

dissémination irrégulière, l'absence de phénomènes typhoïdes, la présence de tubercules dans plusieurs organes et dans les ganglions mésentériques, militent assez en faveur de cette opinion.

La phlegmasie de la muqueuse du colon, les nombreuses ulcérations expliquent suffisamment la persistance et l'intensité du dévoisement.

### III<sup>me</sup> OBSERVATION.

Gastro-entérite typhoïde.—Rougeole.—Endocardite.—Mort.—Œdème pulmonaire.—Concrétions fibrineuses très-organisées dans le cœur.—Traces de gastro-entérite.

Bertholet, âgé de 22 ans, soldat au 46<sup>e</sup> de ligne, au service depuis un mois, à Paris depuis cette époque, d'une très-forte constitution, sujet aux épistaxis, fut pris après plusieurs jours de malaise, le 23 mai 1835, de céphalalgie, d'accablement, de coliques avec diarrhée, d'épistaxis : cette hémorrhagie s'est renouvelée tous les jours jusqu'à son entrée à l'hôpital, le 26 au soir. Couché salle 11, lit n<sup>o</sup> 29, il nous a présenté, le 27, les symptômes suivants : prostration; légère stupeur; céphalalgie intense; insomnie; injection de la face et des conjonctives palpébrales; langue rouge sur ses bords, d'un blanc piqueté au centre; rougeur pointillée au fond de la gorge; soif vive; abdomen chaud; douleur augmentant par la pression à l'épigastre, à la région splénique et aussi vers la fosse iliaque droite où existe un léger gargouillement avec météorisme; quatre selles liquides; toux fréquente, un peu convulsive; son clair du thorax, excepté à la région précordiale qui présente un son mat dans une assez grande étendue; respiration vésiculaire dans tout le poumon, léger ronchus en arrière; le cœur est un peu hypertrophié, ses bruits sont à l'état normal; pouls développé, fréquent (108, 110); peau chaude et colorée. (Saignée de 3 xvj, diète, gomme.) Le caillot est sans couenne, mou; le sérum est transparent; épistaxis et trois selles dans la journée.

Le 28, apparition de boutons rubéoleux sur la face et le thorax; céphalalgie un peu moindre; du reste même état. (Diète, 30 sangs. sur l'abd.; fom. émoll., lavem. amyl.) Les sangsues ont fourni beaucoup de sang; dans la journée, les boutons se multiplient; deux selles liquides, deux épistaxis.

Les 29, 30, toux rubéoleuse, crachats muqueux jaunâtres; respiration vésiculaire faible, en arrière seulement; pouls développé (100, 104), trois épistaxis. La rougeole s'est montrée très-irrégulièrement; quelques plaques rouges existent encore disséminées. (Diète, gomme.) Un peu d'agitation dans la nuit.

Le 31, congestion du cerveau, loquacité; langue encroûtée, déglutition difficile; météorisme sans douleur par la pression; crachats muqueux; un peu de râle sous-crépitant en arrière et à gauche. (24 sangs. sur le trajet des jugulaires, catapl., lavem. frais.) Les sangsues ont fourni peu de sang. Le soir excitation vive. (32 sangs. aux tempes.)

Le 1<sup>er</sup> juin, congestion du cerveau un peu moins intense; langue encroûtée; douleur vive à l'épigastre; pouls fréquent (110, 112). (15 sangs. épig., catapl., diète.)

Le 3, la douleur épigastrique a disparu, ou n'est plus sentie par le malade; le cœur se débat dans le thorax; ses battements superficiels, tumultueux, intermittents ne sont pas en rapport avec le pouls, qui est peu développé; ses bruits sont masqués par un bruit de soufflet assez intense; réponses justes, mais lentes; diagnostic: *endocardite aiguë*. (Diète, 30 sangs., région précordiale, catapl., gomme.) Révasseries, agitation pendant la nuit.

Le 4, pouls roide, fréquent (115, 120); douleur sourde dans la région précordiale; battements du cœur superficiels et tumultueux; ses bruits sont masqués par un bruit de soufflet très-intense; inspiration sifflante, l'air traverse la glotte avec difficulté; râle sous-crépitant en arrière. (30 sangs. sur le cœur, oxycrat sur le front, diète.) Le soir jactation, le malade veut se lever; on le maintient à l'aide du gilet de force; râle trachéal; altération profonde des traits. (2 sinapismes aux jambes.)

