

LXXXV. — DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU
ET DE L'ENDOCARDITE ULCÉREUSE.

Très-grande fréquence du rhumatisme articulaire aigu. — Maladie diathésique. — Affectant surtout le tissu fibro-séreux. — Rhumatisme des grandes et des petites articulations. — Rhumatisme viscéral primitif ou secondaire. — Rhumatisme du cœur origine des maladies organiques de cet organe. — Rhumatisme des plèvres, du pignon, des enveloppes cérébrales, médullaires. — Métastases rhumatismales. — Point de traitement spécifique du rhumatisme articulaire aigu. — Endocardite ulcéreuse rhumatismale. — Endocardite ulcéreuse indépendante de la diathèse rhumatismale. — Endocardite athéromateuse. — Infarctus viscéraux. — Embolies capillaires. — Altération du sang consécutive à l'endocardite ulcéreuse. — Symptômes typhoïdes.

MESSIEURS,

Déjà nous nous sommes occupés de la goutte, du rhumatisme noueux, et du rhumatisme cérébral. Aujourd'hui je veux vous entretenir du rhumatisme articulaire aigu. Je désire vous faire remarquer que cette affection, au lit du malade, ne se montre pas toujours avec le cortège de symptômes et les complications que vous trouverez exposés dans les livres de pathologie. Puis à la fin de cette conférence j'appellerai votre attention sur une complication, nouvellement décrite, du rhumatisme articulaire et à laquelle on a donné le nom d'*endocardite ulcéreuse*. Cette altération de l'endocardite peut être observée en dehors de toute manifestation rhumatismale.

Il n'est guère de mois dans l'année où vous ne puissiez étudier l'arthrite rhumatismale dans nos salles de clinique. L'action du froid, surtout lorsque la surface du corps est couverte de sueur, est une cause déterminante très-fréquente de la diathèse rhumatismale. A l'hôpital, lorsque vous interrogerez nos malades, ils vous répondront presque tous qu'ils ont été saisis par le froid, soit pendant leurs durs labeurs, soit au moment où ils venaient de cesser de travailler. Les uns vous feront remarquer qu'ils ont été exposés à un courant d'air et qu'ils ont senti le froid envelopper tout leur corps. Les autres vous diront qu'ils ont senti l'action du froid en passant d'un milieu chaud dans un milieu froid et humide. Puis, le soir même, dans la nuit, ou le lendemain, ces malades ont été pris de frisson, suivi d'une vive chaleur et d'une transpiration abondante, en même temps qu'une ou plusieurs de leurs articulations étaient devenues douloureuses. A partir de ce moment, une fièvre vive, presque toujours accompagnée de sueur, ne les a plus abandonnés.

La fièvre dans l'arthrite rhumatismale est continue et n'offre guère de paroxysmes; le pouls est fréquent, large et résistant. La sueur est toujours abondante, et lorsque vous découvrez les malades, vous voyez le fluide sudoral répandu en gouttelettes sur presque toute la surface du corps. Cette transpiration a une odeur spéciale qu'on ne rencontre guère dans d'autres maladies fébriles. Vous serez frappés aussi de la blancheur de la surface du corps, la figure elle-même est souvent d'un blanc mat, et cette pâleur générale fait contraste avec la chaleur vive de la peau.

Les malades ont perdu l'appétit, leur langue est blanche, mais peu saburrale; ils n'ont point envie de vomir, la constipation est la règle en pareille circonstance, et les malades ne se plaignent à vous que des douleurs qu'ils éprouvent dans leur jointures. Aussi les voyez-vous immobiles dans leur lit, dans le décubitus dorsal, ils craignent par le moindre mouvement de réveiller les douleurs aiguës de leurs articulations. Souvent la douleur se montre d'abord sur les genoux et les cous-de-pied; puis, en quelques heures ou en trois ou quatre jours, on voit grand nombre d'articulations être envahies par la fluxion rhumatismale. Quelquefois la douleur dans son mode d'invasion des articulations a une marche ascendante, c'est-à-dire qu'elle monte des cous-de-pied aux genoux et aux hanches, ou des poignets vers les coudes et les épaules. Il n'est pas rare de voir la maladie porter d'abord ses manifestations sur un seul côté du corps, pour envahir ensuite successivement et dans le même ordre les articulations de l'autre moitié du corps.

