

Est-il admissible que le début de cette affection soit postérieur à la naissance, et qu'elle ait atteint en aussi peu de temps un développement qu'elle acquiert rarement chez l'adulte en plusieurs mois, et que, dans les deux cas, quinze jours aient suffi à produire de graves désordres révélés par l'autopsie : cette destruction presque complète de la capsule chez l'un des petits malades, son énorme dilatation chez l'autre, la carie du cotyle et sa déformation, et l'isolement de ses trois pièces, que cet isolement soit dû à un défaut de réunion ou à une disjonction par destruction du cartilage d'ossification destiné à les souder entre elles ? Mais l'état si rudimentaire du ligament rond et de la tête fémorale ne serait-il pas un argument décisif en faveur de l'existence intra-utérine de la coxalgie ? En effet, il faut choisir entre les deux hypothèses suivantes : ou il y avait une articulation mal formée que l'inflammation a envahie ; ou bien il y avait une articulation qui a été surprise dans sa formation, jusque-là régulière, par une maladie qui en a entravé l'évolution. Or, on ne sait pas l'influence d'un arrêt de développement sur la production d'une inflammation, tandis que l'on comprend l'influence d'une coxalgie sur l'arrêt de développement.

Tout dans ces deux faits, jusqu'à la constitution misérable des deux enfants, qui révèle une atteinte profonde et de longue date, tout force à placer le début de la maladie en deçà de la naissance, et même à une époque assez reculée.

Faut-il maintenant poser en principe que les luxations congénitales du fémur s'expliquent toutes par une coxalgie ou par une hydarthrose, par une maladie articulaire ? Cela ne ressort pas des faits connus. Il y a des anomalies articulaires qui semblent pouvoir ne s'attribuer qu'à un dérangement complet des lois naturelles de la formation des organes. C'est ainsi qu'on peut expliquer le fait présenté à la Société biologique, dans lequel on vit une épaule où les surfaces articulaires étaient renversées : la tête était sur le scapulum, et la cavité avec son bourrelet glénoïdien sur l'humérus. De telles anomalies ne sont pas l'effet d'une maladie, et Vrolik en a rencontré d'aussi bizarres à la hanche ; mais ce sont là des exceptions extrêmement rares.

De ces deux faits, Morel-Lavallée a cru devoir conclure que :

- 1° La coxalgie existe chez le fœtus.
- 2° Dans ces deux cas, la coxalgie, aussi caractérisée que chez l'adulte, a produit une nouvelle espèce de luxation : *directement en dehors et en bas*.
- 3° Des cas plus obscurs, où il n'y avait que du pus en petite quantité, s'éclaircissent par les précédents et se rangent à côté d'eux.
- 4° Dans les cas où l'on n'avait trouvé avec la luxation qu'une dilatation de la capsule et une légère augmentation de la synovie, l'hydarthrose avait causé le déplacement.
- 5° Les cas de luxation avec hypertrophie du peloton adipeux cotyloïdien se rattachent à l'hydarthrose, et la graisse n'a fait qu'occuper la cavité, dont l'accumulation du liquide avait chassé la tête ; ou bien en même temps que la synovie augmentée repoussait la tête, le gonflement simultané du peloton graisseux concourait au même but.
- 6° En dernière analyse, la luxation congénitale du fémur reconnaît généralement pour cause une affection de la hanche chez le fœtus, coxalgie, arthrite, hydarthrose.

Tous ces faits, je dois le dire en terminant, sont trop peu nombreux pour autoriser à écrire l'histoire des maladies articulaires de la hanche chez le nouveau-né, et je me borne à les enregistrer en attendant de nouvelles observations.

CHAPITRE III

LUXATION

Les luxations de la seconde enfance sont entièrement celles de l'adulte qu'on trouve partout décrites. Je veux parler de quelques luxations congénitales pour en indiquer l'existence.

§ I. — Luxation de l'épaule.

OBSERVATION. — J'ai vu un enfant de six mois qui, depuis sa naissance, ne pouvait remuer les bras gonflés et paralysés jusqu'aux doigts. Il était né par les pieds et on l'avait tiré de l'utérus, les deux bras en haut le long de la tête. Je crus ne pas trouver la tête de l'humérus sous l'acromion et la sentir dans la fosse axillaire. Je fis une très-violente traction perpendiculaire au corps et un craquement sec m'avertit que l'humérus avait repris sa place. Je fis de même dans le bras opposé. Il n'y eut pas de craquement, mais il me sembla que l'humérus était remis. Trois semaines après, on me ramena l'enfant ; l'un des bras fonctionnait bien et l'autre était toujours paralysé. Croyant à la non-réduction de ce côté, je fis un nouvel et violent effort qui fut accompagné d'un craquement sec scapulaire. L'humérus était à sa place et l'enfant guéri d'une double luxation de six mois.

