

gite sont seulement des localisations différentes de la même infection qui a agi sur tous deux en même temps.

Nous bornerons là l'étude du diagnostic différentiel de l'endocardite maligne et des principaux états infectieux avec lesquels on pourrait la confondre chez l'adulte ; ne pouvant passer en revue chacun de ces états, il nous suffira d'avoir indiqué ceux qui prêtent davantage à la confusion.

b. Lorsque l'endocardite infectante se manifeste chez le *vieillard* et que les signes fournis par l'auscultation du cœur sont de trop peu de valeur pour aider au diagnostic, elle pourra être confondue principalement avec les états typhoïdes si souvent liés à l'*urinémié* résultant de quelque affection chronique vésico-prostatique ou à certains cas de *lithiase biliaire* compliquée de cholécystite, fréquente chez les vieux calculeux.

c. Chez l'*enfant*, la maladie est rare, puisqu'on en a cité à peine une douzaine de cas. Toutefois il est bon d'être prévenu de la possibilité du fait ; dès le début, lorsque l'enfant présente seulement de la fièvre, de la prostration ou plus souvent de l'agitation, on peut penser à l'apparition prochaine d'une *fièvre éruptive* ou d'une *méningite*, et c'est dans ce sens qu'il faut s'enquérir de la date exacte du début des accidents, et tenir grand compte de certains phénomènes, comme la présence de catarrhe des voies respiratoires supérieures et des épistaxis pour la rougeole, de l'angine pharyngée pour la scarlatine, des vomissements, de la céphalalgie et de la constipation pour la méningite.

L'*ostéo-myélite* pourra souvent faire hésiter le diagnostic, à cause de la soudaineté et de la gravité des accidents vers les jointures : gonflement et douleurs pseudo-articulaires. Ce diagnostic est d'autant plus délicat que les accidents infectieux du côté du cœur peuvent succéder au phlegmon ostéo-périostique.

Enfin, dans les cas douteux, quelle que soit la forme clinique présentée par l'endocardite maligne, la production d'infarctus viscéraux ou d'embolies artérielles (André Petit) fournira un élément de la plus haute importance en faveur de l'endocardite.

B. — Endocardite chronique.

Etiologie. — *a.* Le plus souvent elle est le *reliquat d'une endocardite aiguë* dont le début remonte parfois à une date fort éloignée ; mais il est des cas où l'on ne peut rattacher l'affection cardiaque à une des nombreuses causes que nous avons étudiées, et dans ce cas elle reconnaît pour origine une infection dont l'agent pathogène est encore mal déterminé ou même inconnu (endocardites cryptogéniques).

b. Cependant chez un certain nombre de malades, on a pu rattacher l'affection cardiaque, *chronique d'emblée* sans doute, au processus scléreux, à l'*artériosclérose*, et elle est alors accompagnée de manifestations multiples de cette dernière affection.

c. On a signalé encore d'autres conditions pathologiques susceptibles de provoquer *d'emblée* l'endocardite chronique ; notamment l'*intoxication saturnine* (Duzoriez, 1867). Mais cette influence pathogénique est encore discutable, et dans certains faits, le saturnisme paraît provoquer l'endocardite par l'intermédiaire de l'artériosclérose dont il est un des facteurs principaux. Il en est de même de l'*alcoolisme* qui accompagne si fréquemment l'artériosclérose.

d. L'influence du *diabète* serait mieux démontrée d'après Lécorché¹, qui a pu réunir 14 cas d'endocardite, dont 10 chez la femme, indemnes absolument de rhumatisme ou d'alcoolisme ; elle siège presque toujours sur la valvule mitrale. Cette endocardite qui surviendrait surtout dans les formes aiguës ou subaiguës du diabète, mais à une période avancée de cette maladie, présente une marche insidieuse et reste longtemps fruste. Dans ces cas, le sucre contenu dans le sang des diabétiques, agirait à la façon d'un toxique, amenant peu à peu un trouble de nutrition sans doute de nature inflammatoire.

