

Ajoutons, enfin, que l'aortique se plaint souvent de *troubles dyspeptiques*, de ballonnement, de gêne épigastrique, de tympanisme; nous avons vu que, dans l'aortite aiguë, ces symptômes étaient plus accusés encore.

Signes physiques. — La première chose qui frappe généralement l'observateur, quand il examine un aortique, c'est un *battement exagéré des artères du cou*. A chaque systole cardiaque on voit ces artères bondir pour ainsi dire sous les téguments; le pouls est brusque, dur, parfois inégal des deux côtés lorsque des plaques d'aortite sont venues rétrécir l'orifice du tronc brachio-céphalique ou de la sous-clavière gauche. Il présente ou peut présenter encore tous les caractères que nous avons décrits au pouls athéromateux.

Examine-t-on la situation des artères sous-clavières, on les trouve surélevées, et ce signe, nous l'avons déjà dit (voir plus haut), a une grande valeur puisqu'il nous indique que l'aorte est dilatée.

C'est par la percussion pratiquée suivant les règles indiquées plus haut, qu'on se rendra compte de l'état de ce vaisseau; on n'oubliera pas en même temps de rechercher si la crosse de l'aorte est plus facilement accessible en arrière de la fourchette sternale qu'à l'état normal, puis on se rendra compte de l'état du cœur, qui, *contrairement à ce que l'on voit dans l'anévrysme, est le plus souvent hypertrophié*.

On pratiquera ensuite l'auscultation (1) qui fournit, suivant qu'il y a ou n'y a pas des lésions valvulaires concomitantes, des résultats bien différents. Si nous supposons que l'orifice artériel n'est ni insuffisant ni rétréci, voici ce que l'on constate: l'aorte ayant perdu son élasticité et opposant à l'onde sanguine une résistance plus grande, le premier bruit devient plus intense, en même temps qu'il se dédouble. Potain en expliquait le mécanisme de la façon suivante: le premier bruit du cœur est composé de deux éléments qui se fusionnent, un élément aortique, un élément auriculo-ventriculaire dû à la fermeture des valvules; la première partie étant en retard sur la seconde, lorsque l'aorte est rigide et se laisse moins facilement distendre, le premier bruit cardiaque se percevra comme dédoublé.

Le second bruit cardiaque est retentissant, clangoreux, ainsi que l'appelait Guéneau de Mussy, et il prend souvent un timbre spécial que Potain appelle volontiers bruit de tabourka, du nom d'un petit tambour dont se servent les Arabes et qui est formé d'un vase de terre sur lequel est tendue une peau.

Il faut bien distinguer l'éclat tympanique du second bruit d'avec le retentissement diastolique de l'aorte que nous avons étudié, à propos de l'artério-sclérose. En effet, le caractère tympanique du second bruit indique seul nettement que l'aorte est athéromateuse, que les valvules sigmoïdes aortiques sont rigides et scléreuses, mais nullement que la pression artérielle est augmentée; elle peut l'être ou ne pas l'être. Le retentissement diastolique, au contraire, ne s'observe que lorsqu'il y a hypertension artérielle, que celle-ci soit due à une contraction spasmodique des artérioles périphériques (Huchard) ou à la coexistence d'une néphrite interstitielle (Traube, Potain).

Ces deux bruits ont donc une signification différente, mais le seul bruit dit tympanique, ou encore bruit de tôle (Peter), a une valeur au point de vue du

(1) M. BOY-TESSIER recommande, dans les maladies de l'aorte, de recourir à l'auscultation rétro-sternale au moyen d'un stéthoscope présentant une disposition spéciale. *Sem. méd.*, 1891, p. 245.

diagnostic de la lésion aortique (1). Il n'indique pas forcément, comme le croyait Guéneau de Mussy, que l'aorte est dilatée. Il faut, pour qu'on puisse affirmer cette ectasie aortique, outre d'autres signes, que le bruit diastolique soit diffusé, qu'il s'entende ailleurs qu'au foyer aortique, c'est-à-dire au niveau de la partie interne du second espace intercostal droit; en pareil cas, on constate que la diffusion du bruit se fait presque toujours en haut et du côté droit, c'est-à-dire dans l'angle limité par la clavicule droite et le bord antérieur de l'aisselle.

