

sueurs qui accompagnent la tuberculose un peu avancée ne permettront pas de confondre cette maladie avec la cachexie syphilitique. Celle-ci se différenciera de la cachexie cancéreuse, dans laquelle la peau, douce, mince, fine et satinée, revêt une coloration jaunâtre plutôt que bronzée. L'œdème des membres est au reste moins commun dans la syphilis que dans la tuberculose et le cancer, où il est ordinairement lié à une thrombose veineuse.

Le pronostic des affections syphilitiques tertiaires des glandes hémopoiétiques est généralement très-grave. Les fonctions de ces glandes une fois troublées, l'organisme se trouve dans les plus fâcheuses conditions; la modification subie par le liquide destiné à entretenir la vie des organes et le jeu des rouages de l'organisme place l'individu dans une sorte de cercle vicieux dont il lui est difficile de sortir. Les spécifiques doivent être employés concurremment avec l'hydrothérapie; mais lorsque les lésions ganglionnaires sont étendues, l'action des agents thérapeutiques est douteuse. S'il m'est arrivé parfois de ramener à la santé des malades profondément amaigris et cachectiques, souvent aussi la médication spécifique est une sorte de contre-sens. Le dépérissement fait des progrès; puis survient le marasme, l'état cachectique se prononce de plus en plus, et trop souvent il finit par la mort.

ARTICLE VI. — APPAREIL DE LA CIRCULATION.

La syphilis ne porte pas son action avec une égale fréquence sur tous les organes circulatoires, et cela sans doute en raison des différences de structure qui leur sont propres. Le cœur et ses enveloppes sont le plus fréquemment affectés; viennent ensuite les artères, car il n'est pas douteux que certaines lésions artérielles ne soient tributaires de la syphilis. Quant aux veines, aucun fait positif ne démontre qu'elles aient jamais subi les atteintes de cette maladie.

On ne peut songer à contester l'existence déjà ancienne de ces affections, bien qu'elles aient jusque dans ces derniers temps à peu près complètement échappé à l'attention des observateurs. Sans nul doute, une étude rétrospective un peu attentive les ferait reconnaître, dans quelques observations, sous les noms d'induration cardiaque, de tubercules ou de cancer du cœur. Parmi les observations rassemblées par le professeur Bouillaud (1), quelques-unes présentent avec les nôtres une si grande ressemblance anatomique, qu'il y a lieu de croire à une identité dans la nature du mal. Le péricarde et le cœur peuvent être isolément ou simultanément affectés.

§ 1. — Péricardite syphilitique.

Wilks et Virchow admettent l'existence d'une péricardite syphilitique. Le dernier de ces auteurs rapporte un fait dans lequel des cordons membraneux unissaient le cœur au péricarde; il y avait en même temps une myocardite. Aucun autre observateur, à ma connaissance, n'a parlé de cette manifestation

(1) Bouillaud, *Traité des maladies du cœur*, Paris, 1835, t. II, art. *Tubercules et Cancer du cœur*.

de la syphilis. Néanmoins, malgré ce silence qui témoigne de la rareté des lésions syphilitiques du péricarde (1), je ne puis hésiter à rattacher à la syphilis les altérations que présente cette toile fibro-séreuse dans deux des observations qui me sont personnelles.

Dans un de ces faits, l'épaississement du péricarde rappelle jusqu'à un certain point la phlegmasie interstitielle des organes parenchymateux; dans l'autre, l'existence d'une tumeur saillante à la surface interne de cette membrane ne manque évidemment pas d'analogie avec les gomme de ces mêmes organes. Cette tumeur, grosse comme une petite noisette, de coloration jaunâtre, de consistance un peu molle, coïncidait avec d'autres altérations syphilitiques et présentait tous les caractères objectifs des gomme en même temps qu'elle en avait la composition histologique (obs. XXVII).

