

Bibliothèque numérique

medic@

**Marshall Anderson, Mary Adamson. -
Du rétrécissement mitral : sa
fréquence plus grande chez la femme
que chez l'homme.**

1879.



(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : <http://www.bium.univ-paris5.fr/hist/med/medica/cote?TPAR1879x539>

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1879

THÈSE

N° 539
843

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 13 décembre 1879, à 1 heure.

PAR MARY A. MARSHALL,

Née à Boindie-Bonffshire (Ecosse).

DU

RÉTRÉCISSEMENT MITRAL

SA FRÉQUENCE PLUS GRANDE CHEZ LA FEMME

QUE CHEZ L'HOMME

Président : M. HARDY, professeur.

Juges : MM. } LABOULBÈNE, professeur.
 } FERNET, LANCEREAUX, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31.

1879

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. VULPIAN.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BECLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Pathologie chirurgicale.....	{ TRELAT.
	{ GUYON.
Anatomie pathologique.....	CHARCOT.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	LE FORT.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Médecine légale.....	BROUARDEI.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
Clinique médicale.....	SEE (G.)
	LASEGUE.
	HARDY.
	POTAIN
	PARROT.
Maladies des enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	{ BALL.
	{ RICHEL.
Clinique chirurgicale.....	{ GOSSELIN.
	{ BROCA.
	{ VERNEUIL.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ

Professeurs honoraires :

MM. BOUILLAUD, le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice,

MM.	MM.	MM.	MM.
B. ANGER.	DELENS.	HENNINGER.	POZZI.
BERGER.	DIEULAFOY.	HUMBERT.	RENDU.
BERGERON.	DUGUET.	DE LANESSAN.	RICHEL.
BOUCHARDAT.	DUVAL.	LANCEREAUX.	RICHELOT.
BOURGOIN.	FARABEUF.	LEGROUX.	RIGAL.
CADIAT.	FERNET.	MARCHAND.	STRAUS.
CHANTREUIL.	GAY.	MONOD.	TERRIER.
CHARPENTIER.	GRANCHER.	OLLIVIER.	TERRILLON.
DEBOVE.	HALLOPEAU.	PINARD.	

Agrégés libres chargés des cours complémentaires

Cours clinique des maladies de la peau.....	MM. N.
— des maladies des enfants.....	N.
— d'ophthalmologie.....	N.
— des maladies des voies urinaires.....	N.
— des maladies syphilitiques.....	N.
Chef des travaux anatomiques.....	FARABEUF.

Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DU

RÉTRÉCISSEMENT MITRAL

SA FRÉQUENCE PLUS GRANDE CHEZ LA FEMME QUE CHEZ L'HOMME

INTRODUCTION.

Les lésions valvulaires du cœur ont été depuis le commencement de ce siècle l'objet d'un grand nombre de travaux, et l'on peut dire que peu de parties de la pathologie interne ont été aussi complètement explorées. Cependant, bien que l'anatomie pathologique, la symptomatologie et la marche de ces affections soient aujourd'hui bien connues, tout n'a pas encore été dit sur elles. C'est un point spécial d'étiologie que nous nous proposons surtout de mettre en lumière dans ce travail.

Il nous a semblé que si l'étude des causes capables d'amener l'insuffisance ou le rétrécissement des orifices était très-avancée, si l'âge auquel prédominent les différentes lésions soit de la base, soit de la pointe, était assez bien déterminé, les auteurs n'avaient pas jusqu'ici attaché as-

sez d'importance à l'influence du sexe, sur la production de certaines lésions d'orifice.

C'est à M. le D^r Landouzy que nous devons l'idée de cette thèse.

Ayant constaté, depuis un certain temps, dans le service de M. le professeur Hardy, un nombre considérable de cas de rétrécissement mitral chez des femmes, tandis qu'il ne rencontrait, chez l'homme, que très-peu de cas analogues, il se demanda s'il n'y avait là qu'une simple coïncidence due aux hasards de la clinique, ou s'il n'était pas en présence d'un fait jusqu'alors inaperçu. Les observations ultérieures et l'enquête à laquelle il se livra lui montrèrent qu'en réalité il n'avait pas eu affaire à une de ces séries singulières qui surprennent parfois l'observateur, mais que l'inégale répartition des cas de rétrécissement mitral entre les deux sexes était probablement le résultat d'une véritable loi pathologique. Il parcourut les bulletins de la Société anatomique, et il constata que la prédominance de cette affection chez la femme s'accusait encore de la façon la plus nette, sur un ensemble d'observations provenant de sources très-différentes et recueillies en dehors de toute idée préconçue. C'est alors qu'il nous engagea à entreprendre, sur ce sujet, de nouvelles recherches dans les hôpitaux français et dans les hôpitaux anglais. Ces recherches ont pleinement confirmé l'opinion du D^r Landouzy. Toutes les statistiques réunies dans ce travail démontrent de la façon la plus évidente la prédominance du rétrécissement mitral chez la femme.

Il nous a paru nécessaire d'indiquer toutes les précautions dont nous nous sommes entouré dans nos recherches; citer des chiffres eut été insuffisant, il fallait, pour qu'ils eussent toute leur valeur, montrer comment ils avaient été obtenus et indiquer des sources qui en garantissent l'au-

thenticité; aussi, nous pardonnera-t-on les détails minutieux dans lesquels nous avons cru devoir entrer à ce sujet.

La fréquence du rétrécissement mitral chez la femme étant bien établie, nous devons en chercher l'explication. Les indications que nous avons trouvées à ce point de vue nous ont paru offrir un certain intérêt. Il nous a semblé, en particulier, que l'étrécissement relative de l'orifice mitral à l'état sain signalée chez la femme, par les anatomistes, était une sorte de rétrécissement physiologique bien digne d'être rapproché de cette prédisposition si marquée au rétrécissement pathologique. Cette cause, jointe à la composition particulière du sang chez la femme, pendant la période génitale, rend peut-être compte, dans une certaine mesure, et de la fréquence de l'endocardite chronique et de sa tendance spéciale à produire la sténose mitrale.

Enfin, nous avons essayé de tirer de notre travail quelques déductions pratiques.

Qu'il nous soit permis d'adresser, avant d'aller plus loin, tous nos remerciements à tous ceux qui nous ont aidés dans nos recherches, dans les hôpitaux français et dans les hôpitaux anglais.

HISTORIQUE

La première observation de rétrécissement mitral se trouverait, croyons-nous, dans l'ouvrage de Vienssens (1). Elle est vraiment remarquable par la vigueur du tableau clinique qu'elle présente, par la description exacte des lésions anatomiques trouvées à l'autopsie, et surtout par l'ingénieux essai de physiologie pathologique dont elle est

m) Vienssens (R.). Traité nouveau de la structure ou des causes du mouvement du cœur. Toulouse, 1715, in-4, p. 102.

suivie. L'auteur montre, avec une lucidité et une méthode parfaites, comment la lésion de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, après avoir amené la dilatation mécanique de l'oreillette a retenti sur la circulation pulmonaire, puis sur le cœur droit, et enfin sur la circulation générale. Il explique chacun des symptômes constatés pendant la vie et, aujourd'hui encore, il y aurait bien peu à ajouter aux réflexions du vieil anatomiste du XVIII^e siècle.

Cette observation, qu'il serait trop long de rapporter ici, porte sur un homme, le nommé Thomas d'Assis, apothicaire, mort le 15 novembre 1705, à l'hôpital de Saint-Eloi, à Montpellier. Elle est précédée des réflexions suivantes :

« Je dirai ici, en passant, que le suc lymphatique qui nourrit les *valvules triglossines* (sic) *du ventricule gauche* se trouve quelquefois si chargé de parties salines terrestres qu'elles deviennent osseuses, comme il paraîtra, par l'observation très-rare que je rapporterai, après avoir fini l'histoire de la maladie qui m'a donné lieu de le faire. »

Il faut, pour trouver des notions plus précises sur l'étiologie de la sténose mitrale, arriver à des ouvrages beaucoup plus récents. L'influence de l'âge, des professions, des fatigues physiques, est souvent étudiée avec soin, mais l'influence du sexe, est presque toujours laissée dans l'ombre. Le fait sur lequel nous proposons d'appeler l'attention du lecteur, c'est-à-dire la prédominance du rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche chez la femme, ne nous paraît avoir été signalé par aucun auteur.

Corvisart (1), non seulement n'admet pas que les femmes soient plus sujettes à certaines maladies du cœur, mais résume ainsi son opinion, à la fin de son Essai : « Nul âge,

(1) Nouveau Dict. de méd. et de chir. prat., t. VIII, p. 361, art. Cœur.

(1) Corvisart, Essai sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, 2^e édit. Paris, 1811, p. 466.

aucun sexe n'est à l'abri de ces affections, plus rares cependant dans l'enfance et chez les femmes. La délicatesse, la souplesse, la rigidité moins active, par conséquent, de leurs fibres, des humeurs plus douces peut-être, une énergie d'ossification moins grande, une mobilité plus grande, et par conséquent, des passions plus vives, mais des affections moins profondes, moins fixes, des professions qui exigent rarement autant de fatigue et surtout de force que chez les hommes, rendent raison de la fréquence moins grande de ces maladies chez les femmes et les enfants. »

Nous avons parcouru sans résultat les ouvrages de Laennec, de Bouillaud, de Gendrin, ils ne contiennent aucun renseignement sur la fréquence relative des diverses lésions d'orifice dans les deux sexes; les ouvrages classiques modernes sont également muets sur ce point.

Dans le nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, à propos de l'étiologie générale des maladies du cœur, on lit : « L'âge, le sexe, le tempérament ont aussi leur part d'influence, la jeunesse et l'âge adulte prédisposent aux inflammations aiguës, la vieillesse aux lésions athéromateuses et aux ossifications de l'endocarde..... Les femmes sont plus exposées que les hommes aux névroses du cœur et la grossesse passe, ainsi qu'on le verra plus loin, pour prédisposer à l'hypertrophie (1). » Et plus loin, dans le courant du même article : « Les deux sexes paraissent être sujets aux lésions d'orifice dans une proportion à peu près égale (2). »

Le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales n'est guère plus explicite : « Nous n'avons que peu de chose

(1) Nouveau Dict. de méd. et de chir. prat., t. VIII, p. 361, art. Cœur, par M. Raynaud.

(2) Ibid., p. 576.

Marshall.

(1) Corvisart. Essai sur les maladies du cœur, Paris, 1814, p. 488.

à dire du sexe. Si par le fait de leur condition les femmes sont moins souvent atteintes que les hommes par certaines influences fâcheuses, l'état puerpéral les expose à divers accidents au nombre desquels nous comptons les formes les plus graves de l'inflammation endocardique (1). » Cette allusion à l'endocardite ulcéreuse puerpérale est la seule part faite à l'influence du sexe dans le développement des affections cardiaques. La phrase que nous venons de citer est reproduite presque textuellement dans une thèse récente, consacrée à l'étude des lésions auriculo-ventriculaires (2).

