

malade va mieux. La polyurie continue; encore de l'albumine dans l'urine.

15 *mai*. — L'état général est bon; on supprime le kermès.

20 *mai*. — A partir de ce jour on reprend l'usage de la poudre de digitale.

La polyurie a diminué; il n'y a plus qu'un léger nuage d'albumine dans les urines; l'œdème des jambes est peu considérable. Il n'y a presque plus de râles dans la poitrine.

25 *mai*. — Le malade va bien; l'état physique du cœur est toujours le même.

1<sup>er</sup> *juin*. — Amélioration notable; l'œdème des membres inférieurs n'existe plus.

23 *juin*. — Le malade part pour Vincennes. La dyspnée est presque nulle; plus de râles dans la poitrine; plus d'albumine dans les urines; l'état du cœur n'est pas modifié.

## CHAPITRE IV

### MALADIES DE L'AORTE ET DES ARTÈRES.

Je comprends, dans ce chapitre, cinq observations: deux sont relatives à des anévrysmes de l'aorte; une troisième, est un cas bien net d'aortite chronique, avec poussées aiguës probables; la quatrième concerne un cas d'aortite chronique type, avec lésions de l'orifice aortique; la cinquième observation est un exemple d'athérome artériel, avec gangrène consécutive.

Parmi les phénomènes qui, dans l'expression symptomatique de l'anévrysme de l'aorte, ont une grande valeur diagnostique, et surtout pronostique, il en est un sur lequel les auteurs ont tout particulièrement appelé l'attention; je veux parler de ces hémoptysies, ou de ces hématomèses, qui sont la conséquence possible de l'ulcération des bronches ou de l'œsophage, alors que, sous l'influence de la compression de ces conduits par la tumeur anévrysmale, une ouverture anormale s'est établie.

Ainsi que MM. Ball et Charcot l'ont fait remarquer, il n'existe, comme rempart contre le passage du sang, par l'une ou par l'autre de ces voies, l'ulcération étant un fait accompli, qu'un ou plusieurs caillots, plus ou moins épais,

plus ou moins adhérents, en un mot, plus ou moins anciens; de temps à autre ces caillots cèdent, et l'hémorrhagie se produit; souvent cette hémorrhagie est mortelle; dans d'autres cas, elle amène un affaiblissement général, un état d'anémie tout particulier, comme chez le malade de l'observation XLIII. Son histoire est des plus intéressantes.

Il y a huit mois, il est pris brusquement, au milieu de la santé, en apparence, la plus parfaite, d'une hématomèse très-abondante; il perdit une quantité de sang qu'il évalue à trois litres; à la suite de cette hémorrhagie, il devint très-pâle, très-anémique, et malgré cela, sa santé ne fut nullement altérée; l'appétit était conservé ainsi que le sommeil; il pouvait vaquer à ses occupations habituelles, seulement il avait moins de forces; il était essoufflé. Six mois se passent; les forces étaient en partie revenues, lorsqu'une nouvelle hémorrhagie, encore plus abondante que la première, se produisit; c'est alors que le malade se décida à entrer à la Charité. Ce qui frappa tout d'abord, dans son aspect extérieur, ce fut la cachexie profonde dont il était atteint; la peau, dans toute son étendue, était pâle, exsangue; les muqueuses étaient complètement décolorées; la cachexie était si grande, la teinte cireuse, si complète, qu'on se crut d'abord en présence d'un cancéreux, arrivé à la dernière période. Il n'en était rien: l'étude attentive du malade montra l'intégrité absolue de tous les organes, à l'exception de l'appareil cardio-aortique. Il suffit de se reporter à la lecture de l'observation pour reconnaître tous les signes classiques de l'anévrysme de l'aorte, avec dilatation du tronc brachio-céphalique. Je relèverai seulement une particularité clinique qui a son intérêt.