e. La *maladie de Bright* se complique quelquefois d'endocardite chronique dont l'origine, de même que celle de l'affection rénale, remonte le plus souvent à une cause commune qui est l'artériosclérose.

d. Sénac, Ricord, Virchow (1858), Lebert, Jullien, etc., ont cru pouvoir rattacher à la *syphilis*, certaines altérations de l'endocarde. On a décrit des végétations en forme de condylomes sur les valvules (Corvisart), et dans un autre cas, une ulcération des sigmoïdes aortiques, capable de contenir un haricot, et provenant de la fonte d'une gomme syphilitique (Oppolzer). La question a encore besoin d'être étudiée ; rappelons cependant que les lésions aortiques proprement dites, d'origine syphilitique, sont admises par la grande majorité des auteurs.

Anatomie pathologique. — Les lésions qui caractérisent l'endocardite chronique ne sont que la transformation lente et progressive de celles qui constituent l'état aigu : elles sont constituées surtout par des *altérations scléreuses*, et par des *dégénérescences* : *cartilagineuse, calcaire, ossiforme* des lames valvulaires et de leurs annexes : cordages tendineux, etc. Ces altérations peuvent aussi s'établir chroniquement d'emblée, à la façon des lésions chroniques du système artériel, qui se développent pas à pas, lentement, mais d'une façon continue, dans l'alcoolisme, le saturnisme chronique, ou plus simplement dans l'âge sénile.

¹ Lécorché. — *Arch. gén. de Médecine*, 1882.

1. Les *lésions scléreuses* sont caractérisées par l'épaississement, l'induration des rebords valvulaires coïncidant plus ou moins avec des lésions végétantes, nodosités verruqueuses, masses mamelonnées, plus ou moins développées.

Les *valvules* ainsi altérées sont parfois soudées, adhérentes par leurs commissures et incapables désormais d'obturer complètement l'orifice auquel elles répondent. De plus, les *cordages tendineux* envahis par le même travail scléreux, sont épaissis, rigides et subissent peu à peu un *raccourcissement* par rétraction nodulaire. Enfin les *anneaux fibreux* sont souvent épaissis, résistants, et souvent plus étroits.

La rétraction du tissu scléreux des valvules et des cordages, ainsi que les brides et les froncements dus aux adhérences réciproques des replis valvulaires, engendrent des modifications considérables du côté des orifices qui sont déformés, rétrécis, transformés en sorte d'entonnoir à bords rigides et inextensibles. Dès lors les valves ne peuvent plus s'affronter, il y a *rétrécissement orificiel* et *insuffisance valvulaire*.

2. Dans d'autres cas, les lésions sont surtout constituées par des *végétations* plus ou moins volumineuses, siégeant sur la face auriculaire des valvules mitrale et tricuspide et sur la face ventriculaire des sigmoïdes artérielles. Ces végétations peuvent former une masse unique, tomenteuse, ou siéger isolément en nombre et en volume variables. Elles sont dures, inégales, rugueuses, sessiles, d'aspect framboisé, ou muriforme, et peuvent ressembler à des papillomes, ou encore à de petits polypes lorsqu'elles sont pédiculées.

Enfin elles peuvent subir une véritable *incrustation calcaire*, ou *ossiforme*.

Elles sont recouvertes parfois de dépôts fibrineux qui, détachés et entraînés par le torrent sanguin, vont former des embolies, suivant leur volume dans les vaisseaux de premier ordre, ou dans les artérioles et les capillaires.

Enfin, ces altérations chroniques de l'endocarde valvulaire peuvent devenir le point d'appel pour les germes infectieux introduits dans l'économie par une voie quelconque (peau et muqueuse) et donner lieu ainsi à une *endocardite infectante maligne, secondaire* de la plus haute gravité.

Symptomatologie. — L'endocardite chronique étant constituée par des lésions indélébiles intéressant les orifices cardiaques et leur appareil valvulaire, son étude symptomatologique est variable et se confond nécessairement avec celle qui caractérise chacune des lésions valvulaires en particulier.

