capacité modificatrice de l'organisme est le moyen de la guérison dans les maladies infectieuses; si on la nie, voyez la conséquence, il faut admettre que les susdits microbes étaient innocents d'emblée.

Le fait démontré par notre observation est donc riche de conséquences, non seulement pour le cas particulier de l'endocardite infectieuse, mais pour la pathogénie microbienne en général.

Les enseignements que je viens de vous exposer trouvent leur confirmation et leur complément dans l'étude de la malade dont je vous ai entretenus le 24 novembre dernier.

TROISIÈME LEÇON

SUR L'ENDOCARDITE INFECTIEUSE

(SUITE)

(24 NOVEMBRE 1885)

Un cas *d'endocardite infectieuse d'origine gravidique.*

Histoire d'une malade prise de fièvre avec état général grave *au quatrième mois de la grossesse*. — Diagnostic. — Néphrite aiguë. — Fièvre typhoïde. — Signes fournis par l'examen du cœur. — Conclusions.

DÉMONSTRATION DE LA NATURE INFECTIEUSE DE L'ENDOCARDITE. — *Caractères de la fièvre. — Résultats de l'examen du sang et des cultures.*

Du rapport pathogénique entre la grossesse et l'endocardite aiguë de nature infectieuse. — Nécessité de la détérioration préalable de l'organisme.

Marche de cette maladie. — Évolution paroxystique. — Reprises aiguës. — Interprétation.

Traitement. — *Guérison*. — Incertitude du pronostic ultérieur. — Raisons de cette incertitude.

MESSIEURS,

La jeune femme de vingt ans, qui occupe, depuis le 21 octobre, le lit numéro 38 de la salle Laënnec, est entrée dans notre service dans les conditions que voici :

Le 30 septembre dernier, étant enceinte de quatre mois, elle reçut un coup dans le ventre en montant une malle dans un escalier. Elle n'éprouva aucun symptôme

immédiat à la suite de cet accident, mais deux jours plus tard, elle fut prise de douleurs abdominales et lombaires, de vomissements répétés, et le lendemain 3 octobre elle se présenta à la Maternité, où elle fut reçue en raison de cette menace de fausse couche. Les symptômes douloureux et les vomissements persistaient, mais il n'y avait pas de perte de sang; on constata que l'urine était fortement albumineuse.

Cette femme avait-elle de la fièvre à ce moment-là? je ne puis vous le dire; ce qui est certain, c'est que c'est seulement cinq ou six jours après son entrée à la Maternité qu'on commença à prendre sa température; elle était élevée, et la malade nous affirme qu'elle a plusieurs fois atteint, le soir, 40 degrés.

Tandis que cette phase fébrile se développe et s'établit, les symptômes locaux s'amendent progressivement; les douleurs cessent aussi bien dans le ventre que dans les reins, les vomissements prennent fin, aucun écoulement de sang n'est survenu, il n'y a plus lieu de craindre une fausse couche. Pour plus de précautions on garde encore cette femme à la Maternité pendant quelques jours; on constate pendant ce temps que son état général s'altère, que la fièvre persiste, et, pour ces raisons, on la dirige le 21 octobre sur l'hôpital de la Pitié.

A son arrivée, cette malade nous fait le récit que vous venez d'entendre, et nous constatons la persistance de la fièvre; le 21 au soir le thermomètre marque 38°,9, le lendemain matin 38°, le lendemain soir 39°,5. Nous avons donc une fièvre forte chez une femme enceinte de cinq mois.

Il n'est plus question de douleurs ni de vomissements; ce qui frappe c'est l'aspect de la malade; elle est d'une pâleur absolue qui implique une anémie voisine de la cachexie; les traits expriment un abattement profond, le facies est typhoïde, la langue est sèche et rouge; du reste pas de diarrhée, pas de météorisme, pas de gonflement notable de la rate; l'urine, rare et foncée, renferme un peu d'albumine; le pouls est petit, fréquent à 108-112.

Que devons-nous penser de cet état?