§ II. — Luxation du genou.

Les luxations congénitales du genou sont très-rares, et à ce titre je publie l'exemple observé par Dubrisay. Il est d'autant plus remarquable que l'enfant a guéri en quinze jours.

OBSERVATION. — Madame X..., âgée de vingt et un ans, parfaitement conformée, enceinte pour la première fois, avait eu une grossesse très-régulière et sans le moindre accident, quand à huit mois et demi, le 25 février 1873, elle fit une chute dans sa chambre : elle tomba sur les mains et sur un genou. Elle fut très-effrayée de cette chute, mais n'en éprouva aucune fâcheuse conséquence.

L'accouchement eut lieu quinze jours après, le 10 mars 1873. Les douleurs durèrent en tout trois heures : l'enfant se présenta par la tête et sortit très-facilement.

Avant même que le cordon n'eût été coupé, nous avions déjà constaté que l'articulation fémoro-tibiale gauche présentait un vice de conformation. La jambe gauche, par un double mouvement d'extension forcée et de rotation interne, était repliée en avant, au devant de la cuisse et de la paroi abdominale : l'extrémité du pied gauche arrivait au contact du flanc droit. On ramenait facilement le membre à l'extension simple, puis à la flexion : le mouvement de flexion était facile et normal soit spontanément par la volonté de l'enfant, soit artificiellement par une main étrangère, mais dès que le membre était abandonné à lui-même, si l'enfant le ramenait à l'extension, la jambe ne s'arrêtait plus à la ligne droite et le déplacement se reproduisait. D'ailleurs, dans aucun mouvement l'enfant ne paraissait ressentir la plus légère douleur.

En examinant les parties on constatait les faits suivants : les deux membres inférieurs étaient exactement de même longueur et de même volume ; les deux genoux étaient identiques comme volume et comme conformation.

Au toucher, le genou gauche était à demi fléchi ; on trouvait la rotule à sa place normale ; les extrémités du tibia et du fémur étaient régulièrement conformées ; les muscles et les tendons fonctionnaient de la même manière et faisaient les mêmes saillies sur les deux membres. Pendant la flexion, spontanée ou communiquée, les extenseurs n'étaient pas contracturés ; les tendons fléchisseurs, au contraire, formaient de chaque côté, en arrière, de petites cordes tendues et raides, entre lesquelles se trouvait le creux du jarret.

Si on laissait se reproduire, en toute liberté, le déplacement, la jambe formait avec la cuisse un angle aigu, ouvert en avant, au fond duquel la peau et les muscles de

la région antérieure produisaient des plis profonds; le creux poplité, au contraire, était remplacé par une saillie arrondie sur laquelle les téguments étaient fortement tendus. En palpant de bas en haut et d'arrière en avant, on trouvait que cette saillie était formée par l'extrémité inférieure du fémur dont on sentait les deux condyles. Au milieu, l'artère poplitée battait régulièrement. Au-dessus de la ligne des condyles fémoraux on sentait une dépression remplie par les parties molles, puis tout à fait en haut et en avant on trouvait une dernière saillie transversale formée par le bord postérieur de l'extrémité supérieure du tibia.

En présence de ces faits, nous crûmes pouvoir poser le diagnostic de luxation congénitale de la jambe.

Dès que l'enfant eût été baignée et lavée, un premier appareil, fait avec une feuille de carton et de la ouate, fut appliqué sur la cuisse et la jambe, et fixé avec des bandes, de manière à maintenir le genou dans une demi-flexion.

Le lendemain confirma le diagnostic; on remplaça le carton par une feuille de gutta-percha, à laquelle il imprima lui-même une légère courbure correspondant à la flexion du genou. Cette gouttière avait l'avantage de ne pouvoir être altérée par l'urine. Garnie de ouate et maintenue par des courroies à boucles, elle était réappliquée deux fois par jour, et le 26 mars, le membre malade et guéri fut laissé en pleine liberté. Ni les contractions énergiques que l'enfant semblait produire à plaisir, ni les efforts les plus exagérés de tension auxquels il se livra, ne donnèrent plus lieu à aucun déplacement.

