

VIII

HERPÈS

PAR LE D^r J. COMBY

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

On désigne sous le nom d'*herpès* une éruption de petites vésicules généralement disposées en groupes, et entourées d'une zone érythémateuse.

Étiologie. — Il n'est pas certain que l'*herpès* soit une maladie autonome, spécifique; sa banalité inspire des doutes. L'*herpès* peut survenir primitivement, sans avoir été précédé d'aucun symptôme appréciable; ou bien il est secondaire et se montre comme un épiphénomène dans le cours d'une maladie aiguë fébrile (pneumonie, méningite cérébro-spinale, fièvre intermittente, fièvre de surmenage, embarras gastrique, etc.). Déjà ont été décrites dans cet ouvrage diverses localisations de l'*herpès* (voyez les articles : *Fièvre éphémère*, vol. I; *Stomatite herpétique* et *Angine herpétique*, vol. II). Aujourd'hui nous devons considérer l'*herpès* au point de vue dermatologique.

Les causes de l'*herpès* chez l'enfant sont très variables: outre les maladies aiguës énumérées plus haut, il faut citer les fatigues, les excès alimentaires, les refroidissements, les auto-intoxications d'ordres divers. On ne sait pas si l'*herpès* est une manifestation infectieuse ou toxique; aucun microbe pathogène n'a pu être incriminé formellement.

Quoi qu'il en soit, l'*herpès* est très commun à toutes les périodes de l'enfance; chez les nourrissons, il se localise avec prédilection dans la bouche (stomatite herpétique), dans la gorge (angine herpétique); plus tard il siège sur les lèvres, la face (herpès facial).

Symptômes. — Tantôt l'éruption vésiculeuse est la première manifestation de la maladie, tantôt elle est précédée pendant un jour, deux jours, d'une fièvre plus ou moins vive, avec agitation, chaleur, anorexie, langue saburrale. Après cette phase fébrile de courte durée, mais parfois très intense, se montre l'éruption que nous devons étudier sur la peau et sur les muqueuses.

1° *Sur la peau*, on voit d'abord une surface rouge, turgescence, inégale et papuleuse, qui ne tarde pas à se hérissier de petites vésicules limpides, grosses comme des têtes d'épingles, groupées irrégulièrement en nombre variable. Il y a toujours quelques démangeaisons qui portent l'enfant à se gratter. Au bout de 24 ou 48 heures, les vésicules se troublent, leur contenu s'épaissit, se concrète, et il se forme bientôt une croûte jaune analogue à celle de l'*impétigo*.

Les placards herpétiques peuvent être uniques ou multiples; ils siègent de préférence autour des orifices naturels, sur les lèvres (*herpès labialis*) où ils sont quelquefois à cheval sur la peau et la muqueuse, sur les joues, autour des yeux et des narines, sur le pavillon de l'oreille. Plus rarement ils

occupent le cou, les membres, le tronc. L'évolution de l'*herpès* cutané est rapide, quand l'éruption n'a pas été irritée par les grattages; elle ne laisse pas de cicatrices, à moins d'ulcérations provoquées par les ongles de l'enfant; on constate parfois un léger engorgement ganglionnaire. En une semaine, dans les cas simples, tout est terminé.

2° *Sur les muqueuses*, l'*herpès* ne se comporte pas tout à fait de même. Les vésicules baignées par la salive, par le mucus pharyngé, sont déchirées, ouvertes presque à leur origine, et remplacées immédiatement par de petites ulcérations arrondies à fond jaunâtre, très superficielles. Ces exulcérations sont groupées, ou isolées, disséminées sans ordre sur la langue, le palais, les gencives, la face interne des lèvres et des joues (*stomatite herpétique*), ou bien sur les amygdales, le voile du palais, la paroi postérieure du pharynx.

Dans certains cas l'éruption d'*herpès* affecte à la fois les muqueuses et la peau et on peut avoir simultanément chez le même enfant un *herpès* facial étendu, une stomatite et une angine herpétiques.

