

tion habituels aux bruits orificiels anormaux. On ne relève d'autre part, aucune modification dans le mode de fonctionnement du cœur. Les bruits valvulaires sont bien frappés, d'une intensité absolument normale ; le premier bruit n'est nullement masqué par le léger souffle systolique ; il n'existe, d'autre part, ni irrégularités, ni fréquence exagérée des battements, ni faux pas. On n'observe, par conséquent, aucun des troubles fonctionnels qui précèdent le plus souvent l'apparition de l'endocardite aigüe.

Il était paradoxal d'ailleurs, comme je vous le faisais remarquer, de trouver du souffle partout et de ne rien percevoir à la main. L'absence de tout symptôme fourni par la palpation aurait lieu de nous étonner s'il s'agissait d'une endocardite généralisée. Ajoutez à cela que le malade est entré au troisième jour de sa crise rhumatismale et que, dès le même soir, le souffle existait avec les caractères qu'il présentait le lendemain à notre examen. Une rapidité si grande dans la détermination d'une endocardite rhumatismale serait loin d'être normale, surtout au cours d'un rhumatisme apyrétique comme celui en présence duquel nous nous trouvons.

C'est en général vers le milieu du deuxième septénaire que les complications cardiaques apparaissent. Lorsqu'elles surviennent avant ce délai, lorsque, ce qui est exceptionnel, elles se montrent dès le début, c'est qu'il s'agit d'un rhumatisme polyarticulaire généralisé se traduisant par l'intensité du gonflement articulaire, par la violence des douleurs, et, surtout, par la coexistence d'une fièvre très élevée. Dans le cas présent, les choses sont loin de se passer ainsi. Le rhumatisme articulaire de notre malade est, en effet, aussi bénin que possible et paraît dès maintenant devoir évoluer rapidement vers la guérison.

Il faut, pour interpréter ce souffle et lui donner une valeur sémiologique exacte, tenir compte que notre malade est à l'âge de la croissance, qu'il est de plus très anémique. Ce sont là des raisons suffisantes pour nous