

nous vint d'autant plus naturellement à l'esprit, que l'induration douloureuse des saphènes indiquait une altération de ces canaux veineux; mais comme il n'y avait pas d'œdème, nous résolûmes d'attendre avant de nous prononcer sur l'existence d'une endophlébite.

Six jours plus tard, le 18, l'état des jambes est resté le même, mais les pieds sont notablement tuméfiés. Depuis cinq jours, le bras gauche est gonflé, et il présente dans toute l'étendue de sa partie interne la teinte jaunâtre de l'ecchymose; la pression au niveau du biceps est très-douloureuse, et l'on sent dans l'aisselle un cordon dur, douloureux, évidemment formé par la veine axillaire oblitérée. Il y a cela de remarquable que le bras est très-tuméfié, que l'avant-bras l'est beaucoup moins et que la main l'est à peine. Il y a encore un épanchement assez abondant dans l'articulation des deux genoux, qui sont, relativement aux jambes, très-peu douloureux. L'articulation radio-carpienne qui a été affectée, est complètement débarrassée.

Il n'y a pas de souffle au cœur.

Le lendemain, le mollet droit a encore augmenté de volume; il a 30 centimètres de circonférence dans son plus grand diamètre. Celui du côté gauche, également tuméfié, n'a que 6 centimètres. Les veines superficielles se sont prises à leur tour, elles ont perdu leur souplesse, et sont douloureuses au toucher. Les bras vont beaucoup mieux, le bras gauche présente toujours de larges taches ecchymotiques.

Il n'y a pas de fièvre, pas de chaleur ni de sueur. L'auscultation la plus attentive ne révèle l'existence au cœur d'aucun bruit anormal.

Il est donc évident que chez ce rhumatisant il n'y a pas d'endocardite, mais qu'il est atteint de phlébites multiples; c'est-à-dire que la diathèse, au lieu de frapper l'endocarde, affecte la tunique interne des veines et qu'il y a une *endophlébite*.

Le 19, le malade éprouve de la céphalalgie, il voit des mouches volantes; la douleur qui siège sur la ligne médiane de la tête, le long du sinus longitudinal supérieur, nous fait penser qu'un travail phlegmasique avec oblitération consécutive s'effectue dans ce canal veineux, et nous nous attendons à des accidents cérébraux redoutables; cependant la céphalalgie et les troubles de la vision durent pendant trois jours, puis cessent, sans que nos prévisions soient justifiées.

Le 21, les deux veines fémorales, dans toute leur étendue; les deux veines humérales, depuis le pli du coude jusque dans l'aisselle, sont complètement indurées et très-peu douloureuses. Aux membres inférieurs, les veines satellites de la saphène interne, et cette veine elle-même, sont dures et douloureuses. Ainsi, les troncs veineux principaux des quatre membres et quelques-unes des veines superficielles sont oblitérées, et il en résulte un œdème des quatre membres. Le 22, on constate une nouvelle oblitération douloureuse avec rougeur superficielle, au tiers externe et

inférieur de l'avant-bras gauche. Du 23 au 26, les veines superficielles de l'avant-bras se prennent successivement; il en est ainsi des veines superficielles des jambes. Pour bien étudier la marche de la phlébite, mon chef de clinique, M. Peter, emploie le moyen suivant: Il trace avec le nitrate d'argent des lignes suivant les contours des veines superficielles qui sont manifestement rouges, de manière qu'on puisse voir ce qu'elles deviendront les jours suivants. Au moment de l'expérience, ces veines, qui étaient rouges et douloureuses au toucher, étaient encore parfaitement perméables et pouvaient être vidées par la pression. Deux jours après l'expérience, elles présentaient un relief considérable, étaient dures, ne se laissaient plus vider par la compression, étaient moins rouges, bien que toujours à peu près aussi douloureuses. Ainsi, la rougeur et la douleur avaient précédé l'oblitération du vaisseau; par conséquent l'affection de la paroi veineuse avait précédé la coagulation du sang, par conséquent aussi il y avait phlébite, et cette phlébite n'était pas causée par l'irradiation due au contact du coagulum, mais avait au contraire provoqué la formation de celui-ci.

