LEÇONS
DE
CLINIQUE MÉDICALE

PREMIÈRE LEÇON

SUR L'ENDOCARDITE INFECTIEUSE

(17 NOVEMBRE 1885)

Un cas d'*endocardite infectieuse d'origine rhumatismale.*
Histoire d'une malade affectée dès l'enfance de rhumatisme articulaire aigu. — Endocardite grave. — Siège des lésions cardiaques. — Purpura.
Faiblesse persistante du membre supérieur droit à la suite d'une des attaques de rhumatisme. — Détermination de la cause de cet affaiblissement. — Obturation embolique de l'artère humérale.
Développement soudain d'une hémiplégie droite avec aphasie. — Caractères de l'aphasie. — Caractères de l'hémiplégie. — Éruption fébrile de pemphigus.
RÉVEIL DE L'ENDOCARDITE A L'ÉTAT AIGU. — DÉMONSTRATION DE SON CARACTÈRE INFECTIEUX. — Guérison de la phase aiguë.
Signes de dégénérescence cérébro-spinale secondaire. — Du diagnostic topographique. — Siège de l'embolie et du ramollissement.

MESSIEURS,

Nous étudierons aujourd'hui la malade couchée depuis le 5 septembre dernier au numéro 27 de notre salle Laënnec.

Nous trouverons chez elle un remarquable exemple

d'une filiation pathologique extrêmement intéressante en elle-même, et d'une haute importance pratique. Cette femme n'a que vingt-cinq ans, et elle est dès maintenant condamnée à une incurable infirmité, et cela parce qu'elle a été atteinte de rhumatisme articulaire aigu. Notez que cette redoutable filiation n'est point très rare, et vous serez aussitôt convaincus de l'importance considérable des faits de cet ordre.

L'enchaînement des incidents qui ont amené l'état actuel remonte déjà bien loin, et l'histoire de la malade est longue; mais aucun détail n'est inutile, et je vous prie de me suivre avec attention.

En 1868, à l'âge de huit ans, cette fille a eu sa première attaque de rhumatisme articulaire aigu; l'attaque paraît avoir été forte, en tout cas elle a été longue, et elle a été suivie de chorée. La guérison a fini par être complète.

En 1872, à douze ans, seconde attaque de rhumatisme articulaire avec chorée. Guérison complète. Qu'est-il advenu du cœur dans ces deux attaques? Impossible de le savoir.

A la suite, cette fille a treize ans de tranquillité; mais au mois d'avril de cette année 1885, ayant alors vingt-cinq ans, elle fait un séjour d'un mois environ dans le service de mon éminent collègue Dumontpallier, pour une troisième atteinte de rhumatisme articulaire aigu; cette fois il n'y a pas de chorée, mais au cours du rhumatisme survient un purpura abondant, et lorsque la malade quitte l'hôpital, guérie de son rhumatisme et de son purpura, elle présente une faiblesse notable du membre supérieur droit.

La guérison est de courte durée; au commencement du mois de juin, cette femme fait un premier séjour dans notre service pour une quatrième attaque de rhumatisme, qui se complique également de purpura.

A son entrée nous constatons une grave lésion du cœur, qui remonte à l'une quelconque des attaques antérieures; le cœur, augmenté de volume dans le ventricule gauche, a sa pointe déjetée en dehors et abaissée d'un espace; la palpation fait sentir un frémissement systolique fort à la pointe et à la base. — A l'auscultation nous trouvons un souffle rude et prolongé au premier temps; et à la base un double souffle d'une intensité extraordinaire, souffle de va-et-vient qui légitime exactement la comparaison avec un bruit de scie. Ce souffle se retrouve sans diminution notable dans les vaisseaux du cou, et sur tout le trajet de l'aorte jusqu'à sa bifurcation. L'auscultation des crurales fait entendre un double souffle type. Nous avons donc une hypertrophie du cœur gauche, une insuffisance mitrale, un rétrécissement et une insuffisance de l'orifice aortique. — Ce n'est pas tout : la percussion démontre une dilatation notable et régulière de l'aorte ascendante jusqu'à la courbure de la crosse; cette ectasie est le signe indubitable d'une aortite; l'inflammation intra-cardiaque provoquée par le rhumatisme a dépassé les limites de l'endocarde, et elle a intéressé tout le segment initial de l'aorte, au moins jusqu'à la naissance du tronc brachio-céphalique. — Les artères carotides et sous-clavières sont le siège de battements exagérés; ce phénomène, comme vous le savez, est un effet régulier de l'insuffisance aortique; mais ici, il présente une particularité exceptionnelle que nous

ne nous expliquons pas tout d'abord; ces battements sont plus forts, plus tumultueux du côté droit que du côté gauche. Nous avons trouvé peu après la raison de ce fait.

