

médiatement ou immédiatement appliquée sur la poitrine, mais l'on peut s'assurer dans ce cas de la persistance des bruits normaux en éloignant légèrement l'oreille de la poitrine.

En résumé, la contraction des oreillettes, qui n'est jamais qu'imparfaite, et qui commence celle des ventricules, est sans bruit normal. C'est dans les ventricules que se produisent les deux bruits du cœur. Le premier a sa cause première dans la contraction des ventricules, et sa cause immédiate dans les vibrations qui résultent du changement de forme imprimé à la colonne de sang. Le deuxième a sa cause première dans le relâchement des ventricules immédiatement suivi de l'entrée du sang dans leurs cavités, et sa cause immédiate dans la percussion du liquide contre les parois du cœur à la base des ventricules.

La durée totale de tous les actes par lesquels le cœur remplit ses fonctions, se mesure par l'intervalle des chocs du cœur ou des systoles des ventricules, ou par les intervalles des diastoles des artères. Le temps qui mesure cette durée totale varie d'un quatre-vingtième à un soixantième de minute dans l'état normal.

La durée particulière de chacun des actes du cœur qui se succèdent d'une systole à la suivante est difficile à déterminer par la difficulté de mesurer ces espaces de temps aussi courts, et de fixer nettement leurs limites. Toutefois, on peut parvenir, avec un certain degré d'exactitude, à cette appréciation par le moyen de l'auscultation, à cause de l'aptitude extrême que possède l'organe de l'ouïe d'apprécier la durée relative des sons et de leurs intervalles.

Les premières tentatives pour mesurer la durée des actes du cœur ont pris naissance dans l'école iatromathématique; elles appartiennent à Jacques Keill, qui pratiquait la médecine à Northampton, dans les dix-neuf premières années du dix-huitième siècle. Ce médecin ne dit pas comment il parvint à déterminer la mesure qu'il adopta; il nous semble difficile qu'il y soit parvenu sans percevoir les bruits du cœur. Quoi qu'il en soit, il établit que la systole remplit un tiers de l'intervalle d'une systole à l'autre, et que tout le reste de cet intervalle se trouve rempli par la péricardite et la diastole. Dans cette hypothèse, l'action du cœur n'était que d'un tiers de la durée totale du temps, c'est-à-dire huit heures par jour.

Laënnec a fixé, de nos jours, la durée des actes du cœur de la manière suivante: la systole des ventricules serait d'un quart de tout l'intervalle d'une systole à une autre, puis la diastole d'un quart à un tiers de tout cet intervalle. Le reste du temps mesure la durée du repos du cœur. Presque tous les médecins ont adopté ces indications de mesure.

Nous croyons qu'on doit et qu'on peut aisément apporter beaucoup plus de précision dans la détermination du temps des différents actes du cœur. Il importe d'autant plus de le faire, que, pour déduire des changements que subissent les actes du cœur, des signes des maladies de cet organe, l'on doit apprécier avec exactitude tous les moments de ces actes. Voici comment nous y parvenons. Nous prenons pour type la mesure la plus fréquente de la durée de tous les actes du cœur, qui est d'une

seconde, c'est-à-dire soixante pulsations systoliques par minute. La durée de la contraction, comme convulsive et toujours brusque des ventricules, peut se mesurer par la durée du choc; dans l'état normal, cette durée est moindre que vingt-quatre tierces ou deux cinquièmes de seconde; on peut aisément le reconnaître avec une montre à échappement ordinaire, qui frappe trois coups par seconde, un coup initial marquant le commencement de chaque seconde, un coup médian marquant le milieu de la seconde, et un coup terminal marquant la fin de la seconde. Le choc du cœur et le bruit systolique correspondent au premier bruit de percussion de la montre; le deuxième bruit est ordinairement terminé quand la montre frappe son deuxième coup. La contraction systolique, le temps de silence qui la suit et le bruit diastolique, se font ainsi en trente tierces, ou une demi seconde.

On entend deux battements distincts de la montre et, entre le bruit de diastole et le choc systolique suivant, par conséquent, il s'écoule plus de trente tierces pour le temps durant lequel le cœur s'étant relâché, et ayant ainsi permis l'entrée du sang dans ses cavités, reste dans un état complet de repos qui va se terminer par la contraction. En mesurant ainsi la durée de différents actes du cœur, on arrive à reconnaître que la contraction active et énergique du cœur remplit moins d'un quart du temps total des actes du cœur, puisqu'en y ajoutant la durée du premier silence qui excède la durée du premier bruit et la durée du second bruit, on n'a que la moitié de la seconde, ou trente tierces.

La conséquence la plus saillante de ces observations, c'est que l'action contractile active du cœur ne dure pas un quart du temps. On reconnaît aisément par l'ouïe, d'après la durée de la péricardite, qu'il faut au cœur, pour se relâcher et arriver de l'état de contraction active à l'état de repos et de passivité complète, un temps presque double de celui de la contraction initiale instantanée, apprécié par la durée du choc et du premier bruit du cœur. Ainsi, cet organe qui agit d'une manière continue, n'est, en réalité, à l'état d'action vive que pendant moins de quatre à cinq heures par jour, à l'état de relâchement progressif pendant moins de six heures, et à l'état de repos passif complet pendant plus de douze heures par jour.

La durée des exacerbations et des décroissements de l'activité circulatoire dans les gros vaisseaux se déduit aisément de ces observations. La distension passive des gros troncs artériels nés du cœur a nécessairement la durée de la contraction active du cœur, moins de quinze tierces par seconde. Elle décroît ensuite progressivement sous l'influence de la réaction élastique des parois artérielles pendant la péricardite du cœur, c'est-à-dire pendant que le cœur se relâche; ce temps comporte une durée de moins d'un quart de seconde c'est la période de systole ou d'activité des grosses artères. Le repos de ces vaisseaux dure ensuite plus de trente tierces. Pendant ce temps-là, les artères sont à l'état de péricardite; il y a équilibre entre leurs parois rétractiles et la résistance de la masse de sang qui les remplit.

