

cœur et lire sur sa figure chacun des détails de cette affection. Ainsi la *pâleur*, une pâleur spéciale avec coloration assez vive des lèvres et des gencives, vous décèle la phase des troubles de l'hématose ou l'anémie par anoxémie, c'est-à-dire la seconde période des affections du cœur; la *cyanose*, jointe à la pâleur, vous indique la phase des troubles de l'hématopoièse en même temps que l'asphyxie par maladie du cœur droit, ou troisième période des affections du cœur; enfin le *cercle sénile*, joint à la pâleur et à la cyanose, vous révèle une altération granulo-graisseuse du cœur, des vaisseaux, ainsi que des principaux organes, et par conséquent la phase cachectique commençante ou définitive de l'affection cardiaque.

HUITIÈME LEÇON

INSUFFISANCE AORTIQUE. — L'insuffisance aortique n'est pas, le plus souvent, une maladie du cœur, mais une maladie de l'aorte. — La vieillesse, l'alcoolisme, le tabagisme et la goutte en sont les causes fréquentes. — Conséquences pathologiques secondaires de la maladie de l'aorte. — Mort subite et insuffisance aortique. — Rôle certain de l'aortite dans le mécanisme de cette mort. — Rôle très probable du plexus cardiaque. — Série morbide formée par l'insuffisance aortique, l'aortite et l'angine de poitrine. — Hypertrophie du ventricule gauche par aortite. — Lésion nouvelle, qui ne compense pas, mais aggrave l'insuffisance aortique.

MESSIEURS,

Nous avons vu, dans la dernière leçon, la série de lésions et de troubles fonctionnels qui dérivent d'un rétrécissement mitral, d'une insuffisance également mitrale, ou d'un rétrécissement aortique; nous allons voir aujourd'hui ce qui peut résulter d'une insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte et ce qu'est cette lésion.

L'insuffisance aortique consiste dans l'inocclusion des valvules sigmoïdes de l'aorte, d'où s'ensuit le reflux du sang de ce vaisseau dans le ventricule gauche au moment de la diastole, c'est-à-dire au deuxième temps de la révolution du cœur. Le bruit morbide causé par ce reflux du sang doit donc être entendu au second temps et à l'origine de l'aorte, c'est-à-dire dans la région sus-mamelonnaire.

Quant à l'inocclusion des valvules sigmoïdes, elle est due le plus souvent à leur ratatinement, à leur déformation, consécutifs à la dégénérescence athéromateuse, et surtout calcaire. Dans ce cas, la maladie valvulaire n'est ordinairement qu'une extension aux valvules de l'aorte d'une maladie plus générale du vaisseau.

D'autres fois, l'insuffisance tient à l'écartement des valvules par la dilatation de l'aorte, et, par suite, de l'anneau d'insertion valvulaire (c'est la lésion spécialement décrite par Corrigan); ou

bien cette insuffisance tient à la présence de concrétions polypiformes aux nodules d'Arantius.

Nous avons justement depuis quelques jours, au n° 7 de la salle Saint-Paul, un malade atteint d'insuffisance aortique, et qui en présente les signes les plus caractéristiques. Je veux dire le pouls spécial, le tracé sphygmographique, le souffle cardiaque et crural, et enfin ce que j'appelle la *danse des artères*.

Cet individu, qui exerce la profession de maçon, prétend s'être toujours bien porté et n'être malade que depuis quinze jours. Il rapporte les débuts de sa maladie à un travail forcé de quarante-huit heures, qu'il aurait exécuté au milieu des intempéries de ces jours derniers.

Ayant ainsi surmené son organisme en général, et, en particulier, son cœur, lésé depuis longtemps sans qu'il s'en doutât, et ses organes respiratoires, affaiblis par contre-coup de la lésion cardiaque, cet homme a d'abord toussé, puis de la suffocation est survenue, et la dyspnée datait de deux jours lorsqu'il est entré dans notre service.

Il présentait alors, non pas un type d'insuffisance aortique, mais simplement un type de maladie du cœur à sa période extrême. Sa face était jaune et froide; il était œdématié et ne se pouvait tenir qu'assis dans son lit, où il se livrait laborieusement à des efforts d'inspiration, que récompensait mal une hématoxe insuffisante. Il n'était pas besoin de l'ausculter; on reconnaissait à distance une maladie cardiaque arrivée à sa période de retentissement sur le cœur droit. Quant à l'intensité et à l'étendue des lésions broncho-pulmonaires, on en pouvait juger à la pluie de râles de toute sorte qu'on percevait en appliquant l'oreille sur la poitrine.