Quel que soit le siège de l'*herpès*, son évolution est prompte et la guérison ne se fait pas attendre. La maladie est des plus bénignes dans l'enfance.

Diagnostic. — Il est facile de reconnaître l'*herpès* à la petitesse et à l'égalité de ses vésicules, à leur groupement, à l'irritation tégumentaire sous-jacente. Les vésicules de la *varicelle* sont isolées, discrètes, disséminées sur tout le corps; elles sont plus volumineuses que celles de l'*herpès*, elles méritent souvent le nom de bulles. L'*impétigo* débute par des vésicules plus larges qui deviennent ensuite des pustules et laissent à leur suite des croûtes épaisses; à la phase vésiculeuse, le diagnostic est facile; quand il n'y a plus que des croûtes, il est permis d'hésiter et l'on devra remonter au début des accidents.

L'*eczéma* est vésiculeux comme l'*herpès*, mais il n'est jamais aussi limité, et il n'est pas précédé de fièvre.

Le *zona* est constitué, comme l'*herpès* vulgaire, par des groupes de vésicules; mais ces groupes sont répartis avec ordre, rangés sur le trajet des nerfs; de plus ces vésicules, d'abord petites et parfaitement arrondies, se confondent par leur rapprochement en phlyctènes plus ou moins larges, parfois sanguines et violacées. Quoi qu'il en soit, les analogies entre l'*herpès* et le *zona* sont si grandes, qu'on a donné à cette dernière maladie le nom d'*herpès zoster*¹.

Traitement. — Le traitement de l'*herpès* ne mérite pas de nous arrêter longtemps. Quand il y a de la fièvre, l'enfant sera gardé à la chambre, mis à la diète lactée et purgé. Si les groupes herpétiques de la peau sont très étendus, on les pansera avec une pommade antiseptique (vaseline 50 grammes, salol ou acide borique 5 grammes). Je n'ai pas à rappeler le traitement qui convient aux localisations buccales et pharyngées de l'*herpès*; ce traitement a été exposé dans les articles *stomatite* et *angine* herpétiques.

(¹) Unna a décrit, sous le nom d'*hydroa des enfants*, de dermatite herpétiforme récidivante infantile, une variété de dermatite de Dühring qui débute dès les premières années ou les premiers mois de la vie, et présenterait des rechutes fréquentes surtout en été, avec érythème papuleux, vésicules ou bulles, sans pustulation; cette maladie disparaîtrait à l'âge adulte.

X

**OSTÉO-ARTHROPATHIE HYPERTROPHIANTE
PNEUMIQUE**

PAR LE D^r J. COMBY

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Les déformations en massue des doigts (*doigts en baguettes de tambour, en bec de perroquet, doigts hippocratiques*) sont connues depuis longtemps. Elles ont été décrites incidemment dans les Traités classiques, aux chapitres : PHTISIE PULMONAIRE et CYANOSE CONGÉNITALE. Mais ce n'est que depuis peu d'années qu'on a étudié une déformation analogue, sinon identique, indépendante des deux maladies précédentes, quoiqu'elle relève peut-être du même mécanisme pathogénique. Le terme d'*ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique*, proposé par P. Marie, sert à désigner cette altération particulière des phalanges des doigts et des orteils.

Aperçu historique. — Dans un mémoire de la *Revue de médecine* (janvier 1890), le D^r Marie a cru devoir séparer de l'ACROMÉGALIE, maladie toute spéciale dont la première description lui appartient, certaines lésions ostéo-arthropathiques des extrémités, survenues au cours d'affections pleuro-pulmonaires, qui avaient été confondues avec elle. A côté de l'acromégalie, il faut donc désormais décrire les troubles trophiques des extrémités qui en diffèrent par leur localisation étroite, par leur aspect, par leur évolution clinique, et surtout par leur cause prochaine.