Pour les oreillettes, il y a un temps de rétraction subite quand le sang pénètre dans les ventricules

relâchés: cette rétraction instantanée dure beaucoup moins qu'un quart de seconde. Les oreillettes se contractent immédiatement avant la systole ventriculaire; nous n'avons aucun moyen de mesurer la durée de cette contraction qui est silencieuse, et ne s'annonce à l'état normal par aucun phénomène appréciable. Cette contraction se limite immédiatement par la systole ventriculaire, pendant laquelle l'oreillette se relâche et arrive à l'état passif dans lequel elle reste durant toute la péricardite, c'est-à-dire pendant près de quinze et vingt tierces.

Pour les grosses veines afférentes au cœur, les exacerbations et les décroissements dans la circulation sont réglés, dans leur durée et leur succession, par les changements qui se manifestent dans les cavités du cœur. Dans l'état normal, aucun phénomène appréciable ne nous permet d'en mesurer l'étendue et la durée; on le conçoit facilement par la connaissance des actes successifs qui s'accomplissent dans les cavités du cœur.

Le sang, arrivant continuellement par les troncs veineux, tend à distendre l'oreillette pendant la contraction auriculaire. Cette distension ne peut se faire parce que l'oreillette contractée résiste; mais cette distension devient possible et se fait progressivement à mesure que l'oreillette se relâche; alors les veines se dégorgent. Dès que le cœur, en se relâchant, permet au sang d'arriver dans ses cavités, l'oreillette et les grosses veines afférentes se vident rapidement et la circulation, activée ainsi dans les grosses veines, s'accélère et remplace le sang qui a pénétré dans les ventricules; alors il y a repos des troncs veineux, et ce repos, qui n'est en réalité qu'un relâchement, dure autant que le péricardite, c'est-à-dire au moins une demi-seconde. Pendant ce temps-là, le relâchement des grosses veines et des oreillettes est progressivement décroissant par l'afflux continu du sang qui arrive continuellement par ces vaisseaux vers les oreillettes.

### § III. DES PHÉNOMÈNES MORBIDES DES ACTES DU COEUR OU SÉMÉIOLOGIE GÉNÉRALE DES MALADIES DU COEUR.

**SOMMAIRE.** (a) *Des palpitations.* Des différents phénomènes qui se rapportent à chaque acte du cœur dans les palpitations. Des bruits anormaux du cœur que les palpitations font naître. Des phénomènes qui se présentent dans l'action des artères et des veines par suite des palpitations. Observations générales sur les symptômes secondaires des maladies du cœur. — (b) *Des déplacements de la pointe du cœur.* Des signes qui indiquent que ce déplacement est lié au déplacement de tout le cœur ou seulement à un changement dans le volume du cœur. Des différents changements de position de la pointe du cœur. — (c) *Des changements dans la sonorité précordiale.* Limites normales de la matité précordiale. De l'influence de l'emphysème pulmonaire sur la matité précordiale. Rapports de la matité précordiale avec les changements de volume du cœur. De la matité dans les épanchements péricardiaques. De la matité due aux tumeurs anévrysmales des grosses artères, même du cœur.

Le plus simple des phénomènes morbides qui se

produise dans les actes de l'appareil central de la circulation, sont les palpitations. Dans l'état physiologique, le choc du cœur sur les parois du thorax, les mouvements qu'il accomplit dans ses différents actes ne sont pas perçus par le sensorium; ils se font sans que le sujet en ait conscience. Cependant cette condition de l'état normal, comme toutes les conditions physiologiques de nos organes et de nos fonctions, subit des variations dans de larges limites sans que pour cela l'état morbide puisse être considéré comme existant; c'est ainsi qu'à la suite d'un exercice musculaire insolite, comme après des commotions morales, la force et la rapidité du cœur s'accroissent et deviennent appréciables au sensorium pourvu qu'on apporte un certain degré d'attention à interroger les sentiments que l'on éprouve. Lorsque les battements du cœur sont accélérés et se joignent à une impulsion augmentée de cet organe contre les parois thoraciques par suite d'un état morbide, le malade perçoit ordinairement la plus fréquente répétition et l'impulsion exagérée des battements du cœur. Si ces phénomènes sont modérés, le sensorium n'est averti de leur présence que par le secours d'un certain degré d'attention; s'ils ont quelque intensité, ils provoquent des impressions pénibles, de véritables douleurs. Chaque impulsion mécanique du cœur étant perçue par le malade, il apprécie leur plus grande énergie, leur accélération et l'irrégularité avec laquelle elles s'accomplissent. Chaque battement transmet au malade la sensation du choc intense du cœur contre la paroi thoracique: quelquefois une douleur fixe et gravative continue se fait sentir en même temps à la région précordiale: nouvelle preuve que les phénomènes actifs du cœur correspondent à sa contraction.

La manifestation des palpitations a nécessairement pour effet de modifier la circulation. Cette modification est la cause première d'un phénomène constant, inhérent à l'irrégularité et à l'augmentation d'énergie et de fréquence des battements du cœur; nous voulons parler de la sensation d'étouffement que les malades éprouvent d'ordinaire en même temps que les palpitations. Cette sensation est l'effet de l'accélération de l'action du cœur qui rend la circulation plus rapide. Cette plus grande activité de la circulation, surtout dans les poumons dont l'appareil circulatoire fait seul équilibre à tout le grand appareil de la circulation, est nécessairement suivie d'une hémotose plus rapide et aussi d'une plus grande activité dans l'action régulière et successive des muscles inspirateurs et expirateurs. C'est cet accomplissement précipité des fonctions pulmonaires, ces contractions musculaires plus souvent répétées qui occasionnent le sentiment de fatigue si pénible que les malades ressentent dans toute l'étendue de la poitrine dans ces circonstances.

Les palpitations seraient toujours un signe de maladie, si tous les phénomènes de l'état physiologique ne pouvaient varier dans des limites écartées sans que ces variations constituent réellement un état morbide. Ainsi les palpitations peuvent survenir dans l'état de santé, mais alors elles n'ont pas de durée, c'est un phénomène transitoire qui indique simplement que la circulation est momentanément activée. Il suffit d'une commotion morale excitante,

de l'influence de boissons stimulantes, d'un exercice musculaire forcé, par des efforts instantanés trop intenses, par des efforts trop répétés ou trop prolongés, pour qu'il survienne des palpitations quelquefois fort intenses qui n'ont qu'une durée très-passagère et constituent plutôt une indisposition qu'un état de maladie.

