

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

85

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Jeudi 29 Novembre 1900*

Par REMOUSSENARD (FÉLICIEN)

Né à Vic de Chassenay (Côte-d'Or)

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Médaille de bronze de l'Assistance publique

ANCIEN INTERNE DE L'HÔPITAL DÉPARTEMENTAL DE NANTERRE

DES BATTEMENTS DU CŒUR A DROITE

EN PARTICULIER

DANS LA SCLÉROSE PULMONAIRE DROITE

*Président : M. BOUCHARD, Professeur.*

*Juges : MM. POUCHET, Professeur.*

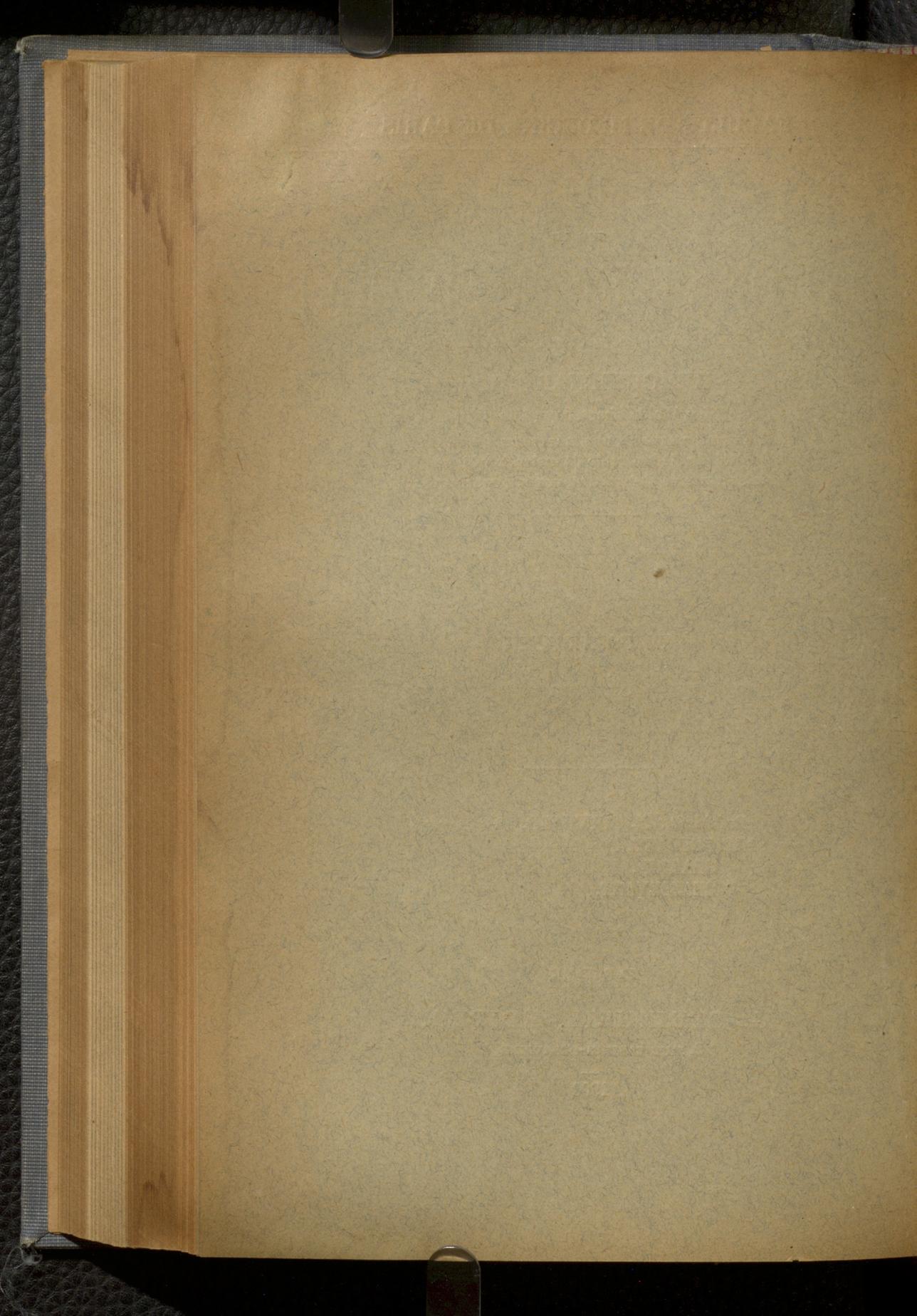
CHARRIN,  
CHASSEVANT, } *Agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

85

Année 1900

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Jeudi 29 Novembre 1900*

Par REMOUSSENARD (FÉLICIEN)

Né à Vic de Chassenay (Côte-d'Or)

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Médaille de bronze de l'Assistance publique

ANCIEN INTERNE DE L'HÔPITAL DÉPARTEMENTAL DE NANTERRE

DES BATTEMENTS DU CŒUR A DROITE

EN PARTICULIER

DANS LA SCLÉROSE PULMONAIRE DROITE

*Président : M. BOUCHARD, Professeur.*

*Juges : MM. POUCHET, Professeur.*

CHARRIN,

CHASSEVANT,

} *Agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1900

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	M.	
Doyen.....	MM.	BROUARDEL.
Professeurs.....		
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		{ HUTINEL.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....		BERGER.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		LANDOUZY.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....		BRISSAUD.
		CHANTEMESSE.
		{ POTAIN.
Clinique médicale.....		{ JACCOUD.
		{ HAYEM.
		{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....		GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....		FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..		JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....		RAYMOND.
		{ DUPLAY.
		{ LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....		{ TILLAUX.
		{ TERRIER.
		PANAS.
Clinique ophtalmologique.....		GUYON.
Clinique des voies urinaires.....		{ PINARD.
Clinique d'accouchements.....		{ BUDIN.

### Agrévés en exercice

MM. ACHARD. ALBARRAN. ANDRE. BONNAIRE. BROCA (Aug.). BROCA (André). CHARRIN. CHASSEVANT. Pierre DELBET.	MM. DESGREZ. DUPRE. FAURE. GAUCHER. GILLES DE LA TOURETTE HARTMANN. LANGLOIS. LAUNOIS. LEGUEU.	MM. LEJARS. LEPAGE. MARFAN. MAUCLAIRE. MENETRIER. MERY. ROGER. SEBILEAU. TEISSIER.	MM. THIERY. THIROLOIX. THOINOT. VAQUEZ. VARNIER. WALLICH. WALTHER. WIDAL. WURTZ.
--	---	---	---

*Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.*

*Le Secrétaire de la Faculté ; PUPIN.*

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

*A MES PARENTS*

TÉMOIGNAGE DE MA PROFONDE AFFECTION

*A MES AMIS*

*A MON MAITRE*

M. le Docteur BÉCLÈRE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

*A MON PRÉSIDENT DE THÈSE*

M. le Professeur BOUCHARD

MEMBRE DE L'INSTITUT

MÉDECIN DE LA CHARITÉ

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

## AVANT-PROPOS

---

En arrivant au but de nos études, c'est le moment de témoigner notre gratitude à ceux qui ont contribué à notre instruction.

Nos plus sincères remerciements à MM. les D<sup>rs</sup> Broca, Le Dentu, Mauclair et Morestin qui nous ont appris la clinique chirurgicale.

A M. le D<sup>r</sup> Barth, médecin de l'hôpital Necker, nous devons une profonde reconnaissance, tant pour sa bonté que nous avons pu tout particulièrement apprécier, que pour ses savantes et utiles leçons.

Que M. le D<sup>r</sup> Rémy, chirurgien de la maison départementale de Nanterre, reçoive tous nos remerciements pour nous avoir accepté comme interne et appris la pratique des opérations chirurgicales.

Enfin, nous avons eu le bonheur d'être l'élève de M. le D<sup>r</sup> Bécère, à l'hôpital Saint-Antoine. Sous sa direction, nous avons complété nos études médicales, appris la pratique de la radioscopie si utile souvent comme moyen de diagnostic. Depuis, il fut toujours pour nous un maître obligeant. L'idée de notre thèse lui appartient et ses conseils ne nous ont pas été ménagés. Qu'il veuille bien accepter, avec l'assurance de toute notre reconnaissance, l'hommage de notre modeste travail.

Que M. le professeur Bouchard daigne recevoir tous nos remerciements pour nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Dans un premier chapitre, nous résumerons ce que l'on sait de la dextrocardie congénitale.

Dans le chapitre II, nous ferons de même pour la dextrocardie par épanchement pleural gauche.

Le troisième chapitre comprendra la partie principale : les descriptions étiologique, symptomatique, anatomique et pathogénique de la dextrocardie consécutive à la sclérose pulmonaire droite.

Enfin, dans un dernier chapitre, armé de toutes les notions précédentes, nous exposerons les règles du diagnostic, en résolvant les différentes questions que l'on se pose en présence d'un malade dont le cœur bat à droite.

---

## CHAPITRE PREMIER

### Dextrocardie congénitale.

---

Nous entendons par dextrocardie congénitale, la situation du cœur à droite, résultant d'un vice de développement. Tous les cas où le déplacement s'est produit par suite d'une affection quelconque, fût-ce même pendant la vie fœtale, sont des cas de dextrocardie acquise.

La dextrocardie congénitale, c'est-à-dire, par conséquent, l'inversion du cœur, est donc constatable dès la naissance ; mais souvent l'anomalie est tellement insidieuse que ce n'est que plus tard, grâce à un examen complet d'un individu sain ou atteint d'une affection tout à fait indépendante, que l'on constate les battements du cœur à droite.

Pendant longtemps, l'examen clinique se réduisit à noter, dans ces cas, des battements à droite du sternum, à reconnaître que la matité cardiaque n'existe pas à gauche ; mais se trouve au contraire à droite absolument semblable et symétrique de la matité normale, que les bruits du cœur sont entendus à droite et non à gauche, *que la matité hépatique se trouve à gauche et la matité splénique à droite*. Ces signes, le dernier surtout, faisaient conclure d'emblée et avec raison à l'inversion congénitale du cœur.

A l'autopsie de cas de ce genre (1), en effet, l'axe du

(1) ALVARENGA, *Leçons cliniques des maladies du cœur*. Trad. BERTHERAND, Lisbonne, 1878.

cœur était inversé ; les cavités droites du cœur étaient à gauche, les gauches à droite. L'artère pulmonaire et l'aorte s'enroulaient inversement ; l'aorte thoracique était à droite. Le poumon gauche avait trois lobes, le droit deux. L'estomac et le colon étaient inversement placés. *Le foie était à gauche, la rate à droite.*

Mais aujourd'hui beaucoup d'auteurs ont constaté qu'il peut y avoir dextrocardie congénitale isolée, c'est-à-dire, inversion du cœur sans inversion des autres viscères. Le cœur peut même être inversé sans inversion de ses cavités ou de ses vaisseaux. Tel le cas, unique il est vrai, constaté anatomiquement par Grunmach, où les gros vaisseaux du cœur avaient leur position normale. Ces cas sont sans doute rares ; toutefois, la présence du cœur à droite avec situation normale des autres viscères, en particulier du foie, ne peut faire rejeter la dextrocardie congénitale, ni affirmer la dextrocardie acquise. Ce n'est qu'un signe de probabilité pour cette dernière.

De plus, quelquefois, mais rarement aussi, on a constaté que l'anomalie de position du cœur pouvait s'accompagner d'un arrêt de développement d'un côté du thorax, surtout du côté gauche, qui simule un aplatissement acquis (Constantin Paul) (1) ; on a remarqué parfois aussi l'absence du grand et du petit pectoral droits le plus souvent, produisant une dépression sous-claviculaire droite (Eichhorst) (2), semblable à une dépression acquise.

La dextrocardie congénitale manquait donc de signes caractéristiques. M. Bard (3), de Lyon, en comparant

(1) CONSTANTIN PAUL, *Diagnostic et Traitement des maladies du cœur.*

(2) EICHHORST, *Traité de diagnostic médical.*

(3) BARD, *Lyon médical*, 1892 et 1893 et *Médecine moderne*, 1897.

deux cas, l'un de dextrocardie acquise, l'autre de dextrocardie congénitale a montré que dans ce dernier cas l'inversion du cœur se reconnaît aux caractères suivants : « on voit, dit-il, un soulèvement systolique dans le 4<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> espace intercostal près de la ligne mamelonnaire. Au-dessus et en dedans du mamelon, dans les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> espaces, on aperçoit un second foyer de battements s'accusant par un soulèvement présystolique, qui commence une sorte d'ondulation visible sous la paroi et se termine en bas par le soulèvement systolique précédent. A la palpation, on perçoit à ce niveau une expansion systolique, suivie d'un claquement diastolique brusque, dû à la chute des valvules sigmoïdes. A la percussion la matité cardiaque qui n'existe pas à gauche se trouve à droite absolument semblable et symétrique de la matité normale. L'auscultation fait entendre les deux bruits, le 1<sup>er</sup> plus intense au 1<sup>er</sup> foyer, le 2<sup>e</sup> plus intense au contraire au second. Le 1<sup>er</sup> battement appartient donc à la pointe, le 2<sup>e</sup> à la base : la ligne qui les unit est l'axe du cœur, oblique en bas et à droite, inverse de l'état normal ».

Enfin l'examen radioscopique permet aussi de reconnaître nettement et sûrement l'inversion du cœur par l'ombre portée sur l'écran nettement inverse de l'ombre normale.

Pas de symptômes fonctionnels le plus souvent. Quand ils existent, ils sont intenses et caractéristiques. La dextrocardie s'accompagne alors d'anomalies de cloisonnement ou de rétrécissements orificiels, donnant des souffles divers, de la dyspnée, de la cyanose (Maladie de Roger) (1).

(1) ROGER, *Manuel de Médecine*. Maladies congénitales du cœur.

## CHAPITRE II

### Dextrocardie par épanchement pleural gauche ou par tumeur du médiastin.

---

Depuis longtemps on sait que, dans les pleurésies gauches, à mesure que l'épanchement s'accroît, les battements du cœur se rapprochent du sternum, le dépassent et apparaissent à droite : c'est là un fait banal et courant. Hippocrate le connaissait déjà ; les médecins anciens, Cardani 1569, Riolan 1606, Bonnet 1690, Boerhaave 1745, Van Swieten 1769, Sénac 1783, en font mention. Dans la suite, les médecins n'en connaissent guère plus : ils se bornent à constater qu'au niveau des battements, il existe de la matité et que les bruits du cœur y sont nettement entendus, tandis qu'ils sont absents à gauche. Et tout naturellement ils pensent que la pointe du cœur est déviée à droite, que le cœur est tordu sur son axe et que cette torsion produit la syncope dans la pleurésie. Bamberger (1) et Guttmann (2) sont les premiers à nier cette torsion ; mais leur opinion reste sans écho. A peine quelques Français doutaient encore de la torsion quand M. Bard (3) de Lyon, en 1892 et 1893, par comparaison

(1) BAMBERGER (VON), *Lehrb. der Krankh. des Herzens*, 1857.

(2) GUTTMANN, *Traité du diagnostic des maladies des organes thoraciques et abdominaux*. Trad. HABER, Paris, 1877.

(3) BARD. *Loco citato*.

avec la dextrocardie congénitale montra cliniquement que le cœur est déplacé en masse sans changement de son axe et exposa les signes qui permettent de le reconnaître. « Dans les grands épanchements, dit-il, on voit des battements dans la région mamelonnaire droite précédant la systole. A la palpation ils présentent leur maximum vers le 4<sup>e</sup> espace, au niveau du mamelon. Mais on les perçoit encore dans le 3<sup>e</sup> plus en dedans, et dans le 5<sup>e</sup> plus en dehors, de sorte qu'ils occupent une ligne oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Mais il est manifeste qu'on est en présence d'un foyer unique étendant son action sur ces trois espaces ; aucun autre foyer de battements à droite. De plus, dans toute l'étendue de ce centre de battements, la main perçoit à la systole une expansion plutôt qu'un choc et après elle, le claquement diastolique sigmoïdien de Freidreich très net et très intense. L'oreille entend à ce niveau les deux bruits du cœur, le deuxième plus intense et plus net que le premier.

A l'épigastre, après diminution de l'épanchement, on a une sensation de choc plus énergique que celui de la région mamelonnaire quoique de moindre amplitude, avec maximum au voisinage de l'appendice xyphoïde et de la moitié gauche de l'épigastre. Ce soulèvement systolique de l'épigastre représente un jeu de bascule manifeste avec les mouvements similaires de la région mamelonnaire. La percussion donne peu de renseignements utiles. Elle se poursuit à droite du mamelon ; mais elle se confond à gauche avec la matité pleurale et ne peut servir à limiter l'organe ».

La base est donc repoussée à droite du sternum, la pointe se rapproche de la ligne médiane et siège, tantôt

sous le sternum, tantôt à droite. L'axe du cœur n'est ni vertical, ni inversé ; mais horizontal, plus même qu'à l'état normal ; les cavités cardiaques et les vaisseaux sont normaux comme disposition. Les battements perçus sont ceux de la base ou des gros vaisseaux reconnaissables au claquement diastolique de Freidreich.

