

XXIX

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

PAR LE D^r H. BARBIER

Médecin de l'Hôpital Hérold (Enfants-Malades).

L'étude du rhumatisme dans un traité de pathologie spéciale comme celui-ci ne doit pas comprendre tout ce qui concerne la pathologie générale du rhumatisme, et qui ne s'applique pas spécialement à son évolution chez les enfants. Nous renvoyons pour les détails de ce genre, — bactériologie, épidémiologie, anatomie pathologique, etc., — aux traités généraux de médecine où ces questions sont traitées à fond et en détail.

La description qui va suivre s'applique d'autre part au *rhumatisme articulaire aigu franc*, du moins à ce qui est, aujourd'hui encore, considéré comme tel : maladie spécifique ayant ses caractères pathogénique, bactériologique, clinique, tranchés ; et se séparant par conséquent des *arthropathies infectieuses* multiples, consécutives à une maladie générale septique ou spécifique, et que depuis la thèse de Bourcy on décrit sous le nom de *pseudo-rhumatismes infectieux*. Nous en donnerons les caractères à propos du diagnostic du rhumatisme articulaire aigu franc.

Ceci posé, on peut se demander s'il y a lieu de décrire à part le rhumatisme articulaire aigu de l'enfance, ou bien s'il ne se confond pas cliniquement avec celui de l'adulte. Sans vouloir en aucune façon exagérer les dissemblances qui existent entre l'un et l'autre rhumatisme, il est indiscutable cependant que ces dissemblances existent et qu'elles ont, certaines d'entre elles du moins, assez d'importance pour donner à l'évolution générale de la maladie une allure particulière. Le terrain spécial au jeune âge, sur lequel se développe l'infection rhumatismale, est donc capable d'influencer celle-ci, et de lui permettre des réactions morbides un peu différentes des formes, les plus communes du moins, qu'on observe chez l'adulte.

D'une manière générale, le rhumatisme chez l'enfant revêt, d'emblée, plutôt l'aspect d'une maladie *totius substantiæ*, que celui d'une affection localisée aux jointures ; et, de ce fait, il semble probable que dans l'enfance le terrain humain est plus favorable au développement du germe du rhumatisme, c'est-à-dire à sa diffusion, c'est-à-dire aux manifestations extra-articulaires de celui-ci, qui apparaissent ainsi *a priori* devoir être plus fréquentes ou plus profondes que chez l'adulte ; cela est vrai pour certaines du moins. En résumé, nous allons voir en effet que le rhumatisme de l'enfance se distingue de celui de l'adulte :

1° Par les *caractères des arthropathies*, qui sont loin d'avoir l'importance et l'aspect qu'on est habitué à leur décrire chez l'adulte ;

2° Par la *fréquence du rhumatisme abarticulaire* ;

3° Enfin, dans le même ordre d'idées, par la *fréquence et la gravité des complications cardiaques* (endocardite et surtout péricardite).

De telle façon que si on peut dire, avec la plupart des classiques, que le rhumatisme infantile est moins intense et moins durable que celui de l'adulte, *cette bénignité d'allure ne vise que les arthropathies* ou les *phénomènes douloureux* qui constituaient autrefois l'élément fondamental du rhumatisme.

Étiologie. — *Age.* — Le rhumatisme, dit-on généralement, est exceptionnel avant 5 ans, avant 7 ans même, disent Barthez et Sanné. Il est très rare chez les *nourrissons* ; Rauchfuss, sur 15 000 *nourrissons*, n'aurait observé que 5 cas de rhumatisme, et Widerhofer n'en aurait même vu qu'un seul cas sur 70 000 *nourrissons*. En admettant la réalité de ces statistiques, il faut faire remarquer que chez les jeunes enfants le rhumatisme peut être abarticulaire, et ainsi méconnu. Néanmoins il peut se montrer chez eux depuis les premières semaines (Pocock¹, Schæfer², Widerhofer), jusqu'au 9^e et 10^e mois (Bouchut³, Henoch⁴, Basch, Koplik⁵, etc., Tracou et Bué (de Lille), Joukovsky (*Medizina*, 1895). Henoch⁶ fait cependant des réserves sur un certain nombre de cas semblables qui sont publiés sous la rubrique de rhumatisme articulaire chez les *nourrissons*, en signalant la confusion possible avec la syphilis des épiphyses et la périostite multiple des extrémités articulaires. Quoi qu'il en soit, la fréquence du rhumatisme, qui d'une façon générale serait moins grande que chez l'adulte⁷, augmente avec l'âge pour avoir son maximum entre 10 et 15 ans, en particulier autour de 15 à 15 ans, d'après Cadet de Gassicourt⁸.

