

des pluies reste longtemps stagnante, entretenant l'humidité, de sorte que les malades, venus cardiaques, en repartent rhumatisants, ce qui peut être une raison de succès au point de vue du nombre, les malades y revenant sans cesse pour guérir une cardiopathie rhumatismale : thérapeutique de la lance d'Achille.

7° Les stations hydro-minérales pour cardiaques doivent être pourvues de tous les éléments de la médication dite adjuvante : établissements pour massage, pour gymnastique suédoise, tables de régime, cures de raisin.

8° La durée de la cure hydrominérale est d'au moins trente jours, parce qu'il est de règle que les malades doivent se reposer et cesser tout traitement tous les cinq ou sept jours.

9° Vie calme et tranquille, repos. Les jeux doivent être interdits et les stations à casinos, à plaisirs bruyants, ne conviennent pas aux cardiaques.

10° Pendant la cure hydro-minérale, la digitale ne doit pas être prescrite, ou elle doit l'être avec de grands ménagements.

On voit, par tous ces principes, quelle grande confiance j'attache, pour ma part, au traitement hydro-minéral des cardiopathies. Je crois à l'avenir de cette thérapeutique ; j'y crois fermement, parce que j'ai constaté sous son influence un grand nombre de guérisons fonctionnelles ou d'indiscutables améliorations. La France possède à ce point de vue, comme à d'autres, des richesses incomparables, et deux conditions doivent être remplies pour le succès : il faut le plus possible spécialiser nos eaux, et il faut que les médecins qui exercent à ces stations se spécialisent pour les maladies qu'ils sont appelés à suivre et à traiter. C'est là le double but qu'on doit poursuivre, si l'on ne veut pas laisser perdre entre nos mains une des sources les plus fécondes de fortune, de profit et d'honneur pour notre pays.

XXI. — ENDOCARDITES INFECTIEUSES INFECTANTES.

I. HISTORIQUE ; BACTÉRIOLOGIE CLINIQUE.

II. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — 1° S'adresser directement au microbe. — 2° Éliminer les toxines secrétées par les microbes. — 3° Combattre la tendance à l'affaiblissement de la contractilité cardiaque.

Toutes les endocardites sont infectieuses ; mais elles ne sont pas toutes infectantes. L'endocardite aiguë rhumatismale, appartient aux premières, caractérisées par une infection qui reste localisée à l'endocarde. Celles dont nous avons à parler aujourd'hui sont également des endocardites infectieuses, dans lesquelles l'infection se généralise à tout l'organisme. C'est pour cela qu'elles sont désignées sous le nom d'*infectieuses infectantes* (1).

I. — Historique ; Bactériologie clinique.

A l'endocardite « simple et inflammatoire » du rhumatisme, Bouillaud opposait déjà une seconde forme qui se rencontre dans les maladies dites typhoïdes, putrides ou septiques.

« Sans doute — ajoute-t-il — l'endocardite inflammatoire est, comme dans la précédente, l'élément essentiel, mais cet élément est tellement modifié par l'élément typhoïde surajouté, qu'il convient réellement de ne pas confondre l'endocardite de cette espèce avec l'endocardite simple inflammatoire, et pour les distinguer, nous lui donnerons le nom d'*endocardite typhique*, ayant bien soin de prévenir que, par cette dénomination, nous entendons uniquement

(1) *Traité de thérapeutique appliquée*. Fascicule X, 1896.

distinguer une endocardite modifiée par sa coïncidence avec un état typhoïde, et non une endocardite qui donne lieu, par elle-même, à des phénomènes typhoïdes. »

C'est donc Bouillaud qui, dès 1835, a découvert l'endocardite appelée plus tard *ulcéreuse* ou *septique*, et non pas Senhouse-Kirkes dont les premières observations datent de 1853.

Du reste, ces deux auteurs se sont trompés : le premier en admettant une simple « coïncidence » de l'état typhoïde avec l'endocardite, le second en le faisant dépendre uniquement du « détachement des concrétions fibrineuses dans le cœur et de leur mélange ultérieur dans le sang. » Lancereaux, dès 1862, voit et décrit de fins bâtonnets provenant du fond d'une altération valvulaire, et trois ans plus tard, Duguet et Hayem, loin de considérer la lésion de l'endocarde comme l'origine de tous les accidents généraux, la regardent comme une simple localisation d'une maladie générale.

