

le soulèvement de la région précordiale supérieure avec dépression étendue de la région précordiale inférieure, les resserrements systoliques des vaisseaux, aorte ou veines caves, quand des tractus fibreux relient le péricarde à ces conduits, les insuffisances fonctionnelles, etc.... Ajoutons que l'examen radioscopique sera d'une valeur décisive, au moins pour la symphyse tuberculeuse. Dans 2 cas, nous avons pu diagnostiquer celle-ci à son début, dans sa période de formation, alors qu'il n'y avait pas encore de troubles fonctionnels ou circulatoires. L'ombre cardiaque était augmentée d'étendue et les bords du cœur immobiles. Je n'ai pas eu l'occasion de radioscopier une symphyse rhumatismale. Béclère¹ se contente de dire : « Il est vraisemblable que les rayons de Röntgen feront voir l'invariabilité de la situation de l'ombre cardiaque, quelle que soit l'attitude du malade ».

Pronostic. — La symphyse représente la plus grave expression du rhumatisme héréditaire récidivant. Redoutable par elle-même, elle l'est encore par la cause qui la provoque et l'entretient; aussi les enfants qui meurent avec des lésions rhumatismales du cœur présentent-ils habituellement des adhérences du péricarde. Roger², chez 6 cardiaques morts dans l'enfance, a constaté 6 fois la symphyse du péricarde. Cadet de Gassicourt a fait les mêmes constatations chez tous les cardiaques, sauf un, qu'il a perdus. Mes observations me conduisent à des conclusions un peu différentes; la symphyse est fréquente dans les cardiopathies mortelles de l'enfance, mais non constante.

Comme signes de gravité immédiate, signalons la dilatation du cœur, l'assourdissement des bruits, l'apparition des souffles d'insuffisance fonctionnelle, la disparition de la dépression systolique des espaces intercostaux. La symphyse tuberculeuse primitive aboutit rapidement à l'asystolie périphérique progressive. Dans d'autres cas, elle est associée à des lésions mortelles, granulie, méningite. La symphyse tolérée est exceptionnelle.

Traitement. — Lorsque la symphyse est arrivée au stade fibreux, elle est complètement émancipée de sa cause, et les moyens médicaux sont illusoire. A peine pourrait-on songer à faire un débridement dans ce cas, mais la tentative semble d'une difficulté insurmontable. Le traitement se bornera à soutenir les forces défaillantes du cœur par le repos, la digitale et ses succédanés. Marfan vante surtout les bons effets de la théobromine pour dissiper les œdèmes dans les asystolies si rebelles de la symphyse cardiaque. On diminuera la charge du cœur par les ponctions destinées à évacuer les épanchements séreux, les drastiques. On se conformera à la thérapeutique générale de l'asthénie cardiaque.

Dans la période préparatoire de la symphyse, il y aurait lieu d'agir plus énergiquement. L'hygiène du jeune rhumatisant doit être soumise à des règles rigoureuses et le salicylate prodigué aux enfants, à la plus légère atteinte de rhumatisme. Dès que la péricardite a fait son apparition, on a recours aux révulsifs et au repos dans la phase aiguë, à l'iodure dans la période subaiguë et chronique. En réalité, on a peu d'action sur l'évolution

(¹) BÉCLÈRE. Rayons de Röntgen et affections thoraciques. *Actualités médicales*, 1901.

