

## TRENTIEME LEÇON.

### MALADIES DU CŒUR.

Plus rares chez l'enfant que chez l'adulte, et pourquoi. — Cette rareté a été autrefois exagérée. — Causes des maladies du cœur dans l'enfance: le rhumatisme est la plus fréquente. — Le cœur est quelquefois affecté, alors que les symptômes de rhumatisme sont très-légers. — L'endocardite et la péricardite peuvent survenir indépendamment du rhumatisme. — Comme conséquence secondaire de la scarlatine ou d'autres fièvres. — Comme conséquence d'un vice congénital. — Comme complications de la pleurésie, ou comme affections purement idiopathiques. — Exemples de péricardites dans ces différentes circonstances.

#### ENDOCARDITE.

Ses symptômes ne sont pas toujours bien marqués. — Le développement de la maladie des valvules est quelquefois progressif. — Incertitudes sur la question de savoir si la maladie valvulaire n'est pas quelquefois indépendante d'une inflammation antérieure.

*Pronostic dans le cas de maladie des valvules.* — Moins défavorable chez l'enfant que chez l'adulte. — Pouvoir qu'à le cœur en se développant de s'adapter aux effets de la maladie, et de parer à ses inconvénients. — Ces cas favorables sont pourtant exceptionnels. — Importance de la présence ou de l'absence de la dilatation pour déterminer l'issue de chaque cas. — Exemples de dilatation sans maladie valvulaire — Les bruits anémiques sont beaucoup plus rares dans les premiers temps de la vie, mais les troubles d'action du cœur surviennent à tous les âges. — Sommaire des conclusions.

Parmi les nombreuses causes de souffrance et de mort auxquelles les adultes et les personnes d'un âge déjà avancé sont sujets, les maladies du cœur et des gros vaisseaux occupent une place très-proéminente. La fréquence de ces affections n'est, en effet,

que très-imparfaitement mise en relief par nos tables de mortalité qui les représentent comme occasionnant moins de 1 1/2 % de la totalité des cas de mort, à tous les âges, dans cette métropole; mais nous savons que dans une grande proportion des cas de rhumatisme, d'asthme, de bronchite, et d'hydropisie, la cause réelle de la terminaison fatale doit être cherchée dans la lésion cardiaque avec laquelle ces maladies sont si souvent associées.

Chez l'enfant, toutefois, beaucoup des causes les plus importantes des maladies du cœur sont relativement rares, le rhumatisme est regardé généralement comme une affection presque exclusive à l'adolescence et aux premiers temps de l'âge adulte, de même que la dégénérescence du rein est propre à l'adulte et à l'âge de retour, pendant que toutes les formes de dépôts athéromateux dans les parois des artères, ou dans le tissu des valvules du cœur, qui sont une source fertile de maladies, et, dans leurs conséquences, une cause fréquente de mort, appartiennent essentiellement au travail de regression qui marque le déclin de la vie. D'où il résulte, probablement, que cette maladie étant rarement cherchée, fut rarement trouvée; de sorte qu'il y a 30 ans, la question des maladies du cœur passait sans même être notée, dans l'un des deux principaux ouvrages écrits dans notre langue, sur les maladies des enfants, et dans l'autre, était expédiée par une notice de six lignes.

Vous signaler la publication de quelques cas d'endocardite dans l'enfance, faite par moi en 1843, peu après l'apparition du livre classique de MM. Rilliet et Barthez, dans lequel se trouvait la description, et des cas de cette maladie, comme ayant été une addition réelle aux connaissances médicales, est un fait de nature à provoquer aujourd'hui le sourire. Je vous en parle, cependant, parce que c'est un exemple de la lenteur avec laquelle se font tous les progrès, et du danger qu'il y a de permettre au raisonnement de mettre obstacle par ses suppositions à l'observation positive.

On supposait que la maladie du cœur devait être très-rare dans l'enfance, et c'est pourquoi on ne le recherchait pas. Rilliet et Barthez se livrèrent à sa recherche et la trouvèrent. Moins stylé à ce genre d'investigation, et sur un champ d'observation plus restreint, j'arrivais de mon côté au même résultat.