Ce tapage bronchique rendait par suite l'auscultation du cœur impossible. D'ailleurs, chose bien remarquable, le pouls n'était pas vibrant, et le sphygmographe ne révélait rien autre chose que sa petitesse et son irrégularité. Néanmoins, et malgré l'absence du pouls et du tracé caractéristiques, malgré l'impuissance où nous étions de percevoir le souffle spécial, nous n'hésitâmes pas, mon chef de clinique M. Duguet et moi, à diagnostiquer une *insuffisance aortique*. Ce qui motivait ce diagnostic, auquel manquaient tant de choses, c'était la danse des artères, surtout

visible aux carotides, lesquelles étaient dures et même un peu flexueuses.

Interrogé, cet individu prétendait n'avoir jamais été malade; mais il ajoutait que, depuis plus de vingt ans, « ça lui sautait dans le cou. » C'était sa façon d'indiquer, ce que nous constatons à un si haut degré chez lui, le bondissement carotidien.

Une indication bien autrement pressante que de préciser le diagnostic était de décongestionner les poumons. En conséquence, je prescrivis l'administration d'un vomitif, mais en usant d'un artifice que je vous signale, et qui consiste à rendre d'une main ce qu'on enlève de l'autre. La religieuse eut ordre, si le malade était trop déprimé par les vomissements (ce qu'on avait lieu de redouter en raison de sa débilitation cachectique), elle eut ordre, dis-je, de lui donner une ou deux tasses de bon thé au rhum bien chaud. Le vomitif peut, en effet, chez de tels malades, causer un collapsus capable de les mettre en péril, mais dont un cordial suffit pour les tirer. C'est ce qui fut fait; et, le lendemain, nous trouvâmes le malade beaucoup mieux. Toutefois, ce ne fut que le surlendemain que nous pûmes décidément et positivement constater les signes de l'insuffisance aortique, à savoir :

Par l'auscultation, un bruit de souffle *sus-mamelonnaire*, un peu au-dessus de la troisième côte gauche et au *second* temps du cœur;

Par le sphygmographe, le pouls que vous avez sous les yeux (fig. 8) régularisé par la décongestion des poumons et la cessation

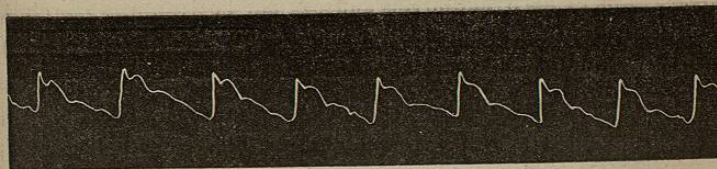


FIG. 8.

de l'asphyxie; pouls typique de l'insuffisance aortique et qui présente une ligne d'ascension brusque, verticale, élevée, indiquant que l'artère est brusquement soulevée; mais, en raison de l'insuffisance valvulaire sigmoïde, cette ligne fléchit tout aussi brusquement, d'où le crochet que vous voyez, et qui est le signe

probant de l'insuffisance aortique. Puis, comme cette lésion accompagne le plus souvent l'athérome aortique, dont elle est alors le résultat, — et c'est le cas ici, — après le crochet vient le plateau indicateur de l'athérome. Maintenant, le bondissement artériel étant proportionnel au diamètre du vaisseau et à sa proximité du cœur, vous comprenez qu'il doit être plus marqué aux carotides qu'aux radiales, et y produire cette danse artérielle qui était très appréciable, alors que le pouls radial, en raison de l'asphyxie, ne présentait pas, comme aujourd'hui, son bondissement caractéristique.