(²) ROGER. *Arch. de méd.*, 1866.

d'une pareille lésion et il convient peut-être d'entrer dans une voie nouvelle. Une péricardite étendue chez l'enfant a bien des chances d'aboutir à la symphyse. L'ouverture systématique du péricarde avant la phase d'organisation fibreuse ne saurait-elle aider à la résorption des exsudats? C'est une question que je crois pouvoir poser et qui pourra être résolue en partie par l'observation des péricardites purulentes traitées chirurgicalement. Delorme (1898) l'a indiquée également, mais sans la résoudre. Le résultat immédiat de l'intervention est favorable dans les cas de suppurations péricardiques. S'il était démontré que les résultats éloignés fussent également heureux, on serait encouragé à traiter chirurgicalement les péricardites graves non suppurées. Il y aurait encore moins d'hésitation à employer la ponction capillaire dans un épanchement péricardique dont la nature tuberculeuse serait démontrée par la présence de bacilles, par l'inoculation au cobaye, par la séro-réaction d'Arloing-Courmont, par la lymphocytose du liquide (Rendu). La péritonite tuberculeuse a bénéficié de la pratique de la laparotomie. J'ai dit précédemment que j'avais essayé dans un cas de péricardite tuberculeuse avec adhérences étendues en certains points, d'épanchement en d'autres, l'ouverture du sac pour essayer de libérer le cœur de son enveloppe fibreuse; par le fait de fausses membranes étendues de la plèvre au péricarde, ce dernier ne fut pas ouvert et l'opération n'eut aucun succès.

Les autres affections du péricarde, *hydropéricardes*, *hydropneumopéricardes*, *plaies du cœur*, n'ont pas de symptômes spéciaux chez l'enfant. Nous ne croyons pas utile de les traiter ici. L'hydropéricarde est d'ailleurs une affection sans grande expression clinique. Quant aux autres lésions péricardiques, elles sont exceptionnelles.

V. — ENDOCARDITE AIGÜE

L'endocardite de l'enfant présente un certain nombre de particularités étiologiques et symptomatiques, mais, dans ses grandes lignes, elle diffère peu de celle que l'on connaît chez l'adulte.

Elle est *aiguë* ou *chronique*; cette dernière peut s'installer lentement, progressivement, sans être précédée d'inflammation franche, mais le plus souvent elle n'est que le reliquat d'une endocardite aiguë. Ce sont donc les mêmes causes qui produiront l'une et l'autre; nous les étudierons dans un chapitre d'étiologie commun; mais il sera nécessaire d'en scinder la symptomatologie. L'endocardite aiguë est *bénigne* ou *maligne*; et cette distinction fondamentale doit être maintenue principalement sur le terrain clinique. Elle est moins aisée à établir, lorsqu'on cherche à la poursuivre dans l'étude des causes, des lésions, de la pathogénie. La même cause peut, en effet, provoquer des lésions de gravité différente, se traduisant par des symptômes et une évolution cliniques qui contrastent nettement. La fièvre typhoïde, la pneumonie, le rhumatisme lui-même donnent naissance aux formes d'endocardites les plus opposées. Il se peut que les circonstances pathologiques qui font éclore une endocardite utilisent à cet effet des germes pathogènes

qui n'ont rien de commun avec la maladie primitive, qui lui sont simplement associés ou surajoutés. On serait tenté, d'après cela, d'interpréter les variétés cliniques de l'endocardite en les faisant dépendre de l'action spécifique de tel ou tel micro-organisme.

Cette conclusion serait inexacte; car un même germe, suivant son abondance, sa virulence, ses associations, son âge, suivant les résistances générales ou locales que lui oppose l'organisme, provoque des réactions très différentes. Bien plus, une même lésion, l'endocardite végétante, se présente tantôt avec des symptômes purement locaux, tantôt au milieu de phénomènes infectieux graves. La séparation des endocardites en formes bénignes et malignes, en dehors de l'observation clinique, présente donc une certaine difficulté; d'autant que, entre les formes extrêmes, se trouve une série d'intermédiaires qui établissent la transition. Néanmoins, il se trouve des cas types caractérisés non seulement par leurs symptômes et leur évolution, mais encore par leurs lésions, leurs causes, leur pathogénie, et il est légitime, tout en faisant les réserves indiquées précédemment, d'en scinder l'étude.

