

nulations d'un volume en général peu considérable, ne dépassant guère celui d'un pois, disséminées ou confluentes; disposition qui se montre spécialement sur les membranes fibreuses et surtout sur celle des kystes. Ailleurs, l'ossification et la cartilaginification sont disposées en lames ou en plaques irrégulières qui adhèrent plus ou moins au tissu subjacent: c'est ce qu'on voit fréquemment dans le tissu cellulaire lamineux qui double les séreuses, comme la plèvre, le péricarde, le péritoine et l'arachnoïde cérébro-spinale. Quelquefois l'ossification et la cartilaginification existent uniformément sur une grande surface, où elles sont disposées en couche mince: c'est ce qu'on observe dans les cas de transformation osseuse ou cartilagineuse des tissus membraneux. C'est ainsi qu'on voit quelquefois la tunique fibreuse de la rate et la tunique albuginée du testicule être complètement ossifiées dans une grande étendue; il n'est pas rare aussi de rencontrer la membrane fibreuse d'un kyste transformée en une coque solide entièrement cartilagineuse ou osseuse. Quand l'ossification ou la cartilaginification affecte cette disposition, on l'appelle *membraniforme*.

Le tissu osseux accidentel n'offre pas partout la même structure. Tantôt, dit M. Andral, c'est une masse homogène sans apparence de fibre, sans distinction de substance compacte ou spongieuse; sa consistance peut être égale, inférieure ou supérieure à celle des os. Les acides dissolvent quelquefois entièrement ces masses, qui ne ressemblent aux os que par leur couleur, leur consistance et l'existence des sels phosphatiques, mais elles ne présentent point la trame organique qu'on trouve dans les os véritables. Quelquefois pourtant, surtout quand l'ossification est membraniforme ou sous forme de lamelle, le tissu osseux accidentel ressemble tout à fait à la couche compacte des os. On y distingue parfois des fibres rayonnées ou entre-croisées. Quelquefois on y découvre un peu de substance spongieuse; mais là, dit M. Andral, se bornent les rapprochements qu'il est possible d'établir sous le rapport de la texture, entre les tissus osseux naturel et accidentel. Ce n'est à peu près exclusivement que dans les cas où, à la place d'une portion d'os détruite, le périoste ou la membrane médullaire se transforment en un os nouveau, que celui-ci représente exactement la texture d'un os normal, et encore cela n'a-t-il guère lieu que peu à peu. Le tissu osseux accidentel renferme, comme le tissu osseux naturel, du phosphate et du carbonate de chaux. Mais dans ceux-ci ces deux sels sont toujours unis et dans des proportions qui ne varient guère, sauf quelques différences apportées par l'âge ou par les maladies. Dans les os accidentels, au contraire, ces substances existent quelquefois isolément, et, quand elles sont réunies, rien n'est plus variable que leurs proportions respectives. De ceci il résulte que l'ossification morbide n'est pas identique avec l'ossification naturelle. Il existe moins de différence entre les cartilages naturels et les cartilages accidentels. Ceux-ci, il est vrai, passant par différentes phases d'évolution, ne sont pas tout de suite parfaits, mais ils finissent tôt ou tard par prendre un aspect et une texture entièrement analogues à l'aspect et à la texture des cartilages naturels.

#### DES PRODUCTIONS CARTILAGINEUSES ET OSSEUSES DU CŒUR

On trouve fréquemment dans le cœur des productions cartilagineuses et ossiformes; elles occupent presque toujours les orifices artériels et ventriculaires ou les valvules qui les garnissent. Dans quelques cas très-rares, une ou plusieurs des colonnes charnues et les faisceaux musculaires des parois ont

subi la transformation cartilagineuse ou osseuse. En général, cette altération est très-circonscrite: cependant on l'a vue parfois s'étendre à une partie du cœur. Parmi les faits de ce genre que les auteurs rapportent, un des plus remarquables est celui dont Renaudin a donné l'histoire dans le *Journal de Corvisart* (année 1816). Dans ce cas, le cœur était extrêmement dur et pesant; lorsqu'on voulut inciser le ventricule gauche, on éprouva une grande résistance, causée par le changement total de cette partie charnue en une véritable pétrification qui avait une apparence sablonneuse en certains endroits, et ressemblait dans d'autres à une cristallisation saline. Les colonnes charnues, également pétrifiées sans avoir changé de forme, avaient acquis un volume considérable; car plusieurs égalaient la grosseur de l'extrémité du petit doigt et avaient l'air de véritables stalactites. Burns parle d'un fait plus extraordinaire encore, puisque les ventricules, complètement ossifiés dans toute leur étendue, ressemblaient aux os du crâne: mais, nous le répétons, les cas de ce genre sont excessivement rares. On rencontre ces ossifications surtout chez les vieillards; elles siègent le plus souvent sur le ventricule gauche.