En même temps que ces modifications des bruits cardiaques on peut trouver des bruits de souffle surajoutés, bruit de souffle systolique, râpeux, ou bruit diastolique d'insuffisance aortique. Pour que le bruit de souffle systolique se produise, la présence de rugosités ne suffit pas (Chauveau, Marey, Potain); il faut qu'il y ait de toute nécessité rétrécissement réel ou relatif, c'est-à-dire que l'orifice aortique soit véritablement rétréci ou ne le soit que relativement à une aorte sus-jacente dilatée. Ce souffle indiquera donc ou un rétrécissement aortique ou une dilatation de la crosse.

Quant au souffle diastolique, symptomatique le plus souvent d'une insuffisance aortique, il peut n'être parfois qu'un souffle extra-cardiaque (Potain, Bureau).

Évolution et complications de l'aortite chronique. — *Évolution.* — L'aortite chronique est une maladie dont l'évolution est très lente. Elle peut présenter des périodes d'amélioration, d'aggravation, mais dure pendant des mois, des années. Il n'est pas exceptionnel non plus de voir, à un moment donné, tous les symptômes fonctionnels disparaître; la maladie ne se reconnaît alors que par ses signes physiques (Potain).

Quand l'aortite marche vers une terminaison grave, celle-ci peut se produire de diverses façons; tantôt la mort survient subitement, sans cause appréciable, ou après quelques jours de malaise, durant lesquels a persisté une légère gêne précordiale, tantôt c'est au milieu d'une attaque d'angine de poitrine que succombe le malade. Le plus souvent, cependant, la mort survient, indépendamment de l'aortite, par le fait d'une maladie concomitante, néphrite interstitielle, myocardite, ces compagnes habituelles de l'artério-sclérose, et surtout enfin à la suite d'une des complications que l'on observe si fréquemment.

Complications des aortites chroniques. — En dehors des diverses complications viscérales qui se rattachent à l'artério-sclérose, il existe des complications qui appartiennent en propre à l'aortite; telles sont, par exemple, les *embolies* qui peuvent se faire de divers côtés, cerveau, poumon, etc., et déterminer soit une attaque d'apoplexie cérébrale, suivie ou non de paralysie et d'aphasie, soit des noyaux d'infarctus pulmonaires. Il n'est pas exceptionnel d'observer en effet des symptômes d'apoplexie pulmonaire chez les aortiques, des hémoptysies avec congestion pulmonaire et pleurésie consécutive.

Parfois même les embolies sont multiples et donnent lieu à des symptômes variés (embolie de l'artère centrale de la rétine, hémorragies capillaires diverses, etc.).

Il est encore des accidents pulmonaires qui sont assez spéciaux aux aortiques; tel est, par exemple, l'*œdème pulmonaire aigu* déjà connu d'Andral et sur lequel M. Huchard (2) a plus récemment attiré l'attention. Subitement, sans cause connue ou bien à la suite d'un léger refroidissement, un malade est pris

(1) VOIR BUCQUOY et MARFAN. *Revue de méd.*, 1883, p. 857.

(2) HUCHARD. *Soc. méd. des hôp.*, 18 avril 1890.

de toux, de dyspnée qui va croissant; les efforts de toux sont suivis d'une expectoration abondante, aérée, visqueuse, assez analogue à du blanc d'œuf battu, et parfois légèrement rosée.

La dyspnée est intense, le malade se cyanose, les extrémités se refroidissent et la mort survient parfois en quelques instants, le plus souvent en quelques heures. Par son début brusque, par le caractère de l'expectoration, l'œdème pulmonaire des aortiques ressemble beaucoup à celui qu'on observe quelquefois à la suite de la thoracentèse.

L'auscultation permet d'entendre un grand nombre de râles de tout ordre, à grosses et petites bulles, véritables râles sous-crépitants fins, abondants surtout à la fin de l'inspiration; la percussion dénote habituellement une exagération de la sonorité pulmonaire.

Pour M. Huchard, cet œdème aigu ou suraigu serait assez spécial à l'aortite, mais s'observerait aussi dans la néphrite interstitielle.

Lorsque l'aorte est très notablement dilatée, on observe parfois des *symptômes de compression*, mais, hâtons-nous de le dire, ils sont infiniment moins fréquents que dans l'anévrysme aortique; jamais l'on n'observe de cornage, de dysphagie, mais on peut noter, soit des troubles nerveux du côté du membre supérieur, soit des troubles pupillaires.