Une autre thèse consacrée à l'étude du rétrécissement mitral en particulier reproduit la même idée (3).

Cependant, en se donnant la peine de rapprocher les faits cités par les auteurs, il est déjà possible d'en tirer quelques indications au point de vue qui nous occupe. Tout le monde admet que les lésions valvulaires de l'aorte sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, et le rapport généralement indiqué est de 21 hommes pour 5 femmes (4). Or, si l'on admet que les lésions valvulaires prises en masse, sans distinction d'orifice, sont également fréquentes dans les deux sexes, il faut nécessairement en conclure que la prédominance des affections aortiques dans le sexe masculin a sa contre-partie dans une prédominance des affections mitrales dans le sexe féminin. Ce point est du reste indiqué par MM. Potain et Rendu : « Il

(1) Dict. encycl. des sc. méd., t. XVIII, 1^{re} série, p. 390. Art. Cœur, Pathologie générale, par Parrot.

(2) Bancel, Contribution à l'étude des maladies du cœur. Th. Paris, 1877, p. 15.

(3) Etude sur le rétrécissement mitral, par Gaudéau. Th. Paris, 1877, page 9.

(4) Dr Duckworth Etiology of mitral stenosis.

n'y a rien à dire sur la fréquence relative des lésions valvulaires suivant les sexes ; les différences qu'on remarque à cet égard se compliquent d'influences très diverses, qui rendent les résultats des statistiques parfois contradictoires. Mais ce qu'il est bon de noter, c'est que la *proportion des lésions mitrales est toujours notablement plus grande chez la femme et celle des lésions aortiques au contraire chez l'homme* (1). »

Les auteurs anglais, même les plus récents, n'appelaient pas non plus l'attention sur le point qui nous occupe. Hayden, dans son livre classique sur les maladies du cœur et de l'aorte, publié à Dublin en 1875 (2), n'en parle pas du tout. Dans Reynold's, *System of medicine*, publié en 1877, l'ouvrage le plus considérable sur la pathologie interne qui ait paru depuis plusieurs années en Angleterre, l'article du D^r C. Hilton Fagge, sur les lésions valvulaires du cœur, ne mentionne pas ce fait, bien qu'il s'étende beaucoup sur l'étiologie du mitral stenosis.

Un seul mémoire ayant rapport à notre sujet paraît avoir été publié en Angleterre par le D^r Dyce Duckworth, médecin distingué de l'hôpital St-Bartholomew et examinateur en médecine à l'Université d'Edimbourg ; ce mémoire (St-Bartholomew's hospital reports) a pour titre : « *The Etiology of mitral stenosis.* » Il a été signalé récemment en France dans la *Revue des sciences médicales* (3). Son but est la recherche du lien qui existe entre l'endocardite rhumatismale et le rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche. La prédominance de cette affection chez la femme est nettement indiquée par le résultat de ces re-

- (1) Dict. encycl. des sc. méd., t. XVIII, 1^{re} série, p. 500. Art. Cœur. Pathologie spéciale, par Potain et Rendu.
 (2) Hayden. Diseases of the heart. and Aorta. Dublin, 1875.
 (3) Hayem. Revue des sc. méd., année 1879, fasc. 2, p. 554.

cherches. Nous avons été très frappés de trouver là une confirmation inattendue de nos propres statistiques. Les chiffres du D^r Duckworth ont d'autant plus de valeur pour nous qu'ils n'ont pas été rassemblés dans le but d'établir le fait qui nous intéresse, mais que celui-ci en ressort de lui-même tout naturellement. Aussi avons-nous reproduit ces observations dans un tableau spécial que l'on trouvera plus loin, à côté de ceux qui résument nos investigations.

Nous n'avons rien trouvé dans les ouvrages allemands les plus récents qui eût rapport à notre sujet. Le grand ouvrage de Ziemssen ne contient que la vague indication suivante : « La différence du sexe ne me semble pas avoir une influence frappante, cependant il me paraît que les femmes, surtout dans la jeunesse, sont plus sujettes que les hommes aux maladies valvulaires (1). » Le rétrécissement mitral n'y est du reste étudié que d'une manière très incomplète ; aucun chapitre spécial n'est consacré à l'étude de cette affection et il n'en est fait mention que d'une façon indirecte à propos de l'insuffisance.

En somme, les recherches bibliographiques que nous avons faites montrent que si le point de pathologie étudié dans ce travail n'est pas sans doute très considérable, il est du moins nouveau. Aucun auteur n'avait insisté jusqu'à présent sur la fréquence relative du rétrécissement mitral chez la femme. Le sujet qui nous avait été suggéré méritait donc un examen plus complet. On verra que les résultats de nos recherches statistiques n'ont pas trompé notre attente, ils concourent tous à établir la réalité du fait qui nous avait été signalé.

(1) Ziemssen, Vol. IV, Remarques générales sur les maladies valvulaires.

EXPOSÉ DE NOS RECHERCHES.

Il nous a paru indispensable, avant de faire connaître nos résultats, d'entrer dans quelques détails sur la façon dont ils ont été obtenus. Nous avons cru devoir expliquer la méthode qui a été suivie en faisant des recherches et énumérer toutes les précautions qui ont été prises pour en assurer l'exactitude. Les assertions qui ne reposent que sur des statistiques n'inspirent souvent au public qu'une confiance médiocre. On se méfie avec raison de l'influence involontaire que peut exercer une idée préconçue sur l'esprit de l'observateur le plus sincère; les faits favorables prennent une importance démesurée, ils se groupent de manière à devenir plus frappants et, ce qui est douteux en réalité, semble parfaitement démontré. Nous espérons avoir échappé à cet entraînement.

Notre première statistique nous a été fournie par M. le D^r Landouzy. Frappé depuis longtemps de la grande fréquence du rétrécissement mitral chez la femme il recueillit, comme chef de clinique du professeur Hardy, les observations de tous les malades, hommes ou femmes, atteints de cette affection. Les diagnostics faits avec grand soin ont souvent été confirmés par l'examen microscopique; aussi ne peut-il exister aucun doute sur leur valeur. Quant aux malades, ils ont été l'objet d'aucun choix; on a pris ceux qui se présentaient suivant les hasards de la clinique et cela dans les services où le nombre des lits d'hommes est généralement plus élevé que celui des lits de femmes; de sorte que les conditions extérieures étaient plutôt contraires que favorables à la démonstration cherchée.

Notre deuxième tableau est également dû au D^r Lan-

douzy ; il a été fait en recueillant tous les cas de rétrécissement mitral relatés dans les bulletins de la Société anatomique de Paris. Pendant une période de 11 ans, il est inutile de parler de l'exactitude du diagnostic puisque les observations portent principalement sur l'examen des pièces anatomiques ; rarement il s'agit de rétrécissement simple ; c'est presque toujours quelque particularité rare qui a amené la présentation de la pièce à la Société. S'il y a eu choix, il est donc tout à fait indépendant de l'idée qui nous guide et cependant là encore la fréquence du rétrécissement mitral chez la femme s'accuse de la façon la plus nette.

Notre troisième tableau résume les recherches que nous avons faites dans les hôpitaux de Paris. La plupart de nos observations ont été prises dans les services de clinique ; l'examen des malades et les diagnostics ont été faits par les professeurs, et nous nous sommes bornés à noter les signes qu'ils avaient constatés ; il serait donc difficile de ne pas accepter ces faits comme authentiques. Parmi les cas réunis dans cette statistique cinq ont été pris dans le cahier d'autopsie du laboratoire de pathologie de M. le professeur Potain et les lacunes laissées dans ces notes ont été comblées autant que possible en se rapportant aux observations restant entre les mains du chef de clinique. Nous n'avons jamais recueilli un cas de rétrécissement mitral sans nous assurer en nous adressant au chef de service que nous avions bien vu tous les malades atteints de cette affection actuellement en traitement aussi bien dans les salles d'hommes que dans celles des femmes. Il nous est arrivé plusieurs fois dans le cours de nos recherches de ne pouvoir utiliser un certain nombre d'observations relatives à des femmes parce que nous n'avions pu soumettre à un examen pareil les salles des hommes.

Tel a été spécialement le cas dans le vaste hôpital de Londres (London-hospital), en sorte que nous avons dû abandonner l'idée d'y prendre directement des observations sur les malades comme nous l'avons fait dans les hôpitaux de Paris. Nous nous sommes bornée à relever les cas mentionnés pour les deux sexes dans les registres des années précédentes. Nous avons appuyé dans ce qui précède sur les noms et l'habileté connus des maîtres dans les services desquels nos observations personnelles ont été prises. Personne ne refusera d'accepter leurs diagnostics, c'est pourquoi nous avons cru pouvoir nous dispenser de donner pour les cas recueillis à Paris, les détails des symptômes révélant l'existence du rétrécissement mitral, les faits apportés de l'étranger demandaient plus de détails. Pensant que les noms de quelques-uns des médecins du London-hospital ne sont peut-être pas assez connus en France pour garantir par eux-mêmes l'exactitude du diagnostic, nous avons dans tous les cas où l'autopsie n'avait pas été faite, noté les signes physiques qui établiront la présence du rétrécissement mitral, c'est-à-dire : frémissement cataire, souffle présystolique à la pointe, roulement diastolique et dédoublement du deuxième bruit. On remarquera que ce dernier signe a été très-rarement signalé.

Les sources d'informations qui nous ont permis d'établir la statistique du rétrécissement mitral à l'hôpital de Londres sont les quatre « *Case-Books* » (sortes de registres) de chaque année dont deux sont consacrés aux cas de médecine et deux aux cas de chirurgie, chaque sexe ayant son volume séparé. Ces quatre *case-books* sont composés de la manière suivante : chaque malade a suspendu au pied de son lit une pancarte portant deux feuilles d'observation. Il est du devoir des « *clinical clerks* » de la salle choisis spécialement à cet effet parmi les externes, de

noter sur ces feuilles le diagnostic et les détails de l'observation tels qu'ils ont été signalés par le médecin à l'entrée du malade dans la salle. Chaque matin ils doivent noter les modifications des symptômes, l'état de la température et du pouls et l'analyse des urines. Au moment où le malade quitte l'hôpital, ces feuilles sont remises, suivant la nature du cas, au « Registrar » médical ou chirurgical.

Les registrars sont chargés de classer et de faire relier à la fin de chaque année les observations qui forment les « case-books ». C'est dans ces registres que nous avons puisé les statistiques dont nous nous sommes servis et qu'on trouvera exposées dans les tableaux 4, 5, 6 et 7.

