région parotidienne au moyen d'une couche d'ouate et d'une toile cirée.

S'il y a du trismus douloureux, donner de l'antipyrine, du bromure de potassium 50 centigrammes à 1 gramme. Parfois il suffit d'écarter avec le manche d'une cuiller introduit à plat et redressé peu à peu les deux maxillaires pour vaincre la contracture réflexe.

S'il y a de l'otalgie, on aura recours, l'antipyrine échouant, à une injection sous-cutanée de 1/4 à 1/2 centigramme de chlorhydrate de morphine.

La plupart des enfants atteints d'ourles sont trop peu touchés pour exiger de grands soins hygiéniques. Il est bon cependant de leur faire garder la chambre, au moins en hiver, jusqu'à la résolution de la tumeur parotidienne.

L'orchite, complication grave en raison de l'atrophie ultérieure du testicule, est trop rare chez l'enfant pour qu'on ait à se préoccuper de sa prophylaxie. Le seul point qui nous paraisse devoir attirer l'attention, c'est l'onanisme qui aurait dans l'espèce le pouvoir de favoriser la localisation testiculaire.

ARTICLE VI

FIÈVRE GANGLIONNAIRE

La fièvre ganglionnaire est une maladie infectieuse, contagieuse, qui se traduit par des phénomènes fébriles et un gonflement passager des ganglions lymphatiques de la région cervicale principalement, sans lésion appréciable des territoires cutanés ou muqueux correspondants. Elle a été décrite par Pfeiffer [1], et confirmée dans son existence par de nombreux observateurs, Stark [2] Moussous [3], Comby [4].

1° Symptômes. — Les symptômes comprennent dans leur

[1] Pfeiffer, jahrb, f. Kindh., 1889.
[2] Stark, jahrb. f. Kindh., 1890.
[3] Moussous, *Rev. mens. des mal. de l'Enfance*, 1893.
[4] Comby, *La médecine infantile*, 1894.

ordre d'apparition quatre périodes : l'incubation, l'invasion, le développement des adénopathies, la résolution.

a. *Incubation.* — D'après les épidémies de famille qui ont permis de fixer la durée de l'incubation, celle-ci serait en moyenne de huit à quinze jours (Hœrchselmann).

b. *Invasion.* — L'invasion survient brusquement en pleine santé, ou après quelques jours de malaise vague. La fièvre s'élève à 39, 40°, accompagnée de courbature, de céphalée, de nausées, de vomissements. Elle dure un à deux jours, parfois plusieurs jours de suite, avec de fortes rémissions matinales. Le plus souvent, il n'y a aucun trouble local permettant d'attribuer l'élévation thermique à une angine, une bronchite, une pneumonie, une maladie éruptive. Cependant, dans quelques cas, on a signalé une légère rougeur du pharynx, une douleur à la déglutition, du coryza, de l'otite, mais il s'agit de manifestations passagères, discrètes, qui ne rappellent que de très loin les inflammations franches de ces régions.

c. *Développement des adénopathies.* — Au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, quelquefois plus tardivement, la véritable localisation de la maladie infectieuse paraît sous forme d'*adénopathies*. C'est la région cervicale qui semble être leur siège de prédilection. Les ganglions augmentent de volume jusqu'à atteindre celui d'un haricot, d'un noyau de cerise, d'une noisette. Il n'y a pas de rougeur de la peau, pas de périadénite, pas de tendance à la suppuration.

Les premières adénopathies se montrent en arrière du sterno-mastoïdien. De là, l'inflammation s'étend en arrière aux ganglions de la nuque, en avant à ceux de l'angle de la mâchoire.

Les mouvements du cou deviennent difficiles, il se produit une certaine raideur due à la sensibilité de la région. La palpation éveille un peu de douleur.

