

elle reste couchée, elles sont le siège d'un œdème appréciable.

Fréquemment elle a des palpitations et des accès d'étouffements; de plus elle se plaint de douleurs vives dans le ventre et dans les parois thoraciques, surtout à gauche. La région lombaire est le siège d'une douleur continuelle très-vive, accompagnée d'exacerbations très-marquées.

La constipation est opiniâtre; la malade reste souvent une semaine entière sans aller à la selle, et encore lui faut-il donner des lavements; l'appétit est à peu près nul: la région épigastrique est souvent douloureuse et il n'est pas rare de voir survenir des vomissements.

Enfin la malade éprouve une faiblesse générale surtout du côté droit; cette faiblesse se serait accusée principalement depuis un an, à la suite d'une perte de connaissance, et de phénomènes hémiplegiques de ce côté, phénomènes qui durèrent quelques jours seulement d'après son dire.

Etat actuel. — La malade, de stature moyenne, est pâle, anémique. Elle se plaint de troubles vagues, indéterminés. Elle souffre dans le dos, dans les reins, mais surtout dans le ventre; vertiges fréquents; digestions pénibles, irrégulières; pas d'amaigrissement notable. Il existe un peu de toux et on trouve des râles de bronchite disséminés, des deux côtés, dans les poumons. Expectoration de crachats muqueux, aérés.

Examen du cœur. — Pas de souffle organique; mais on trouve à l'auscultation un souffle anémique à la base et au premier temps, avec un autre souffle semblable dans les vaisseaux du cou.

En auscultant la région postérieure de la base de la poitrine sur le côté, au niveau des dernières côtes et dans toute la région latérale gauche, on entend un souffle continu, très-fort, avec renforcements au moment des systoles

cardiaques. Le maximum du bruit morbide n'est pas au niveau même de la région rachidienne, mais en dehors de cette région, à six ou sept centimètres de la ligne des apophyses épineuses. Il s'étend de bas en haut dans une hauteur de quelques centimètres.

A la palpation, la main étant appliquée à plat sur la partie postérieure des fausses côtes, on sent un frémissement assez net, surtout au niveau du maximum du bruit de souffle. On ne perçoit ni battements, ni expansions.

La percussion ne révèle rien; il n'y a pas de matité bien reconnaissable, de telle sorte qu'on est obligé d'admettre que la tumeur anévrysmale n'est en contact immédiat avec la paroi thoracique, que dans une étendue très-restreinte. (L'existence de cet anévrysme, comme nous l'avons su plus tard, avait été déjà reconnue dans le service de M. Trélat.)

Le pouls crural, de ce côté gauche, est petit et ne retarde pas sur celui de droite; les battements des pédieuses sont isochrones aussi. La palpation profonde de l'abdomen ne permet pas de reconnaître l'existence d'une tumeur.

Les troubles gastriques se répètent très-souvent; les névralgies lombo-abdominales et intercostales sont presque continues.

L'urine est normale.

Traitement. — Chaque jour, on fait deux injections sous-cutanées de un centigr. de chlorhydrate de morphine (une le matin et une le soir), dans la paroi abdominale. La malade prend, en outre, du vin de quinquina et du sirop d'iodure de fer.

L'appétit est médiocre; la constipation habituelle; de temps à autre, on donne 50 centigr. de rhubarbe.

L'état local reste le même; le souffle s'accroît, et semble s'étendre davantage; le frémissement perçu à la main, s'accroît aussi avec plus de netteté.

La malade quitte l'hôpital, le 27 juillet; l'état général est un peu amélioré; l'anémie est moins accusée; les névralgies sont moins vives.

OBS. XLV. — *Aortite chronique, avec attaques de dyspnée, très-accentuée, survenant irrégulièrement. Exacerbation subaiguë de l'endartérite. Dilatation notable de la partie ascendante de l'aorte. Plaques scléro-athéromateuses, saillantes, à la surface interne de ce vaisseau. Insuffisance légère, probable, des valvules aortiques.*

Le nommé T... Frédéric, âgé de 45 ans, colporteur.

Entré le 1^{er} mars 1877, salle St-Jean-de-Dieu, lit n^o 25.

Renseignements. — Cet individu, âgé de 45 ans, est colporteur.

Il dit s'être toujours parfaitement porté et avoir joui d'une bonne santé.

Très-vigoureux, il se livre à des travaux pénibles, porte de lourds fardeaux sur l'épaule. Jamais il n'a eu de sensation de palpitations; jamais il n'a été pris de dyspnée.

On ne relève pas d'antécédents syphilitiques; point d'accidents pouvant être mis sur le compte de l'alcoolisme; cependant il boit *la goutte* tous les matins, et 2 litres de vin par jour.

Pas de douleurs dans les jointures.