Le 5, pouls vif, intermittent (130, 135); palpitations violentes, tintement métallique; bruit de soufflet prolongé et très-intense; réponses justes; le râle a disparu. (20 sangs. région précordiale, loock avec 2 grains de kermès, sinapismes aux jambes.) à midi.

*Autopsie cadavérique, faite 19 heures après la mort; la température est modérée.*

**Thorax.** La muqueuse respiratoire est d'un rouge vif dans toute son étendue; celle du larynx est boursoufflée et oblitère presque en entier les ventricules; mucus abondant, rougeâtre, écumeux dans les dernières ramifications bronchiques. En arrière les poumons sont le siège d'un œdème très-marqué; en arrière aussi, et à gauche, existe un commencement d'hépatisation rouge; dans les autres points, les poumons sont perméables. Les plèvres sont saines.

Le cœur est un peu hypertrophié; sa face antérieure est en partie recouverte par le poumon. On trouve sur le péricarde organique quelques taches laiteuses. Dans l'oreillette gauche, se trouve un caillot fibrineux, blanchâtre, inégal, adhérent à l'endocardie; dans le ventricule, existe aussi un caillot noir, intriqué entre les colonnes charnues et les tendons valvulaires; caillot mou, noir, dans les cavités droites, dont la membrane interne est parfaitement saine; celle des cavités gauches, au contraire, présente une légère coloration rouge terne, peu sensible, sur la valvule bicuspidée. La membrane interne de l'aorte, des artères crurales, iliaques, est saine. Dans la veine-cave inférieure et dans l'aorte, on trouve du sang noir sans altération de la tunique interne.

**Abdomen.** La muqueuse du voile du palais, de l'arrière-bouche, est injectée, un peu ramollie et re-

couverte d'une muqueuse blanchâtre, pultacée; oesophage sain; estomac contracté; sa muqueuse, d'un rouge pointillé vers le grand cul-de-sac, n'est pas sensiblement ramollie; celle du duodénum est un peu injectée; dans presque toute l'étendue de l'intestin grêle, existe une arborisation fine et rapprochée, avec issue du sang hors des vaisseaux dans quelques points; à deux pieds environ du duodénum, on trouve de nombreux follicules isolés, saillants, et quelques plaques agminées; vers le tiers inférieur de l'iléon, existent des plaques agminées très-étendues et des follicules d'autant plus nombreux qu'on descend vers le cœcum; la muqueuse qui recouvre ces plaques est rouge, sensiblement ramollie; celle du colon transverse offre les mêmes altérations; matières fécales liquides dans le cœcum et le colon; les ganglions mésentériques sont d'autant plus tuméfiés qu'on s'approche davantage du gros intestin.

*La rate est saine.* Le foie congesté; l'appareil urinaire sain.

Injection fine de la pie-mère; aucune altération de la substance cérébrale.

*Reflexions.*

En résumant les symptômes qui se rattachent au cœur, nous trouvons, dès le début de la maladie, le pouls vif, fréquent, en rapport avec les contractions du cœur. Tout à coup, sans que la gastro-entérite augmente d'intensité, et sans qu'il survienne une autre phlegmasie, le pouls devient petit, concentré, intermittent; les battements du cœur sont violents, tumultueux; bientôt une douleur dans la région précordiale se fait sentir, de la dyspnée, une jactation très-grande surviennent, on constate un bruit de soufflet très-intense, qui persiste jusqu'à la mort. A ces symptômes il est impossible de reconnaître une phlegmasie du cœur. Si ces symptômes n'avaient pas été si souvent et si bien constatés, on pourrait élever des doutes sur l'existence de cette phlegmasie: en effet, le péricarde offre seulement quelques taches laiteuses; le tissu musculaire est sain, et l'endocardie est à peine altéré; il conserve sa couleur normale; à l'exception de ces quelques rougeurs trouvées sur les valvules ventriculaires. Entrons dans quelques détails sur ce fait.

