soit sous un point de vue général, soit dans l'histoire particulière des inflammations diverses, et particulièrement de celles de la même tribu.

ARTICLE XXXV.

ENDOCARDITE.

(Bouillaud : — de *Endocarde*, mot généralement adopté aujourd'hui, d'après ce même auteur, pour désigner la membrane interne du cœur, — et fort régulièrement composé d'ailleurs de deux mots grecs, Ἔνδον, dedans, et Καρδία, cœur ; — de la même façon que, depuis plus longtemps déjà, les botanistes appellent *Endocarpe* la membrane qui, dans un fruit mûr et parfait, tapisse la cavité centrale du péricarpe.)

(Voir nº 303.)

610. *Bibliographie.* — LAENNEC. — (*Trait. de l'auscult.*) IIIe part., sect. II, chap. 19, *De l'inflammation de la membrane interne du cœur et des gros vaisseaux.*

HOPE. — Ouvrage cité (599), — part. II, chap. III, *Endocarditis.*

BOUILLAUD. — (*Tr. clin. des mal. du cœur.*) — T. II, p. 1 — 421. (*De l'endocardite et de ses suites*).

CHOMEL et REQUIN. — (*Leçons sur le rhum.*) Voir, p. 213—42, la discussion de cette question-ci : *Y a-t-il, ou non, coïncidence presque constante d'une endocardite avec le rhumatisme articulaire aigu général ?*

PIGEAUX. — (*Traité prat. des mal. du cœur.*) Pag. 324-55, *Indocardite aiguë* (*Sic*) : non par faute typographique, mais par orthographe erronée du fait même de l'auteur.

MONNERET et FLEURY. — (*Compendium*, — t. III, p. 319—32) — Art. *Endocardite.*

ARAN. — (*Manuel prat. des mal. du cœur.*) IIe partie, Ire classe, chap. 3, *De l'endocardite.*

611. *Nosologie.* — A. L'inflammation de la membrane interne du cœur, ou bien, en un seul mot, l'endocardite, est une affection qui n'est que trop réelle, assurément, — mais qui, — je ne crains pas, pour ma part, de le déclarer, dussé-je aux yeux de tant et tant d'esprits prévenus passer aujourd'hui pour un praticien arriéré, — me paraît être une affection, sinon fort rare, ainsi que l'enseignait Laënnec, — du moins, indubitablement beaucoup plus rare, ou, si l'on veut, beaucoup moins commune que Hope, et, après lui, M. Bouillaud ne l'ont avancé, et qu'il n'est de mode à présent, dans l'École de Paris, de le dire formellement, ou de le laisser dire sans opposition et comme par une sorte d'acquiescement tacite. Toujours est-il, après tout, que l'endocardite,

cet épouvantail si souvent évoqué par quelques contemporains, ce fantôme si facile à voir avec les yeux de l'imagination là où il n'est pas, n'est rien moins qu'une question vidée et résolue pour les observateurs d'un esprit sévère et peu crédule. Pour eux, l'endocardite n'offre encore que doutes et obscurités, non pas quant à la réalité de son existence, positivement établie sur des faits authentiques d'anatomie pathologique, mais quant à ses symptômes et à leur valeur séméiologique.

B. Quels peuvent être, en effet, les principaux symptômes de l'endocardite ?

α. Et d'abord, *y a-t-il quelque chose dans l'habitude extérieure ?* L'inspection et la percussion de la poitrine fournissent-elles des données tant soit peu caractéristiques ? Y a-t-il, peut-il y avoir, ainsi que l'enseigne M. Bouillaud, voussure de la région précordiale, — et accroissement de matité, soit en intensité intrinsèque, soit en étendue, dans cette même région ? Voilà ce que, pour ma part, je ne saurais guère concevoir. Comment se ferait-il qu'une altération toute renfermée à l'intérieur du cœur pût, comme un excès de volume de cet organe, ou comme un épanchement du péricarde, avoir pour résultat physique de déformer la paroi antérieure du thorax et d'en diminuer la sonorité ? Tout au plus est-il permis d'accorder, suivant la pensée de Hope (*op. cit.*), que parfois, et à titre d'exception très rare, à titre d'exception qui n'existera que dans le cas de la plus terrible gravité, avec une gêne extrême de la circulation et avec une véritable imminence d'asphyxie, l'accroissement de la matité précordiale peut être un effet dû à la distension excessive des cavités cardiaques, soit par le seul fait de la stase et de l'accumulation du sang, soit même, aussi, par la formation de caillots. Faisons cette concession, puisque Hope assure avoir vu, dans ses expériences sur des lapins empoisonnés avec le woorara, le cœur se gonfler jusqu'au double à peu près de son volume naturel par suite de l'engorgement sanguin, quand la respiration artificielle était momentanément suspendue. Mais, quant à la formation d'une voussure précordiale par le fait d'une endocardite pure et simple, n'est-ce pas, en vérité, une supposition chimérique, une impossibilité absolue ?