Besançon⁽¹⁾ a rapporté un cas d'ectasie de l'aorte et de la sous-clavière, dans lequel la compression des filets radiculaires du plexus brachial avait déterminé une anesthésie absolue de la main et de l'avant-bras, remontant à deux travers de doigt au-dessus du coude.

Trousseau, puis Banks et Williamson, puis Ogle ont attiré de leur côté l'attention sur ce fait que les pupilles étaient fréquemment inégales, la pupille gauche étant généralement la plus dilatée.

Cette absence de symptômes de compression n'est pas un des signes les moins importants qui servent à différencier l'anévrysme de la dilatation de l'aorte; il en est encore d'autres fort intéressants dont nous avons déjà parlé; c'est l'hypertrophie presque constante du cœur dans l'aortite, son intégrité habituelle dans l'anévrysme. Dans le premier cas, en effet, l'aorte et souvent le système artériel sont atteints; ces vaisseaux ont perdu leur élasticité, et le cœur, chargé d'un surcroît de travail, s'hypertrophie; dans le second cas, au contraire, les vaisseaux sont sains et la poche anévrysmale qui se remplit à chaque systole du cœur n'a pas d'influence notable sur le travail de celui-ci.

Enfin, lorsque l'aorte est atteinte sur une grande étendue, lorsque les vaisseaux qui en naissent sont rétrécis à leur point d'origine, on voit survenir des *troubles divers du côté de la circulation cérébrale* (vertiges, étourdissements, syncopes ou même attaques épileptiformes) et *du côté de la circulation des membres supérieurs* (douleurs, fourmillements, engourdissements, parésie et même atrophie musculaire)⁽²⁾.

La complication la plus grave de l'aortite chronique est la *rupture de l'aorte*, dont nous avons déjà parlé et décrit le mécanisme.

C'est à l'occasion d'un effort, ou d'une violente émotion que l'accident se pro-

⁽¹⁾ BESANÇON. *Bull. Soc. clin.*, 1888, p. 47.

⁽²⁾ GINGEOT (*Soc. méd. des hôp.*, 12 juillet 1889) a rapporté le cas d'un malade de 24 ans, atteint d'ectasie aortique avec oblitération de la sous-clavière gauche et qui présentait une atrophie musculaire du bras correspondant; la coexistence d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche de nature hystérique ne permet pas cependant d'être très affirmatif sur la pathogénie de l'atrophie musculaire.

duit; la mort n'est pas toujours subite, foudroyante; ce mode même de terminaison n'est pas le plus habituel; cela tient au siège et surtout à l'étendue de la rupture. C'est ainsi que le malade, atteint subitement d'une angoisse précordiale très vive, perd connaissance, puis revient à lui, conservant quelques troubles cardiaques et ne succombe souvent qu'un ou plusieurs jours après à une nouvelle attaque.

Cette mort en deux temps, signalée déjà par P. Broca, a été de nouveau mise en relief dans les mémoires récents sur la rupture de l'aorte, dans ceux de Martin-Dürr, de Pilliet, etc. Entre le moment où la rupture s'est produite et celui où survient la mort, Pilliet a pu, dans un cas, constater chez un malade de la cyanose, du refroidissement des extrémités, de la faiblesse et de l'irrégularité du pouls.

Diagnostic. — Grâce aux signes physiques sur lesquels nous avons insisté, matité aortique, surélévation des sous-clavières, modifications des bruits cardiaques, on peut dire que le diagnostic de l'aortite chronique ne présente pas de très grandes difficultés, et si on méconnaît souvent cette affection durant la vie, cela tient surtout à ce qu'on ne l'a pas cherchée⁽¹⁾. L'attention du médecin n'est, en effet, pas toujours attirée du côté du cœur par les troubles fonctionnels que présente le malade et qui n'ont rien de très caractéristique.