Endocardite pariétale.

Nous avons vu que dans l'immense majorité des cas, l'endocardite se localise sur l'appareil valvulaire, de là les noms de *cardivalvulite* ou d'*endocardite valvulaire* qu'avait proposés Bouillaud. Cependant l'endocardite peut encore se localiser sur les parois des cavités cardiaques, c'est l'*endocardite pariétale*, tantôt sous forme de plaque isolée, tantôt associée à la cardivalvulite¹.

L'*oreillette gauche* est un des sièges de prédilection de la lésion ; Bouillaud (1841) en a rapporté trois cas dans lesquels la face interne de cette cavité était ridée, chagrinée, opaque, épaissie et « offrait l'aspect d'une membrane fibreuse » ; elle se détachait difficilement de la couche musculieuse sous-jacente. Cornil (1874) a vu sur l'endocarde de l'oreillette gauche de petites végétations verruqueuses et un grand nombre de villosités denses, effilées. Les *muscles papillaires* peuvent être également le siège de petites plaques nacrées d'endocardite pariétale. Celle-ci se retrouve encore accompagnant les *végétations globuleuses* décrites par Laënnec : au-dessous de celles-ci en effet, l'endocarde est épaissi, enflammé et adhère intimement à ces végétations auxquelles il sert de point d'insertion. De même dans tous les cas où l'on rencontre sur le myocarde des foyers de *sclérose* (myocardite interstitielle chronique, cardiosclérose) on trouve dans la région sous-jacente des plaques nacrées, fibroïdes d'endocardite pariétale (Letulle). Celle-ci a été notée encore dans d'autres conditions : on l'a rencontrée sur la face interne de l'infundibulum du ventricule droit, dans sa moitié externe (Talamon, 1879).

L'endocardite pariétale se retrouve encore dans cette altération curieuse décrite sous le nom de *rétrécissement sous-aortique* (Norman Chevers, Vulpian), (*voir rétrécissement aortique*) causée par une véritable *endo-myocardite* probablement d'origine foetale ainsi que dans le *rétrécissement préartériel* ou infundibulaire de l'*artère pulmonaire* (Dittrich, 1849, Jaccoud, E. Barié, 1895). Dans ce dernier cas, il y a au début endocardite pariétale du ventricule droit, localisée au niveau de l'infundibulum avec propagation inflammatoire à la couche sous-jacente du myocarde. Dans ce cas, l'endocarde de couleur grisâtre, opaline, présente des tractus analogues à du tissu de cicatrice ; au-dessous le myocarde est pâle, scléreux, dur à la coupe.

Enfin on sait que les *anévrismes partiels du cœur* sont dus le plus souvent à une endo-myocardite pariétale chronique, sorte de tissu de cicatrice d'un foyer de myomalacie par oblitération plus ou moins

1. E. Barié. — L'Endocardite pariétale. — Presse médicale, 6 Décembre 1899.

complète des artères coronaires sous l'influence de l'artériosclérose (Wickham Legg, Leyden, Nicolle).

Tous ces groupes forment ce qu'on peut appeler l'endocardite pariétale, simple, bénigne; tantôt *isolée*, ou le plus souvent *associée* à la *myocardite sous-jacente* et dans quelques cas même à de la *péricardite localisée*.

Dans des cas plus rares, on a rencontré l'endocardite pariétale ulcéreuse infectante. Elle a été trouvée sur la paroi ventriculaire (Herzfelder, 1860, Mackenzie, 1861), sur la paroi auriculaire (Lépine, 1869) et le travail ulcéreux donne naissance à un *anévrisme partiel aigu* du cœur. Dans d'autres circonstances, l'endocardite pariétale ulcéreuse peut être suivie de rupture des *cordages tendineux* ou des *piliers charnus* du cœur, de l'ulcération et de la perforation de la fosse ovale, et plus fréquemment encore d'une *perforation* de la *cloison interventriculaire*, ou même de l'origine de l'aorte (Bouillaud).

