

La *variole* détermine plus rarement l'endocardite. Signalées par Simonet, puis par Bouillaud, les déterminations endocardiaques de la variole ont été surtout mises en lumière par Martineau, par Duroziez (1), et bien décrites par Desnos et Huchard (2), par Brouardel (3) à la suite de l'épidémie de 1870, et par Moulinier (4).

L'endocardite varioleuse, assez rare au cours de la variole discrète, est plus fréquente dans les formes cohérente ou confluyente de la fièvre éruptive; on ne la rencontre pas dans la varioloïde. Brouardel a montré qu'elle est rarement isolée et s'accompagne le plus souvent d'endocardite ou de péricardite; elle serait, au contraire, suivant Desnos et Huchard, plus fréquente que la péricardite. C'est ordinairement vers le 8^e ou 9^e jour qu'elle fait son apparition, cependant on l'a quelquefois observée à une époque plus rapprochée du début, et même dès le 5^e jour dans un cas de Desnos et Huchard.

Le plus souvent elle frappe le cœur gauche et ne se limite pas toujours aux valvules; elle se localise, dans certains cas, comme l'a signalé Brouardel, dans la région sous-aortique du ventricule; fréquemment elle intéresse les valvules de l'aorte.

Si, dans bon nombre de faits, elle a été peu intense et a suivi parallèlement à la variole une marche décroissante, pour disparaître dans la convalescence, par contre elle s'est montrée parfois plus sévère, constituant par elle-même une cause de mort, ou laissant après elle des lésions valvulaires permanentes.

Elle représente la détermination endocardiaque du germe encore indéterminé de la variole; c'est une endocardite infectieuse. Peut-être pourrait-on, ici encore, invoquer l'association microbienne et l'infection streptococcique surajoutée, pour expliquer la pathogénie de certains faits d'endocardite survenant pendant la période de suppuration de la variole, ou ayant évolué à la façon des endocardites septiques infectantes. (Curschmann.)

A côté de l'endocardite des fièvres éruptives, on peut ranger celle qui se montre au cours des *oreillons*, dont la nature infectieuse, établie par Bouchard et par Karth, ne fait plus aujourd'hui de doute pour personne. L'endopéricardite ourlienne a été signalée par Jaccoud (5); Grancher (6), Appeylard (7), ont observé également, en pareil cas, une endocardite aiguë. Catrin (8) l'a vue accompagner le rhumatisme ourlien, manifestation ordinairement tardive des oreillons. Dans deux cas sur quatre, il a vu persister le souffle valvulaire après la convalescence. On a même incriminé cette endocardite comme pouvant être l'origine d'embolies déterminant l'apparition des troubles cérébraux qu'on observe parfois au cours des oreillons: cette filiation des accidents demanderait à être confirmée (Lannois et Lemoine).

L'érythème *noueux* s'accompagne, dans un certain nombre de cas, de déterminations sur l'endocarde. Observées dès longtemps par Trousseau, Gubler, Martineau, H. Roger, elles ont été l'objet d'une étude plus spéciale pour Cou-

(1) DUROZIEZ. *Gaz. des hôp.*, 1867.

(2) DESNOS et HUCHARD. *Union méd.*, 1870-1871.

(3) BROUARDEL. *Arch. gén. de méd.*, 1874.

(4) MOULINIER. *De l'endocardite dans les fièvres éruptives*. Thèse de Paris, 1879.

(5) JACCOUD. *Loc. cit.*

(6) GRANCHER. *Gaz. des hôp.*, 1884.

(7) APPEYLARD. *The Lancet*, 1882.

(8) CATRIN. *Soc. méd. des hôp.*, 25 juin 1835.

land (1), Lewin (2), de Molènes (3), S. Mackensie (4), qui en ont publié des observations fort démonstratives. Plus récemment, Chaddock (5) en a rapporté un cas chez un jeune homme de dix-huit ans qui conserva un souffle systolique de la pointe après la disparition de l'érythème *noueux*.

