

Rétrécissement tricuspide. — Il existe parfois à la naissance, pur ou associé à d'autres malformations. L'appareil valvulaire fait défaut ou se montre frappé de sclérose. L'aorte et l'artère pulmonaire sont normales. Le trou de Botal persiste, la cloison interventriculaire est interrompue, le ventricule droit est atrophié. Dans sa forme acquise, il est combiné à une lésion mitrale ou aortique, surtout au rétrécissement mitral (Duroziez, Moore). J'ai observé deux faits où il était associé à un rétrécissement avec insuffisance mitrale. En amont, on observe une dilatation de l'oreillette droite, des orifices veineux et des grosses veines qui subissent parfois la dégénérescence athéromateuse. Les signes physiques sont : un roulement diastolique à timbre soufflant et un frémissement diastolique à la base de l'appendice xiphoïde sans dédoublement du second bruit.

Insuffisance tricuspide. — On la voit dans les cas congénitaux. Dans sa forme acquise, elle est habituellement liée à une dilatation de l'orifice tricuspide dans le cours des affections mitrales, très exceptionnellement chez l'enfant dans les affections gastriques ou hépatiques. Le ventricule droit est hypertrophié et dilaté, l'oreillette droite très dilatée, ainsi que les gros troncs veineux. Dans un de nos faits, la capacité de l'oreillette droite était de 400 centimètres cubes. Elle donne lieu à un souffle systolique, piaulant, sans rudesse, se montrant depuis la base de l'appendice xiphoïde jusqu'à la pointe du cœur (Duroziez), dépassant rarement le bord droit du sternum, sans propagation en arrière. Ce souffle présente encore le caractère d'être variable, de diminuer avec l'amélioration des symptômes généraux, au lieu que le souffle mitral est proportionnel à la vigueur de la contraction du myocarde. Le second bruit pulmonaire est affaibli. Le cœur droit se dilate. Les poulx veineux et hépatique sont la règle chez l'adulte. Sur 2 cas, je les ai notés une fois seulement. Dans le deuxième fait, ils faisaient défaut malgré une dilatation énorme de l'oreillette droite. Friedreich a observé chez 2 sujets de 5 et 14 ans des pulsations de la veine crurale avec double ton se transformant par la pression du stéthoscope en double souffle. L'apparition d'une insuffisance tricuspide dans le cours d'une maladie mitrale est le signal d'un affaiblissement du myocarde. Son pronostic est sérieux.

Lésions d'orifice multiples. — L'insuffisance mitrale s'associe fréquemment au rétrécissement. Les lésions aortiques pures sont rares chez l'enfant. Elles se combinent aux lésions mitrales. Celles-ci existent presque toujours lorsque la valvule tricuspide est atteinte fonctionnellement ou par une lésion.

Pronostic. — Nous l'avons déjà indiqué à propos des symptômes fonctionnels et de l'évolution. La fatigue du myocarde n'existe pas chez l'enfant dans le cours de l'endocardite chronique pure. Dans les 2 cas d'insuffisance tricuspide que nous avons observés, il y avait de la myocardite. En général, l'asystolie est liée à une complication telle que péricardite aiguë ou chronique, symphyse du péricarde, myocardite parenchymateuse diffuse ou myocardite interstitielle. Je n'ai pu observer chez l'enfant l'influence des poulx aiguës, entées sur une endocardite chronique, que Bard a signalées chez l'adulte, comme une condition fréquente de l'asthénie du myocarde.

En général, le rhumatisme récidivant, très commun chez l'enfant, provoque la rupture de la compensation, par l'intermédiaire d'une péricardite ou d'une myocardite. Lorsqu'elle survient à la suite d'une infection, je crois rationnel d'admettre, même en l'absence de lésion, une action toxique exercée sur le muscle cardiaque par la maladie générale. Dès qu'un enfant atteint d'endocardite chronique se plaint de troubles sérieux, on doit rechercher la complication, et comme celle-ci est en général grave, qu'elle se présente sous forme d'une lésion durable, le pronostic devient fâcheux. On observe rarement, dans l'enfance, ces asystolies espacées, s'effaçant rapidement sous l'influence du repos et de la digitale, et réapparaissant à l'occasion d'un nouveau surmenage. Le myocarde adapte aisément et presque indéfiniment ses efforts aux conditions créées par un simple obstacle mécanique, d'autant qu'il s'y ajoute rarement d'autres charges du fait de lésions vasculaires. Aussi, entre les formes graves de cardiopathies et les formes bénignes, n'y a-t-il pas d'intermédiaires. Une maladie de cœur avec symptômes inquiétants est beaucoup plus grave dans l'enfance qu'à un âge plus avancé. Par contre, lorsqu'elle est tolérée, elle est d'un pronostic incomparablement plus favorable dans le premier que dans le second cas.