Je n'insiste pas sur les alternatives d'augmentation et de diminution de l'œdème, tenant à la difficulté plus ou moins considérable de la circulation veineuse, je préfère attirer votre attention sur un phénomène nouveau et des plus insolites: je veux parler de l'apparition, le 30 mars, vingt-troisième jour de la maladie, de pétéchies sur toute la cuisse gauche. A ce moment il y avait eu recrudescence des douleurs dans le membre, dont les mouvements étaient devenus impossibles; la température, loin d'y être augmentée, y paraissait plus basse; la fièvre avait reparu, modérée toutefois, le pouls étant à 92 le matin et à 100 le soir, mais il était petit, misérable. L'état général semblait des plus graves, et le malade poussait des gémissements continuels.

Le lendemain, l'œdème avait gagné le scrotum et la partie inférieure de l'abdomen. Le jour suivant, la base de la poitrine était elle-même œdématisée, et la veine mammaire externe était douloureuse dans toute son étendue.

Le 3 avril, vingt-septième jour de la maladie, l'œdème de l'abdomen et du thorax augmentait encore, mais la fièvre cessait. Ce jour-là on voyait naître sur la face dorsale du pied gauche, qui était énormément tuméfié, une large ecchymose. Les jours suivants, des phlyctènes apparaissaient au niveau de cette ecchymose; il se produisait une éruption de pétéchies sur le genou et la cuisse droite, éruption accompagnée d'une vive douleur; puis les membres inférieurs furent presque entièrement couverts de pétéchies.

Enfin, vers les derniers jours d'avril, toute la peau de la face dorsale du pied gauche était sphacélée, celle de la partie correspondante du pied droit ne l'était qu'en partie; aux deux mollets la peau s'ulcérât largement; il en était ainsi de la peau du scrotum et du prépuce.

Cependant nous faisons constater aux élèves qui suivent la visite que les veines radiales et cubitales indurées diminuaient peu à peu de volume, et qu'il en était ainsi de la plupart des veines superficielles des membres inférieurs. Nous leur prédisions le retour prochain de la perméabilité et de la circulation dans ces veines, avant que les principaux troncs fussent eux-mêmes rendus à la circulation; et c'est ce qui arriva. Il se passa un bien longtemps pour que ces derniers redevinssent perméables. En effet, à la fin du mois de juin, quatre mois après le début de l'affection, les veines axillaires étaient encore indurées, et, bien que la douleur eût depuis longtemps disparu, on ne pouvait pas supposer qu'elles fussent rendues à la circulation. Ce n'est que dans le milieu de juillet que les gros troncs veineux cessèrent d'être oblitérés.

Mais les pertes de substance des pieds et des jambes dégénérèrent en ulcères de mauvaise nature; ulcères sordides qui saignaient au moindre contact et dont la cicatrisation se fit attendre jusqu'au milieu de septembre; et encore à cette époque, six mois après le début des accidents de phlébite, l'ulcère du mollet gauche n'était-il pas encore complètement cicatrisé.

Il était difficile de voir un sujet plus profondément anémique; cependant toutes les fonctions s'accomplissaient assez bien: la fièvre avait disparu vers la fin du premier mois de la maladie, les fonctions du cœur étaient intactes, la respiration se faisait bien, l'appétit était assez vif et les digestions parfaites. Il n'y avait pas d'albuminurie ni de diarrhée. C'est à cette conservation des fonctions plastiques que cet homme dut de résister aux redoutables accidents locaux qu'il éprouva.

Enfin il quitta l'hôpital dans le milieu de septembre avec un œdème persistant du mollet gauche et une cicatrisation incomplète de l'ulcère de cette jambe. Nous pensâmes que le séjour à Vincennes achèverait une guérison difficilement obtenue à l'hôpital.

Nous avons surtout insisté dans le traitement sur l'administration du sulfate de quinine et des toniques; nous avons toujours alimenté le malade, et nous lui avons fait prendre pendant longtemps du vin diurétique.

Si nous analysons maintenant la série d'actes morbides qui s'accomplirent chez ce malade, nous voyons l'affection rhumatismale frapper presque simultanément les articulations et la tunique interne des veines en respectant l'endocarde, de sorte qu'ici l'endophlébite a remplacé l'endocardite. C'est déjà un premier fait assez insolite, bien que l'analogie histologique rende bien compte ici de l'analogie morbide.