Il est très rare que l'inflammation ganglionnaire dépasse la région cervicale. Les ganglions de l'aisselle, de l'aine ne sont jamais pris. Par contre, on a signalé exceptionnellement des *adénopathies rétropharyngiennes*, révélées par une déglutition douloureuse, sans qu'il y ait d'angine ; des *adénopathies trachéo-bronchiques*, qui sont caractérisées par des quintes coqueluchoïdes

(STARK, MOUSSOUS) sans coïncidence de bronchite ou de signes physiques; des *adénopathies mésentériques*, déjà signalées par PFEIFFER, qui avait remarqué une sensibilité à la pression dans la région de l'hypogastre. Ces adénopathies profondes ne sont pas démontrées d'une façon très rigoureuse.

d. *Résolution.* — Les ganglions enflammés disparaissent en quelques jours, parfois ils persistent plusieurs semaines. La fièvre tombe, dès que la marche extensive des adénopathies s'arrête, mais il reste de la faiblesse, de l'anémie, des sueurs.

2° Formes. — On peut grouper les différents faits observés en formes légères et intenses.

a. *Formes légères.* — Après un ou deux jours de fièvre, l'adénopathie se montre, la température tombe, la résolution de l'inflammation se fait en huit ou dix jours.

b. *Formes intenses.* — L'adénopathie procède par poussées successives, l'inflammation peut même revenir à des ganglions déjà frappés antérieurement. C'est dans ces cas qu'on voit la fièvre se prolonger un septénaire et plus avec des rémissions matinales. C'est dans ces cas aussi qu'on observe parfois les quintes de toux, les douleurs hypogastriques, le gonflement du foie et de la rate, l'albuminurie avec urines rares, foncées, renfermant des cylindres (HESSE).

3° Complications et pronostic. — Les complications sont rares. On a cité la *suppuration des ganglions*, l'*otite*, la *néphrite aiguë*. La mort est tout à fait exceptionnelle et le pronostic est en général bénin.

4° Diagnostic. — A la période d'invasion, on peut confondre la fièvre ganglionnaire avec toutes les maladies infectieuses à début brusque, *grippe*, *pneumonie*, *fièvres éruptives*.

A la période d'adénopathie, on est amené à rechercher s'il n'y a pas d'*angine*, d'*adéonïdite*, d'*otite*, de *dent cariée*.

Après la chute de la fièvre, et si les ganglions restent engorgés il y aura lieu de faire la distinction avec la *tuberculose ganglionnaire*, l'*adénie*, la *syphilis des ganglions*.

Enfin dans les cas compliqués de néphrite, le tableau clinique rappelle assez exactement celui d'une *scarlatine*.

5° Étiologie et pathogénie. — La fièvre ganglionnaire a d'abord été observée chez les enfants de deux à huit ans (PFEIFFER, STARK). COMBY l'a étudiée chez les nourrissons où elle est aussi fréquente. Elle devient exceptionnelle chez l'adolescent et l'adulte.

L'affection est ordinairement primitive, mais elle se montre aussi dans la convalescence de la *grippe* (CZAJKOWSKI), de la *rougeole* (MOUSSOUS). STARK croit que la *constipation* est une cause prédisposante d'une certaine puissance.

La fièvre ganglionnaire paraît *contagieuse*, mais sa contagiosité semble exiger la cohabitation, aussi n'a-t-on guère observé que des *épidémies familiales* (PFEIFFER, HŒRCHSELMANN, HESSE).

On a contesté l'autonomie de la fièvre ganglionnaire, en attribuant les adénopathies à un retentissement exercé sur les ganglions par une lésion des téguments ou des muqueuses voisines. L'angine, le coryza postérieur, l'adénoïdite, l'otite seraient toujours à l'origine de la fièvre ganglionnaire. Il existe aujourd'hui trop d'observations démontrant l'absence de pareilles lésions, pour qu'il soit permis de ne pas admettre l'*infection primitive* des ganglions lymphatiques. S'agit-il d'une infection *spécifique* dont l'agent serait encore inconnu, ou d'une *infection banale* par le streptocoque, le staphylocoque etc... ? Les recherches faites par NEUMANN, REMBE, tentent à faire admettre cette dernière interprétation. Il n'y a d'ailleurs rien de surprenant à ce que les ganglions cervicaux se comportent comme ceux des bronches et du mésentère, qui sont souvent infectés, en particulier par le bacille de Koch, sans que les territoires correspondants, poumon, intestin, soit sérieusement lésés. Dans la fièvre ganglionnaire, il s'agit, en somme, d'une infection du système lymphatique avec intégrité absolue ou relative des surfaces muqueuses qui ont fourni ou laissé passer les germes pathogènes.

