La *bronchite simple* accompagnée de fièvre sera difficile à distinguer de la grippe en temps d'épidémie. On se fondera principalement sur le peu d'intensité de la fièvre et sur l'absence de douleurs dans les membres et de courbature pour exclure l'influenza. Une dyspnée plus marquée que ne le feraient supposer les phénomènes constatés à l'auscultation est au contraire caractéristique de la grippe.

Ce n'est guère que sur la marche de la maladie qu'on pourra se guider en cas d'accidents simulant la *méningite*.

PRONOSTIC. — Comme nous l'avons dit plus haut, la grippe est habituellement dénuée de gravité chez les jeunes sujets ; c'est ainsi que, lors de la dernière grande épidémie d'influenza, tandis que les tables de la mortalité générale accusaient une notable augmentation dans le nombre des décès des adultes et surtout des vieillards, la mortalité infantile ne subissait aucune modification ; il faut cependant faire une réserve pour les très jeunes enfants chez lesquels la maladie se complique plus souvent d'affections broncho-pulmonaires d'un pronostic sérieux et pour les sujets tuberculeux ou rachitiques chez lesquels la grippe peut être une cause d'aggravation de l'état morbide antérieur.

TRAITEMENT. — **Prophylaxie.** — La nature contagieuse de la grippe fait de l'isolement le seul moyen prophylactique sérieux contre la propagation de cette maladie ; mais lorsqu'elle règne à l'état de pandémie, atteignant toute une population, cette prescription est à peu près illusoire ; on devra cependant, dans la mesure du possible, l'appliquer aux nourrissons et aux enfants chétifs déjà atteints d'affections chroniques. Les sujets présentant des symptômes de pneumonie grippale devront particulièrement être tenus en quarantaine.

De petites doses de quinine administrées à titre prophylactique ont été recommandées en temps d'épidémie ; on a cité quelques faits favorables à cette pratique.

Thérapeutique. — Contre la maladie elle-même, le traitement est surtout symptomatique. Dans les cas légers, l'expectation sera justifiée, mais si la fièvre est vive et persistante, s'il survient des accidents nerveux, on prescrira la *quinine* à la dose de 0,10 à 0,50 suivant l'âge de l'enfant, en même temps que les *bains tièdes* ou les enveloppements dans des *maillots humides* ; ceux-ci seront particulièrement indiqués en cas d'accidents broncho-pulmonaires. On y joindra l'usage de la poudre de Dower, de l'acétate d'ammoniaque, de l'alcoolature de feuilles d'aconit, etc. (voir *Broncho-pneumonie*). L'otite grippale sera traitée comme celle de la rougeole (voir p. 100).

En cas de douleurs vives, l'*antipyrine* est parfois indiquée, mais seulement dans la seconde enfance ; on ne dépassera pas la dose de 0,50 à 1,0 et le traitement sera attentivement surveillé.

On ordonnera pendant la convalescence, en cas de faiblesse ou d'anorexie persistante, les toniques, en particulier la *quinine*, ainsi que la *teinture de noix vomique*, à la dose de 6 à 12 gouttes par jour suivant l'âge. Si cette médication échoue, on recommandera un changement d'air et particulièrement le séjour à la montagne ou au bord de la mer.

CHAPITRE XIII

RHUMATISME AIGU.

ÉTIOLOGIE. — Le rhumatisme est une affection moins commune chez les enfants que chez les adultes, et il est rare qu'elle se montre au-dessous de cinq ans. Quelques auteurs l'ont cependant observée dans le cours de la seconde et même de la première année. Pocock (1) et Schæffer (2) l'auraient constatée chez deux nouveau-nés, dont la mère souffrait elle-même de rhumatisme, Widerhofer chez un enfant de vingt-trois jours, Joukowski (3) chez une petite fille de deux mois, Basch (4) chez un enfant de trois mois, Garden chez un enfant de neuf mois, et Koplik (5) chez deux enfants à la mamelle, mais ces cas sont très exceptionnels. Ce n'est qu'à partir de l'âge de huit à dix ans que le rhumatisme devient fréquent.