L'endocardie n'est pas altérée; son inflammation a duré à peine trois jours; ce temps n'a peut-être pas suffi pour déterminer une lésion fixe, apparente; la rougeur peut aussi avoir disparu après la mort. Cette rougeur, du reste, est-elle un signe anatomique indispensable de l'inflammation? non. Sans citer les cas nombreux d'érysipèle à l'autopsie desquels on ne trouve plus aucune coloration anormale, je rappellerai que dans les phlegmasies aiguës des membranes séreuses, ce signe manque assez souvent; et, par exemple, si à l'autopsie d'un individu

qui, pendant la vie, aurait présenté tous les symptômes d'une péritonite aiguë, on trouvait des pseudo-membranes molles, récentes, tapissant le péritoine, celui-ci n'offrant aucune injection sanguine, pourrait-on nier l'existence d'une péritonite? Nous sommes ici dans le même cas; l'endocardie est une membrane séreuse: la rougeur manque; nous avons pour établir notre diagnostic, les symptômes observés pendant la vie, et après la mort, la coagulation du sang, qui peut être regardée comme la fausse membrane de l'endocardie; j'examinerai plus loin la valeur de cette lésion anatomique. Au reste, à quoi rapporter les symptômes fournis par l'appareil circulatoire, si ce n'est à une irritation de l'endocardie ou du tissu charnu du cœur?

La douleur de la région précordiale dépendait, sans doute, de la péricardite partielle dont nous avons trouvé des traces à l'autopsie. Cette lésion ne militait-elle pas aussi en faveur de l'existence d'une endocardite?

Si l'on en croit M. Bouillaud, on peut, à l'aide des saignées répétées coup sur coup, juguler les phlegmasies. Dans le cas qui nous occupe, on n'a pas à la lettre employé la méthode de ce professeur; mais les émissions sanguines ont été poussées très-loin: ainsi, dans l'espace de 9 jours, on a pratiqué une saignée de 3 xvj, on a prescrit 182 sangsues. Il y a eu six épistaxis très-abondantes. Malgré cela, l'endocardite est survenue, et la phlegmasie pulmonaire a poursuivi sa marche avec rapidité. Devait-on multiplier encore les saignées, ou bien est-ce aux émissions sanguines qu'il faut rapporter la suppression de l'éruption rubéoleuse et le délire? Je n'ose entrer dans cette question importante que souleve notre observation, je crains d'aller trop loin.

L'endocardite est survenue pendant le cours d'une rougeole. Cette complication n'est pas aussi rare qu'on pourrait le penser, d'après le silence des auteurs sur ce point de pathologie. Pendant que je recueillais l'observation ci-dessus, un grand nombre de rougeoles étaient traitées à l'hôpital. Mon collègue et ami le docteur Lombard m'a montré deux cas d'endocardite sur des rubéoleux couchés dans le service de M. Alquié: l'un de ces malades a succombé par suite d'une gangrène du poumon gauche. A l'autopsie, nous avons trouvé l'endocardie gauche un peu rouge, se détachant avec facilité; des caillots fibrineux enjuraient les tendons et les valvules du ventricule gauche. L'autre avait vu tous les symptômes d'endocardite diminuer, lorsqu'il mourut des suites d'une bronchite pseudo-membraneuse. L'endocardie était un peu rugueux, surtout aux valvules, qui étaient tapissées de concrétions fibrineuses. Ce n'est pas seulement pendant le cours de la rougeole qu'on voit survenir l'endocardite: ces phlegmasies compliquent assez souvent aussi la variole. L'observation suivante nous en offre un exemple: le 13 septembre, après avoir eu trois en-

**IV<sup>me</sup> OBSERVATION.** — Variole confluyente. — Symptômes de résorption purulente. — Endocardite. — Mort.

Thouvenin, âgé de 12 ans, d'une assez forte constitution, logé rue Mandar, 14, n'ayant pas été vacciné, fut pris vers les premiers jours d'octobre 1833, de tous les prodromes d'une maladie éruptive, avec délire et convulsions. Bientôt se dessina une variole confluyente. L'éruption terminée, le pouls redevint calme; la diète, les émoullients furent seuls prescrits. La maladie suivit une marche régulière; la suppuration était établie depuis trois jours, lorsque les boutons s'affaissèrent rapidement; le même jour, le malade éprouva un frisson très-intense; il fut impossible de le réchauffer; je dus craindre et croire à une résorption purulente. Le pouls était roide, fréquent; palpitations très-fortes: l'auscultation faisait entendre un tintement métallique et un bruit de soufflet très-intenses; il existait une douleur sourde, une gêne dans la région précordiale; l'enfant disait lui-même que son cœur était malade. Bientôt le délire se mit de la partie, les symptômes d'endocardite augmentèrent d'intensité, et la mort arriva trois jours après, sans que les organes gastriques et pulmonaires, examinés chaque jour, avec la plus scrupuleuse attention, aient présenté le plus léger phénomène morbide. Des sangsues furent posées à la région précordiale et sur le trajet des jugulaires.