6° Traitement. — Le traitement comprend la prophylaxie et la thérapeutique.

a. *Prophylaxie* — Il faut isoler les enfants atteints de leurs frères ou sœurs, et chez ces derniers pratiquer l'asepsie de la bouche, du pharynx, des fosses nasales.

b. *Traitement proprement dit.* — Dans la *période d'invasion* on combattra les symptômes : la fièvre par la quinine, 10 à 50 centigrammes suivant l'âge, l'antypirine, 25 centigrammes à 2 grammes : l'agitation nerveuse par le chloral, le bromure, le bain tiède, le drap mouillé ; les nausées et les vomissements par la glace.

A la *période d'adénopathie*, on combattra la sensibilité du cou par des cataplasmes chauds, des liniments calmants, des compresses froides.

Après la fièvre, on hâtera la *résolution* des engorgements ganglionnaires par des onctions avec une pommade à l'iodure de potassium et l'ingestion de préparations iodurées : iodure de potassium 25 à 50 centigrammes par jour, iodure de fer 2 à 4 cuillers à café de sirop. Botkine recommandait pour la tuméfaction des ganglions cervicaux de faire absorber de l'iodure de fer à l'état naissant. Pour cela il ajoutait 3 à 20 gouttes de teinture martiale à une cuiller à soupe d'une solution d'iodure de potassium.

Les *complications*, suppurations, néphrite seront traitées par les moyens habituels.

Enfin, si la *convalescence* est traînante, on prescrira quelques toniques : kola, arsenic, phosphates de chaux.

ARTICLE VII

RHUMATISME

Le rhumatisme est une affection caractérisée par des fluxions passagères, sans tendance à la suppuration, mobiles, atteignant de préférence les jointures, mais parfois aussi les séreuses viscérales et les muscles, et s'accompagnant d'une réaction fébrile variable avec le nombre et l'étendue des surfaces touchées.

1° Étiologie. — Le rhumatisme est plus rare chez l'enfant que chez l'adulte. Il représente 5 p. 100 dans la morbidité générale chez le premier, 15 p. 100 chez le second (Besnier).

Nous avons noté 59 cas de rhumatisme chez 1.354 enfants malades, soit 4,35 p. 100. Dans la même année, le nombre des rhumatismes infantiles comparés à ceux de l'adulte n'est que de 5 p. 100 (Mayet) de ces derniers.

Il est un peu plus fréquent chez les garçons que chez les filles.

Il se montre de préférence au printemps et en été.

L'*hérédité* joue un rôle plus marqué que chez l'adulte. En général, il s'agit d'une hérédité chargée.

Le rhumatisme peut être *congénital*, quand la mère est sous le coup de l'infection rhumatismale pendant la grossesse ou l'accouchement (faits de Pocock, Schöffer, Kopplik)[1]. Il peut éclater chez le nourrisson depuis un mois (Basch), jusqu'à trente mois (Füller). Le plus souvent il ne se montre qu'à partir de cinq ans et augmente de fréquence jusqu'à l'adolescence.

Le rhumatisme est considéré comme une maladie infectieuse dont l'agent reste encore à trouver. Il serait très éphémère, d'après Lion ; Strauss n'a jamais pu cultiver le sang des rhumatisants ; Bouchard a vu du rhumatisme subaigu et chronique survenir sous l'influence d'un staphylocoque. Achalme, en 1891, a retiré du sang du cœur et de la sérosité du péricarde d'un sujet mort de rhumatisme cérébral, un long bacille. En 1897, Thiroloix a retrouvé le même bacille sur le vivant, dans cinq cas de rhumatisme articulaire aigu. Ce bacille tue le cobaye. La sérosité de l'œdème local du cobaye inoculée au lapin dans le sang, reproduit les lésions articulaires du rhumatisme. Achalme a apporté de nouveaux cas affirmatifs. Il est bien établi que si le rhumatisme est une maladie infectieuse, il ne se développe que sur des organismes entachés d'un vice de nutrition, tel que l'arthritisme. Chez l'enfant la prédisposition doit encore être plus marquée que chez l'adulte, pour que l'infection arrive à se développer.

