

Henoch, considérant la bénignité du pronostic des oreillons chez les enfants, croit superflu de les isoler. Laveran partage cette opinion et va même plus loin; d'après lui, vu la rareté de l'orchite dans l'enfance, et sa fréquence plus tard, il serait avantageux pour un enfant de contracter une maladie qui l'assureraient contre des éventualités génitales fâcheuses. Si nous quittons ce point de vue un peu fallacieux au fond, quoique séduisant dans la forme, nous penserons qu'il n'est pas bon d'exposer tous les enfants à une contagion, et que rien de favorable ne saurait résulter pour l'organisme d'une invasion microbienne quelconque. Les oreillons sont bénins le plus souvent, je le veux bien; mais ils peuvent se compliquer, même chez les enfants, d'orchite, de néphrite, d'otites, de paralysies, d'accidents méningitiques, etc., sans parler des infections secondaires suppuratives. Il faut donc, chaque fois qu'on le pourra, chercher à enrayer les épidémies d'oreillons, et soustraire à leurs atteintes le plus grand nombre d'enfants possible.

Les oreillons sont contagieux dès le début, avant même le gonflement des glandes salivaires; ils restent contagieux pendant toute la durée de ce gonflement et même après. Il faut donc éloigner des écoles tout enfant pris d'oreillons et n'autoriser sa rentrée qu'après 25 ou 30 jours. Sir Thomas Raven serait parvenu à éteindre une épidémie d'oreillons, qui sévissait dans un pensionnat de 450 élèves, en faisant entrer à l'hôpital tous ceux qui montraient les premiers signes de la maladie (Catrin).

D'après quelques observations (Roth), la contagion pourrait se faire par des tiers, le germe s'attacherait aux vêtements, à la literie, etc. Il faudra donc prendre des précautions contre le transport médiateur du germe, et désinfecter avec soin les meubles et les locaux contaminés. « Le micro-organisme des oreillons est, en effet, dit Catrin, très résistant et persistant, et si, dans quelques cas, la désinfection a paru empêcher les récurrences, il en est de beaucoup plus nombreux où elle s'est montrée absolument inefficace. » Il ne faudrait donc pas, dans les collèges, dortoirs, salles d'études, se contenter d'une désinfection sommaire par les pulvérisations antiseptiques ou les fumigations soufrées, mais faire au besoin une remise à neuf des murs et des parquets, en même temps qu'une désinfection par l'étuve de tous les objets transportables. Ces mesures ne seraient obligatoires que dans les cas d'épidémies invétérées, et à répétition.

Dans les hôpitaux, il faut aussi, autant que possible, isoler les enfants atteints d'oreillons, et cela est d'autant plus nécessaire que les sujets exposés à la contagion sont déjà malades, c'est-à-dire affaiblis, vulnérables, prédisposés aux complications et aux suites fâcheuses d'une nouvelle maladie.

X

FIÈVRE GANGLIONNAIRE

PAR LE D^r J. COMBY

La fièvre ganglionnaire, *Drüsenfieber* de E. Pfeiffer, est une maladie infectieuse, généralement bénigne, caractérisée par l'association constante d'un mouvement fébrile plus ou moins accusé, mais éphémère, avec un engorgement ganglionnaire cervical plus durable.

Telle est la définition clinique qu'on peut donner actuellement de cet état morbide, dont la nature intime n'est pas encore fixée, et dont la désignation même a pu prêter à la controverse. Pour juger sainement la question, un exposé historique me paraît nécessaire.

Historique. — Le D^r E. Pfeiffer, de Wiesbaden, qui a attiré le premier l'attention des médecins d'enfants sur cette maladie (*Jahrb. f. Kinder.*, 1889), en a rapporté plusieurs exemples. Voici le type qui se dégage de sa description : un jeune enfant est pris brusquement de fièvre, la température monte à 39 ou 40 degrés, l'appétit a disparu, la déglutition semble un peu gênée. Si l'on examine le cou, on trouve derrière le sterno-mastoïdien des ganglions gros et douloureux à la pression. Au bout d'un ou deux jours, la fièvre tombe, mais l'adénopathie persiste; unilatérale d'abord, elle peut devenir bilatérale. Parfois la fièvre dure une huitaine de jours. L'examen de la gorge peut montrer de la rougeur. Le foie et la rate seraient dans quelques cas augmentés de volume, et l'enfant accuserait des douleurs à l'hypogastre.

