

QUARANTE-NEUVIÈME LEÇON.

***TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR. — ANÉVRYSME THORACIQUE. — PALPITATIONS. — HYPERTROPHIE DE LA THYROÏDE.**

Difficultés que présente le diagnostic des troubles fonctionnels du cœur — Ces affections peuvent causer la mort en l'absence de toute lésion organique. — Observations. — Fâcheuse influence de l'habitude de fumer et de priser.

Anévrysme thoracique. — Diagnostic de la tumeur anévrysmale et des autres variétés de tumeur intra-thoracique. — Observation. — Palpitations violentes déterminées par une affection du cerveau. — Anévrysme de l'aorte au début. — Emploi de l'hydrosulfate d'ammoniaque dans les affections du cœur.

Des rapports qui existent entre les palpitations du cœur et l'augmentation de volume du corps thyroïde.

MESSIEURS,

Je désire m'entretenir avec vous des affections purement fonctionnelles du cœur; quelques faits que j'ai observés dans ma clientèle vous prouveront combien il est difficile de distinguer les affections de ce genre, de celles qui tiennent à une lésion organique, et vous verrez aussi que la mort peut être causée par une simple perturbation fonctionnelle, indépendante de toute altération anatomique appréciable.

Je voyais avec M. Carroll, dans Fitzwilliam-square, un gentleman de soixante-cinq ans qui avait toutes les apparences d'une bonne constitution; il menait une vie très-sobre et très-régulière. Au mois de janvier 1839, il fut pris subitement, dans la région de l'estomac, d'une douleur qu'il attribua à une indigestion; mais, quelques instants après, il eut des vomissements; son pouls devint faible et irrégulier, la respiration pénible et laborieuse, les extrémités étaient absolument froides.

Cet état persista pendant trois heures, malgré les stimulants les plus énergiques; puis le malade s'endormit, et le lendemain matin, il ne restait de tout cet orage qu'un peu de faiblesse et de langueur.

Pendant les dix jours qui suivirent, la santé de ce gentleman fut aussi bonne que par le passé; mais, au bout de ce temps, il éprouva la même série d'accidents; toutefois la durée en fut un peu moins longue.

A partir de cette époque jusqu'au moment de la mort, qui eut lieu douze mois plus tard, ces accès augmentèrent constamment de fréquence; mais c'était, pour ainsi dire, aux dépens de leur durée. J'ai observé moi-même quelques-unes de ces attaques, et je veux vous donner à ce sujet quelques détails plus circonstanciés. Le malade était averti de l'approche de l'accès par un sentiment de défaillance, et par une douleur dans l'estomac; il s'écriait alors: « Oh! le voici qui vient. » Aussitôt après survenaient des efforts de vomissement, des palpitations et une sensation d'étouffement si pénible, qu'il fallait ouvrir toutes les fenêtres. Et cependant la respiration n'était pas sifflante, il n'y avait pas de toux; la face avait sa coloration naturelle, mais la physionomie était profondément abattue. Le pouls ne pouvait plus être senti au poignet, les battements du cœur étaient à peine perceptibles; à chacune de ces attaques, ce malheureux croyait qu'il allait mourir. La durée de l'accès variait entre une demi-heure et deux heures; parfois même il se prolongeait davantage.

Dans l'intervalle de ces attaques, le pouls était régulier; on n'entendait aucun bruit anormal dans la région du cœur. Lorsque le malade gravissait une hauteur ou montait des escaliers, il était en proie à une certaine terreur, mais il n'avait ni dyspnée, ni palpitations. Il n'a jamais eu d'hydropisie. Ce gentleman consulta successivement les plus éminents praticiens de Dublin: on s'arrêtait volontiers à l'idée d'un épanchement thoracique ou d'une lésion organique du cœur; mais l'autopsie a montré que cet organe n'était le siège d'aucune espèce d'altération.

Pour moi, je regarde ce fait comme un exemple d'affection purement fonctionnelle du cœur. Cet état morbide est parfois héréditaire; il l'était du moins dans la famille du malade dont je viens de vous rapporter l'histoire, car il avait trois ou cinq enfants (je ne me rappelle pas au juste) qui étaient également atteints. Son fils aîné avait eu deux attaques à douze mois d'intervalle; mais il n'en avait pas eu d'autre depuis plus d'une année. Deux de ses sœurs avaient éprouvé des

accès du même genre ; mais chez elles les phénomènes étaient moins graves.