[1] Voy. Weill, *Maladies acquises de l'appareil circulatoire*, in Traité des mal. de l'Enfance, p. 664.

2° Symptômes. — Le rhumatisme infantile revêt toutes les formes qu'on lui connaît chez l'adulte. Il est *aigu*, *subaigu*, *abortif*. Le *rhumatisme chronique* et le *rhumatisme noueux* bien que rares ont été observés [1].

Ce qui distingue d'une façon générale le rhumatisme infantile, c'est sa discrétion apparente. Il frappe peu de jointures à la fois ; quand il est intense et généralisé, il occupe, mais *successivement*, la plupart des grandes articulations. Les phénomènes locaux sont moins marqués que chez l'adulte, la fièvre qui est en général proportionnée au nombre des jointures prises simultanément est rarement élevée, elle oscille autour de 38°,5, de 39°. L'angine est d'une observation rare. On ne voit pas habituellement les grandes sueurs de l'adulte. La marche générale de la maladie est plus rapide. Dans les formes légères, la durée est de un à trois jours, dans les formes moyennes une à deux semaines au plus.

Le rhumatisme infantile affecte certaines localisations rares chez l'adulte. Il peut être purement *musculaire*. J'ai observé deux myosites rhumatismales des muscles de la cuisse et de la jambe; l'une rapidement guérie par le salicylate sans participation des jointures, l'autre terminée par une péricardite mortelle.

Il frappe parfois la colonne cervicale et les muscles du cou (*torticolis rhumatismal*), et c'est là une forme qui, même au point de vue purement local, est sérieuse, car elle passe quelquefois à l'état chronique.

Le rhumatisme a chez l'enfant une prédilection particulière pour les organes profonds. Nous avons observé à plusieurs reprises des *congestions pulmonaires*, étendues, avec râles fins généralisés, expectoration visqueuse et striée de sang, pouls rapide, dyspnée intense. Dans ce cas, il y a généralement coexistence de cardiopathie antérieure qui favorise cette complication. Mais celle-ci se montre avec une brusquerie et une violence qui

[1] Voir Moncorvo, *Du rhumatisme noueux chez les enfants*, 1880. Amelin, *Maladie de Landré-Beauvais chez l'enfant*. th. de Paris, 1896.

indiquent une fluxion active. La mort peut survenir dans ces cas, mais souvent aussi la congestion cède en quelques jours.

La *pleurésie* est plus fréquente que chez l'adulte, souvent double et associée à une péricardite. Elle a la mobilité générale des localisations rhumatismales.

Ce qui domine surtout dans le rhumatisme infantile, c'est sa prédilection pour *le cœur*, observée par tous les auteurs. Füller a montré que la péricardite existait au-dessous de quinze ans, dans un peu plus du tiers des cas de rhumatisme ; entre quinze et vingt ans dans moins du cinquième des cas ; entre vingt et vingt-cinq ans, dans moins du dixième des cas.

L'affinité du rhumatisme est encore plus marquée pour l'endocarde. Church [1] examinant la fréquence de l'endocardite dans 700 cas de rhumatisme chez des sujets de tout âge, a noté que l'endocarde était touché :

De 1 à 10 ans.	80	fois sur 100
De 10 à 20 —	69	—
De 20 à 30 —	52	—
De 30 à 40 —	30	—
De 40 à 50 —	21	—

Cette tendance du rhumatisme infantile se révèle encore d'une autre façon. Tandis que chez l'adulte, l'endopéricardite ne se voit que dans les formes fébriles et généralisées du rhumatisme (loi de Bouillaud), chez l'enfant elle s'associe aux formes les moins graves. Dans mes recherches [2], j'ai montré que les formes récidivantes aiguës du rhumatisme infantile touchent le cœur 5 fois sur 6, les formes récidivantes subaiguës 8 fois sur 10, les formes aiguës 6 fois sur 7, les formes subaiguës 6 fois sur 10, les formes abortives 7 fois sur 12. Sur 11 cas de mort par cardiopathie rhumatismale, 5 appartiennent au rhumatisme léger, 4 au rhumatisme subaigu récidivant, 2 au rhumatisme aigu récidivant. J'ai vu une endopéricardite grave succéder 2 fois à un torticolis, une fois à un rhumatisme mus-

[1] Church, *Sc. Barth. Hosp. Rep.*, t. XXIII.