Étiologie. — *Fréquence.* — L'endocardite d'après les auteurs se montre dans la proportion de 5 pour 100 des maladies de l'enfance. Je trouve pour ma part le même chiffre; j'objecte cependant qu'il pourrait bien être un peu fort, car mes observations se rapportent toutes à des filles, particulièrement prédisposées à l'endocardite. Il est vrai que je n'ai pas eu à traiter de varioles, et que c'est seulement depuis 1898 qu'à ma clinique est annexée une salle de scarlatineux, ce qui rétablit l'équilibre dans la proportion trouvée.

Age. — L'endocardite existe chez le fœtus. Rauchfuss en a rencontré 257 cas, dont 192 à droite, 15 dans le cœur gauche.

Après la naissance, elle ne se voit guère avant la deuxième enfance. L'endocardite rhumatismale a cependant été observée à 9 semaines (Demme), dans la 2^e année (Henoeh). Sur 129 cas d'endocardite réunis par Sansom¹, on compte 14 cas de 1 à 5 ans, dont 2 à 1 an, et 41 cas de 5 à 12 ans. Hochsinger, sur 45 cas, en compte 5 dans la 1^{re} année, 8 de 2 à 5 ans, 14 de 6 à 10 ans, 15 de 11 à 14 ans. Le dépouillement des observations de Perroud à la Charité, des miennes propres, me fournit des proportions identiques.

Sexe. — Dès l'enfance, le sexe féminin montre une réelle prédisposition à l'endocardite et surtout à l'endocardite rhumatismale. Vohsen² a noté 5 fois l'endocardite chez 15 garçons atteints de rhumatisme et 4 fois chez 5 filles ayant la même affection. Chapin³ a vu dans le même milieu 76 cas d'endocardite rhumatismale répartis entre 50 filles et 26 garçons. La différence est moins sensible pour d'autres auteurs. Hochsinger, sur 53 endocardites de toute nature, a compté 29 filles pour 24 garçons.

Hérédité. — Pour certaines formes de cardiopathies son influence est indiscutable; et quelle qu'en soit l'essence (tuberculeuse, syphilitique ou

⁽¹⁾ SANSOM. *Med. Times and Gaz.*, 1880.

⁽²⁾ VOHSEN. *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1882.

⁽³⁾ N. Y. Acad., 1880.

rhumatismale), ce facteur peut être relevé dans un nombre relativement grand d'observations. J'y reviendrai d'ailleurs avec tous les détails utiles quand je parlerai du rétrécissement mitral ou de l'étiologie rhumatismale de l'endocardite.

Maladies causales. — L'endocardite, bien que susceptible d'être *primitive*, est, dans l'immense majorité des cas, subordonnée à une maladie générale, qui se localise sur l'endocarde ou permet à l'agent d'une autre infection de se porter sur cette séreuse. Le *rhumatisme* joue ici, comme à propos de la péricardite, le principal rôle parmi les affections pathogènes. Toutes les recherches concordent sur ce point. Sur 50 cas de von Dusch, le rhumatisme est signalé 22 fois. Sur 258 cas provenant des observations de Perroud⁴ nous avons pu faire la répartition suivante :

Rhumatisme	150 cas
Chorée	59 —
Tuberculose	15 —
Scarlatine	12 —
Pneumonie	7 —
Rougeole	7 —
Diphthérie	7 —
Fièvre typhoïde	4 —
Dysenterie	5 —
Érythème noueux	2 —
La cause a échappé 12 fois	12 —