L'*hérédité* joue un rôle important dans l'étiologie du rhumatisme du jeune âge. Sur 137 enfants présentant des manifestations rhumatismales, observés par Goodhart (6), 90 avaient des antécédents rhumatismaux dans leur famille ; sur 26 enfants atteints de rhumatisme, nous en avons trouvé 14 qui avaient des rhumatisants dans leurs ascendants (7).

La cause déterminante la plus habituelle des affections rhumatismales est, comme chez l'adulte, l'*action du froid* et surtout du froid humide. Néanmoins, on incline à faire rentrer le rhumatisme vrai dans la classe des maladies infectieuses. Achalme (8) et, après lui, Thiroloix (9) ont isolé dans le sang des rhumatisants un bacille anaérobie, ayant à peu près les dimensions du bacille du charbon bacté-

(1) Pocock, *Lancet*, 11 nov. 1882.
(2) Schaeffer, *Berlin. klin. Woch.*, 1886, nº 5.
(3) Joukowski, *Meditsina*, 1896, nº 8.
(4) Basch, *Prag. med. Woch.*, 1884, p. 450.
(5) Koplik, *N. York med. Journ.*, 1888, p. 673.
(6) Goodhart, *Guy's Hosp. Rep.*, vol.. XXV, 1881, p. 103.
(7) C. Picot, Du rhumatisme aigu chez les enfants, *Thèse de Paris*, 1872.
(8) Achalme, *Soc. de Biol.*, juillet 1891, et *Ann. de Inst. Pasteur*, 1897, XI, p. 843.
(9) Thiroloix, *Soc. de Biol.*, 9 oct. 1897.

ridien, et qui, inoculé à certains animaux tels que le cobaye, les tue en déterminant une pleurésie ou une endopéricardite. L'avenir nous apprendra la valeur de cette découverte.

DESCRIPTION. — Les symptômes du rhumatisme aigu ne présentent pas dans le jeune âge de différence essentielle avec ce qu'ils sont plus tard, mais ils sont en général moins accusés. Il est rare d'observer chez les enfants rhumatisants une fièvre intense, des sueurs profuses et des douleurs intolérables ; la maladie n'atteint dans bien des cas qu'un petit nombre d'articulations ; elle débute en général par les membres inférieurs et y reste souvent limitée ; les jointures sont rarement très rouges et tuméfiées. La fièvre est modérée ; souvent la température ne dépasse pas 38°. Exceptionnellement, cependant, le rhumatisme peut revêtir chez les enfants une intensité aussi grande que chez l'adulte.

La maladie, lorsqu'elle reste articulaire, ne dure en général que huit à quinze jours, mais elle peut être prolongée par des rechutes ou même, dans quelques cas, passer à l'état chronique ; c'est ainsi qu'on la voit quelquefois se fixer avec assez de persistance sur les articulations des phalanges ; enfin elle peut se compliquer d'affections extraarticulaires d'une assez longue durée.

Le rhumatisme s'accompagne presque toujours d'un état anémique qui persiste quelquefois chez les enfants assez longtemps après la disparition des autres symptômes.

Un fait remarquable, signalé par tous les auteurs, c'est la facilité avec laquelle, dans l'enfance, cette affection atteint les organes internes, particulièrement le cœur. Bouillaud disait que, dans le jeune âge, cet organe se comporte comme une articulation, et Roger (1) considère la coïncidence du rhumatisme et des affections cardiaques comme presque fatale chez les enfants. Sur 47 cas de rhumatisme de l'enfance que l'un de nous a réunis, les bruits du cœur n'ont été trouvés normaux que dans 10. Vohsen signale les complications cardiaques dans 9 cas sur 20. Ce n'est pas seulement en effet, comme chez l'adulte, lorsque le rhumatisme revêt une grande intensité, qu'on observe des inflammations des séreuses cardiaques ; ces complications se rencontrent également dans le cours du rhumatisme subaigu, et il n'est pas rare de voir chez les enfants une *endocardite* ou une *péricardite* accompagner une légère fluxion articulaire ou même un simple torticolis.