Aucun trouble fonctionnel ne fut ici la conséquence du désordre anatomique; mais on conçoit très-bien qu'il puisse en être autrement, et qu'une tumeur gommeuse faisant saillie dans la cavité du péricarde puisse gêner les mouvements du cœur, déterminer un bruit de frottement, et quelquefois même devenir le point de départ d'une péricardite secondaire.

Ainsi, dépôts gommeux diffus ou circonscrits et péricardite membraneuse chronique, telles sont les altérations qui, dans des cas très-rares, se montrent du côté du péricarde; mais tandis que le dépôt gommeux peut être indépendant de toute lésion cardiaque, la péricardite simple est, comme nous allons le voir, le plus ordinairement liée à un désordre anatomique du tissu musculaire du cœur.

§ 2. — Myocardite syphilitique.

BIBLIOGRAPHIE. — RICORD, *Clinique iconographique de l'Hôpital des vénériens*, planche XXIX, et *Gazette des hôpitaux*, août 1845, n° 401. — LEBERT, dans *Atlas d'anatomie pathologique*, t. I, pl. LXVIII. — LHONNEUR, dans *Bulletin de la Société anat.*, année 1856, p. 12. — R. VIRCHOW, *La syphilis constitutionnelle*, Paris, 1870, p. 408. — S. WILKS, *On the syphilitic affections of internal organs*, p. 41. — RUTH. HALDANE, dans *Edinburgh Med. Journal*, t. VIII, p. 435, septemb. 1862. — LANCEREAUX, *Etudes sur les lésions viscérales syphilitiques*, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1864. — E. WAGNER, *Das Syphilom der Herzens und der Gefässe in speciellem*, *Archiv d. Heilkunde*, 518, 1866. — M. MORGAN, *The Dublin Quarterly Journ.*, t. LII, p. 42, et *Archiv. de Méd.*, t. II, p. 99, 1872. — J. HUTCHINSON, *London Hospital Reports*, III, p. 382, 1866.

L'un des premiers (2), Corvisart chercha à établir une relation étiologique

(1) Dans une observation de Wagner il est bien question d'un dépôt gommeux du péricarde; mais l'existence de la syphilis n'y est pas suffisamment démontrée.

(2) Portal (*Anat. médicale*, Paris, 1803) dit que le virus vénérien peut produire l'érosion du cœur et en affaiblir les parois. Ne pouvant résister à l'effort du sang, celles-ci se relâchent, et les cavités du cœur sont agrandies et dilatées. Cela est prouvé, ajoute-t-il, par de nombreuses observations de Morgagni, de Sénac, Lieutaud, etc.; mais ces observations sont peu concluantes.

Le cas suivant, qui se trouve cité dans les *Mémoires de la Société royale de médecine*, année 1775, n'est peut-être pas sans quelque valeur à ce point de vue :

Une fille de vingt-deux ans, renfermée dans l'hôpital de Perpignan, mourut après avoir présenté les symptômes les plus graves de la syphilis constitutionnelle, et de plus des accidents du côté du cœur avec une douleur pongitive dans cette région. L'autopsie cadavérique montra une large ulcération qui occupait la face postérieure du cœur dans toute l'étendue des deux

entre la syphilis et les affections cardiaques. De la ressemblance des végétations valvulaires du cœur avec les excroissances vénériennes des parties génitales, il conclut à l'identité d'origine de ces productions morbides (1).

Sans doute, l'idée était bonne, mais elle ne reposait que sur une analogie grossière et toute défectueuse. Aussi Laennec (2) crut-il devoir mettre en doute l'opinion de son illustre prédécesseur. Plus tard, le professeur Bouillaud, formulant la remarquable loi de coïncidence des affections cardiaques et du rhumatisme articulaire aigu (3), montra qu'il fallait, dans les faits rapportés par Corvisart, reconnaître plutôt l'influence de la maladie rhumatismale que celle de la syphilis. Julia essaya (4) de remettre en honneur les idées de Corvisart en s'appuyant sur la même comparaison; mais ce qu'il dit des ulcérations du cœur n'est pas fait pour entraîner la conviction. D'ailleurs, comme la plupart des altérations syphilitiques des viscères, celles du cœur ne peuvent être comparées qu'aux lésions tertiaires de la vérole; elles se présentent sous les mêmes formes anatomiques diffuse et circonscrite que nous avons déjà rencontrées dans les muscles de la vie animale.