La phlébite produisit ses conséquences habituelles, l'oblitération; mais l'oblitération, qui fut considérable, entraîna un résultat inattendu, la production de pétéchies et d'ecchymoses, et un accident peu commun en pareil cas, le sphacèle.

Vous savez que le rhumatisme articulaire est l'affection dans laquelle le

chiffre de la fibrine est le plus élevé; vous savez aussi qu'un tel état du sang ne prédispose guère aux hémorrhagies; ne peut-on donc pas admettre qu'ici les pétéchies et les ecchymoses tinrent en grande partie à ce que les oblitérations veineuses étant multiples, et le sang continuant néanmoins à affluer dans les capillaires, ceux-ci se trouvaient distendus outre mesure (puisqu'ils recevaient toujours du sang artériel qu'ils ne pouvaient transmettre aux veines, oblitérées pour la plupart), et qu'ils finissaient par se rompre en produisant ici des pétéchies et là des ecchymoses? Ainsi s'expliqueraient la production des hémorrhagies au niveau des points où l'œdème était le plus considérable, et la douleur qui accompagnait ces hémorrhagies.

Quant au sphacèle, si rare dans les oblitérations veineuses, il résulte évidemment de l'extrême distension des tissus, et probablement aussi des troubles de la nutrition interstitielle dans des points où la circulation veineuse était presque complètement suspendue par l'oblitération des veines profondes et superficielles.

La marche des phlébites multiples présenta des particularités qu'il importe de signaler. Ainsi l'inflammation procéda des gros troncs vers les rameaux. Ce furent d'abord les veines profondes des mollets et des bras qui furent douloureuses, et en même temps on voyait l'œdème procéder de la racine des membres vers leur extrémité terminale. La résolution, au contraire, et la désoblitération s'effectuèrent des rameaux vers les troncs. Nous avons pu voir peu à peu les veines superficielles indurées diminuer de volume, puis redevenir perméables, et la circulation collatérale se rétablir ainsi lentement. L'œdème symptomatique disparut beaucoup plus vite dans les membres supérieurs que dans les inférieurs, et dans ceux-ci la cuisse se dégonfla longtemps avant le mollet et le pied. A l'époque même où le malade quitta l'hôpital, le pied et le mollet conservaient un empatement diffus.

Durant plus d'un mois la circulation fut presque complètement suspendue dans les quatre membres, et l'on peut penser combien la nutrition interstitielle devait être entravée par le fait même de cet arrêt de la circulation locale. Pendant tout ce temps le malade n'avait guère de perméabilité que les grosses veines du tronc et de l'abdomen, ainsi que celles de la tête, et il était comme amputé des quatre membres au point de vue de la circulation veineuse. Un moment nous eûmes la crainte que les sinus du crâne ne se prissent à leur tour; nous croyons même que le sinus longitudinal supérieur fut oblitéré au moment où ce malade souffrit le long de la suture sagittale; heureusement pour lui qu'il n'en fut pas de ses sinus comme des veines de ses membres, car on comprend ce qu'un tel accident eût eu de fâcheux pour le cerveau, et quelles conséquences en eussent découlé pour le malade. Il est bien remarquable aussi qu'avec de telles causes d'embolies, cet homme n'ait rien eu du côté des poumons.

Je ne veux pas, en terminant la narration de ce fait, ne pas discuter brièvement les deux hypothèses qu'on peut se poser ici comme en présence de toute oblitération veineuse. L'oblitération a-t-elle été primitive et la coagulation du sang a-t-elle déterminé l'irritation de la veine? ou bien l'oblitération a-t-elle été consécutive et l'irritation de la veine a-t-elle causé la coagulation du sang? En faveur de la première hypothèse, on peut invoquer l'existence dans le rhumatisme d'une augmentation considérable du chiffre de la fibrine, et cette *hyperinose* rendrait assez bien compte de la coagulation spontanée du sang aux points les plus extrêmes de la circulation, là où elle est le plus ralentie, c'est-à-dire dans les membres. Mais l'expérience très-simple faite par M. Peter a démontré que la rougeur et la douleur de la veine ont précédé son oblitération, et que, par conséquent, c'est bien par les parois veineuses que l'affection a commencé, de sorte que c'est consécutivement à la maladie de la veine que le sang s'est coagulé. Il est donc bien évident que notre malade a eu des *phlébites*, et que ces phlébites ont été *rhumatismales*; la multiplicité même des veines affectées indique assez l'existence d'une diathèse frappant non point isolément, mais sur tout un système. Seule, une affection générale était capable de produire des lésions tellement étendues et tellement symétriques.