Ces faits ont été abondamment prouvés dans la suite. M. Pitres (1), de Bordeaux, en 1896 constata expérimentalement l'horizontalité de l'axe du cœur après injection de liquide dans la plèvre. M. Leclerc (2) fit l'examen anatomique d'épanchements pleuraux gauches où le cœur était déplacé en masse et non tordu. M. Carrière de Lille (3), fit des expériences et des radioscopies confirmatives. MM. Jolyet et Vergely (4) par l'examen sphygmographique notèrent que les battements constatés à droite ont les caractères, soit de ceux des oreillettes, soit de ceux de l'aorte. M. Béclère (5), enfin, prouva définitivement par des examens radioscopiques, nombreux et complets, que l'axe du cœur est normal comme direction, divulgua ce fait par diverses communications à la Société médicale des Hôpitaux, l'enseigna dans ses leçons et inspira la thèse de M. Signeux (6) où les diverses opinions sont discutées

(1) PITRES, Sur les signes physiques des épanchements pleuraux et en particulier sur les déplacements du cœur (*Arch. cliniq. de Bordeaux*, 1896, n° 8).

(2) LECLERC, Refoulement du cœur dans les épanchements pleuraux du côté gauche, à propos d'un cas de pneumothorax gauche (*Lyon médical*, 1897).

(3) CARRIÈRE, Déplacement du cœur et des organes abdominaux dans les épanchements pleurétiques (*Presse médicale*, 17 décembre 1898 et *Echo médical du Nord*, 19 juin 1898, p. 828).

(4) Cités par PITRE.

(5) BÉCLÈRE, Communications (*Soc. méd. Hôp.*, 16 juill. 1897 ; 23 juill. 1897 ; 15 juill. 1898 ; 6 juill. 1890).

(6) SIGNEUX, Thèse de Paris, 1898.

et rejetées toutes en faveur du déplacement en masse sans torsion.

La syncope n'est donc pas due à la torsion du cœur. On sait en effet que le déplacement est au contraire bien supporté. La dyspnée plus ou moins intense vient de la quantité plus ou moins grande de l'épanchement dans les limites ordinaires, de même que la déviation des battements du cœur augmente avec la quantité de l'épanchement. Ces deux signes, dyspnée et déviation des battements, servent donc à juste titre à faire soupçonner la quantité de l'épanchement.

Enfin le thorax du côté gauche donne les signes d'un épanchement pleural gauche et à mesure que le liquide se résorbe, les battements reprennent leur place normale à gauche. Quelquefois cependant, dans les pleurésies longues, purulentes le plus souvent, le cœur peut être fixé dans sa nouvelle position par des adhérences et continuer à battre à droite (Lestage, Th. de Bordeaux, 1895 : Contribution à l'étude des déplacements du cœur consécutifs aux épanchements pleurétiques avec fixation définitive de l'organe).

Nous n'avons envisagé que l'épanchement liquide; mais les mêmes faits sont admis pour les épanchements gazeux et pour les cas de dextrocardie par tumeur du médiastin. Seuls les signes propres de la maladie causale diffèrent.

---

### CHAPITRE III

#### Dextrocardie consécutive à la sclérose pulmonaire droite.

---

Contrairement à la dextrocardie congénitale et à la dextrocardie par épanchement pleural gauche ou par tumeur du médiastin, la dextrocardie par sclérose pulmonaire droite est peu connue. Rien dans les auteurs avant 1800. En 1824, Abercrombie publie une première observation ; depuis un certain nombre ont paru dans des publications diverses, dans ces dernières années surtout ; mais elles restent isolées. Ce symptôme est encore presque ignoré ; les classiques ont peine à le mentionner, et les auteurs rapportant les observations sont souvent très indécis dans leur diagnostic, faute de signes pathognomoniques. Nous allons donc étudier la dextrocardie par sclérose pulmonaire droite de toutes pièces à l'aide des observations publiées.

Mais nous ne pouvons pas prendre indifféremment toutes ces observations : les unes sont fort discutables, d'autres seulement probables. Il nous faut, au contraire, comme base, des faits d'un caractère de certitude rigoureux. Ils seront tels, quand l'examen clinique ayant révélé des battements du cœur à droite, au cours ou à la suite d'une affection pulmonaire droite, l'autopsie montrera le cœur déplacé à droite, le poumon droit malade : tout autre organe sain. La relation de cause à effet sera ainsi évidente. C'est le cas de nos six premières observations.

Ils seront également indiscutables, quand le cœur normalement placé à un premier examen se trouvera battre à droite à la suite d'une affection pulmonaire droite : telles sont nos deux dernières observations.

Enfin, dans la dernière il y aura et la constatation pas à pas du déplacement du cœur et l'autopsie.

Exposons ces faits en détail pour les résumer et les discuter ensuite.

Obs. I. — (ABERCROMBIE. *Trans. of the medico-chir. Soc. of Edimb. Revue méd.*, 1824, t. 3).

Un individu avait eu à 10 ans une rougeole grave, qui avait laissé après elle une toux opiniâtre avec crachement purulent. Cet état persista longtemps et amena des hémoptysies. Le malade prit très peu d'accroissement à l'âge de la puberté. On s'était assuré à plusieurs reprises que son cœur battait à droite. Il mourut à l'âge de 21 ans d'une maladie cérébrale.

*Nécropsie.* — A l'ouverture du thorax, on trouva le poumon gauche tellement augmenté de volume qu'il remplissait à lui seul les  $\frac{3}{4}$  de la cavité pectorale. Il présentait à son sommet un petit tubercule solide ; tout le reste était sain. A la droite de ce poumon, on trouva le cœur tellement situé qu'il était en contact avec les côtes du côté droit ; derrière le cœur et presque entièrement caché par lui, se trouvait le reste du poumon droit, qui probablement avait été détruit par la suppuration. C'était une masse brune, charnue, semblable à la substance de la rate ; elle avait quatre à cinq pouces de long environ, trois de large, un tiers d'épaisseur. A l'intérieur, on trouva une suite de petits abcès communiquant librement entre-eux et avec la trachée-artère. On rencontra quatre abcès dans la substance cérébrale.

Cette observation, la première en date d'ailleurs, nous montre les grandes lignes de la question.

Un adulte, atteint d'une maladie chronique du poumon, a le cœur qui bat à droite. A l'autopsie le cœur est

déplacé à droite; le poumon gauche volumineux, le poumon droit sclérosé et rétracté. La maladie causale semble être la tuberculose : les abcès du poumon étant des cavernes et ceux du cerveau des tubercules caséux qui amenèrent la mort.

Connaissant ces grandes lignes, les observations suivantes de plus en plus complexes à mesure qu'elles sont plus récentes, nous paraîtront simples.

OBS. II. — (GNITRAC. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1843).

Le comte de P. . . , 34 ans, petite taille, maigre, faible constitution, beaucoup d'activité, avait été atteint à plusieurs reprises de pneumonie. Ces phlegmasies n'avaient jamais été complètement guéries; la respiration restant un peu gênée, la toux presque habituelle et sèche; il y avait par temps une expectoration muqueuse, abondante; point de fièvre. Pendant l'année 1836, il y eut une recrudescence de l'irritation pulmonaire. M. de P. . . était alors dans le département du Gers. Lorsqu'il fut convalescent il alla prendre les eaux de Castéra-Verduzan et s'en trouva bien. A Bordeaux, l'hiver suivant, sa santé parut s'altérer notablement. Au mois de mars, il fut atteint de la grippe qui régnait dans la ville. Cette affection fut intense, mais de courte durée. Le 1<sup>er</sup> avril, se sentant bien et désireux de respirer l'air extérieur dont il venait d'être privé, M. de P. . . sortit plusieurs fois dans la même journée. Le soir même il fut pris d'une hémoptysie très abondante. Cette hémorragie se répéta deux ou trois fois par jour, puis une fois; enfin le 7<sup>e</sup> ou 8<sup>e</sup> jour, elle diminua notablement et cessa. Mais la fièvre, la toux, l'expectoration purulente et tous les indices d'une lésion grave du parenchyme pulmonaire firent des progrès tels que le pronostic fut extrêmement grave.

Pendant cette maladie, à plusieurs reprises, le thorax fut examiné, percuté, ausculté, et le cœur parut battre non à sa place ordinaire; mais à droite du sternum. Le malade dit avoir remarqué cette disposition depuis longtemps. Le côté gauche de la poitrine résonnait bien, le murmure respiratoire y était très prononcé, tandis qu'à droite, ces phénomènes étaient très obscurs. Pas de pectoriloquie

bien évidente ni à droite ni à gauche. La phtisie suit sa marche. Mort le 12 juin suivant.

*Nécropsie.* — Le poumon gauche très ample, sans adhérences aux parois thoraciques, occupe non seulement le côté gauche, mais s'étend derrière le sternum et parvient jusqu'au côté droit. Ce poumon est en partie sain, et en partie parsemé de tubercules de 3 à 4 millimètres de diamètre, arrondis, isolés, ou agglomérés ; quelques-uns plus volumineux contiennent un peu de pus. Le poumon droit est très petit, aplati, réduit à environ 6 centimètres d'épaisseur, appliqué contre la paroi correspondante du thorax à laquelle il adhère fortement. Il est creusé de cavités provenant de la fonte des tubercules ; elles sont fort étroites, remplies de matière purulente ; l'une d'elles contient une substance solide paraissant être un caillot de sang, décoloré, ramolli, comme macéré ; il est accolé et même un peu adhérent aux parois de la cavité qui le renferme. Ce poumon est d'un tissu dense, compact, d'une couleur rougeâtre ; il paraît être malade depuis longtemps. Il n'est pas véritablement atrophié, car il est dense, consistant et il est probable que pesé comparativement avec un autre poumon du même côté, il n'eût pas offert un poids moindre. Mais les vésicules sont affaissées, absolument privées d'air et par conséquent, le volume total de l'organe est extrêmement réduit. Le cœur, par suite de cette inégalité si marquée de volume des deux poumons, n'est pas situé derrière le sternum, mais bien derrière les cartilages costaux droits. D'ailleurs il est sain et a à peu près une direction normale. Les viscères abdominaux ne présentent rien d'anormal et de notable.

En résumé, à la suite de pneumonies répétées se développe chez ce malade une tuberculose pulmonaire chronique. On remarque que le cœur bat à droite : fait depuis longtemps déjà observé par le malade. Le poumon droit résonne et respire mal. Le poumon gauche est normal. A l'autopsie le poumon gauche en partie tuberculeux, volumineux par suppléance, parvient jusqu'au côté droit. Le poumon droit tuberculeux, petit, sclérosé, est rétracté contre la paroi du thorax à laquelle il adhère fortement.

Le cœur a sa direction normale et est porté à droite. Les autres organes sont en place et normaux. Pas d'épanchement pleural. Un caillot de sang dans une cavité atteste une hémorragie antérieure. Il n'y a pas de pectoriloquie au poumon droit, ce qui s'explique par l'affaiblissement des cavernes remplies de pus.

OBS. III. — (MOUTARD-MARTIN *Soc. médicale des hôpitaux*, séances du 15 janvier et du 2 avril 1897).

D... , Albert, 23 ans, serrurier, entre à l'hôpital de la Charité le 14 décembre 1896, salle Louis, n° 23.

*Antécédents personnels.* — En décembre 1890, en pleine santé, à la suite d'un travail pénible, il eut dans la journée plusieurs frissons, un point de côté à droite au niveau du mamelon, fièvre, perte d'appétit; mais il n'a pas interrompu son travail, n'est pas entré à l'hôpital.

En 1891 (21 mai) première hémoptysie non accompagnée de toux. Il va à la consultation à Necker; faute de place, on le renvoie au bureau central, puis à Cochin. Il y séjourne trois mois, et pendant les douze premiers jours, il aurait eu plusieurs fois par jour des hémoptysies.

Diagnostic : Tuberculose pulmonaire. Traitement : créosote.

Plus tard, il entre dans le service de M. Desnos, y séjourne quatre mois et retourne chez lui. Il est pris en ville d'un point de côté à la base du thorax, à droite, et on lui conseille l'application d'un vésicatoire. En 1891 (décembre), il entre à St-Antoine, chez M. Tapret. Suralimentation pendant six mois. A ce moment, il se plaignait de violentes douleurs thoraciques à droite et toussait beaucoup. En 1892 (5 octobre), après avoir repris son travail pendant quelque temps, il revient dans le service de M. Tapret. A ce moment se place un long séjour à l'hôpital St-Antoine où le malade est employé au laboratoire tantôt chez M. Tapret, tantôt chez M. Hanot. On constate alors, et il constate lui-même, la présence de bacilles dans ses crachats. Pendant ce long séjour, le traitement fut : suralimentation et créosote. Il signale deux hémoptysies.

En 1894 (mai) il quitte l'hôpital St-Antoine, est réformé au con-

seil de révision et entre à l'hôpital Broussais chez M. Barth. En 1895, il est encore au mois d'avril chez M. Barth. Une otite moyenne suppurée se déclare, pour laquelle le D<sup>r</sup> Chatellier lui fit la trépanation de l'apophyse mastoïde. Presque en même temps, se manifesta une sinusite maxillaire consécutive à l'ablation de la première grosse molaire gauche. Il rentre à Broussais, dans le même service, douze jours après l'opération et y présenta pendant deux jours de suite une abondante hémoptysie. A cette époque, il éprouva des battements dans le côté droit, les signala à l'interne sans en parler à M. Barth. On ne paraît pas y avoir attaché d'importance à ce moment. Il quitte Broussais en 1895. En 1896 (juillet), il est reçu dans le service de M. Bouchard alors suppléé et son suppléant diagnostique une ectopie cardiaque. En octobre 1896, il rentre à la Charité, dans le service de Constantin Paul. Là on diagnostique un anévrysme de la crosse de l'aorte. Il retourne voir M. Barth après un court séjour à la Charité. Celui-ci aurait constaté à ce moment une ectopie cardiaque. Alors, en décembre, il entre salle Louis, à la Charité.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort d'une tumeur du médiastin, sept ans après avoir reçu un coup de couteau dans la région costale gauche au voisinage de la pointe du cœur. Mère bien portante, deux sœurs également. Une sœur morte à 3 ans, de méningite.

*Antécédents personnels.* — Sauf une scarlatine à 3 ans, il n'a eu aucune maladie avant 1880. Pas de syphilis. Depuis longtemps, il ressent des douleurs au côté droit du thorax et à la région mamelonnaire; il éprouve une sensation de constriction dans la région sous-clavi culaire droite. La douleur s'irradie légèrement dans le bras droit, dans la nuque et au niveau des insertions diaphragmatiques. La percussion et la pression, la toux, l'éternuement, en augmentent l'intensité.

*Examen.* — Le malade est amaigri, décoloré, il tousse un peu, mais ne crache pour ainsi dire pas. A l'inspection en avant, le thorax est aplati à droite, affaissé surtout dans sa partie supérieure au niveau des trois premiers espaces intercostaux, sur la partie latérale. Au niveau du deuxième espace intercostal droit, on voit un soulèvement qui paraît isochrone aux battements du cœur. Les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> côtes font une saillie légère par rapport à la région située au-dessus d'elle, qui est aplatie.

A la palpation, on constate que le deuxième battement s'accompagne d'un thrill. Cette même pulsation, mais sans thrill et plus

faible, peut encore être perçue dans le 3<sup>e</sup> espace intercostal. A gauche, au siège normal des battements de la pointe du cœur on ne relève aucun battement. En arrière, on constate à droite, une saillie un peu exagérée de l'angle postérieur des côtes et de l'omoplate. Dans l'intervalle des reliefs, il semble y avoir un certain degré d'affaissement. Rien de notable à gauche. D'aucun côté, les vibrations thoraciques ne paraissent sensiblement modifiées.

A la percussion en avant et à droite, il existe une matité complète, depuis la clavicule jusqu'au bord des fausses côtes. Malgré la percussion la plus minutieuse, il est impossible de différencier la matité sous-claviculaire et hépatique. Sonorité normale au-dessous des fausses côtes. A gauche sonorité normale; pas de matité précordiale; conservation de l'espace de Traube; pas de matité à ce niveau pouvant faire penser que le foie est situé à gauche. En arrière et à droite, matité d'autant plus marquée que l'on atteint la région de l'épine de l'omoplate, où elle présente son maximum. La région sus-épineuse est mate. En arrière et à gauche, la sonorité n'est pas altérée.

A l'auscultation, à droite, en arrière et dans toute la hauteur, respiration très affaiblie, surtout à la base, soufflante au niveau de l'épine de l'omoplate, presque caverneuse avec retentissement de la voix à ce niveau et pectoriloquie aphone (?). Du même côté en avant, respiration également très affaiblie. A gauche, en avant comme en arrière, respiration normale : notamment au sommet de ce côté, rien de particulier. La toux ne provoque en aucun point l'apparition, soit à droite, soit à gauche, de râles qui donneraient à penser à l'existence actuelle d'une cavité, notamment au point où en arrière et à droite se révèle une respiration si rude. L'auscultation du cœur que la matité générale du côté droit ne permet pas de délimiter, ne donne au siège normal de la pointe du cœur, à gauche, qu'une transmission lointaine et affaiblie des deux bruits du cœur. A droite, au contraire, exactement au niveau du 2<sup>e</sup> espace intercostal à 2 cent. environ du sternum, là où existe le double soulèvement, on perçoit le premier bruit, le souffle rude, le second bruit; le souffle rude se modifie par la suspension respiratoire et disparaît. Le souffle et le deuxième bruit se propagent vers les vaisseaux du cou, la clavicule droite et un peu la gauche, en somme dans toute la partie supérieure. Ni retard appréciable, ni inégalité des deux pouls radiaux. Impossible

de déterminer nettement les foyers d'auscultation des orifices tricuspidien et pulmonaire et même celui de la pointe.