En même temps qu'il établissait cette distinction importante, Marie subordonnait étroitement le nouveau syndrome à certaines maladies de l'appareil respiratoire (pleurésies, broncho-pneumonies, dilatation des bronches); d'où la qualification de *pneumique* dont il faisait suivre le terme d'*ostéo-arthropathie hypertrophiante*. Rejetant l'hypothèse d'une altération réflexe ou nerveuse, il rapprochait la lésion des pseudo-rhumatismes infectieux, invoquant l'action spéciale de substances toxiques produites dans l'appareil broncho-pulmonaire sur les os et les articulations des extrémités.

Des examens anatomiques faits par Bamberger, Rauzier (*Revue de médecine*, 1891), Lefebvre (*Thèse de Paris*, 1891: *Des déformations ostéo-articulaires consécutives à des maladies de l'appareil pleuro-pulmonaire*, etc.), ont montré qu'il s'agit en pareil cas d'ostéo-périostite subaiguë avec hyperplasie et condensation de l'os. Les os malades diffèrent des os sains par l'augmentation des matières organiques et de la graisse, et par la diminution des sels calcaires. Le phosphate de chaux surtout serait en déficit et la magnésie remplacerait la chaux.

Mais jusqu'alors la lésion n'avait été étudiée que chez l'adulte. A. Mous-sous (*Journal de médecine de Bordeaux*, oct. 1890) a montré que l'affec-

tion existait chez l'enfant et qu'elle pouvait même succéder à une maladie aiguë de l'appareil respiratoire. Une fille de 14 ans, atteinte de pleurésie purulente gauche, présenta des doigts en baguettes de tambour peu de temps après le début de l'empyème. M. Moussous assista à l'accroissement de la déformation, puis, vers le cinquième mois de la maladie, à mesure que l'épanchement diminuait, il vit la turgescence des phalanges s'amoin-drir et la rougeur cutanée s'effacer. Quand la malade quitta l'hôpital, les déformations avaient beaucoup diminué. Le D^r H. Gillet (*Annales de la Policli-nique de Paris*, mars 1892) a publié deux observations analogues. Dans la première, il s'agissait d'un enfant de 12 ans atteint d'emphysème et de broncheectasie avec déformation des doigts et des orteils; dans la seconde, une fille de 7 ans, atteinte de pleurésie purulente, présenta un gonflement des phalanges digitales qui disparut après la guérison de la pleurésie.

En remontant plus haut (*Société de Biologie*, 1862), on pourrait relever une observation de Bailly indiquant un gonflement des doigts et des orteils consécutifs à une pleurésie infantile (10 ans). Ces derniers faits représentent une forme aiguë, légère et curable de l'ostéo-arthropathie pneumique, confirmée d'ailleurs par deux intéressantes observations de Moizard (*Deux observations d'ostéo-arthropathies hypertrophiantes pneumiques, dans le cours de pleurésies purulentes, chez des enfants. Forme aiguë et curable*. Société méd. des hôp. de Paris, 12 mai 1895).

1^{er} CAS. — Petit garçon de 6 ans atteint de pneumonie de la base droite, le 15 janvier 1895. 10 jours après, signes de pleurésie. Le 25 mars, vomique abondante; expectoration purulente ensuite, fièvre vespérale. Le 20 avril, 5 mois après le début des accidents pulmonaires, il y avait des déformations des phalanges des doigts caractérisées par un épaississement latéral de l'extrémité des doigts, qui avaient l'apparence de baguettes de tambour. Les ongles, recourbés d'une façon exagérée dans leur longueur comme dans leur largeur, présentaient la déformation en bec de perroquet ou en verre de montre. Ils avaient une coloration rose carminé plus accentuée qu'à l'état normal, et une extrême friabilité, sans striations ni cannelures. Il n'y avait aucune autre lésion osseuse.

