

XXXVIII. — AFFECTIONS ORGANIQUES DU CŒUR.

Considérations sommaires sur ces maladies. — L'insuffisance des valvules aortiques est la plus grave de toutes les lésions des orifices. — Traitement de l'hydropisie par les purgatifs. — La diarrhée demande quelquefois à être arrêtée; dans d'autres cas c'est une crise naturelle qu'il faut respecter. — Le diagnostic des affections cardiaques est souvent difficile. — Un mot sur les embolies et les accidents qu'elles peuvent causer.

MESSIEURS,

Une femme qui, à plusieurs reprises, est venue dans le service de la Clinique, me fournit l'occasion d'entrer avec vous dans quelques considérations pathologiques et thérapeutiques relatives à certaines particularités qui se présentent dans le cours des affections organiques du cœur, considérations dont vous trouverez plus d'une fois l'application au lit des malades.

Cette femme était, en dernier lieu, couchée au n° 34 de la salle Saint-Bernard; elle entraînait pour des accidents dépendants d'une affection du cœur dont le diagnostic était des plus simples: la lésion cardiaque se révélait, à l'auscultation, par un double bruit de souffle, ayant son maximum d'intensité au niveau de la pointe du cœur, bruit de souffle rude au premier temps, plus doux au second. Ces phénomènes stéthoscopiques caractérisaient une insuffisance avec rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire du côté gauche.

Mon but est moins d'appeler votre attention sur les lésions organiques du cœur, que de vous montrer, d'une part, l'énorme difficulté que nous rencontrons souvent pour asseoir notre pronostic, et de vous indiquer, d'autre part, certaines règles à suivre dans le traitement de quelques-uns des accidents qui les accompagnent.

Toutefois, messieurs, relativement à l'insuffisance valvulaire, je vous ferai observer que, généralement, cette insuffisance coïncide avec un rétrécissement de l'orifice. En effet, les causes les plus ordinaires qui s'opposent à l'accolement des valvules les unes aux autres, sont les altérations de texture de ces cloisons membraneuses; c'est leur épaissement, leur induration, leur transformation fibro-cartilagineuse, cartilagineuse, osseuse ou pétrée; c'est la destruction partielle de leur bord libre, leur perforation, leur rupture, soit à leur partie centrale, soit à leur base, dans une étendue plus ou moins considérable; c'est enfin la présence de végétations: tous genres d'altérations qui, coexistant le plus habituellement avec l'induration et l'épaississement plus ou moins considérable des valvules, les empêchent de remplir exactement les fonctions dont elles sont chargées. Cette induration, cet épaissement, la pré-

sence de végétations un peu volumineuses sur le bord ou sur la surface des valvules vont nécessairement entraîner, indépendamment de l'insuffisance de ces cloisons membraneuses, le rétrécissement des orifices à l'entrée desquels elles sont placées.

La conséquence de cette insuffisance avec rétrécissement sera une gêne plus ou moins considérable de la circulation du sang dans les cavités du cœur, et cette gêne se traduit par un ensemble de phénomènes, les uns locaux, qui se manifestent du côté de l'appareil central de la circulation, les autres généraux, apparaissant du côté des différents autres appareils de l'économie.

Des *phénomènes locaux*, les uns sont accusés par les malades. Ce sont des palpitations, un sentiment d'embarras, de pesanteur à la région précordiale ou vers le creux de l'estomac, et qui augmentent par les efforts musculaires, dans un exercice un peu plus violent que d'habitude, comme dans l'action de monter un escalier. C'est, à un degré plus avancé de la maladie, une gêne plus ou moins prononcée de la respiration. Ces symptômes manquent souvent aussi. Les autres phénomènes locaux, dont l'existence est constatée par les divers modes d'exploration du cœur, nous fournissent des signes plus certains pour arriver au diagnostic de la lésion.

