aboutir à l'oblitération complète du vaisseau : le fait s'observe surtout sur les artères cérébrales. On voit alors survenir, à la suite d'une période plus ou moins longue de claudication intermittente du cerveau, les symptômes du ramollissement cérébral, que nous n'avons pas à rappeler ici.

Avec les troubles dans la sphère du système nerveux, les plus fréquents sont ceux qui intéressent le cœur et le rein. La claudication intermittente du cœur se traduit par un syndrome dramatique, l'angine de poitrine (Voy. le chapitre correspondant). On peut en rapprocher certaines palpitations à caractère angoissant et douloureux, certaines sensations de constriction thoracique ou épigastrique,

(1) Cette artério-sclérose paraît agir beaucoup plutôt par ischémie que par irritation de voisinage, comme le veut Mahner (Zur Kenntniss der senilen arterio sklerotischen Epilepsie, *Wien. med. Woch.*, 1897, nos 33 à 35).

(2) DE GRANDMAISON, *Méd. mod.*, déc. 1896.

qui, avec la dyspnée d'effort, les accès pseudo-asthmatiques, constituent des signes fréquents et précoces de l'artério-sclérose, mais relèvent sans doute assez souvent de la sclérose cardiaque concomitante. Quant à l'anévrysme du cœur, résultat possible de l'oblitération d'une coronaire, il n'a guère de symptomatologie propre. Il n'en est pas de même de la rupture du cœur, qui peut également résulter de cette oblitération (Voy. *Rupture du cœur*).

L'artério-sclérose du rein se traduit par une pollakiurie surtout nocturne, une polyurie moyenne avec diminution de la densité urinaire, et une albuminurie inconstante, toujours faible, et assez souvent intermittente. L'hypotoxicité urinaire serait un symptôme précoce (Huchard).

Du côté des autres viscères, les troubles dus à l'artério-sclérose sont moins accusés et, en tout cas, moins bien connus. Il est possible que certains troubles gastriques (anorexie, lenteur des digestions), soient en relation avec elle. Strümpell (1) a signalé récemment la fréquence de la glycosurie alimentaire chez les artério-scléreux (2).

L'arc sénile, ou gérontoxon, qui dessine à la périphérie de la cornée un cercle opaque, blanc grisâtre, surtout accusé dans sa moitié supérieure, est généralement considéré comme un signe d'artério-sclérose. Sa coexistence avec cette dernière est en effet habituelle, mais sa pathogénie n'est pas nettement établie. On a encore rattaché à l'artério-sclérose une légère exophthalmie (Edgren), certains cas d'amblyopie, d'hyperémie de la conjonctive bulbaire, de rhinite hypertrophique (Giovanni) (3), dont la relation avec les lésions artérielles est loin d'être hors de conteste.

Un fait mieux établi, c'est la fréquence relative des hémorragies chez les artério-scléreux, fréquence due à l'influence combinée de l'hypertension vasculaire et de la fragilité des parois artérielles, devenues souvent le siège de petits anévrysmes. L'épistaxis est très fréquente; l'hémoptysie par apoplexie pulmonaire paraît également un accident assez commun et même précoce (Duclos, Lancereaux). Souvent il suffit d'un traumatisme insignifiant pour produire de petites ecchymoses sous-cutanées (par exemple sur le dos des mains). On a imputé aussi à l'artério-sclérose certains cas de purpura, certaines hémorragies rénales, utérines, rétiniques. Mais surtout elle prédispose aux hémorragies cérébrales et méningées.

(1) STRÜMPELL, *LXXVIII^e réunion des naturalistes et médecins allemands*, Francfort, septembre 1896.

(2) FLEINER (*Berl. klin. Woch.*, 1894) va plus loin : il décrit une forme artério-scléreuse du diabète, par sclérose du pancréas. GRUBE (*Zeitsch. für klin. Med.*, 1895) admet également que l'artério-sclérose peut amener le diabète en agissant sur le pancréas ou sur le système nerveux central. Mais le diabète des artério-scléreux est d'ordinaire un diabète gras, et les deux affections, artério-sclérose et diabète, paraissent être non pas la cause l'une de l'autre, mais le résultat d'une influence commune, l'arthritisme.

(3) GIOVANNI, *Riforma med.*, octobre 1887.

Enfin l'on a attribué à la rupture des pustules athéromateuses et au déversement de leur contenu dans le sang certains accès fébriles, avec frissons et état adynamique. « Rayer, ayant éprouvé quelques accès fébriles dont il ne pouvait trouver la cause, exprima l'avis qu'ils devaient tenir à l'ouverture dans son système circulatoire de quelques foyers athéromateux (1). » Charcot et Vulpian ont défendu également cette manière de voir, sur le bien-fondé de laquelle Lecorché a fait les plus expresses réserves. On peut se demander, en effet, si les phénomènes précédents ne sont pas l'expression d'une infection surajoutée.

En somme, les principales manifestations de l'artério-sclérose sont de deux ordres : les unes, relevant du simple rétrécissement des artères, sont généralement fugaces, paroxystiques ; les autres, dues à l'oblitération vasculaire et aux lésions qui en résultent, sont, au contraire, essentiellement durables.