J'ai également donné des soins, conjointement avec M. Carroll, à une dame de quarante ans qui était d'une très-bonne constitution. Étant à Londres, elle éprouva de grandes fatigues, parce qu'elle marchait beaucoup pendant les jours les plus chauds de l'été ; elle fut prise un jour de lipothymie et de palpitations violentes qui durèrent environ une heure. Ces accidents ne se reproduisirent que douze mois plus tard. Mais, dès lors, ces accès devinrent beaucoup plus fréquents, et, neuf mois après la deuxième attaque, cette dame succomba. Au début de la maladie, le pouls n'était irrégulier que pendant les accès ; mais, au bout de quelque temps, les pulsations cardiaques et artérielles présentèrent constamment des irrégularités. Encore ici, le cœur fut examiné avec le plus grand soin après la mort, et il fut impossible d'y découvrir la moindre lésion.

Bien que le fait suivant diffère beaucoup de ceux que je viens de vous rapporter, je le regarde néanmoins comme un exemple d'affection fonctionnelle du cœur. Il s'agit ici d'une dame de quarante-six ans, à laquelle j'ai donné des soins depuis le moment de sa première attaque, c'est-à-dire depuis deux ans et huit mois. Chez elle, la maladie commença par un rhumatisme du bras gauche ; elle éprouvait, en outre, une douleur qui, partant du milieu du sternum, se propageait dans le dos et vers le membre supérieur gauche. Du reste, elle n'avait ni dyspnée, ni syncopes, mais elle souffrait d'une céphalalgie frontale très-violente. Depuis dix ou quinze années, cette dame s'était aperçue qu'elle avait parfois des intermittences dans le pouls ; mais, à partir du mois d'octobre 1846, cette circonstance lui causa de vives inquiétudes ; elle avait conscience que son cœur s'arrêtait à chaque intermission du pouls, et au même moment elle éprouvait une sensation des plus pénibles : il lui semblait, disait-elle, que quelque chose s'élançait de son cœur à travers toute sa poitrine ; cette sensation amenait parfois une lipothymie. Au début, ces intermittences n'avaient lieu qu'une fois par mois ; elles se faisaient sentir quelques heures le matin pendant trois ou quatre jours de suite ; du reste, pendant ces espèces de paroxysmes, les intermittences étaient très-fréquentes ; elles revenaient toutes les deux et toutes les cinq pulsations ; souvent il y en avait deux ou trois de suite ; au même moment, on pouvait constater par le toucher et par l'ouïe la suspension des battements du cœur. Au bout de quelque temps, ces accès furent plus fréquents ; ils revenaient tous les quinze

jours ; les accidents étaient toujours plus prononcés le matin, mais ils se prolongeaient dans la journée bien plus tard qu'auparavant. Lorsque cette dame monte des escaliers, elle éprouve une légère dyspnée ; mais elle ne présente aucun signe physique d'une lésion organique du cœur. Du reste, elle est en parfaite santé ; sa figure n'est pas cyanosée, elle n'a jamais eu d'œdème. Son père a eu pendant bien des années un pouls intermittent, et il est arrivé néanmoins à un âge très-respectable.

Différentes causes peuvent amener cette singulière perturbation dans les fonctions du cœur ; mais aucune n'a plus d'influence que l'abus du tabac à fumer ou à priser (1). Ne perdez pas de vue ce détail, il pourra vous servir à l'occasion pour établir votre diagnostic.

Pour terminer notre étude des affections du cœur, je veux vous parler maintenant de James Byrne, qui est couché près de la porte dans notre salle des chroniques. Ce malade a été regardé comme atteint d'un anévrysme thoracique ; il quitte l'hôpital aujourd'hui même, mais c'est pour y rentrer bientôt : quelle que soit en effet la nature de son affection, elle est incurable, et dépend de quelque lésion organique profonde. S'il est parmi vous quelqu'un qui n'ait pas encore examiné cet homme, je l'engage vivement à utiliser pour cela les quelques moments pendant lesquels ce malade doit encore rester ici.

