

éte attirée, il y a quelques années, sur un autre malade de l'asilo d'Armentières. Le fait, alors, n'avait pas été publié et avait été considéré comme accidentel. A l'autopsie, le malade d'Armentières avait présenté une dilatation ampullaire, anévrismale presque, de l'infundibulum. L'aorte était rétrécie sans insuffisance. Le malade d'Armentières avait présenté, pendant la vie, outre le souffle systolique classique, un roulement présystolique.

Or, le malade que M. Lemoine observe en ce moment présente absolument les mêmes signes cliniques : le souffle systolique classique, plus un roulement présystolique qui augmente lorsque le malade passe du repos au mouvement. Peu perceptible dans le premier cas, il augmente considérablement après une marche rapide et présente un maximum d'intensité au niveau du 4<sup>e</sup> et du 3<sup>e</sup> espace intercostal du côté droit, un peu plus bas par conséquent que le lieu d'élection des bruits valvulaires aortiques.

M. Lemoine n'hésite pas à faire le diagnostic de rétrécissement aortique, avec dilatation ampullaire de l'infundibulum.—*Bul. méd. du Nord de la France.*

**De la valeur des signes physiques fournis par le sommet des poumons, dans le diagnostic de la phthisie au début, par MM. H. HOWARD, FUSSELL et J. HAKE-ADAMS.**—Aucun médecin n'ignore combien est difficile le diagnostic de la phthisie au début ; les signes qui la révèlent sont tellement délicats qu'ils passent facilement inaperçus. Une erreur inverse peut être commise ; il est possible que des différences normales entre l'un et l'autre poumon soient prises pour des modifications pathologiques, et le diagnostic de phthisie commençante est porté, quand la poitrine est parfaitement saine. Il s'agit donc de déterminer, d'une façon aussi rigoureuse que possible, quelles sont les différences stéthoscopiques qui existent normalement entre le sommet droit et le sommet gauche des poumons. C'est ce à quoi tend le travail de MM. Fussell et Adams, basé sur 100 observations. Il est de connaissance vulgaire qu'au sommet du poumon droit, la résonnance de la voix et les vibrations thoraciques sont plus marquées qu'à gauche ; on s'était moins préoccupé, jusqu'à présent, des résultats fournis par la percussion. Les observations des auteurs précités démontrent que, dans le plus grand nombre des cas, le son est d'une tonalité plus élevée à droite qu'à gauche. Voici les résultats auxquels ils sont arrivés : dans 11 cas sur 100, la percussion a été identique des deux côtés ; soixante neuf fois, la tonalité était légèrement plus élevée à droite ; dix-neuf fois, elle l'était d'une façon très évidente ; dans une seule observation, la tonalité était plus élevée à gauche qu'à droite. MM. Fussell et Adams ont remarqué que les mêmes proportions étaient à peu près conservées, quand ils ont recherché les différences qui existaient entre les côtés droit et gauche, au point de vue des vibrations thoraciques et de la résonnance de la