Parfois c'est par le cœur que débute le rhumatisme ; dans la majorité des cas, cet organe n'est pris qu'après les jointures ; c'est alors par une augmentation de la fièvre que s'annonce l'invasion de la phlegmasie cardiaque. Quelquefois cependant, surtout en cas de

(1) H. Roger, Rech. clin. sur le rhumatisme, la chorée et les affections du cœur chez les enfants, *Arch. gén. de méd.*, décembre 1866 et nos suivants.

simple endocardite, ce redoublement fébrile est à peine appréciable et la complication passera inaperçue si on néglige l'auscultation quotidienne du cœur.

La *pleurésie rhumatismale* est également plus commune dans le jeune âge que dans l'âge adulte ; il n'est pas rare de voir chez les enfants le rhumatisme articulaire se compliquer d'une endo-péricardite et d'une pleurésie double. La *pneumonie* a été observée quelquefois dans le rhumatisme de l'enfance, mais beaucoup plus rarement que la pleurésie. Enfin, dans quelques cas, on a vu des enfants rapidement enlevés dans le cours du rhumatisme par des accidents dyspnéiques intenses, dûs tantôt à la formation de *caillots* (1) dans le cœur, tantôt à une *congestion pulmonaire* brusque.

Le rhumatisme n'épargne pas non plus le système nerveux dans l'enfance, mais c'est le plus souvent par les manifestations de la *chorée* qu'il traduit son action sur l'encéphale ou la moelle ; tantôt c'est par une chorée simple, tantôt c'est par des convulsions choréiques venant se mêler à d'autres accidents nerveux. Nous discuterons à propos de la chorée la nature du lien qui l'unit au rhumatisme.

Le *rhumatisme cérébral* proprement dit est rare chez les enfants ; nous avons pu cependant en réunir une quinzaine d'observations, la plupart appartenant aux formes délirantes et méningitiques.

Dans quelques cas, la complication ne se manifeste que par un simple délire ; dans d'autres cas plus graves, le délire est suivi d'un état comateux qui précède en général la mort. La température du corps est souvent alors excessive ; chez un petit garçon de dix ans observé en 1872 à l'Hôpital des Enfants de Paris, elle atteignit 41°,2. Dans quelques cas, l'autopsie ne révèle aucune altération appréciable des centres nerveux ; d'autres fois, au contraire, on constate les lésions de la méningite aiguë.

Toutes ces formes peuvent se compliquer de manifestations choréiques. Les choses se passent alors de la manière suivante : l'enfant est pris, dans le cours d'un rhumatisme aigu compliqué en général d'une affection cardiaque, de délire, quelquefois d'hallucinations ; puis les yeux, la face, les membres deviennent le siège de mouvements désordonnés qui se continuent jusqu'à la mort, ou, si la maladie se termine favorablement, persistent quelquefois après la disparition des autres accidents nerveux. Cette variété choréique du rhumatisme cérébral guérit plus souvent que les autres, mais elle peut laisser après elle un affaiblissement momentané de l'intelligence.

Quant à la folie rhumatismale proprement dite et à la forme apoplectique du rhumatisme cérébral, elles sont presque inconnues dans l'enfance.

Le *rhumatisme spinal* a été observé quelquefois dans le jeune âge ;

(1) Voir : Rathery, *Gaz. des hôp.*, 1869, p. 221.

Trousseau, Grisolle, Bouchut ont vu le rhumatisme s'accompagner chez de jeunes sujets d'une paraplégie passagère ; l'un de nous a observé un fait analogue sur un petit garçon de neuf ans, chez lequel une paraplégie consécutive à un rhumatisme se compliqua en outre de chorée.

Les autres manifestations du rhumatisme viscéral ne se rencontrent presque jamais dans l'enfance, sauf l'*angine rhumatismale* qui peut marquer le début d'une attaque articulaire.

Le *rhumatisme musculaire* est très rare dans le jeune âge, bien que le *torticolis* s'y observe communément ; le plus souvent cet accident est chez les enfants le symptôme d'une fluxion rhumatismale sur les articulations des vertèbres cervicales, qui peut s'accompagner, il est vrai, de douleurs dans le muscle sterno-mastoïdien et le trapèze.