Vous voyez qu'il nous a fallu quarante-huit heures pour pouvoir vous démontrer, à l'aide des derniers signes que je viens de vous indiquer, une lésion cardiaque que la danse des artères carotides nous avait cependant permis de vous annoncer. Eh bien, chose curieuse, vingt-quatre heures plus tard, le pouls avait complètement changé de caractère; il était redevenu celui du premier jour. La ligne d'ascension était courte et oblique, comme vous pouvez le voir par ce tracé (fig. 9), où, à travers les

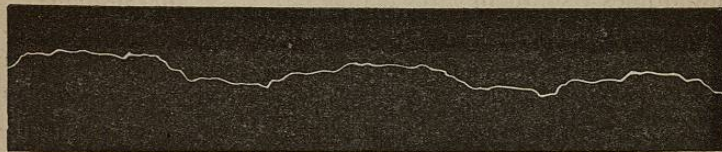


FIG. 9.

divagations et les irrégularités causées par la dyspnée, qui était revenue, vous ne retrouverez plus qu'une suite de plateaux; car l'athérome ne perd jamais ses droits.

Il est encore un autre signe que vous avez pu constater chez lui, comme aussi chez le malade du n° 44, également atteint d'insuffisance aortique, je veux dire le *double souffle intermittent crural*, signalé pour la première fois par M. Duroziez. Dans ce double souffle, le premier bruit est causé par la compression même du vaisseau à l'aide du stéthoscope; le second bruit tient au remous du sang, dû à l'insuffisance aortique. Si cette insuffisance n'existait pas, on n'entendrait que le premier bruit.

Ce qui doit ressortir pour vous de l'examen de nos deux

malades des n°s 7 et 44, c'est que, par le fait de l'insuffisance aortique, les deux circulations de l'hématose et de l'hématopoièse peuvent être successivement compromises; que des stases multiples peuvent s'y produire comme par le fait de toute autre lésion cardiaque, et atteindre même leurs dernières limites, qui sont la léucophlegmatie et la cachexie.

De sorte que, si vous rapprochez par la pensée ces deux cas de ceux des malades couchés aux n°s 20 et 37 et atteints de lésions mitrales, vous voyez que, en fin de compte, les troubles ultimes sont les mêmes, quels que soient le siège et la nature de la lésion cardiaque primitive.

Ainsi, toute remarquable et distincte que soit l'insuffisance aortique par ses signes physiques comme aussi par sa pathogénie et par quelques autres de ses symptômes, elle finit, comme une autre lésion cardiaque, par entraîner les phénomènes généraux ultimes des affections valvulaires du cœur.

Cependant, pour justifier sa description isolée comme type à part dans les affections du cœur, on a dit: 1° que ces phénomènes ultimes y sont plus rares et plus tardifs; 2° que les douleurs précordiales et les troubles nerveux y sont plus fréquents, et, enfin, 3° que la mort subite y est plus menaçante que dans toute autre maladie valvulaire.

Il y a du vrai dans les deux dernières assertions; mais je fais mes réserves pour la première.

J'observe depuis longtemps un malade que sa fortune et sa vigueur mettent à même de faire de longs voyages. En Egypte, sa force d'athlète lui a permis de renverser des crocodiles sur le dos, et il a tué, l'année dernière, deux lions de l'Atlas, au milieu des dangers d'une chasse qu'il dirigeait. Ainsi, la fatigue ni les émotions ne manquent pas à sa vie; mais il est doué d'une vigueur exceptionnelle, et peut d'ailleurs se reposer quand il le désire. Eh bien, cet homme, qui a quarante-cinq ans maintenant, a eu, à l'âge de douze ans, une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui est restée unique; et, depuis l'âge de quatorze ans, il a des palpitations. Rien d'ailleurs n'est plus facile que de constater chez lui l'existence d'une double lésion *mitrale* (rétrécissement et insuffisance des plus prononcés avec souffle dur, ronflant, pré-

systolique et systolique, compliqués d'hypertrophie du cœur). En conséquence, depuis trente-trois ans, cet homme a une affection cardiaque d'origine mitrale, sans avoir rien des troubles fonctionnels dyspnéiques et encore moins des troubles généraux des affections du cœur. Ce qui revient à dire que, depuis trente-trois ans, la *tonicité vasculaire* compense chez lui la lésion cardiaque, aussi bien dans le système de l'artère pulmonaire que dans celui de l'artère aorte.

Vous voyez, par cet exemple, que l'insuffisance aortique n'a pas le privilège exclusif des longues échéances. Je pourrais vous citer d'autres faits analogues, mais celui-ci suffit, je pense, pour vous prouver que ce caractère de la longue impunité morbide manque de rigueur. Certains de vos auteurs vous diront d'ailleurs avec moi que l'insuffisance mitrale subsiste parfois longtemps sans entraîner d'accidents.

