

tira environ 200 grammes de sang, et on donna toutes les quatre heures 1 grain de calomel, avec la même quantité de poudre de Dover.

Le jour suivant, on constata que les ventouses avaient diminué le sentiment de malaise existant dans le côté gauche de la poitrine, et que l'enfant avait bien dormi pendant la nuit. Il paraissait moins anxieux, les yeux étaient encore lourds et injectés, la peau était moins chaude. Le pouls était à 114, frémissant, mais non plein. Il y avait maintenant une légère voussure de la région cardiaque, et les bruits du cœur étaient plus obscurs, et plus éloignés que le jour précédent. Le bruit était alors manifestement un bruit de frottement, plus fort à la base qu'à la pointe du cœur, et masquant complètement le premier bruit du cœur, tandis que le second pouvait s'entendre dans la région aortique. On appliqua six sangsues de plus sur la région cardiaque, et l'écoulement du sang par leurs morsures fut assez abondant pour qu'il en résultât une syncope. On ajouta au traitement antérieur les onctions mercurielles, et l'état de l'enfant continua, le 15, à être à peu près ce qu'il avait été le jour précédent. Le 16, il y avait une certaine amélioration dans les symptômes généraux, et le pouls était plus calme. Le bruit de frottement ne se percevait plus, mais à la place du premier bruit on constatait un bruit de râpe très fort. On pouvait, maintenant, entendre le second bruit normal à la pointe du cœur, aussi bien qu'à l'origine de l'aorte, et ses caractères étaient entièrement naturels. Le 19, les gencives étaient un peu atteintes, et on diminua la quantité des médicaments. Le 22, la bouche était très malade, et on cessa tout traitement actif, ce jour-là même. L'enfant retrouva peu à peu ses forces, mais le souffle accompagnant le premier bruit persista, et s'entendait encore un mois après, sans autre modification que d'être devenu un peu plus doux et plus prolongé. Quatre ans plus tard, j'ai revu cet enfant. Il avait continué à être bien pendant ce temps, et n'avait jamais éprouvé de palpitations de cœur, ni rien autre du côté de la poitrine; mais son pouls était petit, saccadé, et quelquefois inégal, et le premier bruit normal était encore remplacé par un souffle prolongé très fort.

Dans de tels cas, il n'est pas facile d'expliquer la production de la maladie du cœur. On ne constata aucun signe de rhumatisme pendant le cours de l'affection, et celle-ci ne se trouvait associée à aucune autre maladie, telle que la scarlatine, qui, par les altérations qu'elle détermine dans la composition du sang, peut être regardée comme favorisant la production d'une inflammation du cœur, ou d'un autre viscère (1). Les organes de la respiration étaient complètement intacts, de façon

(1) C'est ainsi qu'on voit par exemple chez l'adulte la maladie de Bright favoriser le développement de la péricardite, suivant les recherches consciencieuses du Dr Taylor, dans le tome XXVIII des *Medico-chirurgical Transactions*.

qu'on ne pouvait, même pour un moment, considérer ce cas comme un de ceux dans lesquels la maladie du cœur est secondaire, et le résultat de l'extension de l'inflammation au delà des limites dans lesquelles elle était primitivement circonscrite. Mais, bien que l'affection cardiaque fût survenue indépendamment, en dehors de ces conditions que nous regardons, et avec raison, comme habituellement essentielles à sa production, elle suivit une marche aussi aiguë et produisit des lésions aussi étendues que si elle se fût développée sous l'influence d'une de ses causes ordinaires.

La péricardite idiopathique sans complication de pleurésie, et assez intense pour donner lieu à des symptômes appréciables pendant la vie du malade, est certainement un fait très rare. Je ne puis parler avec précision de la fréquence, pendant l'enfance, de ces taches blanches à la face du péricarde, qui furent signalées par M. Bizot, et par sir J. Paget, comme étant très fréquentes chez l'adulte, et que l'on regarda, avec raison, comme d'une grande importance, aussi longtemps qu'on les envisagea comme des preuves invariables d'une inflammation disparue (1).

