

pathie artérielle, qui, dès son arrivée à Paris, s'est livré à des courses longues et fatigantes. Huit jours après, mort rapide au milieu d'accidents comateux.

Ici, on ne peut pas toujours invoquer la congestion rénale comme circonstance aggravante de la maladie, ni les voyages en chemin de fer comme cause pathogénique des accidents. La fatigue agit chez les diabétiques au même titre que les exercices violents. On sait, en effet, que le muscle, alcalin à l'état de repos, devient promptement acide à la suite de contractions répétées et énergiques ; car un muscle fatigué est un muscle intoxiqué par les acides et surtout par l'acide lactique. Or la fatigue, les marches forcées, les exercices violents agissent dans le sens de l'intoxication diabétique, laquelle n'est autre qu'une intoxication acide. Et il ne faut jamais oublier qu'un simple exercice anormal chez un homme sain peut être une fatigue pour le diabétique, parce qu'il est constamment en état d'imminence de fatigue.

Cure hydrominérale. — Dans le diabète compliqué d'albuminurie, cette cure est simple. Dans la glyco-albuminurie, on peut envoyer les malades à Vichy, non pas à Carlsbad, à cause de son éloignement. Mais ces eaux sont formellement contre-indiquées dans tous les cas de diabètes compliqués de néphrite parenchymateuse ou interstitielle. Tout au plus peut-on envoyer ces malades aux eaux diurétiques de Contrexéville, Martigny, Vittel, Évian. Cependant le bénéfice qu'ils peuvent tirer de la cure thermique n'est malheureusement pas compensé par les dangers qui résultent toujours des longs voyages en chemin de fer. C'est pour cette raison qu'il convient de choisir pour ces malades des stations hydrominérales le plus possible à proximité de l'endroit qu'ils habitent.

LV. — RHUMATISME INFANTILE

- I. RHUMATISME CARDIAQUE. — Manifestations rhumatismales de faible intensité avec complications cardiaques souvent graves. Lois de Bouillaud en défaut pour le rhumatisme infantile. Dans l'enfance, le cœur se comporte comme une articulation. Rareté des complications cardiaques dans le rhumatisme généralisé de l'adulte et du vieillard. Nouvelle loi. — Torticolis rhumatismal du jeune âge. Douleurs dites « de croissance ». Une pseudo-entorse, manifestation rhumatismale mono-articulaire avec endopéricardite. Rhumatisme à précession cardiaque, surtout chez les enfants, la précession pouvant être de quelques jours, plusieurs semaines, même plusieurs mois. Rhumatisme cardiaque d'emblée sans manifestations articulaires, très discutable. Endocardite post-arthropathique et pré-arthropathique.
- II. RHUMATISME ARTICULAIRE. — Héritéité rhumatismale et endocardite. Formes graves, et surtout formes atténuées. Caractères cliniques du rhumatisme infantile. Désaccord entre la légèreté du rhumatisme des articulations et la gravité du rhumatisme du cœur. Le rhumatisme infantile aime le péricarde. Pancardite rhumatismale. Rhumatisme à rechutes et rhumatisme des séreuses. Latence fréquente de l'endocardite rhumatismale. Trois lois cliniques sur le rhumatisme infantile. Symphyses péricardiques datant de l'enfance.
- III. TRAITEMENT. — 1^o Règles d'administration du salicylate de soude. Intervention intensive et précoce. Action non curative, mais préventive du salicylate de soude sur les complications endopéricardiques. Posologie du salicylate. Élimination rénale du médicament suivant les différents âges. Tolérance de l'enfant. Médicaments à élimination rapide et à élimination lente ; doses massives et doses fractionnées. — Importance de la médication nocturne, de la continuation de la médication salicylée après la disparition des douleurs articulaires. Signification de l'action dissociée du médicament. Deux phases dans l'endocardite rhumatismale : phase microbienne sans inflammation, phase inflammatoire. Action directe du salicylate sur la première phase. Emploi externe du salicylate de méthyle. Inutilité et nocuité des autres médicaments. Indications du salicylate de soude, de la digitale, des iodures. — 2^o Hygiène et diététique ; repos et alimentation légère. Convalescence du rhumatisme. Hygiène générale du rhumatisant. — 3^o Cure hydrominérale à Bourbon-Lancy.