Pour éviter de faire figurer plusieurs fois le même malade dans nos listes, ce qui, en raison des accidents répétés causés par les affections mitrales, aurait pu donner lieu à une erreur considérable, nous avons eu soin de prendre le nom de tous les malades. Généralement du reste chaque fois qu'un ancien malade reparait une seconde fois dans les *case-books*, mention en est faite avec renvoi à la précédente notice. Bien que nous ayons toujours pris cette précaution, nous avons supprimé cependant les noms des malades dans nos tableaux afin de ne pas les surcharger et d'en simplifier l'impression.

Grâce à l'obligeance du D^r Warner, medical registrar de l'hôpital, nous avons pu faire ces recherches pour les trois années 1875, 1876 et 1877. Mais un accident nous ayant fait perdre les détails que nous avions recueillis, pour la première nous espérons que l'on voudra bien cependant accepter les chiffres totaux qui seuls nous sont restés. Leur exactitude est d'ailleurs garantie par le Rapport du *London hospital*, publié à la fin de l'année 1875.

Le registre de l'année 1878, n'ayant pas encore été com-

plété au moment où nous nous trouvions à Londres, nous n'avons pu étendre, comme nous l'aurions désiré, nos recherches à cette année.

On verra que les résultats obtenus par nous portent sur un nombre de cas assez considérable, et qu'ils sont suffisamment nets et constants pour ne pas laisser de doutes sur la prédominance de la sténose mitrale chez la femme.

Notre 8^e tableau résume les recherches du D^r Duckworth. Nous avons déjà dit que ces recherches bien qu'entreprises dans un but différent confirment absolument les nôtres. Le D^r Duckworth a rassemblé 264 cas de rétrécissement mitral, 80 d'entre eux sont tirés de ses observations personnelles, recueillies à l'hôpital Saint-Bartholomew, pendant les quatre années consacrées à ses recherches. Les 184 autres malades ont été vus par quatre médecins, tous professeurs dans différentes écoles de médecine, soit en Angleterre, soit en Ecosse, soit en Irlande et dont les noms font autorité.

Cette statistique était destinée à faire connaître les causes de la sténose mitrale et particulièrement les rapports de cette affection avec l'endocardite rhumatismale; le sexe des malades n'était l'objet d'aucune recherche particulière et l'auteur ne prévoyait nullement qu'une prédominance quelconque dût se manifester en faveur des hommes ou des femmes. Cependant la fréquence du rétrécissement mitral chez la femme ressort d'une façon si marquée de son travail qu'il en est frappé ainsi que l'indiquent les lignes suivantes tirées de ces conclusions : « Les femmes sont atteintes plus fréquemment que les hommes de sténose mitrale, presque dans les rapports de 2 à 1. Mes observations personnelles donnent même une proportion plus forte, c'est-à-dire 78 0/0 de femmes contre 22 0/0

Marshall.

3

d'hommes. » La coïncidence de ces résultats avec les nôtres nous a paru très remarquable.

Enfin, dans un dernier tableau (n°9), nous avons réuni les totaux de chacune de nos statistiques afin que le lecteur pût embrasser d'un seul coup l'ensemble de nos recherches. On y verra que nous avons réuni 508 cas de rétrécissement mitral bien établi, et que, sur ces 508 cas, 158 appartiennent aux hommes et 350 aux femmes, ce qui donne 30,9 0/0 pour les uns et 70,27 0/0 pour les autres.

Pour chacune de nos statistiques, nous avons du reste additionné de la même façon les cas énumérés dans nos tableaux et calculé le rapport existant entre les totaux pour les hommes et pour les femmes. Ces rapports réduits en fractions dont le dénominateur commun est le chiffre 100 nous ont servi à dresser un tableau graphique représentant d'une façon matérielle les résultats obtenus.

Ce tableau (n°10), est divisé en colonnes verticales; chacune d'elles est consacrée à une de nos statistiques, et une dernière plus large et plus apparente est réservée aux totaux d'ensemble donnés par la réunion de tous les cas. Chaque colonne est subdivisée en deux parties, l'une à gauche pour les hommes, l'autre à droite pour les femmes. L'ensemble du tableau est lui-même divisé horizontalement en cent parties égales, et, dans chaque colonne, un nombre de divisions égal au numérateur de nos fractions proportionnelles est teinté en couleur d'un côté pour les hommes et de l'autre pour les femmes. Par exemple, nos totaux donnant 30 0/0 d'hommes et 70 0/0 de femmes; la colonne représentant la fréquence du rétrécissement mitral chez l'homme sera haute de trente divisions et celle représentant la fréquence de cette affection chez la femme en mesurera soixante-dix. Afin de rendre la lecture de cette table plus facile, les colonnes consacrées au sexe masculin sont toujours en rouge et celles du sexe féminin en bleu.

RÉFLEXIONS SUR L'ÉTIOLOGIE

Nous croyons devoir passer en revue par une analyse plus détaillée les différents points résultant des tableaux ci-dessus.

On a remarqué que chacun d'eux peut se diviser en trois sections, la première consacrée au sexe des malades, objet principal de notre travail; la seconde à leur âge et la troisième à la cause de leur affection cardiaque.

Ces deux renseignements, âge du malade et cause du rétrécissement mitral, reentraient sans doute moins directement dans le sujet d'étude que nous nous étions proposé; cependant nous avons cru devoir les noter chaque fois que cela nous a été possible, parce que nous pensions que ces notions intéressantes nous renseigneraient peut-être dans une certaine mesure sur la cause de la prédominance du rétrécissement mitral chez la femme.

Il était naturel de supposer que si nous arrivions à nous faire une idée plus nette de la pathogénie de cette affection en général, nous aurions fait un premier pas dans la solution de la question étiologique qui nous occupe.

Sexe. — Le fait que le rétrécissement mitral est beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme ressort avec évidence de nos recherches.

Nous sommes persuadés qu'il y a là une véritable loi pathologique. Si jusqu'à présent elle a passé inaperçue, c'est que rien ne faisait prévoir que le sexe pût exercer une influence aussi marquée sur le développement de telle ou telle affection cardiaque; le fait une fois signalé, il est probable que tous les observateurs attentifs en confirmerait;

l'exactitude soit en remontant dans leur souvenir, soit en faisant de nouvelles observations.

Nous ne reviendrons pas sur les chiffres énoncés plus haut, on peut les résumer en disant que l'on trouve au moins deux cas de rétrécissement mitral chez la femme pour un cas chez l'homme. C'est là le point essentiel de nos recherches; toutefois les quelques observations suivantes nous paraissent nécessaires. Le D^r Duckwarth conclut comme nous de l'ensemble des observations qu'il a réunies, que les femmes sont atteintes dans le rapport de deux à un, mais ses 80 cas personnels lui donnent une proportion encore plus élevée. Il y a :

63 femmes soit 78,75 pour cent.

17 hommes soit 21,26 pour cent.

La statistique empruntée aux bulletins de la Société anatomique de Paris, embrasse une période de 11 ans, de 1867 à 1878; elle comprend 37 cas, 29 appartenant aux femmes et 8 aux hommes. Dans ces 8 derniers, il y a eu 4 fois coïncidence d'affection aortique démontrée par l'autopsie; il est donc au moins vraisemblable que la maladie mitrale s'est propagée plusieurs fois par continuité de tissu de la valve gauche de l'orifice aortique à la valve droite de l'orifice mitral comme l'admettent tous les auteurs. Si l'on retranchait tous ces cas de sténose mitrale par propagation pour ne conserver que ceux où la lésion est primitive, distinction assurément très légitime, la prépondérance du sexe féminin serait encore plus marquée.

Du reste, en examinant de près les 80 observations françaises, on voit qu'il y a 39 de rétrécissement pur, ainsi répartie :

54 hommes, soit 28 pour cent.

34 femmes, soit 48 pour cent.

De quelque manière qu'on envisage les chiffres, il en résulte donc toujours une prédominance pour le sexe féminin.

Nous avons déjà dit que les services des hôpitaux de Paris contiennent très généralement un nombre de lits d'hommes notablement supérieur à celui des lits de femmes. On voit d'autre part dans le rapport du London hospital publié à la fin de l'année 1878, qu'il y a eu dans le courant de cette année 2992 malades reçus dans les salles de médecine. Ces 2992 malades se divisent ainsi :

Hommes 1536.

Femmes 1456.

Ce qui tient à ce que cet établissement contient 177 lits d'hommes contre 169 de femmes. Ainsi les chiffres de nos observations personnelles comme ceux des statistiques du London hospital en 1875, 1876 et 1877 portent probablement sur un total d'hommes supérieur à celui des femmes, de sorte que le rapport donné par nos recherches est plutôt inférieur que supérieur à la réalité.

Age. — Nos tableaux montrent que sur 109 cas extraits du registre du London hospital, l'âge moyen des malades est de 27 ans, tandis que sur 46 cas recueillis dans les hôpitaux de Paris, il est de 35 ans. Il est probable que cet écart s'explique par la différence d'organisation des hôpitaux de Paris; les enfants ne sont pas reçus dans les hôpitaux d'adultes, tandis qu'à Londres, les malades de tout âge se trouvent réunis dans les mêmes salles. Sur 109 malades du London hospital, 34 ont moins de 18 ans, tandis que sur les 46 cas appartenant aux hôpitaux de Paris, il n'y en a que 4 au-dessous de cet âge, au lieu de 14 qui serait le nombre équivalent.

Cette différence pourrait aussi s'expliquer en supposant que le rhumatisme sévit d'une manière plus précoce en Angleterre qu'en France; s'il en était ainsi, il serait naturel d'en retrouver plus tôt les suites ordinaires, et parmi celles-ci les affections valvulaires du cœur. Dans le but de nous éclairer sur ce point, nous avons été à l'hôpital des Enfants de la rue de Sèvres, et nous avons parcouru les registres d'entrée et de sortie des malades, mais ceux-ci ne nous ont donné que des résultats insignifiants. Ces registres, faits à un point de vue purement administratifs, n'ont par leur nature même et par la façon dont ils sont tenus aucune autorité au point de vue médical, aussi avons-nous abandonné ces recherches.

D'ailleurs les malades atteints de rétrécissement mitral gardent presque toujours cette lésion à l'état latent pendant un certain nombre d'années et ne se présentent guère dans les hôpitaux que quand des accidents graves surviennent, c'est-à-dire quand à la période de compensation succède la période d'asystolie. Aussi nos statistiques ne pourraient-elles pas nous indiquer l'âge moyen du début de l'affection, mais seulement celui de la plus grande fréquence des accidents qu'elle cause.