Étude anatomique. — La myocardite syphilitique diffuse accompagne presque toujours les dépôts gommeux du cœur. Un cas observé par Virchow présente à la fois une myocardite gommeuse du cœur droit et une myocardite simple du ventricule gauche. Ce ventricule tout entier était dilaté, et vers la pointe existait un diverticule capable de recevoir une noix muscade dans sa cavité tapissée par un endocarde épaissi, scléreux, et en partie remplie par un thrombus adhérent aux parois. Les deux muscles papillaires de la valvule mitrale étaient presque complètement ratatinés et transformés en cordons durs et aplatis, constitués par un tissu blanchâtre, analogue au tissu de cicatrice; à leur sommet les fibres musculaires existaient encore. Les fibres tendineuses, celles du muscle papillaire postérieur particulièrement, étaient raccourcies et un peu épaissies. La lame antérieure de la valvule mitrale était aussi épaissie. Sur presque toute l'étendue du ventricule, l'endocarde était blanc bleuâtre ou jaunâtre, d'un aspect terne; il était épaissi, inégal, mamelonné, et ne présentait de caractères normaux qu'à la base du ventricule et au niveau de la cloison. Au-dessous de l'endocarde, le tissu musculaire du cœur avait disparu et était remplacé par un tissu fibreux relativement très-vasculaire, comme oedématié et très-différent de l'endocarde dur et rigide; en plusieurs points de ce tissu existaient des tubérosités aplaties ou arrondies, d'un blanc jaunâtre, de consistance sèche, ferme, résistante, caséuse (5).

ventricules. Au fond de cet ulcère on ne trouvait plus que quelques fibres musculaires qui formaient une toile très-mince et qui furent rompues par une légère pression du doigt. La substance cardiaque environnante était notablement indurée: le cœur avait 11 pouces 8 lignes de circonférence au-dessous des oreillettes, et l'ulcère avait 9 pouces 2 lignes et demie.

(1) *Essai sur les maladies du cœur*, p. 89, édit. de l'*Encyclopédie des scienc. méd.*

(2) *Traité de l'auscultation*, t. III, édit. Meriadec Laennec, Paris, 1831.

(3) *Traité des maladies du cœur*, Paris, 1835.

(4) *Gazette médicale de Paris*, 1845.

(5) *Loc. cit.*, p. 111 et suiv.

Cette altération s'est une fois présentée à mon examen en l'absence de dépôts gommeux, elle occupait également le ventricule gauche. Moins étendue que dans le fait de Virchow, elle se trouvait caractérisée par la présence d'un tissu fibreux blanchâtre, parsemé sur quelques points de taches jaunâtres. Ce tissu formait dans la paroi ventriculaire des intersections (1) jusqu'à un certain point comparables à celles qu'on voit normalement dans certains muscles de la vie animale, dans les muscles grands droits en particulier; le cœur était augmenté de volume. Dans un cas rapporté par Hutchinson, semblable altération se rencontrait à une période moins avancée de son évolution. La surface du cœur était semée de taches ecchymotiques et la substance musculaire présentait dans son épaisseur, principalement à gauche, des taches d'un gris jaunâtre. A l'examen microscopique, on voyait entre les fibres musculaires des cellules semblables aux leucocytes et de nombreux globules graisseux.

