

secondaire manque, au contraire, dans le *pouls monocrote* (athérome, rétrécissement aortique, etc.). Le *pouls de Corrigan* comporte une ligne d'ascension verticale très élevée, un sommet très aigu et une descente brusque, puis plus oblique. Au palper, surtout si le sujet élève le bras, la pulsation est ample, énergique et brève (pouls bondissant). Ce type, surtout propre à l'insuffisance aortique, a été observé également dans l'athérome et la chlorose. En certains cas, au sommet aigu se substitue un *plateau* horizontal ou incliné, placé entre une ligne d'ascension verticale et une ligne de descente sans ondée secondaire; c'est le *pouls en plateau*, signe soit d'*hypertension artérielle* simple (état puerpéral), soit surtout d'*artério-sclérose*. Quand au crochet aigu du pouls de Corrigan, succède aussitôt un plateau; une insuffi-

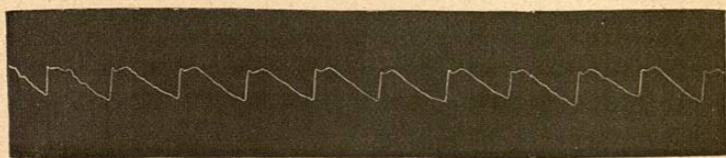


FIG. 254. — Athérome, rétrécissement et insuffisance aortique (homme de 70 ans).

sance aortique d'origine artérielle est probable. Au contraire, le *pouls du rétrécissement aortique*, remarquablement petit, comporte une ligne d'ascension longue et inclinée et un sommet arrondi. Le *pouls du rétrécissement mitral* ne diffère, sur tracé, du pouls normal, que par la direction verticale de la ligne d'ascension.

La *dyspnée*, les *tremblements* impriment aux tracés sphygmographiques des oscillations secondaires plus ou moins complexes.

Modifications localisées du pouls. — Le pouls peut subir des *modifications régionales*; plus ample du côté paralysé dans l'*hémiplegie récente*, il est instable, à la radiale, chez les *hystériques*, les neurasthéniques, dans la *maladie de Basedow* (grâce à l'éréthisme du système aortique supérieur).

L'*absence de pouls* sur une artère implique une *compression* (à son niveau ou en amont), ou une *oblitération*. La *petitesse du pouls* indique un *rétrécissement* du vaisseau (athérome, artérite, compression) ou un *anévrisme*; en ce dernier cas, le pouls réduit retarde notablement sur la systole cardiaque dans les artères situées en aval de la poche. La topographie de ce retard importe beaucoup à la détermination du siège de l'anévrisme.

Pouls capillaire. — Bien plus faible que le pouls artériel, le pouls capillaire n'est guère perceptible à la vue qu'en cas d'insuffisance aortique; en regardant attentivement les pommettes, on constate alors, parfois, des bouffées intermittentes de rougeur suivant de très près la systole cardiaque; ailleurs, le même fait s'observe: sur des plaques d'érythème artificiel provoqué par friction; sur la région sous-unguéale, tandis qu'un doigt comprime le bout de l'ongle; sur la muqueuse de la lèvre, des piliers antérieurs, des amygdales (voy. *Insuffisance aortique*).

Le plus souvent, on ne constate le pouls capillaire qu'avec des instruments

spéciaux: les *pléthysmographes*. Celui imaginé par *Hallion et Conte* est assez simple pour figurer dans l'arsenal clinique. Il consiste en une ampoule cylindrique, en caoutchouc, reliée à un tambour de Marey qui permet de recueillir des tracés. Dans l'extrémité libre, sont engagés un ou deux doigts du malade, tandis qu'on tient l'ampoule à pleine main, en la comprimant uniformément. L'exploration est facilitée par plusieurs conditions: température élevée, période digestive, attitude déclive préalable de la main, gardée un certain temps.

Comparés aux tracés du pouls artériel, ceux du pouls capillaire normal montrent une ligne d'ascension moins élevée et plus oblique, un dirotisme moins apparent. Les pulsations, plus hautes quand le bras est élevé, sont plus basses quand il est abaissé; l'ensemble du tracé offre des oscillations parallèles aux mouvements respiratoires (ascension lors de l'inspiration, descente pendant l'expiration). Les émotions agréables élèvent le niveau d'ensemble du tracé; les émotions dépressives l'abaissent. Les excitations brusques et intenses: sensorielles (bruit intense), sensibles (piqûre, contact froid ou brûlant) ou psychiques (frayeur) abaissent brusquement le tracé qui devient une ligne droite à peine ondulée; c'est le *reflexe vasomoteur*; intact dans les zones d'anesthésie hystérique, il est aboli ou très affaibli dans les régions anesthésiées par lésion organique. Dans la *paralysie générale*, les pulsations présentent, à la phase de délire des grandeurs, une ampleur exagérée et le réflexe vasomoteur est aboli (Klippel).

