

et, suivant l'étendue du foyer, cette odeur pourra être perçue à une grande distance, ou il faudra approcher le nez du malade pour la sentir; dans certains cas même, elle serait intermittente. On conçoit que des infiltrations sanguines des gencives pourraient donner naissance à une odeur semblable. Mais, dans ce cas, l'erreur serait facile à éviter.

La première fois que j'ai constaté ce phénomène, c'était en 1849; je faisais un cours de clinique à la Charité: approchant du lit d'un malade qui offrait tous les signes d'un rétrécissement mitral, je fus frappé de cette odeur forte, pénétrante; le malade ne crachait pas de sang; quelques jours après il succomba, et je trouvai à l'autopsie un foyer très-étendu d'apoplexie pulmonaire.

Dans le lit vis-à-vis était un malade atteint de la même affection. Quelques jours après, je constatai chez ce dernier l'odeur que j'avais observée chez le premier. Les crachats étaient incolores; l'auscultation faisait constater dans un point un peu d'obscurité relative du son, un peu de faiblesse du bruit respiratoire avec prolongement de l'expiration.

La réunion de ces phénomènes me fit admettre une hémorrhagie pulmonaire. Pendant huit jours, les élèves interrogeaient avec curiosité le crachoir pour y chercher la confirmation de mon diagnostic; mais l'expectoration sanglante, signe classique de l'apoplexie pulmonaire, ne se montra que le neuvième jour, et, quelques jours après, l'autopsie vint donner à mes prévisions une triste, mais incontestable démonstration.

Puisque j'ai l'occasion de parler de ce fait, que j'ai communiqué en 1850 à la Société des hôpitaux, je l'appuierai d'une dernière observation:

En 1860, j'avais dans mon service à la Piété une femme atteinte d'affection du cœur. Je sentis un jour chez elle l'odeur de l'apoplexie pulmonaire, et en même temps je trouvai derrière l'aisselle droite un peu d'obscurité du son, avec élévation de la tonalité, faiblesse et raréfaction du murmure vésiculaire, et retentissement de la voix. Je diagnostiquai un noyau apoplectique profond. Trois semaines après environ, je remis le service entre les mains de mon éminent confrère le docteur Charcot, en lui signalant ces circonstances et l'interprétation que je leur avais donnée. Il eut l'occasion de faire la nécropsie, et trouva dans le point indiqué, à une certaine distance de la surface, un foyer apoplectique du volume d'une petite prune. La malade n'avait jamais craché de sang.

Je le répète, j'ai observé une quarantaine de faits analogues, et si j'ai consacré à ce point de séméiotique un développement que son impor-

tance ne justifie pas, c'est que jusqu'ici, à part la communication que j'ai faite à la Société des hôpitaux, je n'avais pas eu l'occasion de le publier (1).

Il est très-commun de trouver les poumons emphysémateux dans la période avancée des affections cardiaques. Cet emphysème est la conséquence de la toux, de la dyspnée et de la congestion broncho-pulmonaire.

Des épanchements séreux se montrent très-souvent dans les derniers stades de la maladie. On retrouve dans la cavité abdominale l'état congestif que nous avons constaté dans les autres cavités splanchniques; le foie, augmenté de volume, fait sous les côtes une saillie douloureuse à la pression. Cette sensibilité morbide est commune à toutes les congestions hépatiques, quelle qu'en soit la condition pathogénique.

Dans les affections du cœur, cette congestion aboutit à une modification de la nutrition. Une prolifération celluleuse, qui commence, dit M. Lancereaux, par les radicules de la veine cave, augmente l'épaisseur de la capsule de Glisson et des cloisons interlobulaires.

La congestion du foie devient dans beaucoup de cas une cause de troubles digestifs, caractérisés par un dégoût profond pour les aliments, par des nausées, et quelquefois par un sentiment de pesanteur douloureuse dans l'estomac, après l'ingestion des aliments. Le docteur Stokes a dans ces cas préconisé l'emploi des mercuriaux. J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'en constater l'efficacité. Les pilules bleues (*blue pills*) à la dose de 10 à 15 centigrammes sont souvent un admirable modificateur de ces congestions hépatiques quand elles sont récentes, et avec elles disparaissent les désordres fonctionnels qui s'y rattachaient.