Béclère a montré qu'on pouvait, avec avantage, utiliser la radioscopie dans le diagnostic de l'aortite avec dilatation⁽²⁾. Il a fréquemment constaté chez les sujets dont le système artériel est sclérosé, flexueux, l'existence, à gauche de l'ombre médiane obtenue sur l'écran par la radioscopie thoracique antérieure ou postérieure, d'une saillie à contour cerclé, animée de mouvements d'expansion. Cette saillie, dit Béclère, appartient à la crosse aortique *allongée*, car normalement l'ombre de la crosse aortique, dans la radioscopie antérieure ou postérieure, se confond entièrement avec celle produite par le sternum et la colonne vertébrale. Les pulsations que présente cette ombre sont d'autant plus amples que l'action du cœur est plus énergique et que les différences de tension vasculaire pendant la diastole et la systole sont plus accusées.

Comme complément de l'examen radioscopique, Béclère a montré que, dans ces cas, on pouvait, au niveau même où se fait sur la région dorsale la projection de cette saillie, percevoir très nettement les bruits cardiaques, alors qu'on ne les entend pas dans les régions circonvoisines.

Quand l'aorte est dilatée au point de déterminer des phénomènes de compression, c'est avec l'*anévrysme aortique* que le diagnostic est le plus difficile. On se rappellera cependant que dans l'aortite chronique, les symptômes de compression sont beaucoup moins prononcés que dans l'anévrysme, quels qu'ils puissent être, et que les signes stéthoscopiques ne sont pas les mêmes; l'existence d'un double centre de battements, d'un double bruit ou d'un double souffle n'appartient pas à l'aortite. Enfin, dans cette dernière affection, le cœur, les valvules aortiques, sont plus souvent atteints que dans l'anévrysme.

L'aortite chronique, dans sa période avancée, peut être également confondue

⁽¹⁾ CHERCHEVSKY (*Sém. méd.*, 1898, p. 409) insiste au point de vue du diagnostic sur l'absence de variations du calibre de l'aorte; pour mettre ce fait en lumière, il délimite l'étendue de l'aorte au niveau du bord droit du sternum, puis, frappant au niveau de cette région avec le marteau 5 ou 6 coups assez violemment, il délimite de nouveau la matité aortique. Celle-ci ne varie point si l'aorte est sclérosée, a perdu son élasticité.

⁽²⁾ BÉCLÈRE. *Soc. méd. des hôp.*, 25 juin 1897.

avec la *tuberculose pulmonaire* : la toux fréquente, les hémoptysies, les congestions pulmonaires appartiennent aux deux maladies, et l'on comprend que l'erreur ait pu être commise assez fréquemment. Il suffit cependant de l'avoir signalée pour que, avec une attention un peu soutenue, une inspection physique approfondie du malade, l'examen bactériologique des crachats, on puisse généralement l'éviter.

Le diagnostic de l'aortite posé, il faudra établir le diagnostic étiologique ; l'examen des autres viscères, l'état du système artériel, la connaissance des maladies antérieures, l'âge du sujet, devront entrer en ligne de compte.

Pronostic. — Après ce que nous avons dit des complications et de l'évolution des aortiques chroniques, il est inutile d'insister pour montrer que l'aortite chronique est une maladie d'une haute gravité et qu'elle ne guérit jamais. Toutefois, un régime approprié, une hygiène sévère peuvent donner une très longue survie et éviter l'apparition de phénomènes aigus qui sont toujours d'un pronostic très grave.

Traitement. — L'hygiène des athéromateux est ici de toute nécessité : comme nous l'avons dit plus haut, il faut que le malade atteint d'une aortite chronique se soumette à un régime alimentaire sévère : il évitera les aliments trop azotés, les mets épicés, mangera peu de viande, s'abstiendra de vin, d'alcools, d'excitants. Le lait, les légumes secs et les légumes frais, les fruits, les viandes blanches et bien cuites, les boissons légères, formeront la base de son alimentation.

Il faudra aussi lui proscrire tout ce qui peut exagérer l'activité cardiaque, les efforts musculaires trop fréquemment répétés, les fatigues, les marches rapides ou prolongées.

La vie au grand air, l'absence d'émotions, de préoccupations de toute espèce, l'emploi de stimulants de la nutrition tels que les frictions sèches, par exemple, etc., entretiendront un bon état général.

Enfin, pour ce qui concerne la thérapeutique, proprement dite, le médicament qui est le plus indiqué, c'est le médicament artériel par excellence, l'iodure de potassium, ou mieux l'iodure de sodium, seul ou associé à l'arséniate de soude. Cette médication devra être prolongée pendant très longtemps avec des intervalles de repos de temps à autre.