[2] Voy. Weill, *Maladies acquises de l'appareil circulatoire*, in Traité des maladies de l'enfance.

culaire des membres inférieurs. On voit par là combien le pronostic diffère chez l'enfant et chez l'adulte.

Le rhumatisme de l'enfant revêt exceptionnellement la *forme cérébrale*. Je n'ai vu que 2 cas et peu marqués de ce genre. D'Espine et Picot en ont réuni 15 observations. Comme chez l'adulte, il y a du délire avec élévation considérable de la température, 41° et, au delà, puis coma, si la mort doit survenir. Parfois au milieu des manifestations délirantes, on voit paraître des mouvements choréiques intenses qui durent jusqu'à la mort ou en cas de guérison, survivent aux autres symptômes. Cette forme choréique du rhumatisme cérébral, d'après d'Espine et Picot, guérit plus souvent que les autres, mais laisse après elle un affaiblissement momentané de l'intelligence.

On a décrit sous le nom de *rhumatisme spinal* une paraplégie passagère succédant au rhumatisme chez les jeunes enfants.

La *chorée* constitue la véritable expression du rhumatisme, dans ses localisations sur le système nerveux des enfants. Il y a un grand nombre de chorées non rhumatismales et ne se distinguant en rien de celle qui se montre chez les rhumatisants ; mais un enfant rhumatisant est très exposé à la contracter.

Le rhumatisme agit dans la chorée soit à titre de prédisposition, soit à titre de cause efficiente. Un enfant à terrain rhumatismal est apte à contracter la chorée à l'occasion d'une frayeur ou d'un choc nerveux quelconque. L'infection rhumatismale, de son côté, peut provoquer la chorée. Celle-ci peut être la première manifestation longtemps isolée d'une infection rhumatismale : c'est ainsi qu'on voit des enfants atteints d'endocardite à la suite d'une chorée, présenter plus tard une poussée articulaire. Plus souvent, la chorée succède au rhumatisme. C'est ainsi que j'ai vu un enfant présenter plusieurs années de suite au printemps une atteinte de rhumatisme articulaire, qui durait quelques jours, et à la suite une chorée qui durait six mois. Parfois enfin la chorée apparaît chez un rhumatisant en dehors des arthropathies, mais elle manifeste son caractère infectieux par une poussée d'endocardite ou de péricardite. On peut donc assimiler la chorée, *chez les rhumatisants*, à un *équivalent* de l'*arthropathie*, et néanmoins, si elle indique qu'il y a infection rhumatismale, elle n'est pas justiciable du traitement antirhumatismal.

La chorée est une manifestation qui, chez les rhumatisants, est inquiétante pour le cœur. Mes recherches m'ont permis de constater que le rhumatisme sans chorée provoque l'endocardite 29 fois sur 50 cas, soit 58 fois sur 100, alors que sur 10 cas de rhumatisme associé à la chorée, il y avait 8 endocardites, 80 p. 100 des cas. Une chorée qui s'accompagne d'endocardite doit être tenue, dans la majorité des cas pour rhumatismale, même s'il n'y a pas de jointures touchées.

Le rhumatisme infantile frappe parfois le *tissu fibreux*. Il se forme au niveau du périoste, des tendons, des aponévroses de petites tumeurs fibreuses connues sous le nom de *nodules de Meynet*[1]. Douloureux au début, les nodules sont ensuite indolores, mobiles, paraissent et disparaissent avec rapidité, Brissaud les rapporte aux formes graves du rhumatisme. Barlow[2], sur 27 cas de ce genre, a observé 25 fois des complications cardiaques. J'ai pratiqué l'examen histologique de nodosités rhumatismales avec Gallavardin et constaté une exsudation de fibrine au niveau des gaines tendineuses et à la surface du périoste malléolaire.

