

seule qu'on observe généralement dans les altérations organiques du cœur. Les phénomènes stéthoscopiques ne se sont plus modifiés, ils ont seulement pris plus de rudesse, un timbre plus râpeux surtout à la pointe, et peu de jours après la chute de la fièvre, les souffles ne différaient en rien de ceux qu'aurait pu donner une lésion semblable remontant à plusieurs années ; du reste, souffle au premier temps à l'orifice tricuspide et aortique, souffle continu du premier et du second temps à la pointe, deux bruits normaux dont le premier était difficilement perceptible à l'orifice pulmonaire, tous ces signes persistaient sans changement ; les frottements péricardiaques étaient de plus en plus forts, mais, au lieu d'être également entendus dans tous les points de la région comme les premiers jours, ils avaient disparu par places, de sorte qu'on trouvait disséminés sans ordre entre les points à frottements, des points silencieux qui n'avaient certainement pas existé dans le début ; cette particularité qu'il était très facile d'apprécier en se servant d'un stéthoscope d'un très petit diamètre, jointe à ce fait que les changements de position du malade n'apportaient aucune modification ni dans les frottements eux-mêmes, ni dans les rapports respectifs des points bruyants et des points silencieux, était pour moi la preuve d'adhérences partielles entre les deux feuillets du péricarde. J'appelle votre attention sur ce signe qui est nouveau, et je vous prie de bien vous pénétrer des conditions dans lesquelles il est vraiment révélateur. Si je n'avais observé cette péricardite qu'à cette seconde période, alors qu'il y avait déjà ce mélange de zones à frottements et de zones muettes, je ne pouvais tirer de là aucune conclusion relativement à des adhé-

rences, je devais tout simplement admettre que la péricardite n'était pas générale ; mais je constate pendant plusieurs jours la présence de frottements littéralement étendus à la totalité de la région, puis je vois les bruits disparaître par places, tandis qu'ils persistent à côté avec une force égale, sinon plus grande ; enfin, je constate que cette disposition est définitive ; elle n'est donc pas imputable à un commencement de résolution, et ma conclusion est la seule possible : des adhérences partielles ont fait disparaître les frottements sur certains points. Dans ces conditions, la valeur de ce signe est absolue, et je m'applaudis d'avoir eu l'occasion de vous le faire connaître, à propos d'un cas où il a été observé avec toute la précision désirable. *L'extinction partielle disséminée des bruits de frottement dans le cours d'une péricardite qui a produit d'abord des frottements généralisés sur tous les points, est un signe d'adhérences partielles du péricarde.*

Dans cette situation si grave, l'état du malade fut pendant quelques jours assez satisfaisant ; à notre grande surprise, il n'avait pas de dyspnée, il toussait à peine, il conservait la même pâleur qu'au début, nulle part nous ne trouvions d'œdème, l'urine n'était pas albumineuse.

C'est en grande partie au séjour continué au lit que j'attribue cette immunité temporaire.

Les lésions du cœur bornaient leurs effets, en apparence du moins, aux signes stéthoscopiques ; les phénomènes de l'hématose insuffisante, qui est certaine en pareil cas, ne se traduisaient que par l'inertie du processus nutritif, par l'affaiblissement rapide, et par un amaigrissement qui déjà, vers le vingtième jour, éveillait l'idée d'un

marasme prochain. En voyant se prononcer de plus en plus les signes physiques du rétrécissement mitral, je m'attendais à chaque instant à une hémorrhagie pulmonaire, malgré l'existence de l'insuffisance tricuspide ; sur ce point mes prévisions ont été réalisées, mais par une altération tout à fait exceptionnelle, qui ne permettait pas de reconnaître l'hémorrhagie pendant la vie. — Un matin on nous dit que le malade a été pris dans la nuit d'une oppression assez considérable ; je constate pour la première fois un peu d'œdème aux membres inférieurs, une teinte légèrement cyanosée de la face et des extrémités ; l'oppression persiste et augmente dans la journée, le lendemain le patient est dans l'assoupissement que détermine si souvent l'anoxémie à la période ultime des maladies du cœur, et le jour suivant il meurt en cet état ; c'était le vingt-neuvième jour depuis le début de l'attaque de rhumatisme, le vingt-deuxième depuis l'apparition des accidents cardiaques ; il y avait dix-sept jours que la fièvre et les manifestations articulaires avaient complètement cessé.

