parce qu'il siège dans les parois abdominales où il forme un épais plastron, parce que l'évacuation du pus se fait toujours ailleurs que par l'ombilic, enfin par l'absence de signes caractéristiques de la péritonite, tels que les vomissements, le tympanisme, la douleur généralisée, le facies grippé (Gauderon).

Les symptômes de la péritonite à pneumocoque peuvent être quelquefois masqués au début par d'autres manifestations de l'infection pneumococcique, ou bien, si la maladie s'accompagne de diarrhée, on peut songer à une fièvre typhoïde. L'apparition de l'épanchement permettra en général de faire le diagnostic. Si la tuméfaction du ventre succède à une péritonite dont le début est resté latent, on pourra croire à une péritonite tuberculeuse. L'enkystement de l'épanchement et sa localisation sous-ombilicale feront présumer la nature pneumococcique de la maladie, qui pourra être vérifiée bactériologiquement, lors de l'évacuation artificielle ou spontanée du liquide.

PRONOSTIC. — La péritonite généralisée par perforation est presque toujours mortelle. La maladie est au contraire d'un pronostic relativement plus favorable chez l'enfant que chez l'adulte, quand elle est essentielle et primitive; sur 14 cas de péritonite à pneumocoque, Brun compte 3 décès et 11 guérisons, dont une spontanée et 10 à la suite de la laparotomie. Dans les cas de péritonite idiopathique infantile recueillis par Gauderon, à une époque où on ne pratiquait pas encore cette opération, il y a eu 13 guérisons et 12 morts.

TRAITEMENT. — La péritonite primitive réclame un traitement énergique. Dès le début, on appliquera sur le ventre un nombre de *sangsues* proportionné à l'âge de l'enfant et une vessie de glace; l'*opium* et le *calomel* seront administrés alternativement toutes les deux heures à doses fractionnées. Si le second jour la douleur abdominale n'a pas diminué, on couvrira le ventre d'une couche d'onguent mercuriel. Il faut s'abstenir de purgatifs, dans la crainte d'une perforation de l'intestin.

Dans les cas où l'épanchement est très abondant et vient faire saillie à l'ombilic, on donnera au pus une issue rapide. L'incision, faite avec toutes les précautions de la méthode antiseptique, suivie de l'introduction d'un gros drain, a été pratiquée en pareil cas. Bossart (1), qui l'a employée chez une petite fille de quatre ans atteinte de péritonite suppurée idiopathique, a obtenu une prompte guérison, mais, même dans les cas de péritonite à pneumocoque, une *laparotomie précoce* paraît être le meilleur moyen de conjurer les

(1) Bossart, *Revue méd. de la Suisse rom.*, 1885, p. 490.

accidents, et, comme nous l'avons dit plus haut, a donné de nombreux succès.

Dans la péritonite par perforation, il faut agir promptement, malgré le peu de chances de succès, immobiliser l'intestin par des doses massives d'*opium*, faire observer une diète absolue, appliquer de la glace sur le ventre en permanence, combattre le collapsus et les vomissements par du vin de Champagne frappé. La laparotomie, qui a été suivie dans quelques cas rares d'un résultat favorable, pourra être tentée.

CHAPITRE XXV

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

La péritonite tuberculeuse peut être *aiguë* ou *chronique*; la première forme n'est qu'une des manifestations de la phtisie aiguë ; la péritonite chronique, au contraire, a une physionomie particulière ; c'est elle que nous avons surtout en vue dans ce chapitre.

ÉTIOLOGIE. — La péritonite tuberculeuse est relativement fréquente dans l'enfance ; Rilliet et Barthez en ont recueilli 86 observations. Steiner, sur 800 enfants tuberculeux, a observé 92 fois une tuberculose du péritoine, avec ou sans inflammation concomitante.

Cette affection survient sous l'influence des mêmes causes que les autres formes de la tuberculose (Voir *Tuberculose*, p. 365), mais elle s'observe rarement avant l'âge de six ans; c'est de huit à onze qu'elle atteint sa plus grande fréquence.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La *forme aiguë* s'accompagne d'un épanchement ascitique clair souvent très abondant ; la séreuse est en même temps recouverte d'un semis de granulations grises, surtout nombreuses au niveau de la rate et sur la face convexe du foie, parfois aussi sur les anses de l'intestin grêle.