Aux causes que nous venons d'énumérer, il faut ajouter : l'*érysipèle*, les *oreillons* dont le rôle peu actif est cependant manifeste dans les cas de Jaccoud⁵, Catrin⁶, Grancher⁴; la *blennorrhagie* qui, bien qu'elle puisse provoquer des complications infectieuses (arthrites) chez les nouveau-nés atteints d'ophtalmie, ou les fillettes atteintes de vulvites, frappe rarement le cœur. Les quelques cas d'endocardite ulcéreuse avec ou sans gonocoque qui ont été publiés se rapportent à des adultes. Cependant Marfan⁵ rapporte un cas d'insuffisance mitrale observée chez une fillette de 10 ans par Chiara et Isnardi, à la suite d'un viol qui entraîna une vulvo-vaginite et du rhumatisme blennorrhagique. La *variole* est comptée par quelques-uns au nombre des causes d'endocardite : il semble cependant que cette complication survienne sous l'influence des infections secondaires, et non par action primaire du virus. Les *ostéomyélites*, les *périostites phlegmoneuses* (Giraldès, Jaccoud, Louvet⁶) déterminent plutôt des endocardites ulcéreuses. Citons encore, comme cause exceptionnelle, la *fièvre récurrente*, qui a déterminé 5⁷ cas d'endocardite sur 40 chez des enfants de Saint-Petersbourg (Unterberger⁷).

Le *rhumatisme* que nous avons vu absorber 60 pour 100 des cas de

⁽⁴⁾ VOIR WEILL. *Traité clinique des mal. du cœur chez l'enfant.*

⁽⁵⁾ JACCOUD. *Clin. de la Pitié*, 1895.

⁽⁶⁾ Soc. méd. des hôp., 1895.

⁽⁷⁾ *Gaz. des hôp.*, 1884.

⁽⁸⁾ MARFAN. *Revue des mal. de l'enf.*, mars 1897.

⁽⁹⁾ LOUVET. *Thèse de Paris*, 1867.

⁽⁷⁾ UNTERBERGER. *Jahrb. f. Kinderheilk.*,

péricardite garde la même prédominance dans l'étiologie générale des endocardites. Nous comptons en effet 60 pour 100 de nos endocardites comme étant de nature rhumatismale. Nous avons déjà montré, à propos de la péricardite, que les complications cardiaques du rhumatisme se montraient en proportion inverse de sa fréquence. Le rhumatisme, rare chez l'enfant, frappe le péricarde dans 1/5 des cas, alors qu'entre 20 et 25 ans la péricardite n'éclate que dans 1/10 des cas de rhumatisme. L'affinité du rhumatisme est encore plus marquée pour l'endocarde. Celui-ci n'est lésé que chez 25 pour 100 des rhumatisants adultes, d'après les relevés de Jaccoud, Ormerod, Bamberger, Duchek; or, il est atteint par le rhumatisme infantile 60 à 80 fois pour 100. C'est là un chiffre résultant de statistiques nombreuses. Nos observations personnelles nous donnent une moyenne de 62 pour 100.

Church¹ a bien mis en lumière le contraste qui existe entre enfants et adultes rhumatisants, au point de vue de la vulnérabilité de l'endocarde, dans un tableau qui résume 700 cas de rhumatisants de tout âge :

De 1 à 10 ans	l'endocarde est touché par le rhumatisme	80 fois sur 100.
10 à 20	—	69 —
20 à 50	—	62 —
50 à 40	—	50 —
40 à 50	—	21 —

L'intensité des manifestations articulaires du rhumatisme qui commande chez l'adulte les localisations endocardiques (loi de Bouillaud) se trouve en défaut chez l'enfant. L'endocardite, même dans ses formes les plus graves, peut dépendre d'un rhumatisme qui chez l'adulte passerait pour léger et inoffensif. Les formes légères du rhumatisme se compliquent d'endocardite 55 fois sur 100; par contre les formes sérieuses entraînent une proportion plus grande de complications cardiaques. Sur les cas de rhumatisme *subaigu* que j'ai observés, je trouve le chiffre de 50 pour 100. Le rhumatisme *aigu* m'a donné 77 pour 100 d'endocardites. L'examen de mes observations de rhumatisme *aigu récidivant* m'a fourni la proportion de 85 pour 100.