Quoique Pfeiffer n'ait pas vu l'engorgement affecter d'autres ganglions que ceux du cou, il admet la possibilité d'adénopathies pharyngiennes, thoraciques, mésentériques, expliquant la toux, la dysphagie, la douleur abdominale. Dans tous les cas, il s'agit pour lui d'une maladie infectieuse et peut-être contagieuse.

En dehors de ce type aigu assez nettement dégagé, Pfeiffer a décrit une forme subaiguë durant plusieurs semaines, entraînant de la diarrhée, de l'amaigrissement, avec adénopathie mésentérique. Mais, entre le type aigu cervical et le type subaigu mésentérique, il y a trop de différences pour les confondre dans une description commune.

Le D^r E. Starck (*Jahrb. f. Kinder.*, 1890), confirmant les recherches de Pfeiffer, publie douze cas inédits; il s'agit, dans ces observations, d'enfants entre 2 et 8 ans, qui, après avoir eu de la fièvre, de la céphalée, des vomissements, présentaient des masses ganglionnaires cervicales unilatérales ou bilatérales. Plusieurs malades avaient de l'érythème pharyngé avec dysphagie, quelques-uns toussaient. Rien du côté des ganglions axillaires ou inguinaux, une fois seulement le foie et la rate ont paru tuméfiés, une autre fois le rein a été touché; constipation presque constante. Frappé de ce fait, l'auteur invoque la stercorémie.

La divulgation de ces cas éveilla l'attention des médecins d'enfants et la maladie, jusque-là négligée ou méconnue, devint l'objet de nombreuses publications. Le Dr Protassow (*Jahrb. f. Kinder.*, 1891) a recueilli quatre observations chez des enfants de 4 à 8 ans, dans deux familles, comme si la contagion avait joué un rôle dans la propagation de la maladie. Il croit que Filatow, Korsakoff avaient vu la fièvre ganglionnaire avant Pfeiffer. Plus tard Kissel a revendiqué cette priorité en faveur de Rauchfuss et de lui-même (Moscou, 1895). H. Neumann (*Berlin. klin. Woch.*, déc. 1891) a rencontré 27 cas d'adénites cervicales fébriles chez des enfants en bas âge (11 à 1 an ou au-dessous, 10 entre 1 an et 2 ans, 6 entre 2 et 4 ans). Il insiste sur la brutalité du début, sur la fièvre; sur l'apparition ultérieure d'engorgements ganglionnaires aux côtés du cou. Il a observé 15 fois la suppuration des adénites. Dans deux cas, l'adénite avait été précédée d'angine, et, dans 10 cas, d'otite moyenne. L'examen du pus, pratiqué 7 fois, a montré le streptocoque 5 fois, le streptocoque associé au staphylocoque 2 fois. Neumann pense que l'adénite est due à la pénétration du streptocoque par les cavités nasales.

Le Dr Muggia, sous le nom de lymphadénite cervicale aiguë des enfants (*Gaz. med. di Torino*, 1895), rapporte 4 cas de fièvre ganglionnaire et place la porte d'entrée du germe pathogène dans la bouche ou le naso-pharynx.

Le Dr A. Moussous (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, juin 1895) cite deux observations un peu différentes des précédentes : un enfant de 8 ans accuse des douleurs cervicales, de la céphalée, de l'insomnie; la gorge n'est pas rouge; on sent sur les parties latérales du cou, de l'angle de la mâchoire à la clavicule, des ganglions gros et sensibles à la pression; langue saburrale, constipation; pouls 110 à 115, température 39°,2; un peu de toux, quelques vomissements, puis quintes coqueluchoïdes; légère submatité interscapulaire. Au bout de 10 jours, les ganglions avaient diminué, mais l'enfant restait maigre, affaibli, couvert de sueurs. Un autre enfant, âgé de 12 ans, présente, à la suite d'une rougeole, de la fièvre et des ganglions douloureux; le thermomètre marque 39°,5; céphalalgie, nausées, toux quinteuse. Guérison en 5 semaines. Dans ces deux cas, l'engorgement n'a été apparent que sur les ganglions du cou; mais les caractères de la toux et la localisation de la matité font penser à l'envahissement des ganglions du médiastin.