Les progrès de nos connaissances, apportent maintenant chaque

année quelque nouvel exemple de la production d'une maladie du cœur chez l'enfant dans des circonstances où on ne l'aurait pas autrefois soupçonnée. Le rhumatisme, bien que moins fréquent que chez l'adulte, est pourtant chez l'enfant associé à une affection du cœur dans un nombre de cas proportionnellement plus grand(1). L'état du liquide sanguin, pendant le cours et à la suite de la scarlatine, paraît disposer à l'inflammation des membranes interne et externe du cœur chez l'enfant, de la même manière, mais à un degré moindre, que l'état du même liquide qui accompagne la maladie de Bright, ne le fait chez l'adulte. Par elles-mêmes, et par leurs complications, les malformations congénitales constituent une vaste classe d'affections du cœur particulières au début de la vie; tandis que d'un autre côté, le microscope nous a déjà enseigné que la dégénérescence graisseuse du cœur peut survenir chez l'enfant de quelques mois, aussi bien que chez l'homme de 60 ans. Il n'y a que quelques années, il eût été nécessaire de produire des preuves statistiques à l'appui de cette assertion que la maladie du cœur était loin d'être un fait rare dans les premiers temps de la vie. Ceci n'est plus maintenant utile car le fait est universellement admis; et je peux ajouter que les 122 cas de maladie du cœur, d'où découlent les observations suivantes, ne sont qu'une fraction du nombre total qu'il m'a été donné d'observer, pendant les trente dernières années. Des 122 cas sus-mentionnés, 44 étaient des exemples de péricardite soit seule, soit associée avec l'inflammation de l'endocarde; 71 étaient des endocardite, et 7 des exemples de dilatation ou d'hypertrophie du cœur non combinées avec une maladie valvulaire. J'ai à dessein exclu les cas de simple malformation du cœur,

(1) Les statistiques consciencieuses de St Bartholomew's hospital donnent, pour les trois années 1869-71, un total de 819 cas de rhumatisme aigu à tous les âges. Sur ces cas, 76 survinrent entre les âges de 5 et 15 ans, 743 au-dessus de cet âge; dans 61, 3 0/0 des premiers et dans seulement 33, 1 0/0 des seconds, il y avait complication de maladie du cœur. Dans les hôpitaux d'enfants on en admet de plus jeunes; et probablement atteints de rhumatismes moins sévères que ceux qui seraient reçus à St Bartholomew's hospital; de sorte que la loi concernant la disposition spéciale du rhumatisme dans l'enfance à se compliquer de maladies du cœur se trouve exprimée là d'une manière beaucoup plus forte. Dans 54 cas, sur 160 de rhumatisme aigu, chez des enfants de 2 à 12 ans dont j'ai conservé l'observation, le cœur fut atteint, et dans 52 de ces 54 cas, l'affection fut permanente.

attendu que, si intéressant qu'il soit, il n'entre pas dans ma pensée de traiter ce sujet.

Je considère, qu'il ne serait d'aucune utilité pratique de passer notre temps à l'étude détaillée de ces caractères, soit de la péricardite soit de l'inflammation de l'endocarde, qui sont communs à tous les âges, tandis qu'il peut y avoir avantage à vous signaler toutes les difficultés spéciales que vous pouvez rencontrer dans le diagnostic de ces maladies pendant les premiers temps de la vie, ainsi que toutes les particularités capables de vous porter à surveiller avec attention leur production.