Tandis que tous les détails de ce fait sont encore présents à votre esprit, je veux discuter devant vous cette question : Cet homme a-t-il réellement un anévrysme de l'aorte thoracique, ou bien n'existe-t-il pas

(1) L'abus du thé peut également déterminer des troubles graves dans l'innervation du cœur ; les accidents qui se développent sous cette influence sont des accès de palpitation, avec oppression précordiale, imminence de suffocation et sentiment d'une fin prochaine. Dans l'intervalle de ces accès, il n'existe aucun phénomène morbide du côté de l'organe central de la circulation. Dans la plupart des faits connus, la suppression du thé a suffi pour amener la guérison. Ces accidents ont été signalés principalement par les auteurs anglais : on en devine la raison ; mais je dois ajouter que le café partage à tous égards ces fâcheuses propriétés de l'arbre de Chine. C'est précisément en raison de cette influence excitante toute spéciale, que le thé et le café sont nos plus puissants moyens d'action, lorsque nous avons à ranimer la contractilité défailante du cœur, dans les périodes ultimes des affections valvulaires.

Comparez :

Edward Percival, *Some brief notices of the deleterious and the medicinal effects of green tea* (Dublin hospital Reports, 1817).

Stokes, *loc. cit.*

(Note du TRAD.)

quelque autre cause à laquelle nous pourrions rapporter avec beaucoup plus de vraisemblance tous les symptômes qu'il présente? Vous savez que James Byrne est arrivé dans notre service le 23 octobre 1834, et qu'il avait déjà fait, dans le temps, un long séjour à l'hôpital. Dix-huit mois avant son entrée du 23 octobre, il avait été exposé au froid et à l'humidité; bientôt après il avait été pris d'un mouvement fébrile et de symptômes de pneumonie. Ces premiers accidents furent suivis de phénomènes d'hydropisie, et Byrne vint à l'hôpital. Après y être resté en traitement pendant deux mois, il se trouva mieux, et sortit complètement guéri; c'est du moins ce qu'il nous affirme. Il est certain que depuis ce moment il est resté en bonne santé pendant assez longtemps, et qu'il a pu se livrer à son travail de briqueleur. Mais, cinq semaines avant l'époque que je vous ai indiquée, cet homme fut pris des mêmes accidents que la première fois: toux, difficulté de la respiration, œdème du bras et du côté gauches de la poitrine.

Voici les phénomènes qui ont été constatés le jour de l'entrée de ce malade. Le côté gauche de la face et du cou est légèrement œdémateux; la jugulaire externe et ses branches sont dilatées et saillantes; le bras gauche et le côté correspondant de la poitrine sont infiltrés, les téguments gardent l'empreinte des doigts. L'auscultation ne révèle aucune lésion bronchique ou pulmonaire qui puisse rendre compte de la toux. Au niveau du cœur, matité considérable qui se prolonge en haut et à gauche au-dessus de la région sternale; la sonorité est normale dans la région sternale droite. Le cœur n'est pas déplacé; ses pulsations se font sentir dans les limites naturelles; elles communiquent au doigt l'impulsion ordinaire. Lorsqu'on place le stéthoscope sur le cœur lui-même, on perçoit les bruits physiologiques, mais si l'on ausculte un peu plus haut, sur cette partie de la région sternale qui est mate à la percussion, on entend un bruit de râpe retentissant.

Analysons maintenant ces divers symptômes. Nous voyons en premier lieu une infiltration œdémateuse occupant le côté gauche de la poitrine et le bras correspondant; cette infiltration existe aussi à un degré plus léger au côté gauche du cou et de la face, et coïncide avec la dilatation de la veine jugulaire. Or, vous pouvez établir en règle générale que lorsqu'un côté du tronc et le membre supérieur homologue sont le siège d'une anasarque, celle-ci a sa cause dans la cavité thoracique. Dans tous les cas d'hydropisie aiguë ou chronique, accompagnée ou non d'ascite, lorsque l'anasarque apparaît au tronc et dans les

membres supérieurs, avant d'envahir l'abdomen et les extrémités inférieures, l'hydropisie est de nature inflammatoire, si elle est aiguë; si elle est chronique, elle reconnaît pour cause un état morbide de l'un des viscères thoraciques, et c'est exclusivement dans la poitrine que nous devons en chercher le point de départ.

