

isolés ou très atténués, et dans ce cas, elle peut être confondue avec quelques autres affections.

a. L'endocardite aiguë peut survenir dans le cours de certaines maladies infectieuses aiguës au même titre que la myocardite : dans la scarlatine par exemple ; par contre, elle est certainement plus rare que la myocardite, à la suite de la fièvre typhoïde. Comme la myocardite, l'endocardite aiguë est caractérisée, au début, par des altérations dans le timbre des bruits du cœur : ils sont, non point atténués mais assourdis, amortis pour ainsi dire ; de plus, ce caractère ne va jamais jusqu'à la disparition totale du bruit, comme dans les myocardites. Enfin, à moins qu'il ne s'agisse d'endocardite infectante, jamais la maladie ne retentit sur l'état général, et les troubles fonctionnels du cœur sont nuls ou à peine indiqués.

b. Pendant le cours de la fièvre typhoïde, la myocardite aiguë avec collapsus, peut être confondue avec l'état grave résultant d'une perforation intestinale suivie de phénomènes de dépression extrême avec algidité. Le diagnostic différentiel parfois délicat, s'appuiera dans le cas de perforation intestinale, sur le tympanisme abdominal, la douleur localisée (quelquefois d'ailleurs à peine sensible dans les cas de collapsus extrême), la fréquence des vomissements et l'arrêt des évacuations. De plus, les malades présentent un facies grippé, terreux, les yeux cerclés de noir et enfoncés dans l'orbite : c'est le facies bien spécial dit *facies abdominal*. Sans doute, dans la perforation comme dans la myocardite, le pouls est petit, misérable, mais les signes cardiaques, si importants dans la myocardite font presque totalement défaut ; au contraire, les accidents abdominaux prennent le pas dans l'ensemble clinique, et par contre, restent nuls dans la cardiopathie.

c. Chez les malades nerveux, impressionnables, atteints de fièvre typhoïde et traités par les bains froids, on observe quelquefois dans le bain même, des lipothymies, des tendances syncopales, accompagnées de signes de collapsus : refroidissement profond, aspect livide, violacé de la face et des extrémités, pouls petit, misérable. Ces accidents, dûs en partie au manque de réaction de la part du malade, disparaîtront, si on le soumet, non plus au bain froid de 20°, mais aux bains frais de 30°, qu'on pourra dans la suite, refroidir jusqu'à 25°, suivant l'état de tolérance du malade. Cet état de *collapsus par la balnéation froide*, ne sera pas confondu avec celui de la myocardite, qui est généralement précédé de troubles cardio-vasculaires nombreux que nous avons signalés antérieurement.

Traitement. — Quelques auteurs s'appuyant sur ce fait, parfaitement établi, que les bains froids favorisent la diurèse chez les typhiques, ont prétendu que ce mode de traitement était un excellent

moyen prophylactique contre la myocardite, en stimulant l'évacuation par les urines, des produits toxiques dûs à l'infection par le bacille d'Eberth : le fait n'est nullement prouvé.

A un autre point de vue, il faut savoir que les bains froids ne sont pas contre-indiqués chez un typhique dont le cœur faiblit et présente les premiers signes de myocardite. On les donnera cependant avec prudence : d'abord des bains tièdes avec affusions froides pendant le bain. Si le malade supporte bien ce traitement, on le continuera en arrivant peu à peu à donner le bain froid avec la technique habituelle ; de nombreux cas de guérison ont été observés en suivant cette pratique avec méthode.

Dans le cours de la fièvre typhoïde, dès que — par la petitesse et l'arythmie du pouls, de même que par la faiblesse extrême des bruits du cœur — on est conduit à soupçonner l'apparition de la myocardite, il faudra sans perdre de temps, ranimer le myocarde par les stimulants diffusibles et les toniques cardio-vasculaires. L'alcool, les vins généreux, l'éther, la liqueur d'Hoffmann, l'acétate d'ammoniaque, seront mis en œuvre.

De plus, pour ranimer l'énergie contractile du cœur, et prévenir la tendance au collapsus ou à la syncope, on fera agir la *digitale*, ou mieux encore, la *caféine* à dose élevée : 0,60 centigr. à 1^{er}, sous forme d'injections sous-cutanées, dont l'action est parfois si rapide et si puissante. On a proposé encore dans les cas graves de la *forme cardiaque*, avec abaissement énorme de la tension artérielle et collapsus cardiaque menaçant, de recourir aux injections sous-cutanées répétées et par séries méthodiques de *spartéine*, ou mieux *d'ergotiné* ou *d'ergotinine* qui ont sauvé parfois le malade d'une mort imminente par asthénie cardio-vasculaire (Masini, Demange, 1885). On donnera par jour en injection hypodermique, la valeur de 2 à 4 grammes d'ergotinine, ou d'un quart à un demi-milligramme au plus d'ergotinine, pour les vingt-quatre heures.

A un degré moindre, on pourrait encore s'adresser aux injections hypodermiques de *camphre* à la dose de 0,50 centigrammes à 1 gramme. Localement, on devra recourir sans tarder à la révulsion énergique : pointes de feu, ventouses, petits vésicatoires répétés, sur la région précordiale ; de plus, l'algidité parfois très grande sera combattue par les frictions sèches, au gant de laine, sur les membres supérieurs et les membres inférieurs qui seront ensuite entourés d'ouate, de flanelle et de cruchons d'eau chaude. Pour éviter les menaces de syncope, on recommandera le repos et l'immobilité absolue dans le décubitus dorsal ; plus tard, dans les premiers temps de la convalescence, le malade devra éviter la station verticale prolongée.