Quant à ces deux autres assertions que les douleurs précordiales et les troubles nerveux sont plus fréquents dans l'insuffisance aortique, et que la mort subite y est plus menaçante, il me faut, pour les justifier, entrer dans des détails assez approfondis d'étiologie et de pathogénie.

Et d'abord, c'est un fait d'observation que, dans la grande majorité des cas, l'insuffisance aortique est une maladie d'origine purement *artérielle* et non point cardiaque; elle est ainsi, primitivement, une maladie *de l'aorte* et non du cœur, et elle doit à cette origine la partie la plus importante peut-être de sa symptomatologie.

Indépendamment des troubles circulatoires mécaniquement liés à l'insuffisance (*récurrence* du sang du système aortique vers le ventricule gauche), il peut y avoir, dans l'insuffisance aortique des troubles spéciaux, purement locaux ou de voisinage, causés directement par la maladie de l'aorte et non point par l'insuffisance. Je veux parler des *douleurs rétro-sternales*, de l'*angine de poitrine* et de la *mort par syncope*.

En conséquence, je propose de grouper les insuffisances des valvules aortiques de la façon suivante :

Insuffisance aortique *sans lésion concomitante de l'aorte*; c'est le cas le moins fréquent ;

Insuffisance aortique *avec lésions de l'aorte*; c'est de beaucoup le cas le plus habituel.

Ces lésions de l'aorte sont la *dégénérescence athéromateuse* ou *calcaire* — laquelle peut entraîner la *déformation* du vaisseau et même l'*anévrisme* aortique — dégénérescence, déformation et anévrisme qui ne sont que les effets consécutifs et successifs d'un seul et même travail morbide, l'*inflammation*, de proche en proche, de toutes les tuniques de l'aorte.

Il est donc assez peu exact de dire que ces lésions sont des *complications* de l'insuffisance aortique : puisque la maladie des valvules du vaisseau n'est, comme celle de la paroi interne, que l'effet d'une seule et même chose, l'*aortite*.

Ce qui en est la complication, ce sont les troubles de voisinage, tels que les *douleurs rétro-sternales* et l'*angine de poitrine*, par irradiation au plexus cardiaque; telles encore sont les lésions de nutrition de divers organes par troubles de la circulation interstitielle, résultant de la *généralisation* de l'altération athéromateuse ou calcaire à tout le système artériel.

En effet, rien n'est plus fréquent, ni plus naturel, que la lésion simultanée de l'endartère dans toute l'étendue du système de l'aorte; lésion le plus habituelle et le plus grave en des points que je vous indiquerai avec plus de précision, en vous parlant de l'*endartérite*, mais que je me contente de signaler seulement ici, et qui sont : les points où l'artère est le plus volumineuse, où elle présente des courbures, où elle donne naissance à des branches, où elle subit des tiraillements (1).

Quant à cette généralisation de la lésion à tout le système de l'aorte, elle est la conséquence nécessaire d'une cause morbifique *générale*, frappant en tous ses points un même tissu organique, l'endartère. Eh bien, cette cause morbifique générale, c'est la *vieillesse*, l'*alcoolisme* ou la *goutte*. C'est à l'alcoolisme que nos deux malades des n^{os} 7 et 44 doivent leur maladie aortique. A ces causes, encore, j'ajouterai le *tabagisme*, dont les dégradations sont analogues à celles de l'alcoolisme.

Maintenant, vous voyez d'ici pourquoi les auteurs ont pu dire avec vérité que l'angine de poitrine était fréquente chez les vieillards.

(1) Voir, plus loin, la leçon XV.

lards et les goutteux; pourquoi ils ont dit avec une égale vérité que la goutte et l'alcoolisme prédisposaient à l'anévrysme de l'aorte. Mais ce qu'ils n'ont peut-être pas aussi bien saisi que vous le pouvez faire maintenant, à l'aide de la classification que je vous propose, c'est la raison pathogénique en vertu de laquelle l'angine de poitrine et l'anévrysme sont engendrés dans ces cas. Cette raison, c'est que la vieillesse, comme la goutte, comme l'alcoolisme, produisent d'abord l'endartérite, puis que celle-ci peut à son tour, et suivant l'intensité de la cause, l'idiosyncrasie de l'individu ou la faible résistance de son aorte, produire l'angine de poitrine ou l'anévrysme.