Cette formule du pronostic se heurte cependant à une exception, l'insuffisance aortique. Celle-ci, en dehors de toute complication, paraît être une lésion redoutable dans l'enfance, car elle tue souvent avant la puberté.

Traitement. — Nous avons vu comment il fallait traiter l'endocardite aiguë et subaiguë. Nous avons insisté sur la nécessité de poursuivre l'intervention, longtemps après la cessation des phénomènes qui caractérisent le début de la maladie. Nous rappelons que des guérisons définitives ont été observées au bout de 1 et de 2 ans (Roger). L'enfance nous présente rarement la période terminale de l'endocardite, réserve faite pour les cas compliqués. C'est surtout la phase chronique, celle qui s'accompagne d'une adaptation ou d'une compensation avec ou sans hypertrophie que nous avons à considérer. Quand pouvons-nous reconnaître que la lésion orificielle est définitive, sans espoir de résolution? Pour les lésions mitrales, l'organisation scléreuse des produits inflammatoires se révèle par le frémissement cataire, la rudesse du souffle, l'apparition des signes de rétrécissement se surajoutant peu à peu à ceux de l'insuffisance, l'augmentation de volume du cœur, la persistance des signes physiques après un délai de 2 ans. Contre une lésion arrivée à cette période, nous ne pouvons rien directement. Le tissu fibreux, cicatriciel, échappe à nos moyens d'action. La révulsion devient impuissante, l'influence résolutive de l'iode devient illusoire. Tout au plus, pouvons-nous espérer que les parties saines des valvules s'allongent et suppléent en quelque sorte les fonctions des portions annihilées par l'induration ou la rétraction. Nous avons dit que le cœur, à la période aiguë de l'endocardite, devait être assimilé à une jointure et mis dans un repos aussi complet que le permet la fonction. A la période chronique, nous ne pouvons poursuivre l'assimilation et agir sur lui comme dans une ankylose fibreuse qu'on traite par le massage et les mouvements communiqués. Nous assistons, spectateurs passifs, aux efforts du myocarde,

pour vaincre les résistances anormales et étirer les valves trop courtes. Il suffit habituellement à sa tâche chez l'enfant, et le rôle du médecin consiste plutôt à le préserver par des soins hygiéniques qu'à le seconder par des interventions thérapeutiques. C'est donc l'hygiène de la cardiopathie latente que nous aurons surtout à traiter.

Traitement hygiénique. — La préoccupation du médecin doit être d'éviter au myocarde tout surcroît de travail, amené par des influences accidentelles, étrangères à la lésion cardiaque elle-même. Parmi ces dernières, les unes sont *physiologiques*, les autres *pathologiques*. J'ai exposé les principaux termes du traitement hygiénique et médicamenteux des cardiopathies valvulaires dans mon Rapport au Congrès de Marseille¹. Voici les principes généraux qui me paraissent devoir être formulés.

Climat. Habitation. — Ce qu'on doit rechercher avant tout, lorsqu'il s'agit d'une cardiopathie tolérée, c'est de mettre le sujet à l'abri des rhumatismes récidivants. L'humidité, les changements brusques de température, les grands vents, la chaleur extrême qui entraîne des sudations abondantes, doivent être particulièrement redoutés. La population pauvre, astreinte au séjour de la ville, habite souvent des locaux encombrés, des rez-de-chaussée humides, avec une aération insuffisante. On lui recommandera l'habitation dans la région suburbaine, rendue plus commode par le développement des communications, des chambres à un étage plus élevé avec une exposition qui ne soit pas au Nord.

