

de doutes au sujet de l'existence d'un anévrysme chez notre malade. Je suis beaucoup plus disposé à rapporter la matité et le bruit de râpe qu'on constate chez lui à une lésion d'un autre ordre. Supposez qu'une tumeur se soit développée dans le tissu cellulaire ou glandulaire qui occupe le côté gauche de la poitrine; supposez que cette tumeur, siégeant dans le médiastin antérieur, ait refoulé le poumon en arrière, et comprimé les gros vaisseaux de la base du cœur; quels phénomènes serions-nous appelés à constater alors? Tout d'abord une matité correspondant exactement au point de contact de la tumeur avec la paroi thoracique; puis un bruit de soufflet, et plus probablement un bruit de râpe, par suite de la compression subie par l'aorte; enfin cette tumeur aurait nécessairement pressé sur quelques-uns des gros canaux bronchiques, de là la toux et la dyspnée.

Quelle est la cause de l'irritation pulmonaire qu'entraîne la compression de la trachée et d'une grosse bronche par une tumeur? Ce n'est pas la compression elle-même qu'il faut en accuser; car elle se fait sentir si graduellement, elle s'exerce sur une si large surface, que les effets doivent à peine en être sensibles: et je suis convaincu qu'elle pourrait amener l'oblitération complète du canal, avant de déterminer une inflammation, si elle bornait son action à la partie comprimée elle-même. *Mais la compression d'une bronche étrangle, pour ainsi dire, la portion du poumon correspondante; alors en effet la libre circulation de l'air est plus ou moins empêchée, et une portion considérable de l'organe est troublée dans ses fonctions. De là cette sensation pénible qu'on désigne sous le nom de dyspnée.*

L'obstacle à la circulation de l'air ne borne pas là ses effets; dans cette partie du poumon, le sang est imparfaitement hématosé, les sécrétions et l'exhalation sont modifiées, l'organe s'engorge, et vous voyez apparaître la toux et une expectoration plus ou moins abondante. Vous aurez une idée exacte de ce processus morbide, si vous songez que cette portion de poumon subit les mêmes modifications que nous présente l'organe tout entier, chez les individus asphyxiés; du moment que le sang veineux qui est transmis par le cœur au tissu pulmonaire

deux cas difficiles, les docteurs O'Ferrall et Law se sont fondés sur l'absence de cette condition pour conclure à un cancer pulsatile, et l'autopsie leur a donné raison.

O'Ferrall, *Transactions of the pathological Society of Dublin*, 1842.

Law, *eodem loco*, 1844.

(Citations empruntées à Stokes.)

(Note du TRAD.)

cesse d'être convenablement aéré, la stase a lieu. C'est cette même obstruction que nous rencontrons dans la partie postérieure des poumons chez les individus qui ont souffert une longue agonie; aussi n'est-il rien de plus absurde que d'avoir désigné cet état anatomique sous le nom de *pneumonie* des agonisants.

Pour en revenir à notre malade, il me semble que toute son histoire cadre beaucoup mieux avec l'hypothèse d'une tumeur solide, située dans le médiastin antérieur, tout près de l'origine de l'aorte. Quant à la nature de cette tumeur, je ne puis faire à cet égard que des conjectures. Ces productions morbides du médiastin sont quelquefois de nature adipeuse; d'autres fois elles rappellent par leur couleur et leur consistance la substance cérébrale; d'autres enfin sont semblables aux tumeurs stéatomateuses qu'on trouve dans les autres parties du corps.

Il y a quelques mois, le chirurgien Blackley fut consulté par un jeune gentleman qui avait été atteint graduellement des symptômes de l'irritation pulmonaire, toux et dyspnée. Plusieurs médecins avaient jugé qu'il s'agissait d'une phthisie; un autre avait attribué tous les accidents à un dérangement des fonctions de l'estomac. Aucune de ces opinions ne satisfit M. Blackley, qui me pria de voir le malade. Il me fut impossible de découvrir le moindre signe de tubercules; mais la percussion donnait un son mat dans une grande étendue de la poitrine, et à peu près dans les mêmes points que chez Byrne; ce jeune homme avait des accès de toux et de dyspnée; parfois aussi il éprouvait de la difficulté à avaler. Au niveau de la matité, on entendait un bruit de soufflet, mais l'impulsion et les bruits du cœur étaient normaux.