Les phénomènes qui constituent les palpitations consistent dans une accélération de fréquence et de vitesse des chocs du cœur.

L'impulsion systolique devient alors plus brusque que dans l'état normal. La main, appliquée sur les parois thoraciques, perçoit un soulèvement de ces parois plus énergique et sur une plus grande étendue du côté gauche. En appliquant immédiatement ou médiatement l'oreille sur la région précordiale, on reconnaît une modification remarquable dans le timbre et l'éclat des bruits du cœur. L'impulsion systolique du cœur est plus sonore et plus retentissante, son bruit s'entend dans une plus grande étendue. Le bruit de diastole a aussi augmenté d'intensité et surtout de vitesse. Chez les sujets dont les parois thoraciques sont minces, la main, appliquée sur la région précordiale, perçoit une sensation de secousse ou de choc diastolique très-courte.

Lorsqu'il existe des palpitations, les bruits du cœur s'entendent dans une plus grande étendue des parois du thorax que dans l'état normal; ils se perçoivent le plus souvent d'une manière distincte à l'ouïe du malade lui-même; ils sont plus éclatants, plus métalliques et plus précipités. Les chocs du cœur sont plus brusques, et se font avec plus de vitesse que dans l'état normal. Les intervalles des bruits successifs du cœur sont plus courts. Ce raccourcissement est surtout marqué pour la péri-systole. La durée de la péri-diastole est rarement diminuée à un degré bien évident; sa longueur est, dans la plupart des cas, presque physiologique.

Dans la plupart des cas où il existe des palpitations, les intervalles des bruits du cœur quant à leur durée, les mouvements du cœur quant à la vitesse et à la force avec laquelle ils s'accomplissent, présentent beaucoup d'irrégularité.

Les palpitations provoquent presque toujours, pour peu qu'elles aient une certaine énergie, la production d'un bruit de frottement anormal qui se joint aux systoles comme aux diastoles du cœur. Ce bruit de frottement sec, superficiel, qui se limite rigoureusement à la durée de la systole et de la diastole, qui ne s'entend pas hors des limites de la région précordiale, est un bruit de frottement périphérique; il provient du froissement que les mouvements du cœur, devenus plus précipités et s'accomplissant avec plus de force, provoquent entre les surfaces sereuses opposées du péricarde cardiaque et du péricarde pariétal.

Les phénomènes qui annoncent la présence des palpitations ne sont pas seulement évidents à la région précordiale, ils se retrouvent aussi à l'exploration du système artériel; les diastoles artérielles sont plus courtes, plus précipitées, et en observant leur succession, on reconnaît qu'il y a des irrégularités quant à leur force et quant à leurs intervalles. Il existe un isochronisme parfait entre ces irrégularités et les irrégularités qui se produisent dans la

succession des systoles du cœur. Il ne saurait d'ailleurs en être autrement; toutefois, on ne doit pas entendre par isochronisme une simultanéité parfaite, car il y a toujours entre l'impulsion du cœur et la diastole artérielle un intervalle d'autant plus grand qu'on explore des artères plus éloignées du cœur.

Pendant les palpitations, et à leur plus haut degré, on voit les veines des parties latérales du cou présenter une distension insolite. Cet engorgement du système veineux démontre évidemment, ou que le sang éprouve une plus grande difficulté ou un ralentissement prononcé à traverser les orifices du cœur, ou bien que ce fluide se trouve ramené vers le cœur en quantité ou avec une rapidité insolite. Il est probable que ces deux effets des contractions spasmodiques précipitées du cœur se produisent simultanément.

Evidente dans les veines jugulaires externes et jusque dans les veines thyroïdiennes, et même dans les veines jugulaires internes et dans les thoraciques supérieures, dans les palpitations violentes, cette stase sanguine est l'image de ce qui se passe dans les organes qui reçoivent une grande quantité de sang veineux, comme le foie et le poumon; elle est la cause de la dyspnée, ou au moins de l'accélération des mouvements respiratoires, tout comme de la céphalalgie dont s'accompagnent les palpitations intenses. C'est à elle aussi qu'il faut rapporter la douleur gravative que les malades éprouvent pendant les palpitations dans l'hypochondre droit, du volume insolite que le foie acquiert dans quelques cas, de même de la tension de l'abdomen dont les palpitations sont presque toujours accompagnées à un certain degré.

Les palpitations surviennent comme symptômes de la plupart des maladies du cœur; vous ne devez donc pas rapporter aux maladies organiques du cœur tous les phénomènes accessoires dont je viens de parler, car ils sont dus jusqu'à un certain point aux palpitations.

Cette observation sur l'influence exercée par les palpitations sur la production de quelques symptômes des maladies du cœur doit être généralisée; elle appartient à toutes les maladies du cœur. La plupart des phénomènes qui surviennent dans ces maladies deviennent la cause de phénomènes secondaires qui ne se rattachent qu'indirectement à l'état pathologique antécédent; de ce nombre sont la dyspnée, la douleur à la région précordiale et vers les hypochondres, l'engorgement des veines du cou, etc., etc.

Les palpitations sont un phénomène nerveux, un véritable état spasmodique du cœur; qu'elles se montrent comme maladie idiopathique et comme phénomène isolé et sans perturbation d'aucun autre système organique, ou comme symptôme de maladie organique du cœur, ou comme symptôme de maladie d'autre organe que le cœur: dans tous les cas elles ont ce caractère spécial commun à toutes les affections nerveuses, de se produire à des intervalles plus ou moins variables, et que les symptômes de congestion sur divers organes qui les accompagnent ne persistent pas ordinairement après elles, ou au moins disparaissent en grande partie avec elles.