Je n'ai pu obtenir de faire l'autopsie; mais je suis convaincu que cet enfant est mort d'une endocardite aiguë. A quelle autre lésion pourrait-on rapporter le bruit de soufflet, le tintement métallique, les palpitations, la douleur de la région précordiale éprouvés par le malade?

La résorption purulente qui a eu lieu chez notre malade, ne me paraît pas entièrement étrangère au développement de l'endocardite.

Les faits que je viens de rapporter doivent engager les médecins à diriger leur attention du côté du cœur, pendant le cours des phlegmasies éruptives.

J'ai ouvert en 1835, au Val-de-Grâce, le cadavre d'un militaire mort des suites d'une variole confluyente; j'ai trouvé des concrétions fibrineuses bien organisées dans le ventricule gauche; l'endocarde, de ce côté, et une petite portion de l'aorte, étaient d'un rouge écarlate. Les artères crurales contenaient du sang; leur tunique interne était parfaitement pâle. M. Barthélemy, chirurgien aide-major, au Gros-Caillou, m'a dit avoir observé un cas tout à fait analogue.

**V<sup>me</sup> OBSERVATION.** — Guérison sous l'influence des émissions sanguines répétées.

Schlupp, âgé de 26 ans, 46<sup>e</sup> de ligne, d'une forte constitution, essoufflé quand il monte un escalier, fut pris, le 13 septembre, après avoir eu froid en

montant sa garde, de gêne dans la région précordiale et de palpitations violentes qui l'obligèrent d'entrer au Val-de-Grâce, le 15. Il fut couché au n<sup>o</sup> 36 de la salle 8. Le chirurgien de garde pratiqua le soir même une saignée de 3 xiv.

Le 16, à notre première visite, ce malade nous présenta les symptômes suivants: palpitations violentes, battements du cœur superficiels et très-visibles à l'œil nu; l'on dirait un petit marteau qui frappe les parois thoraciques; le point percuté par cet organe est très-borné; léger frémissement catinaire; son mat à la région précordiale dans l'étendue environ de trois pouces à trois pouces et demi carrés; l'auscultation fait entendre un beau bruit de soufflet isochrone aux contractions ventriculaires; le bruit valvulaire a complètement disparu; tintement métallique très-intense; pouls roide, vibrant, large, fréquent (150, 154 puls.), parfaitement isochrone à la systole ventriculaire; aucune chaleur anormale de la peau. Le malade accuse une gêne, une oppression de la poitrine, que la percussion et l'inspiration n'augmentent pas; respiration vésiculaire dans les deux poumons. La langue est à peu près dans l'état normal; peu de soif; rien de notable dans la partie inférieure du canal intestinal. Rien du côté du cerveau. (Saignée de 3xx renouvelée le soir; diète, gomme.) Le sang est fortement fibrineux, sans couenne; sérum transparent.

Le 17, mieux; bruit de soufflet et tintement métallique moindres; pouls roide, fréquent (134 à 138 pulsations). L'oppression a un peu diminué. (Saignée de 3 xvj; 30 sangsues région précord.; 4 grains de poudre de digit.) Le soir, la douleur, la gêne précordiale ont disparu.

Le 18, amélioration très-grande; bruit de soufflet peu marqué; le bruit valvulaire devient plus appréciable; pouls fréquent (102 à 106 pulsations). (Diète; saignée de 3 xij; digit. 8 gr.)

Du 19 au 23, la digitale est continuée, et tous les symptômes diminuent peu à peu. Le 24, le pouls est à 60; le claquement valvulaire très-appréciable; point de bruit de soufflet; son mat à la région précordiale, dans l'étendue environ de deux pouces et demi carrés. (Quart d'aliments le matin; soupe, le soir.) Le 30, sorti bien rétabli; le malade conserve son ampliation du cœur.

**Réflexions.**

L'autopsie n'est pas venue fort heureusement vérifier la justesse du diagnostic. Mais qui pourrait douter de l'existence d'une endocardite aiguë dans ce cas. Si nous comparons les symptômes présentés par ce malade à ceux après lesquels on a trouvé l'endocarde phlogosée, nous n'observons aucune différence; ainsi, palpitations violentes, tintement métallique très-prononcé, apparition d'un bruit de soufflet; qui masque les bruits normaux du cœur, bruits qui sont revenus à mesure que l'inflammation a passée.

