

Nous ne pouvons insister plus longtemps sur cet aperçu des études sphygmographiques. Fort intéressantes au double point de vue de la physiologie et de la pathologie, elles ne peuvent servir au lit du malade, nous le répétons, qu'à contrôler et à affermir les données que fournissent les procédés habituels d'exploration.]

On entend différents bruits dans les artères. A l'état normal elles donnent un son mat, étouffé, simple aux membres, double au col. Dans l'état pathologique, ce bruit se transforme en un souffle simple ou double, en un murmure sibilant, sifflant, musical.

M. le docteur Duroziez (1), ancien chef de clinique de la Faculté, a fait connaître un nouveau signe des maladies du cœur, déduit de l'auscultation des artères. L'auteur résume ses remarques dans les conclusions suivantes :

« 1° Le double souffle intermittent crural, signalé par beaucoup d'auteurs dans l'insuffisance aortique, n'a jamais, à ma connaissance, du moins, été donné comme un signe constant de cette lésion.

« 2° Le plus souvent il n'existe pas, il faut le produire au moyen de la compression.

« 3° Dans l'insuffisance aortique, le sang, chassé au premier temps par le ventricule gauche jusqu'aux extrémités, reflue des extrémités vers le cœur, repoussé par les artères de la périphérie et attiré par le ventricule gauche.

« 4° Le doigt, comprimant l'artère à deux centimètres environ en amont du stéthoscope, produit le premier souffle; à deux centimètres en aval du stéthoscope, produit le second souffle, etc.

« 5° Le double souffle intermittent crural existe dans la fièvre typhoïde, dans la chlorose, dans l'intoxication saturnine, etc., mais passager; il est bientôt remplacé par des bruits contenus. »

Souffle prolongé dans l'aorte et perçu au dos jusqu'au sacrum, dans les cas de lésions aortiques. Nous avons rencontré le même phénomène chez un homme qui avait un énorme épanchement purulent dans le péricarde.

(1) Duroziez, *Archives générales de médecine*, 1861.

II. — PHÉNOMÈNES PRÉSENTÉS PAR LES VEINES.

En général, on n'observe dans ces vaisseaux que des phénomènes résultant de la gêne de la circulation en retour; mais ces accidents diffèrent suivant les régions.

Il est rare que les membres inférieurs présentent des lésions veineuses; la circulation intracardiaque n'est jamais assez embarrassée pour provoquer la formation de dilatations des veines, de varices permanentes. En général, ces dilatations dépendent bien plus de lésions de la veine cave inférieure et de ses branches que de toute autre chose; s'il y a un obstacle sur le trajet d'une des iliaques primitives, les veines du membre correspondant se distendent; s'il y a obstruction de la veine cave elle-même, il y a dilatation des veines des deux membres, et, de plus, dilatation des veines sous-cutanées abdominales, qui, recevant, au niveau de l'aîne, le sang des fémorales, le transportent dans les veines mammaires, et de là dans la veine cave supérieure. Dans un cas fort remarquable observé il y a quelques années, dans plusieurs hôpitaux, on a constaté une dilatation considérable avec battement des veines des membres inférieurs. On aurait pu rapporter ce cas à une affection cardiaque, mais la lésion était trop limitée pour cela; et, comme il y avait dans la région moyenne de l'abdomen un frémissement, un susurrus appréciable à la main et à l'oreille, comme la maladie était consécutive à une plaie pénétrante, on pensa qu'il y avait une communication anormale entre l'aorte et la veine cave, une varice anévrysmale en un mot.

Quand on trouve une dilatation seulement des veines des membres supérieurs, on peut croire que la lésion siège dans la veine cave supérieure, et non dans le cœur.

Nous avons cité ces exemples pour montrer que la dilatation des veines ne saurait être rapportée à une maladie du cœur si elle n'est générale; à moins cependant qu'elle ne siège, comme nous allons le dire tout à l'heure, dans des veines qui peuvent recevoir directement l'impulsion du cœur. Nous devons ajouter que cette dilatation générale est d'ailleurs extrêmement rare et tout à fait passagère. Nous n'en avons vu qu'un seul cas: c'est celui d'un garçon de seize ans qui fut couché, en 1853, au n° 7 de la salle Saint-Jean de Dieu (service de M. le professeur Bouillaud, à

l'hôpital de la Charité). Ce jeune homme avait une énorme hypertrophie du cœur, un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche et une dilatation des cavités droites. Le jour de son entrée à l'hôpital, il était très-fatigué, essoufflé, son cœur battait très-irrégulièrement; toutes les veines superficielles du col, des bras, des jambes, étaient remplies de sang, tendues, résistantes, comme si le sang y eût été coagulé. Plusieurs petites saignées, pratiquées à quelques jours d'intervalle, ramenèrent le calme dans la circulation, et la distension des veines disparut.

