

affaibli déjà par une maladie antérieure, telle que la fièvre, l'hydro-pisie, etc. Alors, en effet, l'affection revêt une marche rapide, le plus souvent mortelle, et nous n'avons aucune prise sur elle. Il est une remarque pratique que je ne dois pas omettre de vous signaler en passant : tant qu'il n'y a pas d'épanchement dans le péricarde, n'appliquez jamais de vésicatoire ; une fois l'épanchement formé, les vésicatoires répétés constituent l'un de nos meilleurs agents de traitement (1).

ou l'absence de l'endocardite. Quoi qu'il en soit, on peut établir que, lorsque ce symptôme est récent, lorsque l'état général du malade révèle une irritation ou une inflammation, actuelle ces pulsations visibles dans les artères du cou, contrastant avec l'action affaiblie des autres vaisseaux du corps, doivent nous faire soupçonner l'une quelconque des formes de cardite.

« Considéré en lui-même, ce symptôme, à ce que je crois, n'est observé que dans quatre circonstances. Sir Astley Cooper l'a vu apparaître dans la commotion du cerveau ; il a noté qu'il est plus marqué lorsque le malade est debout, et que l'on constate alors une augmentation dans la fréquence du pouls. — On observe le même phénomène dans les premières périodes de l'insuffisance aortique, et à ce moment il peut être borné aux vaisseaux du cou. — Nous le rencontrons en troisième lieu dans cette singulière affection chronique qui est caractérisée par des palpitations de cœur, par l'action exagérée des artères du cou, par l'augmentation de volume de la glande thyroïde et des globes oculaires. — Ce symptôme survient enfin dans les cas semblables à ceux dont j'ai parlé ; par conséquent le diagnostic différentiel ne présente aucune difficulté, surtout si l'on prend en considération l'époque de l'apparition du phénomène. »

J'ajouterai enfin, pour compléter ces renseignements additionnels sur les symptômes subjectifs de la péricardite, que la douleur n'est pas toujours limitée à la région précordiale. Déjà Robert Mayne avait signalé l'existence d'une douleur vive à l'épigastre ; il l'avait observée dix fois sur onze, et chez cinq malades elle remplaçait pour ainsi dire la douleur précordiale. D'après le même auteur, cette douleur épigastrique augmente quand on comprime la région de bas en haut et d'avant en arrière ; enfin elle est nettement circonscrite, et elle se distingue par là des douleurs qui résultent d'une affection abdominale. Stokes fait observer à ce propos que la péricardite (à ne considérer que la douleur) peut simuler une inflammation de l'estomac.

Morgagni, *Rech. anat. sur le siège et les causes des maladies*, traduct. de Desormeaux et Destouet. Paris, 1821.

Testa, *Delle malattie del cuore*. Bologna, 1811.

Rob. Mayne, *Observations on pericarditis* (*Dublin Journal of medic. science*, 1836).

W. Stokes, *Researches on the diagnosis of pericarditis* (*Dublin Journal of medical science*, 1833). — *The diseases of the heart and the aorta*. Dublin, 1854.

(Note du TRAD.)

(1) L'enthousiasme de Graves pour l'emploi des mercuriaux dans le traitement de la péricardite n'est peut-être pas suffisamment justifié, et les reproches qu'il adresse à la pratique des médecins français ne me paraissent pas beaucoup plus fondés. Tou-

Il y a quelques années, j'ai eu l'occasion d'étudier un cas d'inflammation de la substance musculaire du cœur ; la phlegmasie aboutit à la suppuration, et se termina par la formation d'un vaste abcès dans les parois ventriculaires. Les faits de ce genre sont excessivement rares,

jours est-il qu'aujourd'hui l'utilité, la nécessité du traitement mercuriel dans tous les cas de péricardite ne sont plus universellement admises, même en Angleterre. Le docteur W. T. Gairdner, médecin de l'infirmerie royale d'Édimbourg, a montré que, dans la grande majorité des cas, on peut épargner au malade les ennuis de la salivation mercurielle. Depuis bien des années déjà, Gairdner ne donne plus de mercure dans la péricardite rhumatismale, et les résultats de sa pratique n'en sont pas devenus plus funestes.