Cela dit sur les singularités cliniques du rhumatisme articulaire aigu, revenons à ses complications les plus habituelles. Le rhumatisme aigu fait donc les maladies du cœur, aussi devrez-vous vous attacher à conjurer le séjour de la fluxion rhumatismale sur la séreuse cardiaque. La médication révulsive est assurément le meilleur moyen dont nous puissions disposer. En même temps, vous devrez recommander aux malades toutes les précautions hygiéniques pour que le rhumatisme n'abandonne point les articulations; vous ferez appliquer sur la région du cœur des ventouses scarifiées, ou mieux encore des irritants de la peau, sinapismes, vésicatoires, qui diminueront la fluxion vers le cœur lui-même. Je n'aime guère les théories en thérapeutique, aussi ne dois-je point tenir à la théorie de la révulsion; mais ce que je sais, et ce que tous les cliniciens ont constaté, c'est que l'application des révulsifs sur la région du cœur calme, puis fait disparaître souvent les douleurs, les palpitations, et que le cœur ne tarde pas à recouvrer la régularité de ses battements. En même temps, vous devez faire le traitement général de la maladie, traitement qui varie suivant les constitutions médicales et individuelles, et qui réclamera soit l'emploi des saignées, des purgatifs, des alcalins à haute dose, soit l'administration du sulfate de quinine, de l'aconit ou de la digitale.

Comment des médicaments si variés peuvent-ils tendre vers le même but, la guérison de la maladie? Une maladie aussi nettement caractérisée que le rhumatisme ne devrait avoir qu'un remède, mais ce remède spécifique n'est point à notre disposition. Lorsqu'on a vieilli dans la pratique de l'art médical on est conduit à accepter, avec Sydenham, Boerhaave et

Stoll, que le rhumatisme aigu est une pyrexie spéciale qui exige certaines conditions individuelles et atmosphériques pour se manifester. Cette pyrexie offre plusieurs éléments caractéristiques. Vous ne l'observerez que chez certains individus, dans certaines familles; elle a son siège d'élection anatomique dans le tissu fibro-séreux, elle donne au sujet qui est frappé un aspect particulier; l'élément inflammatoire ne saurait être nié par aucun clinicien; l'analyse chimique nous démontre que le sang est chargé de fibrine, mais il renferme un autre élément morbide dont nous ignorons la nature, et dont l'existence nous est seulement révélée par des manifestations morbides constantes. Encore est-il que ces manifestations sont le plus souvent passagères et ne laissent ordinairement aucune trace de leur passage, *si ce n'est sur le cœur*.

Le rhumatisme est essentiellement migrateur; s'il frappe constamment le tissu fibro-séreux en divers organes, il abandonne une articulation pour en frapper une autre, et souvent revenir à l'articulation primitivement frappée. De plus, il peut envahir des organes dont les fonctions ne sauraient être troublées un certain temps sans entraîner la mort: l'examen nécroscopique ne nous dévoile dans ces organes aucune lésion qui nous rende compte de la terminaison funeste. Aussi les anciens, qui avaient bien étudié le rhumatisme, voyaient-ils dans cette maladie une matière fluide qui parcourait tout l'organisme et prenait droit de domicile passager sur différents organes.

L'indication pour eux était nettement marquée, et c'est un chapitre bien intéressant à lire que celui où van Swieten commente l'aphorisme 1493 de son maître Boerhaave. Il fallait, suivant cet habile observateur, à tout prix éliminer la matière morbide, et comme elle circulait dans les humeurs, il fallait quelquefois ouvrir la veine et donner une libre et abondante sortie au liquide sanguin; c'était mettre dehors une grande partie de la matière rhumatismale. Mais van Swieten recommande de ne point abuser de ce moyen, parce qu'il ne pourrait être longtemps employé sans menace de syncopes et de convulsions. Les purgatifs et les sudorifiques sont aussi recommandés par l'illustre professeur de l'université de Vienne, toujours afin d'éliminer par quelque émonctoire naturel la matière morbifique.