Il y a quelques veines qui sont plus directement sous l'influence du cœur que toutes les autres, et où l'on peut, par conséquent, observer des phénomènes sous la dépendance immédiate du cœur: ce sont les veines du col. Ces canaux sont, en effet, la continuation en ligne droite de la veine cave supérieure, et elles peuvent, en conséquence, sentir l'action des contractions de l'organe cardiaque. Aussi le sang y stagne quelquefois ou y reflue, d'où quelques signes importants (dilatation des veines, pouls veineux, reflux ascendant du sang).

La dilatation des veines occupe la jugulaire interne, la jugulaire externe et leurs branches afférentes; ces vaisseaux acquièrent le volume du doigt, celui de la veine cave elle-même; ils forment des flexuosités, des ampoules dont une surtout, placée au niveau de la clavicule, est particulièrement remarquable. On apprécie cette dilatation et cette ampoule sus-claviculaire en faisant faire une grande inspiration; le sang pénètre alors dans l'intérieur du thorax, et l'on voit se former une dépression quelquefois très-considérable, mais toujours en rapport avec le volume anormal des vaisseaux.

Le *pouls veineux* consiste en une dilatation des veines, isochrone aux battements du cœur, visible, mais jamais assez forte pour donner un choc sous le doigt. Le pouls veineux se montre aux jugulaires, surtout du côté droit, et quelquefois il s'étend jusqu'aux veines du bras. Si l'on place le doigt en travers sur le milieu de la veine pour en intercepter le calibre, on voit que la pulsation persiste dans la moitié inférieure, mais cesse dans la moitié supérieure. On ne confondra pas le pouls veineux avec les battements communiqués aux veines par les carotides.

Dans quelques cas, si l'on chasse le sang de la veine,

par une compression exercée avec le doigt, de haut en bas, et qu'on oblitère l'extrémité supérieure de la veine, on voit néanmoins le sang reparaitre brusquement et de bas en haut, refoulé de l'intérieur du cœur. C'est ce phénomène que nous nommons *reflux ascendant*. Quelquefois il ne se manifeste que dans les efforts de toux.

Ces trois accidents se montrent dans l'**hypertrophie de l'oreillette droite**, dans le **rétrécissement auriculo-ventriculaire droit**, dans l'**insuffisance de la valvule tricuspide**, et enfin dans l'**élargissement de l'orifice auriculo-ventriculaire** par suite de la dilatation des cavités droites. On comprend si facilement le mécanisme de leur production, que nous n'y insisterons pas.

[[Le pouls veineux de la veine jugulaire et le reflux ascendant sont, comme on vient de le voir, des signes précieux de l'insuffisance tricuspide; ils se rattachent directement à la récurrence de l'ondée sanguine dans la veine cave supérieure et dans ses branches, qui se produit à chaque systole cardiaque. Le même reflux du sang par l'orifice tricuspide a lieu dans la veine cave inférieure, et s'il se propage dans les veines sus-hépatiques, il peut donner naissance à des *battements du foie*: on sent alors, à chaque contraction du cœur, un mouvement d'expansion du foie qui coïncide exactement avec le pouls veineux des jugulaires. Ce symptôme, peu fréquent à la vérité, avait été déjà signalé par Sénac et Kreysig; il a été plus récemment étudié par Friedreich et surtout par M. Mahot, qui lui a consacré un travail intéressant (1).]]

III. — PHÉNOMÈNES PRÉSENTÉS PAR LES CAPILLAIRES.

Lorsque la gêne de la circulation veineuse dure depuis longtemps, les veinules de différentes parties du corps se distendent; de là la formation de réseaux visibles sous la peau ou dans son épaisseur et le gonflement de certaines régions; le *facies propria* des maladies du cœur (Corvisart) tient en partie à cette cause. En effet, on observe alors l'épaississement des paupières, des lèvres; l'injection des vaisseaux des conjonctives; la formation d'étoiles veineuses

(1) Mahot, *Des battements du foie dans l'insuffisance tricuspide*. Thèses de Paris, 1869.

sur les pommettes, le nez, les oreilles ; de petites tumeurs molles et variqueuses à la surface interne des lèvres, des joues, etc.