Dans un petit mémoire sur *la fièvre ganglionnaire (la Médecine infantile, 15 janvier 1894)*, j'ai rapporté 15 observations recueillies chez des enfants jeunes (7 mois, 8 mois, 9 mois, 15 mois, 16 mois, 18 mois, 2 ans, 5 ans, etc.), et offrant entre elles les analogies les plus étroites. On peut résumer en quelques lignes le tableau clinique offert par ces différents petits malades : fièvre soudaine et imprévue durant un petit nombre de jours, apparition au moment de la chute de la fièvre d'un engorgement angulo-maxillaire plus ou moins volumineux, persistance de ce gonflement pendant 10, 15 jours, terminaison habituelle par la résolution spontanée, suppuration très rare de l'adénite, érythème pharyngien dans quelques cas.

Depuis cette époque, d'autres faits ont été publiés, les uns conformes au

type que je viens de décrire, les autres s'en éloignant plus ou moins. Parmi ces derniers, je citerai l'observation du Dr Desplats (*Fièvre ganglionnaire terminée par la mort*, in *Journ. des sc. méd. de Lille*, 4 août 1894). Un petit garçon de 18 mois, délicat, né avant terme, est pris, vers le 5 ou 6 janvier, de fièvre, de catarrhe naso-pharyngien pendant 2 jours, puis les ganglions du cou se tuméfient et la face devient pâle et bouffie. Le 12 janvier, la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires et cervicaux est frappante; la rate a semblé un peu grosse. Le 16, apparition d'un érythème infectieux sans fièvre; le 25, retour de la fièvre, les ganglions persistent (40°). L'adénopathie se résout ensuite. Le 10 février, l'enfant est entré en convalescence. Le 19, rechute, frisson (40°); le 14 mars, mort avec œdème pulmonaire. Il n'est pas certain que ce cas, si grave, à propos duquel l'auteur parle d'*adénie aiguë*, se rapporte à la fièvre ganglionnaire.

Le Dr Soca, de Montevideo (*La néphrite dans la fièvre ganglionnaire, in la Médecine infantile*, du 15 septembre 1895), a insisté sur une complication que le Dr Heubner avait déjà signalée, après Starck. Un garçon de 11 ans est pris, le 4 juillet, de fièvre avec courbature (pouls 115, température 39°,7). Le cou est raide, les amygdales sont rouges, il y a un peu de dysphagie; engorgement ganglionnaire de chaque côté du cou, à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs; tuméfaction grosse comme un œuf de pigeon au bord postérieur du sterno-mastoïdien; les jours suivants, cette tuméfaction ne fait qu'augmenter. Le 17, les urines sont albumineuses, puis elles deviennent rares et sanguinolentes, comme dans la néphrite scarlatineuse. Le 22, le visage est bouffi; on constate 1 gr. 45 d'albumine par litre, avec des cylindres hyalins et granuleux. L'albuminurie persiste jusqu'en septembre; l'enfant guérit. Dans un second cas, l'albuminurie se montra dès le début de la fièvre ganglionnaire et ne dura que 6 jours.

La monographie la plus complète sur la fièvre ganglionnaire a été publiée par mon élève le Dr H. Gourichon (*Essai sur la fièvre ganglionnaire*, thèse de Paris, déc. 1895). L'auteur, après avoir résumé la plupart des observations connues, donne une observation inédite prise dans mon service de l'hôpital Trousseau. Il s'agit d'une fillette de 15 ans, entrée le 8 août 1895, salle Blache, pour de la gastralgie avec vomissements. Le 30 août, la température monte à 39°,4, puis à 40°, 40°,6, 40°,8 et ne redescend à 39 degrés que le septième jour. Au moment de l'entrée, elle n'avait que des symptômes d'embarras gastrique. Elle était guérie depuis assez longtemps et se préparait à quitter l'hôpital quand elle a présenté cette poussée de fièvre accompagnée de courbature, de céphalalgie, d'épistaxis répétées. Une de ces épistaxis fut si abondante qu'elle nécessita le tamponnement. Cinq jours seulement après le début de la fièvre, on constate de la raideur du cou et des ganglions cervicaux à gauche; rien dans la gorge. Les ganglions atteignent le volume d'un œuf de pigeon. Constipation. Le gonflement des ganglions persiste pendant plus d'un mois; le 15 octobre, ils avaient disparu. Guérison complète.