Autant les lésions précédentes sont rares dans le tissu charnu du cœur, autant elles sont communes sur les orifices artériels et ventriculaires, ainsi que sur les valvules qui les garnissent; nous nous en sommes déjà occupé en traitant des rétrécissements du cœur. Nous avons vu que ces productions cartilagineuses et osseuses pouvaient être le résultat des transformations que subissaient les concrétions fibrineuses ou albumino-fibrineuses développées sur les valvules à la suite d'un travail inflammatoire. Mais le plus souvent les altérations dont nous parlons ont une autre origine, et résultent manifestement d'une perversion de la nutrition survenant presque toujours par les progrès de l'âge. Ainsi l'endocarde, qui, chez les jeunes sujets, est également transparent partout, acquiert plus tard de l'opacité et une épaisseur plus grande; ces lésions, qu'on ne trouve que dans les cavités gauches, commencent à s'apercevoir près des valvules sigmoïdes et s'étendent ensuite à une plus ou moins grande surface. La cartilaginification des valvules, qui est une lésion fréquente, ne dépend pas ordinairement d'un changement d'état de l'endocarde, mais de l'épaississement et puis de la transformation de la bande fibreuse qui entre dans la structure des orifices et des valvules. Les productions osseuses qu'on rencontre si souvent à ce niveau naissent presque toujours au-dessous de l'endocarde, et ont pour origine, ainsi que M. Bizot l'a démontré, de petites taches d'un blanc jaunâtre de l'étendue d'un grain de poussière ou de sable, non saillantes, isolées ou réunies, qu'on trouve sous le feuillet qui tapisse l'intérieur des valvules sigmoïdes gauches, et leur bord adhérent, ainsi que la valvule mitrale, exclusivement sur la face ventriculaire, et jamais sur celle qui regarde l'oreillette. Ces taches jaunes ne s'accroissent guère, d'après M. Bizot, qu'en surface, et la transformation osseuse est à peu près la seule dont elles soient susceptibles. Cette transformation se fait dans l'ordre d'apparition des taches. Les grains osseux se présentent sous la forme de petits corps durs, entourés d'une légère quantité de matière athéromateuse; ils sont recouverts par la membrane interne, qu'ils détruisent plus tard en s'accroissant. Tantôt ils figurent de petites lames à surface unie: tantôt ils sont saillants, arrondis, et offrent des aspérités qui proéminent à l'intérieur de la valvule, laquelle se déforme et s'indure, comme nous l'avons dit précédemment en traitant des rétrécissements des orifices cardiaques. Les lésions précédentes sont en raison directe de l'âge des sujets, et elles apparaissent plus tôt chez la femme que chez l'homme. On ne les rencontre guère, ainsi que l'opacité de l'endocarde,

que sur les valvules des cavités gauches, ce qui ne tient pas, comme le croyait Bichat, à une différence d'organisation qui existerait entre la membrane interne des cavités droites et celle des cavités gauches; mais plutôt, ainsi que le pense M. Bizot, à la nature différente du liquide avec lequel elles sont en contact.

**Symptômes.** — Laënnec croyait que les ossifications de la substance musculaire du cœur avaient pour effet d'augmenter la force des battements et l'intensité des bruits à un point tel, qu'ils devaient être perçus à distance. Dans le cas rapporté par Renaudin, la main appliquée sur la région précordiale ressentait une sorte d'écartement des côtes, et lorsqu'on pressait, même légèrement, cette région, on occasionnait une douleur très-aiguë, qui durait longtemps après la compression; il existait aussi de vives et fréquentes palpitations. Jusqu'à présent on ne sait rien de précis sur les troubles fonctionnels que les ossifications et les cartilaginifications de la substance du cœur peuvent produire. Quant aux ossifications des orifices et valvules, nous renvoyons à ce que nous avons dit plus haut en traitant des rétrécissements des orifices cardiaques.