La tuméfaction de la rate, sans être aussi constante ni aussi prononcée, est assez souvent observée. Les villosités intestinales présentent une couleur violacée; les glandes muqueuses sont saillantes. Les reins, également congestionnés, laissent quelquefois transsuder de l'albumine.

L'estomac est habituellement météorisé, et les malades sont tourmentés par de la flatulence, phénomène commun, suivant la remarque de Graves, dans les affections dyspnéiques.

(1) Nous ne devons négliger, pour arriver au diagnostic, aucune des données fournies par les sens, et, dans plusieurs maladies, les odeurs exhalées par le malade ou émanées de ses sécrétions, ont une importance réelle. J'ai plusieurs fois diagnostiqué le diabète à une odeur très-forte et comme alcoolique de l'haleine. Je ne la crois pas constante; mais, quand elle existe, elle peut appeler l'attention du médecin. — (Voyez ma leçon sur l'haleine chez les diabétiques.)

Au milieu de toutes ces localisations morbides qui altèrent dans leur structure et troublent dans leurs fonctions les organes de la nutrition et de l'hématose; le sang s'altère, il devient moins riche en globules, et, sous les dilatations variqueuses des petits vaisseaux, sous les plaques violacées qui accusent la gêne de la circulation dans les téguments de la face, il n'est pas rare de voir une teinte jaunâtre de la peau, témoignage de l'anémie.

C'est un signe de la cachexie cardiaque qui marque une phase avancée de la maladie, cachexie d'autant plus grave que tous les éléments de réparation font défaut. Tous les organes nutritifs sont touchés par l'action morbide, et cette altération irréparable de la nutrition, en affaiblissant l'énergie du cœur, le rend de plus en plus impuissant à triompher des obstacles qui troublent ses fonctions.

Dans le second fait, dont je vous ai déjà rendu compte il y a quelques jours, je ne vous rappellerai qu'une seule circonstance intéressante au point de vue de l'auscultation du cœur et des signes qu'elle fournit.

Depuis Hope, on admet que les bruits morbides du cœur qui sont exclusivement perçus à la base se rattachent aux lésions des orifices artériels, à moins qu'ils ne dépendent d'un trouble dynamique comme on l'observe dans l'anémie.

Le docteur Stokes a apporté quelques restrictions à la valeur absolue du fameux diagramme de Hope, qui dans l'immense majorité des cas, il faut en convenir, est d'accord avec l'observation.

Le fait que je vais résumer en quelques mots nous montre une exception à la loi exprimée par le diagramme, mais en même temps il nous explique la cause de cette exception, qui avait été reconnue pendant la vie, et, par conséquent, ne nous avait pas induit en erreur.

Il s'agissait d'un malade offrant tous les signes extérieurs qui marquent la période avancée des affections cardiaques. La face était violacée, les lèvres livides, les veines jugulaires offraient des battements isochrones aux pulsations artérielles.

Chez cet homme le poumon emphysémateux avait, par l'intermédiaire de la plèvre, contracté des adhérences avec la région précordiale du thorax et avec la face externe du péricarde; il recouvrait le cœur dans une grande partie de son étendue.

Le son pulmonaire était perçu partout, excepté derrière le sternum et dans un très-petit espace à gauche de cet os. Cependant, par la percussion profonde, on constatait une submatité légère mais étendue derrière cette sonorité superficielle. Les bruits respiratoires, mêlés de sibilus,

étaient entendus dans toute la région précordiale, et les bruits du cœur y étaient à peu près inappréciables; au niveau de la pointe cependant on entendait un bruit de souffle faible et éloigné. Là où le son était mat contre le sternum, dans le point correspondant à la base du cœur, on entendait un bruit de souffle systolique rude, fort, qui ne se propageait pas sur le trajet de l'aorte ascendante; le pouls était étroit, serré, comme dans les rétrécissements des orifices, et cependant on sentait que la contraction ventriculaire était énergique. Depuis longtemps le malade éprouvait des troubles respiratoires accusant un état congestif des poumons.

Je conclus de ces phénomènes à l'existence d'une insuffisance avec rétrécissement de l'orifice mitral.

Dans les conditions habituelles, les bruits qui ont leur origine à cet orifice sont transmis à la pointe du cœur, où ils présentent leur maximum d'intensité, parce que cette pointe est la partie du ventricule qui a les rapports les plus immédiats et les plus directs avec la région précordiale. Ces rapports deviennent plus intimes encore à chaque systole, pendant laquelle la pointe du cœur vient presser la paroi thoracique et lui transmet directement les bruits qui peuvent se produire dans la cavité ventriculaire.