En raison de la présence de l'albumine dans l'urine, pouvons-nous l'attribuer à une néphrite aiguë? assurément non; l'urine ne présente aucun des caractères de cette affection; l'albumine qui se chiffre aujourd'hui par quarante-quatre centigrammes pour vingt-quatre heures, a subi une diminution notable depuis l'entrée de la malade à l'hôpital; il ne s'agit sans doute que d'une albuminurie causée par la fièvre, ou par la maladie, non déterminée encore, qui produit la fièvre; mais bien certainement il n'est pas question de néphrite aiguë, et ce n'est pas là que nous pouvons trouver la cause de cette fièvre vive, et de cet état général mauvais.

L'aspect de la malade, la sècheresse et la rougeur de sa langue pourraient éveiller l'idée d'une fièvre typhoïde; je ne mentionne le fait que pour mémoire; en tenant compte de la date à laquelle la fièvre a été reconnue à la Maternité, cette pyrexie serait aujourd'hui à la fin du troisième septénaire, et nous observerions certainement des symptômes céphaliques et abdominaux plus ou moins accusés; or ils font complètement défaut.

Les choses étant ainsi, nous devons demander la rai-

son de cette fièvre à un examen organique complet.

L'appareil respiratoire est intact, mais l'examen du cœur révèle les altérations que voici : à la pointe, un souffle systolique fort et prolongé; — à la base, un bruit de galop, et des frottements péricardiaques, qui présentent leur intensité maximum dans la partie interne du deuxième et du troisième espace intercostal du côté gauche. — Ces deux phénomènes s'éclairaient l'un par l'autre : si nous n'avions constaté que le souffle de la pointe, nous pouvions, nous devions hésiter quant à son interprétation, vu qu'un souffle non organique peut parfaitement siéger à la pointe, ainsi que je vous l'ai montré bien souvent; mais ce large foyer de frottements démontre, à n'en pas douter, une péricardite, et par suite le souffle doit être rationnellement imputé à une endocardite mitrale concomitante.

Cette endopéricardite est-elle ancienne ? est-elle récente ? question majeure qui se présente dans un grand nombre de cas. Or, cette femme n'a éprouvé aucune des maladies qui, à un titre quelconque, exposent à l'endocardite; d'autre part, le timbre des frottements indique des exsudats encore récents; conséquemment, j'admets une endocardite mitrale avec foyer de péricardite sèche, et comme je ne trouve aucune autre altération organique, je rattache à cette endocardite la fièvre et le mauvais état général.

L'examen des jours suivants confirme ce diagnostic, car il montre que les frottements deviennent plus forts, que le souffle de la pointe persiste, et qu'il s'y ajoute un autre souffle également systolique, localisé au foyer aortique dans la partie interne du deuxième espace intercostal droit.

Au surplus, dès le surlendemain de l'entrée de la malade, le thermomètre démontrait que cette endocardite est de mauvaise nature; la température est de 40° le soir, de 39° le matin, et pourtant il n'y a pas d'autre cause de fièvre que l'endocardite; lorsque les choses se présentent ainsi, une pareille hyperthermie est une marque suffisante du caractère infectieux de la maladie, ainsi que je l'ai longuement exposé, il y a deux ans, dans mes *Leçons sur l'endocardite infectieuse*.

Ma conclusion est d'ailleurs justifiée par l'examen du sang que M. Netter a pratiqué à deux reprises, le 22 octobre et le 16 novembre. Ces deux examens, suivis de culture sur la gélatine-peptone, ont montré deux espèces de microbes, savoir des grains sphériques assez volumineux, isolés ou unis deux à deux, — et, d'autre part, des microcoques en forme de chapelet à grains beaucoup plus fins. Ces deux organismes se sont très bien développés dans l'étuve, et les dessins que je vous fais passer représentent les produits de la deuxième culture.

Vous saisirez facilement l'identité du microbe à grains fins, avec celui qui a été recueilli dans le sang de notre précédente malade.

Vous ayant ainsi exposé les raisons de mon diagnostic, je reprends l'histoire de la malade; elle est vraiment des plus remarquables.