L'examen radioscopique fait par M. Bouchard, à son entrée, montra alors qu'il tournait le dos, que toute l'étendue de la partie latérale gauche du thorax était transparente, autrement dit, là où normalement se trouve placée l'ombre qui révèle la présence du cœur, il n'y avait aucune ombre projetée ; au contraire, à droite et dans une région élevée on constatait de la 2<sup>e</sup> à la 5<sup>e</sup> côte environ, une ombre très marquée, allongée, arrondie, de 6 à 7 cent. de largeur séparée de la colonne vertébrale par une zone claire verticale. Le malade sorti du service le 15 janvier, y rentra le 2 mars. A sa rentrée, il présentait un essoufflement, une dyspnée et un affaiblissement beaucoup plus prononcés qu'au moment de son départ. Aucune modification pour ce qui est relatif au cœur et à son ectopie. L'auscultation des poumons montre : à droite et en avant, une respiration soufflante, tubaire ; du même côté, en arrière, un souffle caverneux dans tout le sommet et après la toux qui ne provoque en avant aucun phénomène particulier, des bruits intenses, humides, inégaux qui donnent la sensation du gargouillement. A gauche, en avant, on perçoit un souffle qui occupe la région sous-claviculaire, souffle assez fort, mais sans rudesse, qui s'accompagne de râles humides, apparaissant dans tout le sommet après la toux. De ce même côté, en arrière, la respiration est sensiblement normale. La température oscille du 2 mars au 5 entre 37,6 et 38,5. Donc, à ce moment, congestion pulmonaire du sommet gauche, probablement tuberculeuse en raison de la localisation et des antécédents. Au sommet droit, à son premier séjour, on avait conclu à l'absence de cavernes tuberculeuses et les symptômes actuels semblaient infirmer ce diagnostic. Le 12 mars apparaît à la base gauche un point de côté ; l'auscultation montre la persistance au sommet de ce côté, d'un souffle qui est devenu rude, mais ne s'accompagne pas de râles après la toux. L'expectoration est difficile à partir du 17. Le 26, la dyspnée est très accentuée et s'accompagne de cyanose. Le malade meurt le 27. La température qui avait oscillé du 5 au 25 entre 37,8 et 37,4 s'élevait à 38,5 le soir et variait jusqu'à la mort, entre 37,5 et 38. Aucune complication nouvelle ne rendait compte de l'ascension du 25 mars, et on avait avec surprise constaté l'apyrexie persistant du 5 au 25, malgré les lésions locales aiguës du sommet gauche.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du thorax, on voit que le cœur a été

simplement attiré à droite ainsi que les vaisseaux de la base, sans aucun mouvement de rotation ou de torsion : la pointe correspondant exactement au bord gauche du sternum au niveau du 4<sup>e</sup> espace intercostal. Volume normal. Le péricarde a contracté avec la plèvre pariétale droite quelques adhérences filamenteuses au niveau de la 3<sup>e</sup> côte. Le poumon droit est réduit au volume des deux poings ; le gauche, très augmenté de volume, recouvre la partie gauche du cœur dévié ; il est farci de noyaux de broncho-pneumonie nettement tuberculeuse, surtout au sommet, mais il en présente aussi dans toute sa hauteur et pèse 1,200 grammes. En essayant de décortiquer la plèvre pariétale, on constate que sauf en avant, la cavité a complètement disparu ; les deux feuilletts sont accolés et forment autour du poumon en arrière, sur le côté et en haut une coque épaisse de 2 centimètres environ sur une coupe. Sur la section, on constate une dilatation bronchique totale ; les tuyaux bronchiques indurés restent béants et saillants sur la coupe. Au sommet existent deux petites cavités qui ne sont pas d'une façon certaine tuberculeuses ; mais, à la base et sous la plèvre, on trouve une petite masse nettement tuberculeuse que la coupe a sectionnée. Diverses coupes parallèles présentent le même aspect. Le péricarde ne contient pas de liquide. Le cœur n'est altéré ni dans sa fibre, ni dans ses orifices. L'estomac présente un aspect particulier, il est allongé verticalement, descend jusqu'à la moitié de la distance entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et le pubis, puis il se coude et remonte obliquement, formant un angle de 45°, et le pylore se trouve situé près de l'ombilic, un peu au-dessus. Tout l'organe est dilaté et pourrait contenir plusieurs litres de liquide. Hémorragies sous-muqueuses et intra-muqueuses sans ulcération. Intestin sain, sans lésion tuberculeuse ; il est altéré seulement au niveau de l'appendice iléo-cœcal et sur sa surface postérieure ; il remonte verticalement sur une longueur de 10 centimètres et se coude pour redescendre à droite sur une longueur de 5 centimètres environ. Son orifice d'abouchement dans le cœcum et toute sa cavité jusqu'à sa pointe sont libres, perméables, sans matières, corps étrangers ou concrétions agglomérées. Son calibre est large et va en diminuant vers l'extrémité libre où la paroi, étalée après section, présente encore 1 centimètre de largeur. Dans l'épaisseur de la paroi se voient de petits abcès interstitiels aplatis, les uns ronds, les autres allongés, du volume d'une grosse lentille

à celui de 4 ou 5 réunies ; ils contiennent un pus épais, deux d'entre eux sont sectionnés. Les reins sont congestionnés. Poids : R. droit, 180 grammes ; R. gauche, 160 grammes. Les uretères ont une paroi un peu épaisse. Foie gros, normal ; poids : 1,910 grammes.

Jusqu'ici, les signes cliniques avaient été peu notés. Cette observation les détaille au contraire. En résumé, il s'agit d'un jeune homme de 23 ans qui, depuis 1890 jusqu'en 1896, fait des séjours répétés (9) dans les hôpitaux où l'on diagnostique une tuberculose pulmonaire chronique avec phases de recrudescence et d'amélioration. En 1895, à Broussais, il ressent pour la première fois des battements dans le côté droit. Dans différents services, on diagnostique alors, tantôt une ectopie, tantôt un anévrysme. Pas d'antécédents pathologiques.

Aplatissement du thorax à droite, voussure relative des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> côtes ; rien à signaler à gauche. Double pulsation dans les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> espaces droits avec thrill à la palpation. Rien à gauche.

Matité à droite en avant et en arrière, foie indistinct ; sonorité à gauche, même à la région précordiale. Respiration soufflante au niveau de l'épine de l'omoplate, presque caverneuse avec retentissement de la voix ; pas de râles ; respiration normale à gauche. Au 2<sup>e</sup> espace droit, on entend le 1<sup>er</sup> bruit du cœur, un souffle rude et le 2<sup>e</sup> bruit. Le souffle se modifie par la respiration. Pouls égaux.

A la suite d'une absence de l'hôpital, le malade rentre avec une congestion pulmonaire tuberculeuse du sommet gauche.

L'examen radioscopique montre le cœur à droite, mais sans indiquer la situation de la pointe. De plus, il existe

une zone claire séparant l'ombre cardiaque de la colonne vertébrale qui vient probablement de l'incidence oblique des rayons. A l'autopsie, le cœur est déplacé en masse à droite sans changement de son axe. Adhérences filamenteuses entre le péricarde et la plèvre. Poumon droit tuberculeux, scléreux, avec dilatations bronchiques ; feuillets pleuraux adhérents. Poumon gauche tuberculeux, emphysemateux. Foie et autres organes normaux.

La cause du déplacement est probablement ici une pleurésie tuberculeuse ancienne qui fut le point de départ de sa tuberculose. Enfin, remarquons que les dilatations bronchiques avaient fait faire, d'abord le diagnostic de cavernes, puis de pleurésie avec signes pseudo-cavitaires : ce qui indique la difficulté du diagnostic.

Obs. IV. — (LÉPINE. *Soc. médicale des hôpitaux*, séance du 26 mai 1899).

Il s'agit d'une femme de 40 ans, ayant eu un premier enfant vivant, puis deux fausses couches à 7 et à 8 mois. Mari mort de bronchite chronique ? Rhumatisme à 48 ans ; toujours bien portante ensuite. Il y a 9 ans, affaissement du nez qui présente le type en lorgnette de Fournier. Il y a 5 ans, maladie grave du côté droit de la poitrine, qualifiée pleurésie par le chef de service à l'Hôtel-Dieu. Depuis elle n'a cessé de tousser ; elle a eu des hémoptysies, des vomissements après la toux, de l'amaigrissement. Bien que la toux ait persisté sans interruption depuis cette époque, elle se portait bien l'été et pouvait travailler. La maladie progressant, elle a dû suspendre tout travail depuis 6 mois. Ses jambes sont récemment devenues enflées. A son entrée, énorme orthopnée, anasarque légère, albuminurie assez considérable. La poitrine est rétractée à droite ; ce côté est mat en avant et en arrière. En avant, on voit des mouvements ondulatoires, isochrones aux battements du pouls, dans les espaces intercostaux à droite du sternum. La palpation, la

percussion et l'auscultation démontrent que le cœur est tout entier à droite de la ligne médiane. Outre les deux bruits du cœur qui sont bien frappés, on perçoit nettement un léger bruit présystolique (galop). En haut, en arrière et latéralement, à droite, les vibrations vocales sont exagérées ; au sommet on entend un souffle caverneux avec gargouillement ; latéralement un souffle tubaire ; nulle part à droite on ne perçoit le murmure vésiculaire. A gauche, en avant, sonorité parfaite : à l'auscultation, râles muqueux. En arrière et à gauche matité assez étendue avec souffle tubaire. Crachats purulents abondants, renfermant le diplocoque de Talamon ; mais pas de bacille de Koch. Un peu de fièvre.

Diagnostic clinique : ancienne syphilis ; ancienne pleurésie droite avec rétraction du cœur à droite ; cavités au sommet droit ; pneumonie gauche. Mort la nuit suivante ; l'autopsie a pleinement confirmé le diagnostic. On a trouvé le cœur beaucoup moins à droite que pendant la vie, par suite de l'affaissement du poumon gauche post-mortem. Il avait conservé son obliquité naturelle et se trouvait seulement plus à droite qu'à l'état normal. Le poumon gauche est d'ailleurs volumineux et il présente en arrière une hépatisation d'un volume supérieur à celui de deux poings ; poids : 1,050 gr. Le poumon droit est réduit à un très petit volume ; il est intimement uni à la paroi thoracique par des adhérences excessivement dures et épaisses de plus de 1 centimètre qu'on est obligé de sculpter pour extraire le poumon. Au sommet de ce dernier, on trouve deux points crétacés et deux cavités du volume d'une noix, à parois parfaitement lisses qui communiquent largement avec les bronches très dilatées. Ces cavités ne sont que des dilatations des extrémités bronchiques. Une coupe transversale du hile à la périphérie du poumon, décèle de plus l'existence de grandes travées fibreuses entourant les bronches. Le cœur renferme des caillots agoniques ; le myocarde est sain. Les reins sont très gros, du poids de 280 gr. et 260 gr. La substance corticale, épaisse, de couleur jaunâtre, pâle, paraît au premier abord atteinte de dégénération amyloïde ; mais la réaction de l'iode fait défaut.

Cette observation et les suivantes sont calquées sur la précédente. Nous les résumerons donc brièvement en n'indiquant que les points différents.

En résumé, après une syphilis et à la suite d'une pleu-

résie, une malade présente les symptômes d'une lésion destructive grave du parenchyme pulmonaire et d'une inflammation rénale.

La poitrine est rétractée à droite. Les battements du cœur s'observent à droite. Au sommet droit, excavations; au côté gauche, souffle tubaire. A l'autopsie, le cœur est déplacé à droite sans changement de direction de son axe.

Le poumon droit est sclérosé, adhérent à la paroi thoracique et contient des dilatations bronchiques.

Poumon gauche volumineux, hépatisé.

Reins dégénérés.

Obs. V. — (GARNIER. *Presse médicale*, 12 juillet 1899).

M. Auguste, manoeuvre, 50 ans, entre le 10 mars 1898 à l'hôpital de Nancy, salle IX, n° 11. Il a fait son service militaire pendant la guerre; prisonnier, il aurait été maltraité par les Allemands; à la figure, il a les cicatrices des coups de sabre reçus; aucune maladie à ce moment. Un peu plus tard, il a eu, dit-il, une fluxion de poitrine avec point de côté persistant; il ne se rappelle plus de quel côté. Depuis, c'est-à-dire environ 20 ans, il tousse, crache beaucoup, surtout le matin et s'essouffle facilement. Il a des habitudes alcooliques. Actuellement indisposé depuis cinq jours. Le premier jour, il a dû arrêter son travail à huit heures du matin à cause de faiblesse, essoufflement, malaise général. La veille, il avait passé sa journée à boire et avait eu pendant la nuit plusieurs frissons et un point douloureux au côté gauche. Le lendemain le point ayant augmenté, il s'alite. Apparaît alors de la diarrhée (plusieurs selles liquides par jour), avec perte de l'appétit. Il tousse et crache beaucoup, grelotte dans son lit. Hier, application de ventouses sèches. Disparition des points douloureux. Entre à l'hôpital pour l'oppression persistante.

*Etat actuel.* — Constitution moyenne, tempérament sanguin; face rouge et vultueuse; temporales sinueuses. Sur la figure et le thorax, cicatrices attribuées aux coups de sabre ou de couteau. Assis, son épaule gauche paraît plus haute que la droite, qui semble

un peu affaissée. Les reliefs musculaires sont moins nets du côté droit. Pas de scoliose notable. Il porte d'habitude les fardeaux sur l'épaule gauche qui est plus forte.

Température	10 heures, soir, 39°	Pouls = 106.
	11 heures, matin, 37°,8	Id. = 112.

Pouls irrégulier, inégal, dépressible.

Respiration = 24, calme, costo-abdominale.

Le côté gauche se soulève plus que le droit. Les creux sus et sous-claviculaires sont peu marqués; le côté gauche du thorax est bombé. Crachats verdâtres, séro-spumeux, d'aspect gommeux.

A la percussion = en avant : son ample, profond, tympanique sous la clavicule gauche se continuant jusqu'au 4<sup>e</sup> espace. A partir du 3<sup>e</sup>, son moins ample, moins tympanique surtout vers l'aisselle. Au 7<sup>e</sup> espace, sonorité stomacale jusqu'à l'ombilic. A droite, sous la clavicule, son clair moindre qu'à gauche, surtout moins ample, un peu métallique. Aux 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> espaces, son clair, moins ample; au 4<sup>e</sup> espace, submatité, surtout vers la partie externe; au-dessous, matité complète jusqu'au rebord costal. A l'aisselle droite, matité aux 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> espaces.

La pointe du cœur ne se sent pas du côté gauche; vers l'épigastre on commence à sentir la pulsation cardiaque qui a son maximum à droite, vers l'aisselle, au 5<sup>e</sup> espace à un travers de doigt en avant du rebord axillaire antérieur, un peu au-dessous d'une ligne horizontale passant par le mamelon.

A l'auscultation : respiration nette en avant, humée et faible à partir du 4<sup>e</sup> espace à droite. A gauche, respiration nette dans toute la hauteur. Les bruits du cœur s'entendent au maximum à droite un peu en dedans et au-dessous du mamelon. Le second bruit a son maximum plus en dehors; les bruits sont un peu lointains, sans souffle.

En arrière à la percussion : matité dans toute la fosse sus-épineuse droite, surtout à sa partie externe et au-dessous; matité complète jusqu'à la base. A gauche, sonorité dans la fosse sus-épineuse et sous-épineuse où elle va en diminuant vers la base. Submatité dans les quatre derniers espaces. Légère sonorité à la partie supérieure de l'espace interscapulaire.

A l'auscultation : respiration soufflée dans la fosse sus-épineuse et sous-épineuse. Souffle en O jusqu'à la base; aucun râle. Bronchophonie; vibrations normales à l'aisselle droite; même souffle,

plus lointain, sans râles. A gauche, au sommet, respiration soufflée, ainsi que dans la fosse sous-épineuse. Le souffle est moins intense qu'à droite et à timbre plus élevé. Il se continue vers l'aisselle. A la base, respiration soufflée avec bouffées de râles sous-crépitaux; bronchophonie. La langue est blanche, le malade a perdu l'appétit. Digestions bonnes malgré un peu de dilatation d'estomac; pituites matinales; diarrhée depuis 5 jours; foie et rate normaux. Urines peu abondantes, foncées en couleur, troubles et déposant beaucoup. Léger louche albumineux. Le malade dort peu, est agité, rêve souvent; un peu de tremblement alcoolique; céphalée au début qui a cessé actuellement.

Traitement. — Extrait thébaïque, ventouses sèches.

Diagnostic. — Pneumonie grippale du lobe inférieur et moyen avec congestion de la base gauche. Quant à la dextrocardie, on hésitait entre un déplacement congénital et un refoulement consécutif à une affection antérieure. On décida de faire radiographier le malade dès qu'il serait mieux. Le soir, à 6 heures, agitation, respiration accélérée, un peu de délire. Température 38°,2. Puls = 100, très petit, dépressible. Face cyanosée. Caféine; mort par asphyxie pendant la nuit.