La statistique de Barthez et Sanné, qui porte sur 285 cas, donne les chiffres suivants, qui nous dispenseront d'insister davantage sur ce sujet :

Jusqu'à 6 ans	14
— 10 —	69
— 15 —	202

En résumé, 70 pour 100 des rhumatismes de l'enfance se développent entre 10 et 15 ans⁹.

Sexe. — D'après certains auteurs, le rhumatisme infantile serait plus fréquent chez les garçons que chez les filles (170 garçons contre 115 filles : statistique de Barthez et Sanné).

Hérédité. — Il nous paraît aujourd'hui que la transmission du rhumatisme par hérédité n'est plus qu'une question de *terrain*. A

(1) LANCET, 41 nov. 1882.

(2) Berlin. klin. Woch., 1886.

(3) Cité par BARTHEZ et SANNÉ. *Traité des mal. des enfants*.

(4) *Leçons cliniques*. Trad. par HENDRIX, p. 620.

(5) Cités par D'ESPINE et PICOT. *Traité*. Édition 1900, p. 267.

(6) HENOCH, l. c., note, p. 620.

(7) D'après BESSIER. *Dict. encycl.*, art. Rhumatisme. Sur 100 rhumatisants on ne trouve pas plus de 5 enfants.

(8) *Leçons cliniques*, t. II.

(9) Sur 16 cas de rhumatismes articulaires que j'ai recueillis jusqu'à ce jour dans mon service de l'hôpital Hérold, j'en trouve 11 de 10 à 15 ans, soit 69 pour 100, mais plusieurs ont déjà eu antérieurement une ou plusieurs attaques, et les chiffres de BARTHEZ et SANNÉ donnent, en tenant compte de ce fait, comme l'âge le plus exposé aux *débuts* du rhumatisme, l'époque qui s'écoule entre 8 et 10 ans.

cet égard, on peut tenir compte des faits assez nombreux où on relève le rhumatisme ou les cardiopathies rhumatismales, chez les ascendants ou chez les collatéraux. Cadet de Gassicourt (*l. c.*) en était un partisan convaincu et la relevait 54 fois sur 62 cas (à peu près 55 pour 100). D'Espine et Picot trouvent 14 cas sur 26 (54 pour 100); Fuller, 8 sur 15 (53 pour 100); Goodhart¹, 90 sur 137 (65 pour 100). On peut donc admettre que *plus de la moitié* des enfants rhumatisants ont des parents rhumatisants; mais s'agit-il toujours dans ce diagnostic rétrospectif de rhumatisme articulaire aigu? Il est difficile de répondre à cette question. Garrot et Cooke² auraient constaté d'autre part qu'on pouvait retrouver ces antécédents rhumatismaux chez des enfants atteints d'une maladie quelconque non rhumatismale, et cela dans la proportion de 21 pour 100. Il est certain que ces chiffres n'ont pas autant de valeur qu'on serait tenté de le penser. Le rhumatisme, ne l'oublions pas, n'est plus une *diathèse*; il n'a même pas grand rapport probablement avec l'arthritisme; et, en sa qualité de maladie infectieuse, il n'est pas plus héréditaire qu'une diphtérie ou qu'une fièvre typhoïde, qu'on retrouverait souvent dans les antécédents d'un diphtérique ou d'un typhique. Ce que l'on constate indiscutablement dans certaines familles, c'est la fréquence des rhumatismes chez les frère et sœur; mais ne faut-il pas y voir aussi bien une infection puisée à la même source, dans le même milieu? — (comme une diphtérie, une scarlatine).