Nous avons omis à dessein de placer dans ces recherches les cas fournis par la Société anatomique sur le même plan que les autres. Les cas présentés à cette Société sortent presque toujours en effet des conditions ordinaires; aussi les 31 cas du tableau 2, où l'âge est noté, donnent-ils une moyenne de 41 ans. Ce chiffre dépasse de beaucoup celui qui est indiqué par tous les observateurs et celui que nous avons trouvé nous-même.

Sur les 186 cas où l'âge nous a été donné, il y en a 133 avant 45 ans, ce qui fait une moyenne d'environ 72 pour cent, résultat en accord avec les conclusions du Dr Duc-

kworth qui dit : « cliniquement la majorité des cas se présente entre les âges de 20 et 35 ans, et on ne les rencontre pas souvent chez des malades ayant dépassé 45 ans. »

Ceci n'a rien de remarquable, car il est plus que probable que si on faisait un relevé des âges auxquels se produisent la plupart des maladies du cœur en général on trouverait qu'elles se manifestent le plus souvent au commencement ou dans le courant de la troisième décade, époque de la plus grande activité de la vie.

Dans le dictionnaire de Jaccoud on s'exprime ainsi sur la question d'âge.

« Sous le rapport de l'âge, la statistique montre une prédominance très accusée des lésions mitrales dans la jeunesse, et des lésions aortiques dans l'âge mûr et la vieillesse. Ce résultat est suivant toute apparence en rapport avec la nature de la cause de l'endocardite rhumatismale aiguë, qui appartient plus spécialement à la jeunesse, atteint principalement l'orifice mitral tandis que l'endocardite chronique à forme athéromateuse, maladie essentiellement propre à l'âge avancé de la vie, frappe surtout l'orifice aortique (1).

Nos recherches ne donnent donc aucun résultat nouveau au point de vue de l'âge où se produisent le plus souvent les accidents du rétrécissement mitral. Elles n'indiquent aucune différence à ce point de vue entre les deux sexes et confirment simplement ce que l'on sait sur la question.

Causes. — Les auteurs qui s'occupent de l'étiologie des maladies organiques du cœur parlent tous plutôt des causes des affections valvulaires en général que de celles de

(1) Dictionnaire de Jaccoud. Article Cœur, p. 576.

telle ou telle lésion particulière d'orifice; aussi est-il souvent difficile de rapprocher les chiffres qu'ils donnent de ceux que nous avons obtenus en ne nous occupant que du rétrécissement mitral. Cependant M. Lancereaux, dans son atlas d'anatomie pathologique insiste sur le lien spécial qui unit cette lésion au rhumatisme (1),

Chacun sait que c'est à Bouillaud que revient l'honneur d'avoir indiqué clairement le lien qui unit le rhumatisme articulaire aigu à l'endocardite et aux affections organiques du cœur. Suivant la première des lois qu'il a fixées et qui ont gardé son nom, la coïncidence d'une endo-péricardite est la règle dans le cas de rhumatisme aigu, violent, généralisé. On sait d'ailleurs que l'endocardite rhumatismale a une tendance manifeste à se localiser au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Il n'y a donc pas lieu d'être étonné que nos recherches nous montrent que 56 pour 100 de nos malades avaient eu du rhumatisme articulaire aigu. Ce chiffre considérable est bien d'accord avec les idées aujourd'hui universellement admises.

Le D^r Duckworth avait précisément entrepris le travail dont nous avons déjà parlé à plusieurs reprises pour chercher le rapport existant entre le rétrécissement mitral et le rhumatisme. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

1^o Dans la majorité des cas d'obstruction mitrale, l'origine est rhumatismale (au moins dans la proportion de 60 pour 100), et il ne serait probablement pas inexact de dire même que les deux tiers de tous les cas sont le résultat du rhumatisme.

2^o Dans l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet il

(1) Lancereaux. — Atlas d'anat. Path., p. 228. .llsharM

n'y a pas d'autre cause étiologique qui puisse être aussi nettement rattachée à cette lésion.

3° Il semble qu'il y ait lieu de croire que les valvules mitrales sont quelquefois atteintes chez les enfants pendant le cours des exanthèmes, et qu'elles soient sujettes chez les femmes à ces dégénérescences lentes qui amènent le rétrécissement.

4° Ni le traumatisme direct au niveau du thorax, ni les conséquences des efforts ne peuvent guère être acceptés comme facteurs étiologiques dans le rétrécissement mitral.

5° L'endocardite congénitale ne paraît pas, en règle générale, produire cette lésion ; du moins pas dans la forme simple, non compliquée.

6° Les femmes en sont atteintes beaucoup plus souvent que les hommes, presque dans le rapport de deux à un (quoique mes observations personnelles donnent une proportion plus forte c'est-à-dire, 78 pour 100 de femmes, contre 21 pour 100 d'hommes).

7° Cliniquement la majorité des cas se présente entre les âges de 25 et 35 ans et on ne les rencontre pas souvent chez des malades ayant dépassé 45 ans. »

Ces conclusions que nous avons reproduites in-extenso en raison de leur importance ne font pas ressortir un fait qui nous a frappés, nous voulons parler du nombre considérable des cas dans lesquels le rétrécissement mitral se développe sans qu'on puisse le rattacher à une cause connue.

En laissant de côté les observations où il n'est pas parlé de l'étiologie et des antécédents pour ne garder que ceux où il est dit expressément que l'interrogatoire du malade n'a fourni aucune donnée à ce point de vue, nous avons trouvé que dans 34 pour 100, soit un tiers des cas, le ré-

Marshall. (1) Lancet. — Atlas d'anat. Path. p. 228.

trécissement mitral paraît s'être développé sans avoir été précédé d'aucune des maladies qui s'accompagnent d'endocardite. Ce fait nous a paru remarquable, il indique que l'étiologie des affections du cœur n'est peut-être pas aussi complètement connue qu'on le croit et que des nouvelles recherches dans cette voie ne seraient pas inutiles.

Du reste, plusieurs auteurs anglais et français semblent admettre que le rétrécissement mitral est souvent dû à une inflammation sourde et lente des tissus, et il est évident que dans ces cas on ne peut lui trouver aucune cause saisissable dans les antécédents du malade.

Grisolle s'exprime ainsi : « Dans la grande majorité des cas cependant, le rétrécissement se développe sourdement, lentement, sans que l'on puisse démontrer à aucune époque l'existence d'une inflammation de la membrane du cœur. (1) » Mais cette idée n'est nulle part plus nettement exprimée que dans le passage suivant, extrait d'un article récent du D^r Hilton Fagge sur les maladies du cœur : « Un grand nombre de rétrécissements mitraux ne sont précédés d'aucune attaque de rhumatisme articulaire aigu ni de chorée ; ces malades sont souvent des enfants chez lesquels une maladie bien définie n'aurait pas pu passer inaperçue. Les cas de ce genre ont été attribués par quelques auteurs à des malformations congénitales, proposition que j'ai déjà essayé de renverser. D'autres observateurs ont supposé qu'ils étaient dus à la diathèse rhumatismale latente, c'est-à-dire que cette diathèse les aurait produits sans se manifester par les lésions articulaires ordinaires. En y regardant de près on apprend quelquefois, en effet, que les malades qui se trouvent dans ce cas ont eu autrefois des élançements douloureux ou dou-

(1) Grisolle, Path. interne, vol. II, p. 203.

leurs rhumatismales de plus ou moins de gravité, et plusieurs observateurs, parmi lesquels on peut citer une autorité aussi importante que feu le D^r Addison, ont voulu prouver que ces douleurs révélaient évidemment l'existence de la diathèse rhumatismale. Il faut admettre que la péri-cardite rhumatismale précède souvent toute l'affection des jointures et que, chez les jeunes sujets qui sont déjà atteints d'une affection du cœur, la chorée ou le rhumatisme se développent souvent plus tard.

Il me semble par conséquent que beaucoup de ces cas de sténose mitrale sont vraiment le résultat de la diathèse rhumatismale, mais on peut se demander si ces cas ne sont pas trop fréquents pour que cette explication-là embrasse tous ceux où les antécédents rhumatismaux font défaut. Il semble donc que la valvule mitrale soit très sujette, même chez les enfants et les jeunes sujets, à subir ces changements qui amènent la sténose, qu'ils soient le résultat d'un processus morbide spontané chronique, ou la conséquence de quelque maladie (autre que le rhumatisme ou la chorée) dont la tendance à produire l'endocardite est inconnue (1).

Quoi qu'il en soit, là encore nous n'avons rien remarqué qui pût se rattacher à la prédominance de la sténose mitrale chez la femme, les cas de cause obscure sont également fréquents dans les deux sexes.

Ajoutons que l'endocardite puerpérale, si souvent indiquée comme cause possible de la fréquence relative des affections valvulaires chez la femme, est très rarement signalée dans nos observations. Nous croyons qu'elle n'intervient que pour un chiffre beaucoup trop faible pour

(1) Reynold's System of medicine, art. Cœur, par Hilton Fagge, volume IV, p. 622.

qu'on doive en tenir sérieusement compte. Il faut donc chercher ailleurs la raison de la prédominance si marquée du rétrécissement mitral chez la femme.

ESSAI DE PATHOGENIE.

Nous venons de voir que ni les conditions d'âge, ni les conditions étiologiques dans lesquels apparaît d'habitude le rétrécissement mitral, ne peuvent rendre compte de la prédominance de cette lésion chez la femme. L'âge et les causes sont les mêmes dans les deux sexes, aussi est-il nécessaire de chercher autre part l'explication du fait que nous espérons avoir démontré. Nous sommes loin de croire que nous avons trouvé la solution du problème, nous voulons seulement indiquer les différentes directions dans lesquelles notre attention a été attirée, et grouper les faits qui nous ont paru les plus intéressants.

Ces faits sont tirés de l'anatomie et de la physiologie spéciale de la femme. Nous aurions voulu faire des recherches sur les points qui nous ont semblé les plus dignes d'attention, mais le temps nous manquait pour cela et nous avons dû nous contenter des données fournies par les auteurs classiques.

Nous avons trouvé dans l'ouvrage de M. le professeur Sappey le résumé des recherches faites par M. Bizot sur les différences qui existent dans les dimensions des orifices du cœur suivant le sexe. Les chiffres cités sont les suivants (1) :

(1) Sappey. Anat. descriptive, t. II, p. 485.

		DIFFÉRENCE.
Orifice auriculo-ventriculaire gauche.	{ H. 110.37 F. 92.68 }	17.69
Orifice auriculo-ventriculaire droit..	{ H. 123.62 F. 107.60 }	16.12
Artère pulmonaire.....	{ H. 71.86 F. 66.87 }	4.99
Aorte.....	{ H. 70.38 F. 64.09 }	6.89

Ces chiffres montrent que la différence existant entre les orifices dans les deux sexes n'est nulle part plus marquée que pour l'orifice mitral, elle est notablement plus grande que pour l'orifice tricuspide, puisqu'elle atteint 17,69 au lieu de 16,12. Il y aurait donc chez la femme une sorte de rétrécissement physiologique de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Comme on sait d'ailleurs que dans le cours de l'endocardite les lésions sont toujours plus profondes et plus avancées dans les points qui supportent la pression sanguine la plus élevée, on peut supposer qu'il y a une cause de localisation du processus inflammatoire plus fréquente chez la femme que chez l'homme, ce serait une première cause du rétrécissement mitral chez la femme.