Pour cinq jours encore une simple attelle latérale fut appliquée; puis tout appareil fut enlevé. Comme cela arrive à tout membre comprimé et maintenu par des liens, la jambe gauche était un peu plus mince que la droite, mais cette différence disparut promptement.

Dès le 15 avril, il aurait été impossible de reconnaître le côté de la luxation.

Depuis lors la guérison s'est parfaitement maintenue, l'enfant est forte et vigoureuse, elle a marché à treize mois et continue à le faire aussi solidement sur une jambe que sur l'autre.

Ce fait inconnu des chirurgiens est indiqué par Alph. Robert (1), qui cite une observation empruntée à Kluberg, de Königsberg, et qui semble, à quelques détails près, la reproduction exacte du fait que nous venons de rapporter. Dans cette observation, toutefois, l'enfant accusait de vives douleurs; plus hardi que nous ne l'avons été nous-mêmes, le chirurgien ne maintint l'appareil que douze jours en tout et le succès fut complet.

Wultzer et Cruveilhier auraient encore vu, chacun, un fait semblable, mais Robert qui les cite ne donne aucun détail, et nous n'en avons pas trouvé dans l'anatomie pathologique de Cruveilhier. D'après les expériences de Dubrisay, voici quel est le mécanisme de ce déplacement :

Sur une jambe de nouveau-né, nous avons coupé d'abord la peau et les muscles, et après ce premier temps, malgré tous nos efforts, nous n'avons pu produire aucun déplacement.

Nous avons alors coupé le ligament postérieur : le déplacement n'a pas encore été possible; bref, pour faire glisser l'extrémité supérieure du tibia en avant des condyles du fémur, la jambe étant dans l'extension forcée, il a fallu couper les deux ligaments croisés : et nous n'avions encore reproduit qu'une partie du fait observé; la luxation était directe en haut et en avant, mais la jambe n'était pas en même temps dans la rotation interne.

Sur la deuxième jambe gauche du petit cadavre nous avons procédé différemment. Les muscles et la peau étant sectionnés, nous avons coupé d'abord le ligament latéral externe; nul déplacement n'était possible, et, comme sur l'autre jambe,

(1) Alph. Robert, *Des vices congénitaux de la conformation des articulations*, Thèse de concours pour le professorat, année 1851, page 119.

il a fallu couper le ligament postérieur et les ligaments croisés; alors seulement le résultat fut complet, c'est-à-dire que le tibia glissa au-devant du fémur et la jambe se renversa au-devant de la cuisse avec un mouvement de rotation en dedans tel, que le pied, par son bord interne, arrivait au contact de la paroi abdominale du côté opposé.

Ainsi, dans le fait dont nous avons rapporté l'observation, les ligaments postérieur, externe et croisés avaient dû être, sinon déchirés, tout au moins relâchés pour permettre le déplacement constaté.

Était-ce une luxation par déchirure des ligaments, ou n'y avait-il qu'un relâchement de ces mêmes ligaments, peut-être même un arrêt de développement?

C'est à cette dernière idée que l'on doit s'arrêter avec Dubrisay : l'absence de tout symptôme inflammatoire, la facilité et la rapidité de la guérison, dans le fait que nous avons rapporté comme dans celui de Klubert (1), sont des raisons suffisantes pour écarter l'idée d'une violence extérieure. Si du reste nous n'avons pas trouvé dans la pathologie humaine des faits qui puissent nous éclairer, nous avons appris d'un vétérinaire de campagne que parmi les animaux des faits semblables ne sont pas rares : que les agneaux principalement naissent souvent avec de semblables luxations du genou, et que ces luxations traitées par l'application de petites attelles guérissent facilement et complètement en l'espace de quelques jours.

§ III. — Luxation congénitale du fémur.

J'ai vu quelquefois des enfants naître avec une double luxation du fémur, sans doute conséquence d'une attitude vicieuse dans la matrice; c'était une luxation en haut et en arrière; la fesse était difforme; les cuisses écartées et les mouvements d'ailleurs assez faciles. Je n'ai jamais rien fait, mais il me semble qu'on devrait immédiatement essayer de remettre la tête du fémur à sa place.

