

l'état puerpéral grave ou des fièvres éruptives, comme en général de toute maladie sérieuse et suffisamment prolongée, sans qu'on puisse invoquer, pour cette calvitie temporaire, les sueurs profuses de la tête. De part et d'autre, c'est donc un épithélium qui est frappé; seulement, l'altération de l'épithélium cardiaque est autrement redoutable que celle des produits épithéliaux du cuir chevelu. D'ailleurs, et comme fait fréquemment concomitant, on observe alors une sénilité momentanée de la voix, qui est cassée.

Ce sont là des faits presque constants, d'observation vulgaire, dont personne cependant ne songe à s'étonner, et où personne, que je sache, n'a vu les analogies que je signale, la *décadence momentanée des tissus épithéliaux*.

Eh bien, si l'organisme n'est pas primitivement vigoureux ni l'organe valide, la réparation peut ne pas avoir lieu, et l'*endocardite* d'origine *scarlatineuse*, ou *puerpérale* (1), ou *dothiéntérique*,

le pouls moins fort, et il ne tarde pas à se développer un souffle cardiaque, que MM. Desnos et Huchard ont rarement vu manquer et que, pour cette raison, ils considèrent comme un signe important de l'inflammation du myocarde. Ce souffle est doux, parce qu'il est dû à une insuffisance pure et simple de la valvule, dont les muscles papillaires sont devenus plus ou moins impuissants. Ce souffle est en outre profond, diffus, transitoire et migrateur, à mesure que la lésion s'aggrave dans le cœur gauche et envahit le cœur droit. L'intensité du souffle peut être augmentée par une endocardite concomitante. Elle décroît nécessairement à mesure que la dégénérescence des muscles augmente et se généralise, l'ondée sanguine n'étant plus lancée avec une suffisante énergie. Enfin le choc du cœur peut devenir à peine sensible et n'offrir plus au doigt qu'un frémissement indiqué par Lancisi sous le nom de *tremblement du cœur*.

La myocardite est, suivant MM. Desnos et Huchard, une des principales causes de mort subite dans la variole. Le plus ordinairement les malades succombent rapidement, en proie à des accidents cardiaques, pulmonaires ou cérébraux.

(1) Voici, par exemple, un cas dans lequel une affection cardiaque des plus évidentes me semble être d'origine *puerpérale*.

M^{me} Jennisson, âgée de soixante et onze ans, pensionnaire de l'hospice de Larochevoucauld, vient le 20 mai 1870 me consulter pour des *palpitations* et de l'*essoufflement*.

C'est une femme robuste, bien conservée, chez laquelle l'âge n'a pas encore fortement marqué son empreinte. Cependant elle a un cercle sénile circonscrit assez prononcé et une artère radiale assez dure: il est donc vraisemblable que son endartère est lésé comme sa cornée transparente. A cela près,

peut ainsi devenir le point de départ d'une affection organique du cœur.

Tel a été le cas du jeune homme couché au n° 26 de la salle Saint-Paul et dont l'affection cardiaque a été engendrée par la scarlatine.

Il n'est pas douteux, d'ailleurs, que l'endocardite ne soit une conséquence fréquente de la scarlatine (les travaux modernes, et en particulier ceux très consciencieux du docteur Martineau, l'ont suffisamment démontré), de la fièvre puerpérale (cela résulte surtout des belles recherches de MM. Cornil et Ranvier) et de la fièvre typhoïde (je vous ai fréquemment fait entendre dans nos salles les souffles de l'endocardite chez les typhoïdes, et fait voir à l'amphithéâtre la prolifération épithéliale sur les valvules mitrale et sigmoïdes, à la suite et par le fait de la dothiéntérie).

Maintenant, il peut arriver que les affections cardiaques re-

l'aspect extérieur est satisfaisant; les dents sont assez bien conservées et les cheveux abondants encore.

Cette femme a des palpitations depuis longtemps; mais l'essoufflement date de quelques mois seulement.

