cardiaque, qui dépasse à gauche la ligne mamillaire et à droite la ligne médiane, et souvent même la ligne sternale droite, permettront toujours de faire le diagnostic.

Le *rétrécissement mitral* pur, tel qu'il a été décrit par Durosiez (1), chez la femme adulte, est très rare chez l'enfant; il est presque toujours lié chez lui à un certain degré d'insuffisance.

Weill, qui en a observé 10 cas chez de jeunes enfants de six à quatorze ans, insiste sur l'arrêt de développement qui l'accompagne. « Nombre de jeunes filles, dit-il, à rétrécissement mitral sont petites et chétives. » Il a eu l'occasion d'en observer deux cas chez deux sœurs, l'une âgée de six ans, l'autre de dix ans.

Le rétrécissement mitral se reconnaît au rythme mitral entendu à la pointe et qui est caractérisé par un roulement diastolique et souvent par un souffle présystolique bref, se terminant par un premier bruit sonore ou un souffle systolique d'insuffisance. Le dédoublement du second temps (bruit de caille de Bouillaud), qui l'accompagne souvent, ne suffit pas à lui seul pour affirmer la présence d'un rétrécissement mitral.

Sansom, sur 35 cas de rétrécissement mitral, a noté 17 fois un *frémissement* valvulaire présystolique, perceptible à la palpation immédiatement au-dessus et en dedans du choc de la pointe.

Nous avons observé un cas de rétrécissement mitral chez une jeune fille de treize ans, dont le début remontait probablement à l'âge de trois ans, à la suite d'une brûlure de la peau. La lésion, qui était latente et bien tolérée dans l'enfance, s'est accompagnée de dyspnée et parfois de crises d'asystolie depuis que la malade est entrée dans l'adolescence.

Lésions aortiques. — Ces lésions existent rarement seules. Crandall (2), qui donne une statistique considérable d'affections valvulaires acquises chez l'enfant, a observé la localisation aortique dans une forte proportion :

Insuffisance mitrale	124
Rétrécissement mitral	16
Insuffisance aortique	9
Rétrécissement aortique	26

Il fait ressortir que le pronostic des lésions aortiques chez l'enfant n'est pas sensiblement plus défavorable que celui des lésions mitrales.

Le *rétrécissement aortique*, caractérisé par un souffle rude, systolique à la base, accompagné en général d'un frémissement cataire au niveau du sternum, ne s'accompagne le plus souvent d'aucun désordre fonctionnel chez l'enfant, et permet une longue survie. Weill a pu suivre pendant plusieurs années un enfant atteint de cette lésion;

(1) Durosiez, *Traité clin. des mal. du cœur*. Paris, 1891, p. 276.
(2) Floyd-M. Crandall, *Arch. of Pædiatrics*, t. VIII, déc. 1891.

ce n'est qu'à partir de la puberté que se manifestèrent quelques accidents névropathiques, caractérisés par une insomnie tenace, de l'inaptitude au travail, une fatigue cérébrale rapide, sans troubles bien sensibles de la circulation.

Le « pulsus tardus » avec son plateau systolique allongé, qui démontre une tension artérielle moyenne élevée, se voit bien dans les tracés de Blache pris sur deux enfants atteints de rétrécissement aortique, âgés l'un de quatre ans, l'autre de six ans.

L'*insuffisance aortique*, qui, d'après Blache, est le plus souvent associée chez l'enfant à un rétrécissement aortique ou à une lésion mitrale, a été néanmoins observée isolément, ou du moins a été assez prédominante pour imprimer son caractère clinique spécial à la cardiopathie.

Le souffle diastolique de la base s'entend le long du sternum ; il est souvent aussi intense à la pointe qu'à la base, ce qui tient à ce que chez l'enfant le ventricule gauche hypertrophié est en rapport direct avec la paroi thoracique dans une étendue beaucoup plus grande que chez l'adulte.

Lefèbvre dit que le pronostic de cette lésion est presque toujours fatal chez l'enfant, et dans un temps relativement assez rapproché ; sur 20 enfants cités par lui, tous, sauf trois, avaient succombé. Cela est surtout vrai quand la lésion s'est produite chez de jeunes enfants, parce qu'à leur âge elle coïncide habituellement avec d'autres lésions valvulaires ou péricardiques.

Il n'en est pas toujours de même plus tard. L'un de nous, M. D'Espine, a assisté au développement d'une insuffisance aortique dans le cours d'un rhumatisme aigu, chez un garçon de seize ans, qui en fut très affecté jusqu'au moment où l'hypertrophie s'ajouta à la dilatation du ventricule gauche. Aujourd'hui, ce jeune homme, âgé de vingt et un ans, jouit d'une excellente santé, malgré un souffle diastolique persistant et un pouls de Corrigan ; il remonte en bicyclette des pentes assez fortes sans essoufflement.

La mort *subite* est signalée dans trois observations de la thèse de Lefèbvre.

Une observation de Barlow, relative à un garçon de dix ans, est remarquable par le fait de la production de deux embolies cérébrales, la première dans la sylvienne droite, la seconde dans la sylvienne gauche, à quatre semaines de distance. L'enfant succomba après la seconde attaque.

TRAITEMENT. — **Endocardite aiguë.** — Dans les cas d'endocardite rhumatismale, on prescrira d'abord le salicylate de soude en surveillant son effet sur le cœur, et le régime lacté. S'il y a tendance à la syncope, les alcooliques à hautes doses, les injections d'éther et de sérum artificiel, seront indiqués. S'il survient des symptômes de tachycardie avec dilatation aiguë du cœur, on ordon-

nera la digitale ou la teinture de strophantus comme nous l'indiquons ci-dessous. A la période subaiguë, on emploiera la méthode révulsive (teinture d'iode, vésicatoires) ou les frictions avec l'onguent napolitain sur la région précordiale.