Nous n'avons pas à entrer ici dans la discussion, toujours ouverte, relative à la nature de l'érythème *noueux*, mais il nous faut rappeler que l'on s'accorde à l'envisager comme une manifestation d'ordre infectieux: assimilé par Trousseau, Roger, Hardy, G. Sée et Talamon aux fièvres éruptives, il représente pour E. Besnier et Doyon, et l'école de St-Louis, une modalité de l'érythème polymorphe de Hébra. Entité morbide pour les uns, manifestation secondaire d'une auto-intoxication microbienne (Jacquet), ou d'une infection de nature variable pour les autres, il appartient à la classe des maladies infectieuses, et, comme tel, est susceptible de localisation sur l'endocarde.

Dans l'érysipèle, l'endocardite a été notée par Gubler, puis par Duroziez; elle a été particulièrement étudiée par Jaccoud, Sevestre (6), Denucé (7), Zuelzer (8). L. d'Astros (9) en a rapporté un cas chez un enfant de sept ans atteint d'érysipèle de la face. Elle est plus fréquente que la péricardite tout en demeurant rare d'une façon absolue (1 fois sur 550 cas d'érysipèle facial d'après Galliard) (10) et porte de préférence sur le cœur gauche: les valves de la mitrale sont plus ordinairement lésées que les sigmoïdes aortiques. On ne saurait établir aucune corrélation entre la gravité de l'érysipèle initial et la fréquence de la complication cardiaque (Jaccoud). Denucé a bien décrit les plaques irrégulières, violacées, trouvées sur l'endocarde à l'autopsie d'un sujet mort d'érysipèle; parfois on a observé des nodosités verruqueuses. On a même signalé quelques cas d'ulcérations de l'endocarde et d'embolies (Tatschek, Denucé, Dalché) ayant donné lieu à la forme clinique infectante. Plus ordinairement, l'endocardite érysipélateuse offre une intensité moyenne, et même elle rétro-cède et disparaît assez souvent après la convalescence sans laisser d'altération chronique des valvules.

La nature de l'érysipèle est trop bien établie aujourd'hui pour qu'une discussion quelconque ait de l'intérêt. Cornil et Babès ont signalé des granulations vraisemblablement bactériennes à la surface des végétations endocardiaques; on y trouve, en effet, le microbe de l'érysipèle, le streptococcus en chaînettes caractéristiques (Denucé).

Aucun doute n'est donc possible sur l'origine infectieuse de cette endocardite, localisation du streptocoque, agent pathogène de l'érysipèle, au niveau de l'endocarde (Achalme).

Widal et Bezançon (11) ont pu reproduire, par inoculation au lapin d'un streptocoque de virulence exaltée expérimentalement, un érysipèle au niveau du point d'inoculation et une endocardite végétante mitrale, sans trauma

(1) COULAND. *Arch. gén. de méd.*, 1875.

(2) LEWIN. *Charité Annalen*, Berlin, 1878.

(3) DE MOLÈNES. Thèse inaug., Paris, 1884.

(4) S. MACKENSIE. *Soc. clin. de Londres*, avril 1886.

(5) CHADDOCK. *New-York med. Journ.*, mars 1892.

(6) SEVESTRE. Thèse inaug., Paris, 1884.

(7) DENUCÉ. Thèse de Paris, 1885.

(8) ZUELZER. *Loc. cit.*

(9) L. D'ASTROS. *Congrès de gynéc. obst. et pédiat.*, II^e session, 1898.

(10) GALLIARD. *Médecine moderne*, février 1894.

(11) VIDAL et BEZANÇON. *Soc. méd. des hôp.*, avril 1894.

préalable des valves. Le sang du cœur renfermait le même streptocoque fournissant des cultures pures.

L'endocardite de la *puerpéralité*, signalée d'abord par Simpson (1854), a été l'objet de nombreux travaux de la part de Virchow (1856), de de Lotz (1857), de Martineau, de J. Simon (1866), de Peter, de Bucquoy, etc.; en 1868, A. Ollivier insistait sur les affections organiques du cœur d'origine puerpérale. Decornière⁽¹⁾ attribue, comme Peter, et à l'exemple de Simpson, une origine dyscrasique rhumatismale à cette endocardite dont Hervieux⁽²⁾ proclame la nature infectieuse, et qu'il montre comme l'une des manifestations de l'empoisonnement puerpéral; pour Virchow, elle devait être envisagée comme une forme de la maladie puerpérale, à côté de la forme péritonéale. Aujourd'hui la nature infectieuse des accidents puerpéraux et de l'endocardite survenant dans ces conditions n'est plus mise en doute; les travaux de Pasteur et Doléris⁽³⁾ ont fait connaître les germes rencontrés dans l'infection puerpérale, et Winckel⁽⁴⁾ (de Munich) a établi l'identité des micrococci puerpéraux avec le streptocoque érysipélateux. Depuis lors, Netter, Leudet, Weichselbaum ont retrouvé dans les végétations de l'endocarde le streptocoque pathogène; enfin Appert⁽⁵⁾ dans un cas d'endocardite végétante puerpérale a retrouvé au niveau des lésions mitrales les mêmes cocci en chaînette que renfermait le pus péritonéal.