**Causes des maladies du cœur.** — Dans 5 cas de péricardite, 48 d'endocardite, et 12 où le péricarde et l'endocarde étaient en même temps malades, ce qui fait un total de 75 cas sur 122, ou 61 %, on savait d'une manière certaine, ou bien on pensait avec raison, que le rhumatisme avait été le point de départ du désordre. Instruits par ce que nous savons de la tendance du rhumatisme à atteindre le cœur, il est peu probable que vous laissiez passer inaperçus les symptômes d'une affection cardiaque, quand la fièvre, la douleur, et le gonflement des jointures, annoncent que la maladie de l'enfant est de nature rhumatismale, et vous seriez inexcusables, si en pareilles circonstances, la péricardite, ou l'endocardite, échappaient à votre observation. Mais si vous désirez éviter cette erreur, n'oubliez jamais que, chez l'enfant, le cœur se prend, quelquefois, alors même que l'extrême bénignité des symptômes rhumatismaux, si votre malade était un adulte, ne donnerait pas lieu à la moindre appréhension, sous ce rapport, et souvenez-vous que l'intensité relativement légère de la fièvre, le peu de douleur dans les membres, et l'absence presque complète de gonflement des jointures ne sont pas une garantie que le cœur ne puisse devenir le siège d'une maladie sérieuse. Il arrive aussi, moins rarement chez les enfants que chez les adultes, de voir les manifestations générales du rhumatisme succéder à l'affection du cœur, au lieu de la précéder; de sorte que, la fièvre, avec accélération du pouls, et bruit de frottement distinct, ou souffle endocardique, peut exister pendant trois ou quatre jours, et même plus, avant que l'apparition de la douleur et du gonflement des jointures, ne montre que l'affection

du cœur n'est qu'une partie seulement de la maladie générale qui a atteint tout le système.

C'est pourquoi, toute menace de rhumatisme doit être surveillée avec la plus vive sollicitude chez un jeune sujet, puisqu'une complication aussi sérieuse qu'une maladie du cœur, peut accompagner des symptômes généraux de rhumatisme extrêmement légers. Et, on ne doit pas négliger l'auscultation lors même qu'il paraît ne s'agir que d'une simple fièvre, puisque l'inflammation rhumatismale peut atteindre le cœur avant l'apparition de tout autre symptôme rhumatismal. Dans 3 cas de péricardite, 10 d'endocardite, et 2 où il y avait endo-péricardite, ou dans 15 cas sur 122, la maladie du cœur remontait à une attaque de fièvre scarlatine.

Les symptômes cardiaques ne se montrèrent pas dans la période aiguë de l'affection, mais pendant le travail de desquamation. Ils furent accompagnés de fièvre et d'anasarque, qui toutefois, ne dépassa pas la simple bouffissure de la face et des extrémités, jusqu'à ce que, dans deux des cas de péricardite, qui eurent une marche chronique, survint une hydropisie, conséquence de la maladie du cœur.

Une endocardite aiguë survint, dans un cas, au déclin de l'éruption de la rougeole, et fut compliquée d'une pneumonie, dont le malade mourut. Dans deux autres cas de lésions chroniques des valvules, les symptômes de l'affection du cœur se développèrent graduellement, dans la convalescence de la rougeole, une fois, et après la guérison d'une fièvre typhoïde, une autre fois; et ces deux exemples, aussi bien que les cas où la maladie du cœur survint pendant le cours de la scarlatine, doivent, sans aucun doute, être rapportés à cette catégorie d'affections cardiaques qui dépendent d'une altération du liquide circulatoire; et sont une raison de plus pour vous engager à surveiller attentivement les malades pendant la convalescence d'une fièvre quelconque. La malformation congénitale du cœur semble avoir une influence considérable, sinon toujours aisée à expliquer, sur la prédisposition à l'inflammation de ses valvules ou de sa membrane d'enveloppe. Ainsi, dans un cas de péricardite aiguë, et dans un autre de péricardite chronique, avec affection de l'endocarde, de même que dans deux d'anciennes maladies des valvules, il y avait un certain degré de malformation du cœur, qui devait exister depuis la naissance, bien que,

dans deux de ces exemples, les symptômes ne se fussent montrés que beaucoup plus tard.

Dans deux de ces faits, ils survinrent graduellement, un peu plus de deux mois avant la mort de l'enfant, à l'âge de 8 ans; dans l'autre, on les observa pour la première fois à 3 ans, et la mort survint à l'âge de 15. Il est donc bien, dans les cas de maladie du cœur dont l'origine est obscure, d'avoir présente à l'esprit cette cause possible de l'affection, et cela d'autant plus que cette considération peut avoir de l'influence sur le traitement, et nous éloigner de l'emploi de mesures très-actives contre un mal qui peut devoir son origine à une cause que la médecine est tout à fait impuissante à faire disparaître.