Je ne me prononçai pas d'une manière absolue sur ce fait, mais je déclarai toutefois qu'il ne s'agissait ici ni d'une phthisie tuberculeuse, ni d'un empyème, ni d'une pneumonie; j'écartai en même temps l'hypothèse d'une affection du cœur. Me fondant spécialement sur le bruit de souffle qu'on percevait au niveau de la matité, c'est-à-dire dans un point assez éloigné du cœur, je m'arrêtai à l'idée d'une compression exercée sur la crosse de l'aorte ou sur quelque-une de ses branches. Du reste, je ne pouvais découvrir aucune pulsation, aucun signe d'anévrysme, et je confessai mon ignorance quant à la cause de cette compression.

Nous eûmes la preuve, quelque temps après, que si je n'avais pas découvert toute la vérité, je m'en étais du moins approché autant que possible. Notre malade étant mort, on trouva dans sa poitrine une



vaste tumeur stéatomateuse qui comprimait les divisions de la trachée, celles de l'aorte et l'œsophage. Le *Dublin medical Journal* a publié, il y a quelque temps, un fait analogue. Du reste, je crois que nous sommes encore dans l'enfance pour le diagnostic des tumeurs thoraciques, qui simulent les anévrysmes ou la phthisie tuberculeuse. Pour en finir avec l'histoire de James Byrne, je rapporte tous les symptômes qu'il présente à l'une de ces tumeurs; je base mon diagnostic sur l'absence de pulsations; s'il s'agissait d'un sac anévrysmal en contact avec la paroi de la poitrine, on devrait percevoir des battements évidents dans les points où siège la matité.

Chez certains individus qui ne sont atteints d'aucune affection cardiaque, les pulsations du cœur sont visibles dans un très-grand espace de la poitrine, et cette circonstance peut faire croire à l'existence d'une dilatation anévrysmale. J'en ai vu dernièrement un exemple fort remarquable. C'était chez un malade auquel je donnais des soins avec M. Cusack; on pouvait voir le cœur battre violemment dans toute l'étendue du thorax, et M. Cusack, après avoir appliqué sa main sur la poitrine, me dit qu'il ne pouvait se défendre de l'idée de quelque lésion du cœur et des gros vaisseaux.

Eh bien! dans ce cas, l'exagération de l'action du cœur dépendait d'un état morbide du cerveau. Dans certaines affections cérébrales inflammatoires ou congestives, avec tendance au coma, le cœur est dans un état de suractivité pénible; ses pulsations sont d'une violence inouïe, il semblerait parfois que l'organe va s'élancer au travers des parois thoraciques. Cet état du cœur qui se rencontre dans les affections cérébrales coïncide presque toujours avec un pouls dur et bondissant. J'insiste sur ces détails pour vous mettre sur vos gardes, et vous préserver d'une erreur grave; vous pourriez croire, en effet, que tous les cas de ce genre doivent être traités par les saignées abondantes; il n'en est rien; il existe à cet égard autant de variétés que d'individus. Laennec, vous le savez, voulait qu'on se laissât guider pour la saignée, bien plus par la force des battements du cœur que par celle du pouls: or, je vous ai déjà montré que ce guide lui-même peut être infidèle.

Vous vous rappelez sans doute ce malade qui était dans notre service il y a peu de temps encore: il avait des pulsations cardiaques très-violentes, et le pouls dur et bondissant. Cet homme, qui était fort et d'une bonne santé habituelle, venait d'arriver à Dublin, après une traversée très-pénible depuis Liverpool; il avait eu, pendant le voyage,

des vomissements abondants, et il avait conservé une céphalalgie atroce, qu'il attribuait aux efforts de vomissement. Il venait de débarquer, et marchait le long des quais, lorsqu'il fut subitement frappé d'hémiplégie; on le transporta immédiatement à l'hôpital, où il fut saigné et purgé. Le lendemain matin l'hémiplégie persistait, et le malade se plaignait d'un violent mal de tête. On institua un traitement antiphlogistique des plus actifs; mais le troisième jour notre homme tomba dans le coma, et il eut des convulsions dans les membres non paralysés. Sa figure était turgescente, les artères temporales dilatées étaient le siège de pulsations violentes; le pouls était dur, le cœur battait avec une grande force. Ces accidents étant survenus pendant notre visite, je fis aussitôt ouvrir la veine. Le sang coula facilement. On avait tiré quatorze onces de sang, lorsque le pouls s'affaissa tout à coup, et devint extrêmement faible; il ne devait plus se relever. Le malade expira au bout de deux heures; et un ignorant n'eût pas manqué d'attribuer sa mort à la saignée. A l'autopsie, qui fut pratiquée seize heures après la mort, nous trouvâmes à la surface de l'encéphale une exsudation puriforme générale; il y avait en outre dans l'épaisseur de la substance cérébrale un vaste caillot sanguin entouré d'un tissu ramolli.

