

compte d'indigestion; on restreint son alimentation et cependant il souffre toujours.

À l'examen, je constate que cette douleur ne siège pas à l'estomac mais bien dans la région splénique et qu'il existe là une sensibilité assez vive pour que le patient s'oppose à la palpation de la région. De plus celui-ci me dit bien que cette douleur est apparue subitement. En véritable coup de poignard.

Je ne revois ce malade qu'en mars. Alors qu'il a depuis quelques jours une hémiplegie totale de son côté gauche; un matin alors qu'il était à mettre ses chaussures il avait été frappé brusquement d'un ictus avec perte de connaissance de peu de durée.

Ces jours derniers, voulant compléter cette observation, je suis allé voir ce malade et ai constaté que les mouvements de son membre inférieur étaient presque normaux mais qu'il lui restait une paralysie avec contraction de son membre supérieur. Tous les mouvements du coude, du poignet et de la main étaient abolis. Son état général est bon, il n'a pas de fièvre. De plus j'ai appris de sa mère, qu'à l'âge de 10 ans, il avait souffert d'une scarlatine grave. Lui-même a reconnu que longtemps avant de venir me consulter, il n'était pas comme les autres enfants, ses compagnons de jeux, il ne pouvait courir sans ressentir de l'oppression et même des palpitations du coeur qui l'obligeaient de s'arrêter et de se reposer assez longtemps.

Avec ces renseignements, et reconnaissant que l'endocardite à sa période de début ne s'accompagne pas d'un souffle organique je me crois autorisé à diagnostiquer une cardiopathie ancienne d'origine scarlatineuse et un rhumatisme aigu, avec ou sans endocardite rhumatismale, mais endocardite maligne récente à évolution subaiguë, causée par une infection secondaire avec embolies splénique et cérébrale.

Pour confirmer ce diagnostic je me permettrai de vous exposer d'une manière succincte les données actuelles de la science en rapport avec cette maladie; je vous parlerai de sa fréquence, dans quelles conditions elle se développe, de ses causes et de sa symptomatologie.

Il est reconnu aujourd'hui que l'endocardite rhumatismale, *per se*, ne produit pas de phénomènes emboliques et que la présence d'embolies est un signe différentiel important de l'endocardite maligne subaiguë ou lente.

Cette maladie, si elle n'est pas aussi fréquente que l'endocardite rhumatismale, se rencontre beaucoup plus souvent que l'endocardite maligne aiguë. Vaquez, Achard, Débri en France en citant de nombreux cas. Libman de New-York, en mai 1918, avait pu en réunir 300 cas tant dans sa clientèle privée que dans sa pratique hospitalière et cet auteur prétend que dans 95% des cas le streptocoque non hémolytique en est la cause. Ce microbe se rencontre dans les alvéoles, les racines des dents, dans les gencives