I. — Rhumatisme cardiaque.

Le rhumatisme infantile est fréquent, et souvent à l'hôpital j'ai eu l'occasion d'examiner des jeunes gens de vingt-

cing à trente ans, atteints de lésions organiques du cœur, lesquelles avaient été reconnues d'une façon toute fortuite, ou pour lesquelles les malades étaient venus nous consulter. Dans beaucoup de cas, l'étiologie paraissait d'abord obscure; mais, en interrogeant ces malades, on apprenait que pendant l'enfance, entre cinq et quinze ans, ils avaient souffert de crises rhumatismales parfois très légères, de courte durée, frappant seulement quelques articulations, s'accompagnant d'un état fébrile presque inappréciable et qui n'avaient exigé que quelques jours de repos.

Le point sur lequel je désire particulièrement appeler l'attention, et contre lequel il importe de vous mettre en garde, ce sont ces manifestations rhumatismales, articulaires ou autres, souvent de faible intensité, mais dont les conséquences cardiaques sont parfois plus graves que celles des rhumatismes plus francs et plus généralisés des adultes.

Vous avez vu des malades âgés de trente à quarante ans, atteints pour la première fois de rhumatisme polyarticulaire, parfois presque généralisé, avec tuméfaction très notable des jointures et fièvre assez élevée. En dépit de la généralisation et de l'intensité de l'affection articulaire, je vous ai dit que nous avons de grandes chances pour ne pas voir survenir de complications cardiaques. Les lois de Bouillaud sont de suite venues à votre esprit :

1° Dans le rhumatisme articulaire, aigu, violent, généralisé, la coïncidence d'une endocardite, d'une péricardite ou d'une endopéricardite est la règle, la loi, et la non-coïncidence est l'exception.

2° Dans le rhumatisme articulaire aigu, léger, partiel, apyrétique, la non-coïncidence est la règle et la coïncidence l'exception.

Ces deux lois, exactes entre seize et trente ans, ne se vérifient plus quand il s'agit de rhumatisme infantile, et, ainsi que Bouillaud lui-même l'avait remarqué, *dans l'enfance le cœur se comporte comme une articulation*. En un mot, dans l'âge adulte et à plus forte raison chez le vieillard, il

faut *beaucoup de rhumatisme* articulaire pour amener des complications cardiaques; chez l'enfant, il suffit de *très peu de rhumatisme* pour amener les mêmes accidents. Il en résulte que les lois de Bouillaud se trouvent en défaut et qu'on doit leur ajouter le correctif suivant :

3° Dans le rhumatisme articulaire aigu, partiel ou généralisé, la fréquence des complications endopéricardiques dépend le plus souvent de l'âge du sujet, cette fréquence étant à son maximum dans le rhumatisme infantile.

Parmi les douleurs rhumatismales du jeune âge souvent méconnues, je n'en retiendrai que deux, particulièrement fréquentes pendant l'enfance et que d'ordinaire les familles et quelques médecins considèrent comme insignifiantes.

Tout d'abord, il y a le *torticolis* d'origine musculaire ou articulaire. A ce dernier point de vue, chez l'enfant, le rhumatisme peut être simplement limité à quelques articulations cervicales et se compliquer d'endopéricardite. Dans le torticolis musculaire, les mouvements et la pression augmentent les douleurs; la fièvre n'existe pas, et, dans la plupart des cas, la résolution rapide en quelques jours est la terminaison de cette affection rhumatismale fruste. Sans vouloir entrer dans la discussion des diverses variétés du torticolis, je répète que cette affection bénigne, dont les parents ne s'inquiètent guère, est parfois la manifestation symptomatique d'un rhumatisme localisé aux articulations des vertèbres cervicales. D'autre part, le torticolis musculaire peut être considéré comme le lumbago des enfants et doit reconnaître une origine analogue.