Je ne doute guère que tout cela ne résulte d'une maladie du cœur et j'ausculte aussitôt cet organe. Or voici ce que je constate: souffle rude, sec, au premier temps du cœur, perceptible dans toute la région précordiale, depuis la troisième articulation chondro-sternale gauche jusqu'à la région sous-mamelonnaire et tout le long du bord gauche du sternum entre ces deux points extrêmes; ayant un maximum sus-mamelonnaire et un autre sous-mamelonnaire; de sorte qu'il n'est pas douteux que cette malade n'ait une lésion aortique, sous-aortique et mitrale.

Les battements du cœur sont précipités, irréguliers, tumultueux; il y a un faux pas du cœur toutes les huit ou dix pulsations. Le pouls est dur, irrégulier, petit.

L'âge n'est pas assez avancé pour que l'on puisse rattacher cette affection du cœur à la seule vieillesse. D'ailleurs, la bonne conservation générale ne permet guère de croire à une sénilité anticipée, et portant plus spécialement sur le cœur. Il n'y a jamais eu d'attaque de rhumatisme ni de goutte; mais, à une deuxième couche, cette femme a eu une *péritonite puerpérale* très aiguë et d'une intensité telle que les accidents consécutifs ont duré trois mois avec fièvre persistante pendant tout ce temps.

Eh bien, si l'on songe, d'une part, que la vieillesse, l'alcoolisme, le rhumatisme et la goutte doivent être mis ici hors de cause; si l'on veut bien se rappeler, d'autre part, que la fièvre puerpérale intense peut engendrer une *endocardite* et une *endarterite* aiguës, avec proliférations épithéliales très considérables surtout sur les valvules du cœur; qu'ici les accidents puerpéraux

tiennent de leur origine spéciale certaine particularité de forme ou de lésion. Mais je m'occupe surtout de la genèse générale de ces affections, ainsi que des analogies par lesquelles les processus pathogéniques se ressemblent.

Ainsi, pour l'indiquer rapidement, les maladies du cœur dues à la seule *vieillesse* sont beaucoup plus fréquentes à l'orifice aortique, où elles font ordinairement partie d'une dégénérescence générale cardio-aortique ; de plus, le cœur est surchargé de graisse à sa base, dans le sillon des artères coronaires et à sa pointe (j'ai vu la surcharge de graisse être telle alors que la partie antérieure du ventricule droit était formée de quatre cinquièmes de graisse et d'un cinquième de muscle) ; il y a infiltration de graisse entre les faisceaux et les fibres musculaires, et dégénérescence granulo-graisseuse de celles-ci, qui prennent la teinte de la feuille morte ou de la terre glaise ; à la pointe, la substitution de la graisse au muscle est telle, que parfois le muscle a presque

ont été intenses et prolongés, de telle sorte que les produits de l'endocardite puerpérale ont pu n'être pas caducs, mais rester persistants, on ne peut guère douter que la fièvre puerpérale n'ait été la cause de l'affection cardiaque actuelle.

Quant à cette endocardite puerpérale, elle a été signalée pour la première fois peut-être par Simpson en Angleterre, vers 1854. Elle a été étudiée en 1856 par Virchow ; en 1857, de Lotz a étudié la coïncidence de l'endocardite avec l'état puerpéral. Depuis lors, le fait est devenu classique : Grisolle parle de l'endocardite puerpérale dans son livre ; Martineau, dans sa thèse de concours, y consacre un chapitre spécial ; moi-même, j'en ai cité un bel exemple, en 1867, à la Société de médecine des hôpitaux, dans la discussion sur le rhumatisme blennorrhagique (*Union médicale*, 25 janvier 1867, n° 12). En 1868, dans ses leçons de l'Hôtel-Dieu, et en 1869, dans l'*Union médicale*, Bucquoy, après avoir parlé de l'endocardite puerpérale, ajoute que « souvent des affections du cœur ne reconnaissent pas d'autre cause que des grossesses répétées » (*Union médicale*, 1869, n° 10). C'est en cette même année 1869 que j'ai fait à la Pitié cette leçon où j'indique l'endocardite puerpérale comme cause possible de maladie organique du cœur, ainsi que les autres endocardites secondaires, scarlatineuse ou typhoïde. Mais, dès le mois de décembre 1868, M. Auguste Olivier lisait à la Société de biologie une note qui n'a été publiée qu'en 1870 dans la *Gazette médicale* (n° 7, du 12 février), note intitulée : *Sur une cause peu connue des maladies organiques du cœur et sur la pathogénie de l'hémiplégie puerpérale*, et où mon collègue insiste spécialement sur l'influence pathogénique de l'endocardite aiguë ou subaiguë de l'état puerpéral dans le développement d'une maladie organique du cœur. Ainsi l'opinion que j'ai émise dans cette leçon, et à laquelle j'avais été conduit par les analogies morbides, est loin d'être aventurée.