Endocardite chronique. — Tant que la maladie ne se manifestera que par des signes physiques, on veillera simplement à ce que l'enfant évite tout exercice violent ou fatigant, et on soutiendra ses forces par une alimentation tonique. Une *hygiène* bien entendue pourra contribuer à la prolongation de l'existence. Il faut interdire aux petits malades le séjour à de grandes altitudes et toutes les vocations qui nécessitent un exercice musculaire violent et prolongé. Nous insistons beaucoup sur l'action tonique des lavages froids faits chaque matin, sur l'usage du lait qui doit entrer toujours pour une part importante dans l'alimentation. Nous prescrivons, pour combattre l'anémie, les préparations *ferrugineuses*, qui nous ont donné, comme à Henoch, d'excellents résultats. Dès que le cœur paraît fatigué ou surmené, un repos absolu est de rigueur. Le bromure de sodium est le meilleur calmant de l'agitation cardiaque à cette période ; nous le faisons prendre dans la soirée à la dose de 1 ou 2 grammes, suivant l'âge, dans de l'eau de tilleul ou de fleurs d'oranger.

Dès qu'apparaîtront les accidents de l'asystolie, on prescrira le traitement usité en pareil cas (digitale, purgatifs, régime lacté), en proportionnant les doses des médicaments à l'âge de l'enfant. D'après G. Sée (1), la digitale ne doit être employée qu'avec une extrême circonspection, car, suivant lui, c'est un des remèdes que l'enfant tolère le moins, et on ne doit pas dépasser comme dose 0,03 de poudre prise en nature. Nous l'avons cependant prescrite sans inconvénient à la dose journalière de 0,10 à 0,20 de poudre en infusion. Il faut se rappeler seulement que l'intolérance se produit plus rapidement chez l'enfant que chez l'adulte, et il ne faut pas attendre le ralentissement du pouls pour suspendre l'emploi du médicament.

Moncorvo (2) a observé un amendement immédiat et parfois une cessation complète des phénomènes d'asystolie, chez des enfants atteints de lésions mitrales, en administrant la *teinture de strophantus* (1 pour 20 suivant la formule de Fraser) à des doses variant de 6 à 15 gouttes dans les vingt-quatre heures. Les effets du médicament persisteraient longtemps après la cessation du traitement, et ces doses ne provoqueraient pas de phénomènes toxiques.

(1) G. Sée, *Du diagnostic et du traitement des maladies du cœur*. Paris, 1879, p. 339.
(2) Moncorvo, *Union méd.*, 4, 7 et 9 janvier 1890.

CHAPITRE III

TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR

Les troubles fonctionnels du cœur chez les enfants ont été peu étudiés, si l'on en excepte les accidents réunis sous le nom d'hypertrophie cardiaque de croissance, qui sont propres au sexe masculin et appartiennent plutôt à l'adolescence (dix-sept à vingt ans) qu'à l'enfance proprement dite. Nous en dirons quelques mots, puis nous étudierons les tachycardies essentielle ou symptomatiques, en traitant à part la maladie de Basedow, et nous terminerons ce court aperçu par l'étude de l'asystolie fonctionnelle, symptôme de la dilatation du cœur.

Troubles cardiaques de croissance. — G. Sée (1) et R. Blache (2) ont attribué à une véritable hypertrophie cardiaque une série d'accidents survenant pendant la croissance et dont la réalité clinique n'est pas contestée, mais dont la pathogénie est douteuse.

Dans certains cas, la tachycardie avec palpitations est le seul symptôme observé ; on constate à la région précordiale des battements un peu plus étendus et exagérés qu'à l'état normal, parfois aussi un souffle systolique variable et des bouffées de chaleur au visage ; le souffle ne peut être qu'anémique ou cardio-pulmonaire ; habituellement, il s'y joint de la dyspnée d'effort ou parfois de la gêne respiratoire même au repos. Ces auteurs ont rapproché de ces symptômes la céphalalgie de croissance, sur laquelle nous nous sommes déjà expliqués (Voir p. 297) et qui n'a aucun rapport nécessaire avec les troubles cardiaques.

Huchard (3) a montré qu'habituellement, quand l'hypertrophie cardiaque existe, elle relève d'une autre cause que la croissance. C'est ainsi que les palpitations réflexes observées chez les collégiens (Voir p. 637), proviennent généralement de la dyspepsie. Ajoutons que l'hérédité nerveuse joue aussi un rôle qui prédispose aux palpitations ; l'onanisme en est souvent la cause efficiente.

Quant au rôle mécanique que jouerait la compression thoracique, et qui a été invoqué par Ollivier (4) pour expliquer les palpitations dans les cas d'étroitesse transversale du thorax, il nous paraît douteux. Nous avons observé souvent des cœurs de bossus, et nous avons été frappés de leur fonctionnement normal dans la majorité des cas ; la

(1) G. Sée, *Acad. des sciences*, séance du 26 janv. 1885.
(2) R. Blache, *Rev. des mal. de l'enf.*, 1891, p. 529.
(3) Huchard, *Congrès franç. de méd. de Lyon*, 1894, p. 788.
(4) Ollivier, *Leçons clin. sur les mal. des enf.*, 1889, p. 12.