

tique, dont nous avons sous les yeux le syndrome cardio-artériel complet.

Et, à ce sujet, nous tenons à faire remarquer, en passant, que dans ce cas comme dans beaucoup d'autres, nous avons, une fois de plus, constaté que le souffle qui accompagne l'insuffisance aortique siège rarement au niveau du deuxième espace intercostal droit, point d'auscultation classique de l'aorte; mais qu'il présente souvent son maximum d'intensité au niveau de la région présternale, où même à gauche du sternum aux environs du point d'insertion de la 3ème côte.

Mais, si notre malade était manifestement atteinte d'une insuffisance aortique, devait-elle être considérée comme une cardiaque banale faisant de l'asystolie, et, fallait-il, après la préparation habituelle, lui administrer de la digitale ou de la digitaline? Nous n'avons pas interprété les phénomènes dans ce sens, et nous croyons fermement que la médication digitalique, loin de l'améliorer, n'eut pas été chez elle sans danger. Et voici pourquoi :

Tout d'abord, en raison de l'absence dans les antécédents de maladies infectieuses pouvant donner lieu à l'endocardite, en raison de l'absence de lésions de la mitrale, à cause de la dilatation aortique, des caractères particuliers du souffle piaulant, des lésions viscérales que nous avons le droit tout au moins de suspecter du côté du foie et des reins; enfin en raison de l'hypertension artérielle manifeste dont le tracé sphymographique et les données du manomètre sont la preuve, nous avons fait le diagnostic d'insuffisance aortique d'origine artérielle et non d'origine endocardique.

Deuxièmement, la persistance de l'hypertension artérielle nous a fait conclure que notre malade n'en était pas encore à la période d'asystolie, et qu'il fallait chercher ailleurs que dans la congestion passive seule des poumons l'explication de la dyspnée qu'elle présentait.

Pour nous, cette dyspnée, avec râles muqueux dans les bases