On voit, par cet exemple, que la fièvre ganglionnaire peut s'annoncer avec un certain éclat et présenter une hyperthermie inquiétante. La signa-

ture de la maladie, ici comme dans les autres cas, c'est l'*engorgement ganglionnaire*.

Étiologie et pathogénie. — La fièvre ganglionnaire est relativement fréquente dans l'enfance, surtout dans la première enfance, entre 6 et 50 mois, à l'époque de la dentition. Et les mères ne manquent pas d'invoquer cette raison mystérieuse, qui n'en est pas une. D'ailleurs la fièvre ganglionnaire ne respecte pas la seconde enfance; on la rencontre à 4, à 6, à 10, à 14 ans; on peut aussi, mais exceptionnellement, l'observer chez les adultes. Sur 80 cas résumés dans la thèse de Gourichon, nous trouvons 44 enfants âgés de 2 ans ou au-dessous (de 5 mois à 24 mois), et 56 enfants au-dessus de 2 ans. On voit qu'il n'y a pas une grande différence numérique entre la première et la seconde enfance, mais cette différence est en faveur de la première enfance.

Quant au sexe, il ne paraît pas jouer de rôle appréciable dans la répartition des cas, les filles étant presque aussi souvent atteintes que les garçons.

L'influence du froid (promenade à pied ou en voiture découverte, par un temps humide ou froid) a été relevée dans un certain nombre d'observations, et c'est une cause qui, pour être banale, n'en mérite pas moins toute notre attention. Après le refroidissement accidentel, il convient de citer les causes d'affaiblissement de l'organisme, la mauvaise alimentation, la gastro-entérite, les maladies aiguës, etc. Dans quelques cas, on a pu invoquer la contagion (2, 5, 4 enfants de la même famille pris simultanément ou successivement). Mais, si l'on est porté à admettre que la maladie puisse naître par contagion, il faut reconnaître que, dans la plupart des observations, cette origine est absente. Le rôle que Czajkowski a voulu faire jouer à l'influenza comme cause générale de la fièvre ganglionnaire nous paraît exagéré.

Comment doit-on comprendre la genèse des accidents? Deux faits sont à retenir dans ce but: 1° la rougeur de la gorge, l'angine érythémateuse, la dysphagie relevée assez souvent; 2° la localisation des engorgements ganglionnaires (angle de la mâchoire). Cette double constatation ne met-elle pas sur la voie de la porte d'entrée de la maladie et de la marche du processus? C'est par la gorge que la maladie s'accuse d'abord, c'est par le pharynx, par les amygdales que le germe pénètre; et la preuve, c'est que les ganglions qui reçoivent leurs lymphatiques de l'arrière-bouche ne tardent pas à être tuméfiés et douloureux. Voilà la première étape de l'infection; de là elle peut se répandre dans les ganglions du voisinage, descendre même dans le médiastin et au besoin se généraliser.

Il nous semble donc que la fièvre ganglionnaire est une infection de la muqueuse bucco-pharyngée, se propageant par la voie lymphatique, s'arrêtant généralement aux premiers ganglions qu'elle rencontre, les dépassant dans quelques cas exceptionnels. Cette infection est plus ou moins intense, plus ou moins grave, d'où la diversité des cas, la bénignité des uns, la sévérité des autres.