§ IV. — Luxation spontanée du fémur.

Le nom de *coxalgie*, appliqué à l'inflammation des os ou des ligaments de l'articulation coxo-fémorale qui conduit à la luxation secondaire de la cuisse, n'explique pas toutes les luxations du fémur observées chez les enfants.

A côté de la luxation consécutive à l'arthrite, luxation toute secondaire aux lésions coxo-fémorales et caractérisées par la douleur, l'immobilité du membre et la suppuration articulaire, il y a des *luxations spontanées du fémur* produites sans aucun symptôme appréciable.

J'ai vu douze enfants ayant des luxations de la cuisse, les uns n'avaient qu'une luxation simple, d'autres avaient la lésion des deux côtés. — Toujours la luxation était en haut et en arrière dans la fosse iliaque externe.

Chez tous ces enfants la *luxation était vraiment spontanée*. Les malades n'avaient jamais accusé de douleur, ils n'avaient jamais cessé de marcher, encore moins avaient-ils eu de gonflement ou d'abcès de l'articulation coxo-fémorale. — Comme je n'ai jamais pu faire d'autopsie dans ces cas-là, je ne sais quelle lésion a dû préparer la luxation. Il est probable qu'il y en a une, mais quelle qu'elle soit, c'est une lésion non accompagnée de douleur, ni de gêne musculaire. Qu'il y ait eu arthrite sèche, atrophie de la tête du fémur ou des ligaments coxaux, c'est possible, mais personne ne pourrait l'affirmer sans hypothèse. Dans un cas, l'enfant de trois ans était née en se présentant par les fesses, et la sage-femme avait ramené les pieds au dehors et avait tiré l'enfant qui était descendu les bras en haut.

(1) Klubert in Robert, Thèse p. 119.

Au point de vue clinique, on peut affirmer qu'il existe une maladie coxo-fémorale latente, sans symptômes appréciables, sans gêne des mouvements, sans douleur aucune, laissant les enfants courir, jouer, boire et manger, et nonobstant ce mutisme de l'économie qu'une luxation de la cuisse peut se faire spontanément.

Les enfants ne sont pas plus malades après leur luxation qu'avant; ils marchent mal, et voilà tout. Ils sont considérés comme ayant des paralysies incomplètes de l'enfance. La nature de leur mal passe inaperçue, mais l'inconvénient n'est pas considérable, car il n'y a aucune thérapeutique à instituer.

CHAPITRE IV

ENTORSE

Les jeunes enfants qui commencent à marcher et que l'on tient par la main ont de fréquentes entorses qu'il est souvent difficile de reconnaître, et que j'ai vu confondre avec des luxations ou des fractures.

L'entorse la plus commune s'observe au poignet, puis au coude, à l'épaule et quelquefois à l'articulation tibio-tarsienne.

On donne la main à un jeune enfant qui tombe, ou que l'on veut aider à franchir un ruisseau, et on le soutient ou on l'enlève en tirant sur son bras; il en résulte souvent une entorse. Celle du pied se produit par un pas mal assuré qui fait tourner la jambe.

Aussitôt, une vive douleur ayant pour siège l'articulation froissée se fait sentir; elle arrache des cris et des pleurs aux enfants, elle les empêche de mouvoir le membre blessé, elle augmente beaucoup par la pression. Les parties molles augmentent de volume, sans changer de couleur, et il est rare d'y voir un épanchement sanguin se produire. Nulle mobilité contre nature, *nulle crépitation* n'existent dans cette circonstance, ce qui exclut toute idée de fracture ou de décollement épiphysaire.

Ces premiers phénomènes persistent pendant un ou deux jours, sans occasionner de fièvre; puis les accidents disparaissent graduellement et tout rentre à l'état naturel, s'il ne vient pas de complication de nature à empêcher la résolution du mal.

Dans quelques circonstances, chez les sujets prédisposés, lymphatiques ou scrofuleux, l'entorse passe à l'état chronique, et, au lieu de se résoudre, l'engorgement persiste, les parties molles s'indurent et forment une *tumeur blanche* dont la durée est fort longue et la guérison bien difficile.

L'entorse est toujours plus grave chez les enfants que chez les grandes personnes à cause de la prédominance du tempérament lymphatique chez tous les jeunes sujets, prédominance qui peut, plus facilement qu'à toute autre époque de la vie, favoriser le développement des tumeurs blanches.