Les palpitations ne sont, en réalité, que l'expression de l'irritabilité du cœur, d'un trouble ou d'un

excès d'action de cet organe sous l'influence du système nerveux, ou par suite de la stimulation que le sang exerce physiologiquement sur l'appareil circulatoire: telles sont les palpitations qui se montrent à la suite de l'ingestion des boissons alcooliques, celles qui se manifestent comme phénomènes de consensus dans l'hystérie, les affections de matrice, d'estomac, ou celles encore qui résultent de certains états pathologiques, de certains troubles de l'innervation. Dans tous ces cas le cœur revient promptement à son état physiologique. Les palpitations ne durent jamais fort longtemps; rarement elles dépassent vingt-quatre heures. Lorsqu'elles sont liées à une lésion organique du cœur, elles se montrent à peu près avec les mêmes caractères, c'est-à-dire comme des phénomènes purement nerveux indépendamment de tout état pyrétiq.

L'appréciation exacte de l'origine et des causes immédiates des palpitations est extrêmement difficile et souvent impossible. On ne peut déterminer la cause immédiate des palpitations qu'à l'aide des signes fournis par l'auscultation, qui sont les seuls pathognomoniques et qui doivent toujours entrer comme éléments principaux dans le diagnostic.

La manifestation des palpitations chez les sujets atteints de maladies organiques du cœur est souvent liée à un état fébrile dont elles constituent un des symptômes. Ces palpitations indiquent que le cœur participe à la surexcitation du système vasculaire avec d'autant plus d'activité que le cœur doit à son état de maladie une activité contractile insolite et une irritabilité exagérée.

#### (b) Du déplacement de la pointe du cœur.

Le déplacement de la pointe du cœur est un phénomène constant dans un très-grand nombre de maladies du cœur. C'est un symptôme de ces maladies le plus facile à constater, et il a par lui-même une grande valeur, parce qu'il est nécessairement l'effet d'un déplacement du cœur ou de changements dans la longueur et le volume de cet organe. Il importe d'autant plus de le constater qu'il suffit qu'il n'existe pas pour qu'on doive rejeter l'existence de maladies qui occasionnent des changements dans le volume, la forme ou la position du cœur.

Il est toujours assez facile de reconnaître le siège de l'extrémité inférieure du cœur par le point où se perçoit le choc systolique du cœur. Si le déplacement de la pointe du cœur dépend de l'abaissement du cœur dans sa totalité, on ne trouve pas seulement la pointe du cœur dans un lieu insolite déterminé par le point où se perçoit le choc systolique du cœur; on reconnaît en même temps que la base a changé de place. Ce dernier point n'est pas, à la vérité, toujours très-facile à constater; on parvient cependant assez souvent à le faire par des phénomènes qui se rapportent aux actes du cœur appréciables sur les points du thorax qui correspondent à sa base. Parmi ces phénomènes, l'un des plus saillants et aussi le plus prononcé, est celui qui résulte de la perception insolite d'une impulsion diastolique. Cette impulsion n'existe que dans certaines conditions morbides; elle est fréquemment produite par le seul abaisse-

ment de la totalité du cœur, quoiqu'elle se produise dans d'autres conditions. Toutefois, quand elle se constate dans un point du thorax situé au-dessous de la troisième côte, et que la pointe du cœur est en même temps abaissée, on ne peut guère douter qu'il n'y ait un déplacement réel de la totalité du cœur.

Le point du thorax où le bruit diastolique du cœur s'entend à son maximum, quand la base du cœur n'est pas déplacée, correspond au-dessous de l'articulation synchondro-sternale de la troisième côte, dans l'intervalle de la troisième et de la quatrième; si ce bruit s'étend à son maximum, sous la quatrième côte, il est presque certain que le cœur est abaissé en totalité.

Ces déplacements de la totalité de la masse du cœur sont très-rare. Leur diagnostic n'est pas seulement éclairé par les signes que nous venons d'indiquer, il l'est aussi par des phénomènes qui se rapportent à la cause du déplacement, tels que la déviation du rachis, les anévrysmes de l'aorte, la présence de tumeurs dans le médiastin, etc.

Dans presque tous les cas, le déplacement de la pointe du cœur est dû à l'augmentation de volume et à des changements de forme de cet organe. La pointe du cœur peut être alors portée en bas et en dehors, ou en bas et en dedans.

(Gazette des Hôpitaux, nos 67, 77, 81 et 87.)

#### 135. Conférences cliniques sur les maladies scrofuleuses; par M. LUGOL.

(Septième et huitième leçons.)

De la scrofule catarrhale.

(Suite du Cahier de juillet.)

Je consacre le nom générique de catarrhalé à la variété de la scrofule qui va nous occuper aujourd'hui; car elle est dans sa forme chronique ce qu'étaient à l'état aigu les épidémies catarrhales, qui ont été observées et si savamment décrites par Lepcq de la Clôture à Rouen, Sarcone à Naples, Plenciz à Prague, Rœderer et Wagler à Gœttingue. Cette dénomination offre le grand avantage de rappeler les points de contact qui existent entre ces deux affections, dont l'un d'eux est très-important, savoir la direction qu'il convient de donner au traitement, et principalement la nécessité de proscrire les émissions sanguines; car ni l'une ni l'autre de ces affections n'est de nature inflammatoire.

Jetez un coup d'œil sur les écrits de ces auteurs, et vous vous convaincrez de cette vérité; de plus, vous les verrez négligeant entièrement l'usage des saignées, préférer presque exclusivement les évacuants. Pinel va même plus loin; contestant la possibilité de l'existence simultanée de la fièvre muqueuse avec la fièvre inflammatoire, il démontre que les observations invoquées par Wagler pour appuyer

l'opinion contraire, se rapportent à des exemples de pleurésies, etc.; de phlegmasies organiques concomitantes, en d'autres termes. Un point de contact qui existe encore entre les épidémies auxquelles nous venons de faire allusion et la scrofule catarrhale, c'est que, à l'égard de cette affection, comme pour les premières, il s'agit de maladies générales, ayant fini par se concentrer de préférence sur tel ou tel autre organe.