β. En ce qui touche à l'*état de la circulation et de la respiration*, ces deux fonctions si bien liées entre elles par une étroite solidarité, on comprend sans peine que l'endocardite, si peu étendue qu'elle puisse être, et fût-elle bornée à un très petit espace sur l'un des appareils valvulaires, est parfaitement capable d'occasionner le plus grand trouble dans la sphère de ces fonctions importantes. Rien qui soit plus conforme aux lois de la physiologie pathologique. Rien qui soit mieux établi par le double contrôle de l'observation clinique et de l'observation nécroscopique. Sentiment de malaise et d'embarras dans la

région précordiale, qui parfois même se montre vraiment tout endolorie, notamment à la pression et à la percussion. Choc du cœur, violent et brusque, —quelquefois, encore bien que fréquent, n'en conservant pas moins un rhythme régulier, si tant est que le jeu des valvules s'accomplisse d'une façon suffisante, et qu'ainsi la circulation cardiaque se fasse toujours librement et sans aucun regorgement, — quelquefois, au contraire, ne se répétant qu'avec des irrégularités et des intermittences et sous forme de palpitations tumultueuses et confuses; puis, en général, tombant de cet excès de violence dans l'excès d'affaiblissement, et dégénérant en une sorte d'ondulation à peine sensible et fort irrégulière, alors que l'engorgement de la circulation cardiaque s'accroît et que la résistance de la force nerveuse s'affaisse; et tout cela, bien entendu, avec un semblable rhythme, avec de semblables caractères, avec de semblables variations dans les battemens du pouls, qui ne fait, pour ainsi dire, que refléter l'action du cœur. Bruits cardiaques anomaux, bruits de soufflet, de scie ou de râpe, soit au premier temps, soit au second temps du tic-tac : au premier temps, suivant Hope, lorsque, —par le fait même de l'inflammation qui ne peut manquer de rendre les valvules, si elle les attaque, plus épaisses et moins souples, et d'en altérer le jeu en même temps que les conditions anatomiques, — il y a rétrécissement du passage des valvules sigmoïdes, ou bien défaut de clôture hermétique, et, comme on dit, insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires; au second temps, suivant le même auteur, lorsque, au contraire, il y a insuffisance des valvules sigmoïdes, ou bien peut-être, mais à titre de circonstance très rare, rétrécissement des ouvertures auriculo-ventriculaires. Dans certains cas, frémissement cataire. De plus, dans les cas les plus graves, orthopnée, dyspnée suffocante, syncopes. Voilà ce que les observateurs s'accordent à signaler comme autant de symptômes possibles dans l'endocardite. Mais, en vérité, dans toute cette symptomatologie-là, telle que l'état actuel de la science permet de l'analyser et de l'apprécier, il n'y a rien qui soit décidément propre à caractériser l'endocardite, rien qui soit, en un mot, pathognomonique, sauf, pourtant, le cas où l'endocardite atteint les valvules sigmoïdes aortiques, et où ces soupapes cessent de s'appliquer exactement entre elles lors de leur abaissement, et de s'opposer à ce que le sang reflue de l'aorte dans le ventricule pendant la diastole ventriculaire; car, en pareil cas, il y aura toujours, chez l'individu donné, manifestation subite et inopinée de l'ensemble symptomatique qu'on nomme *maladie de Corrigan*, et qui réunit les trois caractères que voici : 1° bruit de soufflet ayant lieu au second temps, et se prolongeant dans le trajet de la crosse de l'aorte et dans toutes les artères, notamment dans les artères carotides; 2° battemens visibles de celles-ci, tout le long du cou;

3° pouls vibrant, n'importe où on le tâte, à l'artère radiale ou ailleurs. Et, certes, à mon avis, l'un des points les mieux démontrés dans la pathologie du cœur, l'un des faits les plus solidement acquis à la science dans ces derniers temps, c'est que la maladie de Corrigan a pour condition anatomique l'insuffisance des valvules aortiques (voir plus bas, chapitre XIII).