Aux symptômes précédents, il faudrait ajouter, d'après un grand nombre d'auteurs, ceux des scléroses viscérales (néphrite interstitielle, myocardite scléreuse, etc.). Il est certain, en effet, que, cliniquement, la coexistence de ces affections avec l'artério-sclérose est fréquente, mais nous avons vu que les premières ne sont pas subordonnées à la seconde : elles sont seulement dues à la même cause. Nous n'avons donc pas à décrire ici les symptômes de ces scléroses viscérales, que l'on trouvera d'ailleurs dans d'autres articles de ce traité. De même, nous ne ferons que signaler le rétrécissement mitral des artério-scléreux, décrit par Huchard, et qui résulte d'une sclérose de la valvule semblable à celle des artères ; les varices, fréquentes chez ces malades, et dues à un processus analogue, etc. Enfin l'on a beaucoup insisté récemment sur la fréquence de la neurasthénie chez les artério-scléreux ; on a montré combien les deux affections présentaient de symptômes communs (vertiges, bourdonnements d'oreille, palpitations, angine de poitrine, pollakiurie, douleurs de siège variable, asthénie musculaire). On a subordonné tantôt la neurasthénie à l'artério-sclérose, tantôt l'artério-sclérose à la neurasthénie. Il semble beaucoup plus rationnel de rattacher, avec Régis (2) et Mathieu (3), les deux états morbides à une commune origine, représentée le plus souvent par l'arthritisme, parfois aussi par la syphilis, l'alcoolisme, le surmenage, etc.

MARCHE. — FORMES CLINIQUES. — DURÉE. — TERMINAISONS.

— Pour Giovanni, Huchard, Grasset, l'artério-sclérose passerait par deux phases successives. La première, dite *phase d'hypertension*

(1) LANCEREAUX, *Arch. gén. de méd.*, 1893.

(2) RÉGIS, *Presse méd.*, 1896.

(3) MATHIEU, *Gaz. des hôp.*, 1896.

artérielle, serait caractérisée par la dyspnée d'effort, les palpitations douloureuses avec anxiété précordiale, les crises d'algidité périphérique, les crampes, la céphalalgie, les vertiges, les bourdonnements d'oreille, etc. C'est cet ensemble symptomatique que Dieulafoy a décrit sous le nom de petit brightisme, mais il n'a rien de spécial au mal de Bright, et s'observe, en somme, dans tous les cas où la pression artérielle se trouve élevée d'une façon durable, quelle qu'en soit la raison. En effet, dès cette période, l'exploration au sphygmomanomètre et le retentissement du second bruit aortique permettraient de reconnaître l'hypertension artérielle, mais les artères ne présenteraient encore aucune altération appréciable. La seconde phase, *phase des localisations organiques*, serait caractérisée par l'induration des artères superficielles, par les divers symptômes des scléroses viscérales, symptômes prédominant, suivant les cas, sur tel ou tel organe. Lancereaux va même plus loin ; pour lui, les organes se prendraient toujours dans un ordre déterminé : il y aurait d'abord retentissement sur le cœur, qui s'hypertrophie, puis sur l'encéphale et les reins.

Nous ne voulons pas revenir sur la question théorique de savoir si l'artério-sclérose ne précède pas, plutôt qu'elle ne suit, l'hypertension artérielle, pas plus que sur celle des relations qui peuvent exister entre l'artério-sclérose et les scléroses viscérales. Pour nous en tenir à la clinique, il est certain que les symptômes s'enchaînent assez souvent suivant l'ordre indiqué plus haut. Mais il est aussi des cas où l'artério-sclérose, restée discrète, ne se traduit par aucun symptôme appréciable. En outre, rien n'est plus capricieux que l'évolution des accidents de l'artério-sclérose, et il est impossible de l'enfermer dans les limites d'une formule quelconque. Le nombre et la qualité des symptômes, leur ordre de succession, sont éminemment variables d'un malade à l'autre, et leur intensité n'est même pas en rapport régulier avec celle des lésions. Enfin nous tenons à rappeler encore une fois que l'artério-sclérose n'est pas nécessairement une lésion diffuse, caractérisée par la production incessante de nouveaux foyers : elle peut rester localisée et stationnaire. Cela établi, on peut, suivant les artères et les organes où se localise, ou, du moins, prédomine la sclérose, distinguer différentes *formes cliniques*. Edgren en reconnaît quatre principales : une forme *sénile*, caractérisée par d'assez fortes altérations des artères périphériques (radiale, temporale), sans troubles fonctionnels bien appréciables du côté des organes internes ; une forme *cardiaque*, ou mieux cardio-aortique ; une forme *rénale*, et une forme *cérébrale*. Toutefois la démarcation entre ces diverses formes est loin d'être toujours facile à établir. Certains symptômes, tels que les palpitations, l'augmentation de volume du cœur, les accès de pseudo-asthme, de respiration de Cheyne-Stokes, sont communs à la forme cardiaque et à la forme