La perforation du septum peut se produire sur toute l'étendue de celui-ci, mais elle se fait presque toujours à la partie supérieure de cette cloison, laquelle dépourvue de fibres musculaires, est formée par l'adossement des endocardes gauche et droit. Cette perforation dont H. Ch. Fournier a réuni 8 cas (*Th. Paris 1884*) est de grandeur variable, et présente des bords sinueux, dentelés, inégaux, recouverts de petites masses végétantes ulcérées, et obstruée plus ou moins par des caillots. Elle se distingue par ces caractères des perforations congénitales dont les bords sont nets, minces, lisses et transparents.

Comme on le voit, l'étude anatomique de l'endocardite pariétale est assez bien fixée, malheureusement son *histoire clinique* reste encore à faire tout entière.

Traitement. — A. ENDOCARDITES INFECTIEUSES BÉNIGNES. —

1° *Traitement prophylactique.* — Lorsqu'on se trouve en présence d'un malade atteint d'une de ces nombreuses affections qui ont une si fâcheuse influence pathogénique sur l'endocardite, est-il possible d'aller au devant des accidents qui menacent le patient et d'*empêcher le développement de la maladie cardiaque*? C'est là un point qui a exercé la sagacité des cliniciens, justement convaincus de la faiblesse de nos moyens dès que l'endocardite est constituée. Pour arriver à ce but, chez les rhumatisants par exemple, qui forment la grande majorité des sujets exposés à l'endocardite, Jaccoud (1862) et Gerhardt ont insisté sur l'emploi de la *médication alcaline* dont les propriétés antiplastiques s'opposeraient à l'organisation des produits et à la formation des coagulations intra-cavitaires; Herbert Davies (1864), toujours dans le même but prophylactique, préfère le traitement externe par les topiques, et propose de couvrir les articulations malades de

larges *vésicatoires* de façon à produire une dérivation énergique du processus phlegmasique. Cette médication a été recommandée depuis à plusieurs reprises par Richard Caton (1899). D'autres auteurs, comme Stricker, Senator, ont prétendu que le *salicylate de soude* est le véritable traitement préventif de l'inflammation de l'endocarde, et Potain de son côté a vivement insisté sur la médication salicylée comme traitement prophylactique de l'endocardite rhumatismale. Au contraire, Jaccoud a recommandé tout particulièrement l'emploi du *tartre stibié*. On s'adressera de préférence au salicylate de soude qu'on continuera encore, par prudence, cinq à six jours au moins après la cessation des douleurs.

2° *Traitement curatif.* — Lorsque la maladie est constituée, il faut agir dès le début même, et avec énergie; les moyens thérapeutiques comprennent alors des topiques locaux, et un traitement général¹.

1° *Topiques locaux.* — Les antiphlogistiques ont été recommandés vivement par Bouillaud. « Plus encore que la péricardite, dit-il, l'endocardite réclame impérieusement le prompt et puissant secours des émissions sanguines... Toutefois le nombre et la date des émissions sanguines générales et locales seront déterminés par l'intensité de la maladie, la force et l'âge des sujets. » Cette méthode des *saignées* abondantes et répétées a été abandonnée par la plupart des cliniciens, car, si chez quelques sujets vigoureux et pléthoriques ayant une fièvre intense avec éréthisme cardiaque considérable, une phlébotomie peut être suivie d'une rémission notable, le plus souvent la saignée ne fait qu'exagérer l'anémie, déjà si profonde dans le rhumatisme.

L'usage des *ventouses scarifiées* au niveau de la région précordiale a remplacé la saignée; elles diminuent la fluxion cardiaque, sans doute par la dérivation locale et la perturbation nerveuse qu'elles produisent.