Une fois renseignés sur l'état du cœur, nous avons cherché la cause de l'affaiblissement du bras droit; depuis le moment où il s'est manifesté à la fin d'avril, à l'issue de la troisième attaque de rhumatisme, il n'a pas augmenté, mais il persiste à peu près au même degré. Nous constatons aisément que cet affaiblissement est réel, que le membre dans toute sa longueur est un peu amaigri par rapport à l'autre, et que le pouls radial manque complètement; remontant au pli du coude nous ne trouvons pas trace des battements de l'humérale, et finalement nous découvrons que cette artère est oblitérée à sa partie supérieure dans le point précis où l'anatomie établit la démarcation entre la fin de l'axillaire et le commencement de la brachiale; nous sentons en ce point un cylindre compact et résistant, contre lequel viennent échouer les pulsations de l'axillaire; un caillot dense et solide obture l'humérale à son origine. Les conséquences redoutables d'un pareil accident ont été conjurées par le développement d'une circulation collatérale; mais cette compensation salutaire n'a pu prévenir un certain degré d'insuffisance nutritive, de là l'amaigrissement et la faiblesse du membre.

Je m'explique facilement alors pourquoi les battements de la carotide et de la sous-clavière surtout sont plus marqués à droite qu'à gauche; c'est la conséquence de l'augmentation énorme de pression, qui résulte, pour

les artères droites, de l'interruption du cours du sang à la terminaison de l'axillaire.

Quant à la cause de cette obturation, elle est évidente, c'est une embolie arrêtée à l'origine de l'humérale, embolie qui s'est produite vers la fin de l'attaque rhumatismale du mois d'avril dernier. Comme chez cette femme l'aorte est altérée aussi bien que l'endocarde, on peut se demander si l'embolus est venu de l'orifice aortique ou de la paroi de l'aorte. Je crois cette dernière origine plus probable parce que les embolies, nées de l'orifice aortique, prennent dans la majorité des cas la route des artères gauches; or, comme ici l'aorte est altérée jusqu'à la crosse, il est plus rationnel d'admettre que le fragment embolique s'est détaché de la paroi du vaisseau, au voisinage même de la naissance du tronc brachio-céphalique. C'est là du reste une question secondaire; retenez le fait de l'obturation embolique de l'artère humérale, au cours d'un rhumatisme articulaire compliqué d'endocardite.

La malade a quitté l'hôpital vers la fin de juin, guérie encore cette fois de son rhumatisme et de son purpura, avec son cœur et son bras dans l'état que je viens de vous dire.

Elle nous est revenue le 7 septembre dernier avec une aphasie et une hémiplégie droite complètes.

Ces accidents nouveaux datent de deux jours; ils se sont produits brusquement, sans perte de connaissance, le 5 septembre, à la suite d'un violent accès de colère.

La pathogénie de ces accidents est d'une remarquable netteté. Cette fille doit à son rhumatisme une grave lésion

du cœur avec prédominance aortique; — les exsudats de cette endocardite ont eu dès le début une tendance très marquée à la dissociation, puisque la malade a eu deux fois du purpura, traduisez embolies capillaires, et qu'elle a été atteinte en outre d'une embolie de l'artère humérale. — En cette situation, il n'est point étonnant que l'agitation cardiaque, résultant de la colère, ait détaché un autre fragment, qui prenant cette fois la route ordinaire, a produit une embolie cérébrale gauche, d'où l'aphasie et l'hémiplégie droite.