Graves a passé sous silence les indications thérapeutiques fournies par l'état de la contractilité du cœur dans l'inflammation du péricarde. J'en ai été d'autant plus surpris, que ces indications sont d'une importance considérable, et qu'elles ont été signalées et étudiées par Stokes, l'élève et l'ami du médecin de Meath Hospital. Je crois utile de combler cette lacune.

Lorsque la phlegmasie péricardique, qui produit d'abord une exagération notable dans l'activité des muscles du cœur, détermine l'affaiblissement de la contractilité cardiaque par l'épuisement fonctionnel (voy., tome I, la note de la page 188, et tome II, la note de la page 95), alors surgit une nouvelle et impérieuse indication : le médecin doit venir en aide à l'énergie défaillante du cœur, et les stimulants, le vin en particulier, lui permettent d'atteindre ce but. On conçoit aisément combien il importe de pouvoir reconnaître avec certitude cet état de débilité.

Or, voici les signes qui ont été donnés par le docteur Stokes :

« I. La faiblesse, l'intermittence et l'irrégularité du pouls. Ces caractères sont encore plus significatifs s'ils ne se sont pas manifestés dès le début de la maladie, et si l'on observe, avec la faiblesse du pouls, une diminution ou une absence de l'impulsion cardiaque.

» II. La turgescence des veines jugulaires avec ou sans pulsations.

» III. Les modifications progressives de l'intensité des bruits du cœur, surtout lorsque c'est le premier seul qui est affaibli ou éteint. La persistance du second bruit permet en effet de rapporter l'affaiblissement du premier à l'épuisement de la contraction ventriculaire bien plutôt qu'à un épanchement liquide.

» IV. L'affaiblissement de la circulation que révèle l'ensemble des symptômes, entre autres la pâleur, le refroidissement de la peau, l'œdème des extrémités, et la tendance à la syncope. »

W. T. Gairdner, *On pericarditis* (*Edinburgh medical Journal*, 1858-1860-1861).

W. Stokes, *loc. cit.*, p. 87.

Comparez :

W. Stokes, *Researches on the use of wine and the state of the heart in typhus fever* (*Dublin Journal of medic. science*, 1839.)

Hudson, *On the connexion between delirium and certain states of the heart in fever* (*loc. cit.*, 1842).

(Note du TRAD.)

par la simple raison que la cardite est ordinairement mortelle avant la période de suppuration. Un gentleman âgé de cinquante-cinq ans, d'une constitution très-robuste, vint de Wicklow à Dublin, pour me demander une consultation. Depuis plusieurs mois il était incommodé par une toux pénible ; il avait de la dyspnée et des palpitations ; plus récemment il avait été pris d'anasarque, il éprouvait de la douleur et un sentiment d'angoisse à la région du cœur. Cette douleur, qui s'irradiait dans toute la poitrine, le tourmentait plus que tout le reste.

Je constatai chez ce malade l'existence d'une hypertrophie avec dilatation des deux ventricules, et je déclarai qu'il existait une lésion valvulaire : on percevait en effet un *bruit de soufflet* éclatant et très-étendu, un *frémissement cataire* remarquable, et le pouls était très-irrégulier. Je formulai mon diagnostic en présence du docteur Sherwood et de M. Hetherington. Notre malade retourna à la campagne, où il continua à souffrir d'une douleur cardiaque qui lui causait parfois d'abominables tortures. Il mourut subitement au bout de quelques semaines.