CHAPITRE II

SÉMIOLOGIE SPÉCIALE DES ARTÈRES

I. — AORTITES

On distingue les *aortites aiguës* et les *aortites chroniques*; les dernières développées souvent sur un terrain préparé par les premières et *vice versa*.

Aortites aiguës. — **Signes étiologiques.** — L'aortite aiguë est presque toujours d'origine infectieuse et greffée sur des lésions chroniques. Rarement primitive (traumatisme, grossesse, surmenage), presque constamment secondaire à une lésion de voisinage (trachée, bronche, œsophage) ou, à une infection (variole, fièvre typhoïde, grippe, pyosepticémie, rhumatisme, etc.), l'aortite aiguë ne se révèle souvent que par des signes vagues et mal caractérisés, surtout au point de vue fonctionnel.

Signes cliniques. — **État général.** — Les signes généraux, en rapport avec l'infection causale, sont ceux de la pyémie, de la septicémie ou de la fièvre typhoïde. Quand l'aortite éclate dans la convalescence d'une pyrexie, la température tantôt monte à 38°, 38°,5, tantôt reste normale.

Signes fonctionnels. — La *dyspnée*, tantôt simple gêne respiratoire, tantôt éveillée par l'effort, revêt souvent la forme d'accès de *pseudo-asthme nocturne*; elle est alors angoissante, avec : une inspiration longue et pénible, une expiration courte, des battements tumultueux du cœur, un facies pâle baigné de sueur; sans signes propres d'auscultation. Des crises d'*œdème aigu du poumon* sont également possibles.

On observe en certains cas une *toux sèche*, quinteuse, stridente ou rauque, parfois spasmodique, comportant, ou non, une *expectoration* blanchâtre, spumeuse ou striée de sang.

La *douleur* consiste soit en une sensation de constriction rétro-sternale, continue ou paroxystique, ou de barre, de brûlure à l'épigastre, au sternum, à la base du cou, avec irradiation entre les épaules; soit en phénomènes rappelant l'*angine de poitrine*, mais plus durables, persistant sourdement entre les crises qui éclatent même au repos; du reste la coronarite concomitante et l'angine vraie sont possibles. Peter a signalé des *points douloureux à la pression* dans les trois premiers espaces intercostaux gauches, le long du sternum, le deuxième surtout (*névralgie du plexus cardiaque*).

En certains cas s'observent, un *spasme pharyngé* ou *laryngé* analogue à la boule hystérique ou, un véritable *œsophagisme*, éveillés par le passage du bol alimentaire (*irritation du vague*).

Les *troubles digestifs* sont fréquents : sensation de barre épigastrique, flatulence, nausées, crises pseudo-gastriques, éructations, vomissements glaireux, visqueux, parfois nocturnes (*excitation du pneumogastrique*).

L'*irritation du grand sympathique* détermine des rougeurs subites de la face, des sueurs locales, du myosis ou de la mydriase.

Il n'est pas rare que les malades accusent : des pulsations douloureuses de l'aorte, des palpitations, des vertiges, des étourdissements, des éblouissements.

Signes physiques. — Ce sont les plus importants. Le *facies* est anxieux, d'une pâleur grisâtre ou terreuse; le malade reste généralement assis et penché en avant. Le *pouls* est dur, bondissant, habituellement dicrote. A l'*inspection*, il n'est pas rare d'apercevoir un soulèvement thoracique dans les 2^e et 5^e espaces intercostaux gauches, et parfois, au-dessus du sternum, des battements aortiques que le doigt peut également sentir. A la *percussion*, la matité aortique dépasse le bord droit du sternum de 1 à 2 centimètres et plus (par allongement de l'arc aortique). Les *artères du cou* sont animées de battements énergiques; la dilatation de l'aorte entraîne une *surélévation de la sous-clavière*, surtout *droite*, qui peut dépasser de 2 à 5 centimètres la face supérieure de la clavicule et dont les battements deviennent ainsi perceptibles au doigt.

Les *signes d'auscultation* varient suivant qu'existent, ou non, des lésions anciennes. Le 1^{er} *bruit* est dur, parfois dédoublé, l'aorte plus rigide donnant un bruit de mise en tension qui retarde sur le 1^{er} bruit mitral. Récente, l'infiltration des sigmoïdes aortiques peut amortir ou éteindre le 2^e *bruit* qui est, au contraire, *dur et clangoreux*, en cas de lésion ancienne.

Les *souffles anorganiques*; les *souffles systolique* (rétrécissement aor-

tique ancien, ou dilatation aortique au-dessus de l'orifice) ou *diastolique* (insuffisance organique ou fonctionnelle [rare]), le *frottement* (péricardite assez souvent associée) sont des bruits inconstants surajoutés.