Les malades aisés seront envoyés à la *campagne dans un climat sec et tempéré*. Le froid vif est recherché par les cardiaques dyspnéiques; mais il a l'inconvénient d'irriter les voies bronchiques et d'augmenter le travail du cœur en produisant la contraction des vaisseaux périphériques. La chaleur relâche les vaisseaux, mais déprime le système nerveux, diminue la densité de l'air. Peter conseille une température de 16 à 20°. — *L'altitude* a été préconisée à titre de médication active contre certaines cardiopathies chez l'adulte. Elle augmente même au repos l'énergie des contractions cardiaques, la tension artérielle subit des modifications très variables, mais la circulation périphérique est plus active en même temps qu'il se produit une décongestion viscérale. Lauth compare l'effet de l'altitude à celui de la digitale. Aussi n'y a-t-il pas lieu de soumettre à cette action des sujets atteints de lésions compensées bien qu'il n'y ait pas d'inconvénient à autoriser des altitudes de 500 à 400 mètres (C. Paul), de 600 à 800 mètres (Huchard). Le *climat maritime* est à redouter chez ceux qui ont des dispositions au rhumatisme, ou aux bronchites, en raison de l'humidité de l'atmosphère et de la violence des vents. Une station méridionale protégée par des dunes ou des forêts peut cependant convenir. — Quant aux bains de mer, leur utilité est contestable, mieux vaut les prendre chauds. On déconseillera la mer dans le cas où le sujet présentera de l'excitation du système nerveux et de l'éréthisme cardiaque.

Vêtements. — Ils seront choisis de façon à protéger contre le refroidisse-

(¹) E. WEILL. Traitement des cardiopathies infantiles. Congrès de Marseille, 1898.

ment et à ne pas gêner la circulation. Il faut rejeter les vêtements serrés, les corsets, les ceintures étroitement appliquées. Chez les cardiopathes rhumatisants, il faut conseiller l'usage de la flanelle qui prévient les évaporations brusques de la sueur, et les chaussures en caoutchouc quand le sol est humide.

L'exercice musculaire est d'une réglementation difficile chez l'enfant. Il faut tenir compte de son besoin d'activité, de distraction musculaire, tout en lui imposant certaines limites. On peut autoriser les promenades, la marche modérée, les jeux de billes, de palet, du volant, de la corde, de l'escarpolette, tous ceux qui consistent à piétiner et mettent en jeu l'adresse plutôt que la force. Il faut proscrire ceux qui font intervenir une grande activité respiratoire, courses, barres, jeux de soldats; ceux qui exigent de grands efforts, lutte, escrime, jeux de paume, tennis, canot. — On doit éviter les grandes marches, les ascensions, les exercices gymnastiques violents. Huchard¹, chez les sujets jeunes, à système artériel intact, n'est pas opposé à l'usage de la bicyclette, à condition d'éviter les vitesses trop grandes, les pentes trop fortes, un exercice trop prolongé. Il ne faut jamais pousser jusqu'à la fatigue. L'insuffisance aortique contre-indique formellement la bicyclette. En outre, on doit faire cette réserve que ce genre de sport provoque une sorte de griserie qui masque plus ou moins la fatigue. Le chant, les instruments à vent qui favorisent l'expansion pulmonaire seront accordés, mais à petites doses. Le travail manuel prématuré, les apprentissages pénibles, doivent être proscrits, d'autant qu'ils s'appliquent souvent à la période terminale de l'enfance, qui a déjà une tendance naturelle à surcharger le cœur par le développement rapide du champ de la circulation.

L'alimentation de l'enfant doit être réglée. On a rarement à se préoccuper dans le jeune âge des écarts de régime dus à l'usage de l'alcool, des épices, des viandes faisandées. Il faut modérer l'ingestion des sucreries, des pâtisseries. Il faut surtout retenir l'enfant à l'appétit excité par la croissance, qui mange rapidement, goulument et trop souvent, s'exposant ainsi à la dilatation de l'estomac. On accordera 2 repas, celui du soir, moins copieux que celui de midi, le déjeuner du matin et le goûter à 4 heures. Chez l'adulte, les troubles de la digestion retentissent sur le cœur sain (Potain, Teissier), à plus forte raison sur le cœur malade. Chez l'enfant, cette circonstance se présente rarement et peut facilement être prévenue. La *diète des liquides*, recommandée par Cœrtel, est discutable chez l'adulte. Elle n'a aucune importance dans le jeune âge. L'artério-sclérose est exceptionnelle, les reins éliminent rapidement la boisson ingérée, l'hypertension artérielle que redoute Cœrtel ne se rencontre guère. La boisson comprendra de l'eau pure ou additionnée d'un peu de vin. A moins de complications, le lait n'est pas nécessaire, bien qu'il n'ait aucun inconvénient. Chez l'adulte, il agit surtout comme eupeptique. Marfan déconseille la méthode d'œrtel parce que la croissance « avec ses échanges nutritifs si intenses exige une certaine quantité de liquide »². Les *attitudes vicieuses*, les déformations temporaires du tronc produites par les imper-

(¹) HUCHARD. *Traité de thérapeutique de Robin*.