Ainsi, la comparaison de ces différents chiffres prouve que les formes graves des complications cardiaques se montrent aussi bien dans les rhumatismes légers que dans ceux qui sont intenses; que la fréquence des localisations endocardiques est plutôt en rapport avec l'évolution récurrente du rhumatisme (86 pour 100 dans les rhumatismes récidivants subaigu et aigu) qu'avec la violence même des manifestations articulaires; que cette dernière circonstance joue un rôle moins marqué chez l'enfant que chez l'adulte, mais appréciable cependant, puisque la forme aiguë du rhumatisme s'accompagne d'endocardite 77 fois sur 100, la forme subaiguë 50 fois sur 100, la forme légère 55 fois sur 100. Il est vraisemblable qu'un certain nombre d'endocardites de l'enfance relèvent d'une influence rhumatismale, bien que celle-ci ne se soit jamais traduite par des manifestations articulaires. Les *nodosités*

(¹) CHURCH. *St-Barthol. Hosp. Rep.*, t. XXIII.

sous-cutanées ou nodules de Meynet sont particulièrement graves pour le cœur, puisque dans la série de 27 cas de nodosités rapportés par Barlow et Warner¹, l'endocardite, légère ou grave, fut manifeste chez tous les malades, excepté un seul. J'ai même observé² un cas d'endocardite mitrale, chez un enfant de 7 ans, atteint de chorée et porteur de nodosités périostiques et péri-tendineuses, qui mourut brusquement. Avec l'intégrité complète des centres nerveux, nous pûmes constater par l'examen histologique une endocardite végétante simple, localisée aux valves de la mitrale, avec myocarde interstitielle aigüe nettement caractérisée; comme nous le disions alors, il semblait que, dans ce cas, l'infection rhumatismale ait fui les véritables séreuses (articulaires ou péricardites) pour localiser ses coups aux dépendances du tissu conjonctif (tissu interstitiel du myocarde, des muscles striés, tissus péri-tendineux, périostique).

Le *rhumatisme musculaire* est considéré par tous les auteurs comme capable d'atteindre l'endocarde. Roger, Blache en ont rapporté des exemples. Cheadle³ en cite plusieurs cas démonstratifs. J'ai vu 4 endopéricardites graves consécutives à un torticolis fébrile et un autre cas terminé par la mort à la suite d'un rhumatisme musculaire des membres inférieurs.

La *chorée rhumatismale* peut être considérée comme un véritable équivalent du rhumatisme articulaire chez l'enfant. J'ai trouvé une proportion de 80 pour 100 d'endocardites chez les choréiques rhumatisants et de moins de 10 pour 100 chez les choréiques non rhumatisants. Le simple rapprochement de ces chiffres indique déjà que la chorée se complique de cardiopathie quand elle évolue sur le terrain rhumatismal. De là à croire que la chorée associée à l'endocardite chez un sujet non rhumatisant est vraisemblablement de nature rhumatismale, il n'y a qu'un pas. En effet, la chorée peut être la première manifestation longtemps exclusive du rhumatisme infantile. Dans une de nos observations, un enfant de 8 ans est atteint en 1892 de chorée émotive suivie d'endocardite. Cette chorée est qualifiée de nerveuse; mais en 1894 éclate un rhumatisme articulaire franc, qui donne sa véritable signification à l'endocardite. Cheadle a réuni plusieurs faits de ce genre. Dans d'autres cas, la chorée survenant chez un rhumatisant cardiaque détermine une nouvelle lésion du cœur, comme s'il s'agissait d'une récurrence de rhumatisme. Dans une observation de Cheadle, une fille de 9 ans est atteinte de rhumatisme articulaire compliqué d'endocardite mitrale. A 12 ans elle devient choréique, et il survient à cette occasion une péricardite aiguë. De pareils faits montrent bien que la chorée, dans certaines conditions, n'est qu'une manifestation rhumatismale, et une manifestation inquiétante au point de vue du cœur. Le rhumatisme et la chorée réunis entraînent presque toujours l'endocardite. Nos observations nous montrent en effet que le rhumatisme sans chorée provoque l'endocardite 58 fois pour 100, alors que cette complication se voit 8 fois sur 10 (80 pour 100), en cas de rhumatisme associé à la chorée; et ce qui témoigne en faveur de la valeur pronostique de

(¹) BARLOW et WARNER. *British med. Journal*, 1884.