Dans quelques cas, elles sont, sans aucun doute, dues à cette cause, et probablement toutes les fois que nous les rencontrerons vers la base du cœur, nous ne nous tromperons pas en les regardant comme les résultats d'une inflammation. Lorsqu'elles occupent leur siège le plus habituel dans l'enfance, près du sommet du ventricule gauche, l'explication de leur présence est fournie par la théorie dite de l'attrition, qui les rapporte aux frottements du cœur contre les parois de la poitrine (2). En même temps que cette théorie explique la présence de ces plaques, elle leur enlève une partie de leur importance pathologique.

Endocardite. — Le nombre total des cas dans lesquels il existait une endocardite aiguë ou chronique fut de 103. Dans 30 de ceux-ci, les symptômes furent plus ou moins masqués par une complication de péricardite, pendant que dans les 73 autres exemples, l'inflammation de l'endocarde existait seule. Sur les 73 cas d'endocardite sans complication, 30 présentaient des symptômes aigus, tandis que dans les autres la maladie revêtait une forme chronique.

(1) *Mémoires de la Société médicale d'observation*, t. I, p. 350, et *Medico-chirurgical Transactions*, t. XXIII.

(2) Sir W. Jenner, dans ses leçons sur le rachitisme déjà mentionnées (*Med. Gazette*, avril 1860, p. 334), explique comment il se fait qu'en raison de la difformité de la paroi de la poitrine chez les rachitiques, la pointe du cœur vient en contact avec la côte gauche, juste au point où celle-ci se projette en dedans, ce qui fait que les plaques blanches ont leur siège près du sommet gauche, et non vers le centre de la partie antérieure du ventricule droit qui est la place où on les trouve habituellement chez l'adulte.

Dans quelques-uns de ces cas, les signes de l'affection du cœur se montrèrent avec une intensité considérable et consistèrent dans du malaise, du côté du cœur, des palpitations, l'augmentation du choc contre les parois de la poitrine, avec inégalité des pulsations; dans un cas, irrégularité des mouvements; dans un autre, de la dyspnée et quelquefois de l'orthopnée. Des symptômes aussi marqués attireraient l'attention du côté de la poitrine, et l'auscultation faisait aussitôt découvrir un bruit de souffle intense caractérisant l'inflammation de l'endocarde. Chez d'autres enfants, toutefois, comme il arrive chez l'adulte, le stéthoscope seul révélait le commencement du désordre qu'on n'aurait, autrement, pas soupçonné.

Dans le cas où l'endocardite accompagnait la rougeole, ses symptômes furent masqués par ceux de la pneumonie à laquelle elle était unie, et dans les exemples où elle succéda à la convalescence de cette maladie, aucun symptôme intense ne se montra.

Dans quelques-uns des cas d'endocardite qui survinrent sans cause provocatrice évidente, bien qu'il y eût beaucoup de chaleur de la peau, un peu d'accélération du pouls, et une certaine suractivité du cœur, pourtant, ni les symptômes généraux, ni les signes locaux ne furent, d'une façon quelconque, plus marqués qu'ils ne le sont en général dans une fièvre simple, ou dans la grippe chez les enfants.

Dans d'autres circonstances, où l'enfant ne fut soumis à mon observation que quand le mal était déjà passé à la forme chronique, celle-ci avait été précédée d'une période aiguë assez peu marquée pour qu'il fût impossible de fixer exactement la date à laquelle elle avait commencé. Il semble donc que, comme dans l'endocardite rhumatismale, les symptômes puissent varier d'intensité et être, dans un cas, assez sévères pour s'imposer à notre attention, et, dans un autre, assez légers pour échapper presque à notre observation; et il en est ainsi dans les cas où l'endocardite est, ou paraît être, idiopathique. Quand il y a rhumatisme aigu, vous êtes informé de ce danger, et vous n'attendez pas que les souffrances du malade vous informent de la production du désordre, mais vous êtes à l'affût des premières menaces de son approche, et le sens de l'ouïe vous donne, sur ce fait, une information plus précise et plus sûre que tous les autres réunis. Mais, si le même mal contre lequel vous êtes si bien en garde dans les cas de rhumatisme, peut se produire en dehors de cette affection, et donner à peine naissance à des signes précurseurs de son approche, avant qu'il soit, presque, ou tout à fait, trop tard pour espérer la guérison, vous devez prendre, au moins, d'aussi grandes précautions; et dans aucun cas de troubles fébriles de l'enfance, si simple que paraisse la maladie, vous ne devez considérer l'examen du malade comme complet avant de l'avoir ausculté. Malgré tous vos soins, il y aura encore des cas, probablement, où le début de la maladie du cœur échappera

à votre observation, et dans lesquels vous découvrirez, accidentellement, son existence, en auscultant la poitrine dans quelque autre but ou bien alors que la production des signes d'une maladie valvulaire appellera votre attention sur cette maladie devenue depuis longtemps chronique.