## DES PRODUCTIONS CARTILAGINEUSES ET OSSEUSES DES ARTÈRES

Nous avons dit dans le tome I<sup>er</sup>, en parlant de l'artérite, quelles sont l'origine et la situation des plaques cartilagineuses des artères, nous n'y reviendrons pas ici; mais nous devons nous occuper actuellement des productions osseuses ou ossiformes qu'on trouve si fréquemment à la face interne des vaisseaux artériels. Pour cette étude, nous ne saurions mieux faire que d'emprunter à M. Bizot les résultats que lui ont fournis ses belles et laborieuses recherches.

Si l'on examine avec attention, dit M. Bizot, la face interne d'une artère qui, au premier coup d'œil, ne semble offrir aucune altération, l'aorte, par exemple, d'un sujet de quatorze à dix-huit ans, on trouve, dans le voisinage des artères coronaires et des orifices des artères innominée, carotide, sous-clavière gauche et des artères intercostales, de très-petits points d'un blanc jaunâtre, identiques avec ceux que nous avons précédemment notés sur les valvules des cavités gauches. A leur niveau et tout autour la membrane interne de l'artère est parfaitement transparente; elle a son épaisseur et sa consistance; en enlevant des lambeaux de la membrane interne, on entraîne les petits points jaunes qui adhèrent, quoique faiblement, à la face externe de cette tunique. Toutefois M. Bizot a reconnu que ces points jaunes, qu'il nomme *taches rudimentaires*, se développaient d'abord dans le tissu cellulaire qui existe entre les deux membranes internes du vaisseau; plus tard, ces taches prennent de l'accroissement et adhèrent exclusivement à la membrane moyenne, qui se ramollit. C'est de cette altération que M. Bizot fait dériver la plupart des lésions chroniques des artères. Ainsi, suivant lui, on voit quelquefois naître sur ces taches de petites tumeurs dont les unes contiennent du pus, les autres une matière comme farineuse, sèche et humide, mais toujours jaunâtre; ou bien c'est une masse composée d'un grand nombre de petites paillettes très-ténues et resplendissantes, les unes blanchâtres et argentines, les autres jaunâtres et ressemblant assez à de la poudre d'or. Ces petits foyers finissent quelquefois par user la membrane interne qui se rompt, et l'on voit alors un plus ou moins grand nombre d'ulcérations. Plus souvent encore cette matière demi-fluide se concrète, et forme cet amas de matières athéromateuses qu'on trouve si fréquem-

ment dans les vaisseaux. Enfin, d'autres fois, les taches primitives éprouvent la *transformation osseuse*.

A leur centre il se développe alors un point dur, demi-transparent, de même couleur que la tache. D'abord ténu, ce noyau augmente peu à peu, s'accroissant plus en largeur qu'en épaisseur, et envahissant de plus en plus la tunique moyenne: peu à peu aussi la membrane interne est amincie, usée, détruite, de sorte que les lames osseuses finissent par être immédiatement en contact avec le sang. Ces ossifications sont plus ou moins nombreuses; elles forment parfois une couche presque uniforme et occupent toute la circonférence et une longueur assez considérable du vaisseau.

Les lésions précédentes, que je viens de considérer spécialement dans l'aorte, se trouvent aussi dans les artères des membres. Elles ont encore ici, comme point de départ, les taches rudimentaires dont nous avons parlé. Celles-ci apparaissent d'autant plus tôt que l'artère est plus voisine de l'aorte; elles sont en rapport direct avec l'âge des sujets, et sont également fréquentes dans les deux sexes. On les trouve principalement à l'origine des artères. M. Bizot a reconnu en outre qu'elles se développaient d'une manière symétrique, c'est-à-dire que, lorsqu'on en trouvait dans une artère d'un côté du corps, on pouvait presque affirmer qu'il en existait de semblables dans les points correspondants de l'artère du côté opposé.