Cette marche de la maladie ne nous a jamais paru avoir une importance notable sur la durée et la terminaison de l'affection; mais il n'en est plus de même lorsque le rhumatisme se porte d'*emblée* sur les grandes articulations, sur le poignet, le cou-de-pied et en même temps sur les petites articulations de la main et du pied. Lorsque ces dernières articulations sont envahies par le rhumatisme aigu, et cela surtout au début de la maladie, on peut affirmer, presque à coup sûr, que le rhumatisme articulaire sera de longue durée, et partant que l'affection aura une gravité relativement plus grande que dans les autres formes du rhumatisme articulaire. En effet, ces manifestations sur les mains et les pieds, témoignent d'une puissance plus grande de la maladie, qui, au contraire, dans les cas moins graves, reste ordinairement limitée aux grandes articulations.

Dans le rhumatisme articulaire aigu, toutes les articulations grandes et petites peuvent être successivement atteintes. Les articulations de la clavicule avec le sternum et l'acromion, les articulations de la mâchoire et celles de la colonne vertébrale peuvent être le siège de la douleur rhumatismale.

Le rhumatisme a donc une prédilection spéciale pour les jointures, mais en général ce sont les grandes articulations qui sont le plus souvent enva-

hies. Plusieurs fois, messieurs, je vous ai fait remarquer les caractères de l'arthrite rhumatismale. Au lit des malades, nous avons constaté que les articulations affectées étaient tuméfiées et douloureuses. La tuméfaction porte sur les tissus qui entourent l'articulation; mais elle est due surtout à l'épanchement intra-articulaire. On ne peut appliquer la main sur la jointure, ou imprimer quelque mouvement aux surfaces articulaires sans déterminer de très-vives douleurs. La main doucement appliquée sur les articulations malades constate une élévation de température très-notable. Rarement, autour des grandes articulations vous remarquerez de la rougeur, comme cela s'observe dans les arthrites d'une autre nature. Il existe dans le rhumatisme une fluxion blanche des tissus superficiels; cependant lorsque le poignet et la main, ainsi que le cou-de-pied et les petites articulations du pied sont envahis par le rhumatisme, la fluxion est rosée. Sur le trajet des nombreuses gaines tendineuses du poignet ou du cou-de-pied, on voit se dessiner des traînées rougeâtres qui témoignent de la part prise par les gaines tendineuses à la fluxion rhumatismale. Dans ces cas, le poignet et la main sont déformés; tous les doigts, immobiles, sont gonflés, écartés les uns des autres et ont la forme de gros fuseaux. La face dorsale de la main est arrondie; il y a là un véritable œdème aigu, et la main se continue sans ligne de démarcation avec l'avant-bras. Mêmes remarques peuvent être faites pour le pied, lorsqu'il est envahi par le rhumatisme en même temps que l'articulation tibio-tarsienne.

Lorsque la main et le pied sont le siège de la fluxion rhumatismale, la maladie peut y rester longtemps fixée, et l'on doit craindre alors que la tuméfaction articulaire ne devienne l'occasion d'une tumeur blanche. Cette autre complication ne s'observe guère que chez les scrofuleux ou les tuberculeux. Mais il est beaucoup plus fréquent de voir les petites articulations conserver une roideur très-grande, et qui ne peut disparaître qu'en imprimant chaque jour et plusieurs fois par jour de petits mouvements de flexion et d'extension aux doigts enraidis.

Lorsque les grandes jointures ont été seules le siège du rhumatisme, on constate ordinairement que la fluxion n'y persiste que quelques jours, trois, quatre à sept jours. Souvent la douleur, la fluxion et l'épanchement disparaissent d'un jour à l'autre, mais alors d'autres articulations sont prises. La matière rhumatismale, suivant l'expression de van Swieten, a une grande tendance à la migration, et il n'est pas rare de la voir envahir derechef des articulations qu'elle avait abandonnées, comme si, pour éteindre son action, il lui fallait se jeter successivement sur un plus ou moins grand nombre d'articulations, ou plusieurs fois sur les mêmes.

Le rhumatisme, en frappant les articulations, ne s'adresse guère qu'au tissu *fibro-séreux*, ainsi que le prouvent les examens nécroscopiques; encore ne laisse-t-il le plus souvent d'autre trace anatomique de son passage que l'épanchement synovial. Il résulte de cette tendance constante du

rhumatisme à se porter sur le tissu fibro-séreux des articulations que le rhumatisme peut quelquefois, *primitivement* ou *secondairement*, se porter sur le tissu fibro-séreux d'autres organes, et cette prédilection de la maladie pour ce tissu nous rend compte de ce que l'on appelle les métastases rhumatismales.