Déjà, à simple vue, l'inspection de la région précordiale nous procure, sur les troubles éprouvés par les mouvements du cœur, des renseignements que l'application de la main met à même d'apprécier encore mieux. Par l'application de la main nous pouvons, en effet, percevoir cette sorte d'ondulation, de frémissement vibratoire que l'on désigne sous le nom de *frémissement cataire*, et qui coïncide avec les irrégularités, les intermittences et les inégalités des battements du cœur. L'auscultation, soit avec l'oreille nue, soit à l'aide du stéthoscope, nous fournit des signes qui consistent en des bruits de souffle offrant les variétés les plus diverses, et dont l'explication physiologique a été et est encore l'objet de différentes théories que je ne crois pas avoir à vous exposer. Je vous dirai cependant que les belles expériences de M. Chauveau sur les chevaux, expériences dont j'ai été témoin, ne sauraient aujourd'hui laisser aucun doute dans l'esprit sur la théorie des bruits normaux et anormaux du cœur; tous ceux qui ont assisté aux expériences dont je vous parle, ont eu la démonstration évidente que la théorie de Rouannet était la seule admissible. La percussion, à son tour, nous permet de reconnaître l'augmentation de volume du cœur, due soit à la dilatation anormale de ses cavités, soit à l'hypertrophie de leurs parois. Ces altérations cardiaques, qui coïncident presque constamment avec les lésions des orifices, sont la conséquence forcée de la gêne apportée dans le cours du sang. Le mécanisme de leur production est facile à comprendre. Du moment que les contractions musculaires du cœur sont insuffisantes pour lutter contre l'obstacle qui s'oppose à la sortie du sang hors de la cavité qui le renferme, les parois de cette cavité se distendent peu à peu par suite de l'accumulation de liquide qui s'y opère, et la cavité elle-même se dilate. Mais il est rare que cette dilatation soit simple, c'est-à-dire

avec amincissement des parois; généralement, pour ne pas dire toujours, cette dilatation est accompagnée de l'hypertrophie des parois du cœur, hypertrophie reconnaissant en grande partie pour cause un excès d'exercice ou d'action de la fibre musculaire. Bien que je ne veuille pas aborder ici une question de pathologie générale, je vous ferai cependant observer qu'il se passe dans le cœur ce qui se passe dans les autres organes creux que nous voyons se dilater, en même temps que leurs fibres musculaires acquièrent un développement plus considérable, lorsqu'un obstacle à la sortie des matières que ces organes contiennent nécessite un surcroît d'efforts pour l'accomplissement de leurs fonctions naturelles. Il se passe pour le cœur ce qui se passe pour la vessie, pour l'estomac, pour les autres portions du tube digestif, pour les bronches, etc. Cette hypertrophie, suivant la juste remarque qu'en ont faite les cliniciens, Hunter, Laennec et M. Beau, entre autres, l'hypertrophie du cœur, en particulier, est une lésion providentielle employée par la nature pour lutter contre la résistance apportée par l'obstacle au cours du sang. Elle a pour résultat d'assurer pour un certain temps l'exercice d'une fonction essentielle à la conservation de la vie. J'ai dit que cette lésion reconnaissait en grande partie pour cause un excès d'exercice et d'action de la fibre musculaire, mais j'admets aussi que le travail pathologique subi par le tissu musculaire, sous l'influence de ce qu'on est convenu d'appeler l'inflammation ou l'irritation, doit entrer en ligne de compte dans la production de l'hypertrophie.

Revenons aux phénomènes qui caractérisent la gêne plus ou moins considérable de la circulation du sang dans les cavités du cœur. Messieurs, si je ne m'arrête pas un instant sur l'étude du diagnostic précis du siège des lésions des orifices, c'est que, de l'aveu même d'un homme éminent, dont personne ne contestera la compétence en pareille matière, cette étude est, au fond, plus curieuse qu'utile (1). Toutefois, le diagnostic différentiel de l'insuffisance des valvules aortiques est d'une importance très-grande dans la pratique. Les causes de mort subite les plus fréquentes sont principalement celles qui dépendent des lésions des valvules aortiques; et c'est un fait également reconnu de la majorité des praticiens, que ces lésions sont celles qui sont le moins souvent accompagnées de cet ensemble de phénomènes morbides qui constituent les symptômes généraux des maladies du cœur.

Voyons quels sont ces phénomènes généraux.

Les troubles des fonctions cardiaques doivent avoir un grand retentissement dans tout l'ensemble de l'appareil circulatoire. Des modifications appréciables dans les battements artériels, dans l'état des veines et des vaisseaux capillaires,

(1) « Existe-il, » dit M. le professeur Bouillaud (*Traité clinique des maladies du cœur*, 2^e édit., t. II, p. 362), « existe-t-il des signes propres à nous faire connaître le siège précis du rétrécissement dans tel ou tel des orifices du cœur? La solution de ce problème, qui est au fond plus curieuse qu'utile, va nous occuper quelques instants. »

témoignent de l'embarras de la circulation. Le pouls, irrégulier, inégal, intermittent comme les battements du cœur lui-même, est généralement petit, mais en même temps, lorsqu'il existe une hypertrophie considérable du ventricule gauche, il est dur, vibrant, et quelquefois présente un frémissement particulier qui n'est nulle part plus appréciable que dans les artères carotides, sous-clavières et radiales. Dans quelques cas, les pulsations artérielles se succèdent coup sur coup, et ce redoublement du pouls coïncide avec un bruit de rappel que l'on entend en auscultant le cœur. L'insuffisance des valvules aortiques est caractérisée par un bruit de souffle à la base, et au second temps, par un pouls fort et rebondissant, avec flexuosité de l'artère radiale; ce signe, déjà signalé par Selle, et sur lequel Corrigan a si particulièrement insisté, est d'une grande valeur pour le diagnostic de cette affection.