Cette observation nous offre un cas d'endocardite simple, fait encore très-rare dans la science.

Je signalerai l'hypertrophie du cœur comme cause prédisposante, le froid comme cause occasionnelle de l'endocardite aiguë.

Le pouls était très-fréquent, et cependant il n'y avait pas de fièvre, car la peau conservait sa chaleur normale.

Un traitement antiphlogistique très-actif et l'emploi de la poudre de digitale, ont triomphé de cette phlegmasie, je pourrais dire l'ont jugulée. Dans le cas qui nous occupe, la maladie était encore à sa période de congestion, et l'on conçoit sans peine que de nombreuses émissions sanguines aient pu l'arrêter dans sa marche, et la faire rétrograder pour ainsi dire; mais quand l'inflammation est cantonnée dans un point, qu'elle a déterminé déjà des modifications dans les tissus, il est difficile, je dirai même impossible, de la juguler dans le sens donné à ce mot.

L'observation suivante nous servira d'intermédiaire entre l'état aigu et l'état chronique de l'endocardite.

**VI<sup>me</sup> OBSERVATION.**

Rhumatisme articulaire aigu. — Endo-péricardite. — Guérison.

P\*\*\*, âgé de 12 ans, d'un tempérament lymphatique, ayant eu déjà une attaque de rhumatisme, fut pris dans les premiers jours d'avril 1837, d'un gonflement et d'une douleur vive dans l'articulation tibio-astragalienne gauche et dans celle de la deuxième phalange du médius. A ces symptômes s'ajoutèrent ceux d'une bronchite légère: des sangsues furent posées sur l'articulation malade du pied et à la fossette sus-sternale. Bientôt le coude devint douloureux, et le sixième jour de la maladie, il survint des palpitations très-fortes, accompagnées d'une douleur à la région précordiale; le pouls battait 160 fois par minute. Le médecin, à cause de la faible constitution de l'enfant, crut ne pas devoir recourir de nouveau aux émissions sanguines; il appliqua un vésicatoire sur le côté gauche du thorax, et prescrivit la teinture de digitale en potion. Les symptômes ne diminuèrent pas; on fut même obligé de sécher le vésicatoire, à cause de la douleur et de l'exaspération qu'il causait.

Je fus prié de le voir environ un mois après le début de la maladie. Voici ce que j'observai: l'enfant était pâle et un peu infiltré; décnibus dorsal; la peau médiocrement chaude; le pouls facile à déprimer, battait 90 fois par minute; les mouvements du cœur étaient très-superficiels; on distinguait facilement la double contraction des ventricules et des oreillettes; la pointe du cœur était faiblement sentie à la main; la percussion fournissait un son mat dans l'étendue environ de deux pouces et demi carrés. On entendait un bruit de soufflet très-prolongé, isochrone à la dilatation ventriculaire, et qui masquait

TOME III. 5<sup>e</sup> s.

tous les bruits du cœur; les articulations du coude et de l'épaule étaient encore un peu endolories. Je n'ai plus revu le malade; mais je sais qu'on a été forcé d'appliquer deux fois des sangsues sur la région précordiale: la convalescence a été longue. L'enfant, du reste, s'est assez bien rétabli.

**Réflexions.**

Cette observation nous offre un exemple de coïncidence de phlegmasie du cœur avec le rhumatisme articulaire; l'endo-péricardite est passée sous nos yeux à l'état chronique; les deux surfaces du péricarde ont contracté entre elles des adhérences; c'est à cette lésion qu'il faut rapporter le défaut d'impulsion de la pointe du cœur contre le thorax, ses mouvements superficiels très-faciles à voir, la faiblesse du pouls. La valvule mitrale s'est épaissie et indurée; c'est à cette cause qu'il faut rattacher le bruit de soufflet perçu pendant la diastole du cœur.

Il est rare d'observer le rhumatisme articulaire chez des individus au-dessous de 15 ans; M. Chomel dit dans sa thèse ne l'avoir vu que deux fois: sous ce rapport, l'observation ci-dessus présente un fait à signaler.