Plus tard nous reviendrons sur ces prétendues complications du rhumatisme. Mais d'abord je veux faire quelques remarques cliniques au sujet des manifestations rhumatismales sur le système vasculaire sanguin.

Vous connaissez, messieurs, les travaux importants de MM. Bertin et Bouillaud sur l'endocardite et la péricardite rhumatismales. Mon savant collègue à la Faculté¹ s'est attaché à démontrer la loi de coïncidence des inflammations du cœur avec le rhumatisme articulaire. Pour le célèbre professeur de la Charité, dans le rhumatisme articulaire aigu, violent, généralisé, la coïncidence d'une endocardite, d'une péricardite ou d'une endopéricardite, *est la règle, la loi*, et la non-coïncidence, l'exception. — Personne plus que moi, messieurs, n'est disposé à rendre justice aux travaux si considérables de M. le professeur Bouillaud, cependant il me faut avouer ici que l'étude attentive du cœur, dans un certain nombre de rhumatismes articulaires aigus, ne m'a pas permis de constater toujours les symptômes de l'endocardite, de la péricardite ou de l'endopéricardite. Plusieurs fois en effet, chez les rhumatisants qui avaient une fièvre vive, et dont plusieurs articulations étaient tuméfiées et douloureuses, il m'a été impossible par la percussion de constater la matité de l'épanchement, ni à l'auscultation les frottements superficiels de l'inflammation du péricarde. Même remarque doit être faite au sujet des symptômes de l'endocardite, car, dans bon nombre de rhumatismes aigus et multiarticulaires, je n'ai pu entendre les bruits de soufflet à la pointe du cœur; plus souvent, à la vérité, j'entendais un bruit de souffle à la base, mais ce souffle était doux, il se prolongeait avec le même caractère de douceur dans les vaisseaux du cou; de plus, les rhumatisants, vous le savez, sont tous profondément anémiques, et je ne pouvais me défendre de rattacher le bruit de souffle à l'anémie des malades. Je crois donc que la loi posée par M. Bouillaud, au sujet de la coïncidence des lésions cardiaques aiguës, n'est point aussi absolue que l'a prétendu mon savant collègue; mais je me hâte d'ajouter que dans grand nombre de cas, j'ai été assez heureux pour reconnaître toute la vérité de la loi de coïncidence qu'il a si bien établie.

Quoi qu'il en soit, messieurs, vous devrez toujours rechercher avec le plus grand soin les symptômes cardiaques, qui caractérisent les lésions aiguës du cœur dans le rhumatisme articulaire aigu, et souvent, je le répète, vous aurez l'occasion de confirmer par votre observation la loi de coïnci-

1. Bouillaud, *Traité clinique des maladies du cœur*, Paris, 1841. — *Traité clinique du rhumatisme articulaire*, Paris, 1840.

dence posée par M. Bouillaud¹; n'oubliez pas toutefois que cette coïncidence peut manquer dans le rhumatisme polyarthrique aigu.

La diathèse rhumatismale porte ses manifestations sur le tissu fibreux du cœur au même titre que le tissu fibreux articulaire. Et, de même que toutes les articulations ne sont point envahies par le rhumatisme, il peut se faire que dans un certain nombre de cas le cœur reste indemne. Il serait intéressant d'étudier la part que peuvent avoir les professions dans le siège des manifestations rhumatismales; et, s'il était permis, par un examen comparatif, d'établir que les professions qui entraînent une plus grande fatigue de certaines articulations sont celles aussi où les mêmes articulations sont le plus souvent affectées de rhumatisme, ne serait-on pas autorisé à leur accorder une étiologie déterminante locale? Même remarque pourrait probablement être faite pour le cœur, qui n'est point également impressionnable chez tous les rhumatisants. Qui ne sait que chez les hommes bien portants les émotions morales, les fatigues, vont au cœur, tandis que chez d'autres cet organe reste à l'abri de toutes les causes morales et physiques; chez les premiers la diathèse rhumatismale pourra pour ainsi dire frapper le cœur de préférence. A l'appui de ces considérations générales sur les localisations de la diathèse rhumatismale aiguë, je dois vous rappeler que dans nos conférences sur le rhumatisme cérébral, j'ai pris soin de vous démontrer que le rhumatisme portait ses manifestations sur les enveloppes du cerveau, surtout chez les hommes dont l'encéphale avait été antérieurement le siège de fluxions de causes variées. Dans les antécédents de nos malades, il nous avait été possible en effet de faire la part étiologique des fatigues intellectuelles, des chagrins, des excès alcooliques ou de certaines dispositions mentales antérieures qui témoignaient déjà d'une altération de l'organe de la pensée. Deux de nos malades avaient antérieurement donné des preuves d'aliénation mentale, un autre se livrait à l'abus des liqueurs alcooliques. De même certains malades à idiosyncrasie cardiaque congénitale ou acquise, seront plus que d'autres disposés à l'endocardite et à la péricardite.