Attaques antérieures. — On les observe souvent (5 fois sur mes 16 obs. personnelles). Ceci nous montre que l'immunité conférée par une première attaque, si elle existe, est peu durable, et que le malade frappé une fois reste un *prédisposé* au rhumatisme, comme un tuberculeux est prédisposé aux rechutes, à la moindre cause occasionnelle. Nous ne connaissons aucune des conditions de cette prédisposition.

Causes occasionnelles. — Certains rhumatismes surviennent en apparence *spontanément*; d'autres, au contraire, sont nettement *provoqués* par un certain nombre de *causes déterminantes*. Le fait que le rhumatisme peut réapparaître à l'occasion de ces causes banales suggérerait l'idée d'une persistance du germe, et de sa non-destruction, dans l'organisme, après une poussée aiguë. Mais ce ne sont encore que des hypothèses. Il est certain, par contre, que l'action du *froid* prolongé, surtout du *froid humide*, provoque l'éclosion du rhumatisme; il en est de même d'un *refroidissement brusque* ou inopiné (une averse qu'on reçoit), et surtout de la *fatigue* et du *surmenage* sous toutes ses formes. Nous ne pouvons insister davantage. Un *traumatisme*, une *secousse physique* ou *morale* est souvent notée comme point de départ du rhumatisme. L'apparition de douleurs articulaires après une fièvre ou une *maladie infectieuse*, ou après une *intervention thérapeutique, sérothérapique* ou autre, appartient à l'étude des *pseudo-rhumatismes infectieux* ou toxiques. Il ne serait pas impossible cependant que ces influences pathologiques réveillent le rhumatisme articulaire dans certains cas.

(¹) *Guy's hospital Report*, 1881.

(²) Cités par BARTHEZ et SANNÉ.

Anatomie pathologique et bactériologie. — L'examen anatomique des arthropathies rhumatismales n'ayant pas été spécialement fait chez l'enfant, force nous est de penser que les lésions sont identiques à celles qu'on observe chez l'adulte et portent spécialement sur la synoviale avec œdème des tissus périarticulaires, et participation plus ou moins active des gaines synoviales et des bourses séreuses périarticulaires.

Les altérations du *sang* sont, comme on le sait, toujours assez prononcées. Andral et Gavarret ont depuis longtemps montré que la fibrine est augmentée, ce qui fait coaguler énergiquement le sang extrait par une saignée, avec dépôt jaunâtre de fibrine. De même la fibrino-réaction devient très nette sous le microscope. Mais ce qui prédomine, c'est l'augmentation des globules blancs d'abord, et ensuite la diminution des globules rouges (Hayem) avec valeur globulaire normale. Cet état du sang explique l'anémie précoce et souvent profonde qu'on observe chez les malades.

La bactériologie n'est pas encore fixée sur la nature du rhumatisme. Ce dernier n'est-il qu'un syndrome, c'est-à-dire la manifestation douloureuse sur les jointures d'infections multiples: c'est une question encore toute d'actualité. Les micro-organismes en jeu seraient des parasites habituels de la bouche et du nez, et pénétreraient dans l'organisme par la muqueuse du naso-pharynx et de la trachée (Menzer); dans ce cas on retrouverait le staphylocoque, le streptocoque; et l'aspect que revêt l'infection sous forme de rhumatisme serait la conséquence du terrain. Ou bien on admet que le rhumatisme existe bien en tant que maladie *spécifique*, c'est-à-dire qu'il est provoqué par un organisme virulent particulier. Malheureusement, malgré les travaux de Achalme, Coyon et Triboulet, Fritz Meyer, Wassermann, etc., la démonstration n'est pas faite encore. Achalme avait décrit un bacille particulier. Pour l'instant les travaux sont plutôt dirigés vers la recherche d'un diplostreptocoque, dont l'inoculation aux animaux (Menzer) aurait même provoqué des arthropathies et des endocardites.

Symptômes. — **Début.** — Barthez et Sanné ont bien décrit les modes de *début* du rhumatisme infantile qui commence:

1° Soit brusquement, à la suite d'un refroidissement par exemple, par une tuméfaction douloureuse d'une ou de plusieurs jointures, suivie d'une généralisation variable en intensité.