Chez une femme, observée, en 1901, par André Petit et F. Rathery, atteinte d'endocardite végétante de la tricuspide trois semaines après une fausse couche au huitième mois, l'examen bactériologique a révélé au niveau des végétations la présence d'amas de cocci disposés les uns en diplocoques, quelques-uns en chaînettes et prenant tous le Gram (voir fig. 7).

Dans quelques cas plus exceptionnels, on a constaté d'autres micro-organismes que le streptocoque : ce sont, chez une malade de Rendu⁽⁶⁾, le colibacille constaté par Triboulet au niveau des trompes, du sang du cœur et de la veine cave, et d'un foyer de ramollissement cérébral embolique; le staphylocoque dans une observation due à Lévi⁽⁷⁾; et le pneumocoque dans les faits observés par Schuhl et Hergott⁽⁸⁾.

L'endocardite puerpérale frappe de préférence le cœur droit et prend fréquemment, comme nous le verrons, la forme infectante, tout en donnant lieu parfois à peu de signes cardiaques.

Il faut d'ailleurs distinguer de l'endocardite puerpérale l'endocardite *gravidique*, moins fréquente et généralement d'allures moins graves. Elle conserve, en effet, plus souvent les caractères de l'endocardite simple, tandis que dans les suites de couches on observe, avons-nous dit, assez généralement la forme infectante. Cependant, Milian⁽⁹⁾ a rapporté un cas d'endocardite végétante de la tricuspide avec accidents infectieux chez une femme grosse de sept mois. La porte d'entrée utérine ouverte au streptocoque ou aux divers micro-organismes que nous avons signalés est trop évidente chez les accouchées pour qu'il soit

(1) DECORNIÈRE. Thèse inaug., Paris, 1869.

(2) HERVIEUX. *Traité clin. des mal. puerpér.*, 1870.

(3) DOLÉRIS. Thèse inaug., Paris, 1880.

(4) WINCKEL. *I^{er} Congrès allem. de gynécol. de Munich*, juin 1886.

(5) APPERT. *Soc. anat.*, 11 mai 1894.

(6) RENDU. *Bull. méd.*, 6 septembre 1895.

(7) LÉVI. *Soc. anat.*, janvier 1896.

(8) SCHUHL et HERGOTT. *Soc. méd. de Nancy*, 1897.

(9) MILIAN. *Soc. anat.*, mai 1898.

besoin d'y insister; dans l'endocardite gravidique, naguère attribuée à des modifications de la composition du sang chez la femme grosse, on pourrait, d'après G. Lion⁽¹⁾, invoquer également une origine utérine et incriminer quelque métrite microbienne antérieure à la grossesse ou développée pendant son cours. Il semble plutôt que la grossesse agisse comme cause prédisposante créant un terrain favorable.

Comme pour la péricardite, nous rapprocherons de l'endocardite puerpérale celle que l'on observe dans la *pyohémie* et la *septicémie chirurgicale*; les faits de ce genre sont assez communs (Hilton Fagge, Dickinson, Paget, etc.). L'infection générale causée par le staphylococcus albus ou aureus, ou par le



FIG. 7. — Endocardite végétante puerpérale de la valvule tricuspide (André Petit et F. Rathery).

streptocoque pénétrant au niveau de la plaie initiale, est aujourd'hui un fait indéniable qui ne laisse planer aucun doute sur la nature et la pathogénie des déterminations viscérales secondaires accompagnant ces états infectieux.