Le docteur Sherwood a bien voulu me communiquer les résultats de l'autopsie. Les deux cavités pleurales étaient remplies par un vaste épanchement, le cœur était considérablement augmenté de volume. « En fendant le péricarde, je constatai, dit M. Sherwood, que le cœur y adhérait dans toute son étendue par le moyen de fibrilles de lymphe plastique ; on les déchirait partout aisément, sauf au niveau de la pointe de l'organe ; là elles étaient solides et résistantes. Pendant que j'essayais de détruire ces adhérences, plus de deux onces de pus se firent jour dans la cavité du péricarde ; je procédai immédiatement à un examen beaucoup plus attentif, afin de reconnaître la source de ce liquide. Je ne tardai pas à trouver une petite ouverture dans la pointe du cœur ; elle siégeait immédiatement au-dessous de la voûte du ventricule gauche, précisément dans le point où étaient les adhérences solides dont j'ai parlé. J'agrandis alors cette ouverture, et je découvris dans la substance charnue du cœur une cavité à paroi nettement limitée, et qui pouvait contenir plus de deux onces de liquide. Les parois des deux ventricules étaient énormément épaissies ; toutes les valvules étaient plus ou moins altérées, mais la lésion la plus avancée siégeait sur les sigmoïdes de l'aorte ; elles étaient presque complètement ossifiées. »

Tel est, messieurs, ce fait extrêmement remarquable. Non-seulement vous y voyez un exemple de la dyspnée et de l'hydropisie, com-

pagnes ordinaires de l'hypertrophie et des lésions valvulaires du cœur, mais vous y voyez réunies une péricardite chronique et une cardite à marche lente, aboutissant à une terminaison très-rare, la formation d'un abcès.

Il est digne de remarque que, dans bon nombre de cas, les signes caractéristiques de la péricardite sont précédés d'une période pendant laquelle l'activité fonctionnelle du cœur est accrue ; ce fait semble prouver que l'affection débute souvent par la substance charnue des ventricules, et qu'elle s'étend ensuite à la membrane d'enveloppe. J'ai observé, il y a quelques années, avec sir Henry Marsh et le docteur Lees, un fait qui démontre merveilleusement la justesse de cette manière de voir.

Un jeune homme d'une force athlétique fut pris, après un refroidissement, d'une fièvre rhumatismale aiguë ; le pouls était très-élevé, la peau était brûlante ; la douleur, la sensibilité, la rougeur et le gonflement des jointures étaient d'une intensité peu ordinaire. Le malade ne voulut pas se laisser saigner ; nous instituâmes un traitement antiphlogistique, et nous étions constamment sur nos gardes, pour surprendre le premier indice d'une péricardite. Une nuit, le docteur Lees découvrit des intermittences dans le pouls ; quelques heures plus tard, l'activité des battements du cœur était accrue, puis enfin la douleur apparut. Dans beaucoup d'autres circonstances, j'ai constaté que l'irrégularité dans l'action du cœur est le premier signe d'une péricardite imminente ; ce fait n'est pas sans importance, car il nous enseigne que nous devons accorder une certaine valeur à ce symptôme, en tant que signe précurseur de l'inflammation ; il nous prouve en outre que, dans la phlegmasie du péricarde, les irrégularités et les intermittences du pouls peuvent précéder l'épanchement, et qu'elles ne résultent pas toujours de l'obstacle que ce dernier apporte au libre fonctionnement du cœur.

Soit que l'on considère l'importance de l'organe qui est en cause, soit que l'on tienne compte de la fréquence de l'affection, de sa marche insidieuse et souvent lente, on conviendra qu'il n'est pas de maladie qui exige plus d'attention que la péricardite. Dans l'étude de cette inflammation, nous n'avons que peu de chose à attendre des auteurs anciens et même des modernes, à l'exception de nos contemporains ; car, avant les découvertes de Laennec, les phlegmasies du cœur et de ses enveloppes ont été complètement négligées, ou bien, ce qui est pis encore, on a émis à leur sujet des erreurs grossières. Mais, après les

travaux du médecin français, il fut établi que, contrairement à l'opinion générale, la péricardite et l'endocardite doivent être rangées au nombre des maladies communes, et qu'elles sont accompagnées, soit à leur début, soit dans leur cours, de signes physiques d'une haute importance, lesquels sont tellement caractéristiques, qu'ils permettent au médecin non-seulement de reconnaître ces affections dès leur première période, mais encore de les prévenir en quelque sorte, et de les combattre au moment même de leur apparition. L'expérience de tous les jours a démontré la vérité de ces assertions, et aujourd'hui nous avons le bonheur de savoir que l'inflammation du cœur et de ses enveloppes n'est pas fatalement mortelle ou incurable.