3° Marche. — Le rhumatisme infantile a une marche en général rapide, mais il *rechute* facilement. Nous avons vu à plusieurs reprises la fièvre revenir plusieurs fois après la suppression du salicylate, lors même qu'on ne cessait d'administrer le médicament que dix ou quinze jours après la disparition de tout accident. Les rechutes sont d'ailleurs peu longues, mais toujours à éviter. Les *récidives* sont très fréquentes, c'est un des caractères du rhumatisme infantile. Sur 59 cas de rhumatisme, nous en comptons 22 qui, en l'espace de deux ou trois ans, ont présenté deux ou plusieurs atteintes. C'est là le vrai danger du rhumatisme infantile, car il finit toujours par atteindre le cœur à la faveur des atteintes nouvelles.

[1] Meynet, Lyon médic., 1886.
[2] Barlow, *Brit. méd. Journ.*, 1883.

4° Diagnostic. — Les formes franches du rhumatisme sont d'un diagnostic facile. On ne peut guère les confondre qu'avec les *pseudo-rhumatisme infectieux*. Or, ceux-ci naissent dans des conditions spéciales, *scarlatine, diphtérie avec séro-thérapie, érythème noueux*, etc. Chez le *nourrisson* le rhumatisme peut être confondu avec la *maladie de Barlow*, les *disjonctions épiphysaires syphilitiques*, les *arthropathies blennorrhagiques*.

Le *rhumatisme blennorrhagique*[1] peut se produire à la suite d'ophthalmie, de vulgo-vaginite à gonocoques, dès la naissance, ou dans la seconde enfance. Sa marche est plus rapide, sa guérison constante. L'examen des sécrétions muqueuses donne la preuve décisive de sa nature.

Poncet, de Lyon, a eu le grand mérite de dégager par ses nombreux travaux, le *rhumatisme tuberculeux* dans le cadre du rhumatisme. Il peut affecter l'allure d'un vrai rhumatisme aigu, généralisé. Le diagnostic se fera d'après les considérations suivantes :

Le rhumatisme tuberculeux occupe un petit nombre de jointures et se localise surtout dans le genou, le cou-de-pied, le poignet, la hanche, le coude, à l'exclusion des petites jointures.

Le gonflement et la rougeur sont peu marqués. La douleur à la pression est plutôt extra-articulaire.

La température est peu élevée, et on ne note pas les sueurs spéciales et l'anémie rapide de vrais rhumatisants.

Le début est brusque, les arthropathies sont plus stables que dans le rhumatisme ; le salicylate de soude n'a pas son efficacité habituelle ; l'évolution est lente, traînante, les complications cardiaques sont exceptionnelles.

La terminaison se fait, de plusieurs façons.

Tantôt, il y a résolution complète et généralement dans ces cas, le diagnostic est méconnu ; tantôt, c'est une tuberculose généralisée, mortelle qui succède à la scène arthropathique ; tantôt c'est une tuberculose pulmonaire qui fait suite aux manifestations rhumatismales ; enfin le rhumatisme tuberculeux

[1] Voy. Marfan, *Rhumat. blennorrh.*, in Traité des mal. de l'enfance.

après avoir abandonné la plupart des jointures, se fixe sur l'une d'elles et y crée soit une tumeur blanche, soit une arthrite sèche.

L'*ostéomyélite aiguë* se caractérise par un état général grave et des douleurs vives avec gonflement en dehors des jointures.

Les *formes légères du rhumatisme* peuvent passer inaperçues ou être prises pour des *douleurs de croissance*. L'examen minutieux des régions juxta-épiphysaires permettra de localiser exactement le siège de la douleur.

Certaines locatisations du rhumatisme peuvent prêter à des hésitations. Le *rhumatisme musculaire*, comme nous l'avons vu, peut occuper toutes les masses musculaires des membres inférieurs. Il rappelle la tétanie, ou une contracture d'origine nerveuse. Le *rhumatisme cervical*, lorsqu'il se prolonge, peut fait croire à un mal de Pott sous-occipital.

5° Pronostic. — Si bénin que paraisse assez souvent le rhumatisme infantile, il constitue une affection fâcheuse. Il faut, en effet, pour que la résistance du jeune sujet à l'infection rhumatismale soit vaincue, une prédisposition spéciale, née de l'hérédité et qui a souvent une durée fort longue. Aussi le rhumatisme est-il facilement récidivant, et d'autre part, il a pour le cœur de l'enfant une véritable prédilection qui diminue peu à peu avec l'âge. Les complications cardiaques sont surtout à redouter, parce qu'elles laissent une lésion irréparable et créent une affection chronique du cœur. Dans quelques cas, cependant, une péricardite diffuse, une myocardite parenchymateuse[1] peuvent entraîner la mort pendant la période aiguë du rhumatisme.