L'endocardite signalée dans l'*ostéomyélite aiguë* et la *périostite phlegmoneuse diffuse* par Giraldès, Louvet (1867), Droin (1868), Blache (1869), Mayor, Campon (1870), reconnaît évidemment une pathogénie toute semblable. Pasteur en 1880, puis Max Schuller (1881), Thellier (1885) ont établi l'existence du staphylocoque pyogène dans les lésions osseuses, et après quelques expériences infructueuses ou incomplètes de Becker, Rosenbach, Fedor Krause, l'inoculation du staphylocoque a donné entre les mains de Rodet (de Lyon) (1885) des

(1) G. LION. Thèse inaug., Paris, 1890.

résultats positifs; Jaboulay a obtenu, par le même procédé, la reproduction des lésions osseuses et des déterminations viscérales de l'ostéo-myélite aiguë. On ne peut souhaiter une démonstration plus complète.

On peut sans doute rapprocher de ces endocardites pyohémiques ou septicémiques celles qui se produisent sans que l'on puisse nettement localiser le point de départ, la porte d'entrée du germe qui cause l'infection. Peut-être dans cette catégorie doit-on ranger certains cas d'endocardite supposée primitive dont l'origine est demeurée incertaine. C'est encore à ce groupe qu'appartient l'endocardite signalée par Charrin⁽¹⁾ et, dans 5 cas, par Packard⁽²⁾ (de Philadelphie) à la suite de l'amygdalite, ou encore par Røger⁽³⁾ (de Stuttgart) comme se produisant 20 fois sur 100 cas d'angine aiguë à forme herpétique.

De même l'endocardite étudiée par Gallois⁽⁴⁾ chez les adénoïdiens et qui se développe souvent à l'occasion d'une perturbation quelconque de la santé préparant le terrain pour l'infection partant du naso-pharynx.

Bien que l'endocardite de la blennorrhagie offre une pathogénie peut-être plus obscure, on doit la rapprocher des faits que nous venons d'étudier. Brandès paraît être le premier qui l'ait observée (1854); depuis lors elle a été signalée par Hervieux, Vœlker, Desnos et Lemaitre, Lehman, Brouardel, etc. Étudiée par Martin (1872), Marty (1876), Leyden, Morel (1878), Dérignac et Moussous (1882 et 1884), von Velden⁽⁵⁾, Wille⁽⁶⁾, His⁽⁷⁾, Leyden⁽⁸⁾, Thayer et Blumer⁽⁹⁾, Michaëlis⁽¹⁰⁾, Siegheim qui lui a consacré une monographie très complète⁽¹¹⁾, Anel⁽¹²⁾, etc., elle ne saurait être mise en doute malgré sa rareté relative.

Localisée plus souvent peut-être à l'orifice aortique, bien qu'elle puisse frapper les divers orifices des deux cœurs, elle offre des différences d'intensité extrêmement marquées, et peut même entraîner la mort lorsqu'elle revêt la forme infectante, qui est loin d'être exceptionnelle, ainsi que nous le verrons plus loin; mais elle aboutit d'ordinaire à la guérison avec persistance de lésions valvulaires fixes. Si son apparition a coïncidé, dans la majorité des cas, avec le développement des arthropathies blennorrhagiques (2/3 des cas : Carageorgiadès), elle s'est montrée assez souvent indépendante de toute manifestation articulaire (6 fois sur 22 cas réunis par G. Lion, et aussi dans les cas de Siegheim, de Gluginsky, Von Velden, His, Wille, Winternitz, Flugge); d'ailleurs l'influence rhumatismale ne saurait guère être invoquée ici, car on admet généralement que, dans la blennorrhagie, les accidents articulaires appartiennent aux pseudo-rhumatismes infectieux : arthropathies et endocardite ne sont dès lors que des déterminations coïncidentes, de même ordre, mais non subordonnées. Elle débute à une période très variable de la blennorrhagie, plus précoce dans ses formes simples, plus tardive pour les formes malignes. Le

(1) CHARRIN. *Semaine méd.*, mars 1896.

(2) F.-A. PACKARD (de Philadelphie). *Americ. Journ. of the med. Sciences*, janvier 1900.

(3) RØGER (de Stuttgart). *Münch. med. Woch.*, février 1900.

(4) GALLOIS. *Bull. méd.*, septembre 1897.