Le 27 octobre, au septième jour après l'entrée, nous avons eu une fausse défervescence, qui a fait tomber le thermomètre à 36°,6. Le soir, par une de ces oscillations

fréquentes après les grands abaissements thermiques, la température est remontée à 38°,4; mais le lendemain elle est sous-normale, à 36°,3 le matin, 36°,1 le soir, et le jour suivant 29 octobre, elle est à 36° le matin, 36°,8 le soir.

L'état général de la malade est meilleur; les phénomènes cardiaques persistent sans changement.

Le 30, au matin, la température est encore de 36°,8;

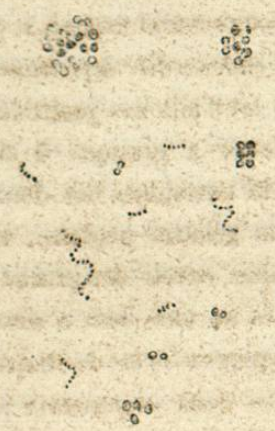


Fig. 5. — SANG. DEUXIÈME CULTURE PEPTONE-GÉLATINE (N° 38, salle Laënnec).

mais le soir, après deux jours et demi d'apyrexie, la fièvre reprend, le thermomètre marque 38°. Cette reprise dure cinq jours avec des températures vespérales de 39°,4 à 40°, et des températures matinales de 38° à 39°,2. L'état général devient de nouveau inquiétant, l'état du cœur reste le même. Le sixième jour, au matin, le 4 novembre, nouvelle défervescence qui fait tomber la température de 39°,6 à 36 degrés.

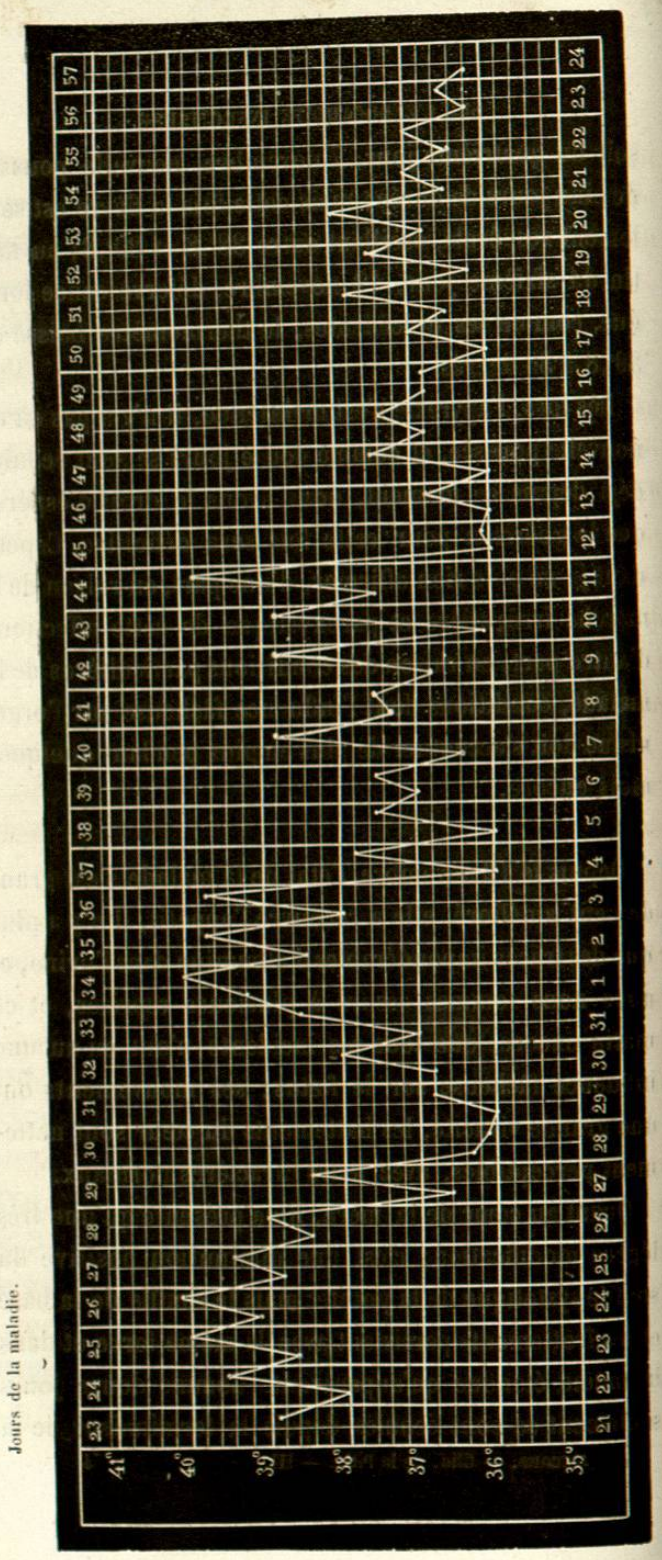
A la suite, trois jours d'apyrexie et de mieux-être; le