Les recherches bactériologiques ont donné gain de cause à cette opinion, et en 1869, Winge (de Christiania) ayant observé une endocardite septique à la suite de l'excoriation plantaire d'un simple durillon, constatait dans le pus de cette ulcération, dans les végétations endocardiques, ainsi que dans les infarctus viscéraux consécutifs, les mêmes micro-organismes disposés en chapelet ; ceux-ci, nés de la plaie du pied, avaient envahi le système veineux, puis le cœur droit et gauche.

Ce qui prouve encore que l'infection sanguine précède et commande la localisation endocardique, c'est que celle-ci peut manquer dans certains cas, témoin le fait observé par Netter : un enfant succombe à des phénomènes graves de septicémie avec hémiplegie, à la suite d'une ulcération cutanée de mauvaise nature consécutive à un vésicatoire. On ne trouve à l'autopsie que des embolies microbiennes des artères sylvienne et rénale, mais sans aucune lésion endocardique.

Voilà un fait bien établi : l'infection microbienne du sang précédant et causant la localisation endocardique ou artérielle. L'expérimentation va dire pourquoi et comment.

Les expériences de Rosenbach en 1881, confirmées ensuite pour l'endocarde par Vyssokowitch et Weichselbaum, pour les artères par Orth, démontrent que la lésion traumatique des valvules cardiaques ou de l'endothélium vasculaire ne produit ni endocardite ni artérite. Celles-ci apparaissent avec des phénomènes plus ou moins infectieux, quand l'opération est faite à l'aide d'un instrument malpropre, ou encore quand, après la section valvulaire faite aseptiquement, on injecte dans les veines des micro-organismes. D'où cette conclusion, que pour produire une endocardite infectieuse, il faut deux choses : d'abord, une lésion antérieure de la valvule (endocardite chronique, quelques plaques d'athérome); ensuite, la pénétration de micro-organismes dans le sang. Or, comme toute séreuse est très sensible à l'action microbienne, l'endocarde n'a besoin souvent que d'une altération très minime, à peine appréciable, pour devenir la cause d'appel ou de fixation des micro-organismes, et c'est ainsi qu'on a pu dire, avec quelque raison, que l'endocardite infectieuse est toujours entée sur une lésion antérieure de la surface valvulaire.

Ce n'est sans doute pas là toute l'histoire de l'endocardite septique; mais, c'est l'histoire qu'il nous importe de connaître au point de vue thérapeutique. Car, si l'origine de la maladie était au cœur, c'est à lui seul que nos moyens d'action devraient s'adresser, et, en cette occurrence, ils seraient bien limités. Mais, puisque l'endocardite est fonction d'infections diverses, ce sont ces dernières qu'il convient surtout de considérer, comme vont le prouver, mieux encore, les faits suivants.

Le micro-organisme des végétations endocardiques peut être différent de celui qui a donné naissance à la maladie principale. Ainsi, l'endocardite de la fièvre typhoïde est

rarement éberthienne, et Senger qui l'a étudiée en 1886, a signalé le plus souvent l'existence d'un streptocoque provenant des ulcérations intestinales et des ganglions mésentériques; d'autres fois, on a constaté la présence du colibacille. Dans la scarlatine, dans la variole, il y a deux sortes d'endocardites: l'une bénigne et curable spontanément, d'origine réellement variolique ou scarlatineuse; l'autre, grave (infectieuse infectante), produite par des microorganismes dus aux suppurations assez fréquentes dans ces maladies. De même, l'endocardite pneumonique n'est pas toujours de nature pneumococcique, Jaccoud et Weichselbaum ayant vu dans les lésions valvulaires le streptocoque pyogène, ou le bacille de Friedlander qu'on avait pu constater dans les crachats pendant la vie.

On voit par là quel rôle important jouent les infections secondaires dans les endocardites, comme du reste dans beaucoup de maladies.