entièrement disparu et que la *rupture du cœur* peut avoir lieu en ce point, ce qui n'est pas chose rare dans la vieillesse et devient cause de mort subite.

Les lésions qui sont dues à l'*alcoolisme* ont fréquemment aussi le même siège ventriculo-aortique, et se compliqueraient ordinairement, d'après Lancereaux, d'une surcharge graisseuse du cœur à la base de l'organe et le long de l'artère coronaire antérieure. Les fibres musculaires de la surface extérieure sont fréquemment granuleuses et la trame du tissu conjonctif est épaissie. Ainsi l'altération du cœur par le fait de l'ivrognerie est presque de tous points semblable à celle que produit la vieillesse : de part et d'autre, la graisse tend à se substituer au muscle, et ce qui reste de celui-ci tend à devenir granulo-graisseux.

Par le fait de la *goutte*, et pour les mêmes raisons que dans la vieillesse et l'alcoolisme, c'est-à-dire parce qu'elles font habituellement partie intégrante d'une même altération cardio-aortique, les lésions de l'orifice aortique sont plus fréquentes que celles de l'orifice mitral. D'ailleurs, et c'est une analogie de plus avec la vieillesse, il résulte des recherches de M. Charcot que la dégénérescence graisseuse du tissu musculaire du cœur est fréquente dans la goutte.

Au contraire, les altérations d'origine *rhumatismale* siègent habituellement à l'orifice auriculo-ventriculaire gauche et sur la valvule mitrale. Et, comme corollaire, il en est ainsi des lésions cardiaques qui, à l'exemple du rhumatisme articulaire, procèdent d'une façon aiguë : ainsi les lésions d'origine choréique, scarlatineuse ou dothiéntérique sont habituellement mitrales ; j'invoque encore ici l'exemple de notre jeune malade scarlatineux du n° 26 de la salle Saint-Paul.

Ultérieurement, d'ailleurs, la dégénérescence granuleuse du tissu charnu du cœur survient par le fait de la malnutrition de l'organe, due tout à la fois à l'insuffisance de la circulation, à l'altération du sang et à la cachexie générale, ainsi que je vous l'ai dit dans mes deux premières leçons ; de sorte que les affections cardiaques d'origine rhumatismale ont définitivement pour le tissu musculaire du cœur les mêmes conséquences que celles d'origine goutteuse.

En résumé, les affections cardiaques peuvent dériver d'un processus essentiellement *chronique* dans sa marche et lent dans ses manifestations : ainsi agit la vieillesse, qui est le type de ce processus morbifique lent ; ainsi agissent l'alcoolisme et la goutte. — Dans tous ces cas, l'endartère est frappé comme l'endocarde ; il y a simultanément lésion définitive et de même nature du cœur et des vaisseaux artériels, et, pour des raisons énoncées précédemment, l'*orifice aortique* est le plus habituellement lésé au plus haut degré.

D'une autre part, les affections cardiaques peuvent dériver d'un processus primitivement *aigu* et rapide dans ses manifestations : le rhumatisme en est le type ; et à côté de lui se rangent la chorée et les maladies générales éruptives, puerpérales ou typhoïdes. — Dans ces cas, si l'endartère est frappé comme l'endocarde, la lésion endocardique est ordinairement la seule qu'on voie persister, au moins pour le rhumatisme, et les altérations de l'*orifice mitral* sont alors les plus fréquentes.