La maladie atteint dans quelques cas chez les enfants le tissu fibreux et les gaines tendineuses, où elle détermine la formation de *nodosités rhumatismales*, qui sont spéciales au jeune âge. Meynet (1), le premier, a constaté chez un garçon de quatorze ans, malade pour la troisième fois d'un rhumatisme articulaire, l'existence d'un grand nombre de petites tumeurs du volume d'un pois ou d'une noisette autour des articulations malades et sur les aponévroses, même sur celle du crâne ; ces tumeurs étaient indolentes, très mobiles et semblaient adhérer par un pédicule au périoste, aux tendons ou aux aponévroses. Elles paraissaient et disparaissaient avec une grande rapidité, la plupart avaient disparu quand le petit malade quitta l'hôpital. Rehn (2) rapporte un cas semblable relatif à une petite fille de dix ans atteinte de rhumatisme et chez laquelle il observa des nodosités analogues dans la gaine de plusieurs tendons ; ces nodosités étaient douloureuses au moment de leur apparition, et disparaissaient en peu de temps. Hirschsprung (3) a observé trois cas de cette bizarre complication, et G. Mayer (4) deux, tous relatifs à des enfants ; dans un cas de Hirschsprung et dans un cas de Mayer, la maladie fut mortelle. Hirschsprung constata à l'autopsie que ces nodosités étaient formées de tissu conjonctif, dont la formation résultait d'une inflammation chronique et qui présentait par places une tendance régressive, nécrobiotique. Mayer trouva que les nodosités étaient constituées par du tissu fibreux mêlé de fibro-cartilage et parfois de dépôts calcaires.

Pour Brissaud (5), ces nodosités sont surtout fréquentes dans les

(1) Meynet, *Lyon médical*, 5 décembre 1875.
(2) Rehn, art. Rhumatisme, dans *Gerhardt's Handb. der Kinderk.*, t. III, premier fasc., 1878.
(3) Hirschsprung, *Jahrb. für Kinderheilk.*, t. XVI, 1881, p. 325.
(4) G. Mayer, *Berl. klin. Woch.*, 1882, n° 30 ; voir aussi à ce sujet : Troisier, *Progrès méd.*, 24 nov. 1883.
(5) Brissaud, *Revue de méd.*, avril 1885.

formes graves du rhumatisme infantile ; Lindmann (1), qui a rassemblé tous les cas connus de cette complication au nombre de 59, en compte 46 chez des enfants, la plupart du sexe féminin. Presque tous présentaient des signes d'endocardite ou de péricardite. La poussée de ces nodosités a souvent coïncidé avec une rechute de l'endocardite, si bien qu'on pourrait se demander si elles ne sont pas de nature embolique. Leur apparition brusque sur un grand nombre de points, à une période tardive du rhumatisme, le ferait supposer. En tout cas, leur présence doit faire examiner le cœur avec le plus grand soin et, dans le cas où cet organe paraît sain, faire craindre l'apparition d'une complication. A ce point de vue, on peut bien dire que leur pronostic est sérieux.

Ces nodosités ont la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une petite amande ; elles roulent sous la peau qui reste saine à leur niveau et adhèrent souvent aux tissus sous-jacents. Parfois isolées, elles sont habituellement multiples. On en a compté jusqu'à 50 chez le même sujet. Elles sont légèrement douloureuses à la pression, mais ne provoquent pas de douleur spontanée.

Leur siège de prédilection est au pourtour des coudes et des genoux, sur les tendons extenseurs du dos de la main, au-dessus du poignet et au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus, sur les apophyses épineuses des vertèbres cervicales, à l'occiput ou sur le front. Leur durée moyenne est de trois semaines ; quelquefois elles disparaissent au bout de quelques jours, d'autres fois, mais rarement, elles persistent quelques mois. Elles peuvent récidiver.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic du rhumatisme articulaire aigu est en général facile ; le siège des douleurs, leur mobilité, le mouvement fébrile qui les accompagne, suffisent à caractériser la maladie.