6° Traitement. — Le rhumatisme doit être traité chez l'enfant comme chez l'adulte par la *médication salicylicée* qui est admirablement tolérée dans le jeune âge (Archambaut). On prescrira le salicylate de soude à la dose de 0gr,50 par année

[1] Weill et Barjon, *Rev. des mal. de l'Enfance*, 1896.

d'âge et par jour. A partir de huit ans, on peut maintenir la dose de 4 grammes par jour. Le salicylate est dilué dans de l'eau édulcorée avec du sirop de groseilles, et administré en quatre ou six fois. A l'adulte, on donne le salicylate dans de l'eau de Vichy ou associé au bicarbonate de soude : il est ainsi mieux toléré, mais difficilement accepté par l'enfant. La dose initiale sera maintenue non seulement jusqu'à la sédation des douleurs, mais encore jusqu'après la disparition complète de la fièvre. On abaisse ensuite progressivement la dose, de façon à ne supprimer définitivement le médicament que huit ou dix jours après l'apyrexie. Même dans ces conditions, la température se relève parfois, mais il suffit alors de donner pendant quelques jours 1 ou 2 grammes de salicylate pour tout voir rentrer dans l'ordre. Le salicylate doit être employé non seulement dans les formes sérieuses, mais même dans les formes les plus insignifiantes en apparence, à cause de la vulnérabilité du cœur.

Ce n'est pas que la médication salicylée, prévienne sûrement les complications cardiaques, mais elle semble cependant avoir une action réelle. A la médication salicylée, il faut joindre le repos au lit et la diète (lait, potages), et cela dans les formes les plus bénignes. On sait en effet l'influence fâcheuse qu'exercent l'alimentation, les mouvements, les efforts, sur les rechutes ou les exacerbations.

S'il y a une complication cardiaque, sans signe d'affaiblissement du myocarde, le salicylate n'est pas contre-indiqué. Parfois le salicylate est vomi même par les enfants. En ce cas, on usera de salophène 0gr,50 à 2 grammes par jour, de salipyrine 1 à 3 grammes par jour, de salol 0gr,50 à 2 grammes par jour. Lannois et Linossier[1] ont préconisé les applications cutanées de salicylate de méthyle ou d'essence de Wintergreen. On étend sur les parties douloureuses 1 à 2 grammes de ces substances, on recouvre d'une toile cirée et de coton, et on renouvelle suivant les cas une ou plusieurs fois par jour.

Les complications seront traitées par les moyens appropriés.

Pendant la convalescence, on ne reviendra que lentement a

[1] Lannois et Linossier, *Cong. de méd.*, Nancy, 1896.

l'alimentation ordinaire et on donnera du fer et des toniques pour combattre l'anémie rhumatismale.

ARTICLE VIII

RHUMATISME CHRONIQUE DÉFORMANT

1° Symptômes. — Le rhumatisme chronique déformant, quoi

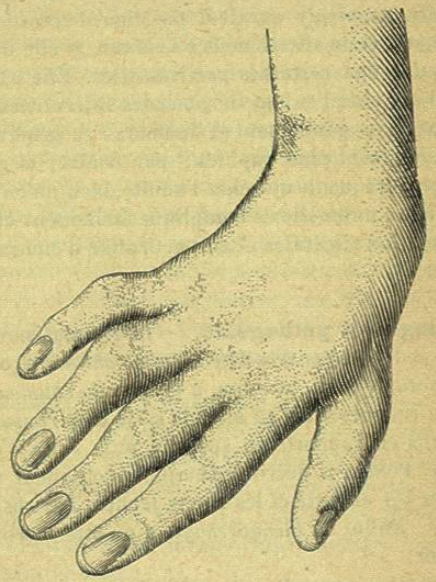

Fig. 28.
Rhumatisme infantile déformant.

que rare, existe chez l'enfant et chez le jeune homme, avec les caractères qu'il revêt chez l'adulte : gonflement avec raréfaction du tissu osseux des épiphyses, envahissement par la graisse, disparition, déformation progressive du cartilage articulaire,

déformation des têtes osseuses, luxations, rétraction des tissus fibreux péri-articulaires, atrophie et rétraction musculaires.