Ce n'est pas tout; on sait que la composition du sang diffère notablement dans les deux sexes; chez la femme la proportion des globules est moindre et celle de l'eau plus élevée, en un mot, il y a toujours une anémie relative de plus pendant toute la durée de la vie sexuelle de la femme. la proportion d'acide carbonique dissous dans le sang s'élève notablement, le fait a été établi par les recherches d'Andral et Gavarret, citées dans l'ouvrage de Béclard (1); les expériences établissent que l'homme exhale une quantité d'acide carbonique plus considérable que la femme, et que cette différence est surtout marquée entre 30 et 40 ans.

(1) Béclard. Physiologie, 6^e édit., p. 377.

Chez la femme, l'exhalation de l'acide carbonique croît jusqu'à la puberté. Quand la menstruation s'établit, elle reste stationnaire (l'économie se débarrassant périodiquement par les règles d'une partie du sang non comburé). Elle augmente à l'âge du retour, puis elle décroît comme chez l'homme à mesure que la femme approche de la vieillesse. Lorsque les règles sont suspendues accidentellement, ou pendant le cours de la grossesse, la quantité d'acide carbonique exhalé par le poumon s'accroît momentanément.

Or, chaque fois qu'un organisme rend moins d'acide carbonique, c'est que les oxydations y sont moins actives et il y a en même temps une diminution de l'alcalinité normale du sérum sanguin. On sait que, suivant certains auteurs anglais, cette diminution (1) de l'alcalinité du sang est précisément le trait dominant du rhumatisme. Le sang de la femme pendant la période génitale aurait donc des propriétés irritantes analogues à celles du sang des rhumatisants. Celles-ci se feraient naturellement sentir dans les points où, par suite d'un resserrement brusque de la veine liquide, le contact est en quelque sorte plus intime entre le contenant et le contenu. Cette sorte de traumatisme se produit donc continuellement au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche relativement plus étroit que les autres.

Cette cause générale d'inflammation chronique de la membrane interne du cœur et des vaisseaux trouverait là une sorte de *locus minoris resistentiæ* tout prêt à subir une influence fâcheuse. Nous croyons que ces conditions anatomiques et physiologiques (l'étranglement relatif de l'orifice mitral, richesse du sang en acide carbonique,

(1) Probst, Williams, Todd, Fuller, cités par Besnier, art. Rhumatisme, du Dict. encycl. des sc. méd. p. 494.

réunies et combinées, peuvent expliquer dans une certaine mesure la prédominance du rétrécissement mitral chez la femme. On nous accordera que si elles ne sont peut-être pas capables de créer cette lésion de toutes pièces en déterminant par elles seules une inflammation chronique de cet orifice, elles viennent du moins ajouter leur influence à celle de l'inflammation aiguë pendant et après l'endocardite (1).

Peut-être les modifications de la tension du sang qui se produisent au moment de chaque époque menstruelle viennent-elles aussi agir dans le même sens; cette cause viendrait s'ajouter chez la femme à l'influence de la composition moins alcaline du sang et, agirait comme elle dans le point déjà prédisposé par son étroitesse relative et par la localisation d'un processus inflammatoire antérieur.

Nous avons pensé que la structure anatomique de la valvule méritait d'être examinée comparativement dans les deux sexes. Le D^r Remy, prié par nous de faire quelques recherches dans ce sens, n'a constaté aucune différence appréciable, mais il a examiné un trop petit nombre de cas pour pouvoir en tirer des conclusions absolues.

DÉDUCTIONS PRATIQUES

Si les considérations exposées plus haut sont exactes; si la cause, non pas certaine ni démontrée mais vraisemblable de la prédominance du rétrécissement mitral chez la femme est bien celle que nous avons indiquée dans notre essai de pathogénie, nous sommes amenés à tirer de l'ensemble de notre travail les déductions pratiques suivantes :

Chez la femme l'endocardite, quelle qu'en soit l'origine, aura toujours plus de tendance que chez l'homme à se

(1) Communication orale du D^r Landouzy.

localiser au niveau de l'orifice mitral ; le processus inflammatoire s'installera et se perpétuera dans ce point en raison des conditions anatomiques et physiologiques énumérées plus haut et arrivera beaucoup plus souvent à donner lieu au rétrécissement de cet orifice. Le pronostic de l'endocardite sera donc toujours plus sérieux, plus réservé que chez l'homme.

Il sera nécessaire de revenir souvent à l'examen du cœur chez les femmes ayant eu de l'endocardite autrefois, car on verra souvent apparaître, au bout d'un temps plus ou moins long, les signes d'un rétrécissement qui n'existait pas auparavant.

Chez une femme présentant des symptômes cardiaques vagues et mal accusés, il faudra toujours suspecter le rétrécissement mitral et agir en conséquence.

On connaît l'influence fâcheuse exercée par la grossesse sur les maladies du cœur (1). Les *accidents gravido-cardiaques* si redoutables qui se produisent dans ces conditions devraient toujours être présents à l'esprit du médecin appelé à donner ses soins à une femme atteinte d'endocardite et, par conséquent, vouée en quelque sorte au rétrécissement mitral.

Si, grâce aux considérations que nous avons développées, il peut prévoir le développement ultérieur de cette affection chez une femme, il devra la prévenir des inconvénients qui pourraient résulter pour elle d'une grossesse. Il lui montrera que ces inconvénients existent aussi bien pour la mère que pour l'enfant, puisque la grossesse aura bien des chances de ne pas arriver à terme, et que l'enfant sera sacrifié et que, d'autre part, elle sera elle-même exposée aux complications les plus graves.

(1) Colenne. De l'influence fâcheuse exercée par la grossesse sur les maladies du cœur. Th. Paris. 1871.

CONCLUSIONS.

1° La prédominance du rétrécissement mitral chez la femme est incontestable. On trouve deux femmes pour un homme atteint de cette affection. Ce fait est démontré par les résultats unanimes des statistiques puisées dans les hôpitaux français et anglais.

2° Les causes du rétrécissement mitral sont les mêmes que celles des autres affections cardiaques; le rhumatisme tient le premier rang. Cependant un tiers des cas ne peut être rapporté à aucune cause actuellement connue.

3° Peut-être la prédominance du rétrécissement mitral chez la femme peut-elle être rattachée à l'étréitesse relative de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche et à la composition probablement particulière du sang pendant la durée de la vie sexuelle. Toutefois cette explication est encore purement hypothétique.

4° En pratique, si l'on constate chez une femme les signes d'une affection mitrale, il y aura beaucoup plus de chances que chez l'homme pour que ce soit un rétrécissement.

5° L'endocardite est chez la femme d'un pronostic plus grave que chez l'homme à cause de cette prédisposition spéciale au rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche.

Ce pronostic est encore aggravé par l'intervention de la grossesse; il y a là un danger qu'il est bon de signaler aux malades atteints de cette affection.

Marshall,

De l'influence de l'âge sur le développement des maladies du cœur. Th. Paris. 1871.

CONCLUSIONS

1° La prédominance du rétrécissement mitral chez la femme est incontestable. On trouve deux femmes pour un homme atteint de cette affection. Ce fait est démontré par les résultats unanimes des statistiques publiées dans les hôpitaux français et anglais.

2° Les causes du rétrécissement mitral sont les mêmes que celles des autres affections cardiaques ; le rhumatisme tient le premier rang. Cependant un tiers des cas ne peut être rapporté à aucune cause actuellement connue.

3° Peut-être la prédominance du rétrécissement mitral chez la femme peut-elle être rattachée à l'étrécesse relative de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche et à la position probablement particulière du sang pendant la durée de la vie sexuelle. Toutefois cette explication est encore purement hypothétique.

4° En pathologie féminine les pronostics sont d'espérance mitrale, il y aura beaucoup plus de chances que chez l'homme pour que ce soit un rétrécissement.

2° Pathologie externe. — Des différentes espèces

de rétrécissement de la valvule, la femme d'un pronostic plus grave que chez l'homme à cause de cette disposition spéciale au rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche.

3° Pathologie générale. — Des hydropisies

de rétrécissement de la valvule. — Des altérations du

coronarien dans la néphrite parenchymateuse, signalées aux malades atteints de cette affection.

Marshall

QUESTIONS.

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

- 1° *Physique.* — De l'accommodation.
- 2° *Chimie.* — De l'acétate de cuivre.
- 3° *Pharmacie.* — Des préparations pharmaceutiques qui ont pour base le séné.
- 4° *Histoire naturelle.* — Quelles sont les sources où le règne végétal puise les principes élémentaires qui le constituent.
- 5° *Anatomie.* — De la structure du foie.
- 6° *Physiologie.* — Des usages de la membrane du tympan.
- 7° *Pathologie interne.* — Des pneumonies chroniques.
- 8° *Pathologie externe.* — Des différentes espèces d'ulcères de la langue.
- 9° *Pathologie générale.* — Des hydropisies.
- 10° *Anatomie pathologique.* — Des altérations du rein dans la néphrite parenchymateuse.

11° *Accouchements.* — De l'hémorrhagie utérine dans le cas d'insertion du placenta sur le col.

12° *Médecine opératoire.* — De l'amputation sus-malléolaire.

13° *Médecine légale.* — Un individu dont on retire le cadavre de l'eau, a-t-il été jeté à l'eau pendant sa vie ou après sa mort ?

14° *Hygiène.* — Des premiers soins que réclame l'enfant nouveau-né.

Vu : le président de la Thèse, **HARDY.** Vu et permis d'imprimer, Le vice-recteur de l'Académie de Paris, **GRÉARD.**

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31.

1879

Observations du Dr Landouzy.