Dans la *forme chronique*, l'épanchement peut être aussi caractérisé par une ascite, mais le plus souvent il est peu abondant et purulent ou séro-purulent. La paroi abdominale adhère parfois à l'épiploon et aux intestins (Grisolle); les anses intestinales, unies par de nombreuses adhérences, forment une seule masse recouverte d'une couche épaisse de fausses membranes jaune verdâtre qui la dérobent tout d'abord à la vue ; ces fausses membranes contiennent dans leurs mailles du pus liquide ou caséeux et des tubercules miliaires jaunes ; parfois elles flottent librement dans la cavité péritonéale sous la forme de masses caséeuses (Henoch). D'autres fois, elles se présentent sous forme de plaques tuberculeuses épaisses pouvant atteindre 3 ou 4 centimètres

d'épaisseur, qui siègent tantôt entre les parois abdominales et les intestins, tantôt entre le foie et le diaphragme.

On trouve souvent un semis de petites granulations tuberculeuses grises ou jaunâtres sur les intestins, la rate et le foie ; le péritoine est épaissi à leur niveau et souvent coloré en noir par du *pigment* (Carswell, Lebert).

Les masses tuberculeuses du péritoine déterminent parfois la *perforation* de l'intestin ; il peut en résulter un écoulement du liquide péritonéal par le rectum (Henoch). L'épanchement des matières fécales dans la cavité péritonéale est en général empêché par les nombreuses adhérences qui se sont formées autour de la perforation. Rilliet et Barthez ont vu une communication directe s'établir par une double perforation entre des parties très éloignées du tube digestif, telles que la partie supérieure de l'intestin grêle et le colon ascendant. Dans un cas observé par Lebert chez un garçon de huit ans, l'ulcération de l'intestin avait déterminé la formation d'un *anus contre nature* à deux travers de doigt de l'ombilic entre la peau et la fistule intestinale existait une espèce de poche présentant la forme d'un entonnoir dont la base se trouvait du côté de l'intestin. Henoch a observé chez un enfant, dans le cours d'une péritonite tuberculeuse, une perforation spontanée de l'ombilic qui donna issue à du pus, puis à des matières fécales et à un lombric vivant. Caussade (1), rapporte le cas d'un petit garçon de onze ans atteint d'une péritonite tuberculeuse suppurée périhépatique, chez lequel l'épanchement perfora le diaphragme et détermina une vomique. L'enfant guérit après une résection costale et l'évacuation d'un foyer purulent sus-hépatique pratiquées par Lannelongue.

L'*épiploon* est en général relié par des adhérences à l'intestin ou à la paroi abdominale ; il est parfois dur et fibreux, épaissi et tellement recroquevillé, qu'au premier abord il est difficile de le reconnaître. Le *mésentère* peut présenter une rétraction semblable, qui est due à l'infiltration plastique de nature fibreuse qui englobe les granulations et qui possède la même puissance rétractile que le tissu inodulaire (Thaon).

La péritonite tuberculeuse peut être *générale* ou *partielle*. D'après Rilliet et Barthez, la seconde variété est trois fois plus fréquente que la première. La péritonite partielle siège de préférence au niveau du foie, de la rate ou sous le diaphragme ; parfois, mais plus rarement, elle est limitée au grand épiploon.

La péritonite tuberculeuse coïncide parfois avec des ulcérations tuberculeuses de l'intestin, mais rarement avec la tuberculisation des autres viscères abdominaux ou des ganglions mésentériques. On trouve ordinairement, en même temps qu'elle, des tubercules disséminés dans les *poumons*, mais qui sont en général peu nombreux et s'accompagnent de lésions inflammatoires peu marquées et peu étendues ; parfois même tout l'effort de la diathèse se concentre sur le péritoine.

(1) Caussade, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1888, p. 350.

DESCRIPTION. — La péritonite tuberculeuse est en général une affection primitive qui se développe chez des enfants auparavant vigoureux et bien portants ; elle ne complique qu'exceptionnellement la phtisie pulmonaire aiguë ou chronique ; dans ce cas, elle est presque toujours limitée au voisinage de la rate ou du foie et ne s'accuse pendant la vie que par quelques douleurs dans les hypocondres.

Début. — Il est très rare de voir la péritonite tuberculeuse éclater brusquement et se manifester par des douleurs abdominales vives, des vomissements et de la fièvre. Ordinairement le début est lent et insidieux ; l'appétit se conserve, l'état général reste satisfaisant en apparence, mais les enfants se plaignent de coliques sourdes qui s'accompagnent d'une constipation opiniâtre alternant avec des débâcles diarrhéiques ; puis la diarrhée finit par prédominer et le ventre se ballonne.