Le cœur, probablement comprimé par la tumeur anévrysmale, semble avoir basculé de gauche à droite; il était facile de se rendre compte, par la percussion et par le

siège qu'occupait la pointe de l'organe, de cette disposition anatomique anormale, autant du moins qu'un pareil diagnostic est possible. Quoi qu'il en soit cette situation nouvelle du cœur, jointe à l'hypertrophie du ventricule gauche, paraissait avoir pour résultat, dans la région hépatique, la production de battements, par transmission, battements absolument semblables à ceux que l'on observe dans l'insuffisance tricuspide, et dans le cas particulier il n'existait aucune affection de ce genre.

Le malade est resté en traitement à l'hôpital, pendant deux mois; son état général anémique s'est considérablement amendé; il n'a pas eu de nouvelles hématomèses: mais, et c'est là ce qu'il faut bien rappeler au point de vue du pronostic, le conduit œsophagien, dans une de ses régions, n'est probablement séparé du courant aortique, que par une faible barrière, représentée par des caillots sanguins; cette barrière a déjà été franchie; à la prochaine hémorrhagie, si l'ouverture est un peu large, le malade sera sans doute frappé mortellement.

La deuxième observation de ce chapitre (observation XLIV) est aussi particulièrement intéressante; elle concerne un cas d'anévrysme de l'aorte, dont le siège était un peu insolite, et, comme le faisait remarquer M. le professeur Vulpian, il peut s'écouler toute la vie d'un médecin d'hôpital, sans qu'un semblable cas se présente à l'observation.

Il s'agit d'une femme âgée de 38 ans; elle entra à l'hôpital se plaignant de troubles vagues, indéterminés; depuis un an environ, elle s'affaiblissait; elle avait des douleurs qui existaient un peu partout, dans le dos, dans les reins, mais surtout dans le ventre; ses digestions étaient pénibles, irrégulières; elle éprouvait des vertiges, etc.; cependant elle n'avait pas maigri; l'appétit était à peu près conservé; elle toussait également un peu. En présence de ces

renseignements, on procéda à un examen détaillé, organe par organe ; à un premier examen, on ne trouva aucune lésion d'appareils manifeste. A un deuxième examen, en appliquant l'oreille à la base du poumon gauche, la malade venant de suspendre sa respiration, on fut étonné d'entendre un bruit de souffle très-fort, très-intense, au niveau des deux dernières fausses côtes, du côté gauche.

La constatation de ce symptôme fut un trait de lumière, et l'indice de l'ordre que devait suivre l'analyse clinique.

En plaçant la main, à plat, directement sur la peau, dans la région où se produit le souffle, on perçoit un *thrill* des plus accusés, occupant surtout le premier temps. L'auscultation, à ce niveau, fait entendre un bruit de souffle continu très-fort, avec renforcement très-net, lors de chaque diastole aortique. La percussion, la palpation des reins, du thorax, ne décèlent aucune tumeur anormale ; il n'existe aucun engorgement spécial, aucune tuméfaction apparente extérieurement. La palpation profonde de l'abdomen ne permet pas non plus d'atteindre une tumeur quelconque, pulsatile ou non. L'absence de la sensation d'expansions rythmées s'explique très-bien par le siège des précédents phénomènes, la résistance de la paroi thoracique s'opposant à toute expansion dans ce sens.

Il y a isochronisme des pulsations des deux artères crurales ; il en est de même pour les pédieuses.

L'auscultation des deux poumons ne fait rien découvrir d'anormal ; le poumon gauche ne présente, ni trace de congestion (par compression), ni trace de déplacement.

J'ai déjà fait observer que, chez cette femme, la santé générale, à part un état de nervosisme assez accentué, caractérisé surtout par des troubles dans la sphère du sympathique abdominal, tels que pyrosis, renvois, nausées, névralgies abdominales multiples, etc., était à peu près bonne.

L'existence d'un anévrysme ne peut être mise en doute ; les signes sont, en effet, caractéristiques. Il reste à déterminer le siège et la variété de l'anévrysme.