Toutefois, messieurs, ces remarques doivent être faites avec réserve, et quelque confirmation que puisse un jour leur donner votre observation, n'oubliez pas que le rhumatisme frappe souvent le cœur et est souvent pour cet organe la cause première de ces lésions organiques auxquelles on donnait autrefois la dénomination complexe d'anévrysme du cœur, et dont nous désignons aujourd'hui les variétés par les noms de rétrécissement et d'insuffisance des orifices cardiaques.

Certes, les lésions valvulaires du cœur ont souvent pour cause pre-

¹ Bouillaud, *Traité clinique du rhumatisme articulaire et de la loi de coïncidence des inflammations du cœur avec cette maladie*, Paris, 1840.

mière un rhumatisme articulaire aigu; cependant la clinique vous apprendra encore qu'il peut exister des lésions des orifices mitral et aortique, sans qu'il soit possible de retrouver dans les antécédents des malades aucune manifestation articulaire de la diathèse rhumatismale. On peut affirmer que le rhumatisme fait souvent les maladies du cœur, mais il faut reconnaître aussi qu'il est des lésions cardiaques qui reconnaissent toute autre cause. Et, pour n'en citer qu'une, l'intoxication alcoolique, qui détermine des altérations de nutrition si remarquables dans les enveloppes fibreuses du foie et du cerveau, réclame certainement sa part dans l'étiologie des affections organiques du cœur. Cette étiologie, du reste, est déjà prouvée par la coïncidence si fréquente des lésions du cœur et de la cirrhose chez les buveurs d'alcool.

Comment donc agit le rhumatisme aigu sur le cœur? Le péricarde est une membrane fibreuse qui enveloppe le cœur de toutes parts et l'isole des organes voisins. Il se compose de deux portions: l'une, pariétale, libre, qui constitue la poche péricardique; l'autre, presque exclusivement séreuse, dite viscérale, parce qu'elle recouvre le cœur, est étroitement unie à la surface de cet organe. Le feuillet séreux des portions pariétales et viscérales est composé de cellules épithéliales qui reposent sur du tissu conjonctif. La couche épithéliale est privée de vaisseaux et est entretenue aux dépens des infiltrations du plasma fourni par les vaisseaux plus profondément situés. Lorsqu'il y a fluxion rhumatismale sur le cœur, des modifications de nutrition deviennent manifestes. Les vaisseaux capillaires qui rampent dans le tissu conjonctif deviennent plus nombreux, et le plasma, qu'ils laissent transsuder à travers leurs parois, ne fournit plus des cellules épithéliales normales, le tissu conjonctif s'infiltré d'éléments nouveaux et de graisse. Alors la surface séreuse perd son poli habituel, la membrane elle-même s'épaissit et il se dépose à la surface des produits nouveaux, des pseudo-membranes qui revêtent des formes variées et pourront présenter tous les caractères des néomembranes. La membrane qui tapisse les cavités du cœur est, de même que le péricarde, composée de tissu conjonctif et de tissu séreux; la fluxion rhumatismale y détermine des lésions analogues aux lésions du péricarde. Toutefois les modifications de nutrition, provoquées par le rhumatisme, sont surtout remarquables sur les replis de l'endocarde qui constituent les valvules aortique et mitrale. Non-seulement la séreuse de ces valvules perd son poli, mais elle devient souvent le siège de dépôts fibrineux et de cellules conjonctives qui affectent l'aspect de granulations éparses ou réunies, mûriformes. D'autre fois, les valvules épaissies deviennent le siège de dépôts calcaires. Ces dépôts, ainsi que le montre l'analyse chimique, sont composés de carbonates de chaux et de soude. Ces transformations du tissu organique primitif sont la conséquence de la modification du plasma, et l'on trouve, vous le savez, des transfor-

mations analogues dans les plèvres et sur le feuillet séreux de la dure-mère.

