

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. L'illustre professeur 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 notablement 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 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 avec 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, devient à son tour la cause occasionnelle du développement d'une névralgie intercostale avec épigastrie. 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 voyez 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 eu 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 récemment 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 douleur 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 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 oblitérés, 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 long temps 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 dégénérent 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 résulta 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 empâtement 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