Il est de la plus haute importance de reconnaître de bonne heure la maladie, puisque son augmentation lente ne donne nullement l'assurance qu'elle ne puisse aller jusqu'à ruiner la santé, et, à la fin, jusqu'à détruire la vie du malade. Rien de plus gradué que les progrès de la première période de la maladie du cœur dans le cas d'une jeune fille, âgée de 10 ans, qui se présenta à mon observation dans le mois de mars, il y a quelques années. Sa mère rapportait que, bien que peu robuste, cette enfant n'avait jamais eu de maladie déterminée; mais que, depuis l'année précédente, elle s'était trouvée plus faible et avait souffert de palpitations de cœur qui étaient devenues, par degrés, de plus en plus fatigantes, et que, depuis les trois derniers mois, l'enfant avait été aussi atteinte de toux. Quand on me l'amena, elle était très émaciée, la face était anxieuse et fatiguée; la respiration courte, à ce point qu'elle marchait difficilement, même pendant très peu de temps; elle avait une toux courte et fréquente, sans expectoration, et souffrait beaucoup de palpitations de cœur ainsi que d'un malaise dans la poitrine; l'impulsion du cœur était violente; la matité de la région précordiale étendue; un bruit de râpe très intense, très rude, accompagnait le premier bruit du cœur, plus intense vers le mamelon, et à sa gauche, mais qui s'entendait dans toute l'étendue de la poitrine en avant et en arrière. Différents remèdes apportèrent un soulagement temporaire à ses souffrances, mais pourtant elle devint pire chaque mois. Elle s'amaigrit de plus en plus, le malaise dans la poitrine et les palpitations du cœur augmentèrent, sa toux fut plus violente, et elle eut une hémoptysie. Un mois environ avant sa mort, la toux cessa tout à fait; mais l'enfant était alors incapable de quitter son lit, en raison de l'augmentation de sa faiblesse; les palpitations persistèrent sans s'amender, et il se produisit un léger degré d'œdème aux extrémités. Pendant la dernière semaine de sa vie, il y avait une grande difficulté de respiration, qui alla en augmentant jusqu'au 10 octobre, jour de la mort. Les poumons étaient très emphysémateux, et très congestionnés, mais sans autre altération. Le cœur était extrêmement volumineux, mais ses cavités droites ne dépassaient pas les dimensions ordinaires: les valvules de l'artère pulmonaire étaient saines; les bords de la valvule tricuspide étaient légèrement épaissis; l'oreillette gauche était énormément dilatée, sans aucun amincissement des ses parois. Il y avait une grande dilatation des veines pulmonaires; le ventricule gauche était dilaté et ses parois épaissies; les cordages tendineux de la valvule mitrale étaient considérablement raccourcis, de façon que

celle-ci ne pouvait se fermer; la valvule elle-même était altérée, épaissie et cartilagineuse, et il y avait également un peu d'épaississement du bord des valvules semi-lunaires de l'aorte.

Les symptômes dans ce cas, depuis la période la plus reculée à laquelle remonte l'histoire de la maladie, furent ceux d'une maladie chronique des valvules, avec hypertrophie et dilatation du cœur, mais nous n'avons aucun indice à l'aide duquel nous puissions deviner quand commença l'inflammation de l'endocarde, qui fut probablement la première de ces altérations morbides. Les troubles fonctionnels qui l'accompagnaient furent assez légers pour échapper à l'attention de la mère, et ne provoquer aucunes plaintes particulières de la part de l'enfant; mais il est probable qu'une sollicitude plus vigilante aurait été alarmée par la production d'un état fébrile comparativement léger, que l'auscultation aurait découvert la maladie à son début, et que le traitement eût diminué, s'il n'avait pu complètement prévenir la désorganisation subséquente du cœur.