N ^o	Source de l'Observation	Date	Nom	Sexe	Age	Antécédents		Nourriture	Habitudes de vie	Mentent	Cause de l'Affection	Méthode de traitement	Durée de l'Observation	Résultat de l'Observation	Remarques	
						Précédents	Présent									
1	M. L. Landouzy Service de M. le Dr Landouzy à l'Hôtel de la Clinique	1876	Mme. M. Landouzy 10 rue de la Cité, 10, Paris	F	49	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.
2	M. L. Landouzy Service de M. le Dr Landouzy à l'Hôtel de la Clinique	1876	M. L. Landouzy 10 rue de la Cité, 10, Paris	F	44	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.
3	M. L. Landouzy Service de M. le Dr Landouzy à l'Hôtel de la Clinique	1877	M. L. Landouzy 10 rue de la Cité, 10, Paris	F	27	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.
4	M. L. Landouzy Service de M. le Dr Landouzy à l'Hôtel de la Clinique	1877	M. L. Landouzy 10 rue de la Cité, 10, Paris	F	42	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.
5	M. L. Landouzy (10)	1877	M. L. Landouzy 10 rue de la Cité, 10, Paris	F	56	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.
6	(10)	1877	M. L. Landouzy 10 rue de la Cité, 10, Paris	F	26	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.
7	(10)	1877	M. L. Landouzy 10 rue de la Cité, 10, Paris	F	29	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.
8	(10)	1878	M. L. Landouzy 10 rue de la Cité, 10, Paris	F	24	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.
9	(10)	1878	M. L. Landouzy 10 rue de la Cité, 10, Paris	F	22	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.
10	(10)	1878	M. L. Landouzy 10 rue de la Cité, 10, Paris	F	48	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.
11	(10)	1878	M. L. Landouzy 10 rue de la Cité, 10, Paris	F	24	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.
12	(10)	1878	M. L. Landouzy 10 rue de la Cité, 10, Paris	F	47	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.
13	(10)	1878	M. L. Landouzy 10 rue de la Cité, 10, Paris	F	47	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.
14	(10)	1878	M. L. Landouzy 10 rue de la Cité, 10, Paris	F	34	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.
15	(10)	1879	M. L. Landouzy 10 rue de la Cité, 10, Paris	F	?	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.
16	(10)	1879	M. L. Landouzy 10 rue de la Cité, 10, Paris	F	?	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.
17	(10)	1879	M. L. Landouzy 10 rue de la Cité, 10, Paris	F	49	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.
18	(10)	1879	M. L. Landouzy 10 rue de la Cité, 10, Paris	F	39	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.
19	(10)	1879	M. L. Landouzy 10 rue de la Cité, 10, Paris	F	30	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.
20	(10)	1879	M. L. Landouzy 10 rue de la Cité, 10, Paris	F	30	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.
21	(10)	1879	M. L. Landouzy 10 rue de la Cité, 10, Paris	F	?	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.
22	(10)	1879	M. L. Landouzy 10 rue de la Cité, 10, Paris	F	30	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.
23	(10)	1879	M. L. Landouzy 10 rue de la Cité, 10, Paris	F	?	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.
24	(10)	1879	M. L. Landouzy 10 rue de la Cité, 10, Paris	F	32	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.
25	(10)	1879	M. L. Landouzy 10 rue de la Cité, 10, Paris	F	30	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.
26	Observation Service de M. le Dr Landouzy à l'Hôtel de la Clinique	1879	M. L. Landouzy 10 rue de la Cité, 10, Paris	F	34	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.
27	Observation Service de M. le Dr Landouzy à l'Hôtel de la Clinique	1879	M. L. Landouzy 10 rue de la Cité, 10, Paris	F	40	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.	Prém.

Bonne Imp. de M. Landouzy & Cie, 10, rue de la Cité, Paris

Bulletin de la Société Anatomique de Paris de 1867-1878.

N ^o de l'Observation	Source de l'Observation	Sexe	Age	Antécédents.	Autopsie. État du Cœur.	État de pureté du Rétrécissement.	Complications mitrales ou aortiques.	Observations Particulières.
1	XLII. P. 379 1877. - Hôpital St-Denis. Autopsie de M. le Docteur Lannelongue. - 21 Mars 1877	F	57	Rien sur les antécédents.	Cœur atrophié. Mitrale mitrale, végétations. Endocardite valvulaire. - Mitralisme.	Rétrécissement pur.		
2	P. 508. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis. - 10 Septembre 1877	F	50	Rien de remarquable.	Cœur hypertrophié. - Mitralisme, végétations. Endocardite valvulaire. - Mitralisme pur.	Rétrécissement pur.		Gonflement de la valvule gauche.
3	XLIII. P. 380 1878. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	F	60	Rien sur les antécédents.	Mitralisme mitral, aortique ou bicuspidien.	Rétrécissement.	Gonflement de la valvule gauche.	
4	XLIV. P. 381 1879. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	F	60	Rien sur les antécédents.	Rétrécissement, avec insuffisance de l'infirmité mitrale. - Rétrécissement, sans aortique.	Rétrécissement.	Rétrécissement, sans aortique.	
5	XLV. P. 382 1879. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	F	27	Mitralisme, sans antécédents notés. - Rien de remarquable sur le cœur.	Cœur hypertrophié. - Mitralisme pur. - Rétrécissement, sans insuffisance aortique.	Rétrécissement.	Insuffisance mitrale.	
6	P. 383. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis. - 1879.	DC.	54	Rien de remarquable.	Cœur mitral mitral, la valvule insuffisante, mitral aortique. Mitralisme pur.	Rétrécissement.	Insuffisance mitrale.	
7	XLVI. P. 385 1879. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	DC.	39	Rien de remarquable, excepté l'existence d'un anévrysme de l'aorte.	Cœur hypertrophié. - Mitralisme pur. - Rétrécissement, sans insuffisance aortique.	Rétrécissement, mitral aortique.	Rétrécissement, aortique.	Ophtalmie paléonémie.
8	P. 386. - M. le Docteur Lannelongue.	F	44	Rien de remarquable.	Rétrécissement pur.	Rétrécissement.	Insuffisance mitrale.	Ophtalmie paléonémie.
9	XLVII. P. 387 1879. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	F	48	Rien de remarquable, excepté l'existence d'un anévrysme de l'aorte.	Cœur hypertrophié. - Mitralisme pur. - Rétrécissement, sans insuffisance aortique.	Rétrécissement.	Insuffisance mitrale.	Ophtalmie paléonémie.
10	P. 388. - Hôpital St-Denis. - 1879.	F	49	Rien sur les antécédents.	Insuffisance aortique, avec insuffisance mitrale. - Rétrécissement, sans aortique.	Rétrécissement.	Insuffisance mitrale.	
11	XLVIII. P. 389 1879. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	F	43	Rien de remarquable.	Rétrécissement, avec insuffisance mitrale.	Rétrécissement.	Insuffisance mitrale.	Infarctus du myocarde.
12	XLIX. P. 390 1879. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	F	59	2 attaques de rhumatisme, avec accès généraux, à l'âge de 25 ans.	Insuffisance mitrale, avec insuffisance aortique.	Rétrécissement.	Insuffisance mitrale.	
13	P. 391. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	F	61	Rien de remarquable.	Cœur hypertrophié. - Mitralisme pur. - Rétrécissement, sans insuffisance aortique.	Rétrécissement pur.		Ophtalmie paléonémie.
14	P. 392. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	F	47	Rien de remarquable, excepté l'existence d'un anévrysme de l'aorte.	Rétrécissement de l'infirmité mitrale, avec insuffisance aortique.	Rétrécissement pur.		Rien sur les complications paléonémiques.
15	P. 393. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	F	49	Rien de remarquable, excepté l'existence d'un anévrysme de l'aorte.	Cœur hypertrophié. - Mitralisme pur. - Rétrécissement, sans insuffisance aortique.	Rétrécissement pur.		Rien sur les complications paléonémiques.
16	XLX. P. 394 1879. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	F	Agée	2 attaques de rhumatisme.	Mitralisme mitral, avec insuffisance aortique.	Rétrécissement compliqué.	Insuffisance mitrale.	Ophtalmie paléonémie.
17	P. 395. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	F	28	Rien de remarquable, excepté l'existence d'un anévrysme de l'aorte.	Cœur hypertrophié. - Mitralisme pur. - Rétrécissement, sans insuffisance aortique.	Rétrécissement compliqué.	Insuffisance mitrale.	
18	P. 396. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	F	37	Rien de remarquable, excepté l'existence d'un anévrysme de l'aorte.	Rétrécissement pur.	Rétrécissement pur.		Ophtalmie paléonémie.
19	P. 397. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	F	23	Rien sur les antécédents.	Rétrécissement mitral, avec insuffisance aortique.	Rétrécissement compliqué.	Insuffisance mitrale.	
20	P. 398. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	DC.	15	Rien de remarquable, excepté l'existence d'un anévrysme de l'aorte.	Cœur hypertrophié. - Mitralisme pur. - Rétrécissement, sans insuffisance aortique.	Rétrécissement compliqué.	Insuffisance mitrale.	
21	LI. P. 399 1879. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	F	26	Rien de remarquable, excepté l'existence d'un anévrysme de l'aorte.	Cœur hypertrophié. - Mitralisme pur. - Rétrécissement, sans insuffisance aortique.	Rétrécissement pur.		Insuffisance mitrale.
22	P. 400. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	DC.	38	Rien de remarquable, excepté l'existence d'un anévrysme de l'aorte.	Cœur hypertrophié. - Mitralisme pur. - Rétrécissement, sans insuffisance aortique.	Rétrécissement compliqué.	Insuffisance mitrale.	Rien sur les complications paléonémiques.
23	P. 401. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	F	57	Rien de remarquable, excepté l'existence d'un anévrysme de l'aorte.	Cœur hypertrophié. - Mitralisme pur. - Rétrécissement, sans insuffisance aortique.	Rétrécissement compliqué.	Insuffisance mitrale.	Ophtalmie paléonémie.
24	P. 402. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	F	34	Rien sur les antécédents.	Mitralisme pur.	Rétrécissement pur.		Rien sur les complications paléonémiques.
25	LII. P. 403 1878. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	F	28	Rien de remarquable, excepté l'existence d'un anévrysme de l'aorte.	Cœur hypertrophié. - Mitralisme pur. - Rétrécissement, sans insuffisance aortique.	Rétrécissement compliqué.	Insuffisance mitrale.	Ophtalmie paléonémie.
26	P. 404. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	DC.	44	Rien de remarquable, excepté l'existence d'un anévrysme de l'aorte.	Cœur hypertrophié. - Mitralisme pur. - Rétrécissement, sans insuffisance aortique.	Rétrécissement pur.		Affection catarrhale de la valve de 20 ans.
27	P. 405. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	F	37	Rien de remarquable, excepté l'existence d'un anévrysme de l'aorte.	Cœur hypertrophié. - Mitralisme pur. - Rétrécissement, sans insuffisance aortique.	Rétrécissement pur.		Endocardite.
28	P. 406. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	F	38	Rien de remarquable, excepté l'existence d'un anévrysme de l'aorte.	Cœur hypertrophié. - Mitralisme pur. - Rétrécissement, sans insuffisance aortique.	Rétrécissement pur.		Ophtalmie paléonémie.
29	LIII. P. 407 1878. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	F	38	Rien de remarquable, excepté l'existence d'un anévrysme de l'aorte.	Cœur hypertrophié. - Mitralisme pur. - Rétrécissement, sans insuffisance aortique.	Rétrécissement pur.		Ophtalmie paléonémie.
30	P. 408. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	DC.	60	Rien de remarquable, excepté l'existence d'un anévrysme de l'aorte.	Cœur hypertrophié. - Mitralisme pur. - Rétrécissement, sans insuffisance aortique.	Rétrécissement compliqué.	Insuffisance mitrale.	Ophtalmie paléonémie.
31	P. 409. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	F	47	Rien de remarquable, excepté l'existence d'un anévrysme de l'aorte.	Cœur hypertrophié. - Mitralisme pur. - Rétrécissement, sans insuffisance aortique.	Rétrécissement pur.		Rien sur les complications paléonémiques.
32	LIV. P. 410 1878. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	F	38	Rien de remarquable, excepté l'existence d'un anévrysme de l'aorte.	Cœur hypertrophié. - Mitralisme pur. - Rétrécissement, sans insuffisance aortique.	Rétrécissement pur.		Rien sur les complications paléonémiques.
33	LIV. P. 411 1879. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	DC.	49	Rien de remarquable, excepté l'existence d'un anévrysme de l'aorte.	Cœur hypertrophié. - Mitralisme pur. - Rétrécissement, sans insuffisance aortique.	Rétrécissement pur.		Rien sur les complications paléonémiques.
34	P. 412. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	DC.	24	Rien de remarquable, excepté l'existence d'un anévrysme de l'aorte.	Cœur hypertrophié. - Mitralisme pur. - Rétrécissement, sans insuffisance aortique.	Rétrécissement compliqué.	Insuffisance mitrale.	Rien sur les complications paléonémiques.
35	LIV. P. 413 1879. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	F	48	Rien de remarquable, excepté l'existence d'un anévrysme de l'aorte.	Cœur hypertrophié. - Mitralisme pur. - Rétrécissement, sans insuffisance aortique.	Rétrécissement pur.		Endocardite.
36	P. 414. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	F	13	Rien de remarquable, excepté l'existence d'un anévrysme de l'aorte.	Cœur hypertrophié. - Mitralisme pur. - Rétrécissement, sans insuffisance aortique.	Rétrécissement pur.		Ophtalmie paléonémie.
37	P. 415. - Service de M. le Docteur Lannelongue. - Hôpital St-Denis.	F	37	Rien de remarquable, excepté l'existence d'un anévrysme de l'aorte.	Cœur hypertrophié. - Mitralisme pur. - Rétrécissement, sans insuffisance aortique.	Rétrécissement pur.		Rien sur les complications paléonémiques.