Quant au microbe pathogène à incriminer, c'est très probablement le streptocoque, hôte habituel des cavités muqueuses de la face, dont la présence a été signalée par Neumann dans le pus des abcès ganglionnaires qu'il

a ouverts. Il s'agit donc très probablement d'une infection streptococcique bénigne, à porte d'entrée amygdalienne; peut-être faut-il aussi admettre la possibilité de l'infection par la muqueuse nasale et par les voies respiratoires supérieures (Neumann, Combemale).

Voilà tout ce qu'on peut dire à l'heure actuelle sur l'étiologie et la pathogénie de la fièvre ganglionnaire. Peut-être des recherches ultérieures, des investigations anatomo-pathologiques, qui nous manquent encore, viendront-elles modifier ou préciser cette appréciation.

Sans doute la fièvre ganglionnaire n'est pas une entité morbide et l'on a pu dire qu'elle n'était qu'un *rameau de cet arbre touffu qui représente les infections d'origine pharyngée* (*Gazette hebdomadaire*, 5 janvier 1896).

Mais on peut en dire autant de toutes les maladies infectieuses non spécifiques (fièvre puerpérale, érysipèle, pneumonie, angines aiguës, méningites, pleurésies, etc.), qui ne sont aussi que des rameaux d'arbres touffus ayant noms *streptococcie*, *pneumococcie*, *staphylococcie*, *colibacillose*, etc.

En attendant que les progrès de la bactériologie nous autorisent ou nous obligent à grouper les localisations les plus diverses d'un même agent pathogène sous la même étiquette, force nous est bien, pour la clarté des descriptions et la logique des classifications, de tenir compte des localisations et de dégager les types cliniques qui intéressent la pratique de la médecine.

Symptômes. — Le début de la fièvre ganglionnaire est généralement brusque; l'enfant, bien portant la veille, est pris de fièvre, avec anorexie, abattement, parfois nausées et vomissements. La température s'élève à 39°, 40°; elle persiste ainsi pendant 56, 48 heures, parfois plusieurs jours, avec des rémissions matinales accusées.

Cependant l'examen de la peau, la palpation du ventre, l'auscultation de la poitrine ne révèlent rien d'anormal. Il n'y a pas d'éruption, il n'y a pas de bronchite. On est dans l'incertitude la plus complète et l'anxiété la plus grande. L'enfant a bien quelquefois un peu mal à la gorge, il avale avec quelque difficulté; l'examen du pharynx ne révèle rien dans la plupart des cas, ou ne montre qu'une légère congestion érythémateuse des amygdales ou des piliers du voile du palais. Il n'y a pas, à proprement parler, d'angine, et ce mot n'est prononcé qu'en désespoir de cause.

Mais bientôt tous les doutes vont être levés et une étiquette va pouvoir être apposée sur ce cas embarrassant. Au bout de 2 ou 3 jours, rarement plus tard, on voit pointer, à l'angle gauche ou droit du maxillaire inférieur, une tuméfaction légère qui va s'accroissant par la suite et peut acquérir le volume d'un œuf de pigeon ou d'un œuf de poule. L'examen attentif du gonflement cervical montre qu'il s'agit de deux ou trois ganglions tuméfiés, durs, douloureux à la pression, enflammés en un mot, avec participation légère de l'atmosphère celluleuse périphérique.

L'adénopathie gêne les mouvements spontanés de la tête, raidit le cou, et donne parfois l'apparence d'un torticolis. Si, à ce moment, effrayé par cette adénopathie soudaine, le médecin examine de nouveau la gorge, il est surpris de la trouver nette ou à peu près. Il n'y a pas de diphthérie, il n'y a pas d'angine. Pendant ce temps la fièvre, loin de continuer sa marche ascen-

sionnelle, descend rapidement et l'apyrexie est bientôt complète. L'enfant devient plus gai, recouvre un peu d'appétit, le fort de la maladie est passé.

Tout serait fini si l'adénopathie avait disparu, mais elle persiste et va se résoudre avec une certaine lenteur. Dans les cas les plus légers, et quelle que soit la médication employée, l'engorgement ganglionnaire dure quinze jours ou trois semaines; quelquefois le ganglion principal met plusieurs mois à s'effacer entièrement.