Le diagnostic de la scrofule catarrhale ne peut être longtemps incertain : les antécédents chez le malade ou chez les parents, les phénomènes concomitants suffisent pour éclairer le médecin et éloigner toute sorte de doute. En outre, la spontanéité dans le développement de la maladie actuelle, la lenteur de sa marche, achèveront d'en décèler la nature.

Je commencerai l'histoire de la scrofule catarrhale par l'ophtalmie. Je pourrais aussi bien commencer par le coryza ou la leucorrhée, sans qu'en procédant de la sorte il y eût le moindre inconvénient; car toutes ces affections locales sont l'expression de la même maladie.

*Ophtalmie scrofuleuse ou catarrhale.* Cette manifestation morbide de l'affection qui nous occupe est extrêmement commune : elle débute ordinairement vers la troisième ou la quatrième année, mais elle peut également se montrer à une époque antérieure, puisque nous avons vu bon nombre de malades âgés de quinze à vingt ans, qui nous ont assuré avoir eu de tout temps mal aux yeux.

L'ophtalmie catarrhale débute généralement au printemps, et présente à cet égard, comme vous voyez, un point de contact avec le tubercule. Mais rarement on a occasion de l'observer à son début, qui, d'après le dire des malades, paraît consister en une augmentation de la sécrétion des larmes, et dans une altération de sécrétion des glandes de Meibomius. D'autres fois, cependant, les yeux sont humides, cireux et les paupières collées ensemble par leur bord libre, le matin, au moment du réveil.

Les yeux sont sensibles à la lumière, et ce faible degré de photophobie existe d'une manière permanente : les malades appellent cet état, *avoir les yeux tendres*. Dans de telles conditions, il n'est pas rare de voir survenir une ophtalmie aiguë.

L'ophtalmie catarrhale arrive quelquefois d'une manière instantanée, du jour au lendemain, par exemple. Alors l'inspection de l'œil fait reconnaître une rougeur capillaire discrète d'abord, et confluent ensuite; la conjonctive se gonfle, acquiert de l'épaisseur, ce qui gêne plus ou moins le passage de la lumière. En même temps il y a épiphora abondant, surtout lorsque l'ophtalmie se continue dans le sac lacrymal et dans le canal nasal. Cet état des yeux est toujours accompagné de blennorrhée, ou écoulement d'une matière purulente. Mais de nombreuses différences s'observent à cet égard, et cet écoulement est sujet à des péripéties analogues à celle que présente l'expectoration; ainsi, elle surviendra avec une abondance extrême pour cesser tout à coup, et reparaitre de nouveau plus tard. Quelquefois son abondance est telle, qu'il est impossible de maintenir les yeux propres.

Il n'est pas rare de voir l'ophtalmie catarrhale gagner en surface et envahir les paupières et la peau

des joues, qui par le temps se trouve transformée en une véritable membrane muqueuse, et secrète du pus.

L'ophtalmie scrofuleuse dure ordinairement plusieurs années, quatre ou cinq par exemple; et chaque année elle présente des recrudescences régulières. Alors tous les phénomènes locaux prennent plus d'intensité; la rougeur, l'épiphora, l'écoulement puriforme augmentent, ainsi que la photophobie; c'est alors encore que la conjonctive peut s'épaissir au point de former un voile rouge épais, tendu devant le globe oculaire. Mais ce n'est pas encore là l'apogée du mal, et cette même membrane muqueuse peut acquérir des dimensions assez considérables pour donner naissance à chaque œil, à un bourrelet qui fait saillie en avant de celui-ci.

La conjonctive palpébrale n'est pas moins injectée que la conjonctive oculaire, et quelquefois les paupières elles-mêmes sont rouges et immobiles.

Mais la conjonctive ne peut être affectée à ce point, sans que la cornée devienne gonflée et rouge. C'est au point que très-souvent les malades ne voient pas à se conduire; et cet état dure de cinq à six semaines chez les enfants. C'est là une cécité mécanique consécutive à un épaississement morbide des milieux, que la lumière doit traverser avant de frapper la surface spécialement affectée à recevoir son impression.

Quelquefois les paupières sont tellement affectées et tuméfiées, qu'il devient impossible de les écarter, et l'œil ne peut être vu; il n'est d'ailleurs pas d'une nécessité extrême de le voir, son état devant être supposé par le médecin, qui se contentera d'agir en conséquence. Si l'inspection directe de l'œil était possible, qu'apercevrait le médecin? Des taies, des ulcérations, des fongosités; voilà ce qui s'offrirait à son observation. Mais cette inspection devenant impossible ou très-douloureuse, il doit agir dans la conviction que ces différents états existent; et, d'ailleurs, l'indication reste toujours la même.

L'ophtalmie scrofuleuse est loin de suivre une marche régulière offrant une phase ascendante et une phase descendante; elle marche au contraire par petites recrudescences. Mais ces deux phases ascendante et descendante sont néanmoins représentées par ces mêmes recrudescences, qui sont plus intenses dans la première et moins intenses dans la seconde.

Un œil est toujours plus affecté que l'autre, autre point de contact avec les tubercules; d'autres fois un œil seul étant affecté à la fois, l'ophtalmie se porte tantôt à gauche, tantôt à droite; mais enfin, elle finit par se fixer sur l'un d'eux. Les recrudescences elles-mêmes ne marchent pas de pair des deux côtés, et l'un des yeux guérit toujours avant l'autre. J'ai vu, à plusieurs reprises, dans une nuit, la maladie passer d'un œil à l'autre.

Il semble que l'ophtalmie diminue d'intensité dès que la lumière commence à être supportée, et que celle-ci, à son tour, exerce une action salutaire sur la maladie. Ainsi, les malades sont mieux le soir que le matin, d'où ressort l'indication de laisser au lit le moins longtemps possible les sujets scrofuleux et la nécessité de leur faire prendre beaucoup d'exercice au grand jour.

La douleur n'est pas constante, et quelquefois elle n'existe que pendant les recrudescences; jamais d'ailleurs elle n'est en rapport avec la gravité des désordres existants. Ce qui est digne de remarque, c'est qu'alors la douleur est augmentée par la lumière, quoique les milieux qu'elle doit traverser avant d'arriver à la rétine soient altérés de sorte à intercepter complètement son passage.