En résumé, les lésions communes à tout le système artériel ont donc pour point de départ, d'après M. Bizot, une petite tache jaune développée entre les tuniques interne et moyenne; celle-ci, une fois formée, s'accroît aux dépens même de la membrane fibreuse, dont elle provoque le ramollissement et l'épaississement, puis elle subit deux modifications différentes, l'*ulcération* et la *transformation osseuse*. Cependant, dans quelques cas, la membrane moyenne peut être atteinte primitivement; elle ne subit alors qu'une seule transformation, la solidification de ses fibres, qui, d'abord jaunâtres et moins élastiques, s'ossifient ensuite et offrent dans les points altérés un véritable amincissement.

Nous nous sommes déjà expliqué plusieurs fois sur l'origine des concrétions osseuses qui existent dans le système circulatoire. Les recherches de M. Bizot ont jeté un nouveau jour sur la pathogénie de ces productions. Il est incontestable que celles-ci peuvent quelquefois avoir pour point de départ un travail inflammatoire: c'est ce qui a lieu notamment pour les plaques cartilagineuses *sus-jacentes* à la membrane interne. Cependant, à quelque âge qu'on les observe, on ne peut, dans la presque totalité des cas, saisir l'action d'aucune cause appréciable. Si l'individu est âgé, on ne verra dans les ossifications qu'un effet de la tendance naturelle qu'ont les tissus fibreux à s'incruster de sels calcaires. Si l'individu est jeune, on doit supposer une perversion spéciale de la nutrition qui provoque dans les tissus des altérations qui n'auraient dû se produire qu'à une époque beaucoup plus éloignée. Constatons, en finissant, que ces lésions, presque inconnues dans les veines, sont communes dans les artères, ce qui dépend peut-être un peu de la nature différente du sang qui circule dans les vaisseaux, mais surtout de ce que l'élément fibreux est plus abondant et plus développé dans le système circulatoire à sang rouge.

Nous avons vu que les incrustations osseuses des artères étaient cause d'anévrysmes, qu'elles pouvaient diminuer le calibre du vaisseau, gêner alors le cours du sang et favoriser la formation des caillots.

Il n'est pas toujours possible de reconnaître pendant la vie les ossifications de l'aorte; cependant on peut quelquefois arriver à ce diagnostic. C'est ainsi qu'on devra admettre l'existence de la lésion dont nous parlons, lorsque l'oreille,

appliquée sur le trajet de l'aorte, fera entendre un bruit de frottement rude, étendu, que M. Bouillaud a justement dénommé *bruit d'étrille*, et qui s'accompagne d'un frémissement vibratoire plus ou moins fort. Ces phénomènes, on le devine sans peine, sont produits par les frottements que la colonne sanguine exerce sur une surface inégale. Il est inutile de dire que les ossifications de l'aorte, quelque nombreuses qu'elles soient, n'entraînent pas nécessairement des désordres dans les fonctions du cœur. Lorsque les altérations dont nous parlons siègent dans une artère superficielle, celle-ci est inégale, dure au toucher, et souvent on ne peut la déprimer : c'est une des causes de la force et de l'ampleur du pouls chez quelques vieillards; si le calibre est rétréci, on entend à ce niveau un bruit de râpe ou de souffle.

## DES POLYPES

Sous le nom de *polypes* on comprend diverses excroissances variables par la forme, le volume, la consistance, la structure, qui se développent dans les cavités tapissées par les membranes muqueuses. Ces productions morbides, naissant ordinairement dans des points accessibles à la vue ou à nos instruments, comme les fosses nasales, le pharynx, le vagin, l'utérus, le rectum et le conduit auditif, et exigeant l'emploi de moyens chirurgicaux, ont dû rentrer forcément dans le domaine de la pathologie externe : aussi nous nous abstenons d'en traiter. Mais nous voulons appeler un instant l'attention sur l'existence de certains polypes cachés dans la profondeur des viscères, qui ne se révèlent que par des troubles fonctionnels, et qui, pour la plupart inaccessibles aux moyens chirurgicaux, doivent trouver place ici. Tels sont les polypes qui naissent dans le tube gastro-intestinal et dans une partie des voies respiratoires; nous rechercherons enfin s'il peut se développer dans le cœur des productions qui puissent être assimilées aux polypes.