L'entorse doit toujours être traitée par l'immobilité de la jointure malade, les applications résolutes d'eau froide, d'eau-de-vie camphrée, d'extrait de Saturne, et par la compression méthodiquement pratiquée. Quelques chirurgiens ont recours aux applications de sangsues, c'est une faute, car elle produit l'affaiblissement des enfants lymphatiques, et elle favorise le passage de l'entorse à l'état chronique. Quelques personnes emploient des bandages inamovibles dans le but d'avoir une immobilité plus complète, mais cela conduit à l'engorgement articulaire chronique et à la fausse ankylose.

Il suffit, comme je le fais habituellement dans l'entorse récente, de faire une

douce compression de la jointure malade, avec une bande roulée, imprégnée de liquide résolutif, et de renouveler l'appareil tous les jours. On a soin, d'ailleurs, de maintenir ces parties dans l'immobilité, par le repos au lit, s'il s'agit d'une entorse du membre inférieur, et par la fixation sur le corps et la poitrine, si l'entorse occupe une des articulations du membre supérieur.

Dans le cas d'entorse ancienne avec engorgement des parties molles périarticulaires, des frictions résolutes, des bains salés à haute dose, des cautérisations superficielles, avec un stylet rougi au feu ou avec de petits morceaux d'amadou brûlés sur la peau, sont, avec les antiscrofuleux intérieurs, la médication la plus convenable.

CHAPITRE V

RHUMATISME ARTICULAIRE DES NOUVEAU-NÉS

Les inflammations articulaires, quelle qu'en soit la nature, sont rares chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle. Elles paraissent être la conséquence du rhumatisme aigu, de la fièvre puerpérale de la mère (P. Dubois, Lorain), de la diathèse syphilitique et de la diathèse purulente. Ces faits sont encore peu nombreux, il serait difficile de les utiliser pour faire une description complète du rhumatisme et de l'arthrite chez les enfants. Je vais rapporter les plus intéressantes de ces observations. Quelques-unes appartiennent à Treillard de la Terrisse.

OBSERVATION I. — *Rhumatisme polyarticulaire aigu; guérison.* — Un enfant de cinq mois, ayant une otorrhée sans accidents fébriles, devint subitement malade et présenta successivement des douleurs vives avec gonflement d'abord dans les pieds, ensuite dans les genoux. Cette douleur était exaspérée par la pression et par les mouvements du membre, ce dont on pouvait juger par les cris du malade; il n'y avait point de rougeur à la peau, et le cœur resté libre ne présenta point de troubles fonctionnels.

Il n'y eut aucun accident gastrique ou pulmonaire. — La fièvre resta très-modérée, le pouls ne s'éleva pas plus haut que 130 pulsations.

Au bout de huit jours, le gonflement des pieds disparut, et la douleur sembla se calmer; mais ces accidents restèrent fixés dans les genoux pendant un mois. Ils disparurent enfin sous l'influence des applications locales narcotiques et stupéfiantes, le *datura stramonium* en cataplasmes.

OBSERVATION II. — *Rhumatisme monoarticulaire; mort.* — Un jeune enfant de quinze jours fut atteint de *rhumatisme monoarticulaire* de l'épaule.

Cette maladie devint rapidement mortelle; elle se développa au milieu de circonstances fort extraordinaires. La mère, récemment accouchée, subissait l'influence puerpérale épidémique très-grave du moment; elle avait une fièvre puerpérale avec arthrite suppurée du genou. L'enfant allaité par elle tomba malade, refusa le sein, et eut de la diarrhée avec icète, de la fièvre; son épaule gauche parut être douloureuse, mais sans gonflement appréciable; les mouvements étaient impossibles, et, de même que la pression des doigts, causaient la plus vive douleur; la mort survint au bout de quelques jours.

Autopsie. — On trouva l'articulation scapulo-humérale remplie de pus séreux rougeâtre, la séreuse fortement injectée et les os entièrement intacts. A part une rougeur légère dans le gros intestin, dont la muqueuse était un peu irritée, les autres organes ne présentaient aucune altération.

OBSERVATION III. — *Rhumatisme polyarticulaire; suppuration; mort.* — Enfant du sexe masculin, âgé de quatre jours; durcissement du tissu cellulaire des membres et de la région dorsale. Bientôt, diarrhée, altération des traits de la face. L'enfant, entré le 28 avril, succomba dans les premiers jours de mai.