Appliquant ce principe à notre cas particulier, nous avons à rechercher quelle était la cause qui, en comprimant les veines intra-thoraciques, donnait lieu à la dilatation des veines cervicales superficielles, et à l'anasarque du bras gauche et du côté correspondant de la poitrine. Chez notre malade, la compression devait s'exercer sur cette partie du système veineux qui ramène le sang de la moitié gauche de la tête et de l'extrémité supérieure du même côté; en fait, elle devait intéresser le gros tronc veineux formé par la réunion de la sous-clavière et de la jugulaire gauches. Or, la veine innommée de ce côté diffère notablement de celle du côté droit; cette dernière, vous le savez, est très-courte, et elle a une direction très-rapprochée de la verticale; la veine gauche est trois fois plus longue, elle se dirige de haut en bas et de gauche à droite, et elle est à peu de chose près transversale. Derrière la première pièce du sternum, elle croise en passant devant elles les trois branches fournies par la portion transverse de la crosse aortique. Par conséquent, cette veine est dans les meilleures conditions possibles pour être comprimée par l'une quelconque de ces artères devenue anévrysmatique. Avant de déboucher dans la veine cave, la veine innommée gauche reçoit la veine mammaire interne de ce côté; dès lors, vous le voyez, une pression exercée sur la veine brachio-céphalique pourra parfaitement amener l'engorgement des veines superficielles du côté gauche du tronc, ainsi que l'infiltration œdémateuse de cette région (1).

(1) Dans l'occlusion de la veine cave supérieure, soit par obstruction, soit par compression, l'œdème occupe toute la face, le cou, la partie supérieure du tronc des deux côtés et les deux membres supérieurs; mais lorsque l'obstacle à la circulation en retour siège dans la veine jugulaire ou dans la veine innommée, l'infiltration est unilatérale; cette disposition de l'œdème est en réalité le seul signe différentiel constant de ces deux ordres de lésions. Le fait rapporté par Graves est, à ce point de vue, d'une complète évidence.

Lorsque l'occlusion de la veine cave supérieure ne résulte pas d'une affection immédiatement mortelle, on voit quelquefois les symptômes d'hydropisie disparaître peu à peu, ce qui tient évidemment à l'établissement d'une circulation collatérale suffisante. M. Oulmont, dans son mémoire, a rapporté, d'après M. Woillez, l'histoire d'un malade chez lequel l'œdème de la face s'était dissipé assez longtemps avant la mort; l'autopsie

quelque autre cause à laquelle nous pourrions rapporter avec beaucoup plus de vraisemblance tous les symptômes qu'il présente? Vous savez que James Byrne est arrivé dans notre service le 23 octobre 1834, et qu'il avait déjà fait, dans le temps, un long séjour à l'hôpital. Dix-huit mois avant son entrée du 23 octobre, il avait été exposé au froid et à l'humidité; bientôt après il avait été pris d'un mouvement fébrile et de symptômes de pneumonie. Ces premiers accidents furent suivis de phénomènes d'hydropisie, et Byrne vint à l'hôpital. Après y être resté en traitement pendant deux mois, il se trouva mieux, et sortit complètement guéri; c'est du moins ce qu'il nous affirme. Il est certain que depuis ce moment il est resté en bonne santé pendant assez longtemps, et qu'il a pu se livrer à son travail de briqueteur. Mais, cinq semaines avant l'époque que je vous ai indiquée, cet homme fut pris des mêmes accidents que la première fois: toux, difficulté de la respiration, œdème du bras et du côté gauches de la poitrine.

Voici les phénomènes qui ont été constatés le jour de l'entrée de ce malade. Le côté gauche de la face et du cou est légèrement œdémateux; la jugulaire externe et ses branches sont dilatées et saillantes; le bras gauche et le côté correspondant de la poitrine sont infiltrés, les téguments gardent l'empreinte des doigts. L'auscultation ne révèle aucune lésion bronchique ou pulmonaire qui puisse rendre compte de la toux. Au niveau du cœur, matité considérable qui se prolonge en haut et à gauche au-dessus de la région sternale; la sonorité est normale dans la région sternale droite. Le cœur n'est pas déplacé; ses pulsations se font sentir dans les limites naturelles; elles communiquent au doigt l'impulsion ordinaire. Lorsqu'on place le stéthoscope sur le cœur lui-même, on perçoit les bruits physiologiques, mais si l'on ausculte un peu plus haut, sur cette partie de la région sternale qui est mate à la percussion, on entend un bruit de râpe retentissant.

Analysons maintenant ces divers symptômes. Nous voyons en premier lieu une infiltration œdémateuse occupant le côté gauche de la poitrine et le bras correspondant; cette infiltration existe aussi à un degré plus léger au côté gauche du cou et de la face, et coïncide avec la dilatation de la veine jugulaire. Or, vous pouvez établir en règle générale que lorsqu'un côté du tronc et le membre supérieur homologue sont le siège d'une anasarque, celle-ci a sa cause dans la cavité thoracique. Dans tous les cas d'hydropisie aiguë ou chronique, accompagnée ou non d'ascite, lorsque l'anasarque apparaît au tronc et dans les

membres supérieurs, avant d'envahir l'abdomen et les extrémités inférieures, l'hydropisie est de nature inflammatoire, si elle est aiguë; si elle est chronique, elle reconnaît pour cause un état morbide de l'un des viscères thoraciques, et c'est exclusivement dans la poitrine que nous devons en chercher le point de départ.