Voilà, messieurs, un fait remarquable et qui nous apporte une leçon d'une grande importance; il nous montre que nous ne devons pas accorder une trop grande valeur à la plus ou moins grande intensité de l'action du cœur. Je ne doute pas que la saignée n'ait abrégé la vie de ce malade. Qu'un fait pareil se fût passé dans votre clientèle particulière, il pouvait être fatal pour votre réputation. Souvenez-vous donc que les battements du cœur peuvent être violents, que le pouls peut être dur et bondissant, sans que pour cela la saignée soit bien supportée.

Je vous l'ai déjà dit, c'est ordinairement dans les phlegmasies du cerveau avec tendance au coma que vous rencontrerez ce concours de phénomènes. Vous ne devez employer la saignée qu'avec une extrême réserve, et vous ferez beaucoup mieux de recourir à des applications de sangsues répétées, et aux purgatifs énergiques. Cela fait, vous pourrez tenter de calmer l'action du cœur au moyen de la digitale et de l'opium. Faites faire des pilules avec un grain (6 centigr.) de digitale, un douzième de grain (5 milligr.) d'opium et un peu d'extrait de houblon, et donnez-en une toutes les deux heures, jusqu'à ce que vous constatiez quelque modification dans les battements du cœur; cessez



alors l'usage du remède ou espacez-en les doses, selon les indications diverses de chaque cas.

Lorsque, en dépit du traitement antiphlogistique antérieur, le pouls reste élevé et l'action du cœur violente, je vous recommande expressément l'emploi de la digitale; la faible proportion d'opium que vous combinez avec elle ne peut faire aucun mal; donné avec la digitale, l'opium ne détermine aucun accident du côté de la tête, et il prévient l'action fâcheuse de la digitale sur l'estomac. J'ajoute que si vous voulez obtenir sûrement les effets sédatifs de la digitale, vous devez la donner à hautes doses. Prise en petite quantité, elle agit beaucoup moins bien; elle semble même alors devenir pour le cœur un agent excitant.

Je mets sous vos yeux une pièce anatomique qui vous montre un anévrysme de l'aorte au début; cette pièce a été trouvée sur une femme morte de pleurésie chronique. Cette femme, âgée de trente ans environ, et d'une constitution délicate, était affaiblie par plusieurs maladies antérieures. Lorsqu'elle entra à l'hôpital, elle était déjà souffrante depuis deux mois, et elle est restée trois mois dans notre service. La tumeur anévrysmale ne dépasse pas le volume de la moitié d'une aveline; mais si vous examinez la surface interne de l'artère, vous verrez que l'absorption a fait disparaître une portion considérable de la tunique interne et de la moyenne, et que la tunique externe, ayant à supporter à elle seule le choc de la colonne sanguine, a commencé à céder. Il est très-rare d'être à même d'examiner un anévrysme à une époque aussi rapprochée de son début; nous avons ici, si je puis ainsi dire, un embryon d'anévrysme qui nous fournit un excellent sujet d'étude. Comme l'affection thoracique dont cette malade était atteinte présentait certaines difficultés diagnostiques, j'auscultais tous les jours sa poitrine, mais je n'ai jamais découvert de bruit de souffle, ni aucun autre signe qui pût se rapporter à un anévrysme de l'aorte.

Voici, du reste, quelle était l'histoire de cette femme. Lorsqu'elle nous est arrivée, elle souffrait en respirant depuis deux mois; le jour même de son entrée, elle fut examinée, et l'on découvrit à gauche un épanchement pleurétique. La question de la paracentèse se présenta aussitôt: la malade était émaciée, elle paraissait profondément affaiblie par la fièvre hectique et des sueurs nocturnes; elle crachait du pus mêlé de sang, et peu de temps après son arrivée dans le service, elle fut prise d'une diarrhée intense. Dans de telles circonstances, je crus