J'ai signalé l'endocardite, quoiqu'on ne l'eût pas découverte, comme ayant été la cause probable de la maladie du cœur dans cette circonstance. Mais il y a pourtant une autre explication des lésions que permettent d'accepter quelques autres cas de maladie chronique des valvules, que j'ai observés pendant la vie ou constatés après la mort, et d'après lesquels on peut dire que le désordre a été le résultat d'un processus morbide autre que l'inflammation. Nous savons qu'il peut en être ainsi chez l'adulte, et également, je le crois, chez l'enfant; l'importance pratique de ce fait n'étant pas moindre dans l'un que dans l'autre cas. Dans les deux conditions, il a de l'influence sur le traitement, il nous avertit de ne pas employer des moyens antiphlogistiques trop actifs, ni de les continuer trop longtemps, et fait supposer que ce que nous découvrons n'est que le signe d'un mal depuis longtemps passé (1).

Il est vrai que, dans beaucoup de cas, la maladie des valvules va de mal en pis, comme chez le pauvre enfant dont je viens de rapporter l'histoire; l'inflammation, dans quelques circonstances, se produisant à certains moments, et ajoutant, chaque fois, quelque chose aux désordres précédents, ou la désorganisation du cœur faisant des progrès lents, mais non interrompus. Mais, cependant, on rencontre quelquefois des exceptions à cette règle, et on observe des cas où les signes de la lésion cardiaque demeurent stationnaires, et où l'état de l'enfant s'améliore, en même temps que celui-ci avance en années. Et il

(1) Cette supposition, qui éclaircit ce qu'il y aurait, autrement, de très obscur par rapport à la cause de quelques cas d'affections valvulaires chroniques, est proposée, comme il est à peine utile de le dire, par sir W. Stokes dans son ouvrage *Sur les maladies du cœur*, in-8°, Dublin, 1854. Voyez p. 146 et suivantes.

n'est pas probable que dans ces cas la maladie reste simplement stationnaire, mais plusieurs indices semblent montrer qu'il y a, comme le docteur Latham le soupçonne, « une certaine puissance préservatrice, peut-être inhérente au développement du cœur, par laquelle il peut approprier sa forme et son mode d'accroissement aux accidents matériels, de façon à diminuer ou à combattre leur action fâcheuse. »

Le docteur Latham (1), dont je ne puis mentionner le nom sans exprimer le respect et la gratitude dus à celui aux leçons duquel je suis si redevable, rapporte, comme exemple de ce fait, l'histoire de deux jeunes filles chez lesquelles les signes stéthoscopiques d'une malformation des valvules existaient depuis la première enfance, mais qui n'avaient jamais éprouvé aucun trouble important de la santé générale, qui pût être attribué à cette lésion. J'ai observé, personnellement, des exemples encore plus frappants, dans lesquels les signes d'une maladie du cœur existaient sans les résultats fâcheux qu'on aurait pu en attendre, mais où les conséquences fâcheuses diminuaient avec les années, bien que l'auscultation donnât l'assurance que leur cause était persistante. Une petite fille de 6 ans, dont la santé n'avait jamais été robuste, et qui avait été très malade de la rougeole et de la scarlatine, après lesquelles elle était restée sujette à ce qu'on appelait des inflammations de la poitrine, s'offrit à mon observation à la fin d'avril 1846. Elle était atteinte, alors, d'une dyspnée intense avec des symptômes de bronchite aiguë, et à l'auscultation on entendait à la pointe du cœur un murmure systolique. Les symptômes de bronchite diminuèrent par degrés, mais la dyspnée continua; l'enfant était incapable de dormir, excepté quand elle était presque assise dans son lit.

Elle était tourmentée par des palpitations, une toux fréquente, et, quand celle-ci devenait plus violente, elle crachait de petites quantités d'un sang rutilant. Sa physionomie était pâle, mais avec une coloration violacée sur chaque joue; les battements des carotides étaient sensibles, et les veines jugulaires distendues pendant que le cœur battait 150 fois par minute. L'impulsion du cœur était augmentée, et la matité de la région précordiale s'étendait beaucoup au delà de ses limites ordinaires; on constata ensuite que la petitesse du pouls n'était pas en rapport avec les efforts que faisait le cœur, et la sensation d'un *frémissement*, par la main qu'on plaçait sur la région précordiale, complétait les signes d'un rétrécissement considérable de l'orifice mitral, avec hypertrophie et dilatation du cœur. De temps à autre, l'enfant fut vivement reprise, depuis lors, par le retour de ses anciens symptômes, et après vingt mois passés, le bruit de souffle continuait encore: la main placée sur la région cardiaque pouvait saisir distinctement comme le frémissement