Appliquant ce principe à notre cas particulier, nous avions à rechercher quelle était la cause qui, en comprimant les veines intra-thoraciques, donnait lieu à la dilatation des veines cervicales superficielles, et à l'anasarque du bras gauche et du côté correspondant de la poitrine. Chez notre malade, la compression devait s'exercer sur cette partie du système veineux qui ramène le sang de la moitié gauche de la tête et de l'extrémité supérieure du même côté; en fait, elle devait intéresser le gros tronc veineux formé par la réunion de la sous-clavière et de la jugulaire gauches. Or, la veine innominée de ce côté diffère notablement de celle du côté droit; cette dernière, vous le savez, est très-courte, et elle a une direction très-rapprochée de la verticale; la veine gauche est trois fois plus longue, elle se dirige de haut en bas et de gauche à droite, et elle est à peu de chose près transversale. Derrière la première pièce du sternum, elle croise en passant devant elles les trois branches fournies par la portion transverse de la crosse aortique. Par conséquent, cette veine est dans les meilleures conditions possibles pour être comprimée par l'une quelconque de ces artères devenue anévrysmatique. Avant de déboucher dans la veine cave, la veine innominée gauche reçoit la veine mammaire interne de ce côté; dès lors, vous le voyez, une pression exercée sur la veine brachio-céphalique pourra parfaitement amener l'engorgement des veines superficielles du côté gauche du tronc, ainsi que l'infiltration œdémateuse de cette région (1).

(1) Dans l'occlusion de la veine cave supérieure, soit par obstruction, soit par compression, l'œdème occupe toute la face, le cou, la partie supérieure du tronc des deux côtés et les deux membres supérieurs; mais lorsque l'obstacle à la circulation en retour siège dans la veine jugulaire ou dans la veine innominée, l'infiltration est unilatérale; cette disposition de l'œdème est en réalité le seul signe différentiel constant de ces deux ordres de lésions. Le fait rapporté par Graves est, à ce point de vue, d'une complète évidence.

Lorsque l'occlusion de la veine cave supérieure ne résulte pas d'une affection immédiatement mortelle, on voit quelquefois les symptômes d'hydropisie disparaître peu à peu, ce qui tient évidemment à l'établissement d'une circulation collatérale suffisante. M. Oulmont, dans son mémoire, a rapporté, d'après M. Woillez, l'histoire d'un malade chez lequel l'œdème de la face s'était dissipé assez longtemps avant la mort; l'autopsie

Plusieurs circonstances nous montrent que nous n'avons point affaire ici à une affection du cœur. Cet organe n'est pas déplacé, l'impulsion et le siège des battements sont normaux ; les bruits sont parfaitement naturels. Nous ne pouvons pas non plus nous arrêter à l'idée d'une affection des bronches ou des poumons ; l'auscultation ne nous révèle, dans toute l'étendue de la poitrine, que quelques râles bronchiques insignifiants.

montra une oblitération complète de la veine cave supérieure par une tumeur cancéreuse du médiastin, et une circulation supplémentaire parfaitement développée. Or, il n'est pas sans intérêt de rechercher quelles sont les voies de cette circulation collatérale ; il semble au premier abord que la réponse à cette question est des plus faciles, et que le système providentiel des azygos n'a justement d'autre but que de répondre aux exigences de ces cas particuliers. Eh bien ! l'observation ne justifie pas ces conclusions *a priori* et Rigler a montré que, le plus souvent au moins, la veine impaire est incapable de faire les frais de cette circulation nouvelle, et cela parce que l'occlusion de la veine cave supérieure se prolonge au-dessous de l'embouchure de l'azygos, et que celle-ci est fréquemment obstruée par des caillots. D'après le même auteur, le rétablissement de la circulation veineuse se fait le plus ordinairement par les veines mammaires internes ou par les phréniques supérieurs, grâce à leurs anastomoses avec les intercostales et les diaphragmatiques inférieures ; ou enfin par les veines superficielles du cou et du thorax, qui communiquent, d'une part avec les veines du bras, d'autre part avec les veines épigastriques, les branches de l'iliaque interne et les rameaux cutanés supérieurs de la crurale.