(²) WEILL et GALLAVARDIN. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, avril 1901.

(³) CHEADLE. *Lancet*, 1885.

la chorée associée au rhumatisme c'est que, 5 fois seulement sur 8, le rhumatisme affectait une forme récidivante, particulièrement apte à frapper le cœur, tandis que 5 fois il s'agissait d'une première atteinte de rhumatisme.

Faut-il conclure que la chorée compliquée d'endocardite doit être qualifiée de rhumatismale? Oui, si la chorée se présente dans des conditions données. Nous éliminons, en effet, du cadre du rhumatisme la chorée mortelle qui s'accompagne presque toujours d'endocardite, et qui est le résultat d'une infection des centres nerveux avec lésions diffuses, les chorées organiques, chorée congénitale, hémichorée de Raymond, les chorées qui succèdent à une maladie infectieuse spécifique telle que la scarlatine ou la fièvre typhoïde. Celles-ci peuvent, en effet, agir sur les centres nerveux en même temps que sur le cœur. Mais une chorée de Sydenham, survenant en pleine santé et laissant à sa suite une endocardite, doit être tenue, dans la majorité des cas, pour rhumatismale, et, si on peut suivre le patient, on verra, au bout de quelques années, le rhumatisme éclater.

Nous devons dire cependant que Gain¹, groupant 6 cas où la chorée apparaissait comme la seule cause déterminante de l'endocardite, soutient qu'elle peut figurer en bonne place dans l'étiologie des endocardites.

L'endocardite primitive doit être, sous certaines réserves, rattachée au rhumatisme. Elle appartient surtout aux 5 premières années de la vie. Observée à ses débuts, elle se présente comme une maladie fébrile plus ou moins grave, avec modification durable des bruits cardiaques. Elle aboutit à une endocardite chronique rappelant celle du rhumatisme. C'est à cette forme qu'il faut rapporter les cardiopathies sans cause appréciable qu'on observe dans la seconde enfance. L'endocardite idiopathique est assez fréquente. Steffen en a rassemblé 56 cas, dont 9 mortels et 18 passés à l'état chronique. Von Dusch compte 15 endocardites idiopathiques sur 45 cas d'endocardite.

J'ai vu 5 cas d'endocardite chronique chez des enfants que leurs parents affirmaient n'avoir jamais eu ni rhumatisme, ni maladie éruptive, ni pneumonie, ni fièvre typhoïde; 2 d'entre eux n'avaient pas 5 ans et présentaient une insuffisance mitrale très nette. Dans quelques cas de ce genre, le rhumatisme se montre dans la suite. Gubler a vu un enfant présenter en 4 ans 5 attaques d'endocardite aiguë. Ce n'est qu'à la 5^e que les jointures furent prises. Dans une de nos observations, il y eut à l'âge de 5 ans une atteinte de chorée. Cheadle cite plusieurs cas où des enfants atteints d'endocardite présentèrent plus tard du rhumatisme et de la chorée. Von Dusch tend à croire que le rhumatisme des premières années a une affinité spéciale et exclusive pour l'endocarde. J'ai observé une enfant de 6 ans qui présenta pendant 15 jours une fièvre rémittente sans cause appréciable. Un mois après, je constatai un souffle d'insuffisance mitrale. A 15 ans, la tolérance jusque-là parfaite s'arrêta, l'enfant devint cardiopathe, présenta des atteintes de rhumatisme et mourut asystolique à 17 ans. Il est impossible de se prononcer d'une façon absolue sur la nature rhumatismale des endocardites idiopathiques. Bien des infections plus ou moins innomées, d'origine intestinale, pneumococcienne, etc., pourraient être incriminées.