2^e CAS. — Fille de 5 ans entrée à l'hôpital Trousseau le 18 février 1895; pneumonie gauche en décembre 1892. Actuellement, pleurésie consécutive; la ponction exploratrice ramène du pus contenant des pneumocoques et des streptocoques, ces derniers en petit nombre. On était frappé de l'élargissement des phalanges des doigts; les ongles, fortement incurvés dans le sens vertical et dans le sens transversal, simulaient le bec de perroquet; leur coloration rose vif était tout à fait remarquable; ils présentaient des sillons perpendiculaires à leur grand axe, étaient amincis et friables. Peu de chose aux pieds. Les parents avaient remarqué l'épaississement des doigts vers la fin de décembre, c'est-à-dire peu de temps après la pneumonie. Une thora-centèse, pratiquée le 19 février, donne 250 grammes de pus; le 10 mars, seconde ponction ramenant 150 grammes de pus; pleurotomie, le 18 mars, lavage à l'eau boricuée, guérison en 28 jours. Pendant l'évolution si rapide de cette pleurésie purulente, les déformations digitales suivaient une marche

régressive, l'élargissement des phalanges s'atténuait, la coloration des ongles pâlisait, l'incurvation diminuait. Enfin tout rentrait dans l'ordre.

J'ai eu l'occasion d'observer deux cas remarquables d'*ostéo-arthropathie hypertrophiante* chez deux enfants, l'un atteint de dilatation bronchique, l'autre de broncho-pneumonie. Dans le premier cas (voir l'article *Dilatation des bronches*, tome III du *Traité des Maladies de l'Enfance*), la lésion était ancienne, chronique, en relation avec une pneumopathie également chronique. Dans le deuxième cas, dont je parlerai plus loin, la déformation s'est faite rapidement, sous nos yeux, dans le cours d'une broncho-pneumonie aiguë.

Depuis que j'avais eu l'occasion d'observer ces cas, j'en ai relevé d'autres en grand nombre chez des enfants atteints de pleurésie purulente, de bronchite chronique, etc. La chose est aujourd'hui banale.

Étiologie. — L'historique qu'on a lu plus haut montre que l'*ostéo-arthropathie hypertrophiante* des extrémités digitales se rencontre à tous les âges et dans les deux sexes. Les adultes n'ont pas le monopole de cette lésion, comme les observations publiées tout d'abord pouvaient le faire croire. Nous connaissons aujourd'hui des observations parfaitement concluantes et démonstratives recueillies chez des enfants de tout âge, chez les plus petits comme chez les plus grands, dans la première comme dans la seconde enfance. J'ai sous les yeux, en écrivant cet article, 8 observations d'*ostéo-arthropathies* infantiles, dont 5 filles et 3 garçons âgés respectivement de 2 ans, 25 mois, 5 ans, 6 ans, 7 ans, 9 ans 1/2, 12 ans, 14 ans. Donc la maladie peut s'observer à tout âge. Est-elle plus fréquente à l'âge adulte que dans l'enfance? Il serait prématuré de l'affirmer. Il y a trop peu de temps que l'attention des médecins est attirée sur elle, les observations publiées sont trop peu nombreuses pour nous permettre d'affirmer dans un sens ou dans l'autre.

L'affection n'est pas héréditaire; cela est noté par tous les observateurs. Elle est acquise, et voici les causes incriminées.

En premier lieu viennent les affections chroniques et suppurantes de l'appareil respiratoire : pleurésie purulente compliquée ou non de tuberculose pulmonaire, bronchite chronique avec dilatation, emphysème, etc. En second lieu nous devons mentionner les maladies aiguës de ce même appareil : pneumonie, pleurésie méta-pneumonique, broncho-pneumonie.

Comment expliquer l'influence des lésions broncho-pleuro-pulmonaires sur la production de l'*ostéo-arthropathie*? Le poumon serait-il une glande comparable à la thyroïde, aux capsules surrénales, etc.; c'est-à-dire un organe sécréteur de toxines ou d'antitoxines jouant un rôle dans la nutrition générale et dans la nutrition locale des extrémités?