Chez notre malade, une lame immobile du poumon était interposée entre la pointe du cœur et les côtes, opposant à la conduction des bruits ventriculaires un corps spongieux, plein d'air, emprisonné dans d'innombrables alvéoles et mauvais conducteur du son. La base au contraire appuyait contre la paroi thoracique, dans le point qui correspond aux anneaux ventriculaires, et lui pouvait transmettre plus directement les bruits de ces orifices. C'était précisément là qu'on entendait le bruit de souffle, et ce bruit ne se propageait pas derrière et à droite du sternum, sur le trajet de l'aorte ascendante.

Cette circonstance m'empêchait de localiser l'origine de ce bruit dans l'orifice aortique; donc il devait être attribué à une insuffisance de la valvule mitrale.

Le caractère du pouls me faisait supposer qu'avec cette insuffisance existait un rétrécissement de l'orifice mitral. Dans les rétrécissements, le pouls est en général petit, serré, silé. Dans les insuffisances simples, au contraire, il présente un volume normal, souvent même exagéré par l'énergie des contractions du cœur hypertrophié; puis, arrivée à son *summum*, l'impression tombe brusquement, comme syncopée par une dépression subite comme si elle se perdait dans le vide. L'intensité des

troubles pulmonaires et le pouls veineux s'accordaient avec cette hypothèse. L'absence du souffle présystolique n'était pas un motif suffisant pour rejeter l'idée d'un rétrécissement, car si ce souffle, quand il existe, indique toujours un rétrécissement, on sait que tout rétrécissement n'en est pas accompagné; il suppose en général une hypertrophie de l'oreillette, ou une énergie de sa contraction qui n'existe pas toujours.

L'autopsie confirma ces présomptions. La valvule mitrale formait un entonnoir rigide et béant. Le cœur droit était dilaté et le bruit perçu à la base pouvait bien se rattacher à l'insuffisance de la valvule tricuspide, aussi bien qu'à la lésion de la mitrale; mais quand ces deux bruits coexistent, étant parfaitement isochrones, ils se confondent en un seul.

Ainsi les lésions auriculo-ventriculaires peuvent dans certaines conditions donner lieu à des bruits morbides qui ont leur maximum à la base du cœur, mais qui ne se propagent pas sur le trajet des vaisseaux.

### ANÉVRYSME DE L'AORTE THORACIQUE

*Sommaire.* — Signes physiques fournis par l'inspection, par la palpation, par la percussion, par l'auscultation.

Troubles fonctionnels : dyspnée, douleur, toux. — Troubles circulatoires. — Signes sphygmographiques. — Caractères du pouls. — Palpitations. — Dysphagie. — Troubles oculo-pupillaires. — Phénomènes dus à la compression exercée par la tumeur anévrysmales. — Terminaison. — Rupture. — Oblitération du sac.

Traitement : Digitale, iodure de potassium, calmants et hypnotiques.

#### MESSIEURS,

L'anévrysme de l'aorte thoracique est une affection assez commune, mais il n'est pas toujours facile d'en reconnaître l'existence. Quand la tumeur soulève ou perfore les côtes ou le sternum, accuse sa présence et révèle sa nature par des pulsations perceptibles à la vue, par un mouvement d'expansion sous la main qui l'explore, par des bruits anomaux que leur siège, leurs caractères, ne permettent pas d'attribuer à une lésion cardiaque, le diagnostic est facile; mais dans le plus grand nombre des cas il n'en est pas ainsi; c'est par un examen très-attentif de signes physiques, quelquefois obscurs et délicats, par l'appréciation des lésions de voisinage et des troubles fonctionnels qu'elles produisent, qu'on arrive à constater ou du moins à présumer l'existence de l'anévrysme. Nous avons donc à étudier deux ordres de signes, les signes physiques et les signes physiologiques.

La palpation, quelquefois même la vue, dans les anévrysmes superficiels, font constater des pulsations isochrones à la systole ventriculaire ou la suivant de très-près; soit que la tumeur ait soulevé et usé la paroi thoracique, soit qu'elle débordé l'échancrure sternale ou la région sus-claviculaire le plus souvent du côté droit. Mais toute tumeur contiguë à