Dans quelques cas cependant, ces symptômes sont si peu accusés, que le rhumatisme peut être facilement méconnu et pris pour de simples *douleurs de croissance* (2), ou pour un mouvement fébrile éphémère accompagné de courbature. L'auscultation du cœur rectifiera souvent alors le diagnostic en faisant constater les signes d'une phlegmasie cardiaque.

Le *rachitisme* s'accompagne quelquefois chez les très jeunes sujets de fièvre et de gonflement douloureux des os, particulièrement au voisinage des jointures ; l'âge peu avancé des malades fera écarter

(1) Lindmann, *Deutsche med. Woch.*, 1888, p. 519.
(2) Bouilly (*Rev. mens. de méd. et de chir.*, sept. 1880, et *Gaz. des hôp.*, 1883, p. 1082) a décrit sous le nom de *fièvre de croissance* une entité morbide caractérisée par de la fièvre et des douleurs dans la zone d'accroissement des os, suivie d'un accroissement rapide de la taille. Les douleurs siègent au niveau des épiphyses, mais l'articulation même n'en est pas atteinte, ce qui permet de les distinguer des douleurs rhumatismales.

l'idée du rhumatisme et l'apparition des déformations rachitiques lèvera tous les doutes.

Nous mentionnons plus loin le diagnostic avec la maladie de Barlow (voir *Scorbut infantile*).

L'*arthrite purulente des nouveau-nés* consécutive à la septicémie puerpérale ne peut être prise pour le rhumatisme, qui ne se montre presque jamais dans les premiers jours de la vie.

Le *rhumatisme blennorragique*, qui peut exister même dans la première enfance (voir *Vulvo-vaginite*), se reconnaît à ce qu'il est en général monoarticulaire et s'accompagne d'un écoulement par les parties génitales ou d'une ophtalmie où l'on constate l'existence du gonocoque.

Les *arthrites* observées chez les enfants dans le cours de plusieurs maladies infectieuses, particulièrement le *pseudo-rhumatisme scarlatineux*, se distinguent facilement par leur étiologie du vrai rhumatisme qui survient presque toujours spontanément.

La *périostite phlegmoneuse diffuse* (ostéomyélite infectieuse) a été confondue souvent au début avec le rhumatisme, quand elle atteint plusieurs épiphyses en même temps, ce qui se voit surtout chez les très jeunes enfants (Lamothe) (1); l'intensité extrême de la fièvre, le siège de la douleur au-dessus ou au-dessous des articulations et non à leur niveau, la formation rapide d'une collection purulente, la feront toujours reconnaître, lors même qu'elle se compliquerait, comme on l'observe parfois, d'une phlegmasie cardiaque.

PRONOSTIC. — Le pronostic immédiat du rhumatisme est généralement plus bénin chez l'enfant que chez l'adulte ; la maladie est rarement très douloureuse dans le jeune âge et elle se termine presque toujours favorablement, même lorsqu'elle se complique d'une endocardite et d'une pleurésie double ; en outre, quelques observations démontrent que l'endocardite rhumatismale peut guérir chez l'enfant sans laisser de trace. Le rhumatisme cérébral est très rare dans l'enfance et paraît y être moins souvent fatal que dans un âge plus avancé.

Mais, en revanche, le pronostic ultérieur de la maladie est souvent plus grave que chez l'adulte; l'extrême fréquence des affections cardiaques dans le rhumatisme infantile fait que cette maladie devient souvent l'origine d'affections organiques du cœur parfois rapidement mortelles, et qui en tout cas sont une menace constante pour l'avenir. En outre, le rhumatisme est très sujet à récidiver, et il prédispose l'enfant bien plus que l'adulte à la chorée, qui est souvent une affection très rebelle.

(1) Lamothe, De l'ostéomyélite chez les jeunes enfants, *Thèse de Paris*, 1898.

