

te: la pointe bat dans le 6e espace intercostal et la percussion révèle une augmentation à la fois verticale et transversale de la matité précordiale.

L'auscultation révèle un double souffle cardiaque systolique diastolique, très nettement caractéristique d'une insuffisance aortique. On entend de plus à la pointe le souffle présystolique qui est si habituel dans la même affection, et que j'ai attribué à une aspiration particulièrement forte du contenu de l'oreillette gauche par le ventricule correspondant hypertrophié.

Il y a encore de violents battements des carotides, principalement de celle du côté droit, qu'on voit à chaque diastole artérielle redresser la courbe qu'elle décrit à l'état de repos. Le pouls radial est bondissant, l'artère radiale est très flexueuse. La tension vasculaire est de 16 centimètres. On ne trouve pas dans les artères crurales le double souffle de Duroziez.

Le foie est très augmenté de volume, très douloureux à la palpation; les bases des poumons sont congestionnées.

Tous les signes que je viens de vous énumérer sont classiques; le diagnostic auquel il conduisent est évident, et vous me permettrez de passer immédiatement à la discussion plus intéressante des causes de la lésion cardiaque que nous avons sous les yeux.

Une insuffisance aortique est ordinairement le résultat d'une maladie infectieuse, antérieure. Elle peut être produite par toutes les maladies infectieuses, au moins on théorie. En pratique elle succède presque toujours aux deux mêmes, le rhumatisme articulaire aigu et la syphilis.

Ces deux dernières affections ne lésent point les valvules sigmoïdes du cœur gauche d'une façon identique. La première agit par endocardite, elle détermine une insuffisance aortique d'origine endocardique, elle laisse le tronc de l'aorte sain. La seconde semble au contraire atteindre d'emblée la crosse aortique, et l'insuffisance ne résulte que de la propagation aux valvules de ces premières altérations: c'est pourquoi elle est dite d'origine artérielle.

Il est toujours fort important de préciser à laquelle de ces deux sortes d'insuffisance aortique on a affaire: leur pronostic est en effet tout différent. Tout en atteignant profondément le cœur, le rhumatisme y détermine des lésions relativement peu graves parce qu'il constitue une maladie passagère, dont l'œuvre nocive ne se poursuit pas au delà de quelques jours, et qui laisse des déformations valvulaires qui ne sont point progressives. Dans la syphilis nous observons l'inverse: le mal est chronique, les altérations cardio-vasculaires ont une tendance presque invincible à s'étendre sans cesse. De là leur gravité particulière. Nous devons chercher, par une étude soigneuse des antécédents, quelle est chez notre malade l'origine de la lésion sigmoïdienne.

De 8 à 14 ans, cette femme paraît avoir été atteinte d'une anémie très prononcée, se traduisant par une faiblesse extrême, une grande pâleur, des maux d'estomac, de la dyspnée. Elle fut guérie complètement par un traitement ferrugineux. Il est infiniment probable qu'il s'agissait d'accidents chlorotiques. Le fait a son importance car la

chlorose donne lieu à des troubles cardiaques, et on pourrait être tenté de leur faire jouer un rôle dans la production de l'insuffisance aortique. Cette supposition me paraît peu probable car l'anémie des jeunes filles, tout en déterminant des désordres circulatoires très accentués, n'est point la cause d'affections valvulaires qui persistent ultérieurement.

De 21 à 26 ans, G... eut de violentes migraines, revenant toutes les trois semaines, durant deux à trois jours, et l'obligeant à garder le lit. Ces migraines, je vous signale le fait en passant, ont disparu définitivement à l'âge de 27 ans à la suite d'une fièvre typhoïde. Cette maladie dura six semaines, et fut soignée à l'hôpital St-Antoine. Elle guérit normalement, mais laissa après elle une dyspnée d'effort qui ne disparut qu'au bout de plusieurs mois. D'après cette circonstance, on pourrait se demander si la dothiéntérie n'avait pas entraîné une endocardite d'où dériveraient les lésions cardiaques actuelles. La chose est possible, mais peu vraisemblable, car il est exceptionnel que la fièvre typhoïde altère d'une façon durable les valvules du cœur. Au contraire elle est souvent l'origine d'un état d'anémie qui pourrait expliquer facilement la dyspnée qu'éprouva notre malade à cette période de sa vie.

A l'âge de 28 ans, G... eut une attaque de rhumatisme articulaire aigu fébrile qui dura un mois, et fut fort violente.

Lors de la convalescence, elle fut reprise d'une dyspnée particulièrement accentuée lorsqu'elle marchait ou montait les escaliers, mais, au bout de deux ans, elle retrouva une santé parfaite, et resta tout à fait robuste et saine, au moins en apparence, pendant une période de huit années.

Cette évolution particulière n'implique nullement que le rhumatisme ne soit pour rien dans la lésion aortique que nous constatons actuellement. On doit distinguer dans la marche des maladies valvulaires trois phases successives: Dans la première, l'appareil valvulaire atteint d'endocardite, perd sa forme normale; il en résulte un trouble souvent manifeste des fonctions cardiaques. Mais bientôt le cœur s'hypertrophie, s'adapte à sa lésion: la circulation reprend son fonctionnement régulier pendant une période de compensation, souvent très longue. Enfin, à la longue, l'asthénie survient.

Il n'est nullement invraisemblable que notre malade doive son insuffisance aortique au rhumatisme grave qu'elle a subi. Toutefois, il est difficile de l'affirmer.

Quoi qu'il en soit, à l'âge de 38 ans, G..., qui s'était mariée dans l'intervalle, fut reprise d'une dyspnée d'effort qui depuis n'a cessé de grandir et est devenue particulièrement pénible chez elle depuis l'âge de 47 ans. Six ans plus tard, en 1907, il s'y joignit un œdème malléolaire qui revenait tous les soirs.

En 1909, à la suite d'une fluxion du genou droit, la situation s'aggrave, et G... se décide à entrer à l'hôpital Beaujon, où elle aurait eu des accidents de congestion pulmonaire avec expectoration muqueuse et parfois sanglante.