Pour ce qui concerne l'artère intéressée, il ne saurait y avoir de grandes difficultés. Le maximum du souffle, dans le cas actuel, existe au niveau de la dernière fausse côte gauche, ou plutôt entre celle-ci et l'avant-dernière. Là, en se reportant sur la ligne axillaire, à peu près dans l'espace moyen qui sépare cette ligne de celle des vertèbres dorsolombaires, on entend un souffle continu, très-fort, avec redoublement. Ce souffle se perçoit sur une assez large surface ; il semble se produire dans une cavité spacieuse, assez grande, et il est dû certainement au passage d'une notable quantité de sang qui s'écoule de cette cavité par l'orifice qui la fait communiquer avec le vaisseau malade. De telles conditions, relatives à la production du bruit morbide, spécifiées plus haut, ne peuvent guère se trouver réalisées, dans cette région, que s'il s'agit d'un anévrysme de l'aorte. Un anévrysme de l'une des artères intercostales ne donnerait pas lieu à ce souffle intense et étendu, et à ce *thrill*, si manifeste, malgré la résistance de la paroi thoraco-abdominale, en ce point. L'artère rénale gauche serait bien assez volumineuse pour produire ces phénomènes, si elle était le siège d'un anévrysme ; mais elle est située beaucoup au-dessous de la région au niveau de laquelle on percevait les signes indiqués.

S'agit-il de la portion thoracique de l'aorte ou de sa portion abdominale ? Il y a évidemment une difficulté sérieuse, dans la solution de ce problème clinique. Peut-être, peut-on, dans ce cas particulier, soupçonner que l'anévrysme avait l'aorte thoracique pour point de départ. En effet, à cause des détails qui précèdent, on doit admettre que la poche anévrysmale était en quelque sorte appliquée contre la paroi thoracique, à la partie tout à fait infé-

rière de celle-ci et du côté gauche. M. Vulpian a pensé que l'on pouvait s'expliquer cette situation spéciale de l'anévrysme, en admettant qu'il siégeait dans la cavité thoracique, tandis que, suivant lui, il était difficile de s'en rendre compte en le supposant une dépendance de l'aorte abdominale. Le premier diagnostic explique d'ailleurs les symptômes observés et permet de comprendre comment la pression des poumons, ainsi que celle du cœur, ont pu forcer la poche anévrysmale à se diriger, dans son développement, vers un des côtés du thorax, le côté gauche, et à demeurer plus ou moins en contact avec la paroi costale. Dans la seconde hypothèse, au contraire, il faut bien admettre que l'anévrysme se serait sans doute développé d'arrière en avant, et alors il aurait existé une tumeur reconnaissable à la palpation; ou s'il avait eu pour point de départ la région latérale gauche de l'aorte, il n'aurait pas été en contact plus ou moins immédiat avec la paroi, comme chez notre malade.

Quant à la variété, si l'on tient compte du souffle continu, avec renforcement; du point maximum où le thrill se produit, et du lieu où le bruit de souffle se manifeste avec la plus grande intensité, on peut supposer, pour expliquer toutes ces particularités cliniques, qu'il existe une dilatation ampullaire de l'aorte, dans la région indiquée, dilatation assez considérable, communiquant par une seule ouverture avec le canal de l'aorte; c'était là la pensée de M. le professeur Vulpian, pensée appuyée sur les considérations exposées plus haut. Il était difficile d'aller plus loin: on s'est demandé s'il s'agissait d'un anévrysme athéromateux; mais l'âge peu avancé de la malade, et surtout — car l'âge n'était pas une raison éliminatoire suffisante — l'absence d'altérations reconnaissables dans les artères accessibles à un examen direct, ne nous ont pas permis de

nous prononcer. L'ancienne attaque d'hémiplégie parlerait cependant dans ce sens.

Je rappellerai encore que la découverte de cet anévrysme a été, pour ainsi dire, le fait du hasard; que la malade ne présentait qu'une série de troubles névropathiques, vagues, indéterminés, ayant surtout leur siège dans l'abdomen et que même, une fois l'anévrysme reconnu, il a été impossible de constater aucune perturbation fonctionnelle pouvant être, d'une façon légitime, attribuée à sa présence.

La troisième observation est un bel exemple d'aortite chronique; l'histoire clinique de ce malade mérite l'attention.

