

organes viscéraux, on peut voir simultanément une autre série d'accidents liés à la présence d'*embolies artérielles*. Ellis (1877) a vu ces embolies siéger dans les *artères de la jambe gauche* et Fenwick, la même année, les a rencontrées dans l'*artère axillaire*. Carrié a rapporté le cas d'une jeune fille de quatorze ans atteinte d'endocardite infectante, chez laquelle survinrent à la fois des infarctus de la rate, des reins, et une embolie de l'*artère radiale droite*; Esquedo signala le cas curieux d'un sujet frappé à la fois d'embolie dans l'*artère cérébrale moyenne*, dans les *artères axillaire et poplitée*. L'embolie *mésentérique*, décrite par Jaccoud, produit dans l'intestin grêle des ulcérations qui ont une certaine analogie avec celles de la fièvre typhoïde, mais en diffèrent par leur siège, qui n'a aucun rapport avec les follicules glandulaires intestinaux et n'est point systématiquement localisé vers le voisinage de la valvule de Bauhin, par l'aspect des bords de l'ulcération, qui sont vascularisés, rougeâtres et non taillés à pic, enfin par la présence de petites hémorragies interstitielles. Ces ulcérations sont la cause fréquente de diarrhées profuses et fétides qui peuvent être teintées de sang ou se transformer en véritable *melæna*.

Les embolies migratrices peuvent encore s'arrêter dans l'épaisseur de la *peau*, et certaines éruptions érythémateuses, de même que des taches de purpura, ont pour origine de petites embolies capillaires dans les ramuscules cutanés.

On comprend de suite la gravité de semblables accidents : lorsque l'embolus est assez volumineux pour obturer complètement l'artère principale d'un membre, et qu'une circulation collatérale est insuffisante à rétablir le cours du sang, on observe d'abord la suppression des battements artériels, le refroidissement du membre, des sensations douloureuses aux extrémités : fourmillements, piqûres, puis de l'insensibilité complète, de la parésie motrice, de la cyanose et enfin de la gangrène sèche. La plupart de ces symptômes se retrouvaient dans un cas d'embolie de l'*aorte* (Potain, Barié, 1879) observé à l'hôpital Necker chez une femme de trente ans atteinte d'endocardite infectante d'origine puerpérale : elle fut frappée de paraplégie et en quelques jours, on vit survenir au niveau du talon et des orteils des phlyctènes noirâtres suivies de plaques de sphacèle. A la suite d'embolies intéressant sans doute le système artériel de la bouche, Eichhorst observa de la gangrène de la luvette et des régions de voisinage.

Enfin les artères des *organes des sens* peuvent être également intéressées : des troubles oculaires avec cécité subite ont été la conséquence d'*embolies de l'artère ophthalmique* (de Graefe, Liebreicht) laquelle dans d'autres circonstances fut suivie d'ophtalmie purulente à marche rapide (Lancereaux). Dans d'autres circonstances, on a vu la gangrène de la rétine survenir à la suite d'*embolies rétinienne* (Kahter et Litten).

Enfin des *hémorragies* ne sont point rares à cette période ; les unes sont liées à la présence des infarctus, des embolies capillaires viscérales ou cutanées, les autres sont la conséquence de l'altération profonde que subit le liquide sanguin sous l'influence de l'empoisonnement par les germes infectieux ou par les toxines. La plus fréquente de ces hémorragies est l'*épistaxis*, viennent ensuite le *melæna*, l'*hématurie*, le *purpura cutané* et plus rarement l'*apoplexie pulmonaire*.

Alors qu'*au point de vue bactériologique*, les infections pneumococciques répondent de préférence à la forme typhoïde, la forme pyohémique au contraire appartient de préférence aux *streptocoques* et aux *staphylocoques* (Jaccoud).

C. AUTRES FORMES CLINIQUES. — La prédominance de certains accidents cérébro-spinaux, ou dans d'autres cas, d'accidents d'origine cardiaque, a permis à quelques auteurs de décrire une forme méningitique et une forme cardiaque de l'endocardite maligne.

Dans la *forme méningitique*, proposée par Osler qui en observa 3 cas, le tableau clinique ressemble à s'y méprendre à celui de la *méningite cérébro-spinale*. Les malades se plaignaient d'une céphalalgie grave, très douloureuse, et d'une rachialgie violente, accompagnées de raideur à la nuque, de délire, de strabisme, de vomissements répétés, de crampes, de contractures, de fourmillements dans les membres, d'hypéresthésie et de mouvements convulsifs. La mort survint au milieu de ces phénomènes d'excitation ou dans un état de coma absolu.

Dans le plus grand nombre des faits, comme ceux de Homolle¹, de Habershon, etc., on trouva des *exsudats purulents* sur les *méninges cérébro-spinales* ; dans certains cas où l'endocardite relevait d'une infection pneumococcique (Netter, Weichselbaum), on retrouva le pneumocoque dans les exsudats méningés ; on y a rencontré encore des diplocoques (G. Lion).

On peut se demander dans tous ces cas, si l'infection causale n'a pas frappé en même temps le cœur et le système nerveux cérébro-spinal, plutôt que de rattacher la méningite à l'endocardite.

La *forme cardiaque* est surtout constituée par des troubles du côté du cœur de la plus haute gravité accompagnés d'un état fébrile intense et de signes généraux d'infection profonde de l'économie. On note des douleurs précordiales, des palpitations, des perturbations dans le rythme cardiaque et une dyspnée angoissante.