Une autre forme méconnue du rhumatisme est ce syndrome vague que l'on qualifie de *douleurs de croissance*. Bouilly a étudié ces douleurs sourdes, profondes, péri-articulaires ou diaphysaires, qui se rencontrent souvent chez les enfants et surtout chez les jeunes gens, principalement aux approches de la puberté; les articulations ne présentent aucun gonflement appréciable, et il existe parfois une fièvre pouvant

monter à 38°,5. Les os s'accroissant au niveau de l'apophyse, Bouilly pense qu'il s'agit d'une ostéite juxta-épiphysaire atténuée, d'où *fièvre de croissance* (1). Souvent, dans ces arthralgies de l'adolescence, il faut voir une manifestation rhumatismale méconnue. A l'appui, voici le cas suivant qu'il m'a été permis d'étudier :

A l'âge de douze ans, étant en pension, un enfant avait en jouant éprouvé subitement une douleur au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. Aussitôt, on pensa à une simple entorse, et l'on m'avertit de ce petit accident. Je constatai une tuméfaction légère de l'articulation tibio-tarsienne, accompagnée de fièvre atteignant 38°,4. Poussant plus loin mon examen en raison de cette fièvre, j'auscultai le cœur et je trouvai un frottement péricardique avec légère endocardite. Il s'agissait donc d'une manifestation rhumatismale mono-articulaire, peu intense, qui aurait pu facilement être qualifiée « fièvre de croissance » et qui, malgré sa bénignité apparente, s'accompagnait d'une lésion cardiaque. Dans ce cas, la lésion endocardique avait évolué si rapidement qu'on est en droit de se demander si le rhumatisme cardiaque n'a pas même précédé le rhumatisme articulaire, comme le fait se présente plus souvent pour le rhumatisme des enfants que pour celui des adultes.

Cette *précession cardiaque* dont Gubler, Trousseau, Fuller, Hallez et d'autres auteurs avec nous ont donné des exemples indiscutables, peut-elle s'observer non seulement plusieurs jours, mais même plusieurs années avant une attaque de rhumatisme articulaire aigu ? Le fait est possible et même probable. J'ai observé plusieurs fois chez les enfants des endocardites en apparence spontanées avec lésions orificielles consécutives, mais sans doute de nature rhumatismale, puisqu'elles étaient souvent accompagnées de manifestations articulaires ou musculaires très atténuées

(1) BOUILLY, *Revue de médecine et de chirurgie*, 1879.

au point d'appeler à peine l'attention, et qu'elles étaient suivies d'une attaque franche de rhumatisme articulaire, quatre à six mois après, ou même un an après, comme je l'ai vu deux fois. Dans un cas cité par Hanot, la précession cardiaque a pu être de quatre ou cinq ans. Sans doute, ces faits peuvent être contestés ; mais pourquoi ne seraient-ils pas ? Quant au rhumatisme cardiaque d'emblée, survenant sans manifestations articulaires ultérieures, il n'est pas absolument démontré.

Un fait qui n'a pas été encore signalé est relatif à l'*apparition post-arthropathique* de l'endocardite, ou au moins à son aggravation. Toutes les fluxions articulaires disparaissent, les douleurs sont réduites à peine à un léger endolorissement des jointures, et l'endocardite commence ou continue son œuvre. Il y a là une source d'indications thérapeutiques faciles à comprendre.

II. — Rhumatisme articulaire.

Autrefois, on croyait à l'extrême rareté du rhumatisme dans l'enfance, et Scudamore affirmait qu'on ne l'observe pas avant l'âge de dix ans, opinion exagérée encore par Ferrus, qui n'en signalait pas avant la puberté. Sur 73 cas de rhumatisme, Chomel n'en aurait vu que deux chez des enfants de huit à neuf ans. On ne peut expliquer ces graves divergences d'opinions qu'en admettant que le rhumatisme infantile a été souvent méconnu dans ses formes atténuées. Tout ce que l'on doit dire, c'est que, dans la première enfance avant cinq ans, le rhumatisme est rare, et cependant on en a observé quelques cas, même chez les nouveau-nés et dans les premiers mois ou les premières années de l'existence (faits de Pocock, Schœffer, Koprik, Demme, Barthez et Rilliet, Jules Simon, Hénoch).