Au milieu de semblables conditions, les enfants deviennent très-nonchalants et manifestent une aversion prononcée pour le mouvement. Ce serait une erreur que d'attribuer cet état d'indolence et d'inertie à l'ophtalmie; car ce n'est là que le résultat de l'état catarrhal de toutes les surfaces muqueuses. Ainsi, l'estomac est en même temps affecté; et d'une affection analogue de la membrane muqueuse des fosses nasales et de la bouche, résulte la perte de l'odorat et du goût, avec tous les inconvénients qui s'y rattachent.

*Ophtalmie scrofuleuse palpébrale.* La conjonctive palpébrale peut être soumise seule à l'influence catarrhale, sans que la conjonctive oculaire y participe en même temps. Il n'est pas rare de la voir siéger sur un œil, tandis que l'autre est affectée d'une conjonctive oculaire de même nature.

De même que la précédente, cette affection survient spontanément; et de même aussi elle peut être congénitale, passer à l'état chronique et persister alors indéfiniment.

Les symptômes, la marche, la terminaison de l'ophtalmie catarrhale palpébrale, sont analogues, à tout égard, aux précédents, et ce que nous en avons dit s'y rapporte entièrement.

Toutefois, dans cette affection, la vision est toujours moins troublée; ordinairement même, les yeux ne sont pas rouges; l'injection est peu intense quand elle existe; on en admet quelquefois l'existence d'après la simple rougeur du bord libre des paupières et le gonflement des cartilages tarse. J'ai eu plusieurs fois occasion de voir ceux-ci ayant acquis un volume remarquable, et offrant une altération en tout analogue au spina ventosa des os longs.

Tous les désordres oculaires que nous venons de passer en revue laissent souvent après eux des traces de leur passage plus ou moins fâcheuses. Ainsi, des ulcérations, des taies, des végétations, etc. Très-souvent l'ophtalmie occasionne des ulcérations de la conjonctive, de la cornée, et très-souvent de ces deux membranes à la fois. Il se peut qu'il n'existe qu'une ulcération d'une étendue notable, laquelle résulte, selon moi, du rapprochement de plusieurs petites ulcérations qui ont fini par se toucher par leur circonférence, et par se confondre entièrement, au point de n'en former plus qu'une seule.

Ce qui me paraît confirmer cette manière de voir, c'est que la guérison de ces ulcérations s'opère par plusieurs points à la fois. J'ai souvent vu les choses se passer ainsi, tantôt à la cornée, tantôt à la conjonctive.

Les taies, ou taches, sont blanches, de dimensions variables, et siègent ordinairement sur le passage de la lumière. Un œil en est toujours plus affecté que l'autre.

À la suite des ophtalmies, il se forme des végé-

tations fongueuses arrondies, à base large ou pédiculée. L'unguis, l'hypopion, le staphylome, ne sont que des dégénéscences diverses de ces végétations. Ces végétations peuvent acquérir un volume notable sans cesser pour cela de rester susceptibles de guérison, sous l'influence du traitement général. Quelquefois l'œil devient buphtalmique; mais je ne sais jusqu'à quel point cet état se lie à l'ophtalmie, et s'il peut en être considéré comme une suite.

D'autres accidents affectent plus spécialement les paupières; ainsi l'ophtalmie passe fréquemment à l'état chronique et devient ulcéreuse. Les ulcérations, qui sont petites, dégarnissent souvent les paupières de leurs cils.

L'ectropion et l'entropion, je crois qu'ils demandent à être traités de préférence avec les préparations iodurées, et qu'il convient d'éviter les opérations chirurgicales.

Quelquefois, à la suite de l'ophtalmie catarrhale, les paupières restent indurées pendant plusieurs années. D'autres fois elles restent œdémateuses, et les malades les soulèvent avec peine. J'indique toutes ces traces que la maladie laisse derrière elle; car, quoique l'art soit presque entièrement impuissant pour les dissiper, elles servent néanmoins pour diagnostiquer les accidents subséquents de la scrofule.

Les tumeurs lacrymales sont le plus ordinairement une expression de la scrofule; elles ne sont, en effet, que l'ophtalmie du sac lacrymal. Je ne crois pas qu'il existe un seul cas de tumeur lacrymale chez des sujets non scrofuleux.

Il y a si bien unité entre ces divers états par lesquels se traduit la scrofule catarrhale, qu'on ferait facilement l'histoire de celle-ci en faisant l'histoire de l'otite de la leucorrhée ou de tout autre état de cette forme de la scrofule; et cela est si vrai, que nous ne pourrions nous empêcher de nous répéter en étudiant en particulier chacun de ces états, mais ces répétitions sont des répétitions heureuses; car ce sont autant d'arguments en faveur de l'unité.

*Coryza.* Le coryza est une maladie qui apparaît spontanément et sans cause appréciable. Comme l'ophtalmie, il peut s'établir en permanence, et comme celle-ci il est sujet à des exacerbations presque périodiques. Il y a des enfants qui naissent enchifrenés; d'autres le deviennent. Le coryza se maintient et constitue un état habituel auquel succédera peut-être un autre état ou une autre forme de la scrofule. J'ai connu un enfant chez qui un coryza durait depuis dix ans sans autre symptôme; ce ne fut qu'après ce laps de temps que d'autres formes vinrent le remplacer. J'ai traité, il y a huit ans, un enfant d'une tumeur blanche du genou, il avait une sœur en apparence bien portante. Je prédis qu'elle subirait la loi fatale; je n'eus en effet qu'à attendre; elle a eu depuis un coryza, une leucorrhée; il y a maintenant débilité générale, fièvre muqueuse, arrêt de développement. J'ai vu des enfants dont le nez coulait comme celui de leurs parents ascendants.

Il est des cas où le coryza est précédé d'épistaxis; il ne faut pas se méprendre sur leur nature; il ne faut pas voir là une fluxion inflammatoire; c'est tout simplement un effet mécanique résultant d'une maladie du cœur fréquente chez les scrofuleux.