Évolution. — La maladie procède par poussées successives que séparent des rémissions annoncées par une polyurie critique, tandis que l'oligurie annonce un nouvel accès. La durée moyenne est de 2 à 5 mois. La *guérison*, au moins apparente, avec la maladie causale, est possible; mais, la *mort* est plus habituelle, soit *subite*, par syncope, angine de poitrine, embolie, soit *rapide*, par accidents infectieux ou œdème aigu du poumon; soit encore, *lente*, par asystolie. Le *passage à l'état chronique* peut encore s'observer.

Formes. — L'*aortite secondaire aux pyrexies* offre un tableau clinique vague, souvent masqué par les autres signes. L'*aortite suppurée* revêt le masque de l'*infection purulente* (adynamie, accidents métastatiques). L'*aortite ulcéro-végétante* se distingue malaisément des *endocardites infectantes*.

Complications. — On peut voir éclater l'*œdème aigu du poumon* avec ses conséquences; une *pleuro-pneumonie*, une *néphrite*, localisations de l'infection causale.

Diagnostic. — Très difficile à dépister, l'aortite aiguë demande à être recherchée. Son diagnostic repose sur la constatation de ses signes physiques qui permettent de la distinguer : de l'*endocardite* (pas d'augmentation de la matité aortique, ni de surélévation de la sous-clavière; pas de syndrome douloureux); de la *péricardite* (matité cardiaque accrue; frottements, puis, effacement du choc et des bruits du cœur); de l'*asthme* (santé normale entre les accès); de la *dyspnée urémique* (céphalée, troubles visuels, albuminurie, bruit de galop); et de la *tuberculose pulmonaire* (signes pulmonaires, bacilles dans les crachats).

Aortite chronique. — **Signes étiologiques.** — Plus fréquente chez les hommes mûrs ou âgés, succédant ou non à l'aortite aiguë, l'aortite chronique est préparée par : l'*arthritisme*, la *goutte*, le *diabète*, le *rhumatisme chronique*, le *saturnisme*; peut-être le *tabagisme*, l'*alcoolisme* et le *paludisme* (Lancereaux); certainement la *syphilis tertiaire*.

Signes cliniques. — Beaucoup de signes sont communs à l'aortite aiguë et chronique.

Signes fonctionnels. — Souvent peu typiques, ils consistent : 1^o en une *dyspnée*, quelquefois réduite à une simple anhélation, provoquée ailleurs par l'effort, ou encore, reparaisant par *accès nocturnes*, comportant alors une inspiration longue et pénible et une expiration brève, une expectoration insignifiante ou nulle; phénomènes d'origine souvent complexe (cardiopathie, urémie, etc.); 2^o en une *toux sèche*, quinteuse, striduleuse ou rauque et grave, suivie, ou non, d'*expectoration* muqueuse sanguinolente; 3^o en une *douleur* profonde rétro-sternale, pouvant également occuper la partie moyenne du thorax, l'épigastre, l'hypocondre droit (simulant la colique

hépatique), douleur *constrictive* (étai ou barre transversale) ou *lancinante* (poitrine transpercée d'avant en arrière), irradiée ou non, vers le cou, les épaules, les membres supérieurs, *angoissante*, d'abord *passagère*, éveillée par l'effort, l'émotion, ensuite plus ou moins *continue*; 4° en *troubles gastriques* (nausées, vomissements, météorisme), *cardiaques* (arythmie) *pupillaires*, imputables à l'*irritation du pneumogastrique*; 5° en *douleurs* éveillées par la *pression* à la base du cou, le long du sternum et des insertions du diaphragme, attribuables à l'*irritation du phrénique*; 5° enfin en *vertiges* souvent précoces, soit *légers*, associés à des bourdonnements d'oreille, soit *intenses*, accompagnés de menace de chute et de lipothymie.

Signes objectifs. — L'aortite chronique se révèle par : une pâleur terreuse, de violents battements des artères du cou, quelquefois des battements aortiques visibles au-dessus de la fourchette sternale, grâce à la surélévation de la crosse (relativement commune chez le vieillard) et, encore plus, par la *surélévation de la sous-clavière* (la droite principalement), qui peut déborder la clavicule de 1, 2 ou 3 centimètres, signe mieux constatable quand le malade laisse tomber franchement le moignon de l'épaule, de manière à effacer le creux sus-claviculaire. Quelquefois, l'aorte, dilatée et déviée, imprime au cou et à la tête des oscillations rythmées (*signe de Musset et Delpeuch*). Enfin, des *signes d'athérome périphérique* coexistent généralement (radiales dures, temporales sinueuses).