Autopsie. — Les articulations coxo-fémorales droites, les deux fémoro-tibiales, la tibio-tarsienne gauche et la radio-carpienne du même côté étaient remplies de pus.

Les cartilages étaient d'un jaune terne, sans altération appréciable de leur tissu. La peau de la face dorsale de l'articulation radio-carpienne offrait une plaque rouge. Point d'abcès dans les muscles ni dans les poumons, qui étaient seulement le siège d'un peu d'infiltration (engouement) à leur bord postérieur et à leur base.

OBSERVATION IV. — *Diathèse purulente; arthrite métastatique.* — J.-B. Fleury, âgé de trois jours, fut apporté à l'infirmerie, le 20 août 1832, ayant la langue rouge sur les bords et une diarrhée verdâtre. Le 27, plaques de muguet dans la bouche, ulcération du frein de la langue; mort le 29.

Autopsie. — Collections purulentes miliaires, sous-pleurales, entourées d'une aréole violacée disséminée çà et là sur la surface des poumons; les articulations coxo-fémorales et la fémoro-tibiale droite contiennent une synovie purulente rougeâtre; la membrane synoviale est rouge, les cartilages sont d'un jaune terne. L'articulation scapulo-humérale droite renferme un liquide séro-purulent et la gauche de véritable pus. Collection purulente entre les muscles biceps, coraco-brachial et deltoïde; la veine céphalique qui traverse ce foyer est rouge et épaisse. Abcès enkysté près du poignet gauche; rien de notable dans l'encéphale et ses dépendances; vessie extrêmement distendue par l'urine.

OBSERVATION V. — *Diathèse purulente; arthrite métastatique.* — Un enfant jumeau du sexe masculin, âgé de six jours, est apporté le 16 septembre 1832 à l'infirmerie, et présente les symptômes suivants: langue rouge sur les bords, avec saillie des papilles, diarrhée verte, endurcissement du tissu cellulaire du dos. L'amélioration de l'état de cet enfant est telle, le 18, qu'on le fait passer aux nourrices sédentaires. Le 27 du même mois il rentre à l'infirmerie, avec rougeur intense de la membrane muqueuse buccale, qui était parsemée de plaques de muguet, avec de la diarrhée verte et du marasme; cet enfant mourut le 17 octobre.

Autopsie. — Escharc au sacrum avec dénudation des os. Ulcération arrondie à la partie extrême du coude gauche, dont le fond communique avec l'articulation; cartilages d'une teinte jaunâtre. L'épiphyse inférieure de l'humérus est détachée de l'os. Foyer purulent sous le scapulum et le muscle grand dorsal; le grand dentelé et le sous-scapulaire sont détruits. Les veines n'offrent aucune trace d'inflammation; l'articulation fémoro-tibiale gauche contient du pus; les cartilages sont intacts. L'articulation coxo-fémorale droite communique par un trajet fistuleux avec une collection purulente qui existait dans la fosse iliaque du même côté; les muscles iliaques et psoas sont détruits; encéphale et ses dépendances dans l'état sain; poumons engoués à leur partie postérieure; thymus transformé en une poche remplie de pus. Muguet de la bouche et de l'œsophage, ramollissement partiel de l'estomac; friabilité de la membrane muqueuse dans la partie supérieure de l'intestin grêle, tuméfaction des plaques de Peyer; vessie distendue par une grande quantité d'urine.

Nélaton a vu plusieurs cas de ce genre, et il attribue une grande influence à la fièvre puerpérale des mères sur la production de ces arthrites purulentes: une fois, sur un enfant de deux mois, dont la mère avait été malade à la suite de ses couches, vers le quinzième jour de la naissance, l'épaule s'était tuméfiée, et une collection de liquide s'était formée dans l'articulation.

Dans un autre cas, un enfant dont la mère mourut de fièvre puerpérale eut, au dix-huitième jour, une tumeur fluctuante du genou qui fut ponctionnée, d'où il sortit du pus, et qui finit par guérir sans ankylose au bout de deux mois.

D'après ce chirurgien, il faut ouvrir à temps ces collections purulentes par simple ponction, transformer l'ouverture en trajet fistuleux, et c'est le meilleur moyen de les guérir.