Il y a un an, après un travail pénible, couvert de sueur, il fut saisi par le froid. Le soir il eut des étouffements qui allèrent en augmentant progressivement. Cette dyspnée persistant, il vint, en août dernier, consulter M. Mesnet qui lui ordonna de la digitale et du bromure de potassium. Il se trouva bientôt un peu mieux; mais, en novembre dernier, les étouffements le reprirent, et, le 21 décembre 1876, il entra à l'hôpital Necker, chez M. Potain, dont le diagnostic, au dire d'un élève, aurait été : aortite et emphyème. Il resta 5 semaines dans cet hôpital : on lui donna,

nous dit-on, du bromure de potassium, du kermès, et on lui fit prendre de nombreux vomitifs.

A la suite de l'administration d'un de ces vomitifs, il fut pris de douleurs vives, vers la partie moyenne du sternum, et il se trouva pendant quelques heures en proie à une grande angoisse. Ces douleurs ne s'irradiaient d'ailleurs pas dans le bras. Sa santé s'étant améliorée, il quitta l'hôpital pour aller à Vincennes; ensuite, après quelques jours, il sortit de cet hospice pour entrer à l'Hôtel-Dieu, chez M. Fauvel. Sorti de l'Hôtel-Dieu, il y a 8 jours, et la dyspnée persistant, il entre dans le service de M. Vulpian le 1^{er} mars 1877.

Etat actuel. — C'est un homme vigoureux, fortement musclé; sa poitrine est large, bombée; les creux sous-claviculaires ont disparu.

Facies pâle, anémique; muqueuses apparentes décolorées.

Pas de voussure précordiale.

Quelques dilatations variqueuses des capillaires, sur le mollet gauche.

Léger œdème à la face interne des tibias.

Poumons. Percussion. — Augmentation réelle mais peu notable de la sonorité : il est vrai que les parois thoraciques du malade sont très-épaisses.

Auscultation. — Légère diminution du murmure vésiculaire en avant et en arrière. Pas de râles. — Le malade tousse un peu; il éprouve, de temps en temps, des chatouillements dans la gorge et il dit que sa voix a changé depuis quelque temps; elle est un peu couverte.

Cœur. Palpation. — Le malade étant dans le décubitus dorsal, on perçoit à peine les battements de la pointe du cœur dans le cinquième espace intercostal et encore faut-il faire pencher le malade en avant.

Percussion. — Le cœur ne paraît pas augmenté de vo-

lume, mais il faut remarquer que l'individu est un peu emphysémateux et que ses parois thoraciques sont très-épaisses.

Auscultation. — Souffle rude au premier temps et à la base. Ce souffle, très-peu perceptible au niveau même de la base du cœur, devient de plus en plus net à mesure que l'on applique le stéthoscope sur des parties plus élevées du sternum. Il s'entend très-bien près du bord droit de cet os et il paraît augmenter, plutôt que diminuer, lorsqu'on remonte obliquement à droite, vers la partie interne de la clavicule du côté correspondant. C'est là même qu'il est le plus fort. Le deuxième temps est un peu soufflant dans ces mêmes points. En auscultant, en arrière, au niveau du bord spinal de l'omoplate gauche, on entend les deux souffles. Battement léger, perceptible à la vue et au toucher, au point où se produit le maximum du souffle.

Rien à la pointe. On y entend, au lointain, le souffle de la base.

Pouls. — Lent, régulier, un peu bondissant. Le tracé, au sphygmographe, est celui de l'insuffisance aortique, seulement la ligne d'ascension et la ligne de descente sont moins étendues que dans les cas d'insuffisance pure; il existe au sommet du plateau un petit crochet.

Foie. — Sain.

Rate. — Saine.

Appétit faible.

Le malade dort peu; il rêve beaucoup et se réveille souvent en sursaut, en proie à une dyspnée intense; c'est une dyspnée avec angoisse très-pénible; l'attaque dure 1 heure, 1 heure 1/2; le malade souffre beaucoup.

Urine. — Normale.

On diagnostique une aortite chronique avec exacerbation subaiguë de l'endartérite. Dilatation notable de la partie ascendante de l'aorte. Plaques scléro-athéromateuses,

saillantes à la surface interne de l'aorte. Probablement un peu d'insuffisance des valvules aortiques.

Traitement. — Digitale 0;10. — Sirop d'iodure de fer.

14 Mars. — Le malade est pris tous les soirs de dyspnée et réveillé en sursaut, il étouffe pendant plusieurs heures; l'heure à laquelle survient la dyspnée varie beaucoup: ou 8 heures; ou 11 heures; ou minuit.

On donne 1 gr. KI, avec sirop d'iodure de fer.

Puis 2 pil. de poudre de feuilles digitale de 0 gr. 10 chaque.

Chloral 2 grammes.