Toutefois, messieurs, et je vous l'ai dit en commençant, il ne faudrait pas croire que les travaux contemporains ont établi d'une manière absolue la valeur et la signification de tous les signes physiques que l'on peut percevoir, depuis le début jusqu'à la terminaison des affections inflammatoires du cœur; la nature et la position de l'organe atteint, ses mouvements, qui peuvent être constatés par la vue, par le toucher et par l'ouïe, déterminent dans les phénomènes physiques des modifications qui varient de période en période, de jour en jour, quelquefois même d'heure en heure. L'étude de variations aussi multipliées, et pourtant aussi importantes, exigerait le concours d'un grand nombre d'observateurs éclairés. Dans le but de contribuer pour ma part à la culture d'un terrain aussi fertile, j'appelle expressément votre attention sur les remarques suivantes; elles pourront, je l'espère, agrandir et rectifier vos vues sur certains points qui se rattachent à cette question de pathologie. Souvenez-vous avant toutes choses que les bruits produits par le frottement péricardique ont la plus grande ressemblance avec ceux qui résultent des lésions valvulaires; le fait suivant en est un exemple remarquable :

Un homme âgé de vingt-trois ans, du nom de Mulcahy, est entré dans notre service le 1er décembre. Il nous avoua qu'il avait eu des habitudes très-prononcées d'intempérance; sa ration habituelle était de six à huit verres de whisky par jour. Après avoir joué pendant quelques heures d'un instrument à vent, il fut pris de palpitations violentes et d'une douleur dans la région du cœur. Il éprouvait par instants des défaillances, qui se terminaient d'ordinaire par des vomissements. Deux mois avant son arrivée à l'hôpital, il exerçait encore sa profession de musicien ambulancier, mais il fut alors atteint de rhumatisme, et bientôt après d'une dyspnée considérable et d'anasarque.

Lorsqu'il nous arriva, la surface de son corps était froide, ses lèvres et ses mains étaient livides; il avait les pieds enflés et le ventre distendu. Il était tourmenté par une dyspnée très-pénible; il toussait et rendait des crachats sanglants, ses yeux étaient animés et saillants, sa figure turgescence; les jugulaires gonflées ne présentaient aucun battement. Le pouls, à 70, était régulier, mais petit et faible; 28 respirations; urine rare et chargée d'albumine; prostration extrême. Le lobe gauche du foie occupait la région épigastrique; dans ce point, la pression développait un peu de douleur. Cet homme souffrait en outre dans l'épaule droite. Il y avait un peu de matité dans la région inféro-postérieure des deux poumons; dans ce point, le bruit respiratoire était très-faible et masqué par des râles humides; la matité précordiale était un peu plus prononcée qu'à l'état normal.

Les battements du cœur étaient facilement appréciables; ils étaient forts, étendus, et ils n'étaient point accompagnés par les deux bruits normaux dont la durée et le timbre sont si distincts; on percevait deux bruits éclatants, prolongés, d'une durée égale, mais d'une tonalité différente: le premier était un *bruit de scie*; le second était un bruit musical, ressemblant exactement au son qu'on produit lorsqu'on frotte un verre avec le doigt mouillé. Ces bruits n'étaient perceptibles qu'à la base, il n'y en avait aucun vestige à la pointe du cœur; partant de la base, ils se propageaient le long de l'aorte, et ils étaient parfaitement nets sous les deux clavicules, notamment sous celle du côté gauche; on ne les entendait ni dans les carotides, ni dans la portion cervicale des sous-clavières. Quelle que fût la position du malade, on ne pouvait percevoir le moindre frémissement; aucune des artères du cou ou des membres supérieurs ne présentait de *thrill*; l'aorte abdominale ne donnait lieu à aucun bruit anormal. Le lendemain, les choses étaient dans le même état; toutefois, au lieu du bruit musical, nous avions un *bruit de cuir* éclatant et bien marqué; il était très-prolongé et masquait le second bruit normal; de plus, il existait à la base du cœur un frémissement très-fort. La matité n'était point accrue. Le pouls, à 72, conservait sa régularité; il n'y avait que 20 respirations; mais le malade était plus abattu que la veille, et il succomba le lendemain matin.