Dans l'immense majorité des cas, l'inflammation, qui a envahi les ganglions, est sourde, peu dolente, dénuée d'acuité; et elle se termine par la résolution. La suppuration est possible, mais elle est loin d'être la règle, et l'on doit chercher à l'éviter par tous les moyens.

Dans les cas que j'ai vus, la tuméfaction ganglionnaire a toujours été primitivement unilatérale et angulo-maxillaire; quelques auteurs ont vu des fièvres ganglionnaires bilatérales. La tuméfaction ne s'est pas toujours limitée aux ganglions rétro-maxillaires, elle a pu envahir les ganglions sous-maxillaires, la chaîne latérale descendante du cou, et, par exception, les ganglions des aisselles et des aines.

Quant à l'envahissement des ganglions médiastinaux et mésentériques attestés par la toux coqueluchoïde et par les coliques abdominales, il n'est pas démontré. Sans doute cette conception d'une infection streptococcique pénétrant par les amygdales, cheminant dans les ganglions cervicaux voisins, pour se répandre ensuite dans tout le système lymphatique, cette sorte d'adénie aiguë, est séduisante; mais elle n'est pas établie sur des faits concluants. La fièvre ganglionnaire est une infection localisée dans un département étroit du système lymphatique.

La guérison complète et rapide, sans suites fâcheuses, sans convalescence pénible, m'a semblé terminer la fièvre ganglionnaire dans la plupart des cas, pour ne pas dire dans tous. Le pronostic est d'une bénignité absolue. Je dois pourtant signaler les complications et les terminaisons défavorables rapportées par quelques auteurs.

La suppuration des ganglions tuméfiés est la moins rare et aussi la moins grave des complications de la fièvre ganglionnaire; quand elle se déclare, on voit la peau rougir et s'empâter autour des ganglions tuméfiés, et on constate bientôt un point fluctuant qui indique le moment d'intervenir. Après l'ouverture aseptique du foyer, la guérison ne se fait pas attendre. Pour ma part, je n'ai vu que très exceptionnellement cette terminaison suppurative. On peut voir l'otite moyenne, l'abcès rétro-pharyngien signalés par Neumann; j'ai traité, avec le Dr Luis Agote (de Buenos-Aires), un enfant de 16 mois pour un abcès rétro-pharyngien consécutif à la fièvre ganglionnaire; ces accidents sont des complications des pharyngites, des catarrhes naso-pharyngiens, qui accompagnent la fièvre ganglionnaire.

Une complication assurément rare, et qui peut être sérieuse, est celle qui a été observée sur une fillette de mon service; je veux parler de ces épistaxis répétées, qui, au moment de la période fébrile, ont nécessité le tamponnement des fosses nasales.

L'albuminurie, l'hématurie, la néphrite ont été rencontrées par Heubner,

Starck, Soca; on avait sous les yeux le tableau de la néphrite scarlatineuse, cependant les enfants ont guéri. D'autres fois, l'albuminurie est légère et cesse avec la fièvre. Comme toutes les maladies infectieuses, la fièvre ganglionnaire peut se compliquer de néphrite; mais cette complication est rare, et quand elle se présente, elle est généralement curable.

En somme, comme on le voit, le chapitre des complications de la fièvre ganglionnaire est fort court; et l'on peut dire que cette maladie évolue d'ordinaire avec une grande simplicité.

Diagnostic. — Le diagnostic est impossible avant l'apparition du gonflement ganglionnaire; et il est assez délicat après la manifestation de ce symptôme, quand on n'est pas prévenu. Avant l'apparition de l'adénopathie, en présence d'une fièvre plus ou moins vive, avec état général plus ou moins inquiétant, impossible de se prononcer. Cette invasion aiguë peut se rapporter à une fièvre éruptive, à la grippe, à la pneumonie, à la fièvre éphémère. On retourne l'enfant dans tous les sens, on le palpe, on l'ausculte, on examine sa gorge, on ne trouve rien. On ne peut porter de jugement avant quelques jours, avant l'apparition d'un symptôme caractéristique.