Cinq cas de péricardite parurent dépendre de l'extension au péricarde d'une inflammation ayant commencé dans la plèvre; circonstance qui, tout en n'étant pas spéciale aux premiers temps de la vie, est, je crois, plus fréquente alors qu'à une époque plus reculée, et plus souvent méconnue, en raison de ce que les souffrances de l'enfant et son agitation rendent impraticable une auscultation minutieuse de la partie antérieure de sa poitrine. Être prévenu de la possibilité de cette production contribuera beaucoup à vous empêcher de la méconnaître.

Trois cas de péricardite simple, un de péricardite avec inflammation de l'endocarde, et huit d'endocardite ne purent être distinctement rattachés à aucune cause provocatrice.

Sachant, pourtant, combien souvent une affection du cœur accompagne une attaque de rhumatisme, même légère, j'hésite beaucoup plus que je n'eusse fait autrefois à les déclarer idiopathiques. Dans trois des sept cas de dilatation, ou d'hypertrophie du cœur indépendants d'une lésion valvulaire, les symptômes survinrent graduellement, et sans être précédés d'aucune sorte de maladie aiguë. Une fois, les symptômes de dilatation cardiaque se montrèrent pendant le cours d'une chorée très-intense, et continuèrent après qu'elle eut cessé; une autre fois, ils furent consécutifs à un choc violent sur la poitrine.

**Obscurité des symptômes de la péricardite.** — Je ne connais aucun *symptôme spécial* de l'inflammation aiguë du péricarde dans l'enfance, mais je suis sûr que son existence passe souvent inaperçue, et ceci, en partie à cause de l'agitation de l'enfant,

en partie parce qu'elle se trouve masquée dans beaucoup de circonstances par les signes d'une autre maladie de poitrine.

C'est probablement à cette cause que je dus de ne pas reconnaître une péricardite compliquant une pleurésie du côté gauche, chez un enfant de 6 ans, bien qu'à sa mort, 2 ans plus tard, j'aie trouvé un dépôt ancien de fausses membranes sur le ventricule gauche, près du sommet du cœur, et une abondante couche de lymphes blanche ancienne recouvrant l'oreillette droite, en même temps que des taches blanches sur divers points de la base du cœur, preuves que le péricarde avait été le siège d'une inflammation étendue. L'affection du péricarde était, sans aucun doute dans ce cas, et probablement dans un grand nombre d'autres, secondaire à une inflammation de la plèvre, puisqu'on trouva dans cette dernière des produits inflammatoires beaucoup plus avancés que dans la cavité du péricarde. Dans quelques circonstances, les deux membranes paraîtront affectées simultanément, tandis que dans d'autres les symptômes de la péricardite se perçoivent avant que ceux de la pleurésie n'apparaissent. Dans un cas, dont l'issue fut fatale, la malade, petite fille âgée de 6 mois, était presque mourante lorsque je la vis pour la première fois. Des convulsions survinrent deux ou trois heures plus tard, et elle mourut après douze heures de durée de ces dernières. Dans cet exemple, le début de la maladie avait eu lieu, trois jours auparavant, par un violent mal de cœur, suivi d'un mouvement fébrile intense, et d'une grande dyspnée, bien qu'il y eût peu de toux. Dans un second cas, celui d'une petite fille de 3 ans et demi, il y avait eu, pendant près de quinze jours, une toux légère et des symptômes fébriles qui s'aggravèrent beaucoup, d'une manière soudaine, et sans aucune cause apparente. La toux devint constante, courte et douloureuse; la respiration s'éleva à 72, le pouls à 156 par minute. L'enfant devint extrêmement agitée, paraissait souffrir beaucoup, faisait de violents efforts pour vomir, s'enfonçait la main dans la gorge, comme pour en retirer quelque chose qui faisait obstacle à la respiration. Dans aucun de ces cas, on ne suspecta l'existence d'une péricardite. Dans le dernier, l'agitation de l'enfant rendait toute auscultation minutieuse impossible, mais on constatait de la matité à la percussion, et du souffle bronchique dans toute la partie postérieure du côté gauche de la poitrine, en même temps que l'on entendait une crépitation fine du côté droit. Dans un