La *percussion* constate une *matité aortique* dépassant le bord droit du sternum de 1, 3 ou 4 centimètres, et une *matité cardiaque* toujours accrue (hypertrophie), l'ensemble des deux matités figurant la *forme d'un casque*.

À l'*auscultation*, on entend : un *premier bruit* dur prolongé, parfois dédoublé (voy. Aortite aiguë); un *second bruit* à timbre clangoreux, métallique, *en coup de tambour, de tabourka* (tambour arabe) pour Potain, *en coup de marteau*, pour Huchard; bruit variable, du reste, suivant l'état des lésions : le *bruit clangoreux de tabourka* indiquant une dilatation aortique notable, sans grande induration des parois, le *bruit de tôle* (Bucqoy et Marfan) impliquant une paroi aortique pavée de plaques calcaires, signe très typique quand le bruit se propage dans l'angle formé par la clavicule droite et le bord antérieur de l'aisselle. On se gardera de le confondre avec la simple accentuation du 2° temps qui n'indique que l'hypertension artérielle.

Jaccoud signale, dans l'*aortite de l'aorte descendante*, un *souffle systolique* fort, râpeux, le long du côté gauche de la colonne vertébrale, en l'absence de toute lésion valvulaire. Autrement, les souffles constatés sont d'origine cardio-pulmonaire ou attribuables à une lésion surajoutée : rétrécissement aortique (vrai ou relatif) ou rugosités de la paroi aortique (souffle diastolique).

Peu nets parfois, ces divers signes seraient plus précis à l'*auscultation rétro-sternale* (Boy-Tessier) avec un long stéthoscope dont l'étroit pavillon est appliqué dans la fossette sus-sternale, parallèlement à la direction de la carotide interne. L'examen est également favorisé par la station debout (Cautu).

Formes. — Il est des *formes frustes* que révèlent des signes isolés :

dyspnée d'effort, vertiges légers, douleurs précordiales, tendances syncopales, palpitations, crises d'oppression ou de congestion pulmonaire.

Évolution. — L'aortite chronique est une affection incurable, dont une hygiène convenable peut seulement espacer les poussées aiguës. Elle aboutit à la *mort subite*, ou *rapide* due à des *complications* diverses : *œdème aigu du poumon*; *rupture, oblitération de l'aorte*; *embolies*.

L'*œdème aigu du poumon* se traduit par une dyspnée intense, avec pâleur livide, refroidissement des extrémités, toux quinteuse, expectoration albumineuse, spumeuse ou rosée; la poitrine est remplie de râles fins; quand la saignée n'intervient pas, l'asphyxie est plus ou moins rapide.

Occasionnée par un effort ou une émotion vive, la *rupture de l'aorte* détermine soit la *mort subite*, foudroyante, soit la *mort en 2 temps*. En ce cas, surviennent : 1° une douleur thoracique déchirante entraînant une anxiété extrême et des lipothymies passagères; 2° un ou plusieurs jours après, une hémoptysie ou une syncope mortelles. La mort en deux temps correspond à une rupture dans la portion intra-péricardique de l'aorte.

L'*aortite oblitérante*, suivie ou non d'*oblitération de la carotide*, est dénoncée par des vertiges, des lipothymies, des crises épileptiformes ou par une hémiplégié (par ramollissement cérébral). Parfois l'oblitération gagne la sous-clavière, ce qui entraîne la parésie et le refroidissement du membre supérieur.

L'aortite chronique est une cause possible d'*embolies* diverses : *cérébrales* (hémiplégié et aphasie), *rénales*, *mésentériques*, *spléniques* (gonflement et vives douleurs de la rate).

L'*oblitération de l'aorte abdominale d'origine embolique*, également possible, se traduit par une *paraplégie subite*, avec anesthésie, cyanose et, en certains cas, gangrène sèche des membres inférieurs.

L'*embolie pulmonaire*, succédant à la dilatation secondaire de l'oreillette droite, présente ses symptômes habituels (mort subite ou infarctus). La pleurésie hémorragique des vieillards reconnaît souvent pour origine un infarctus pulmonaire embolique.

Diagnostic. — Le diagnostic repose surtout sur les signes physiques. On se gardera : de prendre la dilatation aortique pour un anévrisme (double centre pulsatile, signes de compression); d'attribuer la dyspnée à l'*asthme*, à l'*urémie*, à la *tuberculose*. L'angine de poitrine vraie est fréquemment associée à l'aortite chronique.

II. — ANÉVRISMES DE L'AORTE

Signes étiologiques. — Plus commun chez les hommes de 50 à 50 ans, l'anévrisme de l'aorte reconnaît les mêmes causes que les aortites (goutte, saturnisme, tabagisme, arthritisme). Les divers auteurs comprennent différemment le rôle de la syphilis, de l'alcoolisme et du paludisme. Celui de la syphilis paraît souvent évident; celui du paludisme est admis par