(1) Voyez *Diseases of the heart*, t. I, pp. 241-243.

d'un rouet, en même temps que le pouls était extrêmement petit et faible. Mais le cœur ne se contractait plus avec la même violence qu'autrefois. Ses pulsations ne dépassaient pas 110 à la minute; et, bien que l'enfant fût incapable de dormir à plat dans son lit, l'orthopnée pénible avait disparu depuis plusieurs mois. Les paupières n'étaient plus bouffies, ni les membres œdématisés, comme auparavant; la toux n'était plus fatigante, et l'hémoptysie était très rare. L'enfant avait repris de l'embonpoint, était gaie et jouait, moins impétueusement qu'auraient pu le faire d'autres filles de son âge, mais pourtant avec assez d'entrain pour que je pusse à peine croire que ce fût là le pauvre petit être souffrant pour lequel, un an auparavant, chacun aurait considéré une mort prompte comme le sort le plus heureux qui pût lui arriver.

Le rétablissement graduel du cœur ne fut pas moins frappant dans le cas de ce petit garçon dont je vous ai rapporté l'histoire comme un exemple de péricardite et d'endocardite idiopathiques. Non seulement il continua à être bien, pendant quatre ans après sa guérison, mais je l'ai revu dix ans plus tard, alors qu'il était âgé de vingt ans. L'impulsion du cœur était encore considérable, le bruit morbide continuait à être fort et rude, mais le jeune homme n'avait pas d'autre souffrance que des palpitations, par moments, et quelquefois, la sensation d'un malaise dans la poitrine; et ceci, bien qu'il menât un genre de vie pénible, parcourant la campagne comme chanteur ambulancier, exposé à l'humidité, et faisant en un jour huit ou dix lieues, comme il le disait lui-même, sans fatigue.

J'ai observé d'autres cas de la même nature, bien que moins remarquables que les deux précédents, et qui autorisent, je pense, à conserver plus d'espérance dans un cas de maladie valvulaire chez un enfant qu'on ne serait autorisé à le faire si le malade était un adulte. Si consolant qu'il soit de penser que le temps aide quelquefois à réparer les dommages causés au cœur pendant l'enfance, ces cas ne sont pourtant, à tout prendre, que très exceptionnels. Ces exceptions ne sont non plus en aucune façon proportionnelles au nombre des cas dans lesquels l'inflammation primitive a été peu intense, ou n'a pas eu de récurrence; mais de deux cas, dont le début a été identique, l'un marchera, en s'améliorant par degrés lents, vers un état de santé relativement bon, et l'autre, par une aggravation également lente, vers une mort pénible. Dans ce dernier cas, il peut aussi arriver que l'autopsie ne découvre pas une altération des valvules aussi considérable qu'on aurait pu l'attendre, d'après les symptômes existant pendant la vie.

Mais, demandera-t-on, d'où dépend la différence entre ces deux ordres de faits? Je crois que la présence ou l'absence de dilatation du cœur, ou le degré de cette lésion, tiennent les symptômes sous leur

dépendance, et déterminent l'issue de la maladie dans un grand nombre de circonstances.

En énumérant les cas sur lesquels sont basées les remarques contenues dans ces leçons, j'en ai rapporté sept où la dilatation du cœur existait sans être accompagnée de maladies des valvules. Dans ces cas, l'absence de lésion valvulaire était des plus inattendues, puisqu'un souffle systolique existait dans tous pendant la vie.

J'observai l'un de ces cas, et le plus remarquable de tous, en 1849; le malade était une petite fille de 7 ans et 9 mois, qui avait été sujette à des palpitations de cœur, depuis une scarlatine qui avait eu lieu deux ans auparavant. Pendant quelques mois avant qu'elle me fût présentée, sa santé n'avait été ni bonne ni mauvaise, mais une attaque de catarrhe, dont elle avait souffert un mois auparavant, paraissait avoir provoqué tous les symptômes aigus. Je trouvai, au bout de ce temps, l'enfant aux prises avec une bronchite généralisée; la face était congestionnée, la respiration accélérée et irrégulière, variant de 60 à 80 par minute; le cœur battait 130 fois; et il y avait, à la pointe, un bruit de souffle systolique intense. L'état s'aggrava, la toux devint plus dure et plus pénible, et la respiration atteignait habituellement de 80 à 90; l'enfant se plaçait sur le ventre et restait presque constamment dans cette position, la seule qui lui permit de goûter un peu de sommeil. Je la vis pour la première fois le 1^{er} avril; elle mourut le 5 au matin, tout à fait paisiblement, et ayant pris la veille au soir un calmant contenant du laudanum qui lui procura un peu de repos, mais non un sommeil profond.