La question importante et encore controversée est de savoir si l'hérédité rhumatismale peut se manifester chez

l'enfant par une endocardite en l'absence de toute manifestation articulaire. Cette opinion a été défendue par Cheadle à propos de seize cas de ce genre où l'on ne pouvait invoquer ni un rhumatisme intra-utérin, ni une endocardite fœtale. J'ai observé une dizaine de faits semblables, et je ne doute pas qu'ils soient encore plus nombreux. C'est alors que l'on peut dire que « les parents rhumatisants ont fait leur endocardite dans le cœur de leur enfant, mais après la naissance » (1).

Les *caractères cliniques* du rhumatisme infantile doivent être bien connus des praticiens, et c'est pour cette raison que je reviens encore sur cette question pour la bien graver dans la mémoire.

S'il peut affecter un grand nombre d'articulations, prendre une sévère intensité, s'accompagner même de fièvre assez vive, d'autres fois le rhumatisme n'atteint qu'une ou deux jointures, il a une durée éphémère de quelques heures à un ou deux jours avec un appareil fébrile à peine sensible, une faible réaction inflammatoire et une rougeur péri-articulaire presque inappréciable, des douleurs fugaces et peu vives; il peut ne se manifester que par quelques douleurs musculaires, par du torticolis, par de simples nodosités sous-cutanées. Parfois, on croit à une simple entorse, à des douleurs dites de croissance, et, si l'on n'est pas prévenu de ces faits, on laisse évoluer, sans les avoir constatées, des lésions endopéricardiques souvent graves. D'autre part, *le rhumatisme infantile aime le péricarde*; celui-ci est beaucoup plus souvent et plus sévèrement atteint que dans un âge plus avancé; puis, c'est dans le rhumatisme infantile qu'on observe surtout cette *pancardite* où péricarde, endocarde et myocarde sont à la fois atteints. La chorée, plus spéciale à cet âge, apporte encore son contingent à la fréquence du rhumatisme et des endopéri-

(1) E. WEILL (de Lyon), *Traité clinique des maladies du cœur chez les enfants*, Paris, 1895.

cardites; enfin les complications peuvent être multiples, comme dans un cas récent où un rhumatisme articulaire aigu chez un enfant de onze ans a été compliqué d'endopéricardite, de pleurésie double, de congestion pulmonaire suraiguë, de rhumatisme cérébral et d'hémichorée (1).

Enfin, chez l'enfant, les formes de *rhumatisme à rechutes* et de *rhumatisme des séreuses* s'observent plus fréquemment que chez l'adulte.

On sait que l'endocardite rhumatismale, se manifestant presque toujours par des troubles fonctionnels de très faible intensité et pouvant même évoluer d'une façon absolument latente, est une complication qui a besoin d'être recherchée tous les jours. Cette règle de conduite s'impose beaucoup plus encore pour le rhumatisme infantile, surtout dans sa forme légère et discrète. Tous les cliniciens versés dans la pédiatrie ont insisté sur ce fait, et il me suffira de faire les deux citations suivantes :

« Même très léger, — dit Henri Roger, — même circonscrit à une ou deux articulations qu'il effleure à peine, le rhumatisme des enfants peut se compliquer d'une maladie aiguë du cœur. J'aime à douter que la loi de coïncidence soit une loi nécessaire, fatale; cependant les jeunes rhumatisants sont sans cesse menacés, et s'ils échappent à la complication cardiaque dans la première ou seconde attaque rhumatismale, ils seront probablement, sinon certainement, atteints dans une récurrence ultérieure. »

« N'oubliez jamais, — répète Ch. West, — que chez l'enfant le cœur se prend quelquefois, alors même que l'extrême bénignité des symptômes rhumatismaux, si votre malade était un adulte, ne donnerait lieu à aucune appréhension sous ce rapport, et souvenez-vous que l'intensité relativement légère de la fièvre, le peu de douleur dans les membres, et

(1) H. HUCHARD, *Le rhumatisme cardiaque chez l'enfant* (*Journal de clin. et thérap. infantiles*, 1895). Cœur et rhumatisme chez l'enfant (*Gazette des mal. infantiles*, 1902). — AUSSET et VINCENT, *Écho médical du Nord*, 1901.

l'absence presque complète de gonflement des jointures ne sont pas une garantie que le cœur ne puisse devenir le siège d'une maladie sérieuse. »

L'importance pratique de ces faits n'est plus à démontrer.