## Des polypes de l'estomac et de l'intestin.

Presque toutes les productions d'apparence polypeuse qui se forment à la surface des organes digestifs ne sont le plus souvent que des végétations cancéreuses; nous en parlerons ailleurs. Dans quelques cas très-rares, pourtant, on voit naître dans l'estomac, et surtout dans les intestins, de véritables polypes muqueux ou fibreux, simples ou multiples, pédiculés ou à base large, et qui ne se révèlent ordinairement par aucun accident; mais il n'en est plus de même lorsque, par leur volume, ils gênent le cours des matières alimentaires. Ainsi un polype de l'œsophage produit tous les accidents qu'entraînent les rétrécissements de ce conduit; implanté dans l'estomac, le polype pourra n'exciter aucun désordre, ou bien il se bornera à rendre les digestions pénibles et douloureuses. Mais si, comme Husson en a observé un exemple, le produit morbide s'engage dans l'orifice pylorique et s'y maintient d'une manière permanente, il déterminera la plupart des accidents qui accompagnent la dégénérescence squirrheuse du pylore : il y aura des vomissements glaireux et alimentaires, des douleurs plus ou moins vives, les digestions deviendront impossibles, et la mort surviendra dans le marasme. Peut-être verra-t-on manquer alors les vomissements mélaniques et la teinte cancéreuse; mais même alors il sera impossible de reconnaître la véritable nature de la maladie. Avouons cependant qu'un polype disposé de manière à oblitérer le pylore est une lésion tellement rare, qu'elle devra à peine entrer dans les prévisions de l'homme de l'art.

Les polypes intestinaux ne peuvent, pas plus que ceux de l'estomac, être reconnus pendant la vie, si ce n'est lorsqu'ils sont implantés sur la moitié inférieure du rectum où le doigt peut les atteindre; les efforts de défécation peuvent aussi les pousser au dehors et même les détacher. Nous avons dit, en traitant de la dysenterie, que par leur présence ils déterminaient souvent des accidents dysentériques; ils peuvent aussi, en s'opposant au cours des matières fécales, être une cause de constipation; on conçoit enfin que, si elle s'accroissait beaucoup, la tumeur finirait par oblitérer le calibre de l'intestin, et les malades pourraient alors succomber avec tous les accidents de l'iléus. Plus souvent peut-être on a vu le polype, poussé vivement par les contractions péristaltiques, entraîner avec lui la portion d'intestin à laquelle il adhère, et déterminer ainsi l'invagination du bout supérieur dans le bout inférieur.

On conçoit la possibilité d'une guérison spontanée de ces tumeurs, qui, en effet, peuvent se détacher lorsqu'elles sont pédiculées, et sont alors expulsées au dehors par les contractions de l'intestin : c'est ce qu'on observe surtout pour les polypes du rectum; mais dans ces cas il n'est pas rare de voir la maladie récidiver.

## Des polypes des voies aériennes.

La muqueuse laryngo-trachéo-bronchique est une de celles qui produisent le plus rarement des tumeurs polypeuses. Il en existe pourtant une trentaine d'exemples dans la science : M. Ehrmann fils, dans sa thèse soutenue à Strasbourg en 1842, et M. Ehrmann père, surtout, dans une savante monographie publiée huit années plus tard, ont tracé une histoire complète de cette redoutable affection; enfin, dans un travail fait en 1850, M. Rokitsky a su ajouter quelques considérations utiles d'après l'analyse de onze observations.

**Anatomie pathologique.** — La structure de ces polypes varie beaucoup : c'est quelquefois une masse squirrheuse, comme dans le fait cité par Pelletan; ailleurs c'est un produit fibreux (Senn, Girardin), cartilagineux (Dawoski), charnu (Otto). On y trouve souvent tous les éléments réunis mais modifiés du tissu muqueux.

Les environs de la glotte, c'est-à-dire les cordes vocales, les replis aryéno-épiglottiques et les ventricules, sont les points sur lesquels les polypes se développent de préférence : une seule fois, d'après M. Ehrmann fils, à qui j'emprunte ces résultats, le produit morbide s'insérait au point d'union du larynx avec la trachée. Les excroissances syphilitiques paraissent occuper préférentiellement l'épiglotte. La plupart de ces polypes sont pédiculés et mobiles. Cette disposition et leur insertion au voisinage de la glotte expliquent le danger de leur présence. Leur forme est variable; ils sont parfois bosselés, réunis en grappe et finement granulés.