L'adénopathie s'est enfin montrée, et l'incertitude se limite à un petit nombre d'affections. La première pensée qui se présente est celle d'une angine; on songe même à la diphtérie. Or l'examen de la gorge est le plus souvent négatif; il y a bien quelquefois un peu de rougeur des amygdales, un peu de dysphagie, mais pas d'exsudat, rien qui rappelle de près ou de loin la diphtérie. On pourra d'ailleurs éliminer cette dernière affection en ensemençant le mucus de la gorge sur le sérum de bœuf gélatinisé et en portant à l'étuve à 57°. Si, au bout de 24 heures, il n'y a pas de colonies de bacilles de Loeffler, force est bien d'éliminer absolument la diphtérie.

On cherche, du côté de la peau, à la face, autour de l'oreille, au cuir chevelu, une lésion quelconque, une porte d'entrée à l'infection adéno-lymphatique. Le tégument est net partout. La carie dentaire pourrait expliquer une adénopathie sous-maxillaire, mais non un engorgement angulo-maxillaire, ou latéral du cou. D'ailleurs, le plus souvent, ou bien l'enfant a des dents saines, ou bien il n'en a pas du tout.

Reste la crainte d'une adénopathie tuberculeuse. Or cette adénopathie n'a jamais une invasion bruyante; elle naît et croît sourdement, sans bruit, sans réaction générale; elle suit une marche progressive, mais lente, qui diffère radicalement de la poussée aiguë et soudaine qui caractérise la fièvre ganglionnaire. Ce que Legroux a appelé la *micropolyadénopathie* des enfants du premier âge, ne peut être assimilé à la fièvre ganglionnaire; elle se présente en effet sous forme d'une multitude de petits ganglions durs, indolents, qui ne sont pas apparents à la vue, qui ne se révèlent qu'à un palper attentif. Ces petits ganglions n'évoluent pas, ils persistent indéfiniment, sans augmenter de volume, sans déterminer de réaction locale ni générale.

Après avoir ainsi passé en revue toutes les causes et toutes les formes d'adénopathies cervicales dans l'enfance, on en arrive à séparer une espèce, un type spécial, qui diffère absolument des autres; c'est l'*adénite aiguë fébrile*, simple, non tuberculeuse, non spécifique, c'est la fièvre ganglion-

naire, qui, à sa période d'état, sera aisément reconnue par ceux qui l'auront vue une fois. Plus tard, quand l'adénopathie tarde à se résoudre, quand elle passe à l'état chronique, ou bien quand elle suppure, l'embarras sera plus grand, surtout si les commémoratifs manquent et si le début lointain échappe à la sagacité du médecin.

Alors la tuberculose ganglionnaire hantera l'esprit de l'observateur, et la question d'une intervention plus ou moins radicale se posera. Avant d'aller de l'avant, il serait bon, en pareil cas, d'examiner bactériologiquement le contenu du ganglion, de faire des inoculations au cobaye. Si l'on ne trouve que des streptocoques, si les inoculations restent stériles, la tuberculose sera résolument écartée, et le diagnostic rétrospectif de fièvre ganglionnaire deviendra possible.

Je n'ai pas parlé de l'adénie, que certains auteurs ont voulu voir dans quelques cas de fièvre ganglionnaire grave. L'adénie, proche parente de la leucocythémie, est une maladie plutôt chronique, dont les allures diffèrent beaucoup de celles de la fièvre ganglionnaire. Dans la *fièvre ganglionnaire*, nous avons une adénopathie aiguë limitée qui, après avoir atteint rapidement son acmé, décroît avec une certaine lenteur, mais finit par se résoudre complètement, dans un temps relativement court (quelques semaines). Dans l'adénie, nous avons des masses ganglionnaires qui se développent graduellement, progressivement, au cou, au-dessus des clavicules, sous les aisselles, qui envahissent le médiastin, qui se généralisent, sans marquer aucune tendance à rétrocéder ni à guérir. En même temps l'état général s'altère et la composition du sang finit par se modifier notablement (augmentation des leucocytes). Les différences entre les deux maladies sont trop grandes pour qu'il y ait la moindre hésitation à avoir.

Après cela, il est permis de dire que le diagnostic de la fièvre ganglionnaire est relativement facile.