Il y avait trois noyaux d'apoplexie pulmonaire, chacun de la grosseur d'une noix environ, dans le poumon droit, et un autre un peu plus petit dans le poumon gauche; la languette du lobe supérieur était affaissée, les bronches très congestionnées contenaient une quantité notable de mucus épais. Dans le péricarde se trouvaient 30 grammes de sérosité transparente. Le cœur était presque aussi gros que les deux poings, et de forme arrondie; son augmentation dépendait plus de l'accroissement de la moitié droite que de celui de la moitié gauche de l'organe, bien que les cavités gauches fussent, aussi, plus grandes qu'à l'état normal. Le ventricule et l'oreillette gauches contenaient, l'un et l'autre, un caillot noir considérable. L'oreillette droite, énormément dilatée, était remplie par un caillot solide en partie décoloré; et il y avait un coagulum assez abondant dans le ventricule du même côté. Le ventricule droit avait subi une dilatation énorme; mais celle-ci était surtout plus remarquable dans la partie d'où naît l'artère pulmonaire, et qui formait derrière les piliers de la valvule tricuspide presque un second ventricule, tant elle était élargie. On examina avec soin toutes les valvules qui ne présentaient aucune trace de maladie. Le trou ovale était oblitéré.

Un garçon de 10 ans vint, pour y mourir, à l'hôpital des Enfants. On n'obtint aucun renseignement sur sa maladie antérieure; mais il était très œdématié, et il y avait une grande quantité de liquide dans l'abdomen, bien que son urine fût exempte d'albumine. On trouva le péricarde partout adhérent, et tout l'endocarde présentait un degré remarquable d'opacité, bien qu'il n'y eût d'épaississement d'aucune des valvules. Il y avait une hypertrophie considérable du cœur due à la dilatation des deux côtés, mais le gauche était le plus affecté; le ventricule, seul, de ce côté, était aussi gros que le cœur entier d'un enfant de 9 ans et 3 mois, dont le cadavre était en même temps à l'amphithéâtre, bien que ses parois fussent à peine épaissies, et que l'orifice aortique ne fût pas agrandi.

Une petite fille, à l'âge de 6 ans, eut une attaque de rhumatisme peu grave puisqu'elle ne fut presque pas obligée de garder le lit. Un mois plus tard, elle se plaignit d'une douleur au cœur, lequel, pendant quelques semaines, eut des battements très prononcés. Six mois après, la figure commença à enfler, plus tard les membres devinrent œdémateux, mais le degré de l'anasarque avait été très variable. Neuf mois après l'attaque de rhumatisme, elle fut admise à l'hôpital à l'âge de 7 ans et 3 mois. Il y avait un peu d'œdème des jambes et de la partie inférieure du dos, aussi bien que des téguments de l'abdomen; point d'ascite, mais une augmentation considérable du volume du foie. Il y avait une voussure manifeste du côté gauche de la poitrine. On constatait l'impulsion du cœur dans les 4^e, 5^e et 6^e espaces intercostaux; la pointe du cœur battait dans le 6^e espace, à un demi-pouce en dehors de la ligne du mamelon, et à un pouce trois quarts au-dessous du mamelon, en suivant une ligne oblique. Le choc du cœur était un peu sourd; il y avait un frémissement cataire vers l'angle costal gauche.

Limite supérieure de la matité...	3 ^e côte.
Limite à droite.....	un travers de doigt à droite du sternum.
Diamètre oblique du cœur.....	5 pouces 3/4 (0,144 mill.).
Transverse.....	5 pouces.
Longitudinal.....	3 pouces.

A la pointe on entendait un souffle systolique dont l'intensité diminuait rapidement, à mesure qu'on s'élevait vers la base, mais était perceptible dans toute la région du cœur; pas de bruit au 2^e temps. Le repos et le traitement soulagèrent l'enfant, qui, admise le 26 février, était en état de retourner chez elle le 16 avril.