Cette matière morbifique, en circulation avec les humeurs normales de l'économie, pouvait être déposée sur les viscères après avoir abandonné les articulations. De là devait naître la théorie des métastases, c'est-à-dire du déplacement de la matière qui faisait la maladie en un point quelconque de l'organisme. Aussi, lorsque les anciens auteurs voyaient la douleur articulaire disparaître en même temps que le malade se plaignait de dyspnée, d'oppression et de toux, ils n'hésitaient pas à affirmer que la matière rhumatismale s'était portée sur les poumons ou sur les plèvres. Van Swieten nous apprend que plusieurs fois, en semblable circonstance, l'autopsie avait démontré qu'il existait une hydropisie de poitrine ou un

engorgement pulmonaire. Même remarque clinique était faite pour les accidents cérébraux qui survenaient dans le cours du rhumatisme, et dans ces cas on avait constaté l'existence d'un épanchement séreux autour du cerveau et dans les cavités ventriculaires.

Il faut donc reconnaître que, vers le milieu du siècle dernier, la maladie rhumatismale avait été parfaitement étudiée dans ses diverses manifestations. Aussi les différents travaux qui ont été publiés dans ces dernières années sur le rhumatisme viscéral, et en particulier sur le rhumatisme cérébral, n'ont-ils eu d'autre mérite que d'appeler de nouveau l'attention du monde médical sur les manifestations secondaires du rhumatisme.

Il arrive quelquefois, messieurs, que les viscères sont primitivement envahis par le rhumatisme; ainsi il existe une forme de pneumonie à laquelle on a donné le nom de *pneumonie rhumatismale*, elle se montre quelquefois avec tous les signes physiques et rationnels de la pneumonie inflammatoire: le point de côté, la toux, l'oppression, l'expectoration sanglante, la matité, les râles et le souffle; aucun symptôme, aucun signe physique ne fait défaut. Mais ce qui distingue cette pneumonie et en fait une espèce, c'est que d'un jour à l'autre, du matin au soir, tous les symptômes de la pneumonie pourront disparaître, sans suivre la marche décroissante que l'on observe dans la pneumonie inflammatoire. D'autres fois, les malades ont un point de côté, de l'oppression, des râles crépitants, sous-crépitanants et du souffle, mais l'expectoration est seulement visqueuse ou catarrhale et ne présente pas trace de sang. La maladie rhumatismale peut rester limitée au poumon, cependant il n'est pas rare de voir apparaître des douleurs articulaires au moment où cessent les symptômes de la pneumonie.

De même les enveloppes cérébrales ou médullaires peuvent être le siège primitif du rhumatisme. Je vous ai rapporté, dans nos conférences sur le rhumatisme cérébral, plusieurs observations où les enveloppes de l'axe cérébro-spinal avaient été primitivement envahies par le rhumatisme.

Rappelez-vous l'observation de ce malade qui entra en salle Sainte-Agnès, avec de la fièvre et des douleurs lombaires si fortement accusées que ce symptôme me fit croire d'abord que nous avions affaire à la rachialgie de la période d'invasion de la variole. Le lendemain de notre premier examen, nous constatons une fluxion rhumatismale dans l'un des genoux, en même temps que le malade disait ne plus souffrir de la région lombaire.

Rappelez-vous encore l'observation de cette infirmière de la salle Saint-Bernard qui, rhumatisante depuis plusieurs années, était prise tantôt de rachialgie avec paraplégie incomplète, tantôt de douleurs de tête avec trouble de la vue et malaise général, puis tout à coup survenaient des douleurs articulaires et tous les symptômes médullaires ou cérébraux disparaissaient.

Je ne saurais trop vous engager, messieurs, à fixer ces faits dans votre

mémoire, parce qu'ils vous aideront certainement dans le diagnostic des manifestations rhumatismales et vous tiendront en garde contre une thérapeutique souvent inutile, sinon nuisible.