Marfan (1) a vu, dans tous les cas de péritonite tuberculeuse qu'il a observés chez les enfants, la maladie débuter par un épanchement ascitique, qu'il considère comme de même nature que celui qui a été décrit sous le nom de péritonite exsudative chronique (Voir p. 741) et il croit que les cas où l'on perçoit d'emblée de l'empâtement et des masses tuberculeuses dans le ventre, sont exceptionnels.

Période d'état. — Quand la maladie est confirmée, le ventre proémine et prend une forme globuleuse ovalaire ; il donne au palper une sensation de *rénitence* caractéristique, qui est due au plan résistant formé par les anses intestinales soudées entre elles (Grisolle). Parfois, dans les premiers temps, la percussion permet de reconnaître à la partie inférieure de l'abdomen et dans les flancs une *zone de matité* due à l'épanchement péritonéal ; celui-ci est rarement assez abondant pour donner la sensation de flot. Le reste du ventre présente une *sonorité tympanique* exagérée, la peau est tendue, luisante, et se couvre d'un *lacis veineux* plus ou moins développé.

Plus tard, à mesure que l'épanchement se résorbe et que les dépôts plastiques augmentent, la rénitence devient de plus en plus sensible. On sent en même temps sous le doigt de petits gargouillements très brefs, sortes de *cris intestinaux* (Guéneau de Mussy) produits par les gaz retenus dans les anses intestinales accolées. Dans les cas où l'épanchement est nul ou peu abondant, on perçoit parfois la sensation d'*amidon froissé*, due au frottement des fausses mem-

(1) Marfan, *Traité des mal. de l'enf.*, 1897, III, p. 81.

branes péritonéales. Rien de plus irrégulier à cette période que la répartition des zones de sonorité et de matité dans l'abdomen ; elles dépendent de la distribution de l'épanchement et des fausses membranes.

A une période plus avancée de la maladie, le ventre perd peu à peu sa forme ovalaire régulière et se rétracte en partie ou en totalité ; cette période correspond à l'infiltration fibreuse de l'épiploon et du mésentère et aux adhérences qui s'établissent entre le paquet intestinal et la paroi abdominale antérieure. On sent parfois alors une bride oblique de gauche à droite et de haut en bas qui suit la ligne d'insertion du mésentère, ou bien des bosselures dures et inégales au niveau de l'ombilic formées par le pelotonnement de l'épiploon.

Les symptômes fonctionnels que présentent les petits malades sont très variables. La *douleur abdominale*, qui est toujours assez marquée au début, subsiste sous forme de coliques sourdes, mais n'est jamais très intense et est peu augmentée par la pression ; de temps à autre elle se réveille, devient lancinante et contusive ; ces exacerbations coïncident en général avec l'augmentation de volume du ventre produite par le tympanisme. La *diarrhée* devient habituelle pendant la période d'état. Les *vomissements*, au contraire, sont très rares, et l'appétit se conserve presque jusqu'à la fin. L'*amaigrissement* des membres et de la partie supérieure du corps contraste avec le développement du ventre.

Quand une communication anormale s'établit entre des anses éloignées, la diarrhée devient *lientérique*, la digestion se faisant d'une manière insuffisante (Rilliet et Barthez). Lorsque l'épanchement péritonéal se fait jour par l'intestin, l'enfant rend tout à coup par l'anus une grande quantité de pus, en même temps que le ventre s'affaisse et perd sa sensibilité (Henoch).

Marche, terminaisons. — La marche de la péritonite tuberculeuse chronique est lentement progressive ; elle est interrompue parfois par des *rémissions* momentanées, après lesquelles la maladie reprend son cours. L'enfant est miné par la fièvre hectique et les sueurs nocturnes ; la cachexie devient de plus en plus évidente ; dans les derniers temps, on voit souvent apparaître des taches de purpura et un œdème des membres inférieurs sans albuminurie.

Dans quelques cas, comme nous l'avons dit, on a vu la maladie se terminer par une *perforation* au niveau de l'ombilic avec issue de matières fécales. Cette perforation est précédée de la formation d'une tumeur rouge et arrondie au niveau de l'ombilic. Hirschberg (1) en rapporte un exemple relatif à un enfant de un an et trois mois qui succomba deux jours après l'ouverture de la cavité péritonéale.

Des accidents d'*occlusion intestinale* à forme aiguë ou chronique

(1) Hirschberg, *Arch. für Kinderheilk.*, 1887, IX, p. 100.

dus à un étranglement par une bride, des adhérences, ou à une paralysie de l'intestin, surviennent quelquefois et peuvent précipiter la terminaison fatale.