Le traitement a été trop peu énergique; les émissions sanguines, épargnées dès le début, sont devenues plus tard indispensables; les révulsifs ont été trop tôt employés. On ne saurait trop le répéter, les reliquats de l'inflammation du cœur ont toujours les résultats les plus graves, et on ne peut espérer les prévenir, qu'en détruisant le plus vite possible ces phlegmasies.

**SECONDE CATEGORIE. — ENDOCARDITE CHRONIQUE.**

**VII<sup>me</sup> OBSERVATION.**

Endo-péricardite chronique. — Pleurite. — Anasarque. — Parescentèse. — Péritonite aiguë. — Autopsie.

Mauger, âgé de 38 ans, sous-officier vétérinaire, d'une assez faible constitution, éprouva en 1834, un point pleurétique du côté gauche, pour lequel il resta trois mois au Val-de-Grâce. Pendant son séjour à l'hôpital, ses jambes devinrent œdémateuses. Il sortit assez bien rétabli, quoique essoufflé au moindre mouvement. La nutrition, depuis sa maladie, a été toujours vicieuse. Dans le courant de mai 1835, Mauger s'aperçut que ses jambes et son ventre s'infiltraient. Entré au Val-de-Grâce, le 26 juin, et couché au n<sup>o</sup> 26 de la salle 8, service de M. Alquié, il nous a présenté les symptômes suivants: Teinte icterique générale; amaigrissement; son clair à la région précordiale; battements du cœur superficiels; bruits de soufflet et de scie très-intenses, isochrones à la systole ventriculaire, se prolongeant un peu durant la contraction des oreillettes; pouls mou, sans fréquence; infiltration des jambes

Bull. 9

et de l'abdomen. Depuis cette époque au 3 août, l'hydropisie a fait beaucoup de progrès, les membres abdominaux et le scrotum étaient très-œdémateux, le ventre surtout, très-tuméfié, gênait, par son volume, les mouvements du diaphragme; le malade ne pouvait rester qu'assis sur son lit, le décubitus horizontal augmentait la dyspnée; la fluctuation était très-facile à apprécier dans l'abdomen.

Le nitrate de potasse, la poudre de digitale furent prescrits sans aucun résultat; on fut même obligé d'en suspendre l'emploi, le canal intestinal les supportait difficilement.

Le 3 août, on retira, par la paracentèse, environ huit pintes de sérosité. Légère amélioration pendant les deux jours qui suivirent l'opération; mais bientôt il survint du dévoisement; le ventre un peu météorisé, devint sensible à une légère pression, surtout vers l'ombilic; l'abdomen et les jambes s'infiltrèrent de nouveau.

Dans la nuit du 12 au 13, sans cause appréciable, le malade fut pris d'un délire nerveux; il craignait de passer pour fou à nos yeux et faisait tous ses efforts pour nous dissuader. Il s'imagina ensuite que nous voulions l'empoisonner, et dès ce moment il refusa de boire quoi que ce soit; absence de mouvement fébrile. Des sinapismes furent posés aux jambes sans aucun résultat. Le malade mourut le 15 au soir.

#### Autopsie cadavérique, dix-neuf heures après la mort.

Le cerveau nous semble un peu rapetissé et ne pas occuper toute la cavité crânienne; léger épanchement opaque entre l'arachnoïde et la pie-mère: on dirait une légère couche albumineuse; injection de la pie-mère; le cerveau est aussi un peu sablé à sa périphérie; rien d'anormal dans le reste de l'encéphale.

**Thorax.** Poumon droit sain: les deux feuillets séreux de ce côté, adhèrent ensemble par des lames celluluses assez longues pour permettre quelques mouvements à cet organe. Poumon gauche fortement réfoulé en haut vers la colonne vertébrale. A la base du thorax de ce côté, existent des fausses membranes bien organisées, traversées par de petites poches remplies de sérosité.

Adhérence intime du sac fibreux du cœur avec le sternum et les cartilages costaux; adhérence complète, immédiate des deux feuillets séreux du péricarde. Le volume du cœur est deux fois plus grand que le poing du sujet; ses parois ne sont pas épaissies; les cavités ventriculaires très-élargies, logeraient un gros œuf de poule; elles contiennent beaucoup de sang noir peu coagulé. Aucune coloration anormale, ni altération de l'endocarde du côté droit. La valvule bicuspide est profondément altérée; entre ces deux feuillets existe une ossification, une espèce de pétrification assez étendue; les cordages tendineux sont durs. Les valvules sigmoïdes de

l'aorte sont épaissies, inégales et jouant mal; le reste de cette artère est sain.