Quand la gêne de la circulation ne date pas de longtemps, mais qu'elle est très-considérable, on observe à la face, aux lèvres, aux mains, aux pieds, une teinte bleuâtre asphyxique, qu'on nomme *cyanose*. Les individus affectés de **persistance du trou de Botal** ont une cyanose qui peut tenir au mélange du sang artériel et du sang veineux, mais qui pourrait bien aussi s'expliquer par la gêne de la circulation veineuse ; car il y a toujours, ou presque toujours alors, un rétrécissement considérable de l'artère pulmonaire ou quelque lésion analogue qui agit à la manière de ce rétrécissement.

La circulation capillaire peut être gênée au point d'amener la gangrène des extrémités.

Mais, comme on le voit, ces phénomènes ne se manifestent et ne peuvent se manifester que dans des maladies mécaniques, dans des affections avec entrave de la circulation ; aussi ne les observe-t-on pas dans la **péricardite** et l'**endocardite aiguë**, dans l'**atrophie simple du cœur**, dans les **insuffisances** (excepté celle de la **valvule tricuspide**), mais on les trouve dans tous les **rétrécissements d'orifices**.

Si l'on consulte le pouls capillaire (voy. *Maladies du système nerveux*, p. 274), on trouve qu'il présente aussi des indices d'un trouble et d'un ralentissement considérables de la circulation.

IV. — PHÉNOMÈNES PRÉSENTÉS PAR LES MUQUEUSES ET PAR LA PEAU.

Nous avons signalé la coloration violette de la peau dans quelques cas, sa teinte jaune cireuse dans les maladies organiques très-avancées ; quelquefois elle est le siège d'un ictère dépendant d'une hypertrophie et d'une congestion du foie, très-communes dans beaucoup d'affections. Sa température est généralement basse dans la cyanose par persistance du trou de Botal, et les malades sont très-impressionnables au froid. Elle s'éraïlle quand il y a anasarque, et quelquefois se déchire, se perfore, se gangrène, pour laisser passer le liquide accumulé dans les mailles du tissu

cellulaire. Alors elle devient souvent le siège d'une gangrène envahissante ou d'un érysipèle qui se termine à son tour par mortification.

Beaucoup de muqueuses sont le siège de congestions passives, de stases mécaniques du sang, d'où des hémorrhagies par diverses voies, des flux catarrhaux, etc. On attribue certaines espèces d'hémorroïdes à des maladies du cœur, mais cette origine est douteuse. Nous avons vu souvent des épistaxis dans les insuffisances aortiques.

Parmi les phénomènes que l'on observe du côté de la peau, on doit surtout remarquer la *cyanose*.

Cette expression a été employée abusivement par M. E. Gintrac, pour indiquer les communications congénitales ou accidentelles entre les cavités droites et les cavités gauches du cœur. Le nom de *cyanose* ne devrait être usité que pour indiquer la coloration bleue ou livide de la peau ; et, si on voulait continuer à s'en servir pour dénommer la lésion du cœur que nous venons d'indiquer, il conviendrait de l'appeler *cyanose par persistance du trou de Botal*.

Considérée d'une manière générale, la cyanose n'est qu'un symptôme, et, à ce titre, elle rentre dans le cadre de ce livre.

Elle est caractérisée de la manière suivante : teinte bleuâtre ou livide de la peau et des membranes muqueuses visibles à l'extérieur ; turgescence légère ou engouement de ces membranes ; dilatation variqueuse des veinules superficielles ; abaissement de la température de la peau, refroidissement facile ; tendance à l'œdème et aux eschares.

La cyanose peut être permanente ou passagère ; cependant, même dans le cas où elle dérive d'une lésion organique permanente, elle est plus ou moins prononcée : ainsi, chez les enfants, elle augmente par les efforts, les cris, les pleurs, et diminue dans les moments de repos et de calme. Elle est quelquefois limitée à une partie du corps, aux muqueuses, aux extrémités.

Cet accident dépend de la stase du sang dans les vaisseaux capillaires et des obstacles qui s'opposent à sa rentrée dans les cavités droites du cœur.