(5) VON VELDEN. *Münchener medicin. Woch.*, mars 1887.

(6) WILLE. *Münchener medicin. Woch.*, septembre 1887.

(7) HIS. *Berlin. klin. Woch.*, n° 40, 1892.

(8) LEYDEN. *Soc. méd. int. de Berlin*, 1895 et 1894.

(9) THAYER et BLUMER. *Arch. de méd. expér.*, novembre 1895.

(10) MICHAËLIS. *Zeitsch. f. klin. med.*, XXIX, 1896.

(11) SIEGHEIM. *Zeitsch. f. klin. med.*, XXXIV, 1898.

(12) ANEL. Thèse inaug., Paris, juillet 1900.

minimum observé a été de 4 jours (His); on a noté, par contre, 5 à 5 semaines et même plusieurs mois (Siegheim).

Souvent elle s'accompagne de péricardite de même nature, et dans quelques cas le myocarde s'est montré intéressé (G. Barrauol)⁽¹⁾.

Faut-il, pour expliquer sa pathogénie, incriminer le gonocoque de Neisser, ou les poisons solubles sécrétés par ce microbe au niveau de la muqueuse urétrale (Guyon et Janet); ou bien s'agit-il d'une infection secondaire, partant de l'urètre et due aux microbes pyogènes? Les trois opinions ont été tour à tour émises et soutenues par leurs auteurs, mais aujourd'hui le doute n'est plus permis; en effet, le gonocoque de Neisser mis en évidence par His, dès 1892, et par Leyden (1895), au niveau des lésions endocardiaques, a été constaté depuis par Heims, Thayer et Blumer, Michaëlis, Finger, Siegheim, Rendu et

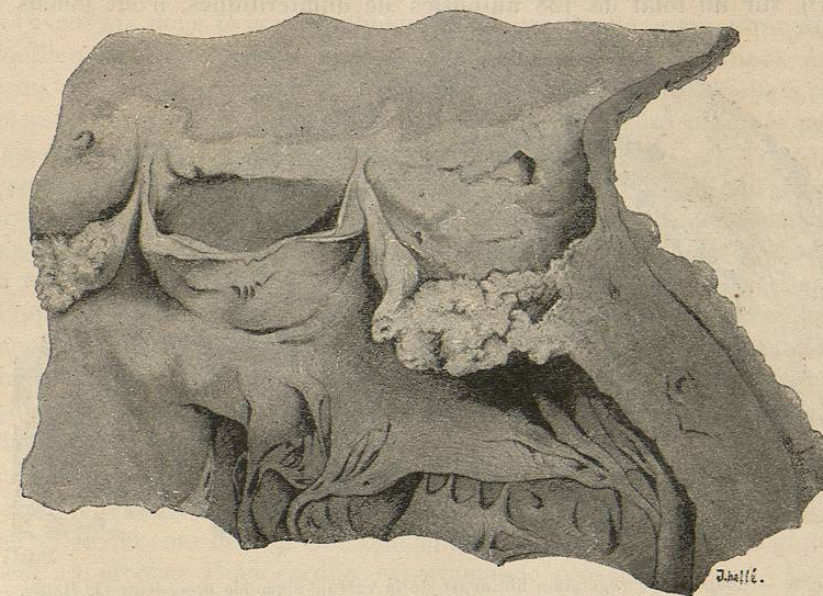


FIG. 8. — Endocardite végétante blennorrhagique (J. Hallé).
(Aspect des sigmoïdes aortiques.)

Hallé⁽²⁾, Ghon et Schlagenhauser⁽³⁾, etc. Ces derniers observateurs ont même poussé un peu loin la démonstration en inoculant, à l'exemple de Lenhartz⁽⁴⁾, la culture pure de ces gonocoques endocardiaques dans l'urètre d'un homme et en reproduisant chez lui la blennorrhagie.

On aurait pu supposer, néanmoins, que l'endocardite était, tout au moins dans ses formes graves, le résultat de l'association de germes virulents autres que le gonocoque; mais les cas ne sont plus rares où la présence du diplocoque de Neisser à l'état isolé dans les diverses lésions du cœur au cours d'une endocardite blennorrhagique a été péremptoirement établie; les observations de Michaëlis, Finger, Siegheim, Rendu et Hallé, sont très probantes à cet égard. L'endocardite blennorrhagique est donc bien le résultat direct de la locali-

(1) C. BARRAUOL. Thèse inaug., Paris, 1896.