La classification que je vous soumetts a encore cet avantage de vous conduire à des inductions pronostiques importantes : étant démontré que l'insuffisance aortique est d'origine alcoolique ou goutteuse; que c'est, en ce cas, une maladie artérielle et non pas cardiaque; que la maladie artérielle doit être généralisée; qu'elle produit son maximum de lésion aux points d'embranchement ou de courbure; vous devez songer au système artériel de l'encéphale, où ces conditions matérielles sont réalisées à un si haut degré, et en induire la lésion athéromateuse ou calcaire probable du polygone artériel de Willis, surtout au point de bifurcation de la carotide interne en communicante postérieure, cérébrale moyenne et cérébrale antérieure. Mais, comme une altération de cette nature entraîne habituellement des troubles de la nutrition, vous pourrez en induire le ramollissement ultérieur possible du cerveau; ou bien encore, comme la rupture vasculaire est une conséquence également possible de cette altération du vaisseau, vous pourrez en redouter la possibilité d'une hémorrhagie future : c'est-à-dire que, dans l'une comme dans l'autre occurrence, le sujet est prédisposé à une attaque d'apoplexie. Ainsi, de proche en proche, l'insuffisance aortique vous a conduits à diagnostiquer une maladie de l'aorte, celle-ci à diagnostiquer une lésion généralisée à tout le système aortique, et cette lésion généralisée à pronostiquer une apoplexie cérébrale possible. Vous voyez maintenant pourquoi la vieillesse, ou l'alcoolisme, ou la goutte prédisposent à l'apoplexie, — c'est une simple affaire d'altération vasculaire;

Vous voyez ainsi combien l'hypertrophie ventriculaire gauche, qu'on observe toujours en pareil cas comme conséquence directe de la lésion aortique, et qu'on a accusée de produire l'apoplexie, est innocente de cet accident.

Il nous reste à chercher maintenant comment on peut connaître la *maladie concomitante de l'aorte* et la lésion simultanée de tout l'arbre aortique.

Vous aurez une première raison de croire que l'insuffisance aortique est accompagnée d'une maladie de l'aorte quand vous constaterez l'existence de la douleur *rétro-sternale*. Cette douleur, que mon collègue M. Bucquoy a signalée dans le cas de lésion de l'orifice aortique, et qu'il a très justement rapportée au voisinage du *plexus cardiaque*, ne tient pas à la lésion de l'orifice du cœur, mais résulte d'une altération concomitante de l'aorte. Elle est vraisemblablement due à la propagation du travail morbide aux filets nerveux que cette artère supporte.

A plus forte raison devez-vous croire à la lésion de l'aorte et la rechercher avec soin quand, chez un individu atteint d'insuffisance aortique, la douleur rétro-sternale prendra les proportions de l'angine de poitrine, cette névrose n'étant, dans ce cas, que l'exagération du rayonnement morbifique de l'aorte au plexus nerveux circonvoisin.

La coexistence de l'angine de poitrine avec l'insuffisance aortique n'est pas douteuse, et la corrélation causale de celle-ci avec celle-là ne l'est pas davantage. Stokes en mentionne un fort bel exemple à la page 220 de son *Traité des maladies du cœur et de l'aorte* (traduction de Sénac). Il s'agit d'un jeune homme de vingt-neuf ans qui avait des attaques d'angine de poitrine depuis plus de dix ans! Il était atteint d'une insuffisance aortique avec hypertrophie considérable du ventricule gauche. Les signes stéthoscopiques étaient les suivants : « En appliquant l'oreille contre le thorax, on percevait une sensation comparable à celle que donnerait un choc sur une vessie pleine de liquide; ce choc s'accompagnait d'un bruit particulier analogue à celui que l'on produit après avoir fermé le méat auriculaire par l'application et la pression du doigt sur le tragus, et qu'on cesse brusquement cette compression; ce bruit se terminait par un *bruit de souffle* assourdi.

Le *deuxième bruit* du cœur s'accompagnait également d'une impulsion et d'un *murmure*; mais celui-ci était bien plus net et bien plus bref que le murmure systolique. » En d'autres termes, il y avait un bruit de souffle aux deux temps du cœur; le second bruit était plus intense que le premier; c'est-à-dire qu'il y avait, classiquement, les signes d'un rétrécissement avec insuffisance aortique. Nous verrons tout à l'heure à quelles lésions correspondaient ces signes.