2° Soit plus souvent par des douleurs vagues, n'empêchant pas les malades de sortir et de marcher, et pouvant durer ainsi plusieurs jours, plusieurs semaines même; disparaître, revenir, pour disparaître ensuite. Les douleurs sont dans ces cas habituellement plus marquées le soir, et après une fatigue insolite de la journée. On les observe en particulier chez les jeunes garçons qu'on place pour la première fois en apprentissage et qui restent debout ou font des courses toute la journée. Au bout d'un temps variable, une ou plusieurs jointures se tuméfient, ce sont en général les chevilles ou les genoux, et ils sont obligés de s'arrêter. C'est bien là, sous son aspect subaigu et traînant, une des formes les plus caractéristiques du rhumatisme infantile. Ce qui achèvera de lui donner son aspect, c'est que pendant ce temps, le rhumatisme malgré son allure indécise aura touché le cœur, et souvent encore

ici ce sont les *symptômes cardiaques* — oppression, anxiété — qui amèneront l'enfant à l'hôpital, plus encore peut-être que les douleurs articulaires.

5° Enfin le rhumatisme peut débiter comme une maladie générale, par de la fièvre, des frissons, de la céphalée, et laisser le diagnostic en suspens avant l'apparition des phénomènes articulaires qui peuvent tarder à se montrer pendant plusieurs jours. Cependant on peut se laisser surprendre par des phénomènes rhumatismaux abarticulaires, qui peuvent frapper le cœur, les plèvres, la peau ou même les muqueuses. A cet égard l'*angine* est assez fréquemment observée. C'est une *angine rouge*, frappant les amygdales et les piliers antérieurs surtout, avec des douleurs assez vives à la déglutition, et sans retentissement ganglionnaire. Quel que soit le mode de début, il arrive un moment où le rhumatisme se révèle par ses arthropathies, qui jusqu'à présent encore, en l'absence de données bactériologiques précises, sont à peu près seules pour le caractériser.

Arthropathies rhumatismales. — Comme nous l'avons déjà vu, à ne considérer que les arthropathies, le rhumatisme de l'enfant paraît en général bien anodin. C'est, soit dit en passant, une erreur dangereuse.

Les articulations prises présentent rarement les grands signes du rhumatisme aigu de l'adulte : la rougeur, la tuméfaction de l'article, l'épanchement intra-articulaire. L'articulation douloureuse n'offre parfois à la vue aucune déformation, c'est une simple arthralgie. Dans la plupart des observations on ne trouve noté comme signe local qu'un léger gonflement de la jointure ; et dans un tiers des cas à peine il s'y joint une rougeur au niveau de l'interligne articulaire, mais une rougeur qui, à part quelques cas exceptionnels rentrant dans le cas du rhumatisme abarticulaire, n'est ni très étendue, ni très marquée, ni très durable.

Les arthropathies occupent de préférence les membres inférieurs, en particulier les articulations du genou et du cou-de-pied, où elles peuvent se cantonner uniquement. Ou bien elles peuvent se localiser au membre supérieur, en particulier dans les épaules et surtout dans les petites articulations du poignet et des mains. Il n'est pas rare de les observer dans les *articulations vertébrales*, en particulier dans la région cervicale, où elles s'accompagnent d'un *torticolis* dont la nature rhumatismale peut être méconnue, si on n'explore pas avec le doigt les articulations des vertèbres cervicales. Le fait a d'autant plus d'importance que *ces torticolis peuvent se compliquer des affections cardiaques* dont nous retrouverons l'histoire plus loin.

Le rhumatisme dans ses localisations articulaires n'est pas seulement moins aigu que chez l'adulte, mais souvent aussi il paraît plus fixe, surtout au niveau des articulations des doigts de la main.

Les phénomènes fonctionnels sont plus ou moins accusés et ne diffèrent pas de ceux du rhumatisme de l'adulte, c'est-à-dire que les mouvements spontanés ou provoqués sont douloureux, et que dans certains cas il y a des attitudes vicieuses des membres, qui pourraient en imposer au premier abord pour une tumeur blanche, surtout au genou, et à la hanche qui, heu-

reusement, est peu souvent frappée. L'exploration des jointures révèle le maximum de la douleur au niveau des insertions ligamenteuses, et des tissus fibreux péri-articulaires ; enfin les gaines tendineuses sont souvent prises, en particulier au genou et aux mains.