La cyanose se montre dans les maladies suivantes :

Au début des accès de **fièvre intermittente** (forme algide) ; alors elle est souvent générale. Dans les accès de

fièvre intense; dans ces cas, elle est partielle et se révèle par un cercle bleu autour des yeux, la lividité des lèvres, la couleur bleuâtre des ongles, la décoloration et la flaccidité de la peau; dans la période algide du **choléra sporadique** et du **choléra épidémique**; enfin dans toutes les **maladies du cœur** où il y a obstacle à la circulation veineuse; tels sont: les rétrécissements des orifices auriculo-ventriculaires, les dilatations du cœur, l'amincissement de ses parois, l'affaiblissement de sa force contractile (astolie de M. Beau), les épanchements abondants dans le péricarde, le déplacement du cœur, les communications anormales entre les oreillettes ou entre les ventricules, l'anévrysme variqueux de l'aorte et de la veine cave supérieure, les oblitérations de cette même veine, etc.

Comme on le voit, la cyanose n'est qu'un symptôme et son importance diagnostique n'est pas grande; en effet, elle ne sert qu'à fixer l'attention sur un certain nombre de maladies, et le diagnostic doit s'appuyer sur d'autres éléments.

V. — PHÉNOMÈNES PRÉSENTÉS PAR LE TISSU CELLULAIRE.

Nous avons dit que l'on n'observait dans les maladies du cœur ni amaigrissement ni embonpoint remarquables. Mais le tissu cellulaire est fréquemment le siège d'une filtration œdémateuse plus ou moins considérable.

L'œdème ou l'anasarque des maladies du cœur est généralement froid ou passif, c'est-à-dire sans chaleur, ni rougeur, ni douleur de la peau, et sans réaction fébrile; il est mou, indolent, pâteux, à moins qu'il n'y ait une distension extrême de la peau; il se produit d'abord dans les parties les plus déclives du corps, c'est-à-dire aux jambes; dans les premiers temps il ne se manifeste que le soir, mais bientôt il devient permanent; on le voit ensuite remonter aux cuisses, à la paroi de l'abdomen et au tronc, au scrotum et à la vulve. Ce n'est que dans les cas les plus avancés qu'il gagne la face et les membres supérieurs. Cet œdème s'accroît par l'exercice, la fatigue, et diminue ou disparaît par le repos au lit.

Quand il est extrême, il produit la déchirure de la peau; la sérosité s'écoule; la petite plaie, constamment baignée par ce liquide, s'ulcère, s'enflamme; un érythème ou un

érysipèle se produit, gagne les points voisins et se termine souvent par une gangrène mortelle.

Ce n'est que dans des cas extrêmement rares qu'on voit l'œdème se manifester d'abord à la face et aux bras.

Quand l'œdème est un peu étendu, il se forme presque toujours de l'épanchement dans les différentes séreuses du corps.

Cet œdème des maladies du cœur se distingue de celui de la maladie de Bright par l'absence d'albumine dans l'urine; à la vérité l'urine en contient quelquefois, mais toujours fort peu; elle est très-colorée; d'ailleurs, l'anasarque de l'albuminurie commence par la face; il disparaît facilement et à plusieurs reprises, et ne s'accompagne d'aucun phénomène sérieux du côté du cœur.

On voit aussi survenir l'anasarque dans la cachexie des fièvres intermittentes, dans celle du cancer, du scorbut; chez les tuberculeux, chez les chlorotiques extrêmement affaiblis; chez les malades affectés de pleurésie chronique simple ou double.

[Toutes les maladies des orifices du cœur peuvent donner lieu à l'œdème, au moment où, par suite de leurs progrès, la circulation en retour se trouve entravée d'une manière permanente. Parmi ces maladies l'insuffisance aortique est celle dans laquelle l'œdème se produit le plus tardivement. Lorsque, chez un malade qui présente depuis longtemps les signes rationnels d'une maladie de cœur et une hypertrophie considérable, l'œdème fait défaut, il y a grande chance pour qu'on ait affaire à une insuffisance aortique.]

Ajoutons que, dans ces derniers temps, M. le docteur Oulmont (1) a signalé une forme très-remarquable d'œdème, due à l'**oblitération de la veine cave supérieure**. Cette oblitération est produite soit par coagulation spontanée du sang, soit par des concrétions cancéreuses formées dans la veine, soit aussi par des tumeurs extérieures qui rapprochent et compriment ses parois; les anévrysmes de l'aorte, les tubercules des ganglions bronchiques, les tumeurs cancéreuses des poumons sont les plus importantes à signaler.

(1) Oulmont, *Des oblitérations de la veine cave supérieure*. Paris, Mém. de la Société d'observation. Paris, 1856.