(2) RENDU et HALLÉ. *Soc. méd. des hôp.*, novembre 1897. — J. HALLÉ. Thèse inaug., Paris, 1889.

(3) A. GHON et F. SCHLAGENHAUSER. *Wien. klin. Woch.*, 1898.

(4) LENHARTZ. *Soc. de biol. de Hambourg*, 12 octobre 1897.

sation du gonocoque de Neisser sur l'endocarde; et, d'ailleurs, Thayer et Lazear⁽¹⁾ (de Baltimore) auraient réussi à démontrer la présence du gonocoque dans le sang recueilli pendant la vie chez les sujets infectés par une blennorragie urétrale.

L'existence de l'endocardite *diphthérique* est tout au moins fort douteuse. Suivant Labadie-Lagrave⁽²⁾, elle se montrerait dans plus de la moitié des cas (22 fois sur 40), mais Parrot⁽³⁾ s'est élevé contre une semblable assertion et a fait voir que les prétendues lésions endocarditiques décrites par Bouchut et Labadie-Lagrave ne sont que de petites nodosités valvulaires datant des premiers mois de la vie et constituées par les vestiges d'un léger épanchement sanguin entouré de tissu fibreux. Au niveau de ces *hémato-nodules* l'endocarde n'est ni dépoli, ni chagriné; il n'offre aucun caractère pathologique. Talamon⁽⁴⁾, Osler⁽⁵⁾, sur un total de 158 autopsies de diphthériques, n'ont jamais ren-

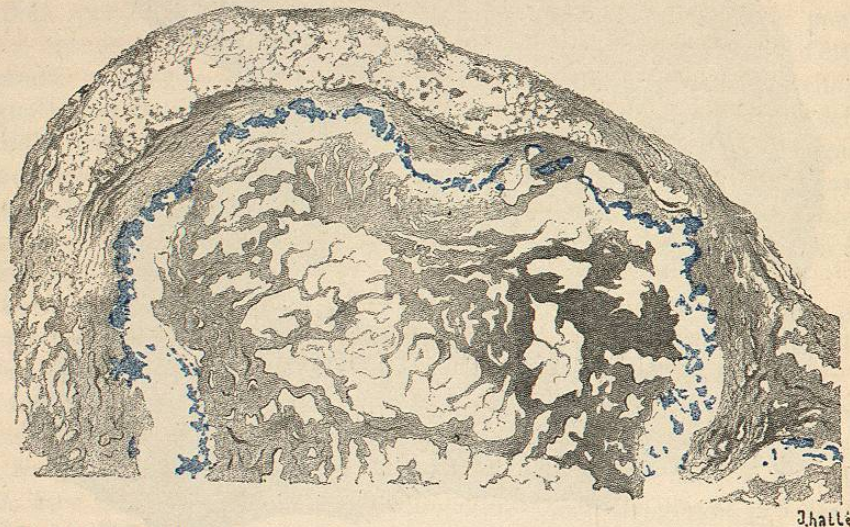


Fig. 9. — Coupe d'une végétation fibrineuse de la valvule sigmoïde précédente (J. Hallé).
(En bleu, une bande épaisse de gonocoques formant des amas inégalement colorés.)

contré de lésions d'endocardite. Barbier⁽⁶⁾ aurait observé des lésions récentes de la mitrale avec micro-organismes multiples à l'autopsie d'un individu mort de diphthérie. G. Lion aurait fait des constatations analogues, et Weill dit avoir trouvé 4 fois chez des sujets morts de diphthérie des lésions nodulaires de l'endocarde.

S'agit-il, en pareil cas, d'une détermination endocardiaque des micro-organismes si souvent associés au bacille de Lœfler? On serait porté à le croire. En effet, si Frosch⁽⁷⁾, puis Kanthoc et Stephens⁽⁸⁾, Lemoine⁽⁹⁾, ont pu déceler le

(1) THAYER et LAZEAR. *Congrès de Moscou*, août 1897.

(2) LABADIE-LAGRAVE. Thèse inaug., Paris, 1875.

(3) PARROT. *Arch. de physiol.*, 1874.