(¹) GAIN. Thèse de Berlin, 1899.

L'hérédité rhumatismale a été invoquée par quelques auteurs, en particulier par Cheadle et Chaffey, pour rattacher au rhumatisme un certain nombre d'endocardites primitives ou choréiques. L'hérédité rhumatismale peut s'exprimer de deux façons : tantôt la mère est sous le coup de l'infection rhumatismale pendant la grossesse ou l'accouchement; l'enfant naît avec du rhumatisme (faits de Pocock¹, Schöffner², Koplik³). Tantôt le rhumatisme des parents a précédé la période de gestation. Le rhumatisme éclate à des époques plus ou moins éloignées de la naissance : 25 jours (Basch); 5 semaines (Demme); 5 mois (Bouchut); 7 mois (Rilliet et Barthez); 20 mois, 30 mois (Füller). Y a-t-il dans ces cas transmission du terrain ou transmission infectieuse? Doit-on admettre un rhumatisme héréditaire tardif, ou se rattacher à l'idée d'une infection nouvelle? Dans les deux hypothèses, l'endocardite peut être la première manifestation rhumatismale.

Le rhumatisme chronique, affection rare chez les enfants⁴, est un nouvel exemple de l'affinité du rhumatisme pour le cœur chez l'enfant. Nous avons trouvé, dans les observations de Perroud, 9 cas de rhumatisme chronique : 8 fois on avait noté de l'endocardite.

Endocardite tuberculeuse. — Sa fréquence est de 6 à 7 pour 100. Anatomiquement, il faut distinguer la sclérose uniforme de l'endocardite (Potain, Pierre Teissier⁵), déjà désignée par Rokitsky sous le nom de sclérose toxique; les tubercules de l'endocarde (Letulle), les végétations avec granulations miliaires (Perroud), l'endocardite végétante sans tubercules (Tripiet⁶). L'endocardite aiguë tuberculeuse est le plus souvent en rapport avec la tuberculose aiguë (12 fois sur 12). Étienne⁷ a relaté récemment 5 cas d'endocardite chez des tuberculeux : tous présentaient des végétations de structure banale. 2 fois on pratiqua l'inoculation au cobaye, particulièrement dans une observation concernant une enfant de 15 mois : elle fut positive. Par contre la recherche des bacilles de Koch ne donna aucun résultat. J'ai vu chez une fillette de 14 ans, atteinte de tuberculose pulmonaire à forme ulcéreuse, cachectisante, une végétation pédiculée de la grosseur d'un pois, de consistance scléreuse sur une valve de la mitrale. Cliniquement, on avait noté un souffle systolique doux de la pointe. La forme chronique scléreuse coïncide avec de la tuberculose fibreuse ou crétacée, sans ramollissement, ni lésion grave (Potain). Au point de vue pathogénique, les formes liées à la granulie sont dues aux germes tuberculeux, bien qu'on n'ait pas toujours trouvé le bacille de Koch : celles qui sont associées à de la tuberculose chronique sont plutôt le fait de germes associés (streptocoques, staphylocoques, pneumocoques). L'endocardite chronique a été rattachée par Teissier à une action toxique lente, sclérogène, due à la tuberculose. Cliniquement, l'endocardite

(¹) LANCET, 1882.

(²) BERLIN. klin. Woch., 1886.

(³) N. Y. med., J., 1888.

(⁴) VOIR PÉLISSÉ, Thèse de Paris, 1889 et Leçons de C. DE GASSICOURT.

(⁵) P. TEISSIER. Des lésions de l'endocarde chez les tuberculeux. Thèse de Paris, 1894.

(⁶) TRIPIET. Arch. de méd. expérim., 1890.

(⁷) ÉTIENNE. Arch. de méd. expérim., 1898.