Ainsi, les notions bactériologiques dominent l'histoire pathogénique des endocardites infectieuses, et celles-ci ne constituent pas une entité morbide toujours invariable, mais un syndrome dû à divers états infectieux, à l'adulteration sanguine par un grand nombre de microbes différents. Lion (1), énumère six espèces de microbes non encore rencontrés dans d'autres affections, et parmi les endocardites produites par un microbe spécifique d'une maladie déterminée, il en signale six espèces (endocardites à microbes pyogènes, à pneumocoques, à gonocoques, endocardites de la fièvre typhoïde, de la tuberculose, et endocardites dont les microbes sont inconnus, comme pour le rhumatisme et les fièvres éruptives).

Voilà ce qui, avec la fréquence et la variété des infections secondaires, complique singulièrement la clinique et la thérapeutique bactériennes. Encore, n'y a-t-il pas que le microbe à considérer, mais aussi les produits sécrétés par

(1) *Thèse de Paris*, 1890.

lui, ce qui joue un grand rôle dans le traitement et le pronostic des maladies.

Il résulte de ces considérations et de ces faits, qu'il n'y a pas de formule unique et invariable de traitement pour « l'endocardite aiguë », alors qu'il y a des endocardites si diverses; et soumettre toutes ces maladies à une médication identique, reviendrait à dire que toutes les angines « blanches » à fausses membranes doivent être traitées de la même façon, quand les unes renferment le bacille de Loeffler, d'autres sont à staphylocoques ou à streptocoques, d'autres enfin, beaucoup plus rares, à pneumocoques. La médication vraiment rationnelle et efficace a son refuge dans la sérothérapie, peut-être aussi dans la leucothérapie qui, en favorisant la phagocytose, préparerait les moyens de défense de l'organisme. Malheureusement, malgré les beaux succès et les grands espoirs de l'heure présente, ce n'est encore que la thérapeutique de demain. Nous en savons assez cependant, comme nous le verrons plus loin, pour instituer déjà une hygiène prophylactique et salutaire des endocardites infectieuses-infectantes, et cela en nous appuyant sur les données de la bactériologie. Mais celles de la clinique reprendront toujours leurs droits, et la préoccupation légitime que nous avons de guérir les maladies ne nous fera jamais oublier le soin de traiter des malades.

La clinique bactériologique sera toujours difficile à établir en raison de la fréquence et de la multiplicité des associations microbiennes. Mais, ce qu'elle a déjà réalisé pour les pleurésies purulentes, elle pourra sans doute le faire pour les endocardites, et grâce aux recherches de Netter, nous connaissons déjà suffisamment l'endocardite pneumonique: avec son siège souvent aortique (quoiqu'elle puisse se fixer sur l'orifice mitral et affecter le cœur droit dans une proportion plus élevée que les autres endocardites infectieuses), avec ses végétations sessiles (ce qui explique la rareté des embolies), avec sa complication assez fréquente

de suppuration des méninges et quelquefois de la plèvre ou du péricarde, avec la fièvre continue et parfois interrompue par quelques rémissions, sa durée assez longue, ses chances de curabilité ou de passage à l'état chronique. Elle répond au type clinique désigné et décrit sous le nom de *forme typhoïde* de l'endocardite ulcéreuse.

L'endocardite streptococcique ou staphylococcique siège surtout à l'orifice mitral, quelquefois dans les cavités droites du cœur; elle succède à des suppurations variées, à l'état puerpéral, etc.; elle est fréquemment la source d'embolies septiques et d'infarctus suppurés, d'abcès intra-myocardiques; elle est souvent caractérisée par des accès de fièvre pseudo-intermittente. D'un pronostic très grave et presque toujours mortel, elle présente une durée plus courte sans aucune tendance à la curabilité ou à la chronicité. Elle répond le plus souvent aux types cliniques désignés et décrits sous les noms de *formes pyohémiques* ou *intermittentes* de l'endocardite ulcéreuse.

II. — Indications thérapeutiques.

Autrefois, quand on voyait survenir dans le cours de la pneumonie une péricardite ou une endocardite par exemple, on expliquait ce fait par la propagation de l'inflammation pulmonaire au péricarde ou à l'endocarde, et puisque l'on croyait à une simple extension phlegmasique, la médication antiphlogistique et révulsive s'imposait. Alors, les saignées générales ou locales, les pointes de feu, l'application réitérée de vésicatoires devenaient une sorte de credo thérapeutique.