Voici quels ont été les résultats de l'autopsie: Anasarque générale; les deux cavités pleurales sont occupées par un vaste épanchement à la surface duquel nagent les poumons; à gauche, le cœur est accolé au poumon, et les deux organes sont en contact avec la paroi thora-

cique, de sorte que le cœur est en rapport intime avec le sternum et les cartilages costaux. Il n'y a pas de liquide dans le péricarde, mais la surface séreuse est tapissée de lymphes plastique; au niveau de la base du cœur, des brides s'étendent d'une paroi à l'autre. En ce point l'exsudation paraissait être de date récente : on pouvait l'enlever aisément, et elle présentait une disposition comparable à celle d'un rayon de miel. A la pointe, les adhérences étaient solides. Le cœur lui-même était hypertrophié, et les deux ventricules étaient dilatés. L'endocarde, les valvules, l'aorte et l'artère pulmonaire étaient parfaitement sains.

Or plusieurs circonstances eussent pu faire songer à une lésion valvulaire. Il ressort des renseignements donnés par le malade, qu'il souffrait depuis longtemps de palpitations, de défaillances, de dyspnée, et que l'anasarque était déjà ancienne; ajoutez à cela que le genre de vie de cet homme et sa profession sont une cause fréquente d'affection des valvules; mais c'étaient surtout les signes physiques qui pouvaient induire en erreur. L'augmentation de la matité précordiale révélait un accroissement du volume du cœur; les bruits normaux étaient masqués par deux bruits prolongés, qu'on n'entendait pas à la pointe, mais qui étaient parfaitement distincts à l'origine et sur le trajet de l'aorte; de plus, l'un de ces bruits avait un timbre parfaitement musical. A une première visite, toutes ces circonstances, jointes à l'état du pouls, à l'absence de frémissement, de douleur et de malaise dans la région cardiaque, auraient pu facilement nous induire en erreur.

D'autre part, cependant, les phénomènes présentés par le malade différaient à plusieurs égards de ceux que l'on attribue aux affections des valvules aortiques. Bien qu'entendus à une grande distance, les bruits ne suivaient pas avec une exactitude parfaite le trajet de l'aorte et de ses branches; on ne les retrouvait ni dans les carotides, ni dans les sous-clavières; ces vaisseaux ne présentaient aucun *thrill*, aucune pulsation visible; de plus, lorsqu'on étudiait ces bruits avec le stéthoscope, ils paraissaient avoir une origine superficielle, et ils offraient la même intensité sur une grande étendue. Telles étaient les considérations qui me faisaient pencher vers l'idée d'une péricardite.

Le jour suivant, il n'y avait plus de doute possible; le bruit musical avait disparu, il était remplacé par un bruit de cuir accompagné d'un frémissement intense au niveau de la base du cœur. Pendant tout ce temps, le pouls, à 72, restait parfaitement régulier, quoiqu'il fût très-

faible; mais l'action du cœur était notablement accrue, et c'est là un phénomène très-fréquent dans la maladie qui nous occupe.