troisième cas, un petit garçon de 7 mois mourait dans une angoisse extrême, au bout de quatre jours, pendant lesquels son agitation fut excessive, et ses cris constants. L'auscultation fut presque impossible en raison de l'agitation; mais après la mort, on trouva les poumons exempts de maladie. Il y avait une couche de fausses membranes récentes sur les deux feuillets du péricarde, dont la cavité contenait un liquide séro-purulent. Il était intéressant de remarquer, qu'après avoir enlevé la lymphes récente de dessus la surface du cœur le feuillet viscéral du péricarde était opaque, épaissi, et d'une couleur blanc mat, preuve de l'existence d'une attaque plus ancienne, qui avait probablement eu lieu à l'âge de trois mois, époque à laquelle on disait que l'enfant avait eu une pneumonie.

Il y a peu de danger, dans les cas qui se montrent avec des symptômes aussi intenses que ceux décrits ci-dessus, de tomber dans une erreur sérieuse, soit de diagnostic, soit de traitement. Tout indique un désordre très-grave du côté de la poitrine, et quand même le très-jeune âge de l'enfant, et son extrême agitation rendraient l'auscultation attentive impossible, ou que les signes d'une maladie du cœur se trouveraient masqués par ceux d'un désordre du côté du poumon, ou de la plèvre, les renseignements seront, toutefois, suffisants pour montrer la nécessité d'une intervention immédiate et active, et, de plus, si nous avons présente à l'esprit la possibilité d'une telle complication, cela suffira, en grande partie, pour nous empêcher de méconnaître sa présence.

J'ai vu d'autres exemples dans lesquels une péricardite secondaire à la pleurésie se produisait dans le cours d'une hydropisie scarlatineuse; et si de ces exemples je pouvais tirer quelque nouveau signe qui vous empêchât de méconnaître la péricardite, ce serait celui fourni par une orthopnée très-marquée.

Dans un cas, celui d'un petit garçon âgé de 23 mois, cette orthopnée fut spécialement remarquable, car tandis que, sous d'autres rapports, son état variait beaucoup et souvent, et que les signes de l'affection thoracique étaient d'une intensité très-mobile, il restait constamment dans la position assise, et résistait très-énergiquement à toutes tentatives faites pour le tenir couché. Cette particularité persista pendant une maladie de plusieurs semaines, et ne cessa que lorsque les forces s'affaiblirent complètement, à l'approche de la mort.

Je n'ai pas d'autres remarques à faire au sujet de la péricardite rhumatismale; mais, en raison de sa rareté, il peut être bon de vous rapporter un cas dans lequel l'inflammation aiguë du péricarde survint chez un petit enfant dont la mort eut lieu à l'âge de 4 mois, et chez lequel il existait une libre communication entre les deux cavités du cœur. Je ne pus l'observer que le jour de sa mort, mais ce que l'on me dit de ses antécédents fut qu'il était très-violacé à sa naissance, que la respiration s'établissait avec difficulté, et que la coloration bleuâtre des téguments ne disparut jamais complètement. Par moments il semblait gai, et respirait assez bien; mais d'autres fois, sans cause apparente, il était pris d'une difficulté pour respirer, pendant laquelle il devenait très-froid, et tout violet, faisant entendre une sorte de bruit de grognement; il avait de l'écume à la bouche. Ces attaques ne survinrent jamais pendant qu'il tétait. Elles étaient précédées de cris, bien qu'il fût habituellement très-calme.

Le 19 octobre 1848 survint une attaque semblable aux précédentes, mais plus sévère, qui dura de une à deux heures, et ne fut pas précédée de cris. Le 20, retour d'une pareille attaque, qui dura de 4 heures à 7 heures 1/2 de l'après-midi. Le 24, au matin, il s'en produisit une autre, et dans l'après-midi on me l'apporta. La peau était en général très-pâle, mais avec une teinte livide marquée des lèvres et des doigts, ainsi que du pourtour de la bouche. La peau était fraîche, presque froide, la respiration irrégulière et très-fréquente, le pouls extrêmement faible. L'auscultation ne découvrit aucun bruit anormal du côté du cœur.