(²) MARFAN. *Bulletin médical*, 1901, p. 201.

fections du banc d'école contribuent à gêner le cœur. Je recommande dans ces cas l'écriture droite qui évite l'inclinaison temporaire du côté gauche de la poitrine. Le *travail cérébral* lui-même peut exercer une influence fâcheuse. Toute fatigue nerveuse retentit sur le cœur. Si l'enfance n'a pas ses préoccupations, elle a ses émotions, ses terreurs, sa disposition aux traumatismes. Nous avons cité un cas où une affection cardiaque jusque-là latente se réveilla à la suite d'une chute de 1^m,50. Les aortiques ont une circulation cérébrale plus ou moins mesurée, de même que les sujets atteints de rétrécissement mitral. Aussi ne faut-il pas les pousser dans la voie des études pénibles. Le médecin doit guider le patient dans le choix de sa future profession qui réunira deux conditions : peu d'activité musculaire, peu de préoccupations et d'émotions.

L'hygiène de l'enfant cardiaque doit s'appliquer à le mettre en garde contre certaines affections qui ont le privilège de compromettre volontiers le cœur. J'ai cité le *rhumatisme récidivant* qui doit être placé au premier rang : on ne saurait trop le répéter, il survient avec une déplorable facilité chez les enfants issus de parents rhumatisants. Il faut combattre chez eux la dyscrasie acide par l'usage des alcalins, un régime comprenant non exclusivement mais surtout des végétaux. Certaines affections sont redoutables pour le cœur, parce qu'elles menacent sa fibre musculaire : telles sont le rhumatisme lui-même que nous avons vu dans certains cas provoquer la myocardite parenchymateuse, la diphtérie, la fièvre typhoïde, l'érysipèle. D'autres agissent mécaniquement par les secousses répétées de toux : bronchites à répétition, sclérose pulmonaire avec dilatation bronchique, laryngite striduleuse, asthme et surtout la coqueluche qui provoque temporairement, mais en la répétant, la dilatation du cœur droit et la stase veineuse. L'hygiène des affections cardiaques ne consiste pas seulement à limiter l'effort du cœur, par la soustraction des causes capables d'augmenter son travail. Elle doit s'occuper aussi de fournir au myocarde toutes les ressources dont dispose la nutrition pour lui permettre de s'adapter matériellement et fonctionnellement aux conditions nouvelles de la circulation. La *misère*, l'*inanition*, la *convalescence des maladies graves*, l'*anémie*, la *chlorose*, les *déperditions* excessives provoquées par la diarrhée sont autant de conditions défavorables qu'on doit combattre par les moyens appropriés.

La méthode de l'*entraînement méthodique par la cure des terrains* proposée par Certel pour produire l'hypertrophie du cœur me paraît inutile chez l'enfant dont le myocarde n'a nul besoin d'être excité pour remplir sa tâche. La *méthode suédoise ou gymnastique de Lintz* qui est aujourd'hui appliquée dans plusieurs stations, concurremment avec la cure hydrominérale, comprend divers mouvements : mouvements passifs, massage, mouvements de résistance, mouvements actifs. Je rappelle à ce sujet les travaux de Wide, Zander, les traités de Levin, de Lindblom, vulgarisés en France par C. Paul, Dujardin-Beaumetz, Barié, Lagrange. Les thèses de M^{me} Tacké⁽¹⁾ et de Piatot⁽²⁾ donnent un aperçu d'ensemble de la question.

(1) M^{me} TACKÉ. Thèse de Paris, 1897.

(2) PIATOT. Thèse de Paris, 1898.

Les mouvements passifs sont pratiqués avec la main ou des machines spéciales. Ils se divisent, d'après Wide, en trois sortes : le pétrissage des muscles, les mouvements de circumduction, les mouvements qui favorisent la respiration. Le pétrissage détermine une projection centripète du sang veineux ; les mouvements de circumduction produisent l'allongement et le raccourcissement successifs des veines et par là une sorte d'aspiration du sang veineux de la périphérie au centre. Les mouvements respiratoires tels que soulèvement du thorax, extension du tronc, élévation des bras, soulèvement du tronc ont pour effet de favoriser la circulation pulmonaire.