Le refoulement du cœur contre la paroi antérieure de la poitrine rend très-bien compte de ce fait, que les bruits étaient entendus à une grande distance, d'autant plus que l'impulsion du cœur était, à ce moment même, plus considérable qu'à l'état normal. Mais quelles étaient les conditions qui avaient donné lieu au bruit musical? Pour les déterminer, considérons un instant quel était, dans ce cas particulier, l'état du cœur et de sa membrane d'enveloppe. Si nous examinons ces organes sur le cadavre, nous voyons un cœur ramolli et revenu sur lui-même, un péricarde qui flotte mollement autour de lui, et nous ne saurions comprendre comment le frottement de ces deux parties l'une contre l'autre pouvait déterminer un bruit de cette espèce. Mais, messieurs, ne l'oubliez pas, les conditions pendant la vie sont tout autres; solidement fixé à sa base et à sa pointe, le péricarde est alors tendu et résistant comme le parchemin d'un tambour; et si dans cette cavité existe un cœur hypertrophié qui se meut lentement en arrière et en avant; si ce cœur, gonflé par du sang, est rendu rigide par la contraction de ses muscles, nous aurons réunies toutes les circonstances qui peuvent donner lieu aux bruits que je vous ai décrits; de plus, leur intensité et leur éclat seront susceptibles de varier, selon l'état également variable des deux surfaces. On sait que les membranes qui ont la même structure que la séreuse péricardique s'altèrent très-rapidement sous l'influence de l'inflammation; polies et sèches d'abord, elles deviennent bientôt humides, puis elles ne tardent pas à se couvrir d'une exsudation puriforme ou plastique; une fois coagulée, celle-ci forme sur la surface des saillies punctiformes, ou se prolonge en fausses membranes rayonnées: n'est-il pas évident que chacune des conditions diverses que je viens de vous rappeler altérera le timbre, l'éclat et la durée des bruits produits par le frottement des surfaces opposées?

Ainsi donc, messieurs, les bruits péricardiques peuvent être aussi éclatants, aussi prolongés que les bruits valvulaires. Ce fait si important n'a reçu jusqu'ici des pathologistes qu'une mention insuffisante, quelques-uns même l'ont nié complètement. Ce n'est pas tout: les bruits péricardiques, comme les bruits valvulaires, peuvent être accompagnés de frémissement; si donc nous voulons parvenir à différencier ces deux ordres de phénomènes, il nous faut chercher nos signes diagnostiques ailleurs que dans l'éclat, le timbre ou la durée du bruit, ailleurs même

que dans l'absence ou la présence du frémissement. Voici ce dont il nous faut surtout tenir compte : si on les écoute attentivement, les bruits péricardiaques paraissent avoir une origine superficielle, ils se propagent à distance, et on les perçoit avec une égale intensité dans des régions de la poitrine très-éloignées l'une de l'autre, sous les deux clavicules, par exemple. De plus, les bruits de la péricardite subissent, dans leurs caractères, des altérations beaucoup plus rapides que les bruits valvulaires, lesquels, une fois créés, sont presque toujours permanents ; enfin, les bruits péricardiaques paraissent être transmis par les parois osseuses de la poitrine, tandis que les bruits valvulaires sont propagés par les organes qui y sont contenus et par les parois des gros vaisseaux (1).

Le fait suivant, qu'a publié le docteur Watson dans le *Medical Gazette*, justifie d'une manière frappante les caractères différentiels que je viens de vous exposer. « Dans ce cas, dit l'auteur, le bruit rappelait exactement le mouvement de va-et-vient de la scie sur du bois ; c'était le plus éclatant qu'il eût jamais entendu. Ce bruit était nettement perceptible dans toute l'étendue de la poitrine, soit en avant, soit en arrière ; il devenait seulement un peu plus faible à mesure qu'on s'éloignait du cœur ; en appliquant votre oreille sur l'une des omoplates, vous eussiez cru entendre les vibrations profondes de la corde basse d'un violoncelle. » A l'autopsie, on vit que le péricarde était tapissé dans toute son étendue, sauf en arrière, d'un « mince revêtement de lymphes grises *solide*, très-rugueuse. Cette exsudation était hérissée de petites papilles qui naissaient de tous les points de sa surface ; elle avait une consistance presque cornée ; elle était râpeuse et résistante au toucher ».