Lorsque la veine cave est ainsi oblitérée, il y a stase du sang dans toutes les veines de la partie supérieure du corps, et ensuite dilatation de toutes les veines collatérales (intercostales, azygos) qui peuvent rétablir la circulation par la veine cave inférieure.

Rien n'est plus facile à comprendre que la production et le mode de succession des symptômes de cette affection, car ils sont entièrement mécaniques. Le début a lieu d'une manière lente, par de la dyspnée, des palpitations, de la toux, des hémoptysies; puis on voit survenir un œdème de la face, qui s'étend ensuite aux bras et à toute la partie supérieure du corps; la partie inférieure en est exempte, puisque la circulation en retour, par la veine cave inférieure, n'éprouve aucun obstacle. On observe ensuite de la cyanose de la face et la dilatation de quelques veines superficielles, quelques hémorrhagies par le poumon et par les fosses nasales; mais surtout des troubles cérébraux.

Lorsque la circulation collatérale s'est rétablie, on peut voir diminuer ou disparaître l'œdème, mais la cyanose persiste.

L'œdème limité à la tête, aux bras et à la partie supérieure du tronc est le caractère pathognomonique de la maladie. Cependant on pourrait confondre ce cas avec le début de la *maladie de Bright*, qui, en effet, commence souvent par un œdème de la face. Mais dans ce dernier cas, il n'y a pas de cyanose, l'œdème se généralise et s'accompagne d'épanchements dans les cavités séreuses; l'urine contient une *grande* quantité d'albumine. Si l'œdème avait disparu, on pourrait penser à une communication des cavités droites et gauches du cœur, maladie nommée improprement *cyanose*. Le diagnostic serait impossible s'il n'existait pas une dilatation marquée des veines sous-cutanées, comme témoignage de l'obstruction de la veine cave supérieure.

L'œdème de la partie supérieure du corps et tous les autres symptômes énumérés plus haut appartiennent encore à une autre affection des gros vaisseaux, **anévrisme variqueux ou artérioso-veineux de l'aorte et de la veine cave supérieure**. L'obstacle à la circulation en retour du sang veineux explique l'identité des symptômes. Le diagnostic se tirera des considérations suivantes: l'anévrisme variqueux débute brusquement, les accidents arrivent à leur

summun d'acuité en quelques jours; la marche de la maladie est si rapide, que la mort survient du troisième au dixième jour; enfin on constate, par l'auscultation, l'existence d'un bruit de souffle et d'un frémissement vibratoire très-intense, à la partie droite et supérieure du sternum.

VI. — PHÉNOMÈNES PRÉSENTÉS PAR LES MEMBRANES SÉREUSES.

A une certaine époque des maladies du cœur, les séreuses deviennent le siège d'un épanchement plus ou moins abondant, mais passif et sans traces d'inflammation; c'est le résultat d'une gêne extrême de la circulation. Quelquefois ces épanchements sont antérieurs à l'anasarque, le plus souvent ils lui sont consécutifs. Mais il existe, pour l'abdomen, une cause particulière d'épanchement, qui fait que l'ascite est plus commune que l'hydrothorax et l'hydropéricarde, et qui fait aussi qu'elle précède quelquefois l'œdème des jambes. Cette cause est l'hypertrophie du foie. Lorsque cette augmentation de volume succède promptement à une maladie du cœur, on voit survenir une ascite plus ou moins forte, avant que tout autre phénomène d'hydropisie se soit manifesté; il serait facile de confondre les cas de ce genre avec la cirrhose, si les malades n'avaient pas des douleurs assez prononcées, un foie volumineux et des traces de maladie du cœur.

Les épanchements dans les plèvres sont presque toujours doubles, indolents, ne se traduisant que par une augmentation de la dyspnée. Ceux du péricarde produisent peu de phénomènes. Il est très-rare de voir des épanchements sérieux dans les cavités du cerveau et dans les méninges; quand il s'en manifeste, on voit survenir les accidents de la compression aiguë ou lente du cerveau. L'ascite produite par une maladie du cœur, soit directement, soit par l'intermédiaire du foie, n'est jamais considérable, et lorsque, par hasard, elle prend un grand développement, on peut presque toujours la rattacher non plus à une congestion du foie, mais à une cirrhose concomitante de la maladie du cœur.

Nous avons vu quelquefois, dans diverses séreuses, un liquide séro-sanguinolent, mais c'est un cas rare.