L'APHASIE, qui persiste encore aujourd'hui, est de la forme que j'ai désignée sous le nom de *logoplégie* depuis mon travail de 1864; l'idéation verbale est intacte, la malade a la volonté de parler, elle a conservé la mémoire des mots, car elle comprend tout ce qu'on lui dit, et si l'on applique à un objet qu'on lui désigne un nom qui n'est pas exact, elle témoigne par ses gestes de dénégation qu'elle apprécie l'erreur commise; d'un autre côté, les organes musculaires auxquels sont dévolus les mouvements de l'acte de la parole, sont tout à fait intacts dans leur motilité et dans leur coordination; mais la transmission verbale est supprimée entre l'appareil de formation ou d'idéation et l'appareil d'exécution. L'hémiplégie droite ne permet pas de faire l'épreuve de l'écriture, mais la possibilité de la lecture mentale est conservée, il n'y a pas d'alexie, d'où nous pouvons conclure qu'il n'y a pas non plus d'agraphie. C'est un type parfait d'aphasie par logoplégie, je le répète, la transmission des excitations verbales est seule suspendue; d'ailleurs aucun trouble de la vue ni de l'ouïe.

C'est cette forme d'aphasie que Wernicke a désignée en 1874 sous le nom d'aphasie motrice, qualification qui ne me paraît pas heureuse, et que je repousse en raison de l'interprétation équivoque dont elle est susceptible.

A son entrée, la malade avait encore trois mots à sa disposition : « Oui, non » et « Jenny »; c'est par l'un de ces mots, prononcé une seule fois ou répété coup sur coup, qu'elle répondait à toutes les questions. Il en est encore de même actuellement, ainsi que je vous l'ai fait constater ce matin.

Ce phénomène, qui semble d'abord difficilement conciliable avec la suppression de la transmission verbale, n'est point inexplicable, et j'en ai donné il y a plus de vingt ans (1864) l'interprétation que voici, à laquelle je n'ai rien à changer aujourd'hui : le centre moteur et coordinateur de la parole appartient à l'appareil bulbaire; il participe donc à l'automatisme de cet appareil, et les syllabes ou les mots proférés par les malades sont le résultat de l'excitation réflexe de ce centre moteur. Le plus souvent, l'impression excitante est une impression auditive; c'est lorsqu'on interpelle le patient, lorsqu'on lui parle, qu'a lieu cette émission verbale automatique; mais elle peut aussi être la conséquence d'impressions visuelles, ou de la simple représentation idéale de l'acte de parler, en d'autres termes de l'effort volontaire tenté par le malade pour triompher de son impuissance. Nous ne savons rien de la condition qui dicte le choix des mots; mais ils restent toujours les mêmes chez un même individu, ce qui est une preuve de plus en faveur de l'origine réflexe ou automatique que j'assigne à ce phénomène. Ces mots, qui sont le plus

souvent des monosyllabes, sont émis avec d'autant plus de force, de rapidité et de fréquence que le malade s'irrite davantage de son infirmité, ce qui a lieu lorsqu'on le presse de questions auxquelles il se voit incapable de répondre.

L'aphasie par logoplégie peut exister seule, mais le plus souvent elle est associée à une hémiplégie, et dans la grande majorité des cas, cette hémiplégie occupe le côté droit, ainsi que cela a lieu chez notre malade.

Sa paralysie est complète, quant au degré, et quant à l'étendue; elle porte sur les membres et sur la face du côté droit, avec intégrité de l'orbiculaire palpébral, le facial inférieur est seul intéressé. La sensibilité est intacte dans tous ses modes, la paralysie est purement motrice. A l'entrée de la malade, l'hémiplégie était flasque, sans contracture ni raideur. Il y avait incontinence de l'urine et des matières fécales.

Tel était l'état de cette femme lorsqu'elle nous est arrivée le 7 septembre; on retrouvait d'ailleurs la lésion cardio-aortique, dont je vous ai donné plusieurs fois la démonstration, ainsi que l'oblitération de l'artère humérale. Le membre supérieur droit était toujours par ce fait dans un état de nutrition insuffisante; car tandis que la mensuration des cuisses et des jambes donnait le même chiffre à droite et à gauche, il y avait pour les membres supérieurs une différence d'un centimètre et demi au détriment du côté droit.