Lorsqu'on suit cette altération dans ses diverses phases d'évolution, et c'est chose facile, parce que l'âge des différents points lésés est d'ordinaire très-différent. Voici ce que l'on observe: d'abord, vascularisation et apparition de noyaux et de petites cellules arrondies sur le sarcolemme ou dans la trame connective, et apparence ecchymotique du tissu affecté; puis formation de fibres de tissu conjonctif sur quelques points; en d'autres endroits, au contraire, métamorphose graisseuse des éléments nucléaires et cellulaires, d'où la coloration jaunâtre ci-dessus indiquée; en même temps, et secondairement à la formation de substance conjonctive, dégénération granulo-graisseuse des fibres musculaires dont le contenu peut être complètement résorbé.

Ainsi caractérisée, cette forme de la syphilis cardiaque, qui ne diffère pas de la myosite syphilitique diffuse, doit être distinguée de la myocardite du rhumatisme et de celle que produit quelquefois l'abus prolongé des boissons alcooliques. A ne considérer que leurs caractères objectifs, ces diverses altérations sont difficilement séparables; d'autres caractères heureusement permettent de les différencier: c'est, dans le cas d'affection rhumatismale, la lésion presque constante des orifices et des valvules du cœur; dans le cas d'une intoxication alcoolique, la surcharge adipeuse de la base du cœur, la coloration jaunâtre et la dégénérescence graisseuse des fibres musculaires en dehors de la région envahie par la phlegmasie.

La myocardite gommeuse diffère tellement des lésions cardiaques non syphilitiques, qu'il est permis d'avancer avec certitude qu'elle présente un cachet de spécificité incontestable (2). La description que nous allons en don-

(1) En suivant sous le champ du microscope les fibres musculaires qui venaient aboutir à ces sortes d'intersections fibreuses, nous avons pu constater la disparition progressive des contours du myolemme et nous assurer que celui-ci était le point de départ de la nouvelle formation. La multiplication nucléaire que l'on y constatait nous porte à penser qu'au moins dans quelques cas les fibres musculaires du cœur sont susceptibles de subir une véritable transformation fibreuse.

(2) On se convaincra de la vérité de cette assertion en comparant les figures de l'*Iconographie* de Ricord et de l'*Atlas* de Lebert avec celles qui font partie de ce travail.

ner repose sur l'analyse de neuf faits rapportés par divers auteurs (1) et par nous-même. Dans ces faits, l'altération cardiaque a pour siège :

Les deux ventricules.	2 fois.
Le ventricule gauche.	3 fois.
Le ventricule droit.	2 fois.
La cloison interventriculaire.	1 fois.
L'oreillette droite	1 fois.

Les parois des cavités du cœur sont ainsi le siège habituel de l'altération, les valvules et les orifices restent le plus souvent intacts; telle est la première donnée que nous fournit cette analyse qui n'est pas sans intérêt puisqu'elle peut servir à différencier les affections syphilitiques du cœur des lésions rhumatismales. Est-ce à dire cependant que les orifices du cœur avec leur structure fibro-séreuse échappent complètement à l'action de la syphilis? Je n'oserais l'affirmer, car chez un homme à l'autopsie duquel je trouvai des exostoses, une perforation des os du crâne, un foie parsemé de dépressions et de sillons cicatriciels, il existait un épaississement circonscrit du bord libre de la valvule mitrale, et la valvule tricuspide, siège d'un semblable épaississement, présentait à sa partie moyenne une perforation large de près de 1 centimètre. Les cordages tendineux aboutissant à cette valvule étaient atrophiés, les colonnes charnues, fermes et de coloration blanchâtre, étaient abondamment pourvues de tissu fibreux.