D'autres manœuvres sont utilisées en vue d'agir directement ou par voie réflexe sur le fonctionnement du cœur. Zander arrive à ralentir le cœur avec des appareils spéciaux qui provoquent des mouvements de trépidation du thorax et de vibration du dos. — Levin masse directement le cœur. S'il veut diminuer le nombre des pulsations cardiaques, il a recours à l'effleurage et aux vibrations de la région précordiale ; s'il veut relever l'activité cardiaque, il pratique le hachement et le tapotement à mains plates de la même région.

Dès que le malade est amélioré par les mouvements passifs, on prescrit les mouvements communiqués avec résistance du malade en commençant par les extrémités inférieures, puis le patient accomplit les mouvements spontanément.

Une des formes les plus employées en France, de traitement mécanique, est le massage abdominal préconisé par Hirschberg et employé avec succès par Huchard et son élève Piatot. Ils l'associent au massage des membres dans les cas d'ascite et d'œdèmes. Le massage produit la résorption de ceux-ci, favorise la diurèse, soit seul, soit combiné aux diurétiques : dans ce dernier cas, l'effet produit est beaucoup plus sensible que par l'emploi isolé du massage et des diurétiques. Le massage modifie la stase veineuse abdominale, la congestion hépatique, diminue le nombre des pulsations cardiaques. Un de ses inconvénients, au moins chez les mitraux, serait l'abaissement de la tension artérielle.

Les indications de la gymnastique suédoise, telles qu'elles sont posées par Zander et Wide, se rapportent à différentes lésions : dilatation cardiaque avec asystolie, hypertrophie du cœur, polysarcie, sclérose cardiaque, névroses du cœur et palpitations, artériosclérose. Souvent elles conviennent dans l'asystolie ; mais, en particulier, les mouvements passifs, le massage. J'en résume les effets, en disant que si la gymnastique suédoise est salutaire dans quelques cas de cardiopathies valvulaires de l'enfance, elle ne saurait s'appliquer à toutes et constituer un mode de traitement toujours efficace. Si cette méthode tend à stimuler le cœur au moyen d'excitations directes (effleurages, vibrations, hachements), elle s'adresse surtout à la circulation périphérique ; or cette dernière chez l'enfant est plus rarement troublée que chez l'adulte, sa défaillance survenant, en effet, seulement dans les asystolies graves et qui relèvent surtout du traitement médicamenteux.

Traitement proprement dit. — Nous ne nous y arrêtons pas longuement, car d'après les développements que nous avons accordés à l'étude des

symptômes et de l'évolution, nous avons trois catégories de cas à envisager : 1° ceux où l'affection est latente et où le traitement sera purement hygiénique; 2° ceux où les troubles fonctionnels sont légers, caractérisés par de la dyspnée d'effort, de l'érythème cardiaque, plus rarement des céphalées, des épistaxis, de l'insomnie. On prescrira suivant les cas le repos cérébral, les sédatifs nervins, bromure de potassium, antipyrine, chloralose, l'hydrothérapie, à l'exclusion des procédés à répercussion brutale, par exemple des lotions rapides faites avec une eau à température de 25 à 30 degrés, d'abord sur la poitrine, puis sur le dos plus sensible (Peter). Il est entendu que dans ces circonstances, l'usage de la digitale et des médicaments dits cardiaques est formellement contre-indiqué; 3° la dernière catégorie de faits comprend ceux où la circulation est profondément troublée. C'est la période de l'hyposystolie ou de l'asystolie confirmée. J'en renvoie l'étude à un chapitre spécial consacré à l'asystolie et à son traitement.