19 Mars. — Les accès de dyspnée augmentent; la dyspnée est toujours accompagnée d'un sentiment de constriction à la base du thorax. Au moment où la crise surprend le malade, il s'assied rapidement sur son lit, ou si la difficulté de respirer est très-prononcée, il se lève et se précipite à la fenêtre. La face est altérée et porte l'empreinte d'une vive terreur; le malade est agité, bientôt le visage se congestionne et se couvre de sueurs; puis survient une sensation angoissante très-pénible, des tendances à la syncope. La respiration est lente, difficile; la difficulté de respirer ne va pourtant pas jusqu'à l'orthopnée proprement dite. Le malade n'éprouve point de douleurs propagées, ou vers la base du sternum, ou vers le bras gauche; comme il le dit, il a simplement une sensation de constriction autour de la poitrine, avec tendance à se trouver mal lorsque cette sensation est très-accusée (menace de lipothymie).

La crise a une durée variable; elle arrive très-vite, en moins de quatre à cinq minutes, à son maximum, puis elle décroît pour reparaitre au bout d'un instant, exactement avec les mêmes caractères, parfois un peu plus accentués encore: elle dure ainsi pendant une ou deux heures ou plus.

Elle ne vient pas toujours aux mêmes heures, ou à 8 heures du soir, ou vers minuit, ou plus tard.

Le matin on trouve le plus souvent le malade pâle, défait, les traits du visage très-fatigués, en proie à une sorte de terreur, en souvenir de l'attaque de la nuit et par crainte de la voir se renouveler. Généralement il persistait, en outre, un peu de difficulté de la respiration.

4 *Avril*. — Brom. potas., 4 gr.

Iodure de potas., 1 gr.

Sirop de fer, 1 gr.

1^{er} *Mai*. — Les crises reviennent de temps à autre.

5 *Mai*. — Les crises le prennent régulièrement presque tous les soirs à 6 heures, depuis 8 jours; elles sont un peu moins fortes; on continue le traitement.

6 *Juin*. — Le malade quitte l'hôpital, à peu près dans le même état.

OBS. XLVI. — *Rétrécissement aortique avec hypertrophie du cœur et dilatation de l'aorte. Aortite chronique sans phénomènes douloureux concomitants. Grossesse régulière n'ayant pas influencé la marche de l'affection cardiaque.*

La nommée C... Sidonie, âgée de 18 ans, couturière.

Entrée le 25 mars 1877, salle Ste-Madeleine, lit n° 17.

Ses parents, très-âgés tous deux, sont bien portants et l'ont toujours été; ils n'ont eu, au dire de la malade, aucune maladie.

Elle raconte qu'elle-même a toujours joui d'une bonne santé; mais il y a deux ans, elle a été atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu très-intense, qui a occupé successivement les coudes, les poignets, les genoux et les pieds. Cette maladie la força à garder le lit environ deux mois, au bout desquels elle fut obligée, pendant neuf mois encore, de se servir de béquilles pour pouvoir marcher.

Réglée à 14 ou 15 ans, elle a toujours été bien réglée jusqu'au 25 novembre dernier; depuis lors, elle a eu quel-

ques vomissements, quelques démangeaisons aux seins. Elle est enceinte de 8 mois environ.

Depuis son attaque de rhumatisme, c'est-à-dire depuis le mois de mars 1875, elle a toujours été faible; il lui était difficile de marcher, parce qu'elle se fatiguait très-vite. Elle monte assez bien les escaliers, mais cependant elle est alors un peu essoufflée.

Etat actuel. — La malade est grande, brune. Figure pâle, très-décolorée. État général excellent, cependant elle éprouve quelquefois des vertiges, surtout après ses repas. Voussure de la région précordiale. Douleurs assez vives, de temps à autre, dans toute cette partie de la paroi thoracique. En outre, au niveau du cartilage de la troisième côte droite, existe dans une étendue de 5 à 6 cent. en largeur sur 2 à 3 cent. de hauteur, un soulèvement assez marqué de cette portion du thorax; la malade fait remonter l'apparition de cette surface bombée à deux ou trois ans.

La main droite est déformée par le rhumatisme; l'extension normale des doigts est possible, mais la flexion est limitée par l'inextensibilité des prolongements de l'aponévrose palmaire aux tendons des doigts; elle ne peut s'effectuer au-delà de l'angle de 135°. Toute la main droite, comparée à la gauche, est amaigrie. Les espaces interosseux sont très-apparents.

Légère atrophie des muscles des éminences thénar et hypothénar. Rien de particulier dans les autres régions; quelques craquements secs aux deux genoux.

L'inspection de la région précordiale montre une voussure des plus évidentes.

A la palpation, on perçoit une sensation de frémissement très-net, surtout accusée au niveau de la base du cœur et coïncidant avec le premier temps; cette sensation de frémissement n'existe pas à la pointe de l'organe, mais on la trouve dans toute la région de la base et même un peu à