La myocardite gommeuse, surtout quand il s'y ajoute une myocardite diffuse, contribue à l'augmentation de volume du cœur par l'épaississement de la paroi ventriculaire et par la dilatation consécutive du ventricule lésé. Dans ces conditions, la forme de l'organe est modifiée par le fait de la prédominance relative d'une cavité sur l'autre. La consistance du tissu cardiaque affecté est ferme, sa résistance est grande partout où des éléments musculaires sont remplacés par du tissu fibreux. La surface externe de l'organe, blanchâtre ou légèrement décolorée, conserve son état lisse et égal; mais quelquefois de petites tumeurs jaunâtres font saillie à la surface interne. L'endocarde est épaissi, blanchâtre, dur, comme cartilagineux dans certains cas, et toujours intimement adhérent au tissu sous-jacent. C'est au sein de ce tissu, dans l'épaisseur des muscles ou de la trame fibreuse qui les remplace, que siègent les dépôts gommeux. Ceux-ci sont arrondis, plus ou moins réguliers et du volume d'un pois; quelquefois ils ont le volume et la forme d'un haricot (voyez pl. II, fig. 1), d'un noyau de cerise ou même d'un œuf de pigeon. Ils sont le plus souvent multiples, quelquefois solitaires, petits, ou bien encore placés l'un à côté de l'autre, en amas ou en groupes. De consistance ferme ou caséeuse, de coloration grisâtre ou jaune blanchâtre, les tumeurs gommeuses sont enveloppées d'une sorte d'atmosphère fibreuse grisâtre vasculaire, elles sont homogènes à la coupe, sèches plutôt qu'humides, et ne diffèrent pas, quant à leurs caractères microscopiques, des gommages des autres organes; elles sont composées des mêmes éléments de tissu conjonctif, tantôt à la période d'évolution progressive, tantôt à la période de régression. Les

(1) Ricord, Lebert, Lhonneur, Virchow, Wilks, Haldane, Morgan.

fibres musculaires comprises au sein d'une semblable altération sont toujours plus ou moins profondément modifiées. Elles peuvent présenter tous les degrés de l'altération graisseuse, depuis l'état à peine granulé jusqu'à la disparition complète du contenu du sarcolemme; leur coloration est en rapport avec la plus ou moins grande abondance des granulations qui s'y trouvent déposées.

Les dépôts syphilitiques du cœur sont soumis à la même évolution pathologique que les gommages du tissu cellulaire et des muscles, c'est-à-dire que, par le fait de la métamorphose régressive qu'ils sont appelés à subir, ils se ramollissent peu à peu, et, s'ils ne sont pas résorbés, ils peuvent déterminer l'ulcération des parties voisines; de là issue possible de la substance qui les compose dans les cavités cardiaques, embolies et infection générale, ainsi que semble le démontrer le fait observé par Oppolzer. Un homme porteur de syphilis est tout à coup frappé d'hémiplégie, et succombe au bout de quelques jours. On constate à l'autopsie un ramollissement du lobe moyen de l'hémisphère droit avec oblitération de l'artère de Sylvius. Audessous des valvules aortiques existent deux petits orifices conduisant dans une cavité capable de contenir un haricot, et qui paraît avoir été produite par une tumeur gommeuse ramollie (1). Gardons-nous de conclure d'après ce seul fait que les gommages peuvent fréquemment se vider dans les cavités du cœur, car l'endocarde, le plus souvent épaissi, s'oppose à cette fâcheuse terminaison.

Notons, pour compléter l'étude des lésions cardiaques d'origine syphilitique, que deux fois, dans les faits qui nous sont personnels, les parois ventriculaires gauches, très-notablement épaissies, présentaient à la coupe une surface lisse, brillante, d'aspect lardacé, de coloration gris jaunâtre et d'une consistance légèrement onctueuse. La cavité ventriculaire était en même temps dilatée. Cette altération, caractérisée histologiquement par la transformation de la fibre musculaire en une masse homogène et brillante, peut être rapprochée de la dégénérescence amyloïde, que nous avons vue dans le foie, d'où un certain degré de ressemblance entre les lésions syphilitiques des organes de l'abdomen et celles du cœur. Celles-ci sont en résumé la myocardite simple et la myocardite gommeuse, accompagnée ou non d'endocardite ou de péricardite, et enfin la dégénérescence lardacée, qui, comme nous le savons, n'a qu'une relation indirecte avec la syphilis. Il m'est impossible d'admettre avec Morgan une affection cardiaque sans lésion matérielle, surtout en l'absence de faits sûrement démonstratifs; de même, je ne puis rattacher à la syphilis un cas dans lequel Janeway (2) trouva les valvules aortiques racornies, épaissies et couvertes de végétations. Dans ce cas, où rien ne prouve l'influence de la syphilis, pas plus les caractères anatomo-pathologiques que le traitement, je ne vois qu'une simple coïncidence de syphilis et d'affection cardiaque.