Le *sphygmographe* de Marey représente bien ces caractères particuliers du pouls de l'*insuffisance aortique*. Vous savez que, dans cet ingénieux instrument, un bras de levier repose par une de ses extrémités sur une artère dont chaque battement la soulève, tandis que l'autre extrémité, armée d'une plume, dessine les battements de l'artère sur une bande de papier qui se déroule. Eh bien, le bondissement spécial du pouls de Corrigan, qui frappe brusquement le doigt comme ferait une détente, se traduit sur la bande de papier du sphygmographe par une ligne verticale ascendante, qui se termine par une pointe aiguë ou par une sorte de crochet, et à laquelle succède une ligne descendante, oblique et plus ou moins flexueuse en son milieu. Le tracé définitif est une série de lignes verticales et de lignes obliques réunies entre elles par la pointe ou le crochet que j'ai déjà signalé. La hauteur de la ligne verticale est proportionnelle à la force de la diastole artérielle.

Au contraire, dans le pouls du *rétrécissement de l'orifice aortique*, la ligne d'ascension du tracé, correspondante à la diastole de l'artère, n'est pas verticale, mais oblique, et celle de la descente est oblique en sens inverse et flexueuse. En tout cas la ligne d'ascension n'a jamais la hauteur de celle du pouls de l'insuffisance.

Dans le cas d'*insuffisance de la valvule mitrale*, le pouls est presque toujours irrégulier et d'une irrégularité absolue, qui n'a rien de typique, c'est-à-dire qui ne se représente pas graphiquement d'une manière toujours la même. Le pouls a moins d'amplitude; il est souvent impossible au toucher de saisir certaines pulsations tant elles sont faibles. Sur le tracé, les diastoles artérielles sont figurées par des lignes verticales d'inégale hauteur, et les systoles par des lignes obliques tremblées, de la forme la plus irrégulière.

Avec un *rétrécissement de l'orifice mitral*, le pouls est régulier et le tracé du pouls se rapproche beaucoup de celui de l'état normal. Dans ces cas, où il y a un souffle présystolique, on peut diagnostiquer la nature de la lésion, précisément par les caractères négatifs du pouls (1).

(1) Voyez Marey, *Physiologie médicale de la circulation du sang*. Paris, 1863.

La gêne de la circulation veineuse se traduit, lorsque la maladie du cœur est arrivée à une période assez avancée de son développement, par le gonflement des veines voisines du cœur, telles que celles du cou, de la face, et qui est manifeste surtout aux veines jugulaires externes, où il est parfois accompagné d'ondulations, de pulsations analogues et isochrones aux battements artériels. C'est là le *pouls veineux* que Lancisi, qui, le premier, paraît l'avoir observé, donnait comme le signe de l'hypertrophie du ventricule droit. Il est l'effet du reflux dans les veines d'une certaine portion de l'ondée sanguine que l'oreillette droite ne peut chasser en totalité dans le ventricule : soit qu'il existe un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire ; soit plutôt qu'il existe une insuffisance de la valvule tricuspide qui permet au sang contenu dans le ventricule de refluer en partie à son tour dans l'oreillette ; soit enfin qu'en raison des obstacles que le sang rencontre pour passer des cavités droites dans les cavités gauches, le ventricule ne puisse pas se désempir complètement.

A la gêne de la circulation veineuse s'ajoute celle de la circulation dans les *vaisseaux capillaires*, gêne qui va nous rendre compte de la teinte violacée, livide, avec gonflement du visage, bouffissure des paupières, de la coloration bleuâtre des lèvres, de l'injection plus ou moins prononcée de la peau des extrémités, que nous présentent, à une période assez avancée de leur maladie, les individus atteints d'affections organiques du cœur.