En résumé, à côté de l'aphorisme émis par Bouillaud, « dans le rhumatisme infantile, le cœur se prend comme une articulation » ; on peut ajouter quelques considérations qui servent à le compléter.

1° Chez l'enfant, il suffit de très légères manifestations rhumatismales aiguës ou subaiguës (une ou plusieurs attaques de torticolis, un peu d'arthralgie même mono-articulaire, quelques douleurs vagues sans fièvre), pour déterminer une complication péricardique ou endocardique. Il y a souvent désaccord entre la bénignité du rhumatisme des articulations et la gravité du rhumatisme du cœur ;

2° Le rhumatisme infantile aime le péricarde, ce qui explique pourquoi beaucoup de symphyses péricardiques datent de l'enfance ;

3° Chez l'adulte, et après trente, trente-cinq et surtout quarante ans, le rhumatisme polyarticulaire détermine rarement des complications cardiaques, et celles-ci sont moins graves que chez l'enfant.

III. — Traitement.

1° *Règles d'administration du salicylate de soude.* — Puisque le cœur de l'enfant se prend comme une articulation dans le cours d'un rhumatisme aigu ou subaigu, il faut le traiter comme tel et employer envers lui les mêmes moyens thérapeutiques que s'il s'agissait d'une articulation. Il importe d'ajouter que l'intervention devra être intensive et précoce.

C'est au *salicylate de soude* qu'il faut avoir recours. Est-ce à dire que ce médicament ait une action directe sur l'endopéricardite ? Assurément non.

Si la lésion cardiaque est constituée, c'est en vain que vous prescrirez ce précieux remède ; vous n'obtiendrez aucun résultat appréciable sur le cœur. Mais, s'il est inefficace pour combattre la lésion cardiaque, pour résoudre une endocardite ou une péricardite, il peut être de la plus grande utilité en agissant d'une façon préventive et en empêchant la localisation cardiaque de se produire.

Il faudra donc agir rapidement et prescrire le salicylate de soude, même si le malade ne présente que des douleurs vagues, sans aucun trouble apparent du côté du cœur ou du péricarde, puisque l'invasion de ces organes peut se produire d'une heure à l'autre, sans que rien en avertisse. Non seulement il faut agir vite, mais encore énergiquement, à haute dose. J'ai vu donner 3 grammes par jour à des rhumatisants sans résultat ; la dose était trop minime. Je conseille toujours d'administrer chez l'adulte 6 et même 8 grammes de ce sel.

Quand vous ordonnez le salicylate de soude à un enfant, vous n'avez pas, même avec de hautes doses, à craindre des symptômes d'intolérance ou d'intoxication. Cela tient à ce que l'enfant possède un filtre rénal ordinairement sain et que l'élimination du médicament est extrêmement rapide. Il n'en est pas toujours de même chez l'adulte, et, si vous avez à ordonner la médication salicylique à une personne âgée, artérioscléreuse, chez laquelle vous soupçonnez une tendance à la néphrite interstitielle, ne maniez le médicament qu'avec prudence.

A l'appui, voici une expérience déjà ancienne de Brouardel :

Il fit prendre, pendant un repas, à trois personnes bien portantes, trois quarts de litre de vin, contenant 1 gramme d'acide salicylique. Chez la première, âgée de vingt-cinq ans, l'acide salicylique parut dans les urines au bout de trois quarts d'heure, et l'élimination fut complète après vingt-quatre heures. Chez la seconde, âgée de quarante-trois ou quarante-quatre ans, l'élimination commença seulement huit heures après l'ingestion du médicament et ne fut