L'évolution de ces arthropathies est en général rapide ; au bout de quelques jours le plus souvent, ou d'une semaine ou deux, elles disparaissent, ne laissant qu'un amaigrissement parfois très marqué des muscles péri-articulaires. Tout serait donc parfait, si elles n'avaient une déplorable tendance à récidiver, et cela à plusieurs reprises, surtout aux mains ; de telle façon qu'un rhumatisme, en apparence bénin, peut durer des semaines et des mois. Ces *rhumatismes récidivants*, je le dis dès maintenant, *doivent être étroitement surveillés du côté du cœur*, car ils s'accompagnent fréquemment de péricardite avec adhérences étendues ou même avec épanchement, qui évolue sourdement pendant quelque temps, mais qui peut se révéler brusquement et gravement plus ou moins tard, quelquefois après la disparition des douleurs et singulièrement troubler l'optimisme du médecin et la quiétude du malade.

Dans quelques cas on peut voir enfin se développer des déformations des doigts des mains et des genoux, comme dans le rhumatisme chronique.

Les *symptômes généraux* qui accompagnent ces arthropathies sont presque toujours très peu accusés sauf dans quelques cas rares, dans lesquels le rhumatisme infantile se comporte comme le rhumatisme très aigu de l'adulte, ou bien se complique de rhumatisme cérébral, ce qui est d'ailleurs l'exception.

La fièvre est modérée, ne dépasse guère 38°,5 ; elle est irrégulière, et, bien que le contraire soit écrit, je ne l'ai jamais vu suivre bien nettement les poussées articulaires. Sa persistance cependant, en dehors de celles-ci, doit éveiller la sollicitude du côté du cœur ou d'autres séreuses. Dans certains cas de ce genre même, le diagnostic de tuberculose doit être discuté.

Les modifications du pouls sont plus en rapport avec l'état du cœur : nous n'avons donc rien à en dire.

Quant aux phénomènes toxiques ou infectieux sur les centres nerveux, sauf dans les cas compliqués de ce côté, on peut dire qu'ils sont nuls ; les malades conservent l'intégrité de leur intelligence, et le délire et les hallucinations ne se montrent jamais. Il n'en est pas de même de l'*anémie* qui est, elle, un phénomène précoce et toujours très accentué ; de bonne heure les malades prennent un teint extrêmement pâle, et, quand ils maigrissent en même temps, on conçoit les doutes qui assaillent l'esprit du médecin.

Les phénomènes digestifs sont nuls ou à peine marqués, l'albuminurie exceptionnelle.

Rhumatisme abarticulaire. Peau et tissu cellulaire. — Le rhumatisme chez l'enfant se manifeste sur la peau et sur le tissu cellulaire, de la même façon que chez l'adulte, c'est-à-dire par des érythèmes, dont M. Besnier¹ nous a donné les caractères, et par des œdèmes d'apparence plus ou moins

(¹) Dict. DECHAMBRE, Art. *Rhumatisme*.

fluxionnaire qu'on ne peut rattacher ni à une infection autre que le rhumatisme, ni à une intoxication, ni à une lésion viscérale hydropigène.

Malheureusement l'accord n'est pas encore fait sur l'interprétation précise de ces cas où, faute de documents positifs, on en est réduit aux *opinions* des uns qui admettent, sans grande démonstration, il faut bien le dire, que ce sont des *pseudo-rhumatismes*; ou des autres qui, en raison de la marche particulière de ces accidents ou de leur coexistence quelquefois avec un rhumatisme avéré, tendent à les rattacher à ce dernier. Pour ma part, j'ai observé des œdèmes, et, dans un cas extrêmement curieux, un érythème diffus des membres, récidivant, chez un enfant de 2 ans 1/2, cédant si nettement à l'influence des enveloppements salicylés, que leur nature rhumatismale me paraît fort probable. Dans ce dernier cas l'affection ressemblait à ce que M. Kirmisson a décrit sous le nom d'*œdème pseudo-phlegmoneux*; et l'enfant avait été primitivement dirigé sur le service de chirurgie où on avait failli l'opérer. Il avait même été porté sur la table d'opération. Les membres inférieurs, surtout les jambes, étaient le siège d'un œdème rouge et dur, extrêmement douloureux, qui a récidivé par la suite, mais qui cédait toujours rapidement au salicylate de méthyle.