C'est aux troubles de la circulation capillaire qu'il faut rapporter les phénomènes morbides survenant dans les différentes fonctions de l'économie : la *gêne de la respiration*, qui, consistant d'abord en un essoufflement après un exercice un peu violent, une marche un peu plus rapide que d'habitude, augmente à mesure que l'affection du cœur fait des progrès, et arrive au plus haut degré de la dyspnée ; les *troubles des fonctions cérébrales* qui surviennent dans la période ultime ; les *congestions sanguines* qui se font dans les principaux viscères, les poumons, le foie, la rate, l'encéphale, — et qui vont quelquefois jusqu'à l'*hémorrhagie*, comme, par exemple, la pneumohémorrhagie, complication si fréquente des maladies du cœur, ou qui entraînent ces altérations de texture telles que la *cirrhose* du foie (1) ; les *hydropisies* enfin, œdème des extrémités, anasarque, épanchements dans les cavités des membranes séreuses, accidents qui ont leur cause principale dans l'enrayement mécanique des fonctions circulatoires.

Je dis leur cause principale, parce qu'en effet cette cause mécanique ne pourrait suffire à elle seule pour expliquer la production des phénomènes morbides dont nous parlons. Cela est si vrai, que, d'un côté, nous voyons des individus succomber rapidement après avoir présenté tous les symptômes généraux et rationnels d'une affection du cœur, dont on n'avait jamais pu reconnaître durant la vie les signes locaux très-caractérisés, et sans qu'on

(1) Voyez plus loin, même volume, la leçon sur la *Cirrhose*.

trouve, à l'autopsie, des lésions cardiaques suffisantes pour expliquer les symptômes observés et la mort ; que, d'un autre côté, des individus qui offrent tous les signes physiques d'une affection cardiaque, vivent longtemps sans paraître éprouver de dérangement notable de leur santé.

A ne tenir compte que de la lésion anatomique, une affection organique du cœur n'est vraiment pas une maladie ; si quelqu'un s'étonnait de cette assertion, nous lui demanderions s'il regarderait comme une maladie l'asphyxie lente et progressive d'un homme auquel on aurait passé un nœud coulant autour du cou et qu'on étranglerait tous les jours en serrant un peu plus la corde, de manière à le faire mourir en un ou deux ans ; cependant les affections organiques du cœur sont toujours ou presque toujours plus qu'un simple obstacle mécanique à la circulation centrale ; l'affection morbide localisée qui a occasionné la formation des obstacles matériels, est aussi, pour une grande part, la cause de tous les désordres organiques et fonctionnels qu'éprouvent les différents appareils de l'économie.

Cette manière, vraiment plus médicale, d'envisager et de comprendre les maladies du cœur, est celle d'un grand nombre de cliniciens ; elle a été parfaitement exprimée dans un travail récent, dont je vous demande la permission de vous lire ici quelques passages.

« Quand il s'agit, dit M. le docteur Mauriac, dans son excellente thèse (1), d'apprécier d'une manière générale les causes de la mort chez les sujets affectés de maladies du cœur, il est indispensable, si l'on veut embrasser le problème dans toute son étendue, et juger la question à un point de vue tout à la fois philosophique et médical, d'examiner en premier lieu le rôle que jouent certaines diathèses dans la production des phénomènes secondaires de ces maladies qui, au bout d'un temps plus ou moins long, jettent l'organisme dans un état cachectique spécial, qu'on est convenu d'appeler *cachexie cardiaque*. On sait que cette cachexie entraîne une modification profonde dans la crase des humeurs, et que ses deux phénomènes principaux consistent en une asthénie circulatoire de tous les viscères splanchniques, d'où résultent les congestions passives de ces organes, et en une exhalation anormale de sérosité au sein du tissu cellulaire et dans les cavités des membranes séreuses. La manifestation de ces troubles généraux se produit quelquefois à une époque si rapprochée du début des accidents locaux du côté du cœur, qu'on doit se demander si la maladie, envisagée dans son ensemble, est primitivement locale ou primitivement générale. Où a-t-elle commencé ? Est-ce dans le cœur seulement ? est-ce de là que part l'impulsion morbide qui entraînera bientôt tout l'organisme dans son évolution ? Ou bien est-ce dans toutes les parties du système circulatoire qu'il en faut chercher l'origine ? Ou bien encore tout l'appareil circulatoire est-il malade en même temps, et le cœur ne l'est-il à un plus haut degré que parce

(1) Mauriac, *Essai sur les maladies du cœur. De la mort subite dans l'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte* (thèses de Paris, 1860).

qu'il résume pour ainsi dire, en son activité centrale, toutes les forces qui mettent en mouvement le fluide nourricier dans la trame de nos tissus ? Ce sont là de grandes questions de pathologie générale, auxquelles il est difficile de répondre.