CHAPITRE VI

RHUMATISME ARTICULAIRE DE LA SECONDE ENFANCE

Si le rhumatisme articulaire proprement dit est rare chez le nouveau-né, il est plus commun dans la seconde enfance, et là il présente, comme nature, comme

symptômes et comme terminaison, la plus grande analogie avec le rhumatisme articulaire de l'adulte.

Le rhumatisme est une inflammation diathésique du tissu fibro-séreux des articulations et des viscères.

Il s'observe à l'état *aigu*, et rarement dans l'enfance à l'état *chronique*. Sur cinquante-neuf observations que j'ai recueillies depuis quelques années, il y en a quarante-neuf de rhumatisme articulaire aigu, huit de rhumatisme chronique et deux de rhumatisme nouveau.

C'est une maladie qu'on n'observe guère qu'à partir de cinq ou six ans, beaucoup plus ordinairement chez les garçons que les filles, bien que celles-ci m'en aient offert de nombreux exemples. Elle est quelquefois héréditaire, et se montre à plusieurs reprises chez le même enfant. Elle se développe spontanément, sans cause appréciable, ou sous l'influence du froid.

Le rhumatisme articulaire aigu succède quelquefois à la variole, ce qui est rare, et aux grandes opérations chirurgicales; mais alors, c'est plutôt de l'arthrite causée par la résorption purulente et l'embolie que du rhumatisme. On voit aussi, comme je l'ai dit plus haut, la maladie éclater chez les nouveau-nés dans le cours des épidémies de fièvre puerpérale, avec ou sans coïncidence de fièvre puerpérale chez la mère. Ce sont là des arthrites spéciales, comme on a pu le voir d'après les observations que j'ai publiées plus haut, et d'après les faits de Treilhard de la Terrisse, de Lorain, etc.

Le rhumatisme se développe aussi assez souvent vers la fin de la scarlatine. J'en ai vu plusieurs exemples. Alors, malgré la coexistence des deux maladies, l'affection articulaire, généralisée dans un grand nombre de jointures, suit la marche du rhumatisme articulaire simple. Une fois, j'ai vu ce rhumatisme suppurer, donner lieu à un phlegmon diffus de la cuisse et amener la mort.

OBSERVATION I. — *Scarlatine; rhumatisme suppuré; œdème, phlegmon diffus.* Mort. — Jung (Sophie), sept ans, entrée le 10 juillet 1860.

Les parents se portent bien. Il est mort trois enfants du croup, de la poitrine et d'œdème. Il en reste un de quatorze mois qui a la poitrine grasse, un de quatre ans, bien portant, et celle-ci.

Cette enfant s'est toujours bien portée. Elle n'avait jamais fait de maladies, quand il y a deux mois elle eut une fièvre éruptive, que l'on pense avoir été une *scarlatine*. Il n'y eut pas de flux nasal ou oculaire, un peu de toux seulement, pas de douleurs lombaires, la langue était assez rouge, il n'y avait pas de mal de gorge. L'éruption avait disparu, et il se faisait une desquamation par lambeaux d'une étendue appréciable, lorsque l'enfant sortit pour la première fois. Tout allait bien; mais, trois semaines après l'éruption, elle fut prise de vives douleurs dans le coude gauche, qui s'enflamma et devint rouge luisant; puis les jointures des membres inférieurs et le coude droit se prirent successivement et rapidement. Bientôt un œdème considérable envahit les jambes, au dire des parents. Il n'y a jamais eu de douleur cardiaque ni précordiale, jamais l'enfant ne s'est plainte de battements du cœur.

Actuellement l'enfant redoute le moindre contact, dont l'appréhension lui fait pousser des cris aigus. Elle est extrêmement pâle, mange peu, est très-dégoûtée. Depuis trois semaines elle a quatre à cinq selles en diarrhée par jour. Elle tousse depuis la même époque seulement. L'haleine est acide, la salive rougit le tournesol bleu, la bouche est remplie de muguet. L'enfant demande à chaque instant des aliments, mais elle repousse tout ce qu'on lui présente à l'exception du lait. Soif incessante.

L'œdème est douloureux, plus prononcé au membre inférieur gauche qu'au droit. La maigreur est excessive. L'examen n'est pas possible, la malade poussant des cris aigus quand on approche la main de son corps. L'auscultation n'est pas possible.

Dès son entrée elle est véritablement agonisante, et meurt le 13 juillet au matin.

Autopsie le 14 juillet. — Le crâne n'est pas ouvert. — Les poumons ne renferment