Je termine, messieurs, ces considérations générales sur le rhumatisme aigu en vous faisant remarquer que le passage de la maladie aiguë à l'état chronique est très-rare, si ce n'est dans les cas où le rhumatisme n'a envahi qu'une seule articulation. Il semble qu'en pareille circonstance la maladie doive épuiser toute sa puissance morbide sur une seule articulation, et que, par son intensité et sa durée en un seul point, elle regagne ce qu'elle a perdu en étendue. Quoi qu'il en soit, en semblable cas, le rhumatisme fait une arthrite chronique avec altération de la synoviale, des cartilages et du tissu osseux; l'affection locale, dite tumeur blanche, est souvent la conséquence de semblables localisations du principe rhumatismal. Dans nos salles de clinique vous avez pu étudier ces arthrites chroniques si douloureuses qui ont pour siège d'élection le genou et le poignet; vous avez vu aussi le bénéfice que retireraient les malades de l'application des cataplasmes de mie de pain camphrée, avec extrait de belladone et d'opium. Ces cataplasmes ne doivent être renouvelés qu'après huit et dix jours. Alors, sous l'influence de l'immobilité absolue, de la température et de l'absence de la douleur, nous avons presque toujours obtenu la guérison de ces arthrites rhumatismales chroniques.

Mais si le rhumatisme multiarticulaire aigu passe rarement à l'état chronique, il est au contraire sujet aux récidives. — Aussi, lorsque vous voyez un malade affecté de rhumatisme, devez-vous chercher à savoir si antérieurement il n'a pas déjà eu quelques manifestations rhumatismales aiguës; la connaissance d'une première atteinte est chose importante, car dans le cas où votre oreille découvrira quelque souffle cardiaque, vous aurez, dans l'espèce, à faire la part de la maladie antérieure. Vous devez aussi avertir les malades qu'ils auront à craindre de nouvelles attaques de rhumatisme, et partant qu'ils devront éviter toute cause déterminante de la maladie.

Le rhumatisme est peut-être de toutes les affections aiguës celle qui produit le plus rapidement l'anémie. La pâleur extrême des malades, le souffle vasculaire, l'ampleur hydrémique du pouls témoignent d'un état cachectique aigu, complètement indépendant de la médication mise en usage; mais, de plus, si le liquide sanguin perd une notable quantité de ses globules rouges, il acquiert, pendant la période aiguë de la maladie, une grande quantité de fibrine. Je n'oserais dire que l'excès de fibrine fait la plasticité plus grande du sang, mais les productions fibrineuses sur les valvules témoignent d'une tendance extrême à la coagulation. Faut-il croire que cet excès de fibrine dans le sérum du sang est la conséquence de l'élément prétendu inflammatoire du rhumatisme? Discuter sur ce sujet nous paraît chose oiseuse, aussi préférons-nous constater simplement

le fait de la fibrination extrême du sang, en même temps que l'état cachectique aigu des malades. La crase du sang est tellement modifiée par la maladie rhumatismale aiguë, qu'il faut plusieurs mois pour que les malades recouvrent la plénitude de leur santé.

Je ne crois pas devoir insister longuement sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu. L'expérience clinique m'a appris que la conduite la plus sage consistait à ne pas intervenir avec un mode de traitement arrêté à l'avance. La fièvre, la douleur et la fluxion rhumatismale sont choses nécessaires dans une certaine mesure, pour que la maladie ait une issue heureuse; aussi devons-nous le plus souvent chercher seulement à imiter la nature, c'est-à-dire à entretenir les sueurs des rhumatisants, à calmer les douleurs articulaires, et surtout nous bien garder, par un traitement maladroit, de faciliter les métastases viscérales.

Loïn de moi la pensée d'accuser le sulfate de quinine d'avoir jamais causé le rhumatisme cérébral. Ne savons-nous pas que la métastase sur le cerveau peut avoir lieu dans des cas où les préparations de quinine n'ont point été prescrites? Je pense cependant qu'il est prudent, surtout chez les sujets qui, par leurs antécédents ou leurs habitudes, doivent faire craindre une certaine susceptibilité cérébrale, de bannir du traitement tout médicament qui peut congestionner l'encéphale, et partant appeler la fluxion rhumatismale vers cet organe.