Les valvules, lorsqu'elles sont ainsi altérées, présentent des déformations qui rétrécissent les orifices cardiaques et empêchent le jeu normal de leurs valves. Il est d'autres lésions des valvules caractérisées par des athéromes ou par une injection vasculaire dont la conséquence peut être un véritable travail ulcératif. Nous reviendrons sur ces ulcérations de l'endocarde à la fin de cette conférence.

Lorsque les articulations ont été le siège de la fluxion rhumatismale, elles peuvent recouvrer, après un temps variable, l'intégrité de leurs fonctions; il n'en est plus de même de l'endocarde : les lésions, quelque légères qu'elles aient été, sont indélébiles, et la lésion fera le plus souvent de continuel progrès. Il convient cependant de faire remarquer que ces progrès peuvent être très-lents et n'entraînent pas nécessairement et immédiatement de grands troubles de la fonction cardiaque. Les valves épaissies peuvent en effet conserver assez de souplesse pour demeurer des soupapes parfaites qui, en se relevant et en s'abaissant régulièrement, livreront au courant sanguin un libre passage et empêcheront son retour dans les cavités cardiaques.

La fonction ne sera point lésée, et cependant, pour peu que les valves n'aient plus leur épaisseur et leur poli normaux, une oreille attentive pourra percevoir des bruits de souffle qui n'existent pas dans l'état d'intégrité de l'appareil valvulaire.

Les modifications de structure des valvules peuvent rester très-légères pendant de longues années; d'autres fois la nutrition des valvules a été tellement modifiée par le fait du rhumatisme, que la lésion ira toujours croissant et donnera à l'oreille des bruits de souffle rudes et râpeux. Cependant la fonction circulatoire peut ne pas paraître gravement altérée, parce qu'en même temps que les orifices cardiaques se rétrécissent, en même temps que les valvules deviennent insuffisantes, le muscle cardiaque redouble d'efforts pour vaincre les rétrécissements des orifices et pour lutter contre les insuffisances des valvules. Il se fait alors une hypertrophie *physiologique* du cœur. Mais tôt ou tard ce muscle, à bout d'efforts, devient impuissant à vaincre des obstacles toujours croissants. C'est à partir de ce moment que le médecin constate tous les symptômes généraux des maladies chroniques du cœur. N'allez pas croire, messieurs, que le cœur abandonne si vite la lutte. L'observation clinique vous apprendra que le désordre dans les battements de cet organe peut disparaître, et que, pour un temps variable, il recouvrera une puissance énergique, surtout si quelque crise du côté de l'intestin, ou le plus souvent du côté des reins, vient à décharger le système vasculaire et le tissu cellulaire du poids des hydropisies. Que de fois vous pourrez prolonger la vie de ces malades en provoquant une abondante diu-

rése, et en rendant ainsi au muscle cardiaque une partie de sa puissance!

Dans l'immense majorité des cas, l'endocarde s'affecte après les articulations; mais il arrive parfois, et d'une façon tout exceptionnelle, que la phrase symptomatique est renversée, et que la loi de M. Bouillaud se trouve vérifiée en sens inverse, c'est-à-dire que le rhumatisme frappe d'abord l'endocarde, puis les articulations. Nous avons eu trois exemples de ce fait dans le cours de l'année 1864. Un jeune homme entra dans notre salle Sainte-Agnès avec une fièvre vive, un grand malaise général, et le seul symptôme local qui pût indiquer une détermination morbide était un bruit de souffle assez intense à la pointe du cœur. S'il eût été entendu à la base, nous eussions pu l'attribuer à de l'anémie, tandis que nous n'hésitâmes pas à le rattacher à une endocardite. Au bout de quatre jours, les genoux se tuméfièrent et devinrent douloureux, puis il en fut ainsi des épaules; et enfin ce jeune homme eut tous les symptômes d'un rhumatisme multiarticulaire aigu de moyenne intensité. Il guérit, mais quitta nos salles, conservant un bruit de souffle dont la rudesse toute caractéristique nous prouvait assez et l'exactitude de notre diagnostic quant à la maladie aiguë antérieure, et l'existence actuelle d'un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche avec insuffisance de la valvule mitrale. Le second cas est celui d'une femme que vous avez pu voir couchée au n° 11 de la salle Saint-Bernard.