AUTOPSIE. — A l'ouverture, pas de lame pulmonaire à droite. Tout ce côté du thorax est occupé par le cœur revêtu de son péricarde; la pointe, tournée à gauche, en bas et en avant, correspond à la partie inférieure du sternum. Le poumon gauche très développé, empiète fortement sur la partie droite et recouvre en partie le bord gauche du cœur et sa base. Il est limité à droite, par une ligne oblique de haut en bas et de droite à gauche dont la partie supérieure correspond environ au tiers externe de la clavicule droite, l'extrémité inférieure se trouvant un peu à gauche du bord sternal. La partie supérieure de cette lame pulmonaire est très emphysémateuse et s'affaisse sous le doigt; la partie inférieure est d'un rouge violacé, congestionnée et dure. Il existe des adhérences entre les deux feuillets de la plèvre, surtout vers la base, sans trace d'exsudat. Le péricarde incisé, on constate que l'oreillette droite est en contact avec la paroi thoracique, ainsi que l'origine de l'aorte, et toutes deux correspondent à l'endroit où on avait senti sur le vivant un choc que l'on avait pris pour celui de la pointe, c'est-à-dire au niveau du 5<sup>e</sup> espace en regard du rebord axillaire antérieur. Le cœur est presque horizontal et son grand axe est beaucoup plus incliné à droite que normalement. Le poumon gauche est très aug-

menté de volume et mesure au lobe inférieur environ 25 centimètres de hauteur sur 16 de largeur et 10 d'épaisseur antéro-postérieure. Tout ce lobe est hépatisé (zone rouge et grise commençante). La partie supérieure est emphysémateuse, sèche à la coupe ; pas de tubercules. Trachée complètement déviée à droite de la colonne vertébrale à sa partie inférieure. La bronche primitive droite est moins volumineuse que la gauche. La crosse de l'aorte est légèrement abaissée, sa courbure est moindre qu'à l'état normal : elle s'est déroulée pour suivre le mouvement du cœur vers la droite et paraît allongée. L'aorte thoracique, dans sa portion supérieure est oblique de haut en bas et de droite à gauche sur un trajet assez long. La carotide primitive gauche et la sous-clavière sont très obliques en haut et à gauche dans leur trajet intra-thoracique. Le poumon droit, appendu à une bronche diminuée de calibre est complètement atrophié et sclérosé. Il mesure 11 centimètres de haut, 7 de large, 3 d'épaisseur. Son tissu est fortement fibreux ; quelques bronches béantes ; pas d'alvéoles ni de vaisseaux importants. La plèvre épaissie, fait corps avec le pédicule pulmonaire (1/2 centimètre d'épaisseur). Le thorax vidé est asymétrique, et la distance du milieu de la colonne vertébrale à la partie la plus distale de la 4<sup>e</sup> côte est 18 cent. 1/2 à gauche, 13 centimètres à droite. Légère scoliose à concavité droite occupant les 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> vertèbres dorsales : les 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> forment une légère concavité tournée à gauche.

Les muscles thoraciques sont un peu moins développés à droite qu'à gauche. Volume du cœur normal (11 sur 11). Pas de lésions valvulaires ni d'altérations du myocarde. Quelques plaques d'athérome sur l'aorte thoracique inférieure. Foie et rate normaux. Reins congestionnés avec capsule adhérente par places.

Il s'agit donc d'un homme âgé de 50 ans, ayant eu une fluxion de poitrine qui a laissé après elle de la toux, de l'expectoration et de l'essoufflement. Depuis 5 jours, il est atteint d'une maladie aigüe thoracique.

A l'examen : aplatissement du côté droit, abaissement de l'épaule.

En avant, matité à droite à partir du 4<sup>e</sup> espace. Sonorité à gauche.

En arrière, matité à droite.

A gauche, submatité à la base.

Diminution de la respiration en avant, à la partie inférieure. On entend et sent la pulsation cardiaque dans le 5<sup>e</sup> espace intercostal.

En arrière, souffle des deux côtés, avec râles.

A l'autopsie : cœur déplacé à droite mais normal comme direction.

Poumon gauche volumineux, lobe inférieur hépatisé ; l'oreillette droite et l'aorte correspondent à l'endroit du choc.

Poumon droit sclérosé, adhérent, sans languette pulmonaire antérieure.

La fluxion de poitrine était probablement une pleurésie qui a causé tous les accidents.

Obs. VI. — (*Personnelle*. Service de M. le Dr BÉCLÈRE).

S... Clémence, 22 ans, domestique, entrée le 27 janvier 1900 à l'hôpital St-Antoine, salle Grisolle.

*Antécédents héréditaires* : mère morte tuberculeuse à 39 ans, malade pendant 5 ou 6 ans et soignée par sa fille pendant toute sa maladie. Deux frères et deux sœurs de sa mère morts de la poitrine. Père bien portant, 40 ans ; ne tousse pas. Un frère, 9 ans, bien portant, mais faible. A eu une petite fille morte à 2 mois (?)

*Antécédents personnels*. — Faible dans son enfance ; mais pas de maladie ; pas de scrofule ; jamais d'angine. Vient à Paris à 12 ans. Chaque hiver elle toussait, crachait quelquefois quelques filets de sang ; pas de troubles digestifs. Reste jusqu'à 19 ans sans soins. A ce moment apparaissent l'oppression, la fatigue, la fièvre. Un médecin consulté plusieurs fois lui ordonne à chaque visite une potion. Après plusieurs améliorations et recrudescences plus graves, elle est obligée, à 22 ans, d'abandonner son travail. Elle souffre alors de toux, d'expectoration abondante, d'oppression, de fièvre. Un médecin appelé, diagnostique une pleurésie droite ; la malade se

soigne chez elle pendant plusieurs mois: Allant mieux, elle par dans le Haut-Rhin où elle s'améliore; revient à Paris où elle retombe bientôt et entre à l'hôpital où elle se plaint de toux, d'oppression, de fièvre, de manque d'appétit; expectoration abondante.

*Examen physique.* — Constitution faible, pâleur et amaigrissement très marqués; cheveux blonds. A l'inspection, léger aplatissement du thorax du côté droit qui se dilate moins à l'inspiration que le gauche. Toux très fréquente; expectoration abondante mucopurulente; dyspnée marquée; fièvre le soir vers  $38^{\circ},4$  qui descend le matin à  $37^{\circ},6$ ; sueurs nocturnes abondantes. En arrière, submatité dans les fosses sus et sous-épineuse droite; matité complète à la base. A gauche, submatité dans la fosse sus-épineuse, sonorité au-dessous jusqu'à la base. En avant, matité à droite depuis le bord du sternum jusqu'à l'aisselle où la matité se continue avec celle du poumon et de la clavicule, jusqu'au foie dont la matité est impossible à délimiter. En avant, à gauche, sonorité exagérée même à la région précordiale ordinaire.

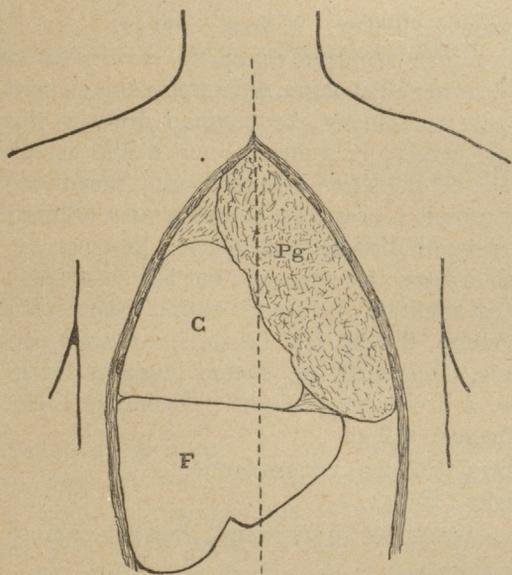
*Auscultation.* — A gauche, en arrière au sommet, inspiration forte, expiration rude et prolongée; pas de râles; pas de retentissement à la toux; à la base, respiration forte et rude. A droite, en arrière à la base, pas de murmure respiratoire; à la partie moyenne, souffle tubaire; bronchophonie; augmentation des vibrations. Au sommet, souffles caverneux, râles caverneux, gargouillement. En avant, à droite, souffle caverneux et râles caverneux; à gauche, respiration forte et rude même à la région précordiale; pas de râles. L'espace de Traube est sonore. Pas de voussure thoracique limitée à gauche à la région précordiale; le côté gauche est entièrement globuleux. On n'y voit aucun battement du cœur; pas de matité, pas de perception de bruits du cœur à gauche. A droite, au contraire, on voit le cœur battre à 3 cent. du mamelon droit et un peu à gauche. La palpation fait sentir à cet endroit une pulsation sensible sur une assez large étendue, mais dont le maximum est dans le 2<sup>e</sup> espace intercostal droit, à 5 cent. du bord droit du sternum. La percussion ne permet pas de délimiter le cœur, le côté droit étant entièrement mat. Cette matité cesse du côté gauche au niveau du bord gauche du sternum, et la sonorité thoracique antérieure gauche se continue directement avec la sonorité de l'espace de Traube. Les bruits du cœur sont entendus à droite avec maximum au 2<sup>e</sup> espace et propagation dans tous les sens en s'affaiblissant. Le

2<sup>e</sup> bruit est entendu plus nettement au niveau du 2<sup>e</sup> espace que le premier bruit; les bruits sont nets sans souffles. Appétit moyen, digestion assez bonne, mais diarrhée depuis 4 à 5 jours; langue blanche; pas d'ulcérations pharyngées; légère douleur abdominale à la pression; pas d'ascite, pas de gâteaux péritonéaux. Matité du foie à droite jusqu'au rebord des fausses côtes, sonorité à gauche; foie non volumineux, non douloureux. Rate normale. Urines normales, abondantes, pas d'albumine, pas d'œdème des jambes. Pas de déviation de la colonne vertébrale. On porte le diagnostic de tuberculose pulmonaire, surtout marquée à droite. Traitement. — Huile de foie de morue; viande crue; potion calmante.

Pour juger les battements du cœur à droite on fait la radioscopie et la radiographie. A la radioscopie, toute la partie gauche du thorax est transparente à l'exception du sommet qui est assez fortement tacheté. L'espace de Traube est transparent; la région précordiale normale est également transparente; le diaphragme fonctionne normalement et le sinus costo-diaphragmatique se montre transparent à chaque inspiration. La partie droite du thorax est fortement ombrée avec des régions plus claires au voisinage du sommet indiquant la présence des cavernes. Le diaphragme est horizontal, presque immobile sans sinus costo-diaphragmatique. A la partie médiane on observe, mais très indistinctement, une ombre allongée, ovoïde, à petite extrémité en dehors du bord gauche du sternum, à grosse extrémité indistincte de l'ombre pulmonaire. Il est presque impossible de voir si elle est animée de battements, et si le 2<sup>e</sup> espace correspond à la partie supérieure de la grosse extrémité. C'est donc l'ombre du cœur à axe horizontal, mais déplacé vers la droite parallèlement à lui-même et dont la base produit les battements observés cliniquement. L'ombre des gros vaisseaux est normale. Le diagnostic le plus probable est alors dextrocardie consécutive à la sclérose pulmonaire droite. La maladie progresse, l'amaigrissement et l'affaiblissement s'accroissent; les lésions deviennent plus profondes; le cœur n'a pas changé de place; le malade meurt le 14 mai.

AUTOPSIE. — Pas de rétraction thoracique, pas de voussure précordiale. Après avoir enlevé le sternum et les cartilages costaux qui y touchent on aperçoit le cœur revêtu de son péricarde entre les deux poumons. La languette pulmonaire gauche antérieure est

très développée et recouvre le cœur jusqu'à la ligne médiane qu'elle déborde même en haut. La languette pulmonaire droite est absente, et dans toute la partie droite, le cœur est en rapport avec la paroi : le 2<sup>e</sup> espace, point des battements, correspond à l'oreillette droite. Le cœur a conservé son axe normal. La ligne médiane, après avoir coupé la partie supérieure de la languette pulmonaire gauche, laisse plus bas à gauche un petit triangle de 3 cent.  $\frac{1}{2}$  de



Pg. Poumon gauche. — C. Cœur. — F. Foie.

développement latéral, et à droite, au contraire, 7 centimètres de région cardiaque latéralement. Sur le cœur, la ligne médiane laisse à droite les gros vaisseaux de la base et suit le sillon de l'artère coronaire antérieure. En essayant d'enlever les organes on constate que le poumon gauche est libre d'adhérences à la partie moyenne ; le poumon droit, au contraire, est adhérent complètement, en dehors à la paroi, en dedans au péricarde. On ne parvient à l'enlever qu'en décollant la plèvre pariétale et en détachant les adhérences péricardiques à coups de ciseaux. Le poumon gauche est volumineux, le droit petit.

Hauteur verticale	}	gauche : 48 centimètres.
		droit : 46 —
Longueur bord externe	}	gauche : 25 —
		droit : 21 —
Largeur à la partie moyenne	}	gauche : 15 —
		droit : 9 —

La largeur est donc la dimension qui a le plus diminué ; les poids sont cependant assez peu différents, contrairement à ce qu'on aurait cru.

Poids : P. gauche : 610 gr. ; P. droit : 550 gr.

Le poumon gauche renferme une petite caverne au sommet, des granulations dans toute l'étendue, de l'emphysème au bord antérieur. Plèvre adhérente au sommet. Le poumon droit est dur, fibreux, présentant des cavités ; au sommet l'une d'elles est énorme et a 5 à 6 centimètres de diamètre ; à la partie moyenne on en trouve une presque aussi grosse. Le reste est complètement induré et parsemé de petites cavités de diverses dimensions. Le cœur est sain dans son tissu et ses orifices ; les vaisseaux ont leur disposition normale ; la veine-cave est verticale ; l'aorte est petite, 4 cent. 1/2 à l'origine ; l'artère pulmonaire, 6 cent. 1/2. La valvule mitrale cependant est un peu indurée. Cœur : 210 gr. Taches laiteuses sur le péricarde viscéral. Foie, à droite congestionné, dégénéré, 1,500 gr. ; rate, à gauche diffluite, 210 gr.

Rein } droit : 260 gr. ; congestionné.  
gauche : 250 gr.

Rien au tube digestif, ni au péritoine ; rien aux organes génitaux.

Il s'agit donc ici d'une jeune fille de 22 ans, avec antécédents tuberculeux, qui présente, dès 12 ans, des symptômes de tuberculose. Elle fait une pleurésie droite ; s'amaigrit, toussé et crache et entre à St-Antoine. Même aspect que dans les précédentes observations. Aplatissement du côté droit. Toux, dyspnée, expectoration abondante, fièvre 38°.

Matité à droite, en avant et en arrière.

Sonorité en avant, à gauche.

Submatité complète de la fosse sus-épineuse.

A droite, diminution du murmure respiratoire, souffle caverneux, gargouillements.

A gauche, respiration exagérée.

A gauche, pas de matité cardiaque.

A droite, le cœur est perçu et entendu dans le 2<sup>e</sup> espace intercostal.

La radioscopie montre surtout l'ombre pulmonaire droite sans ombre cardiaque à gauche.

A l'autopsie le cœur est déplacé à droite; mais normal quant à son axe; recouvert par la languette antérieure du poumon gauche volumineux.

Le poumon droit est rétracté et adhérent à la paroi et au péricarde.

Obs. VII. -- (COCHEZ, *Gazette des Hôpitaux*, 4 mai 1887).