On ne peut encore faire à ce sujet que des hypothèses. Le Dr G. Mauge, analysant la thèse du Dr F. Brunet sur le *suc pulmonaire* (*Gazette hebdomadaire*, 1^{er} avril 1897), s'exprime ainsi : « Le poumon, outre la fonction respiratoire, est-il, comme le corps thyroïde, le thymus, les capsules surrénales, le siège d'une sécrétion interne indispensable à l'économie? Déjà cette conception tendant à considérer le poumon comme une glande excrétrice de l'acide carbonique avait, depuis Verdeil, trouvé crédit chez de

nombreux auteurs. Des travaux récents semblent confirmer cette hypothèse. M. Garnier, en particulier, a reconnu que la réaction du poumon frais, après élimination du sang qu'il contient par lavage à l'eau distillée, est franchement acide. Cet acide, que Verdeil avait appelé acide pneumique, n'est pas chimiquement défini, mais serait vraisemblablement, par son action sur les carbonates du sang, la principale cause du dégagement d'acide carbonique. En dehors de ce rôle d'excrétion, l'épithélium pulmonaire sert à l'élimination d'un grand nombre de substances toxiques et volatiles, mais il a probablement aussi une action neutralisante sur celles de ces substances qu'il ne peut éliminer. La clinique est d'accord avec le laboratoire pour admettre l'existence d'une fonction antitoxique pulmonaire. La preuve la plus convaincante en est donnée par les déformations ostéo-articulaires en rapport avec les lésions chroniques de l'appareil pleuro-pulmonaire, lésions qui constituent cette maladie décrite par Marie sous le nom caractéristique d'*ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique*. »

H. Gillet, dans son intéressant travail des *Annales de la polyclinique* déjà cité, se montre très réservé sur la pathogénie du phénomène que nous étudions. Il se demande si les produits capables de provoquer les lésions de l'*ostéo-arthropathie hypertrophiante* ne seraient pas des ptomaines. Il rappelle les recherches de Pouchet, de Bouchard, de Lépine, de Grodet (*Contribution à l'étude des alcaloïdes de l'urine*. Thèse de Paris, 1889). Ce dernier, opérant sur de grandes quantités d'urine, n'a pu trouver que des traces d'alcaloïdes, sans pouvoir les doser. « De si minimes quantités suffiraient-elles, dit Gillet, pour amener de tels désordres? S'agirait-il plutôt de troubles trophiques dont les localisations seules auraient quelque chose de particulier? Cela cadrerait assez bien avec l'extension des lésions sur un grand nombre d'os, avec les tares que la malnutrition générale, secondaire aux lésions pulmonaires, imprime à l'organisme tout entier, etc. »

Anatomie pathologique. — On a rarement l'occasion de faire l'étude anatomique des lésions de l'*ostéo-arthropathie*, d'abord parce que l'affection est souvent curable, ensuite parce qu'on est rarement autorisé en France à enlever les doigts des jeunes sujets. D'après les recherches de Bamberger (*Zeits. f. klin. Med.*, 1890), Rauzier, Lefebvre, il y aurait une ostéo-périostite combinée avec de l'ostéo-porose. Lefebvre qualifie la lésion principale de *médullite subaiguë avec hyperplasie et condensation de l'os sous-périoste*. Mais il s'agissait d'un adulte, et d'une forme chronique. Chez l'enfant, particulièrement dans la forme aiguë et curable, les lésions ne sauraient être aussi profondes.