De tout ce que je viens de vous dire de l'étiologie des affections du cœur, vous devez comprendre déjà l'importance de la cause quant au pronostic.

Ainsi, un vieillard peut avoir une affection cardiaque, et la cause peut en être très diverse. Si son affection tient à l'usure brute de sa membrane endocardique, le pronostic sera bénin ; il en pourrait être autrement, si la maladie du cœur dérivait du rhumatisme ou de la goutte : l'altération du cœur ayant alors plus de raison d'être intense, puisqu'à l'action de l'âge se sera ajoutée celle d'une diathèse.

Rappelez-vous cet homme de soixante-dix ans que j'ai longtemps gardé pour votre instruction au n° 28 de la salle Saint-Paul. Il y était entré se plaignant d'un peu d'oppression seulement. Or, à voir le cercle sénile circumcornéen de ce vieillard, à sentir son artère radiale flexueuse et dure sous mon doigt, je jugeai que, comme sa cornée et ses artères, le cœur de cet homme était lésé, et que la dyspnée chez lui était symptomatique d'une affection du cœur. J'allai donc droit à cet organe, et j'y constatai l'existence d'un souffle au premier temps, avec maximum d'intensité le long de la cinquième côte gauche, de

l'articulation chondro-sternale à la partie moyenne de la côte. C'étaient là les signes d'une insuffisance mitrale, qui entraînait non seulement des accidents du côté des bases pulmonaires, mais aussi du côté de la circulation de la veine porte, car il y avait un peu d'ascite ; et du côté des capillaires généraux, car il y avait de l'œdème des jambes. Cet œdème était d'ailleurs dur, résistant ; on sentait que ce n'était pas là un épanchement purement séreux, mais séro-fibrineux ; les jambes étaient en outre le siège d'un érythème tout particulier, violacé, noirâtre, mélange à la fois d'hypérémie, due à la stase sanguine dans les capillaires dilatés ; de phlegmasie passive, due à cette hypérémie même ; et d'hémorragies interstitielles du derme, dues à la rupture des capillaires dilatés. Et ce que vous voyiez là à ciel ouvert dans les capillaires de la peau des extrémités inférieures était la répétition, et par suite la représentation de ce qui se produit dans les profondeurs de la poitrine, à la base des poumons, où, sous l'influence de la maladie du cœur et de la déclivité, s'effectuent, par un mécanisme identique, dans le système de la petite circulation, de la congestion, de l'œdème, une phlegmasie bâtarde et des hémorragies interstitielles. Qui voit les jambes de cet homme voit aussi ses poumons : la stase vasculaire a lieu, dans le premier cas, aux extrémités les plus éloignées et les plus déclives de la grande circulation, aux pieds, aux malléoles et aux jambes ; comme elle s'effectue, dans le second cas, aux points les plus éloignés et les plus déclives de la petite circulation, à la base des poumons.

Cet vieillard, qui n'avait jamais eu de rhumatismes, mais dont l'existence avait toujours été pénible, avait une organisation fatiguée ; il avait un cœur de soixante-dix ans, des artères de soixante-dix ans et des cornées du même âge. Cependant le pronostic est-il ici aussi grave que si la lésion cardiaque était d'origine rhumatismale ? Évidemment non ; car cette lésion, qui est le fait des ans, ne s'aggravera que lentement et par la continuité de la vie, mais non pas accidentellement et tout à coup par une explosion rhumatismale nouvelle et fortuite. De sorte que ce cœur, qui s'use plus vite ici, il est vrai, que les autres organes, emploiera peut-être plusieurs années encore pour mettre l'orga-

nisme en péril. Car il est bien évident que, dans le cas de maladie du cœur d'origine *sénile*, il y a vieillesse parallèle de tous les organes, un moindre appel fait par l'organisme au cœur et par suite un moindre travail de celui-ci. D'ailleurs, l'organisme d'un vieillard est façonné à la résistance, sa vieillesse même étant la preuve de sa force de résistance native; tandis que l'organisme d'un rhumatisant est primitivement peu propre à résister aux influences extérieures comme aux troubles fonctionnels consécutifs aux lésions cardiaques.