Aujourd'hui, cette médication doit être abandonnée en grande partie. L'inflammation est un phénomène contingent en quelque sorte, et secondaire à l'infection locale de l'endocarde. L'endocardite pneumonique n'est pas le résultat d'une propagation inflammatoire, mais d'une propagation sanguine du pneumocoque jusque vers les séreuses du

cœur; on en a déjà la preuve dans ces faits d'endocardite pneumonique sans pneumonie, c'est-à-dire sans foyer pulmonaire antérieur; de sorte que G. Sée a eu raison d'abandonner le terme d'*endocardite* qui éveille l'idée d'un acte purement inflammatoire, pour adopter celui d'*endocardie*.

Les notions bactériologiques sur lesquelles nous avons insisté vont déjà nous servir pour instituer une médication *préventive*, malheureusement dans des limites assez restreintes, puisque les portes d'entrée des microbes pathogènes, de la localisation endocardique sont nombreuses et diverses.

Ces portes d'entrée, véritables voies de pénétration microbienne, peuvent se faire par la *peau*: furoncle, durillon, brûlures, engelures, vésicatoires, ulcération des lèvres, érosions superficielles de la peau, panaris, ouverture d'abcès, plaie d'amputation, opération d'un cancer du sein ayant abouti à la suppuration d'une veine axillaire, gangrènes cutanées, etc. Elles se font par les *muqueuses*: stomatites gangréneuses, ulcérations de l'estomac et de l'intestin, suppuration des voies biliaires, gangrène des extrémités bronchiques et broncheectasie, pneumonie et tuberculose pulmonaire, lésions de la muqueuse utérine après l'accouchement ou l'avortement et après des opérations pratiquées sur l'utérus, pyélite suppurée, fausses routes urétrales après un cathétérisme non aseptique, maladies de la prostate, des vésicules séminales et de la vessie, etc. D'après Lancereaux, la malaria doit être également incriminée; mais, cette opinion est contestée par quelques cliniciens.

Il est démontré, d'autre part, que l'endocardite infectieuse doit être entée sur une lésion préalable de l'endocarde, non pas seulement trois fois sur quatre d'après Osler, ou six fois sur dix d'après Goddhart, mais dans la presque totalité des cas, si l'on tient également compte, avec Lion, des épaissements endocardiques aussi bien dus à l'endocardite rhumatismale antérieure qu'aux lésions souvent

latentes de l'artério-sclérose et de l'athérome : fait clinique fort important qui confirme les résultats des recherches expérimentales que nous avons exposées.

Par conséquent, chez tous les malades porteurs d'une endocardite rhumatismale ancienne ou seulement soupçonnés d'artério-sclérose valvulaire ou myocardique, il faut surveiller les plaies de la peau ou des muqueuses, redoubler de *soins antiseptiques et aseptiques* à leur égard, comme à l'égard des vésicatoires, quand on croit encore utile de les appliquer.

Ce n'est pas seulement le microbe qui fait sa virulence, c'est encore l'organisme sur lequel il évolue qui l'exalte. Aussi, une indication importante consiste à s'adresser à l'état général, à soutenir les forces souvent défaillantes du malade par les toniques divers (*quinquina, alcool, etc.*).

Quand l'endocardie infectieuse infectante est constituée, trois médications s'imposent :

1° *S'adresser directement au microbe* qui produit l'infection générale et endocardique, ou encore aux toxines sécrétées par lui. — Malheureusement, il s'agit là d'une médication d'avenir, dont on peut seulement entrevoir les bienfaits. L'injection du sérum antidiphthérique ne peut rien contre l'endocardite diphthérique, puisque les hémato-nodules qui la constituent ne renferment pas de micro-organismes, et que leur nature infectieuse est encore contestée; d'un autre côté, certaines endocardites, dans le cours ou à la fin de la diphthérie, relèvent d'intoxications secondaires. Reste l'injection du sérum antistreptococcique que l'on peut toujours tenter dans les maladies diverses, en se rappelant même que dans la pneumonie, la manifestation endocardique n'est pas due toujours au pneumocoque, mais quelquefois à une affection secondaire par le streptocoque. C'est là une thérapeutique d'attente, dont les notions bactériologiques montrent déjà l'importance. Le problème est posé, mais il est loin d'être résolu.

Il n'est certainement pas résolu par l'emploi des antiseptiques internes, du *sulfate de quinine*, de l'*acide salicylique*, du *benzoate de soude*, du *naphtol* et de ses divers composés, qui ont pour inconvénient d'être au moins inutiles.