**Symptômes. Terminaisons.** — Lorsque les polypes se développent dans une des bronches, le volume d'air qui pénètre à chaque inspiration étant moins considérable, le bruit respiratoire est plus ou moins affaibli dans tout le côté de la poitrine; cet affaiblissement n'est perçu que dans une étendue plus ou moins circonscrite, si l'oblitération n'atteint qu'une des divisions des bronches; la dyspnée, autant du moins qu'il est permis d'en juger par analogie, doit être alors nulle ou légèrement marquée.

Les polypes qui occupent la trachée ou le larynx peuvent rester pendant très-longtemps à l'état latent, lorsque, peu volumineux et placés suivant la direction du conduit, ils ne s'opposent pas à l'introduction de l'air; mais il arrive tôt ou

tard que, refoulés en haut dans un effort respiratoire, et surtout dans une secousse de toux, ces corps se placent en travers et quelquefois même s'engagent entre les deux lèvres de la glotte. Les malades sont pris alors instantanément d'une dyspnée extrême, et, si l'obstacle ne se déplace promptement, ces individus meurent suffoqués au bout de très-peu d'instants, avant même qu'on puisse songer à leur administrer aucun secours. Ces accidents néanmoins peuvent disparaître tout à fait et se reproduire ensuite à des intervalles plus ou moins rapprochés sans qu'il existe entre eux aucun trouble bien notable. Cependant cette intermittence est très-rare; dans la presque totalité des cas, les polypes du larynx déterminent des accidents continus: ainsi la voix est rauque; il y a parfois de l'aphonie et de la toux; celle-ci a parfois un timbre éclatant, et ressemble à la voix croupale. L'expectoration, peu abondante au début, finit par être muqueuse. Deux fois on a vu (Otto, Ehrmann père) les malades rejeter une matière rougeâtre et charnue, qui n'était autre qu'un débris du polype. Les individus dont je parle ont la sensation d'un corps étranger dans le larynx; ils ont de la dyspnée, les inspirations sont pénibles, sifflantes; le murmure vésculaire est affaibli dans les deux côtés à la fois à cause du volume moindre de la colonne d'air. M. Ehrmann père pense qu'en appliquant le stéthoscope sur divers points du larynx, on entendrait une espèce de sifflement, et cela plutôt pendant l'expiration que pendant l'inspiration. Dans un cas, on a entendu un bruit de soupape lorsque le polype était poussé avec une certaine force vers la glotte. On comprend tout le parti qu'on pourrait tirer d'un examen au laryngoscope. Il est d'autant plus utile, que le polype s'implante le plus souvent sur la glotte. L'instrument permet à la fois de le reconnaître et de diriger sûrement les moyens proposés pour l'atteindre.

D'après ce qui précède, on voit que le polype laryngé est une affection dont la marche est des plus insidieuses. Tôt ou tard la mort survient brusquement au milieu d'un accès de suffocation. Jusqu'à présent on ne connaît, je crois, qu'un seul cas où cette terminaison n'ait pas eu lieu: c'est un fait cité par M. Ehrmann père.

**Traitement.** — Le seul moyen efficace pour sauver le malade consiste à pratiquer la laryngotomie, puis à extirper le polype. Cette double opération a été faite avec le plus grand succès par le professeur Ehrmann. Aujourd'hui on ne devrait faire la laryngo-trachéotomie qu'autant que le polype occuperait la trachée, car s'il siège à la partie supérieure du larynx, on peut le mettre à nu avec le laryngoscope, puis le saisir et l'extirper, ainsi que M. le docteur Trélat l'a habilement fait en 1863.

Disons, en terminant, qu'il se développe parfois dans le larynx des tumeurs pédiculées, d'origine syphilitique, qui déterminent à peu près les mêmes accidents que les polypes: aussi dans tous les cas où, par les symptômes qu'on observe, on soupçonnera l'existence dans le larynx d'une tumeur, si, par les antécédents ou la considération de l'état actuel, on a quelque raison de croire que l'affection est de nature syphilitique, on devra tenter l'emploi du traitement spécifique, à moins que les accidents ne soient si graves qu'ils exigent à l'instant même l'intervention de la chirurgie.