devoir songer à l'opération, d'autant plus qu'après avoir eu l'idée que la malade était phthisique, j'avais acquis la certitude qu'elle n'était point tuberculeuse; sur ces entrefaites, l'épanchement parut devoir s'ouvrir à l'extérieur, et je jugeai à propos de différer. Il se forma bientôt, au niveau de la région précordiale, une large tumeur qui avait l'aspect d'un anévrysme, dont elle donnait également la sensation, parce qu'elle recevait l'impulsion des battements du cœur (1). Cette tumeur finit par s'ouvrir; mais la malade était trop épuisée pour qu'on pût concevoir quelque espérance de guérison. Elle vécut néanmoins encore cinquante et un jours. Vous voyez ici le poumon gauche qui adhère à la plèvre costale. Il ne présente d'autre altération qu'une exsudation plastique à sa surface; et cette intégrité relative est d'autant plus surprenante, que cette femme avait sa pleurésie depuis cinq mois,

(1) Les exemples d'empyème pulsatile sont rares. Macdonnell en a publié deux qui avaient été observés par Graves; je ne sais pourquoi l'auteur ne les a pas consignés dans la dernière édition de ses *Leçons cliniques*. Dans ces deux cas, l'empyème était venu faire saillie sur la paroi du thorax; la collection purulente était ainsi divisée en deux moitiés, et la tumeur extérieure était le siège de pulsations évidentes. Stokes a vu un empyème pulsatile à gauche, chez un malade dont le cœur était refoulé vers le côté droit. La thoracentèse fut pratiquée à trois reprises différentes, donnant issue chaque fois à une grande quantité de liquide, qui présentait à chaque opération des caractères un peu plus voisins de ceux du pus. Avant la ponction de la poitrine, chaque battement du cœur produisait dans tout le côté gauche une pulsation expansive d'une violence extraordinaire. Le lit était ébranlé à chaque battement, et le malade était privé de sommeil; cependant la force du cœur ne paraissait pas notablement accrue. Ce fait a présenté une autre particularité remarquable: après la thoracentèse le cœur ne revenait point à sa situation normale.

Aran a fait connaître un autre cas d'empyème pulsatile dans lequel la collection liquide occupait la face antérieure de la poitrine du côté gauche; le foyer fut évacué avec le trocart.

Enfin M. Heyfelder a vu un épanchement purulent enkysté au côté droit de la poitrine, tout auprès du sternum, entre la deuxième et la troisième côte, présenter aussi des pulsations dues au voisinage du cœur.

Dans tous les cas de ce genre, l'absence des bruits caractéristiques de l'anévrysme et des modifications du pouls est d'une grande importance pour le diagnostic.

Macdonnell, *Dublin Journal of medic. science*, XXV.

Stokes, *loc. cit.*

Aran, *Empyème pulsatile de la face antérieure de la poitrine, etc.* (*Bulletin de thérapeutique*, 1858).

Heyfelder, *Empyème pulsatile* (*Bull. de l'Acad. roy. de Belgique*, 1859).

(Note du TRAD.)



et que depuis près de deux mois elle portait une ouverture fistuleuse, qui faisait communiquer incessamment l'air extérieur avec la cavité pleurale. Il n'y a pas de fistule dans le poumon, et sauf une légère induration de la partie inférieure et moyenne en arrière, il ne présente rien de particulier. Il est bon de noter, en outre, que lorsque la matière de l'épanchement se fut ouvert une voie à l'extérieur, la sécrétion purulente des bronches, qui avait été très-abondante durant tout le cours de la maladie, diminua rapidement, et elle était presque tarie plusieurs semaines avant la mort. Il en fut de même de la diarrhée. L'expectoration, qui avait été extrêmement fétide jusqu'au moment de l'ouverture de la fistule pleurale, perdit rapidement ce caractère, et devint complètement normale.

Quoique la digitale agisse très-efficacement pour calmer l'action exagérée du cœur, cependant la découverte d'un autre médicament qui aurait les bonseffets de la digitale sans en avoir les inconvénients, serait chose fort désirable ; aussai-je été très-heureux de trouver dans le premier volume du *Dublin medical Journal* une observation de M. Newton, d'où il résulte que l'hydrosulfate d'ammoniaque a exercé une puissante influence sur les mouvements du cœur. Ce remède avait été prescrit d'après le conseil de sir Henry Marsh, lequel, disait l'auteur, avait constaté « qu'il amène toujours le ralentissement du pouls ».