L'affection débute en général par les petites jointures des doigts, du poignet, des orteils et affecte dans son extension une marche centripète. Elle crée des déformations au niveau des mains, des pieds qui présentent les types bien connus de la flexion, de l'extension et au niveau des grosses jointures des attitudes vicieuses et des impotences, au niveau de la colonne vertébrale des rigidités qui rappellent exactement les descriptions faites chez l'adulte. Aussi n'y aurait-il pas lieu d'accorder une mention spéciale à cette affection chez l'enfant, si elle ne présentait dans le jeune âge certaines particularités. Elle s'accompagne plus volontiers chez l'enfant de poussées intermittentes plus ou moins aiguës avec gonflement et douleurs ; sa généralisation ou son extension sont plus rapides ; par contre, la guérison est peut-être plus fréquente que chez l'adulte, bien qu'on l'ait signalée à tout âge ; enfin elle se complique facilement chez l'enfant de manifestation viscérales et en particulier d'endocardite (Diamantberger).

2° Étiologie et pathogénie. — Le rhumatisme chronique progressif peut affecter d'*emblée la forme chronique* ou succéder à un *rhumatisme* aigu, *subaigu*, à un *pseudo-rhummatisme*. Dulan cite un cas survenu à 12 ans à la suite d'un *rhumatisme scarlatin*. Barjon en rapporte un survenu à la suite d'une *angine diphtérique*. Poncet a décrit le rhumatisme noueux *tuberculeux* surtout chez les enfants et les sujets jeunes. J'ai observé un cas de ce genre. Enfin, la *blennorrhagie* a pu être incriminée dans quelques cas.

Nous admettons avec Barjon qu'il n'y a aucune distinction à établir entre ces diverses formes de rhumatisme chronique. Qu'elles soient primitives, qu'elles succèdent à un rhumatisme vrai ou à un pseudo-rhumatisme, elles se ressemblent cliniquement, évoluent de la même façon, aboutissant aux mêmes lésions.

Leur constatation chez l'enfant présente un certain intérêt, car chez les sujets jeunes on ne peut guère incriminer la déchéance nutritive des tissus, comme cause du rhumatisme déformant. On est tenté d'admettre que les jointures sont touchées d'une façon continue et presque indéfinie par un agent pathogène qu'il est naturellement difficile de préciser dans tous les cas. Lorsqu'il s'agit de tuberculose ou même de blennorrée, on comprend bien la filiation des phénomènes. Un foyer persistant qui recèle des germes ou lance des toxines pendant de longues périodes, réalise une véritable toxi-infection chronique qui frappe électivement les jointures. Il est plus difficile de comprendre le mécanisme du rhumatisme chronique progressif succédant à une scarlatine, et dans ces cas, il faut bien admettre qu'il se produit, sur les jointures comme dans les cas précédents, une série ininterrompue d'actions pathogéniques dont les agents peuvent être hypothétiquement considérés comme des produits toxiques fournis par la nutrition anormale des rhumatisants.

Ce qui permet de rattacher encore dans une vue pathogénique commune les différents cas de rhumatisme progressif, c'est l'existence d'une formule urologique constante, relevée par Barjon, et caractérisée par une hypo-acidité notable, une grande diminution du coefficient d'oxydation, une diminution de tous les éléments minéraux, à l'exception des chlorures qui sont normaux et de l'acide urique qui est en excès.

3° Traitement. — Le traitement est en général purement symptomatique : salicylate, antipyrine, au moment des poussées aiguës, iodure, lithine, eaux chlorurées sodiques, arsenic, massage et électrisation, dans les longues périodes d'accalmie. Le *traitement de la cause* n'est pas encore près d'être appliqué. Cependant l'existence des formes tuberculeuses constitue une indication dans ce sens.

ARTICLE IX

TUBERCULOSE

La tuberculose est une maladie infectieuse due à un bacille spécial, le bacille de Koch, qui crée le plus souvent des lésions