Gendrin (1842) a proposé d'appliquer sur la région du cœur une *vessie de glace* et de l'y laisser en permanence durant plusieurs jours. D'après lui, l'effet de ce topique est de diminuer immédiatement les douleurs locales, de calmer le tumulte des battements cardiaques et l'anxiété du malade; de plus, il réprime la violence de la fièvre, et abaisse la fréquence du pouls. A ces résultats, Silva, qui plus récemment a étudié l'action de la glace sur la région précordiale, ajoute qu'elle provoque une impulsion cardiaque plus énergique et une action diurétique très notable. Pour mon compte, j'ai employé quelquefois ce procédé dans toute sa rigueur et n'en ai retiré que des résultats

1. Nous ne ferons que résumer ici les points principaux du *traitement de l'endocardite*, que nous avons déjà exposé ailleurs. (Voir *Traité de Thérap. appliquée*, fasc. X, p. 226, Paris, 1897). Voir encore : *Prophylaxie de l'endocardite rhumatismale*; Presse médicale, 1900.

incertains ; j'ajoute que l'emploi, en permanence, du froid excessif dans le cours d'un rhumatisme polyarticulaire aigu n'est pas toujours sans danger. Le peu de certitude du résultat, et le danger possible de l'application, font qu'on ne saurait recommander ce moyen thérapeutique.

Les *vésicatoires* sont d'un emploi plus commode et plus généralisé ; on peut les appliquer sur la région précordiale, avec les *précautions antiseptiques* nécessaires, après les avoir fait précéder d'une série de ventouses scarifiées, surtout dans les formes fébriles, à allure franchement phlegmasique ; parfois ils sont prescrits d'emblée, dans les formes subaiguës par exemple. Ces vésicatoires peuvent être renouvelés plusieurs fois. Bouillaud a proposé, en remplacement du pansement ordinaire, l'usage de la *poudre de feuilles de digitale* à la dose de 0^{gr},30 à 0^{gr},40, avec laquelle on recouvre la plaie produite par l'emplâtre vésicant ; c'est un procédé que nous ne saurions conseiller.

Enfin, dans les formes subaiguës, on pourra se contenter de plusieurs applications de *pointes de feu*, et plus tard, la révulsion cutanée sera entretenue par des badigeonnages répétés de *teinture d'iode*.

Quelques auteurs ont préconisé les larges *frictions au-devant du cœur*, avec la teinture alcoolique de digitale ; ce mode est, sinon insuffisant, du moins tout à fait infidèle.

En résumé, c'est aux agents de révulsion énergique : ventouses scarifiées, vésicatoires volants, pointes de feu, badigeonnages iodés, qu'on recourra dans le traitement local de l'endocardite aiguë.

2^o *Traitement général.* — La nature de l'endocardite n'a fourni jusqu'ici que peu d'indications à la thérapeutique ; ce qu'on doit dire cependant, c'est que dans le traitement de l'endocardite aiguë ou subaiguë de nature rhumatismale, la plus fréquente de toutes, l'emploi immédiat du *salicylate de soude* s'impose au clinicien ; d'emblée on prescrira une dose quotidienne de 4 à 5 grammes, et plus encore s'il s'agit de la forme franchement aiguë. Jaccoud (1896), s'appuyant sur son expérience personnelle et sur des statistiques empruntées à Donald Hood (1881), à Coupland, à G. Smith, à Badt, etc., s'est élevé contre cette manière de faire et a déclaré que le salicylate de soude n'exerce d'action thérapeutique efficace qu'à l'égard des manifestations articulaires du rhumatisme aigu, mais n'en exerce aucune sur les complications viscérales, précoces ou tardives qui peuvent survenir pendant le cours de la maladie. Malgré cette assertion, qui était également celle de G. Sée, il semble cependant que l'emploi du salicylate ait donné des résultats appréciables entre les mains d'un grand nombre de cliniciens. Nous nous croyons donc autorisé à en recommander l'emploi, non seulement dès le début de l'endocardite, mais encore à une période plus tardive ; c'est d'ailleurs l'opinion du prof. Potain : « C'est

à mon avis un devoir, dit-il, quand chez un rhumatisant les signes de l'endocardite survivent aux manifestations articulaires, de continuer l'emploi du médicament (salicylate de soude) jusqu'à ce que le retour des bruits à l'état absolument normal indique une résolution complète des altérations valvulaires, ou jusqu'à ce qu'on ait acquis la triste conviction que la lésion organique définitivement constituée, est désormais hors des atteintes du remède ».