VII. — PHÉNOMÈNES PRÉSENTÉS PAR L'APPAREIL RESPIRATOIRE.

Aphonie dans certains anévrysmes de l'aorte, par suite de la compression ou de la destruction du nerf récurrent laryngé du côté gauche. Œdème de la glotte dans quelques cas. Dyspnée, accès d'asthme, nécessité de se tenir assis sur le lit, sur le bord du lit, les jambes pendantes, etc. L'influence des maladies pulmonaires sur la dyspnée qui se manifeste dans les affections cardiaques est considérable. Ces maladies sont le plus habituellement : la congestion ou l'apoplexie pulmonaire, l'œdème, les épanchements pleurétiques. On ne peut donc nier qu'elles ne soient une des causes les plus ordinaires de la dyspnée. Mais il ne faut pas oublier la part qui revient aux oblitérations vasculaires dans la production de ce phénomène. Les cas de dyspnée extrême survenant rapidement et quelquefois promptement mortelle se rapportent presque toujours à des oblitérations.

[M. Peter a récemment appelé l'attention sur les accidents pulmonaires auxquels la grossesse expose les femmes atteintes de maladie du cœur et que, pour cette raison, il appelle gravidocardiaques. C'est spécialement dans les cas de maladie mitrale qu'on voit ces accidents survenir : ils consistent spécialement en congestions pulmonaires intenses, accompagnées quelquefois de catarrhe suffocant et même d'hémoptysies, dont l'intensité et la violence sont telles, qu'elles peuvent en un court espace de temps mettre la vie de la femme en grand danger, dans d'autres circonstances entraîner l'avortement ou la mort du fœtus. Ces accidents se montrent surtout à partir du cinquième mois de la grossesse ; M. Peter les attribue à l'augmentation de la masse totale du sang chez la femme enceinte et à l'hypertrophie du cœur pendant la grossesse ; les émissions sanguines paraissent être le meilleur moyen de les combattre (1).]

VIII. — PHÉNOMÈNES PRÉSENTÉS PAR L'APPAREIL URINAIRE, LE TUBE DIGESTIF, LES CENTRES NERVEUX, ETC.

En général, urine peu abondante, foncée, contenant quelquefois un peu d'albumine, et souvent du sucre.

(1) Peter, *Leçons de clinique médicale*. Paris 1873, p, 178.

M. Gendrin signale des accidents qu'il nomme *diurèse colligative*, « et qui consistent dans l'excrétion habituelle d'une quantité d'urine supérieure à celle des boissons ingérées. C'est ordinairement pendant la nuit que cette excrétion est surtout abondante. L'urine est incolore, sans albumine. La diurèse colligative n'est pas toujours continue; lorsqu'elle existe, la dyspnée est ordinairement diminuée; la diurèse précède presque toujours l'anasarque, et, presque toujours, reconnaît pour cause les obstacles qui ont leur siège aux orifices, et surtout aux orifices auriculo-ventriculaires. Cependant on l'observe assez souvent dans quelques cachexies, dans la chlorose, par exemple (Aran). »

Pour le tube digestif, nous avons déjà cité les hémorrhagies par les muqueuses, par l'intestin, les lésions du foie, l'ictère, l'ascite, etc.

Du côté du cerveau, on observe des congestions passives ou actives, des hémorrhagies, des suffusions séreuses, etc. En général, ces accidents sont le résultat de rétrécissements; mais nous avons vu, une fois, survenir une hémorrhagie cérébrale chez une femme affectée d'insuffisance aortique.

[En terminant cet exposé général des symptômes propres aux maladies du cœur, nous devons brièvement rappeler les signes propres à une forme particulière de l'endocardite, encore à l'étude, l'**endocardite ulcéreuse**.

M. Bouillaud, dans son *Traité des maladies du cœur*, parle d'une endocardite *typhoïde*, en faisant remarquer toutefois qu'il ne s'agit pour lui que d'une endocardite modifiée par un état typhoïde du malade, mais non d'une endocardite donnant lieu par elle-même à des symptômes typhoïdes.

Depuis la publication de l'ouvrage de M. Bouillaud, des faits analogues ont été observés, et on décrit aujourd'hui, sous le nom d'*endocardite ulcéreuse*, une forme particulière caractérisée anatomiquement par des ulcérations de l'endocarde et donnant lieu à une double série de symptômes dont les uns, locaux, ne diffèrent pas de ceux de l'endocardite ordinaire, et dont les autres, généraux, éloignés, donnent à la maladie une physionomie toute particulière.

On a admis deux formes principales d'endocardite ulcéreuse, la *typhoïde* et la *pyoémique*.