Pendant qu'on le rapportait chez lui, survint une nouvelle crise, mortelle en une demi-heure.

Les poumons et les plèvres, en général, étaient sains.

La plèvre, là où elle est en contact avec le péricarde, et cette dernière membrane elle-même, étaient d'un rouge vif, avec injection des vaisseaux capillaires. La cavité du péricarde contenait environ 100 grammes d'un liquide séro-purulent d'une couleur jaunâtre sale, dans lequel flottaient de petits fragments de fausses membranes semblables à des grains de riz. En aucun point il n'y avait d'adhérences, mais le feuillet pariétal, qui était d'un rouge intense, et criblé de nombreuses petites ecchymoses, était recouvert, dans une grande étendue, par une couche mince de lymphes. Cette fausse membrane était plus épaisse

sur la moitié droite que sur la gauche, et plus particulièrement aux environs de l'oreillette droite. Il y avait aussi un dépôt de lymphes entre l'oreillette gauche et l'origine de l'artère pulmonaire.

Le feuillet cardiaque du péricarde était très-rouge, et sa surface recouverte de nombreux flocons pseudo-membraneux. En outre, il y avait vers la pointe du cœur une plaque laiteuse de 12 millimètres de long sur 6 millimètres de large, qui avait tous les caractères des taches blanches des anciennes péricardites, et il y avait un autre petit point semblable à la partie postérieure de l'oreillette droite.

Le trou ovale était grand ouvert, de façon à permettre facilement le passage du doigt; l'artère pulmonaire était très-petite, le canal artériel largement ouvert, et la cloison inter-ventriculaire très-imparfaite; le canal veineux était oblitéré.

J'ai déjà mentionné la production possible de l'inflammation des membranes interne ou externe du cœur indépendante de toute autre maladie, et non associée à celle de la plèvre ou des poumons. Dans des cas semblables, les symptômes d'un trouble de la respiration sont ou tout à fait absents, ou relativement légers, et si on néglige de pratiquer l'auscultation, ou qu'on ne la fasse que d'une manière superficielle, la maladie peut poursuivre, sans obstacle, sa marche jusqu'à ce qu'elle ait désorganisé le cœur, et condamné le malade à une vie de souffrance sans remède.

Un exemple frappant de cette *inflammation idiopatique* de la membrane d'enveloppe du cœur s'est offert à moi, il y a bien des années, dans la personne d'un garçon vigoureux, âgé de 11 ans, qui, le 8 mai 1843, se plaignit d'un sentiment de froid, et commença à tousser. Le frisson fut suivi de chaleur et le malade alla empirant jusqu'au 13, époque à laquelle je fus pour la première fois le voir. On ne lui avait pas donné d'autre médicament qu'une poudre purgative. Le 13 mai, je le trouvai couché dans son lit, la face sombre et un peu anxieuse, le regard abattu, et la respiration légèrement accélérée; la toux fréquente mais sans expectoration; la peau d'une chaleur brûlante, le pouls fréquent et dur. L'enfant ne se plaignait pas, si ce n'est d'un léger malaise vers le côté gauche de la poitrine. En examinant la poitrine, on trouva qu'il y avait une matité très-étendue à la région du cœur, avec légère sensibilité à la pression. Un bruit de râpe très-fort

et très-prolongé, plus marqué un peu au-dessous du mamelon, remplaçait le premier bruit. Il était facile à entendre dans toute l'étendue du côté gauche de la poitrine, et perceptible, mais moins distinctement, à une distance assez considérable du bord droit du sternum. Le second bruit s'entendait clairement juste au-dessus des valvules aortiques, mais n'était distinct nulle part ailleurs, obscurci qu'il était par l'intensité du bruit morbide. La respiration était bonne dans les deux poumons.

A l'aide de ventouses placées entre l'omoplate gauche et l'épine, on 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 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 surface 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 (2).

Dans quelques cas elles sont, sans aucun doute, dues à cette

(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*.

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