Les symptômes observés au début de sa maladie, paraissent avoir été ceux d'une affection aiguë de l'aorte; le malade décrit très-bien les palpitations violentes qu'il a éprouvées, la douleur vive qui l'étreignait à la base du sternum, le sentiment d'angoisse, de constriction, auquel il était en proie; la dyspnée violente qui l'empêchait de dormir: tels ont été les phénomènes symptomatiques de la première période de son affection.

Le malade a été examiné dans le service longtemps après la première apparition de ces phénomènes; il y avait huit mois d'écoulés. Son aspect général était frappant; la figure était pâle, le teint anémique, l'état de dyspnée habituelle. Le soir, à des moments variables, tantôt vers 5 heures, d'autres fois vers 8 heures, plus souvent entre 11 heures et minuit, ou plus tard, il éprouvait une sensation angoissante des plus pénibles; il avait de l'étouffement, des vertiges; il était alors obligé ou de se lever, et de s'asseoir sur son lit, ou au bord de son lit, les jambes pendantes. Par moments sa dyspnée était telle qu'il pouvait à peine respirer. Cet état, avec des phases d'augment et d'apaisement, durait une heure, deux heures, quelquefois plus; puis, il parvenait à dormir un peu, et encore, il

n'avait de sommeil que grâce au bromure de potassium, ou au chloral qu'on lui donnait. Quand les accès de dyspnée étaient intenses et un peu prolongés, il était fréquent d'observer, le matin, un peu d'œdème des membres inférieurs et un léger degré de bouffissure de la face; je dois ajouter qu'il n'y a jamais eu d'albumine dans l'urine. D'ailleurs, aucune espèce d'expectoration, si ce n'est quelques crachats aérés, muqueux, sans importance; l'auscultation et la percussion du thorax montraient l'intégrité absolue de l'appareil pulmonaire. L'examen du cœur indiquait un degré notable d'hypertrophie de cet organe; il n'existait pas de frottements péricardiques; il n'y avait pas non plus de souffle à la pointe du cœur; mais quand on auscultait le cœur au niveau de l'orifice aortique, on percevait un bruit de souffle assez bref, un peu rude, en somme peu marqué. Au niveau de la partie supérieure de l'aorte ascendante, on entendait nettement deux bruits de souffles, forts, assez rudes, le premier plus intense que le second. Le maximum de ces bruits était au-dessous de la réunion du tiers interne et des deux tiers externes de la clavicule droite. En auscultant en arrière du thorax, et en prenant soin de faire suspendre la respiration, on entendait nettement, dans la région du bord spinal de l'omoplate gauche, les deux souffles. Il y avait un peu de submatité à la partie supérieure droite du sternum, dans une étendue de trois à quatre travers de doigt, en se reportant de la ligne médiane vers la région latérale droite du thorax. Le pouls était fort, bondissant; il n'avait pas tout à fait les caractères du pouls de Corrigan, mais il s'en rapprochait beaucoup, comme l'ont montré les tracés.

Je ne veux pas discuter ici la question de savoir si ces douleurs angoissantes, si particulières, de la dyspnée aortique, tiennent toujours à un processus aigu inflammatoire du côté des membranes de l'aorte, et à l'influence de

cet état sur le plexus nerveux cardiaque; on connaît, à cet égard, les intéressantes leçons de M. le professeur Péter; je tenais simplement à signaler la particularité clinique. Dans un certain nombre de cas, il est facile, avec un peu d'attention, de différencier la dyspnée aortique des accès d'asthme cardiaque et de l'asthme véritable, précisément en prenant en considération le mode de début de l'accès d'asthme et ses caractères particuliers; mais il est plus difficile de faire le diagnostic quelquefois, entre l'anévrysme de l'aorte et l'aortite chronique. Cependant on y arrive presque toujours en cherchant avec soin s'il existe des signes de compression, et en pesant bien la valeur des signes physiques.