Ces accidents sont-ils *plus fréquents* chez l'enfant que chez l'adulte, peuvent-ils se montrer en dehors de toute manifestation articulaire, c'est une question qui n'a pas encore de solution aujourd'hui, faute de documents.

Les érythèmes peuvent prendre les formes les plus variées, mais surtout, comme l'a dit Besnier, la forme papuleuse, marginée, en lignes sinueuses, ou en placards discoïdes. Les érythèmes diffus purs et simples ne sont pas exceptionnels, seuls ou accompagnés d'œdèmes sous-jacents du tissu cellulaire.

Dans d'autres cas on observe au contraire des plaques de cet *œdème rhumatismal blanc*, dur, décrit autrefois par Potain. On constate alors une sorte de blindage sans changement de coloration à la peau, siégeant, comme je l'ai vu dans un cas, sur les parois thoraciques, au point d'amener une déformation perceptible à la vue. La palpation est douloureuse, les mouvements également. D'autres fois c'est une sorte d'œdème diffus des membres, augmentés de volume dans leur ensemble et comme bouffis. L'évolution de ces œdèmes, qui précèdent ou accompagnent des douleurs articulaires, les caractérise comme accidents rhumatismaux; ils disparaissent assez rapidement sans laisser de traces.

Combinés avec un érythème intense de la peau, ils représentent l'*œdème pseudo-phlegmoneux* dont je parlais plus haut. Cet œdème se caractérise par un gonflement douloureux des membres accompagné d'une rougeur vive. Débutant au pourtour des articulations, cet œdème peut s'y cantonner ou au contraire envahir le membre dans une étendue plus ou moins grande, le doigt y détermine un godet, mais peu profond parfois. La pression provoque des douleurs, en particulier au niveau de l'interligne articulaire. Cet œdème siège de préférence à la main ou au coude, mais peut se montrer aussi au membre inférieur, comme je l'ai observé.

Si, par erreur, on incise ces pseudo-phlegmons, on voit s'écouler de la

sérosité, mais jamais de pus. La guérison par résolution en est en effet l'aboutissant.

Une lésion assez curieuse, qui d'après les relevés de Lindmann¹ paraît plus fréquemment observée chez l'enfant, — 46 cas sur 59 publiés, — est constituée par des *nodosités sous-cutanées*, décrites pour la première fois par Jaccoud et Meynet, et qu'on appelle parfois les *nodosités de Meynet*.

Ce sont de petites tumeurs sous-cutanées sphériques ou ovoïdes, de la grosseur d'une tête d'épingle à un pois et à une noisette, mobiles sous la peau dont elles sont indépendantes, mais fixées par un pédicule plus ou moins court aux tendons sous-jacents, aux ligaments, aux aponévroses, et au périoste même. Elles sont indolentes spontanément, mais douloureuses parfois à la malaxation. Elles *siègent* au coude, à l'olécrâne, à la partie inférieure des os de l'avant-bras, en particulier au niveau de l'apophyse styloïde du radius, au niveau de la clavicule, à son insertion sternale (Henoch) et aux insertions du muscle sterno-cléido-mastoïdien, sur les bords de la rotule, au niveau des tendons extenseurs du dos de la main et de l'apophyse épineuse des vertèbres cervicales (D'Espine et Picot), enfin au front, à l'occiput.