D'ailleurs, M. Teleky (*Club médical de Vienne*, 18 janvier 1897), qui a étudié les doigts hippocratiques au moyen des rayons de Röntgen, déclare n'avoir jamais trouvé d'altérations osseuses, mais seulement des modifications portant sur les parties molles. Au point de vue chimique, d'après une analyse de Chabrié (*Thèse de Lefebvre*), les os malades présenteraient une augmentation considérable des matières organiques (49 pour 100, au lieu de 55). Sur ces 49 pour 100, il y en aurait 14 de graisse. Il y a en même temps diminution des sels minéraux (51 pour 100, au lieu de 66). Le déficit en

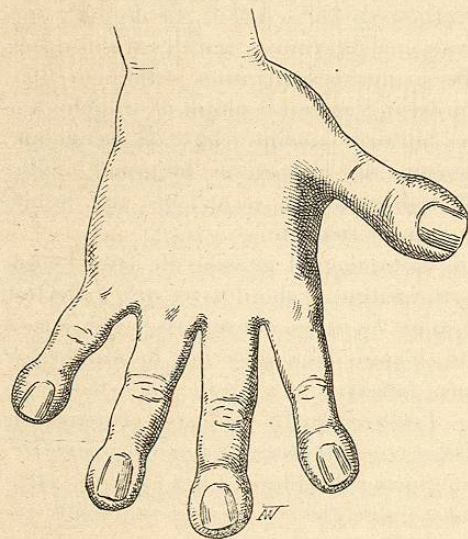
phosphate de chaux est très considérable (11 pour 100, au lieu de 53). Il semble se produire une substitution de la magnésie à la chaux, car on trouve 29 pour 100 de phosphate de magnésie au lieu de 1.

Il serait bon que l'étude anatomo-pathologique de l'ostéo-arthropathie fût reprise chez les enfants. Peut-être ne retrouverait-on pas de lésions aussi marquées que celles dont nous venons de parler.

Symptômes. — Les symptômes de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique sont purement objectifs; l'enfant ne souffre pas, n'accuse aucune douleur, aucune sensation anormale au niveau des phalanges hypertrophiées. Tout se borne à des changements que la vue, le toucher peuvent apprécier, et qui ont trait à la couleur, à la grosseur, à la chaleur des parties atteintes.

La couleur varie; tantôt les extrémités sont violacées, d'un gris bleuâtre, cyanosées en un mot; tantôt elles sont rosées, congestionnées, sans teinte asphyxique véritable. Quand on palpe les extrémités atteintes, on les trouve plus froides que les parties saines, du moins dans les cas anciens et bien accusés. Il y a cyanose et algidité périphérique.

Mais ce qui frappe surtout, c'est la déformation et l'augmentation de volume. Les doigts, au lieu d'avoir leur forme cylindrique habituelle (le



cylindre régulier des phalanges se terminant par une phalange arrondie plutôt moins volumineuse que les phalanges auxquelles elle fait suite), se terminent en baguettes de tambour, c'est-à-dire que l'extrémité phalangeuse est globuleuse et d'un diamètre supérieur à celui des phalanges. On dirait qu'au bout de chaque doigt est appendue une olive (H. Gillet). Ce renflement olivaire est visible sur toutes les faces des doigts. L'ongle, bombé et recourbé par son extrémité inférieure, simule un verre de montre ou un bec de perroquet. Quelques auteurs décrivent des stries, une fragi-

lité anormale de cet organe. Tantôt le renflement terminal des doigts est séparé des phalanges par un rétrécissement plus ou moins étroit, tantôt il se continue en décroissant insensiblement avec elles. Les mêmes déformations sont visibles au niveau des orteils, mais à un degré moindre. Dans la figure ci-jointe on voit la main d'une fillette de 2 ans, morte de broncho-pneumonie double, qui, outre le renflement des phalanges, présentait une véritable cyanose avec refroidissement de ces parties

Voici l'observation de cette fillette: V... Germaine, âgée de 2 ans, entre le 18 décembre 1896 à l'hôpital des Enfants-Malades, pour une bronchite aiguë qui date de 6 jours. C'est une enfant qui a marché tard et qui présente des stigmates de rachitisme. Elle aurait eu des bronchites et des convulsions à diverses reprises. Le 15 décembre dernier, toux plus forte, fièvre vive, légère amygdalite, nuit agitée. Au moment de l'entrée à l'hôpital, abattement, refus de nourriture, fièvre (39°), oppression. On prescrit un vomitif, puis des cataplasmes sinapisés, des ventouses, des compresses froides, des piqûres de caféine. L'auscultation fait entendre de nombreux râles sous-crépitaux avec souffle.