Un fait mérite encore d'être mis en relief dans cette observation; c'est celui relatif aux forces du malade; il avait le teint pâle, anémique, assez caractéristique dans les affections aortiques anciennes; de plus, il éprouvait de fréquents vertiges; une insomnie opiniâtre en dehors même des attaques de dyspnée. M. Vulpian a admis l'existence d'une athéromasie artérielle généralisée, produisant, par moments, un peu d'ischémie cérébrale, et expliquant très-bien la perte de sommeil.

L'observation XLVI, au contraire, est un exemple d'aortite chronique, avec dilatations de la crosse de l'aorte, aortite qui a été absolument muette au point de vue des phénomènes douloureux et fonctionnels. La différence entre cette observation et la précédente tenait sans doute à ce que, dans ce cas, l'aortite était chronique sans exacerbations aiguës de l'endartérite.

Je noterai encore, dans cette observation: 1° que l'aortite, comme cela est si fréquent, était compliquée d'une lésion de l'orifice aortique, d'un rétrécissement; 2° que la grosseur ne paraît avoir influencé en rien la marche de la maladie du cœur.

Nous avons eu sous les yeux un autre exemple absolument analogue au précédent. Il s'est agi, dans cette observation, d'une jeune institutrice de 21 ans, ayant une double lésion aortique, insuffisance des valvules sigmoïdes avec rétrécissement de l'orifice, double lésion accompagnée de la dilatation de la crosse de l'aorte. L'on n'a pas observé, non plus, dans ce cas particulier, les phénomènes douloureux de l'angine de poitrine symptomatique. La malade était profondément névropathique. Elle avait des attaques fréquentes d'hystérie. Quant aux troubles éventuels, produits par l'affection cardiaque, ils consistaient seulement en accès plus ou moins prolongés de violentes palpitations, avec tendance lipothymique.

L'observation XLVII est un bel exemple d'athéromasie artérielle généralisée, ayant produit une gangrène sénile du membre inférieur gauche, par suite de la formation d'un caillot oblitérant dans l'artère fémorale et dans toutes les branches qui en naissent. L'intérêt de cette observation réside dans le fait suivant : tandis que toutes les artères du tronc et des membres étaient profondément athéromateuses, les artères de l'encéphale étaient absolument saines. M. Vulpian nous a dit avoir vu plusieurs cas du même genre à la Salpêtrière; il en a parlé à diverses reprises dans ses cours d'anatomie pathologique. Pendant l'année d'internat que j'ai passée dans le service de M. Charcot, ce maître éminent a appelé notre attention sur des faits analogues; il nous a montré alors que tantôt l'athéromasie artérielle est généralisée, et que tantôt elle frappe les artères, système par système; dans certains cas, il n'y a d'athéromateuses que les artères cérébrales; dans d'autres, les branches de l'aorte abdominale, etc. Ce sont là des faits incontestables et qui attendent encore leur interprétation.

## OBSERVATIONS

Obs. XLIII. — *Anévrysme de l'aorte. — Hématémèses abondantes. — Anémie consécutive très-accusée. — Traitement par les toniques. — Amélioration.*

Le nommé C... âgé de 50 ans,

Entré le 8 mai 1877, salle St-Jean-de-Dieu, lit n° 12.

*Antécédents.* — Rien de particulier.

*Renseignements.* — Ce malade raconte qu'il y a 6 semaines, il fut pris, tout à coup, d'un vomissement considérable de sang. Il était au lit à ce moment, et il dit qu'il en remplit son vase de nuit. Il estime la quantité à près de trois litres.

Ce sang était rendu sous forme de caillots volumineux, rouges. Il ne présentait pas la couleur noire qu'il offre quelquefois dans certaines hématémèses. Il n'était pas aéré.

Ce sang a été rendu sans efforts, sans déterminer de gêne, ni de suffocation, ni de toux. Le malade est très-affirmatif à cet égard. Vers cette époque, le malade se portait bien; il ne toussait, ni ne crachait. Il n'avait point de palpitations de cœur.

A la suite de cette hémorrhagie, il ressentit une faiblesse générale très-grande, mais ce fut tout.