(4) TALAMON. *Progrès méd.*, 1879.

(5) OSLER. *De l'endocardite maligne*, 1885.

(6) BARBIER. *Arch. de méd. expér.*, 1891.

(7) FROSCH. *Zeitschr. f. Hygiene*, 1895.

(8) KANTHOC et STEPHENS. *The Lancet*, 1896.

(9) LEMOINE. *Soc. méd. des hôp.*, novembre 1897.

bacille diphthérique dans le sang du cœur, si H. Barbier⁽¹⁾, Richardière, Tollemer et Ulmann⁽²⁾, Cocurat⁽³⁾, l'ont constaté dans la circulation générale et dans divers viscères, sa présence au niveau des lésions de l'endocarde semble n'avoir pu être mise en évidence; un seul cas, dû à W. T. Howard⁽⁴⁾, paraîtrait plus concluant, sans être absolument démonstratif.

Quelle peut être l'influence des toxines diphthériques dans la pathogénie de ces rares manifestations endocardiaques? Faut-il penser à la production d'une endocardite toxique? Nous ne connaissons aucun document qui permette de formuler une semblable opinion.

L'endocardite est exceptionnelle dans la *dothiéntérie*, et l'on est en droit de penser que les observations plus ou moins complètes de Bouillaud, Skoda, Hoffmann, Guéneau de Mussy, etc., se rapportent bien plutôt à des troubles cardiaques relevant de la myocardite qui est au contraire fréquente, comme nous l'avons vu, dans la fièvre typhoïde. D'ailleurs Skoda, après avoir attribué les souffles cardiaques perçus chez les typhoïdiques à des altérations de l'endocarde, dut renoncer à cette interprétation en présence des résultats contradictoires des examens nécroscopiques, et rattacha les signes observés pendant la vie à des troubles fonctionnels des muscles papillaires.

Cependant Griesinger, Desnos, Liebermeister, Cl. de Boyer⁽⁵⁾, ont publié des observations établissant la réalité de l'endocardite au cours de la dothiéntérie. Mais on est en droit de se demander si la plupart de ces faits ne ressortissent pas à une infection secondaire partie des ulcérations intestinales ou des foyers de suppuration cutanés. En effet, différents microcoques ont été mis en évidence par Klebs, puis par Fraenkel et Saenger au niveau de végétations de l'endocarde ou des valvules aortiques; Saenger⁽⁶⁾ a constaté la présence du streptocoque pyogène dans un cas de ce genre; Castaigne et H. Barbier ont publié des observations tout analogues.

Jusqu'ici, à notre connaissance, le seul fait où l'examen bactériologique ait démontré la présence du bacille d'Eberth sur les valvules est celui de Girode⁽⁷⁾, l'observation récente de Guinon⁽⁸⁾ manquant de contrôle bactériologique. On en peut rapprocher l'endocardite expérimentale provoquée par G. Lion, au niveau d'une valvule aortique traumatisée, chez un lapin qui reçut ensuite une injection veineuse de bacille typhoïdique.

Sans doute la rareté de l'endocardite typhoïdique est en relation avec ce fait, établi par Rutimeyer et Neuhauss, que le bacille d'Eberth ne se rencontre qu'en très minime quantité dans la circulation générale: ils ne l'ont, en effet, jamais retrouvé dans le sang recueilli par piqûre des doigts chez les dothiéntériques.

Dans la *pneumonie*, il n'est pas rare d'observer des manifestations endocardiaques: le fait est aujourd'hui suffisamment établi. Bouillaud et Legroux, du reste, ont signalé l'endocardite de la pneumonie comme fréquente; Grisolle au contraire la regardait comme rare, et Niemeyer la croit exceptionnelle.

(1) H. BARBIER. *Soc. méd. des hôp.*, octobre 1897.

(2) *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, janvier 1898.

(3) COCURAT. Thèse inaug., Paris, 1899.

(4) W. T. HOWARD. *Johns Hopkins Hospit. Reports*, avril 1895.

(5) CL. DE BOYER. *Soc. anat.*, 1875.

(6) SAENGER. *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1886.

(7) GIRODE. *Soc. de biol.*, 9 novembre 1889.

(8) GUINON. *Soc. de pédiatr.*, avril 1900.