soir du quatrième jour, 7 novembre, nouvelle poussée de cinq jours de durée; mais cette fois la fièvre est seulement vespérale, oscillant entre 38°,8 et 39°,8; au matin du sixième jour, 12 novembre, défervescence lorsque, comme les précédentes, le thermomètre baisse de 39°,8 à 36 degrés.

Dès lors, l'apyrexie s'est maintenue, il n'y a pas eu de nouvelle poussée, et comme douze jours se sont écoulés déjà depuis ce moment, nous avons le droit d'espérer que la guérison pour cette fois sera définitive. Cependant je ne puis rien affirmer, d'une part, en raison de la marche irrégulière et paroxystique de cette affection; d'autre part, en raison des conditions particulières de la malade, conditions dont l'influence fâcheuse sur l'organisme doit s'accentuer de plus en plus pendant quelques mois encore.

Depuis le 12 novembre, l'état de la malade s'est grandement amélioré, elle a recouvré l'appétit, il n'y a plus que des traces impondérables d'albumine dans l'urine, et nous nous sommes assuré à plusieurs reprises, et ce matin encore, que tous ces incidents n'ont eu aucune influence fâcheuse sur le fœtus; ses mouvements ont une grande vivacité, les battements du cœur sont nettement perceptibles, avec leurs caractères normaux.

Quant au cœur de la mère, il ne présente qu'une très légère modification; c'est une diminution positive du souffle systolique de la pointe; mais le souffle de la base et les frottements persistent avec la même force et dans la même étendue qu'auparavant. Comme douze jours seulement se sont écoulés depuis la terminaison de la



Tracé II. — ENDOCARDITE INFECTIEUSE D'ORIGINE GRAVIDIQUE.

Jours de la maladie.

fièvre, il n'est pas impossible que ce reliquat de l'endo-péricardite disparaisse ultérieurement par résorption, mais en raison de l'état de grossesse de cette femme, nous ne devons guère l'espérer.

Telle est jusqu'à ce jour l'histoire de cette malade. Et maintenant se présente cette question du plus grave intérêt : pourquoi cette femme a-t-elle eu une endocardite, une endocardite de mauvaise nature, une endocardite à microbes? Uniquement, Messieurs, à cause de sa grossesse, qui est venue aggraver un état préalable de détérioration organique. La grossesse, à elle seule, n'aurait certainement pas suffi, les deux conditions sont nécessaires.

Revenons un instant à l'étiologie de l'endocardite : mettez à part celle qui est engendrée par le rhumatisme, et dans quelques cas par le traumatisme thoracique ou l'action du froid; — mettez à part celle qui est produite par contiguïté ou par extension au cours des phlegmasies intra-thoraciques; — puis celle qui est liée aux maladies des reins, et aux maladies infectieuses, fièvre typhoïde, érysipèle, fièvres éruptives; — et il vous reste tout un groupe d'endocardites aiguës, et parfois suraiguës, qui n'ont pas d'autre cause que la détérioration, le surmenage de l'organisme. Ces endocardites sont les plus graves de toutes, car elles sont de nature infectieuse.

Cette cause organique, qui suffit à elle seule pour donner lieu à une endocardite de mauvaise nature, résulte des conditions multiples et diverses, qui créent l'état de misère physiologique : insuffisance de l'alimen-