« Ce malade éprouvait des attaques d'angine de poitrine accompagnées d'accidents et de souffrances qui atteignaient un degré d'intensité extrême.

« Les accès étaient précédés d'un malaise nerveux général; les *palpitations* augmentaient jusqu'à devenir *tumultueuses*; en même temps les membres supérieurs et inférieurs devenaient douloureux du haut en bas, et il survenait une sensation de lassitude qui faisait désirer au malade de s'asseoir, ce qu'il n'osait faire, dans la crainte de déterminer l'explosion de l'accès. Après un temps variable, entre deux et trois heures, pendant lequel on cherchait en vain à l'empêcher, le paroxysme débutait franchement par une sensation de *constriction sternale*; il semblait qu'on rapprochât avec force le sternum de la colonne vertébrale, et qu'on arrachât le cœur de la poitrine. A mesure que l'accès marchait, les douleurs gravatives des membres supérieurs étaient remplacées par des douleurs comparées par le malade à celles que produiraient des fils de fer chauffés au rouge et appliqués sur tout le trajet des nerfs cubitiaux; le cœur battait avec une violence extraordinaire, au point d'ébranler le corps entier. Les carotides soulevaient avec force les téguments, et l'on pouvait suivre à la superficie du corps le trajet de toutes les branches artérielles. A chaque battement du cœur, le corps du malade tout entier semblait offrir une expansion générale, comme eût pu le faire un vaste anévrysme.

« Le malade, pour obtenir quelque soulagement, renversait habituellement la tête en arrière, et plaçait la colonne vertébrale dans l'extension, comme dans l'opisthotonos; les bras, étendus d'abord en bas, étaient ensuite levés autant que possible au-dessus de la tête, afin de donner un point d'attache fixe aux muscles

grands pectoraux, dans l'espoir de diminuer la sensation de constriction thoracique. La position du malade, la pâleur de sa face, ses yeux noirs hagards et d'un aspect sauvage, l'extrême intensité de l'angoisse, la sueur qui perlait d'abord en grosses gouttes et qui bientôt roulait le long du cou, tout cela formait un tableau vivant qui se refuse à toute description et nous offrait l'image d'une souffrance qu'on ne peut imaginer ni décrire.

« Lorsque l'accès était terminé, le malade retrouvait une tranquillité parfaite; il semblait sortir d'une lutte soutenue avec désespoir... Le plus petit effort musculaire suffisait pour déterminer l'invasion de l'accès... Vers la fin, les accès devinrent de plus en plus fréquents; l'action de manger suffisait pour les ramener; aussi le malade éprouvait-il une grande crainte lorsqu'il s'agissait de prendre de la nourriture. *S'il lui venait à l'idée* qu'il était placé de façon à ne pouvoir prendre, à volonté, la position qui pourrait le soulager, cela suffisait pour déterminer un accès. *La plus petite émotion morale* avait le même effet. Pendant longtemps il ne put voir aucun de ses amis; il descendait dîner à cinq heures, et, *si quelqu'un remarquait son arrivée* ou lui demandait de ses nouvelles, il survenait un accès.

« ... Bien souvent la nuit, fatigué par ses efforts pour empêcher l'accès et vaincu par le sommeil, bien qu'il restât levé, il tombait sur le sol et se relevait brusquement en proie à un accès d'une violence inaccoutumée.

« ... Cet homme fut trouvé mort dans son lit... La mort paraissait avoir été facile.

« A l'autopsie, le ventricule gauche est hypertrophié et dilaté à un degré extraordinaire. *L'hypertrophie est limitée au côté gauche* du cœur, et le ventricule droit est bien loin d'atteindre la pointe de l'organe... *Les sinus de l'aorte sont presque complètement remplis par des dépôts calcaires hérissés de rugosités.*

« Le double murmure signalé plus haut se produisait évidemment de la manière suivante: Le premier bruit doux et prolongé était dû au passage du sang sur la face ventriculaire des valvules sigmoïdes; la rudesse du deuxième bruit, au contraire, dépendait du sang qui passait sur la face artérielle, rugueuse, de ces mêmes valvules tapissées par les produits de décomposition calcaire...