Pourtant, sa santé déclina de nouveau lorsqu'elle n'eut plus les soins et le confort de l'hôpital. Elle fut admise pour la deuxième fois le 6 mai, se plaignant d'une douleur précordiale constante, due probablement à

la production d'une péricardite, car un bruit de frottement se fit entendre, alors, pendant un certain temps. Son état s'améliora de rechef. Le docteur Gee, qui à cette époque prenait avec une grande habileté les observations à l'hôpital, maintenant mon très estimé collègue, et dont j'ai déjà cité les notes, trouva que :

En haut, la limite de la matité répondait à la 2^e côte;

A droite, à deux pouces en dehors du bord du sternum et à un demi-pouce à gauche du mamelon droit.

Elle avait déjà atteint cette limite le 22 mai. Le choc du cœur se sentait sur une surface moins étendue qu'en février; le bruit de frottement avait complètement disparu, mais on entendait un souffle systolique sur toute la région précordiale et on pouvait presque saisir le second bruit.

Depuis que cette enfant a quitté l'hôpital, je ne l'ai point revue; mais il ne peut être douteux que, si elle n'a déjà trouvé un lieu de repos, ou la mort, dans quelque autre établissement, elle reviendra chercher à ses souffrances un léger adoucissement qui est tout ce que la médecine puisse lui offrir. J'ai rapporté son cas, non parce que je le considère comme un exemple de dilatation du cœur indépendante d'une maladie valvulaire, mais parce que c'est la dilatation qui est la cause de ses souffrances, et la source du danger qu'elle court; et parce que j'ai vu, maintenant, beaucoup de faits qui semblent prouver que dans l'enfance la production de cette altération est un des grands dangers contre lesquels nous devons être en garde, puisque, quand elle est arrivée à un degré considérable, la nature paraît incapable d'exercer cette action réparatrice dont, dans d'autres cas, elle use, quelquefois, avec tant d'avantage pour le malade (1).

Mais comment éviter le danger? Par le repos; le repos aussi complet qu'on peut le donner à un organe qui est en activité constante, dont le repos n'est que momentané et partiel, dont une moitié se repose pendant une fraction de minute, tandis que l'autre moitié se contracte puissamment, — flux et reflux alternatif qui ne cesse qu'avec la vie elle-même. Le repos que nous pouvons donner alors est plutôt une diminution de travail; demandant au cœur aussi peu de pulsations que possible dans une minute, et celles-ci aussi peu vigoureuses qu'il se pourra. Je suppose que, dans l'enfance, les changements dans la substance musculaire du cœur, soit en bien, soit en mal, se produisent plus

(1) Je n'ai point étudié le mode de production de la dilatation du cœur chez les jeunes sujets. Je ne doute pas que la faiblesse musculaire y prenne une large part, de même que l'observation d'un repos absolu après une attaque d'endocardite, ou d'une maladie débilitante, contribue beaucoup à la prévenir. Le Dr Bristowe, dans son habile travail sur le reflux mitral, indépendant d'une maladie organique du cœur, publié dans le *British and foreign medico-surgical Review* de juillet 1861; discute à fond ce sujet et, avec une grande supériorité, toutes les questions qu'il comporte.

rapidement que chez les grandes personnes; c'est pourquoi, après l'inflammation, les cavités du cœur se dilatent plus rapidement, et produisent, ainsi, une lésion que l'hypertrophie subséquente compense le mieux possible. Combien peu efficacement et au prix de combien de souffrances? Quelques visites à l'hôpital des Enfants le diront mieux que beaucoup de paroles. Pour éviter ce résultat, notre seul moyen d'intervenir, et qui est loin d'être inefficace, consiste à exiger un repos absolu, dans la position couchée pendant plusieurs semaines, à ne permettre que des mouvements très modérés pendant plusieurs mois consécutifs, puis à faire porter l'enfant pour descendre et monter les escaliers, pendant un an et plus, et enfin à interdire pendant plusieurs années les exercices violents, la course et la danse. J'ai vu la stricte observation de ces précautions être suivie de la disparition d'une insuffisance valvulaire, de la diminution de l'étendue de la matité, et de la cessation complète du bruit morbide qui avait accompagné les contractions du cœur. La difficulté de mettre à exécution ces précautions dépendra non des enfants, mais de leurs parents, qui rarement voudront prendre la peine de comprendre les motifs de telles instructions, ou écouteront, comme un conte désagréable, l'exposé des misères que leur négligence réserve dans l'avenir à leurs enfants. Malheureusement, le médecin, qui avoue n'être rien de plus que l'interprète et le serviteur de la nature, tient trop souvent dans l'estime publique une place de beaucoup inférieure à l'empirique hardi, téméraire, qui prétend en être le maître.