Dans son travail, Rigler a appelé l'attention sur deux causes peu connues d'occlusion de la veine cave supérieure ; je crois devoir les indiquer ici : c'est d'abord l'adhérence du tronc veineux à la bronche droite ulcérée, puis la thrombose des rameaux périphériques, entre autres la jugulaire interne. Ainsi, lorsque dans le cours d'une carie du rocher, ou à la suite d'une vaste brûlure du cou, il se forme des caillots dans la jugulaire, ces concrétions peuvent être le point de départ d'une obstruction de la veine cave supérieure.

Dans quelques cas rares, on observe tous les symptômes de l'occlusion de la veine cave supérieure, alors même que le tronc veineux est parfaitement perméable au sang : je veux parler de l'anévrysme de l'aorte ouvert dans la veine cave ; c'est même l'apparition de ces symptômes chez un malade affecté d'un anévrysme de l'aorte qui est la clef du diagnostic. Thurnam, dans son remarquable mémoire, insiste à plusieurs reprises sur l'œdème de toutes les parties du corps qui déversent leur sang dans la veine perforée ; et dans le fait célèbre du docteur Mayne, ce médecin s'est fondé pour établir son diagnostic sur la *congestion intense générale de tout l'arbre de la veine cave supérieure, sur l'infiltration œdémateuse des régions correspondantes, et sur le contraste remarquable que présentaient les parties tributaires de la veine cave inférieure.*— Ces deux observateurs, et Stokes après eux, ont fait connaître deux phénomènes fort importants qui permettent de distinguer les faits de ce genre et les occlusions de la veine cave supérieure, malgré la similitude presque absolue des symptômes : dans l'anévrysme variqueux, les troubles de la circulation veineuse apparaissent brusquement,

Le siège de cette matité sternale que je vous ai signalée portait naturellement à admettre l'existence d'un anévrysme de la crosse de l'aorte, ou de l'une des branches qui en naissent. Mais cette matité, ne l'oubliez pas, était très-considérable, elle occupait la presque totalité de la région sternale gauche ; si donc elle était produite par un anévrysme, il fallait évidemment que le sac fût très-considérable. Toutes les fois qu'une tumeur anévrysmale donne lieu à une matité très-étendue dans le thorax, soyez certains que cette tumeur a acquis déjà un très-grand développement ; la matité en effet reconnaît pour cause le contact immédiat de l'anévrysme avec les parois thoraciques, conséquemment elle est toujours proportionnelle au refoulement du poumon. Or, dans un cas de ce genre, si vous venez à appliquer votre main sur le sac, vous percevez aussitôt des pulsations très-remarquables ; à chaque battement de la tumeur, votre main est pour ainsi dire repoussée, et vous avez ainsi la démonstration palpable, évidente, de la cause de la matité. Rien de pareil n'existait chez James Byrne : nous l'examinions dans son lit, nous l'examinions après l'avoir fait marcher pendant quelque temps pour exciter l'action du cœur et du système artériel, et jamais nous ne constatons aucune pulsation au niveau de la matité. Remarquez en outre que les tumeurs anévrysmatiques, avant de déterminer une matité considérable, deviennent saillantes et appréciables à la vue, et déterminent autour d'elles des mouvements d'expansion, parce que les parois osseuses du thorax sont absorbées, ou cèdent dans le point où se fait sentir la pression maximum (1).

Toutes ces considérations ont fait naître dans mon esprit beaucoup et ils atteignent en fort peu de temps toute leur intensité ; de plus, le pouls prend subitement les caractères du pouls de l'insuffisance aortique.

Oulmont, *Des oblitérations de la veine cave supérieure*. Paris, 1857.

Rigler, *Fall von Verschlussung der oberen Hohlvene* (*Wiener med. Wochenschrift*, 1858).

Thurnam, *On varicose Aneurism* (*Medico-chirurgical Transactions*, 1840).

Mayne, *On spontaneous varicose Aneurism* (*Dublin quarterly Journ. of medicine*, 1853).

Stokes, *The diseases of the heart and the aorta*, Dublin, 1854.

(Note du TRAD.)

(1) L'existence de battements au niveau de la région mate ne suffit point encore pour autoriser le diagnostic, anévrysme. Il faut en outre, comme l'a parfaitement montré Stokes, que la force des battements soit proportionnelle à l'étendue de la matité ; dans