Les choses paraissaient ainsi revenir à l'état normal, lorsque, 15 jours après, il rendit encore, par la bouche, du sang coagulé, comme précédemment. Cette fois la quantité fut moindre, mais pour tous les phénomènes, qui ont accompagné l'hématémèse, cette hémorrhagie fut, en tous points, semblable à la première.

La faiblesse redoubla aussitôt et c'est par suite de cette adynamie que le malade se décida à entrer à l'hôpital. Il n'a pas éprouvé d'autres accidents.

*Etat actuel.* — C'est un homme de forte stature et présentant un embonpoint proportionné.

Les téguments sont pâles. Les lèvres et les paupières décolorées, exsangues, blanches.

Il ne tousse pas. L'examen des organes respiratoires est complètement négatif.

L'estomac ne présente rien de particulier; il n'est pas douloureux à la pression, et les digestions sont très-bonnes.

En examinant la région épigastrique, on y constate des soulèvements assez considérables et isochrones aux battements du cœur. Celui-ci paraît avoir basculé sur son axe de telle sorte que la base est abaissée, comme semble l'indiquer le foyer de production des bruits de cette base. Les battements toutefois sont normaux, et l'on n'entend qu'un léger bruit de souffle à la base, souffle que l'on retrouve aussi dans les vaisseaux du cou.

Mais ce qui attire l'attention, c'est une légère voussure de la poitrine vers la poignée du sternum et un peu à droite.

Dans cette région, la percussion fait entendre une matité assez nette, dans une étendue de quatre à cinq travers de doigts.

A l'auscultation on perçoit un souffle léger, continu, avec renforcements, au niveau du deuxième espace intercostal droit; il se propage vers les vaisseaux du cou.

Il y a, tout à fait à droite, presque au niveau de la clavicule, un second centre de battement.

La carotide droite est démesurément dilatée; elle est grosse comme le doigt; de plus elle est animée de battements et le siège d'un souffle fort, râpeux, au premier temps.

La face, du côté droit, est œdémateuse.

Pas de gêne respiratoire. Léger œdème des membres inférieurs. Pas de cyanose.

*Foie* : sain.

*Rate* : id.

*Poumons* : sains.

*Tube digestif* : id.

*Urines* : normales.

Le malade ne paraît pas souffrir d'autre chose que de la faiblesse résultant de son anémie.

*Traitement.* — Le malade est soumis à l'usage du sirop d'iodure de fer et du vin de quinquina; l'appétit est excellent; quatre portions.

Peu à peu l'anémie diminue, sous l'influence du traitement, mais très-lentement; il sort au bout d'un mois, sans avoir présenté de nouveaux accidents, mais en conservant une grande faiblesse relative; les symptômes de l'anévrysme de l'aorte n'avaient pas varié.

Obs. XLIV. — *Anévrysme de l'aorte (à siège insolite).* — *Maximum du souffle au niveau des fausses côtes gauches.* — *Pas de tumeur appréciable.* — *Névralgies lombo-abdominales.*

La nommée L... Sophie, âgée de 38 ans,

Entrée le 15 avril 1877, salle Ste-Madeleine, lit n° 2 bis.

Cette malade, âgée de 38 ans, a été réglée à 15 ans et demi, et l'a toujours été depuis très-régulièrement.

Comme antécédents, elle aurait eu des symptômes de scrofule, tels que gourmes sur le cuir chevelu, et engorgements ganglionnaires sous la mâchoire inférieure. Elle déclare aussi avoir eu des douleurs rhumatismales, mais jamais d'attaques aiguës.

Rougeole à l'âge de 7 ans, et fièvre typhoïde à 10 ans. Il n'y a rien à noter comme antécédents héréditaires.

Au mois de mars dernier, elle entra dans le service de M. Trélat pour des symptômes d'occlusion intestinale; elle sortit guérie de cette affection, et, le 15 avril, elle vint dans le service de M. le professeur Vulpian.

Cette malade dit qu'elle a une grande faiblesse dans les deux jambes; celles-ci enflent très-souvent, et même quand