Pendant le temps qui s'est écoulé depuis l'entrée au 7 septembre jusqu'à ce jour, cette malade a présenté deux incidents d'un intérêt considérable. Ces deux incidents ont été fébriles, je vais vous en retracer l'histoire succincte.

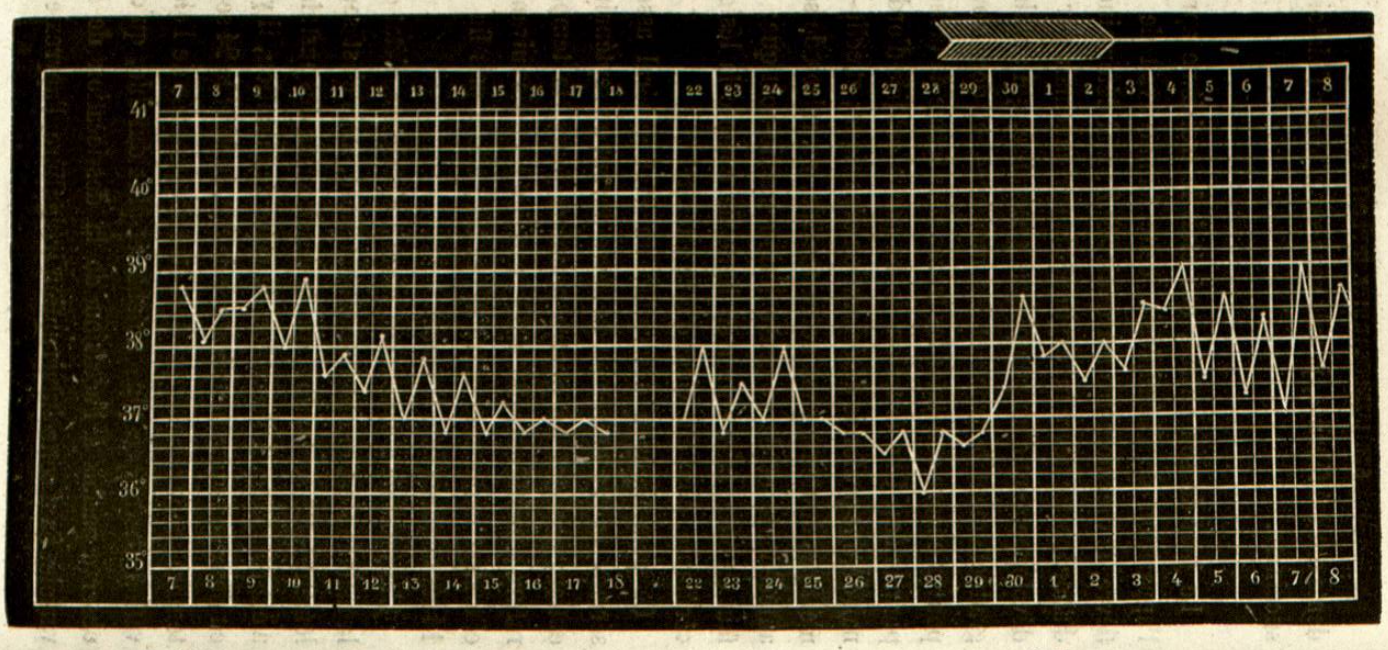
Le jour de son entrée, qui était le troisième après l'apparition de l'hémiplégie, cette femme avait de la fièvre, le thermomètre marquait 38°,8; mal déterminée d'abord, cette fièvre fut expliquée le surlendemain par le développement d'un pemphigus généralisé, qui envahit graduellement le tronc et les membres, et dont vous pouvez encore constater les traces sous forme de taches pigmentées. Une éruption de ce genre est liée d'ordinaire à une profonde détérioration organique; et celle-ci n'est pas douteuse chez notre malade, en raison de ses antécédents et de sa grave lésion cardio-aortique; il faut en outre faire entrer en ligne de compte la lésion cérébrale, dont elle vient d'être atteinte.