Quant aux complications de l'aortite chronique, angine de poitrine, œdème pulmonaire, etc., etc., elles réclament des indications spéciales sur lesquelles nous n'avons pas à insister et qu'on trouvera traitées dans d'autres parties de cet ouvrage.

CHAPITRE II

DE L'ANÉVRYSME DE L'AORTE

Les anévrysmes de l'aorte n'ont été connus et décrits que vers la fin du xv^e siècle, et c'est à Fernel que l'on attribue le mérite d'avoir le premier attiré l'attention sur ces faits ; d'après Laënnec, ce serait Vésale qui aurait donné la

première description exacte de l'anévrysmes aortique. Après lui, Baillou décrit l'anévrysmes de l'aorte abdominale, puis, au xv^e siècle, ce sont les observations de Lancisi, de Valsalva, qui semblent prouver que des anévrysmes aortiques sont moins rares que ne le pensaient les premiers observateurs. Il faut arriver jusqu'à Morgagni, au commencement du xviii^e siècle, pour trouver une description assez détaillée de cette maladie, description en rapport avec les connaissances que l'on possédait alors. On pourra lire dans sa xvii^e et dans sa xviii^e lettre une étude critique sur les travaux des auteurs qui l'ont précédé, en même temps qu'on y trouvera un nombre relativement considérable d'observations d'anévrysmes de l'aorte « pectorale ».

Parmi les auteurs qui se rapprochent davantage de nous, il faut citer Corvisart, Scarpa, puis Laënnec qui décrit longuement les signes anatomiques et les signes cliniques de l'anévrysmes de l'aorte ; on trouve dans ses ouvrages une bonne description des symptômes douloureux, des phénomènes de compression, des différences existant parfois entre les deux pouls radiaux, etc.

Après lui, Bouillaud perfectionne l'étude des signes d'auscultation qui caractérisent l'anévrysmes, en même temps que Cruveilhier, Rokitansky, Lebert, décrivent les lésions anatomo-pathologiques, dont Hogdson, en 1815, avait déjà précisé les caractères.

En Angleterre, la patrie pour ainsi dire des anévrysmes, de nombreux travaux dus à Hope, à Thurnam, à Bellingham, à Stokes, etc., ont été consacrés, depuis le commencement du siècle, à l'étude de cette question ; enfin, soit en Italie, soit en Angleterre, soit en France, on s'est beaucoup préoccupé, depuis une vingtaine d'années, de la thérapeutique des anévrysmes, et les noms les plus connus à cet égard sont ceux de Ciniselli, Moore, Bacelli, Loreta, Douglas-Powel, Dujardin-Beaumetz, Constantin Paul, etc.

Étiologie. — Les causes de l'anévrysmes sont, d'une façon générale, encore mal connues ; nous verrons plus loin que la condition qui préside à son développement est toujours l'existence d'une lésion artérielle ; mais, malheureusement l'étiologie de cette altération vasculaire n'est pas facile à bien déterminer.

Les statistiques recueillies sur les anévrysmes soit en France, soit à l'étranger, nous apprennent cependant qu'il y a des règles générales qui président à leur développement.

C'est ainsi que l'âge, le sexe, les races, les climats jouent un rôle important.

Age. — L'anévrysmes n'est pas une maladie de la jeunesse, mais ce n'est pas non plus une affection de la vieillesse. C'est entre 50 et 60 ans, suivant Lebert, qu'on l'observerait le plus fréquemment ; Crisp, dans une statistique portant sur 505 cas d'anévrysmes divers, montre que la fréquence est surtout grande entre 50 et 40 ans (198 cas), puis entre 40 et 50 (129 cas). Cette statistique semble se rapprocher davantage de la vérité.

L'anévrysmes est très rarement observé dans l'enfance ; Jacobi en a recueilli cependant une trentaine d'observations. Il semble qu'il faille, dans la majorité de ces cas, évoquer surtout la syphilis comme facteur étiologique ; Thoma admet que parfois il faut faire jouer un rôle important au canal artériel qui exercerait une véritable traction sur la paroi antérieure de l'aorte (anévrysmes par traction des enfants, *tractions-aneurysma der Kinder*).

Sexe. — Les anévrysmes aortiques sont bien plus fréquents chez l'homme que chez la femme ; Lebert donne la proportion de 10 à 5.