TRAITEMENT. — Dans quelques cas, le rhumatisme est si léger chez les enfants qu'on peut s'abstenir de toute médication, mais le plus souvent, surtout si la maladie s'accompagne d'un mouvement fébrile même très modéré, il sera bon d'intervenir, car il importe particulièrement chez les enfants de faire avorter le plus rapidement possible une attaque de rhumatisme à cause de la fréquence des localisations cardiaques dans le jeune âge.

Le *salicylate de soude* est le médicament de choix dans le traitement du rhumatisme aigu; aucun autre, même le sulfate de quinine, n'amène aussi rapidement la diminution des douleurs et du gonflement articulaires. Archambault (1) a constaté qu'il était facilement toléré par les enfants ; il est rare qu'ils le vomissent ou éprouvent, à la suite de son administration, des vertiges ou des bourdonnements d'oreilles. Suivant le même observateur, le salicylate agit non seulement sur la douleur et la fièvre, mais il prévient les complications; depuis qu'il l'a employé, Archambault n'a plus observé d'accidents cardiaques chez les petits rhumatisants. Nous n'avons pas obtenu le même succès chez un petit garçon de sept ans, chez lequel le salicylate amena une disparition rapide des accidents articulaires, mais ne prévint pas l'explosion d'une endopéricardite très aiguë. Cadet de Gassicourt et Vohsen ont trouvé également que ce médicament est sans action sur les complications cardiaques. Le salicylate sera prescrit dilué dans une potion alcoolisée de 150 grammes, car il est mieux supporté en solution étendue, et l'alcool préviendra les phénomènes de collapsus qu'il peut provoquer; il sera donné à la dose quotidienne de 1 gramme pour un enfant au-dessous de deux ans, de 2 grammes entre deux et cinq ans, et, pour les enfants plus âgés, de 3 à 4 grammes suivant l'intensité des accidents ; on surveillera attentivement le cœur pendant son administration, afin de suspendre celle-ci au moindre signe de collapsus.

Dans les cas subaigus et dans les fluxions articulaires fixes, on pourra employer, comme l'a proposé Ruel (2), l'acide salicylique en applications locales. Le médicament s'absorbe très bien par la peau sous la forme suivante :

Axonge	ãã 50,0
Lanoline	
Essence de térébenthine	ãã 10,0
Acide salicylique	

Linossier et Lannois recommandent dans le même but le badigeonnage ou des pulvérisations sur la jointure malade avec le *salicylate de méthyle*, en les faisant suivre d'un enveloppement hermétique avec la gutta-percha laminée. La dose à employer varie de 4 à 12 grammes (3).

(1) Archambault, *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 12 février 1879.
(2) Ruel, *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1893, p. 484.
(3) Linossier et Lannois, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 24 mars 1896.

L'*antipyrine* a donné également des succès dans le traitement du rhumatisme ; nous lui préférons cependant le salicylate de soude, qui échoue rarement, et qui n'expose pas, s'il est manié avec circonspection, aux accidents parfois imprévus auxquels peut donner lieu l'antipyrine ; ce médicament ne sera donné qu'en cas d'insuccès du salicylate.

Pour calmer les douleurs articulaires, on prescrira aussi l'*opium* à petites doses et on enduira de *liniments calmants* (baume tranquille, huile morphinée, chloroforme) les articulations malades, qu'on immobilisera au moyen de gouttières.

Le traitement des complications sera indiqué à propos de chacune d'elles ; disons seulement que, lorsque le rhumatisme se complique d'accidents cérébraux et d'une élévation extrême de la température, il ne faut pas hésiter à recourir aux *affusions froides* ou aux *bains froids* (Wilson Fox) ; les sangsues et la glace sur la tête seront indiquées dans la forme méningitique du rhumatisme cérébral.

On prescrira pendant la convalescence le fer et les toniques ; enfin on cherchera à mettre l'enfant à l'abri des récidives du rhumatisme par l'usage de l'hydrothérapie et les cures thermales (Aix en Savoie, Baden en Suisse).

CHAPITRE XIV

RHUMATISME CHRONIQUE NOUEUX.