» C'est un fait acquis aujourd'hui à la science, constaté tous les jours par l'observation et mis hors de doute par les belles recherches de M. Bouillaud, qu'à l'origine de presque toutes les maladies du cœur, on trouve comme cause première une diathèse. Que cet état morbide général, qui concentre son activité sur les organes chargés d'accomplir la grande fonction circulatoire, se rattache à un principe franchement inflammatoire, à un principe rhumatismal ou à un principe goutteux, peu importe ; mais ce qu'il est essentiel de ne pas oublier, c'est que le propre de toute diathèse est de faire vivre d'une vie spécialement morbide toute molécule organique, et d'exercer par conséquent, sur toute l'économie, une influence profondément débilitante. Or, si toutes les diathèses affaiblissent la force de l'organisme en modifiant l'acte physiologique de la nutrition élémentaire, les diathèses qui produisent les maladies du cœur n'y arriveraient-elles pas bien plus sûrement en attaquant l'appareil qui conduit dans toutes les parties du corps le liquide où l'assimilation puise les matériaux dont elle nourrit nos tissus ? N'est-ce pas là une première cause de la détérioration morbide générale dont il faut tenir grand compte ?

» Ce n'est pas tout : le travail pathologique spécial à chaque diathèse, d'où résulte sa physionomie caractéristique, désorganise le tissu du cœur, et dès lors commencent à se dérouler ces séries de phénomènes secondaires qu'on nous semble avoir trop exclusivement rattachés aux enrayements de la circulation du sang dans les cavités cardiaques. Quelques pathologistes ont même été plus loin dans cette voie de localisation ; ils n'ont assigné pour cause à ces enrayements de la circulation que des obstacles matériels siégeant aux orifices. Les lésions des orifices, rétrécissements ou insuffisances, ne traduisent qu'une des faces du travail pathologique dont le cœur est le théâtre ; ils n'offrent qu'un danger relatif. »

Puis, après avoir rappelé à l'appui de ces propositions le fait que je vous signalais tout à l'heure d'individus « qui, avec les signes physiques d'une maladie du cœur en apparence très-grave, vivent fort longtemps et sans présenter ces troubles généraux dont l'invasion paraît imminente par la certitude où l'on est d'un obstacle à la circulation intra-cardiaque, » M. Mauriac continue : « La doctrine des maladies du cœur, qui n'a pour base que la considération des obstacles matériels au cours du sang, ne résout point toutes les difficultés, ne lève point tous les doutes : si elle est séduisante, c'est qu'elle simplifie les phénomènes en subordonnant leur manifestation à une cause mécanique que l'esprit apprécie beaucoup mieux qu'une cause vitale ou diathésique. Mais la nature est essentiellement complexe dans ses opérations : le phénomène pathologique le plus simple au premier aspect implique l'altération persistante ou fugace de tant d'éléments, l'affaiblissement ou l'exaltation de tant de pro-

priétés organiques, qu'on court grand risque de ne voir qu'un côté de la vérité et de laisser les autres dans l'ombre, si l'on fonde une théorie uniquement sur un seul ordre de phénomènes. »

En réalité, un fait pratique domine dans la pathologie du cœur : c'est qu'au lit du malade, les affections de cet organe sont celles qui exposent le médecin aux plus nombreuses déceptions ; si leur diagnostic est ordinairement facile à établir, il n'en est pas de même du pronostic. La marche de la maladie, les accidents qui peuvent la compliquer, sont subordonnés à une foule de circonstances, dont les unes, telles que des affections intercurrentes, sont saisissables, mais dont le plus grand nombre, tout individuelles, nous échappent complètement.

D'une manière générale, nous pouvons dire que la prédisposition aux affections pulmonaires, que la susceptibilité exagérée du système nerveux, placent les individus atteints de maladies du cœur dans de fâcheuses conditions, en raison du retentissement que les affections pulmonaires et les affections nerveuses ont sur l'organe central de la circulation : les premières, en favorisant la stase du sang dans les cavités droites, et consécutivement dans tout le système veineux et capillaire, en favorisant le développement des congestions passives et de hydropisies ; les secondes, en devenant la cause occasionnelle de désordres fonctionnels qui compliquent singulièrement le désordre organique. Mais, en sortant de ces généralités, qui nous expliquera comment tel individu, en dehors de ces conditions morbides appréciables dont nous venons de parler, vivra pendant un temps plus ou moins long, sans paraître éprouver de dérangement notable dans sa santé, avec une lésion cardiaque considérable, tandis qu'un autre succombera rapidement à une maladie du cœur dont les désordres locaux étaient en apparence beaucoup moins sérieux, toute condition du siège étant égale d'ailleurs ? Je fais cette dernière restriction, parce que, ainsi que je vous l'ai dit, l'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte est de toutes les affections organiques celle qui, tout en étant le moins souvent accompagnée de phénomènes généraux, est la plus grave et une des causes les plus fréquentes de la mort subite.