Je ne ferais que répéter ce que j'ai déjà dit plus haut, si je voulais énumérer les caractères qui distinguent les gommages du cœur des néoplasmes tubercu-

(1) Voyez dans *Schmidt's Jahresb.*, 1860, p. 89 et suiv., l'art. de Meissner.

(2) Janeway, Syphilis, cause de maladie cardiaque, *The Medical Recorder*, feuillet 15, 1872 et *Gaz. hebdomadaire*, 1872.

leux et cancéreux. Ces dernières lésions, toujours secondaires lorsqu'elles envahissent le cœur, ne subissent pas la prompte dégénérescence graisseuse des tumeurs gommeuses.

Étude symptomatique. — La plupart des faits qui servent à notre analyse ne fournissent, il faut bien le reconnaître, que des données symptomatiques fort incomplètes, car une mort inattendue ou subite est venue le plus souvent emporter les malades. Les symptômes observés sont les uns fonctionnels, les autres physiques. Les palpitations ont rarement fait défaut, elles étaient énergiques, violentes, accompagnées d'une impulsion forte à la région précordiale, et d'un désordre manifeste des battements du cœur, désordre qui se traduisait au pouls par l'irrégularité et un sentiment de faiblesse plus ou moins grande, avec de la dyspnée et de l'oppression. A ces symptômes s'ajoutaient, dans les derniers temps de la vie surtout, une douleur vive et une sensation pénible de gêne à la région précordiale. On observait la décoloration de la peau du visage, un léger degré de cyanose aux lèvres et aux extrémités, un œdème en général peu marqué. Les vaisseaux veineux du cou et des extrémités étaient le plus souvent distendus et, en fin de compte, survenaient tous les symptômes de l'asystolie.

La matité du cœur, mesurée par la percussion, a paru plus étendue que dans l'état physiologique. L'auscultation a révélé des bruits plus sourds, et deux fois un souffle très-léger accompagnait le premier bruit normal et avait son maximum à la pointe. Je me contente de rappeler ici les symptômes d'infection secondaire mentionnés dans le fait d'Oppolzer.

La marche des affections que je viens de décrire a toujours été lente, progressive et insidieuse. Leur durée, généralement longue, est presque impossible à déterminer, justement à cause de la difficulté qu'on éprouve à préciser le début. La mort a été la terminaison constante dans les faits que j'ai cités. Survenue lentement et peu à peu dans trois cas, elle a été une fois rapide et brusque, quatre fois presque subite, et la suite très-probable d'un arrêt primitif des battements du cœur. Cette issue ne doit pas surprendre quand nous savons que les parois ventriculaires sont le siège spécial de l'altération. Cependant, il faut savoir que celle-ci n'a pas la mort pour conséquence forcée, et que la guérison peut avoir lieu avec ou sans dilatation partielle du cœur.

Un malade observé pendant près de six mois nous a fourni la preuve de ce que nous avançons. Il s'agit d'un homme jeune, bien constitué, d'une bonne santé habituelle, et qui présentait, au moment de son entrée à l'Hôtel-Dieu, en même temps qu'un léger œdème des extrémités une augmentation considérable du volume du foie. Cet organe descendait jusqu'à l'ombilic; sa surface ne paraissait pas lisse, mais légèrement bosselée; le cœur, à peine plus volumineux, ne présentait aucun bruit anormal, mais ses battements étaient très-irréguliers, et le malade accusait une oppression qui datait de plusieurs mois: les autres organes étaient sains. Malgré l'absence d'antécédents avoués, le malade, en raison de l'état de son foie, fut soumis à un traitement spécifique, et pendant plusieurs mois il prit de l'iode de potassium. Or, sous l'influence de ce médicament, nous vîmes l'oppression disparaître, le cœur reprendre sa régularité, et le foie diminuer de volume au point de ne plus

dépasser que de un à deux travers de doigt le rebord costal. La cachexie, en même temps, fit place à un certain embonpoint.