γ. En fait de *symptômes généraux*, il faut citer en première ligne la fièvre, la fièvre inflammatoire (280. D.), comme le cortége à peu près inévitable de l'endocardite. Il ne se peut guère que cette fièvre fasse défaut, si ce n'est pour être remplacée par les symptômes d'une asphyxie imminente. Cette dernière sorte de symptômes ne tarde pas de se montrer, toutes les fois qu'une perturbation extrême de la circulation cardiaque se prolonge un tant soit peu : la face devient alors bouffie et violacée, les extrémités inférieures s'œdématient et sont prises d'un froid glacial, pendant que la dyspnée va croissant et que les syncopes se répètent.

C. Il est avéré, et rien d'ailleurs n'est plus facile à comprendre et à prévoir, que l'endocardite aiguë peut, à elle seule, déterminer la mort. Après cela, nous ne contesterons pas que, lorsqu'elle est peu intense, elle ne puisse se terminer heureusement par résolution : mais, il faut l'avouer, c'est là une vérité plutôt présumée par induction que démontrée par voie d'observation directe; car, si l'on peut à peine deviner l'endocardite sous les formes symptomatiques les plus graves, à plus forte raison nous est-il interdit de la reconnaître et de la constater authentiquement, sûrement, irréfragablement, sous les apparences d'une maladie légère. Nul doute non plus que parfois l'endocardite, encore bien qu'elle se soit montrée sous une forme légère et peu menaçante, ne devienne, en se prolongeant, en passant à l'état chronique, la source de vices graves et incurables des valvules du cœur.

D. Les altérations anatomiques que l'autopsie peut découvrir en cas d'endocardite, sont principalement : 1° la rougeur de l'endocarde; 2° la présence d'une exsudation pseudo-membraneuse ou du pus; 3° la tuméfaction de la membrane ou plutôt du tissu cellulaire subjacent; 4° l'existence de concrétions sanguines décolorées et adhérentes aux valvules ou en d'autres points du cœur; 5° enfin, l'ulcération.

α. La *rougeur*, à elle seule, sachons-le bien, ne suffit pas pour faire admettre une inflammation de l'endocarde. Quelle qu'en soit la nuance, écarlate ou violette, elle ne peut dans aucun cas servir toute seule de preuve pour établir péremptoirement la réalité d'une telle inflammation. Loin de là, ainsi que Laënnec (*loc. cit.*) l'a parfaitement bien démontré, et que Hope (*loc. cit.*) l'a pareillement reconnu, la rougeur de la membrane interne du cœur et des vaisseaux est,

la plupart du temps, un phénomène cadavérique, ou tout au plus un phénomène d'agonie (62), qui se produit par voie d'imbibition, et, pour ainsi dire, en manière de teinture, et non pas véritablement par hyperémie (172). Et l'on peut affirmer qu'il en est ainsi, toutes les fois que cette rougeur se trouve jointe aux circonstances suivantes : agonie lente, et même de longtemps précédée par la dyspnée suffocante; altération manifeste du sang, qui, dans les vaisseaux du cadavre, se trouve diffluent et non solidement coagulé; putréfaction déjà un peu prononcée, comme, par exemple, lorsque l'autopsie a lieu en été et surtout plus de vingt-quatre heures après le décès. Au surplus, si la rougeur toute seule est ce qu'il y a de moins propre à établir l'existence d'une endocardite, l'absence de rougeur n'exclut pas non plus l'idée de cette maladie; car, dans les membranes séreuses, un léger degré d'hyperémie, d'injection sanguine, peut fort bien, quelquefois, disparaître après la mort.