Diagnostic: broncho-pneumonie double. A la fin de décembre, on constate très nettement la déformation des doigts qui se prononce de plus en plus jusqu'à la mort, et qui rappelle les doigts hippocratiques des phtisiques ou des cardiaques. L'enfant succombe le 8 janvier.

Autopsie le 10: hépatisation lobulaire disséminée dans les 2/3 inférieurs des deux poumons, petits lobules jaunes remplis de pus faisant saillie à la surface, pus dans les bronchioles; les grains jaunes sont de volume variable, les uns gros comme des grains de millet, les autres comme des petits pois. Les lobes antérieurs et supérieurs sont emphysémateux. Pas de tubercules dans les poumons ni dans les ganglions du médiastin. Foie gros et congestionné, rate petite (10 grammes), reins pâles, décolorés; estomac très dilaté. En somme, broncho-pneumonie classique arrivée à la période de suppuration. Il ne nous a pas été permis de disséquer les extrémités digitales hypertrophiées.

Chez une autre fillette, à peine plus âgée que la précédente, entrée le 19 février 1897, nous avons constaté aussi des symptômes de broncho-pneumonie double (râles humides, souffle aux bases, toux coqueluchoïde). Cette enfant, qui a été emmenée par ses parents, présentait un renflement en massue de ses extrémités digitales. Les lèvres étaient cyanosées, sa température centrale n'atteignait pas 36°,6. En somme, pneumopathie suppurative, ostéo-arthropathie hypertrophiante, état asphyxique, algidité. L'autopsie n'ayant pas été faite, puisque l'enfant n'est pas morte dans le service, nous n'avons pas pu nous assurer de la présence ou de l'absence de la tuberculose pulmonaire. Mais l'enfant s'étant trouvée en contact depuis 8 mois avec un oncle phtisique, il est probable qu'elle a été contaminée par lui.

Quoi qu'il en soit, tuberculeuse ou non, cette ostéo-arthropathie n'en est pas moins intéressante par sa précocité insolite.

Dans les cas aussi graves que ceux dont je viens de parler, l'ostéo-arthropathie présente un degré très accusé et semble à peu près irrémédiable. Mais dans les cas curables (pneumonie, pleurésie purulente), comme ceux du Dr Moizard, on a vu que l'évolution est bien différente et que le pronostic est relativement bénin. En effet, on assiste à la formation de l'élargissement et de la congestion des phalanges, on constate le parallélisme absolu de cette lésion avec celle de l'appareil respiratoire; quand la pneumopathie guérit, l'ostéo-arthropathie guérit elle-même et sa durée peut être assez courte.

Quand la maladie broncho-pulmonaire tourne à la chronicité, quand il

s'agit d'un empyème chronique ou d'une dilatation des bronches, l'hypertrophie des phalanges s'installe à demeure et peut persister indéfiniment (Voir plus haut l'observation de *bronchectasie* publiée dans le III^e volume de ce Traité).

Donc, considérée en elle-même, l'ostéo-arthropathie pneumique n'a pas une très grande valeur pronostique. Elle n'implique pas forcément le diagnostic d'une tuberculose pulmonaire ou d'une cardiopathie incurables. Elle peut être associée à une broncho-pneumonie, à une pleurésie, etc., susceptibles de guérison. Cependant elle est fâcheuse, car elle indique une auto-intoxication indéniable. On la recherchera donc avec soin, sa valeur sémiologique n'est pas à dédaigner.