Elles sont ou isolées, ou réunies en groupe et on a pu en compter jusqu'à 50 chez un même sujet. Elles ont été décrites depuis lors par Rehn, Hirschsprung, G. Mayer, Henoch, Troisier, Brocq, Barlow, Warner, etc. Les observations histologiques ont montré que ces tumeurs sont constituées par du tissu fibreux: qu'elles peuvent subir la désintégration granulo-graisseuse et disparaître; ou bien s'infiltrer de sels calcaires et persister plus ou moins longtemps (Henoch). Ces tumeurs se montrent rapidement au déclin du rhumatisme et disparaissent parfois de même en deux ou trois semaines, ou bien plus rarement elles peuvent persister jusqu'à deux mois. La plupart des auteurs, et en particulier Cheadle et Brissaud, ont noté la coexistence fréquente, sinon constante, de ces nodosités, avec les formes graves du rhumatisme et avec l'endopéricardite. De telle façon qu'on est en droit de supposer, avec Nepveu², qu'elles pourraient bien avoir une origine infectieuse, attendu que leur apparition tardive et simultanée sur plusieurs points à la fois coïncide souvent avec une reprise ou une aggravation de l'endocardite. Cependant on peut dire que l'endocardite est si fréquente dans le rhumatisme infantile, que sa constatation en devient banale; et que peut-être l'apparition de ces nodosités n'est qu'un épiphénomène n'ayant en soi aucune relation avec la présence d'une endocardite.

Les nodosités peuvent réapparaître après avoir disparu.

Rhumatisme cardiaque. — Le rhumatisme cardiaque constitue une des particularités les plus saisissantes du rhumatisme infantile. C'est à cause de lui que ce rhumatisme prend chez l'enfant, et cela souvent, une gravité très grande. Les complications cardiaques dont il est la cause ne sont pas seulement remarquables par leur fréquence, mais aussi redoutables parfois par leur évolution.

Cette *fréquence* domine en effet toute leur histoire et elle n'a pas

(¹) *Deutsche med. Woch.*, 1888.

(²) *Soc. Biolog.*, 1890.

échappé aux premiers observateurs qui, après Bouillaud, étudièrent les rapports du rhumatisme avec les cardiopathies. Bouillaud d'ailleurs avait bien précisé ce fait quand il avait dit que *chez l'enfant le cœur se comporte vis-à-vis le rhumatisme comme une véritable articulation* et en 1866¹ Roger considérait déjà *les complications cardiaques* comme à peu près *fatales*. Les statistiques des différents observateurs ne font que donner des chiffres précis à l'appui de cette manière de voir.

Cadet de Gassicourt admet le chiffre de 81 complications cardiaques sur 100 rhumatismes; Barthez et Sanné donnent 87 pour 100, d'Espine et Picot environ 80 pour 100. J'ai fourni moi-même au Congrès de médecine de 1900 des faits à l'appui de ma statistique, qui porte sur 58 cas de rhumatismes, en excluant les affections cardiaques observées en dehors de l'attaque de rhumatisme ayant évolué auparavant. Sur ces 58 cas je trouve 35 affections cardiaques contemporaines, soit 91 pour 100.

Ce chiffre est énorme, et quand nous aurons montré que la localisation sur les séreuses du cœur n'est pas le moins du monde en relation avec l'intensité des manifestations articulaires, nous pourrons dire que les lois de Bouillaud, vérifiées chez l'adulte, ne sont pas applicables rigoureusement à l'enfance.

Cadet de Gassicourt, qui a consacré à cette question des cliniques très documentées, dit que le rhumatisme, prenant l'enfant sain, le laisse avec un cœur indemne dans 1/5 des cas; un peu moins souvent avec un cœur légèrement touché et susceptible de guérison; *le plus souvent* avec une endocardite ou une endopéricardite incurable, qui peut amener la mort avant que l'enfant atteigne l'adolescence. Tout le pronostic du rhumatisme de l'enfance est contenu dans ces mots, et par là on peut en préjuger la gravité. Le rhumatisme peut se manifester anatomiquement sur le cœur par une *endocardite*, par une *péricardite*, ou par les deux à la fois, ce qui n'est pas rare. Occupons-nous tout d'abord rapidement de l'*endocardite*, pour nous étendre avec un peu plus de détails sur la *péricardite* dont la *gravité* l'emporte de beaucoup.

L'*endocardite* atteint de préférence la *valvule mitrale*, mais non exclusivement, car elle peut se montrer, plus rarement il est vrai, sur les *valvules aortiques* et l'aorte elle-même pourrait être intéressée.