L'orifice aortique était parfaitement libre, bien que les valvules fussent insuffisantes. » Ainsi le diagnostic rétrécissement aortique déduit, classiquement, de l'existence d'un souffle au premier temps et à la base était erroné. Ce souffle résultait de l'état maladif des valvules sigmoïdes et de l'aorte à son origine.

Il est inutile d'insister sur l'état névropathique général du sujet; les phrases que j'ai soulignées tout à l'heure à propos de la futilité des causes occasionnelles des accès suffirent à le démontrer. Quant à ce qui avait développé ou entretenu un pareil état de nervosisme, voici ce que nous apprend l'histoire du malade :

« L'usage des stimulants diffusibles avait toujours été suivi d'une grande amélioration et, sans aucun goût réel pour les boissons fortes, ce jeune homme prit, pendant de longues années, l'habitude de boire, chaque jour, dix-huit grands verres de punch. Une attaque de *delirium tremens* le détermina à cesser cette pratique et à lui substituer l'usage de l'opium. Avec beaucoup de ménagements et de précautions, il réduisit la dose de ce dernier médicament à une pinte de laudanum par semaine; encore fallait-il que ce laudanum contînt de l'opium de la meilleure qualité. »

J'espère qu'ici tout est assez clair : l'aortite, l'insuffisance valvulaire par aortite, et l'hypertrophie ventriculaire gauche par aortite et insuffisance valvulaire. D'autre part, l'alcoolisme produisant, du côté du système artériel, l'aortite, comme il produit, exagère et entretient, du côté du système nerveux, l'état névropathique chez un sujet peut-être prédisposé. Puis l'intoxication par l'opium succédant à l'intoxication par l'alcool. Et, comme résultante de ces lésions locales, de leur irradiation au plexus cardiaque voisin, et de l'état névropathique général, de formidables attaques d'angine de poitrine.

Pour en revenir au sujet de cette leçon, qui est l'insuffisance aortique, je pense que la description si saisissante de ce malade, que je vous ai citée malgré sa longueur, vous fait assez voir les rapports qui existent entre l'insuffisance aortique et l'angine de poitrine.

J'espère, en conséquence, que vous n'oublierez jamais ni cette

corrélation anatomique entre les lésions graves de l'aorte et l'insuffisance sigmoïde; ni cette même corrélation symptomatique entre l'insuffisance sigmoïde et l'angine de poitrine — effets tous deux alors de la maladie de l'aorte; — ni enfin cette corrélation étiologique, d'une part, entre les lésions athéromato-calcaires de l'aorte et l'alcoolisme; d'autre part, entre l'angine de poitrine et l'alcoolisme, ou encore entre l'angine de poitrine et la narcotisation par l'opium ou par le tabac, ceux-ci produisant une décadence prématurée de l'individu et la sénilité anticipée de ses tissus épithéliaux; exemple encore le cas suivant :

J'ai eu l'occasion de voir à deux reprises différentes un monsieur atteint d'insuffisance aortique type, avec souffle au second temps et dans la région sus-mamelonnaire, pouls bondissant et, de plus, palpitations et dyspnée habituelles. Il ressent une vive douleur à la région diaphragmatique, dans l'épaule gauche et le bras correspondant; il éprouve enfin de la souffrance à la partie supérieure du sternum. Tous ces phénomènes s'exaspèrent assez souvent et deviennent alors de véritables attaques, pendant lesquelles le malade, oppressé au plus haut degré, croit que c'en est fait de lui. Le ventricule gauche s'est hypertrophié consécutivement, mais l'aorte n'est nullement dilatée. La cornée transparente est entourée du cercle sénile.

Une circonstance pathogénique des plus importantes est que ce malade fumait jusqu'à ces derniers temps au moins une quinzaine de pipes par jour.

Il est facile de reconnaître par ce que je viens de dire que ce malade a des attaques d'angine de poitrine concomitantes de sa lésion aortique. Mais comme les auteurs des traités de pathologie interne n'ont guère signalé cette angine parmi les accidents possibles de l'insuffisance des valvules sigmoïdes, vous comprenez la raison de mon insistance à ce sujet, et pourquoi j'ai emprunté à Stokes la remarquable observation de tout à l'heure.

Quant à la lésion simultanée de tout le système artériel, c'est-à-dire quant à sa dégénérescence athéromateuse ou calcaire, elle vous sera révélée par la nature du pouls : l'artère radiale n'est pas alors bondissante seulement, elle est dure et parfois flexueuse.