HISTORIQUE. — C'est à Cornil (1), en 1863, qu'on doit les premières observations de rhumatisme chronique chez l'enfant. En 1864 Beau (2) signalait un cas d'arthrite noueuse chez une jeune fille, et Laborde présentait à la Société de biologie un garçon de huit ans atteint depuis l'âge de quatre ans de rhumatisme noueux.

On en connaît aujourd'hui une cinquantaine de cas, qui permettent de tracer la description de cette maladie chez l'enfant (3).

ÉTIOLOGIE. — **Age.** — Fréquent dans la vieillesse, le rhumatisme articulaire chronique progressif est rare chez l'enfant et n'y

(1) Cornil, *Mém. de la Soc. de biol.*, 1863.
(2) Beau, *Gaz. des hôp.*, 19 juillet 1864.
(3) Nous ne citerons que les principaux travaux sur ce sujet : Moncorvo, traduit en français par Mauriac. Paris, 1880. — Lacaze-Dori, *Thèse de Paris*, 1882. — P. Wagner, *Münch med. Woch.*, 1888, nº 12. — Pélissié, *Thèse de Paris*, 1889. — Perret, *Lyon méd.*, LXV, 1890, p. 589. — Diamantberger, *Thèse de Paris*, 1891. — Céry, *Thèse de Nancy*, 1892. — Olinto, *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, 1893, p. 12. — Haushalter, *Revue méd. de l'Est*, 1893, p. 581. — Marfan, art. RHUMATISME du Traité des mal. de l'enf., Paris, t. I, 1897, p. 512. — A. Delcourt, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1898, p. 329.

a pas été signalé avant l'âge de dix-huit mois à deux ans ; le plus grand nombre des cas publiés se rapporte à des sujets au-dessus de cinq ans.

Sexe. — La maladie paraît, comme chez l'adulte, beaucoup plus fréquente dans le sexe féminin que dans le sexe masculin. Pélissié a relevé 15 cas chez les filles et 4 seulement chez les garçons.

Hérédité. — L'influence de l'hérédité ne saurait être mise en doute (Olinto), quoiqu'elle soit en général peu manifeste.

Maladies antérieures. — Dans certains cas, le rhumatisme noueux infantile est *primitif* ; ce sont les cas les plus graves. Dans d'autres, il est *consécutif* à une attaque aiguë de rhumatisme articulaire vrai ou de rhumatisme infectieux, surtout le rhumatisme scarlatineux (Dauban) (1).

Causes déterminantes. — La misère, l'action prolongée du froid humide, la mauvaise nourriture, le *refroidissement*, telles sont les causes le plus souvent relevées. Pélissié a noté que, 12 fois sur 15, les enfants atteints de rhumatisme noueux appartenaient à la classe pauvre. Parfois le *traumatisme* a été la cause occasionnelle (Haushalter, Sené).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Une autopsie pratiquée par Delcourt sur une fillette de quatre ans et demi, atteinte depuis une année de rhumatisme noueux, a permis de constater dans les nombreuses articulations atteintes (genou, cou-de-pied, main) un épaississement considérable des extrémités épiphysaires et des tissus ligamenteux périarticulaires, avec intégrité absolue ou partielle des cartilages articulaires, qui présentaient dans certaines jointures des érosions bien nettes. L'enfant avait succombé à une ostéomyélite aiguë généralisée et présentait en outre une synéchie péricardique totale, ainsi que de la congestion pulmonaire et de la dégénérescence graisseuse du foie.

DESCRIPTION. — Le rhumatisme noueux peut s'établir d'emblée ou à la suite de poussées aiguës successives. Généralement, le début est lent et insidieux, caractérisé seulement par des douleurs vagues dans les muscles et dans les jointures ; dans d'autres cas, la maladie survient brusquement et se généralise rapidement (Moncorvo).

Les mains sont en général atteintes les premières ; ce sont elles qui seront plus tard le siège le plus marqué des déformations chroniques ; celles-ci, si bien décrites par Charcot chez le vieillard, se retrouvent dans leurs deux types principaux chez l'enfant ; ce sont surtout les articulations métacarpo-phalangiennes qui sont tumé-

(1) Dauban, *Thèse de Paris*, 1895.