Parfois enfin la maladie se complique des symptômes d'une phtisie pulmonaire, qui amène la mort.

Dans la plupart des cas, l'enfant succombe à l'épuisement général au bout de quelques mois. Ce dénouement peut être brusqué par une péritonite suraiguë due à une perforation intestinale.

La terminaison n'est pas cependant nécessairement fatale et on a observé quelques cas de guérison spontanée.

DIAGNOSTIC. — La péritonite tuberculeuse est facile à reconnaître à sa période d'état par l'aspect ovalaire du ventre et la rénitence toute particulière que l'on sent à la palpation ; ces deux caractères permettront toujours de la distinguer du *carreau* et du *tympanisme* qui accompagne si souvent le rachitisme et la dyspepsie.

Le diagnostic avec l'**ascite symptomatique** d'une autre affection n'est pas toujours facile, puisque dans la péritonite tuberculeuse l'épanchement peut être considérable et masquer longtemps les plaques tuberculeuses ou le plan résistant formé par le paquet intestinal. Il faut se rappeler cependant que l'ascite, chez les enfants, est le plus souvent liée à une affection des reins, du cœur ou du foie dans ce cas, les symptômes concomitants éclaireront le diagnostic ; la *cirrhose*, est d'ailleurs plus rare chez l'enfant que chez l'adulte (Voir p. 722). On peut donc dire avec Grisolle « qu'une ascite qui se développe lentement chez des enfants ou des jeunes gens, qui a été précédée de douleurs abdominales, de vomissements et de diarrhée, est généralement l'effet d'une péritonite chronique ; l'exploration du ventre viendra presque toujours confirmer cette présomption. Dans aucune autre affection connue, on ne trouve cette *rénitence* tout à fait caractéristique. Le ventre, même lorsqu'il est le siège d'un épanchement, n'a pas la même forme qu'il a dans l'*ascite* ; il est ovale, saillant, peu développé à la partie inférieure ; il n'a pas la forme hémisphérique, la forme d'*outre* qu'il affecte dans les ascites qui sont symptomatiques de toute autre affection. »

Les mêmes signes permettront de distinguer la péritonite tuberculeuse de la péritonite chronique non tuberculeuse décrite aussi sous les noms d'ascite essentielle et de **péritonite exsudative chronique** simple (1) ; cette dernière maladie, dont les causes sont encore peu connues, a été plusieurs fois observée dans la seconde enfance, sur-

(1) Consulter à ce sujet : Wolff, Sur une forme particulière de l'hydropisie ascite (*Hufeland Journ. prakt. Heilk.*, mai 1828, p. 78) ; — Rilliet et Barthez, 2e édit., II, p. 205 ; — Galvagni, *Rivista clin. di Bologna*, 1869, nos 86 et suivants ; — Vierordt, *Die einfache chronische Exsudativ-peritonitis*, Tubingue, 1884 ; — Hirschberg, *Arch. für Kinderheilk.*, IX, p. 114, 1887 ; — Henoch, *loc. cit.*, p. 548. — Filatoff, *Arch. für Kinderheilk.*, 1898, XXV, p. 1.

tout chez les petites filles ; Wolff en aurait même rencontré plus de cent cas chez les enfants en quelques années. Rilliet et Barthez ne l'ont vue que deux fois, mais Vierordt, sur 28 cas de cette affection qu'il a observés, en a trouvé 16 chez des enfants de deux ans et demi à seize ans. Cette maladie est caractérisée par le développement d'un épanchement séreux dans l'abdomen dont le volume augmente lentement, et s'accompagne souvent d'un mouvement fébrile peu intense ; la température dépasse rarement 39°. La maladie se termine le plus souvent favorablement, par résorption de l'épanchement, après une durée que Galvagni fixe en moyenne à soixante-quinze jours, mais qui varie, suivant les cas, entre quelques semaines et quelques mois (Vierordt). Henoch (1) en rapporte un cas relatif à une fille de douze ans qui guérit après quatre ponctions successives. Elle ne pourra être confondue qu'au début avec la péritonite tuberculeuse ; l'absence fréquente de douleurs abdominales, la marche régulière du développement et de la diminution du volume du ventre sans que jamais on sente les bosselures de la péritonite tuberculeuse, l'absence de symptômes de tuberculisation d'autres organes, la bénignité de la maladie la feront habituellement distinguer de la tuberculose du péritoine. Si l'on fait une ponction, on fera bien, cependant, de pratiquer l'examen bactériologique du liquide et d'inoculer celui-ci au cobaye, car la péritonite exsudative peut être de nature tuberculeuse et a été quelquefois suivie d'une péritonite tuberculeuse à forme chronique. Marfan la considère même comme étant habituellement tuberculeuse, bien qu'elle puisse guérir complètement sans être suivie d'une inflammation chronique.