Il en est de même des inhalations de *carbonate de soude*, conseillées par Gerhardt, de l'emploi du *chlorhydrate d'ammoniaque*, recommandé par les Anglais. Eichhorst aurait guéri une endocardite septique aiguë par cette association médicamenteuse : chlorhydrate de quinine, 5 grammes ; sublimé, 0^{gr},20; poudre d'althéa, q. s. pour 28 pilules (une pilule trois fois par jour). C'est là un fait unique, une simple affirmation non démontrée.

On pourrait avoir recours aux préparations mercurielles, au *calomel*, d'autant plus que ce dernier médicament est doué parfois de propriétés diurétiques, ce qui répond à l'indication suivante :

2° *Éliminer les toxines sécrétées par les microbes.* — C'est là un grand principe thérapeutique pour toutes les maladies infectieuses, que les toxines soient sécrétées par les microbes ou fabriquées par l'organisme lui-même. Ainsi, l'endocardite brightique ou urémique, très rarement infectante, est produite par des toxines encore inconnues dans leur nature.

Dans tous ces cas, il est indiqué de favoriser leur élimination par le *régime lacté*, l'administration de diurétiques divers, de la *théobromine*, de la *caféine*, etc. Mais, il faut bien se garder de prescrire des médicaments capables de fermer le rein, comme l'antipyrine, qui a encore l'inconvénient de porter atteinte à la contractilité cardiaque, ou encore l'acétanilide, qui peut aboutir à des accidents de cyanose, ou enfin la thalline, recommandée par Eichhorst, à la dose de 25 centigrammes toutes les heures, comme si la fièvre n'était pas la mesure de la gravité du mal au lieu d'en être la cause.

3° *Combattre la tendance à l'affaiblissement de la con-*

tractilité cardiaque. — Cette indication est remplie par la *digitale*, les injections hypodermiques de *caféine*, d'*huile camphrée*, de *spartéine*, d'*ether*. Dans cette maladie, la digitale, prescrite à doses modérées, a une double action, puisque, en diminuant l'activité exagérée du cœur, elle place cet organe dans un repos relatif, et qu'elle contribue à empêcher, dans une certaine mesure, le détachement d'embolies septiques ou simplement oblitérantes.

Malheureusement, tous ces moyens ne sont que palliatifs, et la mort est la terminaison trop fréquente des endocardites infectieuses infectantes, surtout lorsqu'elles affectent la forme pyohémique.

XXII. — RÉTRÉCISSEMENT MITRAL.

- I. OBSERVATION.
- II. CARDIOPATHIES ET ÉTAT DE GESTATION.
- III. INCONSTANCE DES SIGNES CLINIQUES DU RÉTRÉCISSEMENT MITRAL.
- IV. TRAITEMENT DES PALPITATIONS RÉFLEXES.

I. — Observation.

Voici une femme âgée de vingt-sept ans, d'apparence robuste, qui vient nous consulter parce qu'elle souffre d'oppression continuelle, de palpitations et qu'elle présente quelques troubles digestifs : inappétence, éructations, lenteur de la digestion.

Les antécédents *personnels* sont bons ; elle présente, au côté droit de la face, un angiome congénital. Jamais elle n'a eu de maladie grave, jamais de rhumatisme, ni de manifestations d'origine arthritique. Elle affirme avoir été réglée de bonne heure, sans cependant pouvoir nous donner la date précise de son premier flux menstruel ; depuis lors, elle dit avoir toujours été réglée d'une façon régulière, bien que ses époques aient plutôt tendance à avancer et se reproduisent, d'une façon pour ainsi dire normale, toutes les trois semaines.

Mariée à vingt ans, elle a eu deux grossesses, qui se sont terminées à terme par la naissance de deux enfants vivants et bien portants. Pendant la première grossesse, elle ne signale aucun phénomène anormal ; pendant le cours de la seconde, elle dit avoir eu de l'oppression, une certaine gêne respiratoire quand elle marchait ou montait un escalier, mais cependant à aucun moment cette oppression ne lui occasionna une gêne telle qu'elle eût été obligée de s'aliter et de consulter un médecin.

Les antécédents *héréditaires* nous fournissent quelques