Diagnostic. — Dans le cœur pas plus que dans les autres viscères, les affections syphilitiques n'ont de signes véritablement pathognomoniques. Aussi, pour les reconnaître, faut-il avant tout diagnostiquer l'infection générale. Cependant je ferai remarquer que ces affections constituent dans la classe des lésions cardiaques un groupe distinct et qu'il est le plus souvent possible de différencier des affections rhumatismales. Effectivement, vu leur localisation dans l'épaisseur des parois musculaires, les affections syphilitiques du cœur se manifestent à peu près uniquement par de l'oppression, de la dyspnée, de l'irrégularité dans les battements du cœur et de l'inégalité dans le pouls; tandis que les affections rhumatismales, qui ont pour siège spécial les valvules du cœur gauche et particulièrement la valvule mitrale, produisent en général un souffle intense et sont accompagnées d'un œdème accusé au bout d'un certain temps (1). La myocardite rhumatismale, la myocardite alcoolique et les dilatations secondaires des cavités cardiaques, ne donnant parfois lieu à aucun bruit de souffle, se rapprochent davantage des affections syphilitiques du cœur, d'autant mieux que, comme ces dernières, elles se manifestent à une certaine période par des phénomènes d'asystolie. Dans ces conditions, les antécédents du malade, l'existence ou l'absence de la cachexie seront d'un grand secours pour le diagnostic (2). Le fait suivant peut donner une idée des difficultés du diagnostic en pareil cas et de la possibilité de les surmonter.

Une femme âgée de trente-sept ans entre à l'Hôtel-Dieu pour se faire traiter d'exostoses situées à la partie antérieure des tibias. Cette femme, d'une force et d'une constitution ordinaires, n'a jamais fait de maladie sérieuse; il y a six ans environ qu'elle a contracté une syphilis. C'est à cette maladie que se rattachent évidemment les exostoses dont elle est affectée aujourd'hui. Mais cette femme est en outre pâle, décolorée, amaigrie, elle a un foie qui débord de deux à trois travers de doigt le rebord costal. Elle accuse de l'essoufflement, une sensation de gêne précordiale, des palpitations violentes. La percussion montre que le cœur est augmenté de volume, et l'auscultation y révèle un souffle doux. Les battements de cet organe sont irréguliers, le pouls est faible et dépressible. Ne

(1) C'est en tenant compte de ces symptômes que nous sommes parvenus à éloigner l'idée d'une affection syphilitique du cœur chez un malade que nous avons soigné récemment et qui avait tout à la fois une syphilide circonscrite du cuir chevelu, une double orchite syphilitique et une affection cardiaque. Cette affection, qui se traduisait par un souffle présystolique se prolongeant vers la pointe, nous fit diagnostiquer une endocardite rhumatismale; il y avait eu antérieurement d'ailleurs une attaque de rhumatisme articulaire. Le foie, volumineux mais lisse, douloureux à la pression, nous parut simplement hyperémié. La mort, survenue plus tard, vint confirmer ce diagnostic, en dévoilant l'existence d'une endocardite scléreuse avec rétrécissement mitral.

(2) On me permettra de faire remarquer que j'ai, le premier, si e ne me trompe, cherché à montrer que les affections du cœur présentaient des différences anatomiques et symptomatique en rapport avec leur provenance. De même, je crois avoir établi des distinctions importantes dans cet état anatomique du foie connu depuis Laennec sous le nom de cirrhose, et j'avoue sincèrement que j'ai été quelque peu surpris de voir reproduire quelquefois textuellement ce que j'ai écrit à ce sujet, sans qu'on se soit donné la peine de citer la source.