**Abdomen.** Environ dix à huit pintes de sérosité mêlée d'un peu de pus, dans la cavité abdominale; le feuillet pariétal du péritoine tapissé d'une pseudo-membrane molle; le tissu cellulaire sous-jacent très-injecté, rouge: cette coloration s'observe presque exclusivement autour de l'ombilic.

Le foie offre cet état désigné sous le nom de cirrhose; il est dur, rugueux à sa surface et comme ridé. Ses granulations jaunâtres semblent hypertrophiées. La rate, plus petite que dans l'état normal, est dure, rugueuse. Rien de notable dans l'appareil urinaire.

Rien d'anormal dans l'estomac et l'intestin grêle; quatre petites ulcérations dans la muqueuse du colon droit.

Cette observation nous offre un cas d'endo-péricardite chronique. C'est à cette maladie, qui remonte à 1834, époque à laquelle Manger séjourna trois mois à l'hôpital, qu'il faut rapporter l'essoufflement, la gêne de la circulation, l'hydropisie.

L'ossification des valvules était le résultat de l'endocardite et non de l'âge, le malade n'avait que 38 ans, et il n'y avait aucune altération de l'aorte.

L'anévrysme du cœur me paraît dépendre: 1° de l'obstacle au cours du sang, suite de l'ossification valvulaire; 2° de la faiblesse musculaire du sujet; 3° de l'adhérence du péricarde aux parois thoraciques et des feuillets séreux entre eux. Cette adhérence au sternum empêchait de réagir contre la colonne sanguine et de s'opposer au reflux du sang.

Les caillots trouvés dans le cœur étaient mous, noirs; il est évident que si les concrétions fibrineuses que nous avons trouvées dans les observations précédemment rapportées, dépendaient exclusivement de la stase sanguine et non de l'inflammation, nous aurions dû voir ces concrétions plus organisées dans cette dernière observation, puisque l'obstacle à la circulation (ossification valvulaire) était plus grand: il n'en est rien au contraire.

L'hydropisie dépendait de la double altération du cœur et du foie.

Je noterai la péritonite survenue à la suite de la paracentèse. J'ai vu pratiquer trois fois cette opération pour des hydropisies symptomatiques de phlegmasies des séreuses thoraciques, et deux fois la ponction a déterminé une péritonite mortelle. L'inflammation chronique de la plèvre, du péricarde, de l'endocarde, n'a-t-elle pas prédisposé notre malade à cette péritonite, ainsi qu'à l'irritation des méninges, de la périphérie du cerveau qui a donné lieu au délire?

#### VIII<sup>e</sup> OBSERVATION.

Rhumatisme. — Endo-péricardite chronique. — Récrudescence.

Dugelay, âgé de 27 ans, d'une forte constitution, ayant habituellement joui d'une bonne santé,

fut pris, il y a dix mois, après s'être exposé au froid, d'un rhumatisme qui a parcouru plusieurs articulations et dont la durée a été d'un mois et demi. Des sangsues posées *loco dolenti*, plus tard des vésicatoires ont constitué tout le traitement.

L'arthrite s'est renouvelée plusieurs fois, et ce malade dit n'avoir pu travailler comme à l'ordinaire pendant trois ans: il ajoute que durant la première attaque de rhumatisme, il a été pris d'étoffement, de palpitations, palpitations qui sont devenues plus fortes à mesure que les attaques se sont multipliées. Les jambes s'infiltrèrent quand le malade marche plus que d'habitude. Entré le 6 mars 1836, au Val-de-Grâce, salle 11, service de M. Broussais père, Dugelay accuse six jours de maladie et ne sait à quoi attribuer cette récrudescence.

Le 7, les symptômes suivants ont été constatés: voussure et matité de la région précordiale, dans l'étendue environ de trois pouces et demi carrés; frémissement cataire très-prononcé; la pointe du cœur n'est pas nettement sentie, bien que les mouvements de cet organe soient superficiels; on distingue très-bien la systole des oreillettes et des ventricules; il existe un bruit de soufflet prolongé, isochrone à la dilatation ventriculaire, et qui masque entièrement les bruits du cœur; pouls peu développé, fréquent (108, 110); douleur et gonflement de l'articulation radio-carpienne droite; absence de toux; rien d'anormal du côté du poumon, non plus que du canal intestinal. (Saignée de  $\frac{3}{4}$ xxv, ventouses scarifiées à la région précordiale; potion gommée avec 20 gouttes de teinture de digitale, cataplasmes sur l'articulation malade.)