Dans une autre partie du même travail, l'hydrosulfate d'ammoniaque est placé au-dessus de la digitale. « L'emploi de cette substance a une foule d'inconvénients : remède incertain, mais toujours dangereux, la digitale ne tarde pas à perdre toute son influence, même dans les cas où elle a paru d'abord donner les meilleurs résultats. Tels sont les fâcheux effets qu'elle exerce sur l'estomac, qu'on est souvent obligé d'en suspendre l'usage. C'était donc pour la thérapeutique un véritable *desideratum* que de découvrir quelque autre moyen de traitement qui permit d'abattre l'activité du système circulatoire, sans déterminer un état permanent de débilité. »

J'étais depuis longtemps désireux de voir combler cette lacune, mais je n'avais jamais été très-convaincu qu'il existât une substance capable de diminuer la violence de la circulation, sans entraîner en même temps un affaiblissement général. Je me hâtai donc, vous le pensez bien, d'administrer l'hydrosulfate d'ammoniaque à plusieurs de mes malades de Meath Hospital. Quelques-uns d'entre eux avaient une hypertrophie

avec exagération de l'action du cœur ; chez d'autres, les battements du cœur étaient normaux ; quelques-uns enfin n'avaient d'autre affection qu'une éruption cutanée. Le remède fut donné à doses graduellement croissantes, jusqu'à vingt-cinq ou trente gouttes quatre fois par jour ; j'avais soin de le faire étendre abondamment, comme l'a recommandé sir Henry Marsh. *Dans aucun cas, ce médicament n'eut le plus léger effet sur l'action du cœur ou l'état du pouls.* Après mes premiers insuccès, j'avais cependant fait venir une nouvelle provision d'hydrosulfate, et j'avais prié le pharmacien de l'hôpital de l'administrer lui-même, afin de me mettre à l'abri de toute supercherie.

J'ai observé récemment chez trois malades des palpitations violentes et prolongées, dans des circonstances identiques : c'était chez trois femmes qui présentaient toutes trois un développement anomal de la glande thyroïde (1). Le volume de cette glande, qui était constamment plus considérable qu'à l'état sain, offrait chez ces trois malades de singulières variations. Lorsque les palpitations étaient très-violentes, la glande se tuméfiait, comme si elle était soudainement distendue par l'infiltration interstitielle d'un liquide. Dès que les palpitations diminuaient d'intensité, la tumeur commençait à s'affaisser, et dans l'in-

(1) Si les auteurs qui ont proposé la dénomination de *maladie de Basedow* avaient eu connaissance de ce passage, s'ils avaient su que cette leçon clinique a été faite en 1835, ils auraient hésité, j'aime à le croire, avant de rapporter au médecin allemand l'honneur d'une découverte qui ne lui appartient réellement pas. D'un autre côté, Stokes a consigné dans son ouvrage une observation qui paraît d'abord enlever au médecin de Meath Hospital toute priorité à cet égard.

Cette observation est de Parry, et elle semble extrêmement probante, car les palpitations, la fréquence des mouvements du cœur, les pulsations violentes des carotides, l'augmentation de volume de la thyroïde et la saillie des yeux y sont nettement signalées ; malheureusement cette malade avait eu un rhumatisme articulaire, et elle est morte avec l'anasarque et les autres symptômes des affections organiques du cœur. Il est évident dès lors que ce fait est sans valeur au point de vue qui nous occupe.

Quant à Flajani, il s'est borné à signaler la coïncidence possible d'une hypertrophie de la glande thyroïde et d'une maladie du cœur. En conséquence, si Graves n'a pas donné une description complète de cette singulière affection que Basedow a signalée cinq ans plus tard, il a du moins le mérite de l'avoir indiquée le premier.

Flajani, *Collezione d'osservazione e riflessioni di chirurgia*. Roma, 1800.

*Collections from the unpublished medical writings of the late Caleb Hilliard Parry*, M. D. London, 1825.

(Citations empruntées à Stokes.)

(Note du Trad.)



tervalle des accès, le volume de la glande était invariable. Ces phénomènes, si étranges par leur variabilité même, avaient forcément attiré l'attention des malades et celle de leurs amis. Rien ne pouvait faire songer à une inflammation du corps thyroïde.

L'une de ces dames, qui demeurait dans le voisinage de Black-Rock, était soignée par les docteurs Harvey et Stokes ; la seconde, veuve d'un prêtre du comté de Wicklow, avait pour médecin sir Henry Marsh ; la troisième habitait dans Grafton-street. Chez toutes trois, les palpitations avaient duré pendant plus d'une année, avec une violence qui les rendait parfois très-pénibles ; et cependant il n'y a pas de raison suffisante pour admettre chez ces malades une affection organique du cœur.