Elle peut exister seule, ou coïncider avec une péricardite ou avec d'autres manifestations abarticulaires du rhumatisme, en particulier avec la *pleurésie*. Elle est le plus souvent *précoce*, contemporaine des premières manifestations articulaires, ou n'apparaît qu'à l'occasion d'une rechute ou d'une récidive. Mais souvent aussi elle les *précède* de façon que le malade, à sa première attaque, présente déjà, au moment des premières douleurs constatées, un bruit de souffle qui est bien la preuve de l'ancienneté de l'*endocardite*. On peut relever quelquefois des signes infectieux ayant précédé les arthropathies, et ayant pu coïncider avec le début de l'*endocardite*; de telle façon que les arthropathies n'étant qu'un incident dans le cours du

(¹) Arch. gén. de méd.

rhumatisme de l'enfance, on peut considérer en dehors d'elles l'existence d'une endocardite rhumatismale dans l'enfance.

Ce qui est certain, c'est que l'intensité des arthropathies, faible ou forte, n'a aucun lien étiologique avec l'*endocardite*. Voilà où les lois de Bouillaud sont en défaut chez l'enfant: les rhumatismes vagues, incertains, bénins, trainants, pouvant s'accompagner d'*endocardite* aussi souvent que les formes les plus diverses ou les plus bruyantes; de même un *simple torticolis*.

Les débuts de cette complication sont insidieux, et ni les troubles fonctionnels, ni les phénomènes généraux ne viennent solliciter l'attention sur le cœur, du moins en général. C'est donc par l'oreille que le médecin doit rechercher le début de l'*endocardite*: et doit-il encore ne pas attendre un bruit de souffle pour en affirmer l'existence. L'assourdissement des bruits du cœur, à la pointe et à la base, conserve chez l'enfant toute la valeur que Potain a attribuée chez l'adulte à ce signe.

Nous serons brefs, d'ailleurs, sur ces *signes physiques*, aussi bien que sur les *symptômes fonctionnels* cardiaques qui ne présentent rien de particulier à l'enfance: signalons simplement les altérations de rythme, de force et de fréquence du pouls, les palpitations, sans insister davantage. A un moment donné, l'assourdissement du bruit fait place au bruit de souffle, le plus fréquemment souffle d'insuffisance mitrale, à timbre variable, souvent doux, grave, voilé, mais quelquefois aussi dur, aigu, râpeux ou piaulant.

L'*endocardite* dûment constatée peut-elle guérir ou laisse-t-elle après elle une lésion orificielle incurable? Quand l'*endocardite* ne s'est manifestée que par l'assourdissement des bruits du cœur, on dit cliniquement que le cœur a été peu touché; et, en fait, on a raison, les malades ne sont pas et ne deviennent pas toujours des cardiaques.

Mais quand on a constaté un bruit de souffle, en est-il de même? Oui, peut-on répondre dans quelques cas. Des observations précises montrent que dans certains cas favorables ce souffle peut s'amoinrir et disparaître, ce qui est l'indice au moins qu'il n'y a plus de lésion orificielle. H. Roger, Cadet de Gassicourt, Potain¹ en ont cité des exemples. J'en ai vu, pour ma part, un cas très net. Cette terminaison favorable s'observe à une époque plus ou moins rapprochée du moment de l'*endocardite*. Tant que *deux ans* ne se sont pas écoulés, on peut, d'après H. Roger, espérer encore la disparition de la lésion. Ce temps paraît long à Cadet de Gassicourt, bien qu'il ait, dans ses leçons, publié une observation où la disparition de ce souffle eut lieu au bout de six ans.

Quoi qu'il en soit, au point de vue du *pronostic quoad vitam*, l'*endocardite* ne menace pas *d'emblée* la vie du malade; et pour *plus tard*, elle laisse celui-ci dans la condition d'un sujet porteur d'une lésion orificielle plus ou moins bien compensée: rien de plus. A cet égard, l'*endocardite* n'est pas à comparer avec la *péricardite*. Exceptionnellement cependant cette *endocardite* peut prendre la forme végétante, et amener la mort par suite d'embolies multiples comme j'en ai publié un cas avec Tollemer.

(¹) Voir également PÉRET, Province méd., 1892. Disparition du souffle dans 8 cas.