Ce pemphigus a déterminé un état général assez sérieux, et il a entretenu la fièvre durant un septénaire entier; pendant les quatre premiers jours, la température a oscillé entre 38° et 39°, pendant les trois suivants elle s'est maintenue entre 37° et 38°, elle a pris fin le 14 septembre (Voy. *le tracé*).

L'exanthème a commencé alors à s'éteindre, l'état de la malade s'est graduellement amélioré, mais c'est seulement le 23 septembre, que la dessiccation des pustules a été complète. A l'occasion de cette dessiccation, il y a eu deux soirs une température de 38°, le 22 et le 24 septembre, particularité qui doit être rapprochée de l'élévation thermique plus notable et plus durable, qu'on observe parfois à l'occasion de la dessiccation de la variole. Sauf cette interruption irrégulière, l'apyrexie a

Tracé I. — PEMPHIGUS FÉBRILE. — ENDOCARDITE INFECTIEUSE D'ORIGINE RHUMATISMALE.

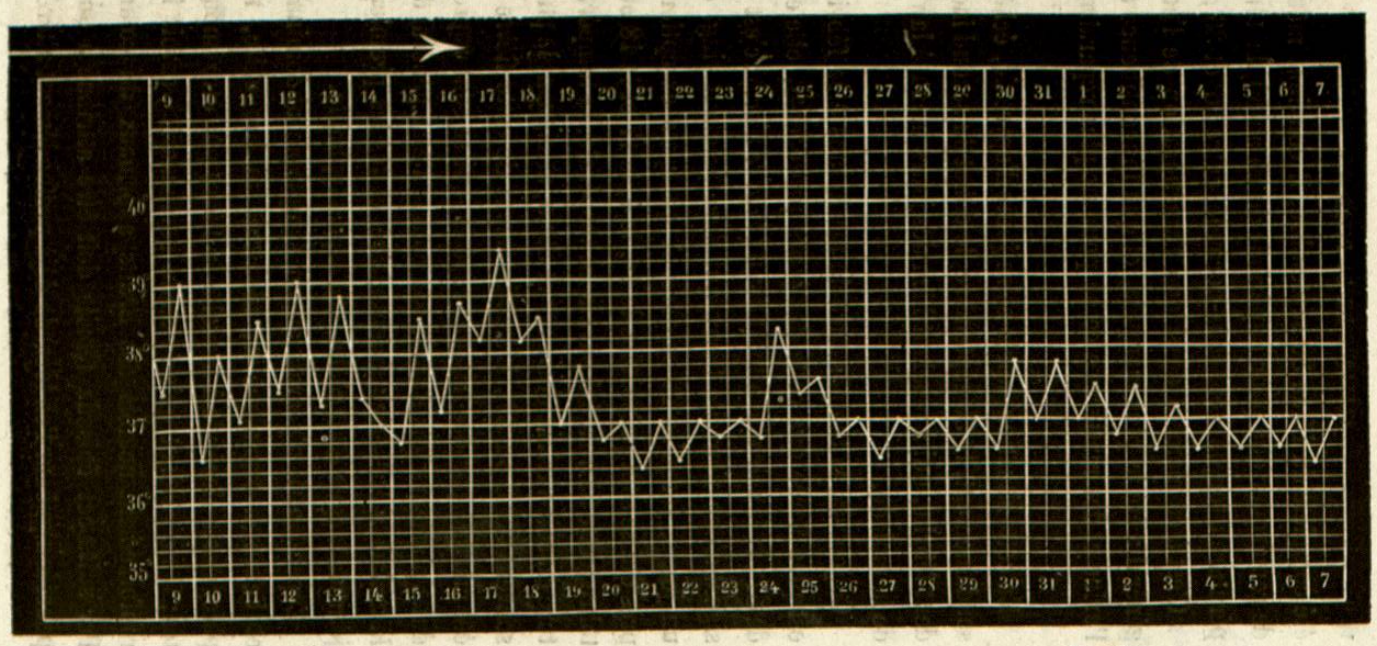
Septembre. Octobre.



Septembre. Octobre.

Tracé I (2). — PEMPHIGUS FÉBRILE. — ENDOCARDITE INFECTIEUSE D'ORIGINE RHUMATISMALE.

Novembre.



Novembre.