Voici une autre observation qui mérite, à bien des égards, de fixer votre attention ; si je ne me trompe, elle est unique dans la science, en ce sens que l'inflammation rhumatismale a atteint le péricarde avant de

(1) Il est un autre élément diagnostique qu'il faut aussi prendre en considération : c'est l'influence qu'exerce la position du malade sur l'intensité du bruit ; on sait, en effet, que le bruit de frottement péricardiaque est plus fort dans la position assise, et que cette condition n'a aucune influence semblable sur le souffle cardiaque. Il résulte au contraire des recherches de Sydney-Ringer, dont j'ai parlé précédemment (tome I, note de la page 63), que les bruits de souffle sont plus éclatants et plus rudes dans la position horizontale. Ce médecin a même vu dans quelques cas le souffle mitral disparaître complètement lorsque le malade se levait. (Note du TRAD.)

frapper les articulations (1). Ce fait prouve que l'on s'est évidemment trop hâté d'attribuer la cardite, la péricardite ou l'endocardite à une métastase. Cette doctrine est applicable à certains cas, mais elle est loin de l'être à tous. Dans le fait actuel, par exemple, les premiers symptômes de rhumatisme ont été fournis par le péricarde, et cela avant qu'aucune articulation fût atteinte ; et chez Reddy, dont je vous rapporterai plus tard l'histoire, la péricardite éclata au moment même où l'inflammation articulaire avait atteint son maximum d'intensité.

Or, si le cœur et ses membranes peuvent être touchés dès le début ou pendant la période d'état de la fièvre rhumatismale (*rhumatic fever*), il est fort aisé de concevoir que les phlegmasies cardiaques peuvent également apparaître dans le décours de la maladie, alors que les déterminations articulaires ont presque entièrement cédé ; c'est pour les faits de ce genre que la métastase a fourni aux observateurs superficiels une explication facile. Du reste, sachez-le bien, cette fièvre, qui s'accompagne ordinairement de l'inflammation des articulations, et qu'on appelle fièvre rhumatismale, est une fièvre *sui generis*, et il est aussi facile de la distinguer de la fièvre symptomatique des inflammations, qu'il est aisé de reconnaître la fièvre du typhus, celle de la variole ou celle de la rougeole. En fait, dans la fièvre rhumatismale, la rapidité du pouls et la chaleur de la peau, la tendance aux sueurs profuses et l'affaiblissement, l'insomnie et la soif, tous ces symptômes peuvent exister sans qu'il se fasse aucune détermination inflammatoire vers les jointures ; tous ces symptômes peuvent disparaître sans qu'il survienne aucune affection phlegmasique locale. J'ai observé déjà bon nombre de faits de ce genre, et ils ne peuvent donner prise à la dis-

(1) Les faits de ce genre sont très-rares, mais celui que rapporte Graves n'est point unique dans la science. Stokes a observé en 1833 un malade chez lequel la péricardite précéda de dix jours les manifestations articulaires du rhumatisme, et Latham a écrit : « J'ai vu quelques cas (en très-petit nombre) dans lesquels l'inflammation du cœur a semblé précéder l'inflammation des jointures. Il y avait de la fièvre, des palpitations, de la douleur précordiale, et la maladie restait à l'état de problème. Mais, un ou deux jours plus tard, les articulations se prenaient et montraient qu'on avait affaire à un rhumatisme ; en même temps, un murmure endocardiaque venant s'ajouter aux battements du cœur et à la douleur précordiale révélait l'existence d'une endocardite, à laquelle appartenaient certainement les phénomènes du début. » (*Diseases of the heart*, p. 232.)

J'ai observé moi-même une malade chez laquelle les accidents du côté de l'endocarde ont devancé de quinze jours les déterminations articulaires. J'ai consigné ce fait dans une note du premier volume (p. 554). (Note du TRAD.)