Enfin, le traitement sera complété par le régime lacté exclusif s'il y

a de l'albumine dans les urines, ou par une alimentation substantielle et d'une digestion facile, si les urines sont restées normales.

La *convalescence* demande également beaucoup de surveillance : le malade devra faire un long séjour à la campagne, et surtout jouir d'un grand repos physique et moral, en évitant les efforts, les longues marches, et tout ce qui peut exciter le cœur : alcool, thé, café, tabac.

2° MYOCARDITE AIGUE SUPPURÉE

Étiologie. — Cette seconde variété de la myocardite aiguë, signalée par Morgagni, Laënnec, et plus près de nous, par Andral, Virchow, est beaucoup plus rare que la précédente. Elle est caractérisée par de véritables *abcès du cœur* de volume variable survenant secondairement, à la suite de la plupart des *affections de nature septique* à microbes pyogènes : on l'a rencontrée dans *l'érysipèle, l'infection puerpérale, l'infection purulente chirurgicale, la morve, la diphthérie* (Savigné). Dans d'autres cas, elle se développe par propagation au myocarde, de petits abcès septiques développés d'abord dans le *péricarde*, dans *l'endocarde*, à la suite de *l'endocardite infectante à forme pyémique* (Baumgarten ; Richardière).

Anatomie pathologique. — *Siège.* — Les foyers purulents siègent de préférence dans le *ventricule gauche*.

Volume. — Il varie depuis celui de la tête d'une épingle à celui d'un gros pois.

Nombre. — Les abcès sont le plus souvent multiples, mais leur nombre est très variable.

Le pus est parfois infiltré d'une façon plus ou moins régulière entre les fibres du myocarde, tantôt, au contraire, il forme de véritables foyers bien circonscrits, enclavés dans le tissu musculaire. Dans ce dernier cas, le pus est entouré d'une zone de tissu embryonnaire qui l'enkyste complètement ; de plus, on trouve encore autour de ces foyers, une couronne d'épaisseur variable, de coloration ardoisée, formée de fibres du myocarde dégénérées et infiltrées de granulations graisseuses et d'amas pigmentaires.

Le *contenu* de ces foyers, outre des leucocytes et des débris de fibres musculaires, renferme des micro-organismes variables ; et lorsque ces collections sont dues à la propagation d'un foyer infectieux de voisinage, on retrouve dans leur contenu des microbes de même nature que ceux du foyer initial ; celui-ci peut être dû comme nous l'avons indiqué, à une endocardite végétante ou ulcéreuse maligne.

L'évolution de ces abcès est variable ; dans des cas rares, ils *perforent* le myocarde et s'ouvrent dans le péricarde ; d'autres fois, ils vont se vider dans la cavité du ventricule par un trajet plus ou moins

direct ; dans d'autres cas, ils perforent la cloison interventriculaire, ou bien encore vont former un anévrysme du cœur (Kundrat ; 1892). Dans tous ces cas, le contenu du foyer purulent se trouve versé dans le sang, et peut devenir le point de départ de nombreux infarctus viscéraux ou d'embolies septiques.

Dans d'autres circonstances, l'abcès peut *se résorber* ou subir la *transformation caséuse* ; d'après Förster il pourrait encore se terminer par dégénérescence calcaire ou crétacée.

Symptômes. — La symptomatologie de l'affection est fort obscure, et se confond le plus souvent avec celle de l'infection générale qui lui a donné naissance : les accidents passent alors imperçus au milieu de ceux qu'occasionnent l'endocardite infectante ou la septicémie initiales.

On a noté quelquefois des signes plus nets, mais ils se rapprochent de très près de ceux que nous avons signalés dans la myocardite diffuse : angoisse précordiale, défaillances, sueurs froides, fréquence avec faiblesse grande des battements du cœur et du pouls, arythmie, faux pas du cœur, etc. Cependant, la fièvre irrégulière, rémittente, les frissons répétés, l'adynamie extrême, la pâleur blafarde, la diarrhée semblent appartenir plus particulièrement à la myocardite suppurée.

La *mort* est la terminaison de la maladie : elle survient en général vers le quatrième ou le cinquième jour, par asystolie aiguë, par rupture du cœur, ou encore à la suite de symptômes cérébraux graves : délire, accidents convulsifs, etc.

Diagnostic. — Nous avons montré précédemment que le diagnostic de la myocardite aiguë présentait de réelles difficultés ; quant au diagnostic spécial de la *forme suppurée*, il ne pourra qu'être soupçonné en s'appuyant sur certaines données étiologiques : septicémie puerpérale, infection purulente et toutes les causes de pyémie en général.

Traitement. — Il est le même que celui de la myocardite aiguë diffuse.

B. MYOCARDITE CHRONIQUE

(*Sclérose du myocarde ; Cardio-sclérose*).

Historique. — L'histoire de la myocardite chronique ou myocardite scléreuse, entrevue déjà par les anciens, notamment par Morgagni et Boerhaave, puis reprise par Andral et Cruveilhier, n'a commencé à se dégager nettement que par les travaux modernes, parmi