A la période subaiguë, et après l'emploi du salicylate de soude, on devra recourir à la *médication iodurée* : on donnera chaque jour, l'*iodure de potassium* ou de *sodium*, ce dernier mieux toléré, à la dose de 0,50 à 0,80 centigrammes en deux fois, et la médication sera poursuivie pendant plusieurs semaines ; on y ajoute quelquefois une petite dose d'*arséniat de soude* (0,002 milligr. à 0,005 milligr.), pris pendant le même laps de temps ou après avoir supprimé l'iodure.

Jaccoud, qui s'élève contre l'emploi du salicylate de soude, conseille de le remplacer par le *tartre stibié* à la dose de 0 gr. 40 chez l'homme adulte, et seulement de 0,30 chez la femme, pris par cuillerées à bouche toutes les deux heures. Le traitement est suivi durant trois jours environ, en observant un intervalle de repos de vingt-quatre heures entre chaque jour de médication stibiée. Dès la deuxième ou la troisième potion, Jaccoud a noté une diminution et même la disparition des signes stéthoscopiques. Ce traitement, qui aurait pour but de diminuer la formation des dépôts plastiques valvulaires et d'en préparer la résorption ultérieure, semble convenir surtout aux individus très vigoureux, ayant des manifestations fébriles intenses.

Les *préparations mercurielles*, et spécialement le calomel à doses fractionnées, vantées par Hope, Stokes et par Graves, n'ont donné que des résultats douteux ; leur emploi n'est d'ailleurs pas sans danger.

Lorsque la fièvre est intense de par le fait de l'endocardite, ce qui est rare d'ailleurs, les préparations de *quinine* rendront des services ; lorsqu'en plus de la fièvre on observe que les battements du cœur sont tumultueux, inégaux, et qu'il y a menace de stase circulatoire, c'est à la *digitale* qu'il faut recourir. Elle modère l'érythisme du cœur, en régularise et en ralentit les contractions et s'oppose à la dilatation aiguë du cœur.

La forme et les doses du médicament sont un peu variables suivant les auteurs. Quelques-uns prescrivent la teinture alcoolique, d'autres s'adressent de préférence à l'infusion ou à la macération de feuilles, qu'ils regardent comme plus actives ; c'est à ces modes de préparation que je m'adresse habituellement. Quant à la dose, on a prescrit depuis 0^{gr},20 jusqu'à 0^{gr},60 et même 1 gramme de feuilles. Il est absolument inutile de recourir à de pareilles doses, qu'on n'emploierait pas d'ailleurs sans provoquer des accidents certains d'intolérance. La meilleure manière me semble être la suivante : prescrire de 0^{gr},30

à 0^{gr},40 de feuilles à faire infuser ou mieux macérer dans 120 à 150 grammes d'eau, puis édulcorer avec 25 à 30 grammes d'un sirop diurétique tel que celui des cinq racines, ou encore celui d'uva ursi ; le tout est pris en quatre fois dans les douze heures. Sous l'influence de cette médication dont les effets ne se manifestent guère que vingt-quatre à quarante-huit heures après son ingestion, on note un ralentissement manifeste du pouls, les battements du cœur sont moins violemment frappés, et les accidents dyspnéiques ne tardent pas à s'amender. Toutefois, à cause du pouvoir accumulatif de la digitale, cette médication ne peut être prescrite que pendant quelques jours seulement (cinq à six en moyenne), sous peine de voir survenir des nausées, des vomissements persistants, signes d'intolérance digitale.