VIII. — MYOCARDITES

La myocardite reconnaît deux types anatomiques principaux qui se mêlent en proportions variables et constituent, dans les cas purs, des formes schématiques très distinctes : ce sont les myocardites parenchymateuses et interstitielles. Charrin a montré qu'une même infection, suivant la dose, la virulence, l'âge de la culture, les conditions particulières au sujet en expérience, produit sur le myocarde les effets les plus disparates. Tantôt les lésions font complètement défaut; tantôt, si la survie de l'animal est suffisante, on constate à la fois des lésions interstitielles et de la dégénérescence des fibres musculaires; tantôt enfin, on trouve un cœur brightique lié à une lésion rénale avancée. Une même influence arrive donc à marquer son passage par des altérations diverses, et on ne peut baser une classification de la maladie prise dans son ensemble sur la présence exclusive ou prédominante de telle ou telle lésion. A la vérité, à mesure qu'on s'éloigne du début de l'affection, du moment où la cause pathogène, de quelque nature qu'elle soit, a retenti sur le myocarde, il se développe peu à peu des lésions chroniques visibles principalement sous la forme de sclérose interstitielle. Cette période s'observe rarement dans l'enfance : c'est le reliquat, la séquelle, comme disent Landouzy et Siredey, d'une détermination infectieuse antérieure et il est souvent impossible, étant donnée l'uniformité des lésions et des symptômes, dans des cas de nature différente, arrivés à cette période tardive de leur évolution, de remonter à leur origine et de préciser leur cause. La difficulté est d'autant plus grande qu'à mesure qu'on s'éloigne de l'affection initiale, d'autres facteurs interviennent, infections variées, parmi lesquelles on doit faire une place à part à la syphilis, intoxications, alcoolisme, saturnisme, maladies dyscrasiques, goutte, diabète, etc. Il semble, si on s'en rapporte à la pathogénie des scléroses progressives qui frappent d'autres organes, qu'on peut toujours invoquer l'action continue ou répétée à certains intervalles, d'un facteur infectieux ou toxique, qui renouvelle et propage les lésions antérieurement constituées. Une affection, telle que la fièvre

typhoïde, épuise en un court espace de temps son action nocive sur le myocarde. Ce dernier peut se ressentir définitivement de l'atteinte qu'il a subie pendant l'évolution de la dothiéntérie, mais sa lésion n'a pas de tendance à s'étendre et, pour qu'elle gagne en grandeur et en intensité, il faut vraisemblablement que de nouvelles influences pathogènes se fassent sentir. Quoi qu'il en soit, les formes chroniques, scléreuses, de la myocardite ne se voient guère chez l'enfant : on peut les écarter à peu près complètement ou du moins ne leur assigner qu'une place restreinte. C'est que l'enfant échappe à un certain nombre de lésions myocardiques, en particulier à celles qui sont liées à l'artério-sclérose, à l'athérome, à l'alcoolisme, à la myocardite segmentaire essentielle décrite par Renaud¹ et son élève Mollard² chez les vieillards, ainsi que chez les sujets prématurément alcoolisés ou séniles. Dans la pathologie infantile, il faut envisager les myocardites aiguës, de beaucoup les plus nombreuses, survenant dans le cours des maladies infectieuses, diphtérie, scarlatine, variole, fièvre typhoïde, grippe, etc., et les myocardites du type chronique succédant le plus souvent à des affections aiguës. D'ailleurs, au cours des pyrexies, ou des toxi-infections, le myocarde est plus rarement atteint que dans l'âge adulte. Si le tissu lymphoïde qui, d'après Ranvier, joue un rôle dans la croissance, est plus abondant chez l'enfant et le prédispose à l'action des germes et des toxines, le myocarde de l'adulte a déjà subi les atteintes de l'alcoolisme, des diathèses, de maladies diverses, et sera plus disposé à subir de nouvelles agressions qu'un cœur en quelque sorte vierge. Il n'est pas douteux que les accidents cardiaques de la fièvre typhoïde soient plus fréquents chez l'adulte.

En dehors des affections aiguës du myocarde, on observe chez l'enfant des myocardites secondaires à une péricardite, à une symphyse du péricarde. Il s'agit ordinairement de lésions partielles, cantonnées dans les couches superficielles du cœur, et dont la valeur, au point de vue symptomatique, n'est pas nettement établie. Landouzy et Siredey³ ont rattaché à une origine infectieuse déjà ancienne un certain nombre de scléroses avec endartérite progressive du myocarde. Il s'écoule entre le moment où la lésion débute et celui où elle produit les modifications définitives de la texture de l'organe, une période intermédiaire plus ou moins latente. Il paraît actuellement difficile de savoir si la période infantile dispose d'un temps suffisant pour édifier, à la suite de déterminations infectieuses sur le myocarde, une sclérose capable de troubler le jeu du cœur. Pourtant quelques observations tendent à témoigner dans ce sens, comme nous l'indiquerons tout en faisant les réserves exposées précédemment sur cette question.

Il faut étudier séparément la myocardite aiguë, infectieuse, dans ses différentes formes, et la myocardite chronique.

(¹) RENAUD. Acad. de méd., 1890.

(²) MOLLARD. Thèse de Lyon, 1890.

(³) LANDOUZY et SIREDEY. Revue de méd., 1885 et 1887.