Voulez-vous voir maintenant ce que produit l'alcoolisme? Allez au n° 8 de la même salle Saint-Paul; vous y trouverez un homme qui, de par son acte de naissance, n'a que cinquante-cinq ans, tandis que, ivrogne endurci, de par son cœur et ses vaisseaux, il a au moins les soixante-dix ans de notre vieillard du n° 28.

L'auscultation fait découvrir chez lui, outre le bruit de souffle de l'insuffisance mitrale, celui qui caractérise le rétrécissement aortique. La percussion fait soupçonner une dilatation de l'aorte, le long de laquelle un bruit de souffle intense dénote la présence d'athéromes. Vous voyez que cet alcoolisé est plus compromis que notre vieillard de tout à l'heure: ses artères et son cœur sont fortement attaqués, et celui-ci par plusieurs orifices. De plus, il est vraisemblable que ses organes hématopoiétiques, la rate, et surtout le foie, sont atteints par la cirrhose des buveurs; ce que donne à supposer l'ascite, relativement plus considérable que l'œdème des jambes, analogue à celui de notre vieillard du n° 28. Enfin, la pâleur bouffie de son visage fait assez voir que chez lui le sang ne circule pas seulement mal, mais que c'est un mauvais sang qui circule: mauvais, parce que les hématies s'y renouvellent mal; mauvais, parce que les hématies s'y oxydent plus mal encore.

Le pronostic est bien autrement grave ici que pour notre vieillard; et cependant les signes physiques cardiaques ne nous le disent pas: les bruits de souffle, bien qu'intenses, sont d'un timbre doux et qui n'a rien d'effrayant; mais il faut tenir compte ici de la cause, qui a produit non seulement des altérations multiples dans l'appareil circulatoire, mais des lésions viscérales

considérables du côté de l'appareil digestif; l'estomac offrant les signes de la dyspepsie des buveurs, le foie les indices de la cirrhose; et ainsi du reste.

Mais revenons maintenant à notre jeune rhumatisant du n° 18 et à son pronostic. Le rhumatisme, vous le savez, est sujet à retour; une deuxième, une troisième et même une quatrième attaque peuvent survenir, et chaque fois la maladie cardiaque, due à la première manifestation rhumatismale, va nécessairement s'aggraver. Le jeune homme du n° 18 en est à sa seconde attaque, survenue deux ans et demi après la première, et cet homme est un ouvrier, exposé à toutes les intempéries des saisons; de sorte que le pronostic devient chez lui d'autant plus sérieux que sa mauvaise hygiène l'expose à de nouvelles rechutes, causes d'aggravation pour sa maladie du cœur, et que sa profession fatigante soumet son cœur ainsi malade à un travail auquel il n'est plus approprié.

Ce n'est donc pas l'âge qui fait le plus ou moins de gravité de la maladie, mais la cause et les circonstances au milieu desquelles celle-ci exerce son action.

Je vous dis toutes ces choses parce que, précisément à propos de l'insuffisance mitrale, vous pouvez lire ce qui suit dans le *Traité de pathologie* de Grisolles (1): « Contrairement à beaucoup de maladies, ces lésions sont moins graves et occasionnent moins d'inconvénients chez les vieillards que chez les jeunes sujets; » proposition qui étonne d'abord, et qui est cependant vraie, mais seulement dans un sens limité et tel que j'ai essayé de le déterminer.

Encore une fois, je le répète, la notion de la cause importe beaucoup ici: la maladie cardiaque d'origine rhumatismale est ordinairement plus grave et détermine plus rapidement et plus habituellement que la maladie cardiaque d'origine alcoolique les accidents consécutifs des affections organiques du cœur; et la maladie cardiaque d'origine alcoolique est à son tour plus grave que celle qu'a engendrée la vieillesse.