Observations Personnelles.

N°	Courses de l'Information.	Date.	Sexe.	Age.	Antécédents.	Signes physiologiques ou symptômes fonctionnels.	Etat de pureté du rétrécissement.	Complications valvulaires.	Observations particulières.	Autopsie. Etat du Cœur.
1	Courses de l'Information. Service de M. le Professeur Broussais à l'Hôpital St-Jacques. Salle N° 11. 1877.	30 Janvier	F.	32			Rétrécissement.	Insuffisance aortique.		Cœur gros et globuleux. Atriale, mitrale, tricuspidienne, valvule aortique, valvule pulmonaire, valvule aortique, valvule pulmonaire, valvule aortique, valvule pulmonaire.
2	Service de M. le Professeur Broussais à l'Hôpital St-Jacques. Salle N° 11. 1877.	15 Mars	F.	37	Éprouvait une douleur épouvantable pendant les accès.		Rétrécissement.	Insuffisance aortique.	Grande anémie, chlorose, etc. - Angor pectoris, etc.	Myogénésie valvulaire. - Rétrécissement de la valve aortique. - Insuffisance aortique. - Insuffisance mitrale. - Insuffisance tricuspidienne. - Insuffisance pulmonaire. - Insuffisance valvulaire.
3	Service de M. le Professeur Broussais à l'Hôpital St-Jacques. Salle N° 11. 1878.	10 Mars	F.	40	Malade à 27 ans de 1853 et en une attaque de rhumatisme articulaire aigu, etc.	Complications, palpitations, écoulement de sang, etc.	Rétrécissement.	Insuffisance aortique et insuffisance mitrale.		
4	Service de M. le Professeur Broussais à l'Hôpital St-Jacques. Salle N° 11. 1878.	10 Mars	F.	41			Rétrécissement.	Legère insuffisance aortique.		État, mais à une époque avancée de la maladie. - Insuffisance aortique. - Insuffisance mitrale. - Insuffisance tricuspidienne. - Insuffisance pulmonaire. - Insuffisance valvulaire.
5	Service de M. le Professeur Broussais à l'Hôpital St-Jacques. Salle N° 11. 1878.	10 Mars	F.	26		Complications, palpitations, écoulement de sang, etc.	Rétrécissement.	Insuffisance aortique.		
6	Service de M. le Professeur Broussais à l'Hôpital St-Jacques. Salle N° 11. 1878.	10 Mars	F.	25	Éprouvait une douleur épouvantable pendant les accès.		Rétrécissement pur.			
7	Service de M. le Professeur Broussais à l'Hôpital St-Jacques. Salle N° 11. 1878.	10 Mars	F.	20	Éprouvait une douleur épouvantable pendant les accès.		Rétrécissement.	Legère insuffisance de la valve aortique.		Cœur d'aspect normal. - Rétrécissement de la valve aortique. - Insuffisance aortique. - Insuffisance mitrale. - Insuffisance tricuspidienne. - Insuffisance pulmonaire. - Insuffisance valvulaire.
8	Service de M. le Professeur Broussais à l'Hôpital St-Jacques. Salle N° 11. 1879.	20 Mars	F.	20	à 16 ans, et la chute à 18 ans, malade depuis 1870. - Épisode à 18 ans, malade.		Rétrécissement.	Insuffisance aortique.		
9	Service de M. le Professeur Broussais à l'Hôpital St-Jacques. Salle N° 11. 1879.	20 Mars	F.	19			Rétrécissement.			
10	Service de M. le Professeur Broussais à l'Hôpital St-Jacques. Salle N° 11. 1879.	15 Mars	F.	30	Atteint d'une affection cardiaque à 16 ans.		Rétrécissement.	Insuffisance aortique.		
11	Service de M. le Professeur Broussais à l'Hôpital St-Jacques. Salle N° 11. 1879.	20 Mars	F.	20			Rétrécissement.	Insuffisance aortique.		
12	Service de M. le Professeur Broussais à l'Hôpital St-Jacques. Salle N° 11. 1879.	30 Mars	F.	26			Rétrécissement pur.			
13	Service de M. le Professeur Broussais à l'Hôpital St-Jacques. Salle N° 11. 1879.	30 Mars	F.	65			Rétrécissement pur.			État, etc. - Rétrécissement de la valve aortique. - Insuffisance aortique. - Insuffisance mitrale. - Insuffisance tricuspidienne. - Insuffisance pulmonaire. - Insuffisance valvulaire.
14	Service de M. le Professeur Broussais à l'Hôpital St-Jacques. Salle N° 11. 1879.	21 Mars	F.				Rétrécissement pur.			
15	Service de M. le Professeur Broussais à l'Hôpital St-Jacques. Salle N° 11. 1879.	15 Mars	F.	41			Rétrécissement.	Insuffisance aortique et insuffisance mitrale.		
16	Service de M. le Professeur Broussais à l'Hôpital St-Jacques. Salle N° 11. 1879.	10 Mars	F.	33			Rétrécissement aortique.	Insuffisance aortique.		
17	Service de M. le Professeur Broussais à l'Hôpital St-Jacques. Salle N° 11. 1879.	10 Mars	F.	59			Rétrécissement aortique pur.			Cœur d'aspect normal. - Rétrécissement de la valve aortique. - Insuffisance aortique. - Insuffisance mitrale. - Insuffisance tricuspidienne. - Insuffisance pulmonaire. - Insuffisance valvulaire.
18	Service de M. le Professeur Broussais à l'Hôpital St-Jacques. Salle N° 11. 1879.	10 Mars	F.	47			Rétrécissement aortique.	Insuffisance aortique.		
19	Service de M. le Professeur Broussais à l'Hôpital St-Jacques. Salle N° 11. 1879.	10 Mars	F.	41			Rétrécissement pur.			
20	Service de M. le Professeur Broussais à l'Hôpital St-Jacques. Salle N° 11. 1879.	10 Mars	F.	22			Rétrécissement aortique.	Insuffisance aortique.		
21	Service de M. le Professeur Broussais à l'Hôpital St-Jacques. Salle N° 11. 1879.	10 Mars	F.	59			Rétrécissement.	Insuffisance aortique et insuffisance mitrale.		
22	Service de M. le Professeur Broussais à l'Hôpital St-Jacques. Salle N° 11. 1879.	23 Octobre	F.	47			Rétrécissement.	Insuffisance aortique et insuffisance mitrale.		
23	Service de M. le Professeur Broussais à l'Hôpital St-Jacques. Salle N° 11. 1879.	10 Mars	F.	17			Rétrécissement pur.			
24	Service de M. le Professeur Broussais à l'Hôpital St-Jacques. Salle N° 11. 1879.	10 Mars	F.	19			Rétrécissement aortique.	Insuffisance aortique.		
25	Service de M. le Professeur Broussais à l'Hôpital St-Jacques. Salle N° 11. 1879.	10 Mars	F.	38			Rétrécissement pur.			

London Hospital. Femmes.

1876.

N ^o d'ordre	Age	Antécédents.	Signes Physiques & fonctionnels.	Autopsie.	N ^o d'ordre	Age	Antécédents.	Signes Physiques & fonctionnels.	Autopsie.
1	7	35	Nécessité de soins à l'âge de 10 ans. Anémie. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	27	67	20	États de chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.
2	9	20	États de chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.	28	68	16	États de chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.
3	15	10	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.	29	60	31	États de chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.
4	10	25	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.	30	71	12	États de chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.
5	17	20	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.	31	77	43	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.
6	17	22	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.	32	78	29	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.
7	22	24	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.	33	81	46	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.
8	24	11	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.	34	84	37	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.
9	26	25	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.	35	81	45	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.
10	26	39	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.	36	81	52	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.
11	27	20	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.	37	87	10	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.
12	28	31	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.	38	86	52	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.
13	37	50	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.	39	86	36	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.
14	35	41	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.	40	87	42	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.
15	36	25	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.	41	88	38	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.
16	42	46	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.	42	87	47	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.
17	43	28	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.	43	88	14	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.
18	48	22	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.	44	90	10	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.
19	50	27	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.	45	100	17	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.
20	50	53	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.	46	103	51	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.
21	57	25	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.	47	105	24	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.
22	58	15	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.	48	108	27	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.
23	60	40	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.	49	117	27	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.
24	63	49	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.	50	124	30	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.
25	67	24	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.					
26	85	54	Chlorose. (C'est-à-dire l'âge de 10 ans.)	Insuffisance pulmonaire et systolique à la pointe.					