X... , étudiant en médecine, 23 ans, malade depuis 3 ans. Aurait eu une broncho-pneumonie vers l'âge de 8 ans; jamais de pleurésie, pas plus à droite qu'à gauche. Le début de sa maladie actuelle: tuberculose cavitaire à droite, aurait été insidieux, progressif. M. Beclère, son chef de service, l'envoya à Alger à la fin de l'année 1894. A son arrivée, on constate de nombreux craquements dans le tiers supérieur droit; rien de particulier à gauche; rien ne retient l'attention du côté du cœur normalement ausculté. Le malade retourne en France après la saison d'hiver sans amélioration de son état. Quelques mois après son retour dans sa famille, en juillet 1895, accident aigu du côté de la poitrine, caractérisé par une hémoptysie et une fièvre continue atteignant plusieurs fois 41°. Cet état dure un mois environ et fait place à une fièvre sub-continue. Toux fréquente et expectoration abondante, X... a aucun moment n'aurait ressenti de douleurs vives du côté de la poitrine. En août 1895, écoulement purulent d'une oreille; en octobre 1895, X... part pour le Vernet où il séjourne jusqu'en juin 1896. Le Dr Sabourin le soigne pour une tuberculose du côté droit et parle d'adhérences pleurales de ce côté. L'état reste stationnaire sauf une

laryngite qui fait son apparition en mai. En juin, départ pour Leysin. Là, les médecins constatent à l'arrivée, une matité complète dans le côté droit de la poitrine, avec diminution des vibrations ; pas d'égophonie. Ils pensent à l'existence d'un épanchement pleurétique et font une ponction exploratrice qui ne donne pas de liquide. Ils déclarent que le côté gauche est en bon état. L'expectoration muco-purulente n'a fait qu'augmenter depuis le début de la maladie ; elle est actuellement très abondante. Rien de saillant pendant le séjour à Leysin, le malade est aphone, sa suppuration de l'oreille persiste, ses digestions sont laborieuses, sa température vespérale oscille autour de 38°. Plusieurs fois la nuit, en se couchant sur le côté droit, il a cru sentir des battements de ce côté ; mais il n'a pas prêté autrement attention à ces battements. Le jour de son départ, l'assistant qui l'examine, remarque que le cœur bat à droite, alors que 8 jours auparavant, l'examen habituel n'avait rien révélé d'extraordinaire. Séjour à Vincennes jusqu'à fin octobre 1896, époque du départ pour Alger. A son arrivée, il présente tous les signes d'un ramollissement tuberculeux dans toute la hauteur du poumon droit ; rien de saillant dans le poumon gauche qui est le siège d'une respiration puérile. Le cœur est à droite du sternum, le maximum des bruits s'étendant vers la partie moyenne de l'horizontale qui relie le mamelon droit au sternum. En mai, il présente les signes suivants. Inspection : Amaigrissement des masses musculaires en général ; aplatissement du côté droit en avant au niveau des premiers espaces intercostaux et sous le mamelon. Epaule droite plus basse que la gauche ; épine de l'omoplate plus saillante à droite. Côté gauche plus globuleux, présentant à chaque mouvement une ampliation plus étendue que le côté droit ; en arrière et à droite, affaissement marqué des espaces intercostaux à l'inspiration. La palpation bi-manuelle des deux côtés indique un développement plus marqué à gauche ; pourtant la mensuration du périmètre thoracique ne donne qu'un demi-centimètre en plus pour le côté gauche. A la percussion, matité à droite, en avant et de haut en bas. Il est facile pourtant de délimiter le foie dont la matité est plus forte et commence à trois travers de doigt au-dessous du mamelon pour s'étendre jusqu'au rebord des fausses côtes. A gauche, sonorité qui paraît plus marquée qu'à l'état normal ; sonorité quasi-skodique dans la région où existe normalement le cœur ; espace de Traube conservé. A l'auscultation : à droite,

gargouillement et souffles caverneux en haut ; râles bulleux dans toute la hauteur, mais respiration affaiblie à la base en arrière. A gauche, respiration puérile surtout en bas ; quelques râles sibilants à la partie moyenne. On perçoit un choc très net à chaque systole cardiaque dans les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> espaces intercostaux, à droite, vers le milieu de la ligne sterno-mammaire. Ce choc est nettement perçu par la main, surtout dans le 4<sup>e</sup> espace. La percussion ne permet pas de délimiter le cœur à cause de la matité du côté droit. A l'auscultation, les bruits sont normaux, bien frappés, à maximum situé à l'endroit où le choc est le mieux perçu. Ils se propagent dans tout le côté droit, jusque sur la ligne axillaire et paraissent très lointains à partir du bord gauche du sternum.

Ici, c'est un jeune homme de 23 ans, atteint de tuberculose pulmonaire évoluant très lentement, chez lequel on découvre des battements du cœur à droite non constatés huit jours auparavant. Les poumons présentent des symptômes de tuberculose avec aplatissement du thorax du côté droit, augmentation du gauche.

Pas de matité cardiaque à gauche.

Matité à la région thoracique antérieure droite. On perçoit les battements dans les 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> espaces intercostaux.

Obs. VIII. — (COCHEZ. *Gazette des Hôpitaux*, 11 mai 1897).

J. D. ., 62 ans, est arrivé à Alger il y a 52 ans ; toujours excellente santé ; d'abord maçon pendant plusieurs années, puis propriétaire d'un restaurant près d'Alger ; il a dirigé sa maison pendant 22 ans. Il y a 4 ans et demi (août 1892) il fut atteint d'une pleurésie droite qui débuta insidieusement et ne força le malade à s'aliter qu'après une dizaine de jours de malaise. Sept vésicatoires ; un mois au lit ; pas de thoracentèse. Depuis cette époque il n'a jamais été bien remis, et il ressent toujours une douleur ou plutôt une gêne du côté droit, localisée surtout au niveau des dernières côtes ; cette sensation désagréable est plus marquée dans l'effort.

Dans les fortes inspirations, la poitrine est comme bridée à droite ; la toux augmente la douleur qui s'irradie dans tout le corps ; la toux est rare et n'existe que lorsque le malade est enrhumé. Il ne tousse ni ne crache habituellement. En dehors de cette gêne du côté droit, il déclare se porter bien. « Si je n'avais pas cette douleur, dit-il, je serais fort comme un cheval ». Cette gêne constante du côté droit est si marquée, que J. D... a dû renoncer à gérer son restaurant. Il reste cantonné dans son appartement, se permettant chaque jour une sortie courte si le temps est beau. Depuis sa pleurésie il est resté valétudinaire ; il marche peu et lentement, évite tout effort et craint la moindre fatigue. C'est un homme pâle et maigre, préoccupé de son état, craignant les refroidissements ; son appétit a un peu diminué ; mais il mange et digère bien d'ordinaire.

Le Dr Moreau a constaté la rétraction du côté droit du thorax et a remarqué que le cœur battait à droite, de longs mois après sa pleurésie. L'examen du thorax montre l'épaule droite plus basse que la gauche ; en avant le côté droit est aplati, paraît descendu ; le mamelon est situé plus bas que celui du côté opposé ; le rebord des fausses côtes droites est aussi sur un plan plus inférieur. L'aplatissement est plus marqué dans les trois premiers espaces, ainsi que dans la partie axillaire inférieure. La moitié droite de l'épigastre presque immobile, fait contraste avec la moitié gauche qui bombe à chaque inspiration. En arrière, l'omoplate droite est descendue, détachée du thorax ; la région située en dedans et au-dessous de cet os est aplatie. Les espaces intercostaux sont moins larges à droite et les côtes de ce côté sont animées dans la respiration d'un mouvement moindre qu'à gauche. Léger soulèvement coïncidant avec la systole cardiaque dans le 2<sup>e</sup> espace droit à deux travers de doigt du sternum ; battement synchrone au pouls. Les vibrations thoraciques sont peu marquées des deux côtés ; la palpation bi-manuelle montre que le côté gauche est volumineux, globuleux, le droit aplati. A la mensuration, on est surpris de ne trouver que 4 centimètre de plus du côté gauche. A la percussion, on constate à droite une matité de haut en bas ; on peut délimiter le foie qui commence à deux travers de doigt au-dessous du mamelon et a une étendue de 8 centimètres. Matité dans la région axillaire et dans la partie postérieure ; plus marquée à la base. A gauche, sonorité normale ; l'espace de Traube est conservé ; la place normale du cœur est également sonore ; la matité du côté droit commence brusquement

vers le bord droit du sternum. A l'auscultation des poumons, on constate que le murmure vésiculaire est très affaibli à droite, surtout en bas et en arrière. A gauche, au contraire, la respiration est puérile et s'étend en avant dans la région dite cardiaque. Pas de bruits anormaux, aucun signe de tuberculose. Les bruits du cœur s'entendent à peine à gauche du sternum ; vers la partie inférieure de cet os on les entend mieux et de plus en plus nettement en haut et à droite. Maximum dans les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> espaces droits ; bruits bien frappés, non soufflés ; le second bruit est claquant et s'entend surtout dans le 2<sup>e</sup> espace. Le cœur, difficile à délimiter, se trouve dans le carré formé par le bord droit du sternum, la verticale mamelonnaire, le bord supérieur de la 2<sup>e</sup> côte et le bord inférieur de la 4<sup>e</sup>. Pas d'élévation des sous-clavières ; pas de dysphagie, ni troubles vocaux. Les pouls radiaux sont petits mais égaux et synchrones ; pupilles punctiformes, peut-être celle de droite un peu plus grande. Rien à signaler du côté des autres organes.

Voilà donc une observation identique à la précédente. Notons que c'est à la suite d'une pleurésie que les troubles se sont manifestés chez un homme âgé de 50 ans. Remarquons enfin les douleurs dans le côté droit et l'aplatissement de ce côté provoqué par la sclérose du poumon correspondant.

OBS. IX. — (RIVET. Thèse de Lyon, 1897-98). (Résumée). — *Pleurésie droite abondante, apyrétique. — Empyème sub-graisseux. — Hypertrophie progressive du poumon gauche. — Refoulement du cœur.*

P. . . , Antoine, 21 ans, entre pour la première fois dans le service de M. Bard le 9 avril ; en sort le 7 juillet avec le diagnostic suivant : tuberculose conjonctive droite. Sclérose du sommet. Cavernules de la base du lobe supérieur. Granulations dans toute la hauteur.

Rentre le 11 avril 1890.

*Antécédents héréditaires.* — Mère morte à 40 ans d'un refroidissement. Deux frères morts, l'un à 24 ans, de tuberculose probablement, l'autre mort de maladie inconnue.

*Antécédents personnels.* — Réformé du régiment pour bronchite chronique. Jamais de pleurésie aiguë ni d'hémoptysie. Amaigrissement notable. Il n'a jamais craché. Appétit conservé. Pas de sueurs nocturnes. Diarrhée fréquente.

Examen du thorax. — Symptômes d'épanchement à droite qui va en augmentant et nécessite une ponction de 800 grammes. Rien au cœur. Nouvelle augmentation sans dyspnée avec un état général excellent. Ponction de 1,400 grammes, le 3 février.

12 mars. Ponction de 1500 grammes.

22 mai. — 1000 —

2 juillet. — 1300 —

12 août. Etat toujours excellent. Le malade, bien musclé, a un tissu adipeux suffisant. Pas de fièvre, pas de dyspnée. Il est levé et circule toute la journée. Bon appétit. Matité progressive du haut en bas du poumon droit. Exagération des vibrations vocales et tactiles. Obscurité progressive du murmure vésiculaire. Pas d'égophonie.

7 septembre. Le côté droit du thorax commence à s'affaïsser. Matité mobile.

16 septembre. Le malade se sent mieux et part pour Longchêne.

21 octobre 1891. A la suite d'un refroidissement, nouvel épanchement à droite. La pointe du cœur est reportée en dedans. Le choc a son maximum dans le 4<sup>e</sup> espace à deux travers de doigt de la ligne mamelonnaire. Pas de battements épigastriques.

Ponction donne 800 grammes de liquide séreux, un peu louche.

3 avril. Ponction de 90 grammes.

9 avril. Id. de 500 grammes.

21 avril. Le malade quitte l'hôpital.

11 avril 1893. Revient à la consultation. Il a fait un séjour dans le service de M. Lépine, où on lui a retiré 1,350 grammes de liquide.

Matité du haut en bas du poumon droit.

Obscurité du murmure vésiculaire en arrière.

En avant, la sonorité est presque normale dans les trois premiers espaces; mais la respiration y est obscure. L'ampliation du thorax pendant l'inspiration est moins accusée à droite. Le cœur présente des battements un peu exagérés, mais réguliers.

Le 5 mars 1893, légère phase aiguë de sa maladie. Côté droit du thorax dilaté; toutefois, la palpation bi-manuelle indique une diminution du diamètre antéro-postérieur à droite et une incursion beaucoup moindre du thorax dans les mouvements respiratoires.

Mêmes signes pulmonaires à droite à l'auscultation.

Le choc de la pointe se fait dans le 4<sup>e</sup> espace, très près du sternum et on perçoit des battements jusque sur le bord droit de cet os.

11 mars. Une ponction profonde ramène un liquide louche.

14 mars. Nouvelle ponction qui reste sèche; le malade sort de l'hôpital. Il rentre le 28 avril 1893. Quelques symptômes aigus disparaissent bientôt pour reparaitre le 15 mai. Toux, expectoration, dyspnée intense. Fièvre : 38°. Anorexie, langue saburrale.

A droite et en arrière, sonorité très affaiblie mais sans matité absolue. Les vibrations thoraciques et le retentissement de la voix haute diminuent d'intensité de haut en bas. A gauche, sonorité et respiration normale. La pointe du cœur est refoulée à gauche. Elle siège dans le 4<sup>e</sup> espace sur le bord gauche du sternum tandis que le maximum du choc a lieu sous le sternum un peu à droite de la ligne médiane. La matité cardiaque ne commence que sur le bord gauche du sternum et se continue à droite avec la matité pleurétique. Les bruits normaux à la pointe présentent au niveau de l'appendice xyphoïde un claquement musical sans souffle.

24 juin. Ponction de 1,400 gr.

13 juillet. A la palpation bi-manuelle le diamètre antéro-postérieur droit est notablement plus faible qu'à gauche. Ponction de 900 gr. L'affaissement du côté droit est très manifeste après la ponction.

Nouvelle ponction de 300 gr., le 27 juillet.

7 août. Le malade part pour Longchêne. Rentre le 11 septembre 1893.

14 septembre. Matité à droite, obscurité respiratoire absolue dans la zone mate. Vibrations thoraciques très affaiblies. Pas de souffle, pas de pectoriloquie aphone, pas d'égophonie. Au poumon gauche respiration ample.

Le maximum du choc cardiaque a lieu dans le 4<sup>e</sup> espace sur le bord droit du sternum. A ce niveau, on perçoit une expansion systolique et un claquement diastolique. Les mêmes phénomènes se retrouvent un peu moins intenses dans le 3<sup>e</sup> espace sur le bord droit. La matité cardiaque cesse sur le bord gauche du sternum. La région précordiale normale est absolument sonore. Pas de battements épigastriques. Ponction de 600 gr.; liquide jaunâtre

30 septembre. Etat général excellent. Aucun malaise.

L'abaissement de la clavicule droite, le méplat antérieur droit, l'in-

clinaiison latérale du thorax à droite sont très apparents. Ponction à 5 centimètres de profondeur de 200 grammes de liquide séreux, mais trouble et jaunâtre sous une grande épaisseur.

9 novembre. Le malade quitte le service avec un état général excellent.

10 février. Il revient à l'hôpital pour frisson, point de côté, courbature, maux de tête.

En arrière, à droite, submatité dans toute la hauteur. Vibrations augmentées. Respiration perceptible sans râles dans les fosses sus et sous-épineuses, très obscure à la base. Retentissement de la toux et de la voix haute au sommet. A gauche, sonorité normale, vibrations normales. Respiration ample sans râles.

En avant à droite, submatité dans les 2<sup>e</sup> premiers espaces, matité franche à partir du 3<sup>e</sup>. Vibrations augmentées. Respiration très obscure, sans râles, sans retentissement de la toux et de la voix haute. Les battements augmentés d'énergie et de fréquence présentent leur maximum dans le 4<sup>e</sup> espace à droite du sternum. La matité cardiaque ne dépasse pas à gauche le bord gauche de cet os. Au niveau du maximum du choc, le premier bruit est éclatant. Pas de souffle ; on ne peut localiser la pointe.

Foie, estomac et rate normaux.

Température : 38°.

24 février. Ponction de 400 grammes.

26 septembre 1894. Toux et dyspnée légère. Expectoration peu abondante.

A gauche, respiration ample dans toute l'étendue du poumon.

En arrière à droite, un peu d'affaissement. Sonorité diminuée à la base et au sommet, à peu près normale à la partie moyenne. Respiration diminuée d'amplitude et d'intensité dans toute la hauteur, perceptible assez bien à la partie moyenne, faible à la base, très obscure au sommet avec quelques râles. En avant, submatité et obscurité avec quelques râles dans le 1<sup>er</sup> espace droit. Sonorité dans la région mammaire gauche. Matité au contraire dans les 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> espaces droits, jusqu'au voisinage de la ligne mamelonnaire, matité dépassant à peine la ligne médiane à gauche. Le maximum du choc du cœur diffus se constate dans le 4<sup>e</sup> espace droit, à deux travers de doigt en dedans de la ligne mamelonnaire. On sent à ce niveau le claquement diastolique ; on ne sent pas le choc de la pointe qui paraît se faire sous l'extrémité inférieure du sternum. Pas de

battements épigastriques. A l'auscultation, les bruits sont intenses, quoique sourds. Le premier prédomine sur le bord gauche de l'extrémité inférieure du sternum, tandis que dans le 4<sup>e</sup> espace droit il est beaucoup moins intense, alors que le deuxième y est éclatant et très prédominant. Le malade part et rentre le 4 janvier 1895.

24 janvier. Etat général excellent. Expectoration abondante. Au doigt, on localise le maximum du choc du cœur dans le 4<sup>e</sup> espace droit à égale distance, entre le sternum et le mamelon. Le choc de la pointe n'est pas localisable au doigt; la palpation le révèle vers l'extrémité inférieure du sternum, à peu près sur la ligne médiane. Aucune matité dans la région mamelonnaire gauche. La limite gauche de la matité cardiaque dessine une ligne oblique, en haut et à droite, passant en bas, au niveau de l'appendice xyphoïde à deux travers de doigt à gauche de la ligne médiane, en haut, par l'extrémité interne du 4<sup>e</sup> espace intercostal gauche et celle du 3<sup>e</sup> espace. Cette ligne est légèrement convexe à la partie moyenne. La limite de cette matité à droite se confond avec celle du foie. Celle-ci n'atteint pas le rebord des fausses côtes mais remonte en haut, à un travers de doigt au-dessus du mamelon.

25 mars. Le malade quitte l'hôpital.

30 janvier. Il rentre. Toux plus intense. Expectoration plus abondante. Même constatation au cœur. Dans l'examen, debout, le battement de la région mamelonnaire s'atténue et il apparaît un battement net dû à la pointe, à l'angle supérieur de l'épigastre.

Le malade sort et rentre plusieurs fois, mêmes signes.

Enfin, il contracte une grippe et meurt le 21 octobre 1896.