Une observation qui peut n'être pas déplacée, en ce qui concerne les maladies du cœur dans l'enfance, c'est que la présence d'un bruit morbide à cette époque de la vie dépend plus invariablement d'une lésion que chez l'adulte; d'autant plus que les bruits endocardiques, artériels ou veineux, qui résultent d'un appauvrissement du sang, s'entendent très rarement chez les enfants au-dessous de 7 ans, et ne sont nullement communs jusqu'à l'âge où commencent les changements qui se produisent à l'époque de la puberté.

Je crois pouvoir parler avec certitude de la rareté de ces bruits, dans l'enfance, bien que je ne me hasarde pas à en donner la raison, puisque la très légère différence entre la composition du sang, dans les premiers temps de la vie, et à un âge plus avancé, peut à peine être donnée comme fournissant une explication plausible du fait.

En même temps que nous devons être sur le qui-vive pour reconnaître tous les signes importants d'une maladie du cœur, dans l'enfance, nous devons nous souvenir que la famille des jeunes malades prend souvent l'alarme sans motifs quand surviennent des palpitations et de la dyspnée, après un exercice violent, surtout s'il s'y joint de l'irrégularité du pouls. De simples troubles fonctionnels sont loin d'être rares chez les enfants de tout âge, bien qu'ils le soient plus avant 7 ans

qu'après. On les observe souvent chez des enfants délicats, excitables, et ils ne cèdent pas vite à un traitement direct, bien qu'ils disparaissent avec le temps, sous l'influence de soins généraux, propres à améliorer la santé, et d'exercices judicieusement réglés, et toujours tenus dans des limites telles qu'ils n'occasionnent pas de fatigue.

Comme conclusion, laissez-moi résumer, sous quelques formules, les faits concernant les maladies du cœur dans l'enfance, que je me suis efforcé de vous exposer :

1° Si les maladies du cœur sont moins communes chez l'enfant que chez l'adulte, il n'y a, dans les premiers temps de la vie, d'immunité absolue pour aucune des affections auxquelles l'organe est plus tard exposé.

2° De toutes les causes de maladie du cœur, l'inflammation est la plus fréquente, et si toutes les maladies du sang y prédisposent, aucune n'a une influence aussi puissante, comme cause productrice, que le rhumatisme.

3° Si l'inflammation est, de beaucoup, la cause la plus fréquente des affections valvulaires, il y a pourtant des raisons de croire qu'elle n'est pas la seule, et que les valvules peuvent s'altérer indépendamment de toute endocardite antérieure. La connaissance de ce fait doit guider notre traitement dans tous les cas où l'historique du début de l'affection est un peu obscur.

4° La disposition des maladies valvulaires à s'accroître n'est pas seulement sujette à des variations plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte, mais il y a aussi, dans les premiers temps de la vie, une puissance spéciale du cœur à réparer ses lésions, ou à se modifier en conséquence, qui nous autorise à porter un pronostic plus favorable que nous ne serions autorisés à le faire pour une affection cardiaque chez l'adulte.

5° En même temps, pourtant, la faiblesse du cœur dans les premiers temps de la vie, la disposition de l'enfant aux états cachectiques et aux maladies d'épuisement, la rapidité de la circulation, sont autant de causes qui favorisent la dilatation du cœur, toutes les fois qu'il existe une légère obstruction valvulaire, ou même tout à fait indépendamment de celle-ci. C'est pourquoi il est encore plus important, chez l'enfant que chez l'adulte, d'insister sur un repos de longue durée, et d'éviter toutes les causes capables de produire une excitation vasculaire, non seulement après les attaques de rhumatisme, mais aussi après la fièvre typhoïde et la scarlatine, ou après une quelconque de ces maladies chroniques telles, par exemple, que la chorée, dans lesquelles il n'existe pas seulement un trouble de la circulation, mais une altération du liquide sanguin lui-même.