Le coryza s'annonce par une sécheresse des narines; il y a chaleur locale, qui est suivie d'une sécrétion morveuse très-abondante; mais il ne marche pas toujours dans une aussi bonne voie. Après avoir duré un certain temps, la sécrétion, d'épaisse qu'elle était, devient plus claire; elle s'altère; elle agit alors chimiquement, excorie la peau, et la maladie prend alors quelquefois le caractère de l'esthémène ou de l'ozène, maladie déplorable; et dans ce dernier cas, l'incrustation devenant générale, produit une gêne mécanique de la respiration.

Le coryza peut être double ou simple; quand il est double, il y a toujours un côté plus gravement affecté que l'autre: c'est, du reste, ce que nous avons déjà remarqué dans l'ophtalmie. Il y a souvent coïncidence du coryza avec l'ophtalmie, et alors la récrudescence du coryza entraîne la diminution de l'ophtalmie, et réciproquement. Nous avons dit que lorsque la scrofule catarrhale se montre en un point, toutes les muqueuses sont malades; les coïncidences en fournissent une nouvelle preuve.

**Otite.** L'otite est si bien une forme de la scrofule, que celle-ci débute quelquefois par une otorrhée simple ou double, comme pour l'ophtalmie, le coryza. Comme celui-ci, elle peut exister seule pendant plusieurs années. Examinez alors les parents, frères et sœurs: vous trouverez des tubercules, souvent aussi des formes identiques. Deux jumeaux, affectés d'ophtalmie palpébrale, avaient deux frères atteints tous deux d'otorrhée.

Voulez-vous voir grandir l'importance de l'otite? Cela est facile au moyen de l'observation suivante. Il y a dix ans, un enfant avait une otorrhée et une ophtalmie; ces affections se compliquèrent successivement de la plupart des coïncidences scrofuleuses.

Les symptômes de l'otorrhée se trouvent partout décrits: je ne m'y arrêterai pas. Disons en passant qu'il y a des rémissions et des recrudescences; l'otorrhée peut être indolente, ou bien douloureuse avec des exaspérations. Il peut y avoir otorrhée sans altération de l'ouïe; ce n'est que lorsque les membranes sont épaissies, altérées, que la surdité survient. Tout ce que nous disons ici, nous l'avons dit de l'ophtalmie, et si nous insistons, c'est que ces rapprochements portent sur le diagnostic. Un enfant a mal aux yeux, aux oreilles; on dit qu'il a une ophtalmie, une otite; nous dirons, nous: il est scrofuleux.

(La suite à un prochain numéro.)

(Ibidem, n° 85.)

134. *Observations et réflexions sur la maladie des reins qu'accompagne l'urine albumineuse;* par le docteur BRIGHT.

Vingt-quatre observations font la base de ce mémoire, dans lequel le célèbre médecin de l'hôpital Guy n'émet aucune idée nouvelle, il est vrai, mais confirme plusieurs de celles qui n'étaient encore que très-hypothétiques, et s'efforce surtout de combat-

tre l'opinion généralement émise par les journaux anglais, et que paraissent avoir partagée quelques-uns des auteurs français qui se sont occupés le plus de ce sujet, savoir qu'il n'aurait reconnu et étudié la maladie des reins, qui a reçu son nom, que sous sa forme chronique la plus grave, à l'époque où le plus souvent la maladie est au-dessus des ressources de l'art, et qu'il l'aurait méconnue dans ses premières périodes, dans celles où la guérison est encore possible. La cause de cette opinion erronée dont se plaint ici M. Bright, c'est la distinction qu'il établit entre ces deux états morbides, dont il rapporte l'un à un trouble fonctionnel, et l'autre à une véritable altération organique. Or, comme les simples troubles fonctionnels ne sont plus dans l'ordre des idées médicales actuellement en vogue, on a négligé cette première période de la maladie, et on a même reproché à M. Bright de l'avoir oubliée. Nous ne suivrons pas l'auteur dans les développements où il entre à cet égard, et qui seraient superflus pour nous. Nous nous contenterons de jeter un coup-d'œil sur les différents groupes dans lesquels se partagent les faits qu'il rapporte dans ce nouveau travail.

**PREMIER GROUPE.** — 4 faits, dont 3 sont des cas d'hydropisie avec urine albumineuse, guéris complètement par un traitement où les purgatifs et les diaphorétiques étaient les principaux moyens de médication. Le quatrième est un cas de la même maladie, mais chez un sujet pâle, de constitution scrofuleuse, et chez lequel le traitement ne fut commencé qu'après huit mois de maladie. Le même traitement fut suivi d'une grande amélioration; mais au bout de six ans, il y avait encore un peu de gonflement à la cheville et une disposition de l'urine à la coagulation. Ces observations sont d'un praticien de bonne foi, qui ne craint pas de faire connaître ses insuccès.

**DEUXIÈME GROUPE.** — 4 cas d'hydropisie avec urine albumineuse, à la suite de la scarlatine, dont trois terminés par la guérison et un par la mort. Il y a eu à Londres, pendant la dernière saison d'hiver (1859-1840) presque une épidémie de cet anasarque avec urine albumineuse qui suit ou accompagne la scarlatine. M. Bright n'avait encore en aucune occasion observé un aussi grand nombre de ces cas dans les salles de l'hôpital Guy. Il y a eu l'occasion d'examiner les reins de plusieurs de ces sujets, qui ont succombé, et il dit avoir trouvé dans quelques cas une congestion irrégulière, sans lésion organique apparente, et, au contraire, ces lésions organiques déjà avancées dans un ou deux cas dans lesquels il a eu lieu de soupçonner que l'origine de la maladie remontait à une époque plus éloignée. Dans deux ou trois cas terminés par la guérison, il attribue ce résultat au séjour au lit et à de légers diaphorétiques. Dans le troisième cas, où la maladie était plus grave, la saignée, de légers purgatifs, et quelques toniques furent employés; mais M. Bright ne pense pas que cette guérison soit permanente, et il redoute le retour de la maladie sous l'influence de quelque cause excitante. Chez le sujet du quatrième cas, qui s'est terminé par la mort, la maladie ne datait que de quinze jours, quand il commença à être traité, et le troisième jour il était

déjà mort; ce qui n'empêche pas que les reins présentassent à leur surface externe des dépôts de matière blanche, qui donnaient à la substance corticale une couleur blanchâtre. La lecture de ce fait nous semble démontrer, ou que cet état blanchâtre de la substance corticale n'est pas le caractère anatomique d'une altération chronique des reins, ou que la période aiguë n'est quelquefois que d'une courte durée.