La péritonite tuberculeuse peut être simulée par une **tumeur maligne de l'abdomen**. Chez un garçon de cinq ans observé par Henoch, un médullosarcome des ganglions rétropéritonéaux, qui avait rempli peu à peu tout l'hypogastre, avait déterminé pendant la vie les mêmes accidents qu'une tuberculose péritonéale. Rendu a observé le même fait chez un garçon de onze ans dans un cas où l'autopsie révéla la présence d'un lymphadénome de l'appendice iléo-cæcal généralisé aux ganglions mésentériques, au péritoine et aux reins. L'un de nous a eu l'occasion d'observer un cas analogue chez un garçon de douze ans ; il s'agissait également d'un lymphadénome de l'intestin qui s'était propagé à la paroi abdominale et avait déterminé un épanchement purulent dans le péritoine (2). Le diagnostic, en pareil cas, sera à peu près impossible.

(1) Henoch, *Berl. klin. Woch.*, 8 nov. 1886. — Le même auteur (*Vorlesungen*, p. 551) recommande dans les cas de péritonite chronique essentielle la ponction précoce, les badigeonnages avec le collodion iodoformé et les applications de compresses humides.

(2) Ces deux dernières observations ont été publiées par E. Demange, Étude sur la lymphadénie. *Thèse de Paris*, 1874, p. 73 et 75.

PRONOSTIC. — La péritonite tuberculeuse, avant qu'elle fût traitée chirurgicalement, était considérée comme presque toujours mortelle. Néanmoins, nous avons observé un cas de guérison sans opération chez une petite fille de six ans, atteinte en même temps d'un mal de Pott ; aujourd'hui, après plus de quinze ans, la guérison ne s'est pas démentie. D'autres cas analogues ont été rapportés.

TRAITEMENT. — Le traitement général sera le même que celui de la tuberculose. E. Thomas (1) s'est bien trouvé de l'emploi de lavements contenant 100 à 150 grammes d'huile de foie de morue et 0,50 à 1,50 de créosote suivant l'âge et la tolérance de l'enfant.

Le traitement local sera principalement dirigé contre la péritonite. « Après l'hygiène, dit Grisolle, on peut dire que les agents les plus utiles dans le traitement de la péritonite chronique sont les *révulsifs*. On promènera sur les diverses parties du ventre, surtout dans la région sous-ombilicale, de larges vésicatoires qu'on multipliera plus ou moins, et dans l'intervalle on donnera quelques *bains sulfuro-alcalins*. »

On combattra en outre les divers symptômes de la maladie au fur et à mesure qu'ils se présenteront. Contre la tympanite, on emploiera les cuirasses de *collodion élastique* étendues sur l'abdomen et laissées en place jusqu'à ce qu'elles aient déterminé un affaissement marqué du ventre. L. Revilliod emploie une pommade à l'ichtyol. Si l'ascite est considérable, gêne la respiration, entrave les digestions, on évacuera le liquide au moyen de *ponctions* avec l'appareil Potain. La diarrhée sera combattue par les opiacés, par le sous-nitrate de bismuth, etc.

La *laparotomie*, suivie du lavage du péritoine, appliquée par Kœnig au traitement de la péritonite tuberculeuse, a donné quelques succès chez les jeunes sujets ; Hartmann et Aldibert (2), résumant en 1892 tous les cas connus où cette opération avait été pratiquée chez les enfants, au nombre de 48, ne comptaient que 2 cas où la mort avait suivi immédiatement l'intervention chirurgicale ; dans 11 cas, la guérison persistait au bout d'une année, et dans 6 d'entre eux la nature tuberculeuse de la péritonite avait été constatée bactériologiquement. Depuis lors, de nouveaux cas ont été opérés avec succès. Sengensse (3) en a observé un chez un enfant de trois ans. La laparotomie ne devra être tentée que quand la tuberculose est principalement localisée dans le péritoine. Marfan ne la considère comme indiquée que dans les cas où la maladie est fibro-caséeuse et s'accompagne d'un épanchement ou est enkystée, ou bien lorsqu'il survient des accidents d'occlusion intestinale.