En Angleterre, depuis quelques années, sur le conseil du docteur Garrod, plusieurs médecins auraient employé avec succès le bicarbonate de soude à la dose de 15, 20 et 35 grammes par jour. Ce traitement, suivant ces mêmes médecins, modérerait la fièvre, diminuerait la fluxion inflammatoire, sans déterminer des métastases viscérales, et rendrait moins longue la durée du rhumatisme. Espérons, messieurs, que ces faits si importants seront confirmés par le temps. Mais en songeant avec quelle facilité l'abus des eaux de Vichy rend anémiques les gens bien portants, je ne puis me défendre de la crainte d'augmenter encore l'anémie des rhumatisants par le bicarbonate de soude.

Ce qui a été écrit sur le traitement du rhumatisme, au moyen des hautes doses de sulfate de quinine, de nitrate de potasse, et des préparations antimoniales, n'est certes pas de nature à porter la conviction dans l'esprit des praticiens. En effet, dans la plupart des observations, il n'a pas été tenu un compte assez sévère du début de la maladie, de son intensité, de sa durée et de ses rechutes, pour qu'il me soit permis de vous donner des conseils qui engageraient ma responsabilité. Je vous dois, messieurs, le résultat de mon expérience, et j'avoue qu'aucune médication ne me semble pouvoir être préférée d'une façon absolue. Il faut être observateur attentif de la marche de la maladie et ne point se hâter de vouloir interpréter les actes de la nature. Le rhumatisme a une cause qui nous est cachée dans son essence; il porte ordinairement ses manifestations sur plusieurs arti-

culations, les complications viscérales sont rares. Notre devoir est donc de ne point intervenir trop activement, à moins d'indications bien précises.

Je vous ai déjà dit quelle était ma conduite dans les cas de complications cardiaques. Lorsque des troubles cérébraux vous feront craindre la localisation rhumatismale sur les enveloppes de l'encéphale, la gravité de cette complication vous permet de beaucoup oser, encore ne devrez-vous pas trop différer votre intervention. En même temps que vous essayerez par des révulsifs de rappeler la fluxion sur les jointures primitivement envahies, vous pourrez avoir recours à des purgatifs salins qui, en déterminant d'abondantes garde-robes, c'est-à-dire en soustrayant au sang une grande partie de ses éléments liquides, rejeteront peut-être au dehors une certaine quantité de la matière morbifique. Je n'ose vous affirmer que semblable intervention sera heureuse, mais assurément elle n'aura aucune conséquence grave pour le malade, et en agissant de la sorte, vous n'introduirez pas dans l'organisme quelque élément nouveau dont nous ignorons le mode d'action.

Une fois la convalescence bien établie, ne négligez jamais de recommander de grandes précautions hygiéniques, engagez surtout les malades à éviter scrupuleusement toute cause de refroidissement. Quant à l'anémie rhumatismale, elle ne réclame guère de médication spéciale. Une bonne alimentation et le grand air rendront au liquide sanguin les globules rouges qui lui manquent, et bientôt disparaîtra l'excès de fibrine que vous aviez constaté.

Il me reste maintenant, messieurs, à vous entretenir de l'endocardite ulcéreuse. Il ne s'agit pas là d'une maladie nouvelle, à titre de complication du rhumatisme articulaire aigu, ou indépendamment de cette maladie générale. Mais, ainsi que je vous l'ai fait remarquer en étudiant avec vous le goitre exophthalmique, l'ataxie locomotrice, la paralysie labio-glossolaryngée et l'atrophie musculaire progressive, l'attention des meilleurs observateurs est parfois distraite; évidemment l'endocardite ulcéreuse a pu de tout temps survenir, et il faut un concours de circonstances tout fortuit pour qu'une lésion que l'on avait peut-être remarquée déjà, sans y attacher d'importance, frappe fortement l'attention, et devienne l'objet d'une étude spéciale qui ne tarde pas à devenir féconde.

Avant la découverte par M. Bouillaud de la loi de coïncidence des maladies aiguës du cœur avec le rhumatisme articulaire aigu, on avait parfois noté l'existence de troubles fonctionnels du cœur dans le cours du rhumatisme: les malades, en pareille circonstance, ayant dû se plaindre parfois de palpitation, d'oppression et de douleur dans la région du cœur. Si, d'ailleurs, vous consultez les lettres de Morgagni et le *Sepulchretum* de Bonet, vous y trouverez signalées et décrites des altérations du péricarde et des valvules cardiaques, chez des malades qui avaient succombé aux progrès d'un rhumatisme articulaire aigu. Tous ces faits cliniques et