#### Des polypes du cœur.

Dans les livres les plus récents, publiés en France et en Angleterre, sur les maladies du cœur, on ne traite, sous le titre de polypes, que des concrétions sanguines. Cependant il est aujourd'hui démontré qu'il peut se développer dans

les cavités de cet organe des productions nouvelles, analogues ou identiques par leur structure avec les polypes fibreux ou fongueux qui naissent dans les fosses nasales et dans l'utérus. Ces cas pourtant sont rares, jusqu'à présent la science n'en possède guère que huit qui soient authentiques. Le premier a été rapporté par Burns au commencement de ce siècle (*Diseases of the heart*); deux ont été recueillis par MM. Choisy et Depuisaye, qui ont présenté les pièces pathologiques à la Société anatomique: le premier en 1833, le second en 1843. Dubreuil (de Montpellier) a inséré dans la *Gazette médicale*, en 1843, deux autres cas qui lui avaient été communiqués; la *Gazette médicale de Londres* de 1834 et la *Lancette anglaise* de 1845 contiennent l'histoire de deux autres observations qui ont été analysées, ainsi que les précédentes, dans les *Archives* de 1846 par Aran; enfin, en 1854, M. Caron, interne des hôpitaux, a publié dans l'*Union médicale* un fait recueilli dans le service de Legendre.

Dans ces huit cas il s'agissait d'une tumeur presque toujours pédiculée qui sept fois naissait dans l'oreillette gauche, et une fois seulement dans l'oreillette droite (observation de Burns). Toutes les fois que le point d'insertion a été bien indiqué, on trouve que le pédicule s'implantait au niveau ou dans le voisinage du trou ovale. Ajoutons que dans cinq cas, et peut-être dans six, la tumeur pénétrait dans le ventricule correspondant à travers l'orifice. Cette disposition était surtout marquée dans les observations de M. Depuisaye et dans celle de M. Caron. Le pédicule semblait souvent être constitué par l'endocarde lui-même, qui se prolongeait sur la tumeur. Ces polypes étaient pour la plupart pyriformes; leur surface était lisse ou lobée; leur volume variait depuis celui d'un œuf de perdrix à celui d'un œuf de poule. L'aspect et la structure de ces tumeurs étaient variables. Dans le fait de M. Choisy, la tumeur, que j'examinai moi-même, était charnue; celle de M. Depuisaye, rougeâtre, lobée à l'extérieur, avait l'apparence du tissu fongueux. Au contraire, dans les deux faits rapportés par le savant professeur de Montpellier, le polype avait une texture tout à fait fibreuse. Dans tous les cas dont nous parlons, l'oreillette sur laquelle la tumeur s'insérait et le ventricule correspondant étaient dilatés et hypertrophiés.

Les symptômes observés pendant la vie ont été ceux d'une affection organique du cœur, avec beaucoup d'oppression et une grande irrégularité du pouls: c'est ce qu'on explique par la gêne extrême avec laquelle la circulation devait s'opérer; de plus, dans le fait remarquable de M. Depuisaye, il y avait des signes d'insuffisance de la valvule mitrale, dont les lèvres étaient maintenues dans un écartement permanent par la partie du polype qui pénétrait dans le ventricule gauche. A en juger par deux des observations précédentes, les polypes du cœur paraîtraient avoir une marche lente, puisque la mort n'est survenue dans un cas qu'au bout de dix-sept ans (Choisy), et au bout de onze ans dans l'autre. Peut-être aussi y a-t-il eu, dans un des faits cités par Dubreuil, un intervalle de dix à treize ans; mais on ne peut l'affirmer, en raison de l'insuffisance des renseignements. (Voyez, pour complément, ci-après l'histoire des *Concrétions sanguines*.)

#### DES CONCRÉTIONS SANGUINES DANS LE CŒUR ET DANS LES VAISSEAUX

On trouve dans le cœur de la plupart des cadavres des caillots sanguins variables par leur coloration et par leur consistance, par leur nombre et leur volume, par leur état libre ou adhérent. Des caillots semblables existent aussi