Maintenant, messieurs, revenons aux faits que nous avons actuellement sous les yeux ; revenons à la malade du n° 34 de la salle Saint-Bernard.

Il y a quatre ou cinq mois, cette femme entrait dans le service, affectée d'une anasarque considérable. Indépendamment de l'infiltration du tissu cellulaire des extrémités inférieures, de la bouffissure du visage, elle avait un œdème pulmonaire, caractérisé à l'auscultation par des râles sibilants et sous-crépitaux que l'oreille entendait principalement à la base de la poitrine : la gêne de la respiration était telle, que l'asphyxie paraissait imminente et que l'on pouvait croire que la mort arriverait dans les quarante-huit heures. L'affection du cœur, à en juger d'après les phénomènes locaux que nous pouvions analyser, bien que très-difficilement alors, en raison de l'embarras excessif de la respiration et de la circulation, l'affection du cœur n'était pas plus grave qu'elle ne

l'est aujourd'hui. Ce n'était pas d'ailleurs la première fois que la malade éprouvait les accidents généraux que nous allions être appelé à combattre. En présence de ces accidents si graves, je n'avais rien autre chose à faire qu'à lutter contre l'hydropisie générale, pensant qu'en sollicitant l'évacuation des liquides infiltrés, qu'en débarrassant le sang du sérum en excès qu'il contenait, je rétablirais l'équilibre des fonctions circulatoires, et que je faciliterais le jeu de l'appareil pulmonaire.

Les purgatifs drastiques, ceux qui déterminent les évacuations séreuses les plus rapides et les plus abondantes, et qui, pour cette raison, ont reçu le nom d'hydragogues, répondant le mieux à l'indication pressante, je prescrivis l'eau-de-vie allemande (teinture de jalap composée) à la dose de 40 grammes. Sous l'influence de cette première et vigoureuse purgation, l'anasarque était, dès le lendemain, sensiblement diminuée. Je répétais la même dose du médicament à ma seconde visite, et j'en obtins le même effet, qui fut plus notable encore. Quelques jours après, l'eau-de-vie allemande fut administrée de la même façon, et deux semaines ne s'étaient pas passées, que l'hydropisie avait complètement disparu, la respiration avait repris sa liberté. Nous constatons alors beaucoup plus facilement que nous ne l'avions pu faire lors de l'arrivée de la malade à l'hôpital les signes physiques et locaux de son affection cardiaque.

Sous l'influence de ces remèdes que les anciens appelaient les *panchymagogues*, c'est-à-dire médicaments qui font rendre tous les sucs qui sont dans le sang, nous avons fait disparaître, en quarante-huit ou soixante-douze heures, l'anasarque considérable qui avait donné lieu à de redoutables accidents. Nous avons empêché la mort imminente, et c'était le seul résultat auquel il nous était permis de prétendre, car nous ne pouvions malheureusement rien contre la lésion organique, contre le fond même de la maladie.

Après avoir paré à cette terrible éventualité, nous continuâmes le traitement en donnant le vin diurétique de l'Hôtel-Dieu, et plus tard les amers.

De tous les remèdes hydragogues que j'ai employés dans ma vie, le plus puissant, suivant moi, est un vin dont j'ai imaginé la composition, et qui est connu sous le nom de *vin diurétique de l'Hôtel-Dieu*. En voici la formule :

Vin blanc.....	750 grammes.
Baies de genièvre.....	50 —
Scille.....	5 —
Digitale.....	10 —
Faites macérer quatre jours. Ajoutez :	
Acétate de potasse.....	15 —
Filtrez.	

Ce vin, que j'emploie depuis un grand nombre d'années et dont mes collègues ont accepté la formule, est en général facilement supporté; je lui dois dans ma pratique, et à l'hôpital, la guérison apparente des accidents des mala-

dies du cœur dans un grand nombre de cas où il semblait qu'il n'y eût rien à espérer.

