

Lors de notre premier examen, nous nous sommes surtout attaché à rechercher s'il existait une complication quelconque du côté de l'appareil pleuro-pulmonaire ou au niveau de l'endocarde et du péricarde. Vous savez, en effet, que les manifestations viscérales sont loin d'être rares dans le rhumatisme, à tel point qu'elles font partie intégrante de sa symptomatologie la plus habituelle.

Le plus souvent on se préoccupe surtout du cœur, dont les lésions comptent sans doute parmi les plus fréquentes et présentent une gravité immédiate ou éloignée des plus grandes; mais les localisations du rhumatisme sur l'appareil respiratoire sont loin d'être exceptionnelles. Il convient donc de porter son attention aussi bien du côté de la plèvre et des poumons que du côté du cœur. L'examen du thorax ne nous a rien permis de déceler chez notre malade.

Il n'en était pas de même pour le cœur qui, sans offrir à la palpation ou à la percussion aucun signe qui indiquât l'existence d'une lésion organique, présentait à l'auscultation de la pointe un prolongement systolique, légèrement soufflant. Ce souffle, de faible intensité en cette région, se retrouvait au niveau des autres foyers d'auscultation du cœur : xyphoïdien, pulmonaire et aortique, et dans ces différents foyers il était encore moins intense et plus doux qu'à la pointe. Quelle était la valeur de ce bruit anormal ? Fallait-il conclure immédiatement à l'existence d'une endocardite aiguë ou bien considérer ce souffle comme une manifestation sans grande valeur séméiologique ou pronostique.

Il serait assurément erroné d'admettre chez un rhumatisant l'existence d'une endocardite chaque fois que l'on constate la présence d'un souffle, surtout lorsqu'il s'agit d'un homme âgé de moins de trente ans ou d'un adolescent comme notre malade.

Ce souffle, avons-nous dit, est doux ; on l'entend à tous les orifices, mais il n'offre pas les foyers de propaga-