Cette femme, âgée de trente-huit ans, n'avait jamais eu d'arthrite rhumatismale, quand pour la première fois, il y a trois ans, elle éprouva des palpitations; en même temps elle avait une petite toux assez fréquente, avec oppression et sans hémoptysie. Les troubles cardiaques devinrent tels à la longue, que la malade se décida à entrer, il y a un an, à la Charité, dans le service de M. Bouillaud. Il constata alors l'existence d'une affection cardiaque, et la traita par une énergique médication. J'insiste sur ce fait, parce qu'il vous démontre que les signes dont je vais vous parler avaient été observés par M. Bouillaud et que, comme moi, il les avait attribués à une lésion de l'endocarde.

Voici maintenant quelle était l'affection pour laquelle la malade entra dans mon service : quinze jours auparavant, elle, *qui n'avait jamais eu de douleurs dans les articulations*, éprouva une vive souffrance dans le genou gauche avec tuméfaction, rougeur et impossibilité de marcher. A son entrée, le genou n'était plus douloureux, mais il y avait de la tuméfaction avec rougeur et douleur au niveau des articulations du tarse et le long des gaines synoviales du pied gauche et du pouce gauche.

Nous examinons alors le cœur et nous percevons un bruit de *souffle très-fort, râpeux*, au premier temps du cœur et à la pointe; souffle qui n'existe pas à la base et ne se propage pas dans l'aorte. En même temps nous trouvons le pouls petit et extrêmement irrégulier. Le cœur a nota-

blement augmenté de volume. Le foie est également très-volumineux, il a 15 centimètres sur la ligne mamelonnaire. La respiration est pure partout, et il n'y a pas d'engouement pulmonaire, malgré la toux.

L'intensité et la rudesse du bruit de souffle, son maximum d'intensité à la pointe, la petitesse et l'irrégularité du pouls, tout concourt à nous faire diagnostiquer une affection du cœur, et nous croyons à l'existence d'un rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche avec insuffisance de la valvule mitrale. La congestion hépatique vient à l'appui de ce diagnostic, enfin le diagnostic antérieur de M. Bouillaud le confirme.

Les accidents arthritiques avaient disparu le 21 juillet, bien que l'état du pouls et celui du cœur fussent restés les mêmes; mais le 22, les articulations du coude et celles des métacarpes avec les phalanges de la main droite se prenaient. Trois jours après, la cuisse droite était à son tour douloureuse. Le 2 août, c'était le pouce gauche seul qui faisait souffrir la malade. Enfin le 12 celle-ci sortait, ne souffrant plus de nulle part, mais ayant toujours un souffle intense et râpeux à la pointe du cœur.

Il est évident pour moi que cette femme a une maladie organique du cœur; que cette maladie a eu pour point de départ une endocardite; que cette endocardite, de date très-ancienne déjà, a été latente, et qu'enfin elle est de nature rhumatismale ainsi que le prouve l'arthrite que vous avez observée. Ce que je veux surtout vous faire remarquer, c'est la préexistence des manifestations cardiaques relativement aux manifestations articulaires.

Le fait n'est peut-être pas aussi rare qu'on pourrait le croire, attendu qu'à la même époque je voyais en consultation une jeune dame de Brest qui avait pour la première fois un rhumatisme articulaire subaigu, et qui, précédemment, avait eu deux pleurésies; or, chez cette jeune malade, je constatais l'existence d'un *bruit de souffle double* en même temps que *superficiel* à la base du cœur, et *simple* en même temps que *râpeux* à la pointe de cet organe. Je n'hésitai pas à attribuer le premier de ces bruits au frottement de fausses membranes déjà anciennes et dues à une péricardite antérieure; je n'hésitai pas davantage à rapporter le bruit de souffle à la pointe et du premier temps du cœur à une lésion organique consécutive à une endocardite. Enfin, je me crus suffisamment autorisé, par le fait de l'existence du rhumatisme actuel, à rattacher tout à la fois les deux pleurésies, la péricardite et l'endocardite, à une même cause, à savoir, la diathèse rhumatismale.

Ainsi, messieurs, *les affections rhumatismales des membranes séreuses viscérales peuvent précéder celles des membranes séreuses articulaires.*