(1) E. Thomas, *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1897, p. 712.
(2) Hartmann et Aldibert, *Ann. de gynéc.*, 1892, p. 466.
(3) Sengensse, *Ann. de policlin. de Bordeaux*, mars 1899, p. 45.

Une des causes attribuées à la guérison des tubercules du péritoine par la laparotomie étant l'exposition de ceux-ci à l'air, von Mosetig-Moorhof a proposé de traiter la maladie par l'injection d'*air stérilisé* dans la séreuse après une ponction; ce procédé a donné quelques succès, en particulier à Folet (1), chez un enfant de quatre ans atteint de tuberculose épididymaire compliquée d'ascite. Il mérite d'être encore expérimenté. Il en est de même des injections d'*eau boriquée* (Debove) (2), d'*eau stérilisée*, de *naphtol camphré* (Rendu) (3), etc. Les injections de naphtol ne sont pas sans danger, à cause des propriétés toxiques de cette substance; elles ont donné cependant un succès à Spillmann (4) chez un garçon de treize ans atteint de tuberculose thoracique et d'ascite et qui guérit après la ponction de celle-ci qui donna 850 grammes d'un liquide jaune-citron et qui fut suivie d'une injection intrapéritonéale de 10 grammes de naphtol camphré.

Dans un cas de péritonite tuberculeuse à forme ascitique relatif à une petite fille de trois ans et qui avait été jugé trop grave pour être traité par la laparotomie, Marais (5) vit survenir une perforation de l'ombilic suivie d'évacuation de pus; il pratiqua alors une contre-ouverture dans la fosse iliaque gauche et passa un gros drain par la fistule ombilicale élargie; des lavages avec de l'eau bouillie salée et tiède, puis avec des solutions d'abord faibles, puis de plus en plus fortes d'acide phénique et de sublimé amenèrent une guérison complète.

(1) Folet, *Acad. de méd. de Paris*, 27 mars 1894.
(2) Debove, *Soc. méd. des hôp.*, 10 octobre 1890.
(3) Rendu, *Ibid.*, 27 octobre 1893.
(4) Spillmann, *Ibid.*, 27 juillet 1894.
(5) Marais, *Année méd. de Caen*, 15 déc. 1897, et *Arch. de méd. des enf.*, 1898, p. 425.

QUATRIÈME PARTIE

MALADIES DU CŒUR

Nous renvoyons pour les indications relatives à l'examen clinique du cœur chez l'enfant à notre introduction (p. 42).

Les dimensions normales du cœur varient notablement suivant l'âge, et il est utile de les connaître lorsque l'on pratique l'autopsie de cet organe. Voici un tableau relatif à son poids dans l'enfance emprunté à W. Müller (1), qui l'a estimé après avoir enlevé le péricarde et les vaisseaux de la base et débarrassé les cavités des caillots.

Poids moyens.	Garçons.	Filles.
Dans la première semaine	16,4	12,8
De 4 à 6 mois	23,1	21,8
De 7 à 12 mois	29,6	29,2
A 2 ans	42,1	41,5
A 3 ans	56,5	47,7
De 4 à 5 ans	62,7	66,1
De 6 à 10 ans	88,9	75,8
De 11 à 15 ans	119,0	124,0
De 16 à 20 ans	209,0	192,0

Laënnec a indiqué pour le volume du cœur celui du poing fermé de chaque individu. Bizot (2), en mesurant l'épaisseur de la paroi du ventricule gauche à la partie moyenne, sans comprendre les colonnes charnues, démontre que cette épaisseur varie peu chez l'enfant, puisqu'elle est de 6 millimètres et demi de un à quatre ans, et de 7 à 8 millimètres et demi de dix à quinze ans. La même dimension prise sur le ventricule droit est de 2 à 3 millimètres de un à quatre ans et de 4 millimètres de dix à quinze ans.

Les maladies du cœur, sans être aussi communes que plus tard, jouent cependant un rôle considérable dans la pathologie de l'enfance. Leur étiologie et leurs terminaisons présentent à cet âge quelques particularités qui méritent d'être décrites.

CHAPITRE PREMIER

PÉRICARDITE

ÉTIOLOGIE. — La péricardite passe souvent inaperçue chez l'enfant, et elle est certainement plus fréquente chez lui que ne

(1) W. Müller, *Die Massenverhältnisse des menschlichen Herzens*, Hamburg u. Leipzig, 1883.
(2) Bizot, *Mém. de la Soc. méd. d'observation de Paris*, vol. I, 1836, p 262.