Le troisième groupe comprend neuf cas dans lesquels le traitement ne fut pas commencé dès le début de la maladie, et où il y eut un soulagement considérable, mais non une guérison complète. M. Bright les cite comme des exemples du soulagement qu'on peut attendre dans des cas déjà un peu avancés; soulagement qui est tel que le malade se croit souvent complètement guéri; mais les traces d'albumine qui restent dans l'urine suffisent pour indiquer au médecin que la guérison n'est pas complète, et qu'il reste une maladie latente à laquelle les accidents d'une vie active donneront tôt ou tard une nouvelle activité.

Le dernier groupe, composé de six faits, présente des faits plus graves encore; ce sont des cas du genre de ceux que le docteur Bright a déjà signalés ailleurs, et qui ont été vus aussi par d'autres observateurs, dans lesquels, aux symptômes ordinaires de la maladie, il se joint des accidents du côté du système nerveux, des crampes, des attaques d'épilepsie, etc., et qui, le plus souvent, se terminent par la mort. Ces cas sont très-remarquables et méritent de fixer l'attention des praticiens. Enfin, le vingt-quatrième cas est un exemple d'une bien singulière complication: c'est un exemple d'un diabète sucré avec urine albumineuse.

Nous terminerons cette analyse par quelques règles que l'auteur établit pour le traitement de cette maladie, et auxquelles sa longue expérience donne une grande importance.

Dans les cas les plus aigus, on doit avoir recours à la saignée, et en même temps aux purgatifs et aux moyens propres à rétablir les fonctions de la peau. De tous les moyens dirigés vers ce dernier objet, le séjour au lit est le plus efficace, surtout dans un climat froid et humide comme celui de Londres. Viennent ensuite les antimonialaux, l'acétate d'ammoniaque et une boisson acidulée avec le nitrate de potasse ou de soude. Le bain chaud, sous ses différentes formes, est quelquefois extrêmement utile. Parmi les purgatifs, ceux que préfère M. Bright sont la coloquinte avec le jalap et le bitartrate de potasse.

Si la maladie est à l'état chronique, il recommande encore les purgatifs, la plus grande attention à l'état de la peau et une puissante protection contre les variations atmosphériques, telle que le changement de climat, un voyage aux Indes; car il a acquis la conviction que ces sortes de cas guérissent bien rarement en Angleterre.

Il y a encore quelques moyens dont l'action, dans cette maladie, est moins évidente, mais qu'il conseille, parce qu'il leur croit une action stimulante et spéciale sur le rein. Ce sont les acides minéraux, qui sont applicables au déclin de la période aiguë;

*l'uva ursi*, dans la forme chronique; le *pyrola umbellata* et le *diosma crenata*, lorsqu'il y a une grande irritabilité des organes urinaires.

(Guy's hospital Reports.)

135. *De l'hypertrophie du cerveau;* par le docteur MUNCHMEYER, de Lunebourg.

Entrevue déjà par Jadelot et Laënnec (*Journal de Corvisart et Leroux*, 1806), l'hypertrophie du cerveau n'a été bien connue que par les intéressantes observations publiées par Dance, en 1828, et, plus tard, par celles de M. Andral (*Clinique médicale*, t. V). La plupart de ces observations n'ont été prises que sur les adultes. Dance lui-même croyait que l'âge adulte était une des causes prédisposantes de cette maladie. Les observations ultérieures de Burnet, de Hufeland et surtout de M. Sims (*On hypertrophie of the brain*. Dans *Transact., méd. chir. of Lond.*, 1853, t. XIX, p. 313), ont prouvé qu'elle est fréquente chez les enfants, chez lesquels, il est vrai, elle a dû être prise pour une hydrocéphale. Le mémoire dont nous allons donner l'analyse regarde cette maladie comme presque nécessairement liée à l'état fœtal. Nous avons cru qu'il ne serait pas sans intérêt de reproduire le résultat des recherches de M. Munchmeyer, tout autant pour leur originalité que parce qu'elles appelleront l'attention des pathologistes sur une maladie peu connue (*Oesterreich. Zeitschr.*, et *Schmidts Jahrbucher*, 1840, t. XXXV, p. 19). Bien que les idées de ce médecin s'éloignent souvent de la précision qu'on est en droit de réclamer d'un travail médical, nous avons cru devoir les conserver dans leur intégrité.

Le but que se propose l'auteur du mémoire est de démontrer que l'hypertrophie du cerveau ne survient pas seule, mais qu'elle résulte le plus souvent d'une constitution anormale du cerveau, survenue pendant la vie intra-utérine ou dans les premiers temps de l'enfance; que cette altération est ordinairement le principe de la maladie. Il en donne la définition suivante: C'est une augmentation de volume et de poids de la masse cérébrale dans son parenchyme propre, sans altération appréciable de sa substance, et sans l'existence de productions morbides. Le poids absolu de l'organe est augmenté; la pesanteur spécifique reste la même. La consistance du cerveau devient surtout chez les enfants plus molle et plus élastique. Ajoutons à ces caractères que le plus souvent les fonctions de l'encéphale ne sont ni abolies, ni profondément troublées, mais pourtant manifestement modifiées, et l'on aura l'idée que M. Munchmeyer veut donner de l'hypertrophie du cerveau. Les altérations que présente cette maladie éprouvent des modifications notables, soit lorsqu'elles arrivent à un plus haut degré, soit lorsque surviennent des complications. La plus constante de ces modifications est l'aplatissement des circonvolutions cérébrales, par suite de la compression exercée par le crâne sur l'organe augmenté de