6. La *présence d'une exsudation pseudo-membraneuse ou du pus* constitue le caractère le plus positif, le plus irréfragable, de l'endocardite. La matière pseudo-membraneuse se trouve, d'ordinaire, épanchée à la surface libre de l'endocarde, et s'y trouve plus ou moins adhérente. Quelquefois, au contraire, elle est déposée dans le tissu cellulaire subjacent à cette membrane. C'est là, et seulement là, que, quelquefois aussi, on rencontre une certaine quantité de pus produite en vertu de l'endocardite. Rien de mieux établi dans la science que la réalité de ces trois cas, qui ont été vus et décrits par les observateurs les plus éclairés et les plus dignes de foi. Mais, il faut aussi le reconnaître, les faits de cette sorte n'ont été que très rarement rencontrés dans les investigations d'anatomie pathologique. Et voilà pourquoi, entre autres raisons, nous continuerons de penser, avec Laënnec, que l'endocardite est une maladie rare. Ce n'est pas à dire pour cela que l'absence d'exsudation fibrineuse et de pus implique absolument contradiction avec l'existence d'une endocardite; car très souvent, sans aucun doute, la lymphe plastique, à l'instant même où l'endocarde enflammé la laisse sourdre, doit être balayée et emportée par la force du torrent circulatoire. Et, à plus forte raison, la même remarque est applicable au pus. Mais, enfin, toujours est-il qu'en l'absence de caractères anatomiques irrécusables et infaillibles, l'hypothèse d'une endocardite ne saurait être accueillie à la légère, ne saurait être érigée qu'à bon escient en dogme classique, en principe digne de régenter la pratique. Encore une observation : c'est que les exsudations pseudo-membraneuses se trouvent sur les valvules plus souvent que dans tout autre point du cœur. Sont-elles, là, l'origine des végétations fongueuses ou verruqueuses qui, dans maintes autopsies, se trouvent sur ces soupapes si merveilleuses et si délicates du moteur circulatoire, et se montrent éminemment propres à en altérer, à en entraver le jeu, de la façon la plus déplorable et la plus funeste? Question vivement débattue, et sur laquelle les opinions des pathologistes sont partagées.

γ. La *tuméfaction* survenue dans le tissu cellulaire subjacent à l'endocarde, — et telle que, de prime abord, cette membrane même, au fond restée intacte, ténue et transparente, paraisse gonflée, épaisse, opaque, indurée, — est une circonstance qui, jointe à la rougeur, plaide très haut pour l'idée d'endocardite, mais pas aussi péremptoirement, pas aussi infailliblement que la sécrétion de la lymphe plastique ou du pus. Serait-il vrai, comme le veulent certains auteurs, que cette tuméfaction, que cette induration du tissu cellulaire subjacent à l'endocarde dût être toujours, et sans exception, mise sur le compte de l'inflammation? Serait-il vrai que l'endocardite préparât, à l'aide de cette première transformation du tissu cellulaire sous-séreux, et faute d'une résolution prompte et complète d'un semblable état, le développement ultérieur des transformations fibreuses, cartilagineuses et osseuses? Serait-il vrai qu'elle fût ainsi la source, la seule et unique source, des plus terribles et des plus meurtrières cardiopathies? Autant de questions à controverser, et non pas à trancher, dans l'état actuel des connaissances pathologiques.

δ. Que les *concrétions sanguines décolorées et plus ou moins adhérentes à l'endocarde* soient un trait caractéristique de l'endocardite; que, par l'effet de cette maladie, il puisse y avoir coagulation du sang dans le cœur sur le vivant même : c'est ce que, pour mon compte, pas plus que Hope (*loc. cit.*), je ne puis attester par expérience. Mais, avec le célèbre cardiopathologiste anglais, j'admets volontiers, par induction et sur le témoignage d'autrui, cette coagulation du sang en contact avec une surface enflammée; je l'admets comme une réalité, attendu qu'un pareil phénomène est un résultat bien connu, bien démontré, de l'artérite et de la phlébite.

ε. L'*ulcération* de la surface interne du cœur est un phénomène extrêmement rare. Cependant Hope (*loc. cit.*) dit en avoir vu quatre ou cinq cas de nature chronique.

E. En ce qui touche aux complications, notons, d'abord, particulièrement que le développement simultané de l'endocardite et de la péricardite, en un seul mot, que l'endo-péricardite est une complication fort naturelle, et, comme de raison, à ce qu'il paraît, assez fréquente, relativement parlant. En général, d'ailleurs, on a, ce me semble, droit de professer que l'endocardite est surtout rare en tant que maladie isolée, indépendante, idiopathique et primitive, et que de préférence elle vient plutôt à titre de maladie deutéropathique se greffer

sur d'autres altérations anatomiques du cœur. C'est, par exemple, dans ce dernier cas, uniquement, que Laënnec, ce grand observateur, voué avec autant d'assiduité que de génie à la culture de l'anatomie pathologique, nous dit avoir quelquefois trouvé des pseudo-membranes peu étendues, ordinairement teintes de sang par imbibition, fortement adhérentes aux parois des oreillettes ou des ventricules (*loc. cit.*, p. 608—9).