Voici maintenant un cas où nous avons observé nous-même l'endocardite sans les manifestations arthritiques consécutives. C'est chez cette jeune femme de vingt-six ans que vous avez pu voir couchée au n° 30 de notre

salle Saint-Bernard. Elle entra chez nous le 9 février, avec une dyspnée excessive, qui datait de deux jours et avait commencé par un frisson. La respiration était très-fréquente, et cependant il n'y avait que 92 pulsations. On ne trouvait rien d'appréciable dans les poumons; mais à la pointe du cœur on percevait un bruit de souffle rude et intense. Évidemment il existait une endocardite avec un symptôme peu habituel, la dyspnée. Quatre jours plus tard le pouls était à 112 et la respiration à 60. Ce n'est que dix-huit jours après son entrée, que cette malade éprouva une vive douleur à la pointe du cœur, avec irradiation à tout l'épigastre. Les apophyses épineuses des quatrième, cinquième et sixième vertèbres dorsales ne devinrent douloureuses que quatre jours plus tard. Pendant toute la durée de son séjour dans nos salles, cette malade n'eut aucune souffrance dans les articulations, et elle quitta l'hôpital n'ayant plus aucun trouble fonctionnel, mais conservant un bruit de souffle à la pointe du cœur.

Ainsi cette jeune femme robuste, et qui n'avait jamais eu de rhumatisme articulaire, est prise tout à coup, dans un bon état de santé, d'un frisson initial et tel qu'on en éprouve au début d'une phlegmasie. Puis survient de la dyspnée sans douleur de côté, et cette dyspnée, avec fièvre, persiste un assez long temps avant que la douleur apparaisse. Cette douleur, de nature inflammatoire, devint à son tour la cause occasionnelle du développement d'une névralgie intercostale avec épigastralgie. Et ce qui prouve bien que la douleur fut primitivement d'origine purement inflammatoire, c'est que les points douloureux apophysaires, caractéristiques des névralgies, n'apparurent qu'assez tard après la douleur de côté. Quant à l'existence d'une endocardite, elle ne fut pas seulement évidente par le fait du bruit de souffle à la pointe, mais aussi parce que ce souffle était rude et persista malheureusement alors que tous les autres symptômes avaient disparu. Cette femme conserve une lésion organique qui doit tôt ou tard faire sentir ses funestes effets.

Je veux maintenant, messieurs, vous entretenir d'une connexion qui existe entre l'érysipèle et le rhumatisme. Il n'y a pas seulement analogie morbide entre ces deux affections qui n'ont d'inflammatoire que l'apparence, il y a corrélation. Elles n'ont pas seulement le même génie migrateur, elles peuvent se remplacer l'une l'autre, et, par exemple, le rhumatisme peut succéder à l'érysipèle. Nous avons actuellement une épidémie simultanée d'érysipèle et de rhumatisme, eh bien! voici qu'une jeune fille, couchée au n° 8 de la salle Saint-Bernard, et qui était convalescente d'un érysipèle grave de la face, est prise tout à coup de douleurs rhumatismales. Cette malade, âgée de vingt-deux ans, a déjà eu, dit-elle, des érysipèles très-fréquents. La convalescence de celui dont nous la traitons ne s'établissait pas franchement, elle avait un vague malaise et un peu de fièvre le soir. Au bout de deux jours de cet état indécis, elle éprouva dans la soirée une recrudescence de sa fièvre et une douleur vive

dans les genoux. Le lendemain, les articulations étaient tuméfiées. Deux jours plus tard, il y avait un bruit de souffle à la base du cœur et au premier temps; non pas un souffle doux et dû à l'anémie, mais un souffle rude et évidemment endocardique. Après les genoux, les coudes, puis les poignets et les doigts se prirent; puis ce fut le tour des chevilles et des orteils. Actuellement la jeune malade est dans un état vraiment grave: elle a le soir près de 120 pulsations, ses douleurs sont cruelles; l'appétit fait absolument défaut, et depuis onze jours que le rhumatisme a fait explosion nous n'avons absolument rien obtenu.

Il m'est impossible de ne pas rapprocher un instant ce que nous observons ici après l'érysipèle, de ce qui se voit si souvent après la scarlatine et plus rarement, il est vrai, après l'érythème noueux. Je vous ai dit combien il était fréquent de voir apparaître le rhumatisme articulaire aigu et même la péricardite ou l'endocardite dans la convalescence de la scarlatine. Or, l'érysipèle, affection dans laquelle la peau est intéressée comme dans la scarlatine, l'érysipèle, qui présente bien plus d'affinités avec les fièvres qu'avec les phlegmasies, possède comme la scarlatine et l'érythème noueux de la tendance à être suivi de rhumatisme avec endocardite.

