

ces vaisseaux, dont la paroi est souvent épaisse et surtout on retrouve de nombreux foyers leucocytaires en nodules, très bien caractérisés.

Les coupes du cœur vérifient la myocardite macroscopique. On trouve une fibre musculaire en dégénérescence vitreuse avec infiltration leucocytaire abondante en trainées.

Diagnostic.—Le diagnostic devenait fort simple, bien que complexe. Il s'agissait d'une endocardite maligne, ulcéro-végétante subaiguë, avec néphrite également subaiguë et infarctus pyohémiques multiples de la rate, ayant abouti à la rupture de cet organe et à la péritonite. Le tout probablement d'origine staphylococque.

Les endocardites malignes se rencontrent surtout au cours d'une infection ou d'une pyohémie, comme accidents secondaires, alors faciles à diagnostiquer cliniquement, par l'apparition plus ou moins brusque des symptômes cardiaques. Ou bien, elle s'annoncera au cours d'une cardiopathie ancienne, par une aggravation des symptômes cardiaques et l'apparition des symptômes généraux. Ou bien encore, elle atteint un sujet jusque là en parfait état de santé¹, ce qui est rare. Il n'en est pas de même de l'endocardite maligne subaiguë, souvent primitive, s'installant chez d'anciens cardiopathes dont la vieille lésion valvulaire, constitue un point d'appel électif pour le microbe. Dans cette forme, l'existence antérieure de la lésion cardiaque, l'absence quelquefois de fièvre, ou en tous cas son intermittence², l'inconstance de l'un des types habituels de l'endocardite aiguë, qui ne se présente plus sous sa forme cardiaque, méningitique, typhoïde ou pyohémique, rend le diagnostic beaucoup plus difficile. C'est précisément ce qui est arrivé chez ce malade, et d'autant plus facilement, que le clinicien

1. Bouchard et Brissaud : *Traité de Médecine*, vol. VIII, page 314.

2. Balthazard et Macaigue : *Précis de Pathologie interne*.