Le 8, mieux sensible. (40 sangsues à la région précordiale, potion avec 30 gouttes de teinture de digitale, diète.)

Le 11, le pouls est à 60; frémissement cataire moindre; la matité semble avoir un peu moins d'étendue; le bruit de souffle beaucoup plus faible, s'entend encore entre les cinquième et sixième côtes gauches, et à un demi-pouce environ en dedans du mamelon correspondant; il masque le claquement valvulaire qu'on entend un peu en auscultant à un pouce et demi de l'extrémité inférieure du sternum; le gonflement du poignet a disparu. (Soupe au vermicelle.)

Quelques jours après, le malade est tout aussi bien qu'il peut l'être avec une grave lésion des séreuses du cœur: il sort de l'hôpital le 24.

Cette observation nous offre un cas d'endo-péricardite de nature rhumatismale: c'est, en effet, pendant plusieurs attaques de cette maladie que les palpitations, l'essoufflement, l'infiltration sont survenus.

Plusieurs symptômes, sur lesquels je ne veux pas insister maintenant, nous ont indiqué l'existence des adhérences des deux feuillets séreux du péricarde.

Le point où est perçu le bruit de soufflet me fait penser que la valvule mitrale est le siège principal

de l'affection. C'est pendant la diastole ventriculaire, un peu en dedans du mamelon gauche, entre les cinquième et sixième côtes qu'on l'entend. Ce bruit est dû au frottement, au retrait du sang par suite de l'insuffisance valvulaire. Le frémissement cataire doit être aussi rapporté à cette lésion.

#### IX<sup>me</sup> OBSERVATION.

Deux attaques de rhumatisme. — Endocardite chronique. — Anasarque.

Paulus, coutelier âgé de 23 ans, d'une forte constitution, adonné aux boissons alcooliques, né de parents sains, fut pris à l'âge de 18 ans, d'un rhumatisme qui parcourut toutes les articulations. Il y a deux ans, il est survenu une nouvelle attaque qui a duré deux mois et pendant laquelle il a éprouvé des palpitations, une anxiété très-vive; bientôt s'est montrée une infiltration des jambes qui a gagné successivement les cuisses, le ventre, les membres supérieurs. Les saignées, la digitale améliorèrent l'état du malade: les palpitations toutefois persistèrent, ce qui ne l'empêcha pas de reprendre ses occupations.

Depuis cette époque, Paulus est sujet à des congestions, il est essoufflé au moindre mouvement, il toussé. L'infiltration des membres diminue, disparaît même pour reparaître quelque temps après.

Voici dans quel état je l'ai vu au mois de mars dernier: anasarque, couleur jaune paille de la peau; les lèvres, les pommettes sont violacées; le foie débordé les fausses côtes de deux travers de doigt; la matité de la région précordiale est peu étendue; les battements du cœur sont assez énergiques, le pouls est faible, intermittent; il existe sous le sternum un bruit de souffle prolongé, très-fort, isochrone à la diastole ventriculaire. Le malade ne peut se coucher que le tronc et la tête élevés.

C'est à une endocardite rhumatismale qu'il faut rapporter les symptômes graves que nous présente le malade. L'engorgement du foie, la gêne de la respiration, la couleur violacée des lèvres, le point où existe le bruit de souffle, me font penser que la valvule tricuspide est principalement altérée.

Ce malade reçoit à Bitche les soins de M. le docteur Willigens, médecin fort instruit, sorti des universités d'Allemagne. Je dois à son obligeance d'avoir vu dans le pays qu'il habite plusieurs cas d'endocardite chronique à des degrés divers.

#### X<sup>me</sup> OBSERVATION.

Endocardite chronique. — Hypertrophie générale du cœur. — Endocardite aiguë. — Mort. — Autopsie.

M. L\*\*\*, lieutenant au 57<sup>e</sup> de ligne, âgé de 37 ans, d'une forte constitution, sujet à des palpitations, essoufflé au moindre mouvement, habituellement enrhumé, ayant eu, il y a quatre ans, des fièvres intermittentes qui ont duré dix mois, fut pris