Traitement. — Le traitement est des plus simples, à la fois général et local. Il y a une fièvre vive, qu'il faut chercher à atténuer à l'aide des antipyrétiques les moins dangereux que nous connaissons. On donnera la quinine ou l'antipyrine, ou ces deux médicaments associés.

Quand il s'agit d'enfants très jeunes, de nourrissons, il ne faut pas songer à la voie stomacale pour l'introduction de ces médicaments; ils seraient difficilement avalés et ils pourraient être vomis. On fera des injections sous-cutanées de chlorhydrate neutre de quinine, ou l'on donnera des suppositoires contenant un sel de quinine, avec ou sans mélange d'antipyrine. Pour injections sous-cutanées, on pourra formuler :

| | |
|---|----------------------|
| Chlorhydrate basique de quinine | 2 grammes |
| Antipyrine | 5 — |
| Eau distillée q. s. pour | 10 centimètres cubes |

Une seringue de Pravaz par jour, ou même deux si la fièvre est intense.

| | |
|-------------------------------------|----------------------|
| Bichlorhydrate de quinine | 2 ^{er} ,50 |
| Eau distillée q. s. pour | 10 centimètres cubes |

Une seringue de Pravaz par jour, ou même deux si la fièvre est intense.

En suppositoires, on pourra prescrire :

| | |
|----------------------------------|---------------------|
| Beurre de cacao | 2 grammes |
| Bromhydrate de quinine | 0 ^{er} ,15 |

Pour un suppositoire. En introduire un matin et soir.

| | |
|------------------------------|-------------------------|
| Beurre de cacao | 2 grammes |
| Sulfate de quinine | } ã 0 ^{er} ,20 |
| Antipyrine | |

Pour un suppositoire. En introduire un matin et soir.

S'il y a de l'insomnie, de l'agitation, on ajoutera une petite dose de chloral au suppositoire :

| | |
|----------------------------------|---------------------|
| Beurre de cacao | 2 grammes |
| Bromhydrate de quinine | 0 ^{er} ,20 |
| Hydrate de chloral | 0 ^{er} ,05 |

Pour un suppositoire à introduire le soir (enfants de 1 à 2 ans).

L'enfant sera gardé à la chambre, tenu chaudement, mis à la diète lactée, s'il n'y était déjà. L'anorexie, l'embarras gastrique qu'il présente concurremment avec la fièvre, indiquent l'emploi immédiat d'un purgatif. On prescrira, soit une cuillerée à café d'huile de ricin, soit une petite dose de calomel (5 centigrammes par année d'âge, avec jalap ou scammonée, même dose, à prendre dans une cuillerée de lait). Si la constipation ne cède pas, on prescrira un petit lavement de 100 à 150 grammes additionné de 10 grammes de glycérine, ou de 20 à 40 grammes de miel de mercuriale.

Localement, on protégera la tuméfaction avec une bonne couche d'ouate hydrophile et un bandeau. Si la tuméfaction est douloureuse, on fera, matin et soir, des onctions avec un liniment chloroformé ou laudanisé (baume tranquille, 20 grammes; laudanum et chloroforme, 2 grammes). Si elle tarde à se résoudre, on fera, tous les deux jours, des badigeonnages de teinture d'iode, ou des onctions avec la pommade suivante :

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Vaseline | 50 grammes |
| Iodure de potassium | } ã 2 grammes |
| Iodure de plomb | |

L'application d'un emplâtre de Vigo ou d'un emplâtre rouge servira aussi de résolutif. S'il y a suppuration, on incisera et on fera un pansement antiseptique.

La contagiosité possible de la fièvre ganglionnaire indique l'adoption de quelques mesures d'isolement. Tout enfant qui, dans une famille ou dans une collectivité d'enfants, sera pris de fièvre ganglionnaire, devra être immédiatement isolé des autres enfants, jusqu'à guérison complète. Il ne sera rendu à la vie commune qu'après des irrigations répétées de la gorge avec l'eau boricuée, l'eau bouillie, et des bains antiseptiques (2 à 5 grammes de sublimé corrosif par bain, soit 1 gramme en moyenne pour 10 litres d'eau).