Voici les pièces anatomiques. La péricardite s'affirme par la présence d'un revêtement néo-membraneux à saillies inégales qui occupe principalement, mais non exclusivement la face antérieure du cœur et le feuillet correspondant du péricarde ; cette péricardite est sèche, malgré la longueur de l'agonie, il y a à peine quelques gouttes de liquide, et il ne pouvait en être autrement en raison des adhérences multiples qui cloisonnent la cavité ; notez bien ces adhérences qui démontrent la valeur du nouveau signe que je vous ai indiqué. — L'endocardite est vraiment générale, car non seulement elle occupe les

valvules en des points que nous allons préciser, mais sur les colonnes charnues, sur les muscles papillaires, vous pouvez voir l'endocarde épaissi et opaque, et ces modifications, surtout en raison de l'âge du sujet, dénoncent à coup sûr un processus inflammatoire. Les valvules pulmonaires sont intactes, ainsi que nous l'avions reconnu ; mais vous avez un exemple d'une lésion fort rare, il y a une endocardite tricuspide ; les trois lames de la valvule sont rigides, boursoufflées ; l'une d'elles présente sur sa face intérieure, près du pourtour de l'anneau, des dépôts granuleux multiples ; la perte, au moins partielle, de la souplesse des lames explique parfaitement l'insuffisance que nous avons diagnostiquée d'après le souffle systolique xiphoïdien. J'insiste expressément sur cette altération, d'abord en raison de la justesse du diagnostic, laquelle démontre une fois de plus l'importance pratique de nos quatre foyers d'auscultation du cœur ; puis en raison de sa rareté qui est vraiment extrême, sauf, vous le savez, chez les nouveau-nés. — L'état du ventricule gauche est rigoureusement conforme au diagnostic formulé ; l'endocardite des colonnes charnues, des muscles papillaires, est plus accusée qu'à droite ; l'épreuve de l'eau démontre que les valvules aortiques sont suffisantes, mais elles sont rugueuses, turgescents, indurées ; de là le souffle systolique au foyer de l'aorte avec conservation du second bruit normal. Quant aux lésions de l'orifice mitral, elles dépassent tout ce que l'on voit d'ordinaire ; les valvules, déformées par les dépôts qui les recouvrent, sont revenues sur elles-mêmes et remontées vers l'anneau, elles ont perdu tous leurs caractères de lames membraneuses, et représentent de grosses nodosités rugueuses adhé-

rentes entre elles de manière à former une sorte d'entonnoir à sommet inférieur; l'insuffisance est donc aussi complète que possible; en fait, au point de vue de la fonction, il n'y a plus de soupape. L'orifice mitral est tellement rétréci qu'il admet à peine l'extrémité du petit doigt; après incision, sa circonférence ne mesure que 44 millimètres et demi, au lieu de 93 à 95 millimètres, moyenne chez l'adulte; eu égard au degré de la sténose, je ne connais pas un autre exemple semblable à celui que nous avons sous les yeux. En présence de cette altération colossale, qui entravait au maximum la déplétion des veines pulmonaires, on a peine à concevoir l'absence de rupture vasculaire dans les poumons; je ne vois à ce fait qu'une seule explication, c'est l'insuffisance tricuspide qui diminuait d'autant l'ondée sanguine dans l'artère pulmonaire; mais même en tenant compte de cette insuffisance qui, à ce point de vue, peut être dite compensatrice, l'absence d'hémorragie considérable reste tout à fait insolite; il en est de même du défaut de cyanose et de stase cervicale. — Avec une endo-péricardite aussi étendue, on devait supposer que le tissu du cœur était devenu grasseux; cette présomption a été confirmée par l'examen microscopique qu'a bien voulu pratiquer avec son zèle ordinaire mon interne M. Sevestre; il y a une dégénérescence granulo-graisseuse des fibres musculaires dans toute la couche superficielle sous-jacente au péricarde; même à l'œil nu, vous pouvez voir que cette couche contraste par sa décoloration avec les parties profondes du myocarde.

Je vous ai dit qu'il n'y a pas eu d'hémorragie pulmonaire; vous voyez, en effet, que les poumons ne pré-

sentent ni infiltration ni foyer; il n'y a donc certainement pas eu d'hémorragie, dans le sens ordinaire du mot; mais il y a eu non moins certainement des hémorragies punctiformes extrêmement nombreuses; c'est la seule interprétation possible de l'altération vraiment singulière des poumons; je n'ai, pour ma part, jamais rien vu de semblable, et je ne pense pas qu'une lésion de ce genre ait été signalée dans des conditions pareilles à celles de notre malade. Si vous examinez à l'œil nu la surface de ces poumons, vous la voyez piquetée dans toute son étendue d'un semis rougeâtre ou rouge-brun qui rappelle, sauf pour l'intensité de la teinte, l'aspect des poumons pigmentés des vieillards; les taches qui composent ce semis sont régulièrement rondes, bien isolées les unes des autres, en aucun point vous ne les trouverez confluentes. Le microscope démontre que ces taches sont formées par de petits amas de granulations d'hématine disséminés à la surface des organes. Cela est déjà fort singulier, car ce n'est pas de la sorte que se présentent les hémorragies capillaires punctiformes, lorsqu'elles sont récentes. Mais ce n'est pas tout: sur une coupe pratiquée dans l'épaisseur du poumon, vous retrouvez des points qui ont la même apparence et la même nature que les précédents; puis vous remarquez en outre de petits îlots d'un brun rouge, ayant tous les caractères extérieurs des points de pneumonie miliaire au début. Or, dans ces points-là, qui sont en minorité relativement aux précédents, le microscope montre encore des granulations d'hématine, mais ces granulations, au lieu d'être libres, sont contenues dans des cellules d'apparence épithéliale. Cette disposition est très facile à constater, elle est si