Hors de danger pour le présent, la malade se trouva bientôt en assez bon état pour demander sa sortie de l'Hôtel-Dieu; elle ne conservait que de l'essoufflement, conséquence inévitable de la maladie du cœur. Six semaines environ après, elle y rentrait dans une situation exactement semblable à celle qu'elle offrait la première fois.

Je fus d'autant plus effrayé de cette récurrence, que je ne pouvais me dissimuler que ces accidents, sujets à répétition, finiraient par être au-dessus des ressources de l'art; qu'il arriverait un moment où, permettez-moi cette expression, le vase étant trop plein, une goutte suffirait pour le faire déborder; qu'enfin cette femme était destinée à succomber aux progrès de son mal dans un espace de temps très-rapproché, et qu'elle succomberait probablement emportée par ces accidents généraux. Cependant ma thérapeutique avait eu trop de succès la première fois pour que je n'y recourusse pas de nouveau. J'employai donc les mêmes moyens, et dès le troisième jour l'anasarque avait de nouveau disparu, la respiration n'était plus embarrassée; la malade demandait à manger, et se plaignait de ce qu'on lui donnait de trop petites quantités d'aliments; mais une nouvelle complication nous obligeait de ne pas satisfaire son appétit.

En effet, la diarrhée produite par la teinture de jalap et par le vin diurétique persistait. Je ne m'en préoccupais pas, parce qu'il me semblait que cette évacuation que nous avions cherché à provoquer pour combattre l'hydropisie empêcherait celle-ci de reparaître. L'événement ne devait pas répondre à ces prévisions, car, la diarrhée se prolongeant, nous vîmes l'anasarque revenir progressivement au point où elle était lors de l'entrée de la malade à l'hôpital. Il n'était plus possible de recourir à la médication qui, à deux reprises différentes, nous avait merveilleusement réussi, car les drastiques et les diurétiques devaient nécessairement exagérer l'état d'irritation du tube digestif et augmenter les troubles de la nutrition, d'où dépendaient évidemment maintenant les accidents qui se manifestaient pour la troisième fois. Modifier l'état pathologique de l'intestin, était la première indication; et, cette indication remplie, nous pouvions espérer de lutter avantageusement contre l'hydropisie en nous adressant aux reins ou à la peau, dont les sécrétions peuvent suppléer celle de l'intestin.

Le sous-nitrate de bismuth, la craie préparée, furent donnés seuls, puis associés l'un à l'autre, sans que nous en eussions obtenu aucun bon résultat. Le nitrate d'argent administré seul et porté jusqu'à la dose de 0^{gr},10 en dix pilules, le nitrate d'argent combiné avec l'opium, ne réussirent pas mieux. Loin de se modérer, la diarrhée devenait plus abondante. J'employai alors l'*hydrargyrum cum creta*, le mercure éteint dans la craie, médicament emprunté à la pharmacopée anglaise, où il est désigné sous le nom de poudre grise (*grey powder*), et qui, tout en étant un purgatif comme le calomel, est également,

comme celui-ci, lorsqu'on l'administre d'une certaine façon, un excellent modificateur de l'appareil intestinal merveilleusement utile dans certaines diarrhées. Notre malade en prit 0^{gr},10 le premier jour, et dès ce premier jour le flux intestinal se modéra. Le lendemain, j'ajoutai à ma prescription trois gouttes de laudanum à prendre immédiatement après la poudre grise, et sous l'influence de cette médication il n'y eut plus qu'une ou deux selles dans les vingt-quatre heures, au lieu de sept à huit qu'il y avait auparavant.

Cet heureux résultat obtenu, restait toujours l'hydropisie; ne pouvant plus provoquer les sécrétions intestinales, nous comptions sur les sécrétions urinaires. Mais comme les substances qui agissent sur les reins sont susceptibles d'irriter l'intestin, nous avions à redouter, en les administrant à l'intérieur, de renverser l'échafaudage que nous avions eu tant de peine à élever. Je recourus alors à une médication qui, depuis plus de vingt ans que j'en fais l'expérience, m'a souvent rendu de signalés services : elle consiste dans l'application à l'extérieur des préparations diurétiques.

Je fais faire une forte décoction de bulbes de scille et de feuilles de digitale, ou bien je prends 100 à 150 grammes de teinture de scille et de digitale que l'on mélange avec deux tiers d'eau. De ce mélange on imbibe des flanelles que l'on applique sur le ventre et sur les cuisses du malade, en les recouvrant d'une large plaque de taffetas gommé. En continuant ce moyen, on obtient souvent une évacuation très-abondante d'urine. C'est ce que vous avez vu chez notre femme; chez elle aussi cette diurèse a amené la résolution de l'hydropisie, et, pour la troisième fois, quitte de ces accidents, elle se trouva assez bien rétablie pour sortir de l'hôpital.