Chez l'une d'elles, pendant l'accès de palpitations, les battements du cœur peuvent être entendus à une certaine distance du lit, phénomène que je n'ai observé dans aucune autre circonstance, et qui a vivement excité mon intérêt et ma curiosité. La malade elle-même, ses amis, le docteur Harvey, tous affirmaient qu'il en était très-fréquemment ainsi, et que souvent même le bruit était plus éclatant qu'il ne l'avait été, lors de ma visite à cette dame ; et cependant j'avais entendu nettement les battements de son cœur, alors qu'une distance de plus de quatre pieds me séparait de sa poitrine ! C'était surtout le premier bruit qu'on entendait ainsi.

Les variations subites du volume de la thyroïde, les rapports qui existaient entre ces changements et la modalité fonctionnelle du cœur, sont tout autant de circonstances qui nous démontrent que le tissu de cette glande n'est pas sans analogie avec les tissus érectiles. Il n'est pas d'organe qui puisse prendre un accroissement de volume aussi considérable que le corps thyroïde, et cet accroissement est souvent très-rapide, comme on l'observe dans certaines variétés de bronchocèle ou de goître.

Le développement anomal de la thyroïde, tel qu'on l'observait chez ces malades, paraît différer essentiellement de la tuméfaction qui constitue le goître ; la glande était loin d'atteindre les dimensions qu'elle présente dans ce dernier cas. Cette augmentation de volume mérite le nom d'hypertrophie ; elle diffère de la bronchocèle en ce qu'elle cesse de s'accroître au moment où cette dernière tumeur prend le développement le plus rapide. Chez les dames dont je vous ai parlé, il est facile de constater une tuméfaction de la glande lorsqu'on examine de près la

région cervicale, mais cette tuméfaction est loin de constituer une difformité. Les rapports évidents qui existent chez la femme entre les fonctions utérines et le développement du corps thyroïde à l'époque de la puberté, doivent fixer notre attention sur l'affection que je viens de vous décrire ; et cela avec d'autant plus de raison que cette hypertrophie du corps thyroïde était ici en corrélation intime avec ces palpitations qui sont si fréquentes chez les femmes hystériques et nerveuses. Un autre fait non moins digne de remarque, c'est que les femmes qui sont sujettes à ces palpitations accusent presque toujours une sensation de plénitude dans la gorge, et elles rapportent exactement au niveau du corps thyroïde le siège de cette sensation. Du reste, elles ne l'éprouvent que pendant les accès de palpitations ; mais alors elles en sont si péniblement incommodées, qu'elles se plaignent d'être menacées de suffocation. Si l'on tient compte de tous ces faits, on se trouvera en face d'une question fort intéressante : ce sentiment d'obstacle au libre exercice de la respiration, qui existe pendant les accès d'hystérie, et auquel on a donné le nom général de *glottis hystericus*, ce sentiment, dis-je, est-il toujours un phénomène purement nerveux ? Pour moi, je crois qu'il reconnaît très-souvent pour cause la compression qui résulte du développement subit du corps thyroïde ; cette tuméfaction disparaît avec l'accès. Il est un fait dont je suis parfaitement certain, c'est que la constriction gutturale dont se plaignent les femmes hystériques correspond souvent de la manière la plus exacte au corps thyroïde ; et plusieurs médecins auxquels j'accorde une entière confiance m'ont affirmé que ce gonflement de la région cervicale pendant les accès d'hystérie avait plus d'une fois excité leur étonnement.

D'une autre part, il est évident que si des palpitations purement nerveuses peuvent déterminer l'hypertrophie du corps thyroïde, nous pouvons observer également la tuméfaction de cette glande, lorsque les battements du cœur dépendent d'une affection organique. C'est ce qui avait lieu dans le fait suivant qui m'a été communiqué par un de mes amis (1).

(1) On pourrait croire, d'après cela, que ce fait ne doit point être rangé parmi les exemples de cachexie exophtalmique ; ce serait une erreur. D'une part, en effet, les signes d'affection organique du cœur n'ont apparu que quatorze mois après le début des accidents ; d'autre part, cette affection organique n'était autre chose que l'ancrysmie passif de Laennec, c'est-à-dire cette dilatation sans hypertrophie qui est vraisemblablement un phénomène secondaire, et qui a été notée dans la plupart des observations ultérieures.

(Note du TRAD.)