London-Hospital. Femmes.

1876.

875.

Malade	N ^o de l'Annuaire	Age	Antécédents.	Signes: Physiques et Fonctionnelles.	Autopsie.
1	95	18	Fièvre & Rhumatisme. Gonou chief, mal développé.	Rétrécissement pré-systolique. Souffles pré-systolique & systolique à la pointe.	
2	24	24	2 attaques de Rhumatisme art. aigu Rhumatisme nouveau.	Souffles pré-systolique & systolique à la pointe Souffle diastolique à la base.	
3		30	2 attaques de Rhumatisme art. aigu.	Souffles pré-systolique & systolique à la pointe.	
4	387	46	3 attaques de Rhumatisme articulaire aigu.	Faiblesse cardiaque pré-systolique. Souffles pré-systolique & systolique à la pointe.	
5	400	10	Rhumatisme polyarticulaire.	Épanchement péricardique & pleurétique. Réduplication de 2 ^e tonie constante. Souffle systolique à la pointe.	
6	424	47	6 attaques de fièvre rhumatismale (Allochisme).	Odyssée. Signe d'insuffisance aortique.	Atrophia péricardique. Rétrécissement mitral Insuffisance aortique.
7	453	44	2 Attaques de Rhumatisme art. aigu.	Odyssée depuis trois mois.	Augmentation du volume du cœur - surtout du cœur gauche. Épaississement & rétrécissement de la valvule mitrale.
8	478	18	3 Attaques de Rhumatisme articulaire aigu.	Faiblesse - Souffles pré-systolique & systolique à la pointe.	
9	557	19	2 Attaques de Choroë à l'âge de 8 ans - 9 ans. Entré à l'hôpital pour Rhumatisme art. aigu.	Souffles pré-systolique & systolique à la pointe.	
10	572	10		Atrophia - Souffles pré-systolique & systolique à la pointe.	
11	641	13	Souffles à son entrée à l'hôpital de sa 3 ^e attaque de Rhumatisme art. aigu la 2 ^e attaque avait été suivie par une attaque de Choroë.	Souffles pré-systolique & systolique à la pointe.	
12	724	43	Catarrhe de plomb il y a cinq ans, 5 mois après attaque de Rhumatisme art. aigu.	Atrophia. Cymose. Souffle systolique à la pointe & au niveau de l'appendice xiphoïde à droite & de l'arc Règle bronchique.	Atrophia péricardique. Hypertrophie du cœur & rétrécissement mitral.
13	780	34	3 Attaques de Rhumatisme articulaire aigu 1 ^{re} attaque à l'âge de 14 ans.	Rougeur de la région précordiale. Pointe du cœur abaissée. Augmentation de la matité. Faiblesse à la pointe. Souffle intense posteur. Poulx vaine. Albuminurie. Odyssée.	Dilatation ou Hypertrophie cardiaque. Rétrécissement mitral Pleurésie gauche récente. Pleurésie ou Pneumonie droite.
14	949	13	Il n'a jamais été bien porteur. Histoire impo- symptomatique de la maladie d'aujourd'hui, il y a 8 jours frisson, douleur aux genoux, point de gonflement ni de sensibilité. Pneumonie gauche.	Hypertrophie du cœur. Pointe bien dans le 5 ^e espace à 2 cm. en dehors de la ligne mamillaire. Souffles pré-systolique & systolique à la pointe. Double souffle aortique.	
15	963	42	Rhumat. art. aigu à 18 ans. Des attaques répétées de rhumat. subaigué depuis, même. État cachectique Rhumatisme chronique doigts déformés.	Souffles pré-systolique & systolique à la pointe.	
16	986	45	Choroë ou Rhumatisme art. aigu.	Faiblesse cardiaque à la pointe. Rétrécissement mitral. Insuffisance mitrale. Souffles pré-systolique systolique à la pointe.	
17	1,011	23	Allochisme ou Rhumatisme.	Faiblesse & souffle pré-systolique à la pointe.	
18	1,044	29	Allochisme. Il y a quatre ans attaque de Rhumatisme articulaire aigu.	Faiblesse pré-systolique & souffle pré-systolique à la pointe.	
19	1,158		Scarlatine il y a quelques ans depuis ce temps. Atrophia des membres inférieurs. Boue brucellée.	Faiblesse pré-systolique à la pointe. Souffle pré-systolique à la pointe. Atrophia. Atrophia.	Rétrécissement mitral. Négligence sur la valvule tricuspide. Hypertrophie des oreillettes. Péritonite.

Bess. Sup. N. 28. 1876. 1876. 1876.

London Hospital. - Hommes.

1877.

N°7.

N° de l'Écriture	N° dans le Registre	Age	Antécédents.	Signes Physiques et Fonctionnels.	Autopsie.
1	80	45	Une attaque de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 20 ans. Ain posteur, qui jusqu'il y a un an.	Rétrécissement du 2 ^e bruit. Souffles presystolique et systolique à la pointe.	Rétrécissement de l'orifice mitral. Valvule gauche dilaté et hypertrophié. Musclicule gauche hypertrophié et sans contraction.
2	224	29	Une attaque de rhumatisme art. aigu à l'âge de 7 ans.		
3	457	31	N'a jamais eu de rhumatisme.	En mort, à son entrée à l'hôpital.	Orifice mitral très rétréci. Adhérence que la pulpe du petit doigt. Musclicule droit très hypertrophié et dilaté.
4	363	15	Débuta par douleur	Faiblesse à la pointe. Impuissance de la matité paracostale transverse. Souffle presystolique à la pointe.	
5	412	4	Point d'histoire	Souffle presystolique et systolique à la pointe.	
6	342	26	Attaque de rhumatisme aigu intercurrente, avec les symptômes de l'affection cordiaque.	Souffle presystolique et systolique à la pointe.	
7	608	50	Point de rhumatisme.	Emphysème pulmonaire et Rétrécissement mitral.	
8	601	29	Point d'histoire de rhumatisme.	Souffle presystolique et systolique à la pointe.	
9	634	50	Toux rhumatismale il y a 20 ans. Depuis 7 ans, toux. Oedème des membres inférieurs.	Souffle presystolique à la pointe. Double (souffle aortique).	
10	608	30	Point de rhumatisme. État aigre aux bronches.	Emphysème pulmonaire. Rétrécissement mitral.	
11	1057	35	N'a jamais eu de rhumatisme.	Rétrécissement et insuffisance aortique. Rétrécissement mitral. Oedème des membres inférieurs.	
12	1333	50	Aucune histoire de rhumatisme.	Oedème des jambes. Rétrécissement et insuffisance mitral. ? ? ? ? ? Rétrécissement aortique.	
13	1440	36	Rhumatisme art. aigu à l'âge de 11 ans.	Dyspnée. Tachycardie. Toux. Rétrécissement et insuffisance mitral.	
14	1100	52	Aucune histoire de rhumatisme.	Oedème des jambes. Un peu d'écoulement de la matité hépatique. Emphysème pulmonaire. Rétrécissement mitral.	
15	1338	29	Toux rhumatismale il y a 4 ans. Bronchite depuis	Rétrécissement mitral.	

Paris, Imp. N. Marchand, rue de la Harpe, 105.

Table du D^r Dyce Duckworth, Résumé des Observations recueillies ou rassemblées par lui.

n° 8.

N ^o d'ordre	Médecin.	N ^o de cas.	M.	Pour cent.	F.	Pr. ct.	Age Moyen.	Antécédents de Rhumatisme ou de la Choroë	Pour cent.
1.	D ^r Cayden	81.	27.	33.3	54.	66.7.	{ de 77 Malades 29.63.	40.	49.3.
2.	D ^r Fagge.	66.	28.	43.1	37.	56.9.	{ de 61 Malades 52.77.	33.	50.
3.	Professeur Gärdner	7.	3.	42.85	4.	57.14		Détails pas donnés.	71.4.
4.	D ^r Hyde Salter	7.	2.	28.57.	5.	71.42	24.8.	5.	
5.	D ^r Dyce Duckworth.	80.	17	21.25.	63.	78.75	31.77.	56. { Hommes 12 Femmes 44.	70.
6.	{ Plusieurs cas des rapports post-mortem de l'Hôpital S ^t Bartholomew, d'autres extraits du Pathological- Society's Transactions & c. & c. Dans un des cas sexe n'est pas donné	23.	9.	39.13	13.	56.52	31.5	7 sur 11 cas ou les détails ont été donnés.	63.63.
		264.	86.	34.64 Moyen	177	64.33. Moyen	30. Age moyen	141.	60.8. Moyen pour Cent.

Paris, Imp. P. Moucharmont, 4, rue Vido. 1858.

RÉSUMÉ DES TABLEAUX PRÉCÉDENTS

N ^o	Sources	N ^o de Cas.	Sexe.				Age.		Causes					Poin. de Détails.
			M	Pour Fem.	F	Pour M.	Age moyen.	Accidents Rhumatismaux & Choc.	Pour Fem.	Févers impétieuses, Erysipèle, Maladies inflamm. des Pouches.	Poin. de Causes connues.	Pour Fem.		
2	Bulletin de la Société Anatomique.	37.	8.	21.06	29.	78.92	34 Cas 41 45	5	17.14	1	22	78.57	9	
3	Observation Besomellier.	25.	6.	24.00	19.	70.00	22 Cas 34 27	16	64.	4	5	20		
4	London-Hospital 1870	69.	19.	27.53	50.	72.47	H. 26.88 F. 37.62	50.10 F. 50	52	50.25.88 F. 53.73 77.61	4	11 (Un seul cas d'homme)	16.41	2
5	" 1877.	41.	15.	36.58	26.	63.41	50.30.00 F. 27.15	50.6 F. 11	17	50.20.68 F. 37.80 58.54	12	12 (Dans un cas accident Rhumatismaux dans la famille)	41.27	12
6	" 1875.	45.	19.	42.2	26.	57.7								
7	Résumé des Pratiques de D ^r Duchowetz.	264.	80.	34.64	178.	64.33	30	141	60.8					
		508.	157.	30.9	350.	70.27	Age moyen sur 186. Cas 31.67	245.	50.12.	11.	58. (169 cas ou les détails ont été donnés)	34.34.	28.	

Ann. Soc. M. Duchowetz, & Ann. Vol. Russes.

TABLEAU GRAPHIQUE RÉSUMANT LES RÉSULTATS DE NOS RECHERCHES .

