

eu une hémoptisie, il a consulté un médecin qui lui a conseillé de venir à l'Hôpital, où il est entré le 14 janvier.

Le petit malade a le teint très pâle, mais rien dans son apparence n'indique un trouble profond de la nutrition. L'examen nous révèle tout d'abord une poitrine asymétrique, avec affaissement à droite et proéminence à gauche. On voit battre la pointe du cœur dans le 6e espace intercostal, en dehors du mamelon. La paume de la main, placée à cet endroit, perçoit un frémissement cardiaque. La matité précordiale est augmentée de volume. Le pouls est irrégulier, mais point bondissant.

A l'auscultation, on entend à la pointe, un souffle systolique de moyenne intensité qui se propage vers l'aisselle. Dans le deuxième espace intercostal, à droite, du sternum (côté droit du malade), on entend un souffle systolique marqué qui se propage le long des carotides. Tous les bruits du second temps sont plus doux. Le cœur se contracte avec force et est irrégulier. Le poumon, surtout du côté gauche, est congestionné.

On pose comme diagnostic ; rétrécissement aortique sans insuffisance aortique, ce qui est assez rare, mais accompagné d'une légère insuffisance mitrale, hypertrophie du cœur consécutive.

Louis H. est entré le 15 février pour un simple rhume dont il veut se faire guérir. Il est sujet à avoir le rhume, mais autrement il se dit satisfait de sa santé. Son aspect, cependant, indique une nutrition mauvaise. Ses parents lui ont dit que tout jeune, il avait eu le rhumatisme inflammatoire. Il affirme monter un escalier sans fatigue ; cependant, l'ascension d'une côte l'oblige à s'arrêter, par essoufflement.

En faisant l'examen au point de vue des poumons, on constate que la matité du cœur est augmentée, que la pointe bat à deux travers de doigts en bas et en dehors du mamelon. Le stéthoscope, appliqué à la pointe, révèle un souffle râpeux, en jet de vapeur, systolique qui se propage à l'aisselle et qu'on entend dans le dos. Le pouls est irrégulier et faible. Rien aux autres valvules. La poitrine est asymétrique, mais plutôt par défaut de nutrition.

Le diagnostic posé est : insuffisance mitrale avec hypertrophie.

Le tracé du pouls chez ces deux malades, pris avec le sphygmographe de Dudgeon, est caractéristique et confirme les données du stéthoscope. Chez Moïse P., la ligne de systole est assez longue, mais courbe, peu ferme : le sang, passant dans un orifice rétréci, et peu soutenu par la valvule mitrale qui cède, n'emplît pas pleinement l'aorte, ne la dilate pas avec ampleur. Par contre, à la diastole, la chute du tracé n'est pas brusque, ce qui indique que la colonne sanguine ne revient pas en arrière, que les valvules sigmoïdes sont suffisantes. Chez Louis H., la colonne sanguine, durant la systole, est si peu soutenue par la valvule mitrale insuffisante, le sang reflue tellement dans l'oreillette, que le tracé sphygmographique sépare à peine les systoles des diastoles, et les enregistre toutes deux par des lignes tremblées fort caractéristiques.

Les symptômes éprouvés par les deux petits malades sont bien en rapport avec le siège de la lésion valvulaire. Chez Moïse P., sous l'influence de la digitale et surtout du repos, l'irrégularité du cœur est disparue. Mais le malade conserve