612. *Étiologie.* — (287.) — Rien de particulier à enseigner ici : rien que doutes, hypothèses et obscurités. C'est fort aventureusement, c'est bien à tort, je persiste et à le croire et à le dire, que M. Bouillaud a posé la coïncidence de l'endocardite avec le rhumatisme articulaire aigu comme une loi pathologique, comme une règle qui souffre à peine exception une fois sur neuf. Ce n'est pas que je rejette absolument la possibilité d'une endocardite qui soit ou concomitante ou consécutive du rhumatisme articulaire aigu. Tout au contraire ; car j'ai moi-même, de mes propres yeux, constaté une fois le fait nécroscopiquement, et je me suis plu à le proclamer dans les *Leçons sur le rhumatisme* (p. 227 — 41. — XIe observ.). Là, j'ai consigné tout au long une observation recueillie par M. Grisolle sous les yeux de M. Chomel, observation dans laquelle l'autopsie, seule preuve décisive et péremptoire de la réalité de toute altération anatomique dont le diagnostic est encore équivoque, a fourni un exemple incontestable d'endo-péricardite (péricardite légère, et endocardite très prononcée, qui fut seule véritablement la cause de la mort). Et, quant à moi, je concéderai même, volontiers, que l'endocardite a une certaine affinité avec le rhumatisme articulaire aigu, à autant de titre que les autres phlegmasies séreuses (563. E.). Mais, après tout, l'endocardite rhumatismale n'est que l'exception, et non pas la règle : elle n'est peut-être qu'une exception rarissime. Pour dire autrement, il faut être de trop facile composition à l'endroit du diagnostic.

613. *Deux mots de séméiotique.* — A. Le diagnostic de l'endocardite est un problème des plus épineux, des plus énigmatiques, en présence d'une symptomatologie aussi peu caractéristique que nous la donne l'état actuel de la science (611. B.). Surtout, si vous n'aimez pas à trancher les questions aux dépens de la certitude, gardez-vous de croire, sur la parole de Hope (*loc. cit.*), et de ceux qui, à Paris, répètent le médecin de Londres, qu'il y a lieu d'admettre l'existence d'une endocardite toutes les fois qu'un individu présente *tout-à-coup* les trois signes que voici : 1° fièvre, 2° violente impulsion du cœur, 3° bruit de souffle, de scie ou de râpe (*bruit valvulaire* de l'auteur anglais) ; car les deux premiers signes n'établissent rien autre chose que le fait de la fièvre, et pas davantage. Quant au troisième

signe, sans compter que dans bien des cas, dans la plupart assurément, on ne sait pas du tout s'il n'existe pas chez la personne avant la maladie actuelle, avant l'exploration stéthoscopique qui se fait à l'occasion de cette maladie, force est bien d'avouer que ce n'est pas là le moins du monde un signe pathognomonique ; force est bien d'avouer que les bruits de soufflet et de râpe se font entendre dans maintes et maintes circonstances, où il n'est pas permis de soupçonner une endocardite, en un mot, qu'ils se font entendre, avec ou sans fièvre, dans l'anémie, et parfois même aussi dans la pléthore (164. G.). Dira-t-on, toujours avec Hope et ses imitateurs, que la raison d'admettre l'endocardite est encore plus forte, si les trois signes susdits se présentent en coexistence avec un rhumatisme articulaire aigu ? Mais c'est là, précisément, poser en principe ce qui est en question. Tout au plus sera-t-il raisonnable de parier pour l'endocardite, aussi bien que pour la péricardite, lorsqu'une personne présentera *tout-à-coup*, avec des symptômes généraux d'inflammation, une perversion manifeste des mouvemens du cœur, et que les signes évidens d'un épanchement ne seront pas là pour démontrer péremptoirement l'existence d'une péricardite. Enfin, je me plais à le reconnaître, il y a un cas où l'on est en droit de porter un diagnostic précis et affirmatif : c'est lorsqu'on voit apparaître tout-à-coup les signes caractéristiques de la maladie de Corrigan (611. B. 6.). En pareille occurrence, je n'hésiterais jamais, pour ma part, à diagnostiquer une endocardite du ventricule gauche, et plus précisément encore, une inflammation des valvules sigmoïdes aortiques.

B. Pour peu que, chez un malade donné, il y ait lieu de présumer, non pas chimériquement, mais sur motifs pertinens, l'existence d'une endocardite, le pronostic doit être fort sérieux. L'appréhension d'une catastrophe prochaine est légitimement fondée. Le malade échappe-t-il à ce premier danger : reste encore l'éventualité de vices valvulaires incurables.

614. *Thérapeutique.* — Y eût-il possibilité de distinguer toujours, au lit du malade, l'endocardite de la péricardite, peu importerait au traitement. Les moyens indiqués contre celle-ci (611.) sont aussi ceux qui, énergiquement et opportunément employés, peuvent réussir contre celle-là.