La saveur âcre de la digitale engage quelquefois à lui substituer la *digitaline* ; on prescrira alors de préférence la *solution alcoolique au millième de digitaline cristallisée*, de Nativelle à doses faibles, par exemple 10 gouttes par jour durant trois à quatre jours, prises dans un quart de verre d'eau, le matin à jeun de préférence ; s'il est nécessaire, on reviendra encore une fois à la même médication, soit à la même dose, soit à dose moitié moindre, suivant l'effet obtenu la première fois. Enfin, on pourra prescrire aussi comme succédané de la digitale : le *strophantus*, à la dose de 1 à 3 milligrammes d'extrait par jour.

Dans d'autres circonstances, le sulfate ou mieux le chlorhydrate de *quinine* est d'un bon effet. Son action se résume à la fois en un ralentissement du cœur avec conservation de la vigueur contractile, et dans un abaissement de température.

Dans les formes subaiguës, beaucoup plus fréquentes, et lorsque les signes d'excitation cardiaque sont moindres, c'est aux sédatifs du cœur qu'il faut s'adresser, et surtout aux bromures alcalins. On prescrira le *bromure de potassium* ou mieux de *sodium* à la dose de 3 à 4 grammes par jour. La préférence à accorder aux sels de sodium sur ceux de potassium n'est point résolue définitivement. Toutefois l'usage des sels de sodium est préférable car ils sont mieux supportés par l'estomac et n'ont aucune action nocive sur les fibres musculaires du cœur.

À côté des bromures, la *valériane* et surtout les valérianiques sont des agents sédatifs excellents ; on prescrira spécialement, soit des pilules formées en parties égales de poudre et d'extrait de valériane (0,10 centigr. de chaque environ, à la dose de quatre à cinq par jour) ou mieux encore la solution de valérianate d'ammoniaque, dite de Pierlot, à la dose de 2 à 3 cuillerées à café par jour.

Ce traitement devra se compléter par certaines règles d'hygiène sévère, et par une *diététique* appropriée.

Le malade, qui gardera un repos absolu au lit, dans le calme complet et dans une chambre à la température de 18° environ, sera soumis à un régime doux et d'une digestion aisée. Le lait, les laitages, les bouillons, les œufs, les gelées de viande, les boissons fraîches, un peu acidulées seront prescrits avec utilité.

Plus tard, au moment de la sédation des accidents du début, le régime alimentaire sera moins sévère, enfin il pourra être utile de recommander *quelques toniques qui combattent l'anémie* temporaire qui fait si souvent suite au rhumatisme articulaire aigu.

B. ENDOCARDITES MALIGNES. — Le traitement des endocardites infectantes malignes, est resté jusqu'ici complètement impuissant ; si l'on peut en effet pratiquer rigoureusement l'asepsie de la porte d'entrée des germes pathogènes, on ne peut s'opposer à l'infection déjà commencée. On a employé successivement le *salicylate* et le *benzoate de soude*, les *sels de quinine*, le *carbonate d'ammoniaque*, le *musc*, le *bichlorure de mercure*, etc. La thérapeutique est purement palliative et doit se borner à relever les forces du malade. L'*alcool*, les *potions cordiales*, le *quinquina*, le *vin de Champagne*, l'*éther*, la *liqueur d'Hoffmann*, l'*esprit de Mindérérus*, le *café*, les préparations de *kola* sont, à cet effet, les toniques les plus recommandables. Contre les défaillances du cœur, la *digitale*, la *spartéine* et surtout la *caféine*, seront d'un utile secours. Fraentzel a recommandé la *quinine* à haute dose. Lorsque l'adynamie et les accidents typhoïdes sont menaçants, on doit recourir aux *injections intra-veineuses ou sous-cutanées de sérums artificiels*, pratiquées suivant la technique habituelle.

Douglas Powel prétend avoir traité avec succès 12 endocardites malignes, avec le sérum antistreptococcique, et Moritz a eu un succès avec le même traitement.

Dalché¹ a compté une guérison, avec l'emploi des injections intra-veineuses.

C. ENDOCARDITE CHRONIQUE. — Le traitement de l'endocardite chronique se confond avec celui des lésions valvulaires chroniques ; il sera indiqué ultérieurement.

1. Dalché, Soc. Méd. des hôpit., janvier 1897.