AUTOPSIE. — Le cœur est situé à peu près exactement à la partie moyenne du thorax. La ligne médiane laisse même une portion cardiaque plus étendue à droite qu'à gauche. La situation du cœur est tout à fait comparable à la situation normale. Il est couché sur le diaphragme par son bord droit sans aucun relèvement. La pointe est située à gauche à peu près au milieu du cartilage costal correspondant. A droite, le bord de l'oreillette dépasse les articulations chondro-sternales et s'arrête à faible distance de la ligne mamelonnaire.

Le poumon gauche refoule le cœur en masse avec le médiastin sans passer devant lui. Le lobe supérieur s'avance jusqu'aux articulations chondro-sternales droites dans les deux premiers espaces.

Le refoulement du médiastin et des organes qui y sont contenus porte sur toute la hauteur sans qu'il y ait de coudure ni de torsion des vaisseaux. La veine-cave est située à droite de la ligne médiane; son bord droit en est distant de 5 centimètres. Le centre phrénique a suivi le mouvement. L'aorte est refoulée comme la veine-cave supérieure sans coudure ni torsion.

A droite, il n'y a pas d'adhérences dans les 2/3 inférieurs et par suite pas de rétraction possible. Il est très manifeste que le refoulement est le fait de l'expansion du poumon gauche.

Le péricarde ne contient pas d'épanchement notable. Pas d'adhérences.

Poids du cœur : 490 grammes. Caillots noirs, très volumineux. L'aorte et l'endocarde sont normaux. Le cœur droit est dilaté. Poumon gauche pèse 920 grammes, très volumineux, quelques petites cavernules au sommet. Pas de tubercules crétaçés. Sur toute la hauteur, il existe un mélange de lésions broncho-pneumoniques simples et de tubercules granuleux. Ceux-ci sont peu nombreux et présentent une tendance à la suppuration très manifeste. Les lésions broncho-pneumoniques sont très étendues, mais sans foyers confluents. Les zones d'atélectasie et celles de teinte rouge par suffusion sanguine, prodominent sur les foyers lobulaires. On constate aussi un peu d'emphysème aigu, mais disséminé; pas d'emphysème chronique; pas de dilatation localisée.

Le poumon droit pèse 900 grammes, est adhérent dans le 1/3 supérieur seulement. A la base, dans toute la région postérieure et jusqu'à la ligne mamelonnaire en avant, où s'arrête le poumon, existe une poche pleurale aplatie, à parois épaisses, non cloisonnée, ne contenant pas de liquide; mais les deux parois sont tapissées par des masses fibrineuses, sèches, granuleuses, non adhérentes, d'une épaisseur de 3 à 4 centimètres, se dissociant après l'ouverture de la poche à la façon de miettes de pain.

Le poumon sous-jacent est élastique, vide d'air dans la plus grande partie, de teinte rouge sombre, sec. On y constate quelques tubercules enkystés, remplis d'un caséum mastiac.

Le lobe supérieur est perméable et présente quelques cavernules. Pas de bronchite capillaire. Rien à l'abdomen. Foie et rate normaux mais congestionnés.

Dans cette observation nous observons pas à pas le

déplacement chez un homme de 21 ans, soigné de 1890 à 1898 pour une pleurésie chronique.

Le côté droit du thorax s'aplatit. Les battements du cœur apparaissent à droite, et à l'autopsie, nous trouvons la même situation que dans les autres observations; les lésions pulmonaires sont tuberculeuses. Mais ici, pour la première fois, nous trouvons noté les caractères des battements : Expansion systolique suivie du claquement diastolique. Un seul foyer de battements.

De tous ces faits découle une symptomatologie nette, facile à déduire, tellement les cas sont semblables.

#### Symptomatologie. — Symptômes physiques.

— Il existe une voussure relative du côté droit du thorax. Tandis que la région thoracique antérieure gauche est volumineuse en totalité, le côté droit, au contraire, est aplati d'après les Obs. III, VII, VIII et IX; mais l'aplatissement est surtout marqué au niveau des trois premiers espaces intercostaux. Les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> côtes font une saillie relative qui semble déjà indiquer à droite la présence anormale d'un organe derrière la paroi.

La matité cardiaque est à droite; pas de matité à gauche. Dans toutes les observations on constate, en effet, que la région précordiale normale est entièrement sonore : sonorité quasi-skodique (Obs. V et VIII), et à droite, au contraire, la sonorité normale est remplacée par de la matité.

Mais la matité est indistincte. Jamais on n'a observé une forme de matité telle, qu'elle corresponde à une

forme cardiaque et qu'elle permette de localiser les diverses parties du cœur. Jamais la matité n'a paru s'étendre suffisamment à gauche du sternum pour faire soupçonner là la pointe du cœur. Dans l'obs. IX, la limite gauche de la matité cardiaque dessine une ligne oblique en haut et à droite, passant en bas au niveau de l'appendice xyphoïde, à deux travers de doigt à gauche de la ligne médiane, en haut, par l'extrémité interne du 4<sup>e</sup> espace intercostal gauche et celle du 3<sup>e</sup> espace. Cette ligne est légèrement convexe à la partie moyenne. Quoi qu'il en soit les limites de cette matité sont peu nettes. Dans l'Obs. VIII, la plus précise dans ce sens, « le cœur difficile à délimiter par sa matité mais non impossible cependant paraît se trouver dans le carré formé par le bord droit du sternum, la verticale mamelonnaire, le bord supérieur de la 2<sup>e</sup> côte et le bord inférieur de la 4<sup>e</sup> ». Dans l'Obs. V, il existe de la sonorité sous la clavicule et dans les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> espaces intercostaux ; la submatité commence au 4<sup>e</sup> espace ; matité plus bas jusqu'au rebord costal. Dans toutes les autres, enfin, la matité droite est générale. Le foie est quelquefois distinct (Obs. VII et VIII), d'autres fois indistinct (Obs. III, V, VI, et IX). Cette matité appartient donc à la fois, au cœur et au poumon ; par conséquent, cette matité indistincte ne pourra en aucun cas servir à délimiter nettement la position du cœur, mais seulement à le placer probablement à droite.

Le siège des battements est à droite et variable d'après le tableau suivant :

Obs. I.	Obs. II.	Obs. III.	Obs. IV.	Obs. V.	Obs. VI.	Obs. VII.	Obs. VIII.	Obs. IX.
A droite.	A droite.	2 <sup>e</sup> espace perçu encore au 3 <sup>e</sup> espace.	A droite	5 <sup>e</sup> espace au-dessous de l'horizon- tale du mamelon. Epigastre.	2 <sup>e</sup> espace et 3 <sup>e</sup> espace	4 <sup>e</sup> espace perçu dans le 3 <sup>e</sup> .	2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> espaces.	Battem. diffus 4 <sup>e</sup> espace droit.

Il varie du 2<sup>e</sup> au 5<sup>e</sup> espace intercostal : il est donc tantôt élevé, tantôt bas. De plus, la pulsation n'est jamais nettement localisée ; elle s'étend, au contraire, sur une certaine étendue de la région précordiale.

Le battement est presque toujours simple, quelquefois double (Obs. III) ; mais, dans ce cas, ce battement est sensible au même endroit que le premier.

Les deux bruits s'entendent à l'auscultation à l'endroit de la pulsation ; le second bruit paraît avoir quelquefois un maximum différent, mais très légèrement du premier. Les bruits se propagent dans tout le côté droit. A gauche, à l'endroit normal de la pointe, on n'entend que des bruits lointains et affaiblis. Jamais on n'a noté de double foyer de battements. Le premier bruit prédomine sur le bord gauche de l'extrémité inférieure du sternum, tandis que dans le 4<sup>e</sup> espace, le 2<sup>e</sup> y est éclatant et très prédominant (Obs. IX).

A part l'Obs. IX, les observations n'indiquent pas l'expansion systolique et le claquement diastolique de Freidreich. Il ne semble pas, en effet, que l'on ait pratiqué la palpation large de Bard, c'est-à-dire l'application de la paume de la main à différents endroits de la région précordiale. Certains signes de palpation ont donc pu passer inaperçus.

Les bruits du cœur sont généralement nets; sans souffles. Dans l'Obs. III, on percevait à la palpation un thrill, traduit à l'auscultation par un souffle mésosystolique, mais il se modifie et disparaît par la suspension respiratoire; il n'appartient donc pas au cœur. Dans l'Obs. IV, on perçoit un léger bruit présystolique (bruit de galop), mais la malade en question était syphilitique, albuminurique, avait des reins dégénérés. Ce bruit de galop n'est donc pas en rapport avec le déplacement du cœur.

Le pouls, d'autre part, est régulier, égal des deux côtés.

En somme, rien d'anormal dans le fonctionnement du cœur.

Les symptômes pulmonaires sont tous concordants dans les observations.

Aplatissement du côté droit dans toute l'étendue en arrière, en haut en avant, avec diminution du volume des muscles droits, abaissement de l'épaule droite; détachement de l'omoplate. Le mamelon, le rebord des fausses côtes sont abaissés (Obs. VII). Ampliation au contraire à gauche.

La colonne vertébrale est rarement déviée.

Diminution de l'amplitude respiratoire du côté droit qui reste presque immobile quand le côté gauche se soulève fortement.

La mensuration indique toujours une augmentation du périmètre thoracique au profit du côté gauche, variable entre 1 et 2 centimètres.

C'est donc la description d'une rétraction thoracique comme celle consécutive à la sclérose pleurale étudiée par Voillez, Eichhorst, Laënnec.

A la percussion et à l'auscultation, tantôt ce sont les signes d'une sclérose pulmonaire pure : matité complète en arrière, affaiblissement de la respiration en certains points, souffle bronchique en d'autres, retentissement de la voix, pectoriloquie aphone (Obs. III et VIII).

Tantôt sont surajoutées les lésions d'un processus destructif, chronique avec ses râles et ses souffles caverneux, ou aigu (souffle de broncho-pneumonie tuberculeuse et râles, Obs. V). A gauche, sonorité exagérée, respiration puérile. Poumon sain en général, emphysémateux, atteint cependant dans certains cas par le processus destructif. L'espace de Traube est sonore.

Les autres organes ont leur situation normale. Quand ils sont malades, leurs lésions proviennent d'une maladie surajoutée (reins, Obs. V).

**Symptômes fonctionnels.** — Pas de troubles fonctionnels du côté du cœur. Le déplacement ne provoque ni palpitations, ni gêne, ni angoisse précordiale, ni syncope.

Mais le malade sent son cœur battre à droite (Obs. II, III, VII) ; il ne s'en préoccupe pas tant les battements s'effectuent normalement. Dans l'Obs. III, le malade ressent des douleurs au côté droit, une sensation de constriction, mais elles sont plus marquées dans les fortes inspirations, augmentées par la pression, la toux, l'éternuement, le baillement, s'irradient dans la poitrine, la nuque, le bras, en rapport, par conséquent, avec une lésion pulmonaire droite. Mêmes sensations : mêmes explications dans l'Obs. VIII. Dans l'Obs. V, le malade ressent de la faiblesse, de l'étouffement, du malaise le

jour où on constate les battements du cœur à droite ; mais cela depuis cinq jours seulement. Il a eu plusieurs frissons, un point de côté à gauche. En plus, toux, expectoration, fièvre, diarrhée, tous symptômes d'une maladie infectieuse (diagnostic : pneumonie grippale à droite et congestion à gauche) et non en rapport avec le déplacement du cœur.

Les déplacements du cœur sont donc supportés avec une extrême tolérance et c'est par hasard, par suite d'un examen complet que le médecin fait du malade, que l'on découvre les battements du cœur à droite. Nous avons, en effet, observé à l'hôpital de Nanterre, à l'autopsie d'un individu âgé, mort brusquement, que le cœur était dévié en masse à droite sans changement de son axe, que le poumon droit était scléreux, rétracté et adhérent, le poumon gauche, au contraire, emphysémateux, volumineux. Il est donc à supposer que cet homme avait des battements à droite dont il ne s'était jamais plaint et qu'il les ignorait lui-même.

Les symptômes fonctionnels pulmonaires sont, au contraire, intenses. Dans tous les cas on observe de la toux, de l'essoufflement, de l'expectoration.

Mais tantôt ces symptômes manifestent une lésion pulmonaire grave en voie d'évolution : hémoptysie, fièvre ; tantôt ils manifestent une lésion sclérosante du poumon droit (Obs. III, VIII) : la toux, l'expectoration sont effacées, presque remplacées par une sensation de constriction, de douleur dans le côté droit, augmentée par le mouvement, la toux, le baillement. Dans l'Obs. V enfin, les symptômes fonctionnels sont ceux d'une affection pulmonaire aigüe accidentelle.

L'état général dans tous les cas, est fortement touché par la maladie pulmonaire consomptive : faiblesse, pâleur, amaigrissement.

**Marche.** — Dans le cours de l'affection, les symptômes pulmonaires seuls s'accroissent notablement. Les symptômes cardiaques restent à peu près stationnaires. L'ectopie cardiaque ne s'est pas modifiée dans l'Obs. II, observée pendant un an, dans l'Obs. III, observée du 14 décembre 1890 au 29 mars 1897, dans l'Obs. VI, observée du 27 janvier 1900 au 15 mai 1900, ni dans l'Obs. VIII. Dans les Obs. IV et V, les malades sont morts de leur affection pulmonaire peu de temps après la constatation de l'ectopie. Ainsi donc la dextrocardie est permanente. Elle reste stationnaire dans la plupart des observations car son accroissement est trop minime pour être constaté cliniquement, la rétraction du poumon droit étant arrivée dans ces cas au dernier degré. Mais dans l'Obs. IX, l'ectopie se produit sous les yeux du médecin et s'accroît chaque jour, jusqu'à la mort du malade.

**Examen radioscopique.** — Sur l'écran radioscopique on constate que le côté gauche du thorax est clair du haut en bas. Le cœur n'y est représenté que par une ombre de forme angulaire débordant légèrement le bord gauche de l'ombre projetée de la colonne vertébrale et du sternum. Parfois quand cette ombre déborde suffisamment on peut constater qu'elle est animée de battements. C'est donc la pointe du cœur fortement déplacée à droite.

Le côté droit est sombre du haut en bas et souvent il est impossible de distinguer l'ombre portée par le cœur. Mais quelquefois sur cette obscurité générale on remarque près du bord droit du sternum une ombre plus forte, volumineuse, limitée à droite par une ligne convexe en dehors. Cette ombre est immobile. De plus, à chaque inspiration, une clarté relative semble s'insinuer entre elle et l'ombre portée par le diaphragme et le foie. C'est la base fortement rejetée à droite.

**Anatomie pathologique.** — Le cœur se trouve déplacé vers la droite, mais il conserve son axe horizontal, plus horizontal même qu'à l'état normal (Obs. V et VI). La pointe est toujours à gauche et siège tantôt à gauche, tantôt sous le sternum. La base, au contraire, déborde fortement le bord droit du sternum, la ligne médiane laissant presque tout le cœur à droite. Les battements perçus à la palpation à droite du sternum, correspondent à la base du cœur : à l'oreillette droite (Obs. VI) ou quelquefois à la crosse de l'aorte (Obs. V). Cœur sain d'autre part. Cavités cardiaques et gros vaisseaux normalement placés. Le péricarde est libre d'adhérences du côté du poumon gauche, complètement adhérent au contraire au poumon droit. Jamais de symphyse péricardique partielle ni complète.

Le poumon gauche, emphysémateux par suppléance, recouvre la pointe du cœur et l'éloigne de la paroi.

Le poumon droit est sclérosé, caché dans la gouttière vertébrale, petit, son tissu est dur, lardacé, mais il est peu diminué de poids. On y trouve tantôt des dilatations bronchiques, tantôt des noyaux et cavernes de nature tuberculeuse, tendant à la respiration fibreuse.

Il est complètement adhérent à la paroi ; le péricarde, par suite des adhérences pleurales médiastines, fait donc corps avec cette paroi.

Les autres organes sont normalement placés et leurs lésions sont indépendantes du déplacement du cœur.

**Pathogénie.** — Ces lésions expliquent les signes cliniques observés. La voussure des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> côtes est produite par la base du cœur. Elle est peu marquée par suite de la rétraction générale du côté droit. Le cœur agit probablement par pression comme dans les voussures gauches consécutives à une hypertrophie cardiaque.

Les battements sont produits par la base : c'est tantôt l'oreillette, tantôt l'aorte : l'examen sphygmographique pourrait établir la distinction. La pointe du cœur ne peut être sentie à gauche, parce qu'elle est cachée ou par le sternum ou par la languette pulmonaire gauche. Celle-ci résonne en effet jusqu'au bord droit du sternum et empêche la matité cardiaque de se poursuivre à gauche. Si plus souvent cette matité s'étend à droite jusqu'à l'aisselle droite, c'est qu'elle se continue avec la matité pulmonaire droite ; mais dans les cas (Obs. VIII) où elle peut se délimiter, elle s'étend peu à droite avec un bord externe vertical (ligne mamelonnaire), car elle est l'image véritable de la base du cœur rejeté à droite.

Enfin, c'est l'absence de la languette pulmonaire droite qui laisse la base en contact direct avec toute la paroi thoracique antérieure droite et explique par là même, l'étendue des battements et des bruits du cœur, avec un maximum cependant à l'endroit peut-être du plus intime

contact avec la paroi ou au point où la transmission est le plus facile. Si les bruits du cœur s'entendent tous deux au même point avec une égale force, c'est qu'ils sont transmis par la base à une distance également éloignée de leur point de production. S'ils ont un maximum différent (Obs. IX), le second bruit est prédominant au foyer des battements et indique la proximité de la base du cœur.