Si vous pouviez faire que votre malade ne fût pas exposé à

(1) T. II, p. 302, 3^e édit.

une répétition de la cause et à la production rapide de désordres généraux par la fatigue à laquelle il est en butte, vous pourriez espérer pour lui davantage : c'est surtout une question d'hygiène. Dans le monde, vous verrez des gens riches, sur le cœur desquels le rhumatisme a laissé sa trace ineffaçable, mais qui, tempérés dans leur existence, savent à peine qu'ils ont une affection cardiaque, sinon par les palpitations et l'oppression légère qu'ils ressentent lorsqu'ils se livrent à quelque effort musculaire un peu actif, qu'ils montent à cheval, ou qu'ils se laissent aller à un acte passionnel un peu émouvant. Mais mettez ces individus dans l'obligation de fatiguer continuellement et immodérément leurs muscles, surtout leur muscle cardiaque, qui est si compromis, et, par contre-coup, leurs muscles vasculaires, qui doivent le compenser ; exposez-les à de fréquents refroidissements ; faites qu'ils se nourrissent mal ; en un mot, transformez-les en de malheureux ouvriers, et vous les verrez bientôt tomber dans la misère physiologique la plus profonde.

Gardez-vous donc d'appliquer sans réserve les données de l'hôpital à la pratique de la ville ; vous observez ici des matériaux vivants dégradés par la misère, les excès, l'ignorance et l'incurie ; or, la même lésion cardiaque entraîne une décadence moins rapide dans un milieu social plus heureux : de sorte que, ayant diagnostiqué une lésion d'orifice ou de valvule, vos souvenirs exclusifs d'hôpital pourraient vous conduire à porter un pronostic trop grave, et à prédire pour un avenir trop rapproché la série des accidents ultérieurs des affections cardiaques.

Cependant, il n'y a pas que le travail physique et matériel de l'artisan qui exerce sur le cœur une action malfaisante ; cet organe ne lance pas seulement le sang dans tous les points de l'organisme, il est aussi l'aboutissant de toutes les émotions : *le cœur physique est doublé d'un cœur moral*, et la fatigue immodérée de celui-ci produit la dégradation rapide de celui-là ; d'où s'ensuit l'épuisement corrélatif des vaisseaux et, rapidement enfin, l'asthénie cardio-vasculaire.

Aussi l'existence risque-t-elle d'être brusquement écourtée si, le cœur étant malade, la vie est continuellement agitée par les passions de l'amour ou les excitations tumultueuses d'une poli-

tique sans merci. J'ai eu l'occasion de voir en consultation en province un préfet chez lequel une maladie du cœur parcourut en moins de dix-huit mois toutes ses phases, depuis l'endocardite génératrice jusqu'aux infiltrations généralisées et terminales ; et cela dans les circonstances que voici : En juillet 1868, au milieu d'une tournée de révision, ayant excessivement chaud, il se baigna inconsidérément dans la mer, en éprouva un malaise immédiat, et, trois jours après, sans rhumatisme articulaire concomitant ou antérieur, le matin il était réveillé par une angoisse considérable avec grande agitation. Son médecin constata une endo-péricardite aiguë et à peine fébrile, dont l'origine n'était guère douteuse, et il la traita en conséquence. Nonobstant une médication rationnelle, le malade, restant tourmenté par des palpitations, vint à Paris deux mois plus tard consulter MM. Bouillaud et Barth, qui tous deux reconnurent l'existence d'une affection organique du cœur. Vers la fin de septembre, je le vis moi-même et lui trouvai un bruit de souffle intense, dur, vers la pointe du cœur, ayant son maximum d'intensité un peu au-dessous du mamelon : c'était là l'indice d'une insuffisance mitrale bien caractérisée, et tel avait été le diagnostic de M. Bouillaud et de M. Barth. Le cœur était déjà un peu hypertrophié. Le malade, homme très vigoureux, très actif et très remuant, ne se plaignait que de palpitations et d'oppression ; cependant les bases pulmonaires étaient encore intactes. Je conseillai, indépendamment d'une médication révulsive locale et de l'emploi de l'iodure de potassium associé à la digitale à l'intérieur, de modérer l'existence et surtout de mettre un frein à cette politique trop militante. Malheureusement, l'année suivante fut celle des élections générales sous l'Empire ; il fallait faire échouer le candidat de l'opposition, homme très populaire : le préfet donna fougueusement de sa personne, et le candidat populaire ne fut point nommé. Mais quatre mois plus tard le fonctionnaire mourait infiltré de toute part, enseveli dans son triomphe. « Vous m'avez battu, lui avait dit après son échec le candidat évincé, mais vous en mourrez ! » Et la prédiction s'était réalisée.