Cette forme est assez rare ; Heineman² en a signalé un cas très

1. Homolle, *Bullet. Soc. Anat.*, 1875.

2. Heineman, *Méd. Record.*, New-York, 1881.

curieux chez un jeune garçon de quatorze ans ; à l'auscultation on n'avait jamais rien trouvé d'anormal du côté du cœur.

Quelle que soit d'ailleurs la prédominance de leurs symptômes, ce qui caractérise principalement l'évolution des formes que nous venons de décrire, c'est la rapidité de leur évolution ; elles constituent à ce point de vue, ce qu'on pourrait appeler les *formes rapides* de l'endocardite maligne. A côté d'elles, Jaccoud a décrit des *endocardites infectieuses malignes à marche lente* dont la durée est de six, huit, dix, douze semaines et même davantage ; il distingue dans ce groupe, trois variétés distinctes :

Une forme fébrile, une forme apyrétique et une forme à poussées successives.

a. La *forme fébrile lente* est caractérisée surtout par des accès fébriles à retour périodique, avec frisson initial, chaleur et transpiration abondante avec ou sans éruption de miliaire. Les frissons peuvent revenir tantôt avec le type quotidien, tantôt avec le type tierce. L'affection est presque toujours prise pour une *fièvre paludéenne*, d'où le nom d'endocardite à *forme intermittente*. Elle peut se prolonger un temps assez long après avoir présenté une accalmie de quelques jours, suivie de retour d'un nouveau frisson et d'un nouvel état fébrile. Si le paludisme semble ne pas devoir être admis, on pense alors à une *tuberculose pulmonaire aiguë* jusqu'au jour où les symptômes cardiaques arrêtent le diagnostic définitivement vers le cœur. Eichhorst a signalé plusieurs faits analogues.

b. Dans la *forme apyrétique*, le début est insidieux, difficile à préciser ; ce qui domine c'est un état d'adynamie extrême : le malade devient pâle, anémique, il a le teint terreux ; on note surtout vers la fin, de la diarrhée, des vertiges, de la tendance aux lipothymies et à la syncope.

c. Dans la *forme à poussées successives*, on observe des jours d'apyrexie avec état de santé parfait en apparence, suivis d'apparition brusque et rapide de frissons et de fièvre avec état typhoïde.

La *durée* de ces formes lentes, dont le pronostic est grave, mais non fatal, est extrêmement variable et peut s'étendre bien au-delà de celle des formes rapides ; on les a vues persister de douze à cent et même cent cinquante jours (Jaccoud).

Marche, Durée, Terminaisons. — Quelle que soit la prédominance des accidents, typhoïdes ou pyémiques, l'évolution des endocardites malignes infectantes, est *fatale dans l'immense majorité des cas* ; mais au point de vue de la marche, la distinction établie par Jaccoud, en formes à *marche rapide* et à *marche lente*, est parfaitement justifiée.

Le plus souvent il est vrai, les accidents ne tardent guère à s'aggraver : les malades tombés dans une adynamie profonde sont dans un état de somnolence ou de stupeur perpétuelles quoique l'intelligence persiste souvent pendant fort longtemps ; l'amaigrissement est considérable, la face grippée, le pouls est mou, petit, à peine perceptible, les bruits du cœur sont très affaiblis, parfois irréguliers, et il n'est pas rare alors de voir disparaître les bruits de souffle qu'on avait constatés pendant la période d'état. Les malades s'éteignent ainsi peu à peu, dans un *coma ultime*, ou quelquefois dans une véritable algidité cholériforme succédant à une diarrhée incoercible (Trousseau).

Dans la *forme typhoïde*, la *durée* est généralement *plus longue*, et la mort survient quelquefois après une série de rechutes et de rémissions, au bout de deux, trois et même quatre semaines ; exceptionnellement les malades ont pu vivre pendant sept (Friedreich), neuf (Pepper) et même au-delà de dix semaines (Jaccoud). Dans un cas d'endocardite puerpérale de Luzet et Ettlinger (1891), la malade vécut pendant cinq mois. Toutefois, il existe des cas à *marche* extraordinaire-ment *rapide*. Eberth a rapporté le fait d'un homme qui en quelques heures, présenta un ensemble typhoïde grave avec hyperthermie et attaque de coma ; la mort arriva le surlendemain et on constata à l'autopsie des ulcérations sur les sigmoïdes aortiques et des infarctus suppurés dans le cerveau.

Si les *accidents de pyémie* sont dominants, la vie ne se prolonge guère au-delà de dix à douze jours.

La *mort* est la *terminaison habituelle des endocardites malignes* ; le plus souvent elle est le fait de l'intoxication profonde de l'économie, et le malade succombe dans l'adynamie et le coma ; dans d'autres circonstances, l'issue fatale est précipitée par une des complications qui peuvent éclater dans le cours de la maladie.

Dans les cas exceptionnels où la *guérison* est survenue (Sansom, Gilbert Smith, Eichhorst) les malades sont restés porteurs d'une lésion valvulaire indélébile.

Complications. — La *pleurésie* qui complique les endocardites malignes n'est souvent décelée que par l'auscultation régulière du malade ; son début est obscur, par cela même elle risque de passer inaperçue. Dans la forme pyémique de la maladie ou dans le cours de l'endocardite d'origine puerpérale, elle peut consister en un épanchement purulent dont l'abondance nécessite quelquefois une intervention active. Ces pleurésies, dans un grand nombre de cas, doivent être considérées moins comme des complications de la maladie cardiaque, que comme l'expression locale vers la plèvre du poison morbide qui a produit l'endocardite ; ce sont des *pleurésies infectieuses d'emblée*.