Pourquoi ne constate-t-on pas le claquement diastolique dans les huit premières observations ? Il est probable cependant qu'il existait, puisque nous voyons que le déplacement est le même que dans la dextrocardie par épanchement pleural et qu'il existait d'ailleurs dans l'Obs. IX. Mais on ne l'a pas cherché, on n'a pas pratiqué la palpation large de Bard.

Tout s'explique donc par le déplacement latéral du cœur. D'où provient-il ? De l'appareil pleuro-pulmonaire sans doute, lui seul est altéré. Or, beaucoup d'auteurs font jouer le plus grand rôle aux adhérences pleurales. Mais les malades des Obs. II, III, VII, n'ont jamais eu de pleurésie nettement confirmée ; il faudrait invoquer alors une pleurésie latente qui, sur neuf cas, devrait manquer dans trois, c'est-à-dire souvent.

Les rétractions thoraciques, les déviations de la colonne vertébrale par adhérences pleurales sont fréquentes ; rare est la dextrocardie.

La dextrocardie n'est jamais notée d'une façon certaine chez les enfants qui sont cependant souvent atteints de pleurésies méta-pneumoniques, purulentes, fortement productrices d'adhérences, qui marquent d'ailleurs leur existence par des rétractions thoraciques sérieuses.

Le déplacement du cœur est observé souvent chez des tuberculeux, mais des tuberculeux malades depuis plusieurs années, sujets à de nombreuses alternatives de recrudescence et d'amélioration, en un mot, dans la tuberculose à tendance fibreuse qui sclérose le poumon, mais ne produit pas davantage d'adhérences pleurales.

Dans l'Obs. III on ne constate que quelques adhérences filamenteuses au niveau de la 3<sup>e</sup> côte. Enfin, dans tous les cas observés, il y avait sclérose du poumon droit, et c'est par la rareté de cette sclérose chez les enfants qu'on pourrait expliquer la rareté chez eux de la dextrocardie.

Mais si le poumon droit sclérosé, rétracté, attire le cœur à droite, le poumon gauche devenant volumineux pour suppléer physiologiquement le droit détruit, peut-il agir aussi par pression de l'autre côté ? Certains auteurs l'ont prétendu. Garnier dit en effet : « En analysant les causes de la dextrocardie (Obs. V) il faut compter :

« 1<sup>o</sup> Avec l'aspiration, conséquence du vide produit  
« par la rétraction des tissus qui remplissent la cage thoracique du côté droit ;

« 2<sup>o</sup> Avec la poussée excentrique manifestée par le  
« poumon gauche tendant à venir à son tour combler  
« l'espace laissé libre ».

Mais le poumon est élastique, tend toujours à revenir sur lui-même et n'exerce aucune pression sur le médiastin.

D'autre part, pour que le déplacement puisse se produire, il faut une paroi costale suffisamment rigide. Le poumon droit, en se rétractant, attire à lui ce qui l'environne, d'une part le cœur dans son péricarde, d'autre

part la paroi costale. Celle-ci est-elle souple, élastique; elle peut faire seule tous les frais de la rétraction; c'est le cas des enfants chez lesquels une abondante pleurésie purulente peut guérir avec un aplatissement notable, une voussure diaphragmatique intra-thoracique marquée sans troubles de situation d'autres organes. La paroi, au contraire, est-elle résistante, elle cédera peu et le cœur se déplacera: c'est le cas des adultes. Nos malades sont des adultes et, en plus, ils n'offrent pas de déviation de la colonne vertébrale, et le périmètre du côté droit est à peine inférieur de 1 à 2 centimètres à celui du côté gauche, augmenté d'ailleurs par suppléance; donc, minime rétraction. Les faits sont donc tous confirmatifs. Il faut qu'il y ait sclérose pulmonaire pour produire le déplacement. La pleurésie, avec ses adhérences, n'agit que comme cause productrice de la sclérose, ou même n'est avec la sclérose que l'effet d'une même affection causale: la tuberculose, par exemple. La qualité du liquide pleural n'a donc aucune importance, comme certains auteurs tendent à l'admettre.

Dans aucun cas nous n'avons constaté de symphyse du péricarde. Nous l'éliminerons donc aussi comme cause pathogénique.

**Etiologie.** — Les affections causales sont celles qui produisent la sclérose.

En première ligne la tuberculose, mais la tuberculose à évolution fibreuse. Les malades des Observations II, III, VI, VII, IX, présentaient des symptômes de tuberculose depuis longtemps. Le malade de l'Observation III est entré douze fois à l'hôpital pour sa toux. Mais, dans

ce cas, la pleurésie est-elle un intermédiaire nécessaire ? La tuberculose peut aboutir seule à la sclérose du poumon. Souvent la pleurésie vient se surajouter et faciliter le processus fibreux ; mais sclérose et pleurésie dépendent d'une seule et même cause : la tuberculose.

La syphilis peut également produire la sclérose (Obs. IV).

La pleurésie, les inflammations pulmonaires répétées, peuvent amener la sclérose et consécutivement la dilatation des bronches et la dextrocardie. Mais il faut des individus prédisposés à la sclérose. Aussi, tandis que les dextrocardies par tuberculose pulmonaire arrivent toutes chez des jeunes gens, au contraire par pleurésie ou affection inflammatoire du poumon, elles se trouvent chez des individus âgés de 40 à 60 ans. Les enfants, au contraire, ne sont presque jamais atteints. Seul, M. Barth cite un cas observé à l'hôpital des Enfants, sans spécifier l'âge du malade. « A la partie inférieure du thorax du « côté droit, matité complète, faiblesse du murmure « vésiculaire. Les battements du cœur étaient visibles et « les bruits perçus à leur maximum au-dessous du « mamelon droit. Il n'y avait ni transposition des « organes, ni pleurésie gauche, ni tumeurs du médiastin. « C'était donc une dextrocardie, suite de pleurésie, « produisant des adhérences entre la plèvre et le péri- « carde ». (Barth).

Mais la pleurésie n'est peut-être pas nécessairement le premier temps ; la sclérose, suite d'inflammation pulmonaire peut produire la dilatation des bronches et secondairement la pleurésie qui pourrait agir alors, non par production d'adhérences, mais par transformation sclé-

reuse du poumon (Moutard-Martin). La sclérose est en général très longue à produire le déplacement du cœur. Dans l'Obs. VIII, cependant, le déplacement s'effectua entre deux examens consécutifs à peine éloignés de quelques jours. Peut-être alors la dextrocardie avait-elle passé inaperçue dans quelques examens précédents.

## CHAPITRE IV

### Diagnostic des dextrocardies

---

Nous connaissons donc les caractères de chaque variété de dextrocardie.

En présence d'un malade dont le cœur bat à droite, nous pouvons alors résoudre les questions qui se posent :

Y a-t-il dextrocardie ?

Les battements constatés ne sont-ils pas ceux d'un anévrisme de la crosse de l'aorte, comme on l'avait pensé dans l'Obs. III ?

L'anévrisme de l'aorte est facile à éliminer. D'après les classiques, il présente bien une voussure vers le 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> espace intercostal droit à l'inspection, au palper deux battements accompagnés d'un thrill comme dans l'Obs. III, une matité au-dessus et à droite du cœur à la percussion, deux battements à l'auscultation à droite. S'il ne provoque aucun trouble de compression, il peut alors ressembler à une dextrocardie congénitale. S'il ne comprime que la bronche droite et l'artère pulmonaire droite, en produisant alors une diminution de la respiration, des souffles bronchiques, des râles de congestion, il ressemble à la dextrocardie par sclérose pulmonaire ; c'est le cas de l'Obs. III. S'il produit de grands troubles de compression, il ressemble à la dextrocardie par tumeurs du médiastin. Enfin, s'il coexiste avec un épanchement

pleural gauche (coexistence assez souvent observée. Huchard), il ressemble à la dextrocardie par épanchement pleural. Mais le cœur, dans l'anévrysme de la crosse de l'aorte, n'est pas déplacé ; la percussion donne une matité cardiaque normale à gauche. La palpation localise la pulsation de la pointe à gauche, l'auscultation localise le premier bruit à gauche. Enfin, même dans les cas douteux où cet examen du cœur serait impossible, la radioscopie montrerait le cœur à sa place normale et à la crosse de l'aorte un anévrysme avec des battements même visibles sur l'écran fluorescent. C'est donc une dextrocardie.

Est-elle acquise ou congénitale ?

1° L'époque de la constatation de la dextrocardie est sans valeur diagnostique. Souvent, en effet, une dextrocardie congénitale n'est reconnue qu'à l'âge adulte, comme la dextrocardie acquise.

2° L'absence de signes physiques ou fonctionnels du côté des poumons ne permet pas d'affirmer la dextrocardie congénitale, pas plus que leur présence ne permet d'affirmer la dextrocardie acquise. Une pleurésie gauche ou une malformation thoracique simulant une rétraction peuvent, en effet, exister avec une dextrocardie congénitale. Mais, ce fait étant très rare, la probabilité sera cependant très grande. De même dans la dextrocardie acquise, les signes propres à la sclérose pulmonaire peuvent être trop peu accusés (Obs. VI) pour servir de signes certains.

3° La situation du foie à sa place normale ne permet pas d'éliminer la dextrocardie congénitale, puisque certains auteurs admettent des dextrocardies congénitales

sans inversion du foie ; mais la présence du foie à gauche signifie inversion complète des organes et permet d'affirmer la dextrocardie congénitale.

4° La situation normale des gros vaisseaux de la base du cœur ne permet pas d'éliminer la dextrocardie congénitale puisqu'il en était ainsi dans le cas constaté anatomiquement par Grunmach.

5° La non-permanence des battements à droite ne peut différencier la dextrocardie par épanchement pleural puisque dans celle-ci le cœur peut être fixé définitivement en position droite.

Le cœur seul peut donc nous fournir des signes pathognomoniques.

Dans la dextrocardie congénitale, le cœur a sa pointe à droite et l'axe est inverse de l'état normal. Dans les dextrocardies acquises, la pointe est à gauche, l'axe du cœur n'est pas changé ; le cœur est seulement déplacé parallèlement à lui-même.

La situation de la pointe ou de l'axe du cœur est donc nécessaire pour le diagnostic. Comment le déterminer ? Par la palpation, souvent. Dans tous les cas il faut pratiquer la palpation large de Bard et rechercher le choc de la pointe, l'expansion du cœur, le claquement diastolique des sigmoïdes.

Quand on ne constate qu'un seul foyer de battements rythmiques situé à droite, quand c'est une expansion systolique plutôt qu'un choc, suivie du claquement diastolique : c'est la base.

La base étant seule à droite du sternum, la pointe est sous le sternum ou à sa gauche et plus en bas. L'axe du cœur n'a pas changé ; la dextrocardie est acquise.

Quand on constate deux foyers de battements, les uns ont les caractères précédents et ce sont ceux de la base ; les autres donnent la sensation du choc nettement systolique, ce sont les battements de la pointe.

Ces deux foyers sont-ils à droite du sternum, le 2<sup>e</sup> plus à droite, l'axe du cœur est inversé : la dextrocardie est congénitale. Le 2<sup>e</sup>, au contraire, se trouve-t-il plus à gauche, à l'épigastre ou un peu à gauche du sternum, l'axe du cœur est normal : la dextrocardie est acquise.

Mais souvent le claquement diastolique est difficile à déterminer, quelquefois impossible. La percussion et l'auscultation nous donnent alors peu de renseignements, il faut recourir à l'examen radioscopique qui montrera le cœur tel qu'il est décrit dans les Obs. III et VI, dans les dextrocardies acquises. Dans les congénitales, au contraire, l'ombre du cœur sera inverse de l'ombre normale.

Enfin, dans tous les cas, il sera prudent de faire l'examen radioscopique, car, après avoir éliminé l'anévrisme, on ne peut admettre d'emblée la dextrocardie sans crainte d'erreur. Témoin cette observation de M. Galliard : Chez un tuberculeux ayant eu une pleurésie droite, on constata des battements dans les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> espaces intercostaux. La radioscopie pratiquée par M. Bécèle montra le cœur en place, masqué par le poumon gauche présentant un développement exagéré. Les battements observés à droite étaient dus au soulèvement de masses compactes, interposées entre le cœur et la paroi.

Quant aux variétés de dextrocardie acquise, elles sont faciles à distinguer.

Par pleurésie, on observera à gauche des signes de

pleurésie ; par sclérose pulmonaire, des signes de sclérose à droite. Cependant, le diagnostic des lésions pulmonaires est quelquefois difficile puisque, dans l'Obs. III, on fit d'abord le diagnostic de cavernes tuberculeuses, puis de pleurésie enkystée et c'étaient à l'autopsie des dilatations bronchiques.

Toutefois, l'examen radioscopique est très différent dans les dextrocardies par sclérose et les dextrocardies par pleurésie : c'est un moyen de contrôle évident.

Dans les premières : ombre diffuse de toute la partie droite du thorax avec souvent impossibilité de délimiter nettement la base du cœur ; clarté dans le côté gauche entier. Dans les secondes : obscurité du côté gauche en bas ; clarté du côté droit excepté près du bord droit du sternum où apparaît l'ombre de la base du cœur débordant cet os.

Les tumeurs du médiastin repoussant le cœur s'accompagnent de troubles de compression.

Ces signes pathognomoniques nous permettent maintenant de juger les nombreuses observations publiées comme dextrocardies par sclérose pulmonaire droite et qui nous ont paru au début si douteuses ;

Une seule parmi elles nous paraît tout à fait indiscutable : celle de M. Barbier.

Obs. X. — (BARBIER. *Société médicale des hôpitaux*, 23 février 1900).

X..., 28 ans, cocher, se présente le 15 janvier à la consultation de Bichat avec une éruption généralisée, papulo-maculeuse, de nature syphilitique, accompagnée d'un chancre sur le prépuce et de ganglions inguinaux gauches.

Assez chétif, thorax étroit et déprimé. A toujours toussé depuis une affection de poitrine qu'il aurait eue à l'âge de 13 ans. A ce moment il fut soigné pendant deux mois à l'hôpital des Enfants-Malades pour des signes probables d'imprégnation tuberculeuse (créosote et huile de foie de morue). On n'a jamais parlé de pleurésie. Depuis, il reste un peu tousseur, exposé de temps en temps à des recrudescentes et à des vomissements provoqués par la toux et survenant après le repas. Depuis deux mois, ces vomissements sont plus fréquents. Expectoration insignifiante. Aspect malingre ; mais ne souffre pas.

*Inspection et amplexion du thorax.* — Aplatissement et diminution assez marquée dans la moitié droite. Diminution de l'incursion thoracique de ce côté. Poumon droit : S. cl. : S. — ; R. faible ou nulle remplacée par un souffle à timbre caverneux ; V + très nettement. En arrière, même signe dans toute la hauteur du poumon.

Poumon gauche : S = ac + : R = ; V = :

En avant, sonorité dans la région cardiaque habituelle.

*Examen du cœur.* — Absence du cœur à gauche ; pas de choc de la pointe, pas de battements à la main ou à l'oreille, pas de matité.

A droite, au contraire, à un travers de doigt environ en haut et en dehors du mamelon droit, on perçoit à la vue et au toucher un soulèvement systolique qui fait d'abord penser à tort qu'il s'agit de la pointe du cœur déplacé. Par percussion on délimite une aire de matité ayant pour limites : en dedans, le bord gauche du sternum qu'elle dépasse légèrement ; en haut, une ligne passant à deux travers de doigt en dehors du mamelon ; en bas, la matité se confond avec la matité hépatique ; le foie et les autres viscères occupent leur situation normale.

A l'auscultation, on entend les bruits du cœur normaux à droite : il n'y a ni bruit de souffle, ni dédoublement.

La matité aortique à la base est peu appréciable, les battements de la carotide droite sont normaux, mais peu appréciables et certainement diminués à gauche.

La distribution de la matité cardiaque, le choc de la pointe qu'on croyait percevoir au niveau du mamelon droit avaient pu faire supposer que l'axe du cœur était en complète inversion, dirigé de haut en bas et de gauche à droite. Mais l'examen radioscopique montra sur l'écran : pour le poumon une transparence parfaite à gauche ; au contraire, une opacité irrégulière comme intensité,

mais continue du poumon droit de haut en bas. Pour le cœur, il n'y avait pas d'inversion de l'axe normal ; mais cet organe était attiré en bloc en conservant son obliquité normale en haut et à droite, de façon qu'il débordait le bord droit du sternum de 2 ou 3 travers de doigt, la pointe seule dirigée en bas et à gauche, dépassant encore le bord gauche du sternum de 1 à 2 centimètres seulement.

Nous voyons que cette observation concorde de tout point à la description donnée. Un homme de 28 ans, tousseur depuis longtemps, présente des battements à droite du thorax ; son côté droit est affaissé, le murmure vésiculaire à droite est faible ou nul, remplacé par un souffle à timbre caverneux ; à gauche, la sonorité et la respiration sont normales. L'examen clinique ne révèle par la direction de l'axe du cœur déplacé à droite, mais la radioscopie nous le montre nettement non inversé ; c'est donc déjà une dextrocardie acquise ; d'autre part, les signes cliniques et radioscopiques du poumon droit permettent d'affirmer que nous avons affaire à une dextrocardie par sclérose pulmonaire droite.