C'est maintenant, du reste, un fait historique que la coïncidence des affections cardiaques avec la politique active et leur

aggravation par suite des luttes de tribune. Deux de nos principaux ministres, très vivement mêlés à la politique contemporaine, viennent coup sur coup de succomber à une maladie du cœur brusquement aggravée par une intervention active dans les affaires du pays.

Tenez donc grand compte, dans vos inductions pronostiques, non pas seulement du milieu social, mais du genre de vie dans ce milieu, et de l'influence néfaste des passions sur un cœur malade.

Si je me suis si longuement étendu sur tous ces points, c'est que de nos jours, grâce aux progrès de l'investigation médicale, le diagnostic est peu de chose dans l'étude des affections du cœur ; il suffit, pour le faire, d'appliquer son oreille sur la poitrine du malade ; le difficile est le pronostic et le traitement. Or, j'ai voulu aujourd'hui faire ressortir le rôle prépondérant, dans le pronostic des affections du cœur, de la cause génératrice, de l'âge du malade, du milieu social et du genre de vie.

Et, comme corollaire pratique, vous pressentez déjà l'influence possible et bienfaisante de vos conseils dans la réglementation de l'existence physique et morale de votre malade.

QUATRIÈME LEÇON

SCARLATINE ET RHUMATISME. — Rhumatisme articulaire scarlatin avant l'endocardite. — Sueurs rhumatismales persistantes ; bon effet des lotions froides. RAPPORTS DU CŒUR avec la paroi thoracique. — D'une médiocre importance clinique. — BRUITS DE SOUFFLE et subtilités cliniques à leur sujet. — Reconnaître l'existence d'une lésion d'orifice ou de valvule est un problème de séméiotique élémentaire. — Déterminer l'état général consécutif est un problème clinique plus difficile et plus important.

MESSIEURS,

Je vais appeler d'abord un instant votre attention sur la malade couchée au n° 37 de la salle Saint-Charles, et qui offre un très bel exemple de la série des *accidents rhumatismaux* possibles à la suite de la *scarlatine* ; — série complète, et dans laquelle furent successivement intéressés les *articulations*, les *muscles*, le *cœur* et la *peau*.

Cette femme est entrée le 5 mai en pleine éruption de scarlatine, avec cette particularité qu'elle avait du délire et 130 pulsations à la minute. Ces troubles de l'innervation et de la circulation, assez fréquents d'ailleurs dans la scarlatine, semblaient indiquer que la maladie était intense, bien que l'éruption le fût peu.

Comme la scarlatine est, de toutes les fièvres éruptives, celle qui donne le plus volontiers naissance à l'endocardite (ou au moins celle où, jusqu'ici, on l'a le mieux observée), j'auscultais chaque jour très attentivement la malade à ce point de vue ; et non seulement moi, mais M. Duguet, mon chef de clinique, et M. Quertier, son assistant ; et non seulement le matin, mais encore le soir.

Le résultat de cette investigation est resté négatif jusqu'au 11 mai. Or, dès le 9, notre malade, débarrassée d'ailleurs de son éruption et de sa fièvre dans ce que celle-ci avait d'excessif,