Quand l'enfant qui présente l'ostéo-arthropathie des phalanges est atteint à la fois de tuberculose pulmonaire et d'empyème (faits de Moussous et de Gillet), on ne sait tout d'abord laquelle de ces deux affections il faut incriminer. La marche régressive de l'ostéo-arthropathie a montré que la tuberculose pouvait être écartée, la guérison de l'empyème ayant mis fin au phénomène. « Il semblerait donc, dit Gillet, que les déformations fussent en rapport plutôt avec la présence du pus dans la plèvre qu'avec la tuberculose pulmonaire, puisque cette dernière persiste, tandis que les doigts reprennent leur forme habituelle. »

Diagnostic. — Il faut d'abord distinguer l'ostéo-arthropathie hypertrophique pneumique de l'*acromégalie*, ce que M. Marie avait eu soin de faire déjà. Or cette tâche est assez facile, du moins chez l'enfant. La déformation est limitée aux phalanges, les mains ne sont pas déformées ni augmentées de volume dans leur ensemble; la face, le crâne, sont indemnes. On ne remarque jamais chez l'enfant ce faciès hébété, inerte, stupide de l'acromégalique. Enfin on trouve presque toujours, du côté de l'appareil respiratoire ou circulatoire, des symptômes qui viennent confirmer le diagnostic basé sur l'examen des *doigts hippocratiques*.

Reste à déterminer ensuite la cause de l'ostéo-arthropathie. Elle peut dépendre d'une lésion organique du cœur (*cyanose congénitale*), et alors, outre les signes stéthoscopiques, on note la cyanose des lèvres, de la langue, de la face, l'exophtalmie, le refroidissement cutané, la dyspnée exagérée par les efforts et la marche, etc.

Elle peut être causée par la tuberculose pulmonaire chronique, par la phtisie ulcéreuse, et l'auscultation des poumons met le fait hors de doute.

Ces deux causes éliminées (cyanose congénitale, tuberculose pulmonaire), on n'a plus qu'à envisager les diverses pneumopathies suppuratives énumérées plus haut (dilatation des bronches, pneumonie, broncho-pneumonie, pleurésie purulente, etc.). L'étude attentive du malade permet de rapporter l'ostéo-arthropathie à sa véritable cause.

Les cas légers, aigus, passagers seront aisément méconnus; il faut que le médecin ait son attention attirée sur ce petit phénomène pour le voir et l'apprécier à sa valeur. La petite fille de 2 ans, broncho-pneumonique, dont j'ai fait reproduire plus haut la main, avait été observée par d'autres médecins qui n'avaient pas pris garde à l'hypertrophie de ses phalanges.

Cette omission ne doit pas être rare; là, comme en beaucoup d'autres cas, il est bon que le médecin soit prévenu.

Traitement. — Le traitement ne saurait être local et direct; nous ne pouvons pas atteindre par des topiques ce travail intérieur qui se passe sous la peau, sous le périoste, dans l'os. Mais peut-être pouvons-nous dans quelques cas modifier ou tarir la source de l'auto-intoxication dont l'ostéo-arthropathie n'est qu'un effet local et éloigné.

Guérir la pleurésie purulente, faire disparaître le catarrhe bronchique, par les moyens chirurgicaux ou médicaux dont nous disposons, c'est en même temps guérir l'ostéo-arthropathie. Nous la guérissons lorsque la pneumopathie qui l'a engendrée sera elle-même curable. Nous échouons au contraire quand nous nous trouverons en présence d'une cardiopathie congénitale ou d'une phtisie ulcéreuse.

Dans ce dernier cas, tout n'est pas perdu, et l'on parle même aujourd'hui de suppléer à l'insuffisance du poumon par l'ingestion du *suc pulmonaire*. On a pu préparer des extraits glycerinés de ce suc (Brunet, *Thèse de Bordeaux*, 1896) inoffensifs pour les malades, et jusqu'à un certain point curateurs. MM. Demons et Binaud ont pu, par ce moyen, obtenir l'amélioration durable, sinon la guérison, d'un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophique pneumique. L'avenir dira ce que nous sommes en droit de demander à cette méthode nouvelle.