Vous vous rappelez sans doute ce que je vous ai dit des relations de la chorée et du rhumatisme. Vous savez que des causes prédisposantes de la chorée, le rhumatisme est une des plus puissantes. Dans le plus grand nombre de faits cités à l'appui de cette loi de corrélation, le rhumatisme précède de plus ou moins longtemps l'apparition de la chorée. Cependant j'ai pu réciproquement annoncer quelquefois la venue plus ou moins prochaine du rhumatisme articulaire chez des enfants qu'on m'amenait atteints de chorée; et l'événement justifiait ma fâcheuse prédiction. Poussez maintenant l'induction à ses dernières limites, et pensez que puisque la chorée, affection rhumatismale, peut précéder l'arthrite de même nature, elle peut tout aussi bien, et par les mêmes raisons diathésiques, précéder ou accompagner l'endocardite. Ce que l'induction la plus légitime vous porte à conclure, la clinique vient le confirmer. Vous voyiez récemment dans notre salle Saint-Bernard, au n° 25, une jeune fille de seize ans, atteinte pour la première fois de chorée. Cette maladie datait de huit jours au moment de l'entrée à l'hôpital. Mais il y avait eu trois semaines environ de malaise, avec fièvre légère, absence d'appétit et de sommeil. Puis au bout de peu de jours, la malade avait éprouvé une légère douleur au cœur, sans palpitation ni dyspnée. A aucun moment, il n'y avait eu de douleurs articulaires, et jamais non plus cette jeune fille n'en avait éprouvé. La chorée est de moyenne intensité, avec prédominance à gauche, anesthésie et faiblesse notable de tout ce côté. Guidé par l'analogie, j'auscultai le cœur avec grand soin, et il ne me fut pas difficile d'entendre un bruit de souffle intense, un peu rude déjà à la

pointe du cœur. Ainsi cette malade a une endocardite en même temps que sa chorée; le rhumatisme, au lieu de frapper les articulations, a frappé ici l'endocarde, et la loi de corrélation se trouve une fois de plus, bien qu'indirectement, confirmée. Ce fait est d'accord avec l'observation personnelle de M. le docteur H. Roger. Dans ses leçons cliniques à l'hôpital des Enfants, ce judicieux observateur a dit que dans le quart au moins des cas de chorée qu'il a observés, il y avait des complications du côté du cœur, avec ou sans rhumatisme antérieur ou consécutif à la chorée.

Il semblerait que puisque la tunique interne du cœur est si fréquemment affectée dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, celle des artères et des veines, identique dans sa structure comme dans ses fonctions, dût posséder les mêmes affinités morbides et être aussi souvent intéressée que l'endocarde. Rien n'est pourtant moins exact. L'artérite et la phlébite rhumatismales sont infiniment rares. M. Bouillaud dit bien que l'on peut observer des phlébites dans le cours du rhumatisme, mais il n'en cite aucun cas; et il est assez facile de voir qu'il est plutôt guidé par l'analogie que par l'observation. Il nous a été donné cependant d'observer un de ces cas exceptionnels; c'est celui du malade que vous avez vu couché au n° 16 de la salle Sainte-Agnès.

Cet homme, âgé de trente-six ans, est pâle, débile; sa peau est blanche et fine. Il a l'habitude de boire avec excès et surtout de l'eau-de-vie. Il entre à l'hôpital le 11 mars 1864, avec un gonflement des genoux et du coude droit. Ce gonflement douloureux existe depuis quatre jours, il a débuté à la suite d'un mouvement fébrile assez intense. Le diagnostic ne saurait être douteux; c'est d'un rhumatisme articulaire qu'il s'agit. Le malade n'en a jamais eu d'autre atteinte.

La fièvre est modérée, l'état général peu inquiétant. Les deux genoux, le coude, le poignet et l'épaule droits sont gonflés et très-douloureux. Il n'y a pas de souffle au cœur, ni de bruit anormal d'aucune sorte. La respiration s'accomplit régulièrement et le murmure respiratoire est partout entendu.

Une chose nous a frappé dans le récit que nous a fait le malade, c'est que, le jour même du début de l'affection, il a éprouvé une douleur vive dans l'épaisseur du mollet droit, et que le lendemain il a ressenti une douleur analogue dans le mollet gauche. Les mollets sont en effet tendus, comme gonflés, durs, et la pression en est très-pénible; mais la douleur est surtout produite par une pression exercée sur le trajet des veines saphènes, qui se dessinent sous la peau comme deux cordons indurés. La souffrance est aussi fort vive au point d'élection de la douleur dans la *phlegmatia alba dolens*, c'est-à-dire à la partie postérieure du mollet.

Il ne nous parut pas que ce fussent là les indices d'un rhumatisme musculaire, et l'idée d'une inflammation des veines profondes du mollet