Une autre observation, sans être certaine cependant est tout au moins très probable : celle de M. NIESEL.

Obs. XI. — *Sur un cas de dextrocardie.* — (*Semaine médicale allemande, 1890*).

A la suite d'une pleurésie droite, conséquence d'une chute de cheval, un individu bien portant auparavant, présente des battements à droite du thorax. Celui-ci est aplati. Il existe à droite de la matité et de l'affaiblissement du murmure vésiculaire. A gauche de la sonorité partout, même à la région précordiale normale. Les battements du cœur sont sensibles à droite, mais l'auscultation permet de localiser chaque bruit : le premier à l'appendice xyphoïde, le deuxième au 4<sup>e</sup> espace intercostal droit.

L'axe du cœur serait donc normal et ce serait un cas de dextrocardie par sclérose pulmonaire droite. Cependant, ces différences d'auscultation sont si fines qu'il est permis de s'en méfier.

Les observations de MAC ALDOWIE, 1888 (*British medical journal*, 24 juillet 1888) sont au contraire très douteuses.

OBS. XII et XII bis.

Il s'agit d'individus qui n'ayant jamais eu d'affections pleuro-pulmonaires nettes, souffrent du côté droit. A l'inspection, le cœur bat à droite ; la percussion et l'auscultation montrent qu'il est déplacé à droite ; ses bruits sont normaux, mais on ne connaît pas la direction de son axe.

En conséquence, il est impossible d'affirmer la variété de dextrocardie.

Le cas publié par M. Capitan est aussi assez peu précis.

OBS. XIII. — *Un cas d'inversion du cœur exclusivement* (CAPITAN, *Société de Biologie*, 1898).

Un homme, âgé de 27 ans, a le poumon droit qui sonne et respire mal. « L'examen du cœur, dit M. Capitan, permet de constater ce  
« que dénote la palpation, qu'il est placé à droite dans une position  
« absolument symétrique de la position normale. L'aspect, dit-il  
« plus loin, est celui qu'on aurait si le cœur avait pivoté en masse  
« de gauche à droite, la crosse servant de base de rotation ».

L'axe du cœur serait donc inversé et la dextrocardie serait congénitale, mais l'examen radioscopique a fait admettre à M. le professeur Bouchard que le cœur avait été attiré à droite par la rétraction d'adhérences et fixé

dans cette position. Dans ce cas, il ne devrait donc pas y avoir inversion de l'axe du cœur. Peut-être M. Capitan a-t-il pris les battements perçus pour ceux de la pointe, alors qu'ils étaient probablement ceux de la base.

M. Gingeot a rapporté à la *Société médicale des Hôpitaux* (7 juin 1895) un cas qui est également très douteux comme dextrocardie par sclérose pulmonaire. La direction de l'axe du cœur n'est pas notée et toute opinion ne peut reposer que sur des probabilités.

De même le cas de M. FERNET. — *Dextrocardie sans inversion des viscères* (*Société médicale des Hôpitaux*, 11 décembre 1896).

Un individu, sans aucun trouble fonctionnel ni antécédent pathologique, présente des battements du cœur à droite. « Le cœur, dit M. Fernet, occupe une position « symétrique de celle qu'il devrait occuper à droite ». Ce serait donc une dextrocardie congénitale. M. Fernet penche pour une dextrocardie par sclérose pulmonaire droite ; son opinion ne doit donc être admise que sous réserve. Il en est de même de l'opinion de M. H. Petit sur un cas présenté à la Société médicale des Hôpitaux, le 16 juillet 1897. S'il est probable qu'il s'agit d'une dextrocardie par sclérose pulmonaire, rien ne l'affirme. Enfin, M. Constantin Paul a rapporté dans son *Traité des Maladies du cœur*, page 37, un cas observé par lui et rangé dans les cas de dextrocardie par sclérose pulmonaire droite. Son opinion est basée sur l'examen clinique du cœur qui lui montra son axe non inversé. La percussion seule lui aurait suffi. Peut-être, le contrôle de l'examen radioscopique aurait été utile dans ce cas.

D'autre part, M. Variot rapporte dans son journal un

cas de William Macleemann, publié comme dextrocardie consécutive à une atrophie du poumon droit pendant la vie fœtale. Ce cas semblerait rentrer dans la catégorie des dextrocardies par sclérose pulmonaire, mais la direction de l'axe du cœur n'est pas notée non plus.

Enfin, certains cas déroutent un peu la critique ; tel celui de M. Ducamp (Montpellier, 1891) où les battements du cœur se déplacent du côté où se trouve un épanchement pleural et reprennent leur place après la résorption de l'épanchement.

Tel encore celui de Van Ryn (*Journal de Médecine de Bruxelles*, 1894) où les battements du cœur sont perçus en arrière à la pointe de l'omoplate gauche.

Tel enfin celui de MM. Pascheles et Paltœuf, où la pointe du cœur était logée dans une encoche du foie.

---

## CONCLUSIONS

---

1° Les battements du cœur à droite dans les déplacements de cet organe s'observent dans deux conditions : dans les dextrocardies congénitales et dans les dextrocardies acquises, et ces dernières comprennent non seulement les dextrocardies par épanchement pleural gauche ou par tumeur du médiastin, mais encore les dextrocardies par sclérose pulmonaire droite.

2° Dans les dextrocardies par sclérose pulmonaire droite comme dans les dextrocardies par épanchement pleural gauche, le cœur est déplacé en masse, son axe n'a pas changé de direction et les battements perçus sont ceux de la base.

3° Les dextrocardies par sclérose pulmonaire droite proviennent de la rétraction du poumon droit, qui attire le médiastin et non des adhérences pleuro-péricardiques. C'est un déplacement par traction à droite par opposition aux déplacements par pression à gauche dans les épanchements pleuraux gauches.

4° Les maladies causales de la dextrocardie par sclérose pulmonaire droite sont celles qui produisent la sclérose, en particulier la tuberculose à tendance fibreuse chez l'adulte, la pleurésie et les inflammations pulmonaires de toutes sortes chez les gens âgés.

5° Les dextrocardies par sclérose pulmonaire droite, comme les dextrocardies par épanchement pleural

gauche, peuvent ne se différencier des dextrocardies congénitales que par la constatation de l'axe du cœur qui, dans ces dernières, est inversé.

6° L'axe du cœur peut se reconnaître cliniquement par la constatation du claquement diastolique de Freidreich, qui indique la base du cœur.

7° Dans tous les cas, l'examen du thorax donnera des signes d'une très grande probabilité.

8° La certitude ne pourra être acquise que par l'examen radioscopique, qui souvent sera le seul moyen de diagnostic.

9° La dextrocardie par sclérose pulmonaire droite se distingue de la dextrocardie par épanchement pleural gauche par les signes pulmonaires et également par la radioscopie.

10° Le déplacement du cœur est bien supporté dans tous les cas de dextrocardie par sclérose pulmonaire droite.

---

Vu :  
Le Doyen :  
BROUARDEL.

Vu :  
Le Président de la Thèse,  
BOUCHARD.

Vu et permis d'imprimer :  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,  
GRÉARD.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Abercrombie.** *Trans. of the medico-chir. Soc. of Edimb.* — *Revue méd.*, 1824, t. III.
- Mac-Aldowie.** Déplacement du cœur par la rétraction du poumon droit à la suite d'une ancienne pleurésie. *British med. J.*, 24 juillet 1888, p. 157.
- Costa-Alvarenga.** *Leçons cliniques des maladies du cœur.* Trad. BERTHERAND. — *Lisbonne*, 1878.
- Alivia.** Le déplacement du cœur à droite et l'hypertrophie du ventricule droit dans les adhérences pleurales totales. *Gaz. degli ospit.*, n° 70, 1886.
- Braune.** *Atlas.*
- Bamberger (von).** *Lehrb der krankh. des herzen*, 1857.
- Barbe.** *Archives générales de médecine*, 1885, t. I.
- Barbier.** Un cas de dextrocardie dans le cours d'une sclérose pulmonaire tub. droite. *Soc. méd. des hôpitaux.* Séance du 23 février 1900.
- Bard.** Refoulement du cœur à droite et dextrocardie congénitale. *Lyon méd.*, 1892 et 1893.
- De l'importance de la palpation du cœur ; données cliniques et signes nouveaux qu'elle fournit. *Lyon médical*, 1896, II, p. 248.
  - De la palpation large du cœur et des vibrations de fermeture des val. auriculo-ventricul. *Lyon médical*, 1897, I, p. 143.
  - Du refoulement du cœur à droite dans les épanchements pleuraux. *Médecine moderne*, 24 mars 1897.
- Barth et Roger.** *Traité pratique d'auscultation.*
- Béclère.** *Soc. méd. des hôpitaux*, 16 juillet 1897.
- Un cas d'empyème pulsatile. *Soc. méd. des hôpitaux*, 23 juillet 1897.
  - Les rayons Röntgen et le déplacement du cœur à droite dans les grands épanchements de la plèvre gauche. *Soc. méd. Hôp.*, 15 juill. 1898.
  - Le déplacement pathologique du médiastin pendant l'inspiration étudié à l'aide des rayons de Röntgen. *Soc. méd. Hôp.*, 6 juill. 1900.
  - Le diagnostic des affections thoraciques à l'aide des rayons de Röntgen. Rapport présenté au *Congrès international d'électrologie et de radiologie*, 31 juillet 1900.
- Bergonié et Carrière.** Résultats comparatifs de méthodes cliniques ordinaires et de l'examen fluoroscopique. *Académie des Sciences*, 6 décembre 1897.
- Bernheim et Laurent.** *Traité de médecine et de thérapeutique.*

- Bianchi.** Sur les déplacements des organes pendant l'évolution d'un épanchement pleural libre. *France méd.*, 5 février 1897.
- Bonet.** *Polythes sive thesaurus medico-practibus ex quibus libet rei medicæ scriptoribus congestus.* Genève, 1690.
- Boerhaave.** *Impetum faciens dictum Hippocratis per corpus consentiens*, 1745.
- Bouilly.** Recherches sur les rapports qui existent entre les signes de la pleurésie et la quantité de l'épanchement. *Arch. gén. de médecine*, 1876.
- Boulay et Bourges.** *Manuel de médecine.*
- Bousseau.** *Des signes qui permettent de reconnaître l'abondance des épanchements pleurétiques.* Th. Paris, 1879.
- Bouveret.** *Traité de l'empyème.*
- Capitan et Bouchard.** Un cas d'inversion du cœur exclusivement. *Soc. de Biologie*, 1898.
- Cardani.** *Commentarii in Hippocratis de aere aquis et locis opus*, 1569.
- Carrière.** Déplacement du cœur et des organes abdominaux dans les épanchements pleurétiques. *Presse médicale*, 17 décembre 1898 et *Echo médical du Nord*, 19 juin 1898, p. 828.
- Cassaët.** Déplacement du cœur après thoracentèse. *Arch. clin. de Bordeaux*, 1895.
- Cazes-Roman.** *Etude sur les adhérences du cœur.* Th. Paris, 1875.
- Charcot et Bouchard.** *Traité de médecine.*
- Cochez (A.).** Ectopie du cœur à droite consécutive à la pleurésie droite. *Gazette des hôpitaux*, 4 et 11 mai 1897.
- Comby.** *L'empyème pulsatile.*
- Conqueret.** *Choc du cœur.* Th. de Paris, 1857.
- Constantin Paul,** *Diagnostic et traité des maladies du cœur*, p. 37.
- Davies.** *Soc. roy. de médecine et de chirurgie de Londres*, février 1895.
- Debove et Achard.** *Manuel de médecine.*
- Dictionnaire médical*, 2<sup>e</sup> édit., t. VIII, p. 218. Paris, 1834.
- Dieulafoy.** *Manuel de pathologie interne.*
- Ducamp.** *Montpellier médical*, 1891.
- Duroziez.** *Traité clinique des maladies du cœur.*
- Eichhorst.** *Traité de diagnostic médical.* Trad. française, 1890.
- Fernet.** Du déplacement réel et du déplacement apparent du cœur dans les épanchements pleuraux. *Bull. soc. clinique de Paris*, 1878.
- Dextrocardie sans inversion des viscères. *Soc. méd. des hôpitaux*, 11 décembre 1896.
- Fraentzel.** *Krankh. der pleura.* in *Handl. der spec. Path.* (ZIMMSEN). Leipzig, 1875.
- Gamage.** *New England Journal of med. and surg.*, 1815, t. IV.
- Garnier.** Un cas de dextrocardie avec autopsie. *Presse médicale*, 28 juill. 1899.
- Gintraç.** *Journal de médecine de Bordeaux*, 1843.
- Gingeot.** *Soc. méd. des hôpitaux*, 7 juin 1895.
- Gueneau de Mussy.** *Clinique médicale*, 1874.
- Guttman.** *Traité du diagnostic des maladies des organes thoraciques et abdominaux.* Trad. HAHN. Paris, 1877.

- Hippocrate.** Trad. GARDEIL. Toulouse, 1801, t. II, p. 342.  
*Index-catalogue de Washington.*
- Kundrat.** *Berlin. klin. Vochensch.*, 1888.
- Laënnec.** *Traité de l'auscultation médiate.*
- Laffert.** *Die Verdrängung der Organe bei Pleuritis exsudativa.* Th. Wurzburg, 1884.
- Lancereaux.** *Gazette des hôpitaux*, 1880, p. 930.
- Laveran et Teissier.** *Manuel de pathologie médicale.*
- Leclerc.** Refoulement du cœur dans les épanchements pleuraux du côté gauche, à propos d'un cas de pulmothorax gauche. *Lyon médical*, 1897.
- Lépine.** Dextrocardie causée par la rétraction du poumon droit consécutive à une peribronchite syphilitique avec adhérences pleurales. *Soc. méd. des Hôp.*, 26 mai 1899.
- Lestage.** *Contribution à l'étude des déplacements du cœur consécutifs aux épanchements pleurétiques, avec fixation définitive de l'organe.* Th. Bordeaux, 1895.
- Maclemann William.** *Journ. de clin. et de thérap. infantiles*, 12 nov. 1896.
- Merklen.** *Sémiologie du cœur.*
- Moussous.** Etude expérimentale sur les déviations viscérales et déformations thoraciques produites par les épanchements pleurétiques. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 7 sept. 1890.
- Monneret et Fleury.** *Art. Hydrothorax du Compendium de méd. prat.*, 1842, t. II, p. 330.
- Mourtard-Martin.** Ectopie cardiaque pathologique consécutive à une pleurésie tub. *Soc. méd. des Hôp.* (Séance 15 janvier et 2 avril 1897).
- Netter.** *Maladies de la plèvre*, 1893. — *Traité des maladies des enfants.*
- Niemeyer.** *Éléments de pathologie interne.* Trad. CULMANN et SENDEL, 1863.
- Niesel.** Sur un cas de dextrocardie. *Semaine médicale allemande*, 1890.
- Oppolzer.** *Vorlesungen über spec. Path. med. Therap.*, 1866.
- Pascheles et Paltœuf.** *Soc. imp. roy. de méd. de Vienne*, juin 1897.
- Petit (H).** *Soc. méd. des Hôp.*, 16 juill. 1897.
- Peyrot.** *Etude expérimentale et clinique sur la pleurotomie.* Th. Paris, 1876.
- Pic.** *Lyon médical*, 1897.
- Pitres.** Sur les signes physiques des épanchements pleuraux et en particulier sur les déplacements du cœur. *Arch. clin. de Bordeaux*, 1896, n° 8.
- Riolan.** *Compendium universæ medicinæ*, 1606.
- Rivet.** Th. de Lyon, 1897-98.
- Van Ryn.** *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1894.
- Sallé.** Th. Paris, 1898-99.
- Sée (G).** *Maladies simples du poumon*, p. 462.
- Sénac.** *Traité de la structure du cœur, de son action et de ses maladies*, t. II, 1749, p. 320.
- Signeux.** Th. Paris, 1898.
- Van Swieten.** *Commentaria in Herm. Boerhaave aphorismos*, Parisitii, 1769.

**Tripier et Devic.** *Traité de pathologie générale* de BOUCHARD, 1897. Séméiologie du cœur et des vaisseaux.

**Wintrich.** *Krankh. der pleura.* in *Virchow's spec. Path. und Therap.*, 1854.

**Wuillez.** *Traité de percussion et auscultation*, 1879.

— *Archives de médecine*, août 1852.

— *Fibroplastie généralisée simulant un cancer du poumon.*

## TABLE DES MATIÈRES

---

	Pages.
AVANT PROPOS.....	5
INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE I <sup>er</sup> . — Dextrocardie congénitale (description).....	9
CHAPITRE II. — Dextrocardie par épanchement pleural gauche ou par tumeur du médiastin (Description)....	12
CHAPITRE III. — Dextrocardie consécutive à la sclérose pulmo- naire droite (Observations).....	16
SYMPTOMATOLOGIE. — SYMPTÔMES PHYSIQUES.....	47
SYMPTÔMES FONCTIONNELS.....	51
MARCHE.....	53
EXAMEN RADIOSCOPIQUE.....	53
ANATOMIE PATHOLOGIQUE.....	54
PATHOGÉNIE.....	55
ÉTIOLOGIE.....	58
CHAPITRE IV. — Diagnostic des dextrocardies.....	61
DISCUSSION D'OBSERVATIONS.....	64
CONCLUSIONS... ..	71
BIBLIOGRAPHIE.....	73

---