Ainsi chez cette femme, la diarrhée, que nous avions sollicitée pour obtenir la cessation des graves accidents qui entraînaient un danger de mort, est devenue à son tour cause de ces mêmes accidents, et il nous a fallu alors lutter contre elle. Eh bien! chez une autre femme, que vous avez également vue dans le service, c'est la suppression d'un flux intestinal habituel qui a amené la terminaison fatale.

Cette malade entra dans nos salles, atteinte, comme la première, d'une affection du cœur caractérisée par des palpitations, de l'irrégularité, de l'inégalité, de la fréquence des battements artériels. A l'auscultation, nous entendions, à la pointe du cœur, un bruit de scie accompagnant le premier temps, couvrant le petit silence et se prolongeant au second temps. Je diagnostiquai un rétrécissement avec insuffisance de la valvule mitrale, et hypertrophie du cœur; la matité précordiale, à la percussion, s'étendait au delà des limites normales.

La malade nous disait que depuis plus de deux ans elle avait une diarrhée continuelle, mais elle ajoutait qu'elle ne se portait jamais si bien que lorsqu'elle avait des évacuations diarrhéiques. Ne tenant pas grand compte de cette particularité, ne croyant pas devoir m'en rapporter complètement au dire de cette femme, je cherchai à modifier le flux intestinal. J'y parvins en effet,

mais j'eus cruellement à m'en repentir, car bientôt survinrent des troubles considérables de la circulation, et, trois jours après la guérison de sa diarrhée, cette pauvre femme succombait.

J'ai la persuasion que l'abondante sécrétion qui se faisait à la surface de l'intestin était un moyen de décharge qui devait mettre le sujet à l'abri de ces congestions, de ces hydropisies, cortège habituel des affections cardiaques. Dès que je vis se déclarer les accidents dont mon intervention médicale inopportune fut la cause, j'essayai de provoquer artificiellement la crise naturelle que j'avais imprudemment fait taire; mes tentatives furent inutiles. D'ailleurs, messieurs, l'exemple de la malade dont je vous parlais tout à l'heure tendrait à prouver que ces crises artificielles sont loin de remplacer celles qui se font spontanément.

J'ai insisté sur ces détails pour vous montrer combien il est difficile de formuler des règles générales de traitement; que ce qui convient aux uns ne réussit pas chez les autres; que les moyens thérapeutiques avantageux dans un cas donné peuvent, chez le même individu, nous faire plus tard absolument défaut; pour vous montrer enfin que nous devons souvent chercher à arriver au même but par des voies différentes.

Messieurs, je vous disais précédemment que les affections du cœur exposent les médecins à bien des déceptions, en ce sens que rien n'est aussi difficile que de porter un pronostic tant soit peu certain sur leur marche ultérieure. J'ajoute maintenant que, bien qu'ordinairement facile à établir, grâce au degré de perfection auquel est arrivée à notre époque l'étude des signes fournis par l'auscultation et par la percussion, le diagnostic de ces maladies présente encore assez souvent de grandes difficultés, soit que des altérations organiques puissent ne pas se manifester du vivant des individus par les phénomènes physiques qui les caractérisent habituellement, ainsi que Stokes (de Dublin) en a rapporté des faits; soit que l'examen cadavérique, suivant la remarque de M. Beau, vienne nous donner des démentis imprévus, quand nous avons voulu trop préciser le diagnostic de l'affection cardiaque.

Je n'en veux donner que deux exemples: d'abord celui d'un homme dont je vous ai présenté, dans cet amphithéâtre, les pièces anatomiques. Il était atteint d'une ancienne hypertrophie du cœur, et nous supposions qu'il y avait aussi insuffisance de la valvule mitrale avec rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire. De plus il avait eu une légère hémoptysie constituée par quelques crachats sanglants, les uns noirs et visqueux, les autres spumeux et rutilants. Enfin une anasarque générale considérable, avec épanchement ascitique, compliquait l'état déjà si grave. Ce malade succombait trois jours après son arrivée dans notre salle.

En ouvrant le cadavre nous trouvions une augmentation notable du volume du cœur. Le ventricule gauche sur lequel portait cette hypertrophie était en même temps dilaté. Mais du côté des orifices nous ne constatons qu'un léger épaissement de la valvule mitrale, dont les deux feuillets semblaient d'ail-