

Malheureusement aussi, même dans le cas où l'endocarde a été légèrement touché par une première atteinte de rhumatisme, il reste à ce niveau un *locus minoris resistentiæ* qui expose le malade aux récurrences d'endocardite, lors d'une nouvelle attaque de rhumatisme, ce qui est fréquent.

La *péricardite* a beaucoup plus d'importance au point de vue du pronostic que l'endocardite. Heureusement, elle est beaucoup moins fréquente. On ne la rencontre que dans 18 cas sur 100. La haute gravité de la *péricardite* rhumatismale des enfants n'avait pas échappé à Cadet de Gassicourt. « C'est par la *péricardite*, dit-il, que s'établit la transition entre les formes bénignes et les formes graves du rhumatisme articulaire aigu », et plus loin : « La forme du rhumatisme est déterminée par la forme de la *péricardite* ».

L'extrême gravité de la *péricardite* rhumatismale chez l'enfant, dont j'ai moi-même fourni de nouveaux exemples au Congrès de médecine de 1900, donne donc à ce rhumatisme sa physionomie particulière, et, comme nous le verrons plus loin, constitue un *danger de mort* dans les premiers jours ou dans la convalescence, ou dans les mois qui suivent.

La *péricardite* rhumatismale est beaucoup plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte, et elle s'accompagne habituellement d'endocardite concomitante. *Cliniquement*, elle peut être *sèche* ou s'accompagner d'un *épanchement*. Chacune a ses *formes légères ou graves*.

La *péricardite* dite *sèche* peut être *très limitée*, et très souvent alors elle pourrait passer *inaperçue*, tant elle retentit peu sur l'ensemble de la maladie, si on n'auscultait avec attention et tous les jours le cœur des enfants. On constate alors à l'oreille, quelquefois à la main, un bruit de frottement, simple ou double, léger ou plus accusé, de préférence dans la région de la base du cœur, au niveau des 3^e et 4^e espaces intercostaux gauches, sous les cartilages costaux, et le long du bord gauche du sternum. Ces bruits, parfois post-systoliques, ne se propagent pas, et ne s'entendent plus en dehors du foyer d'auscultation que nous signalions plus haut. On peut également provoquer, par la pression du doigt, une douleur assez vive sur le trajet du phrénique et presque toujours uniquement entre les deux chefs d'insertion du sterno-cléido-mastoïdien. Les symptômes fonctionnels sont nuls.

Cette *péricardite* limitée peut rester *sèche* le plus souvent. Ou bien il se fait un *épanchement*, qui apparaît d'ailleurs en général d'assez bonne heure; de sorte que si au bout de quelques jours il ne s'est point produit de liquide dans le sac *péricardique*, on peut espérer que la *péricardite* restera *sèche* et qu'elle guérira rapidement, en 8 ou 15 jours, sans laisser de traces.

Cette *forme est donc bénigne*, les adhérences qu'elle peut laisser sont de peu d'importance.

Il n'en est pas de même quand les fausses membranes sont étendues à une grande surface du *péricarde*. Cette *péricardite sèche généralisée* peut être primitive, ou bien évoluer à la suite de la disparition d'un *épanchement*.

Cette forme de *péricardite* est *très grave*, elle s'accompagne de bonne heure d'*adhérences* entre les deux feuillets du *péricarde*, et les malades succombent parfois en quelques mois à un état *asystolique* subaigu, contre lequel tous les moyens thérapeutiques échouent; ou bien la symphyse cardiaque s'organise

lentement, rendant la vie ordinaire ou occupée impossible aux malades et les prédisposant à propos du moindre effort aux accidents de l'insuffisance cardiaque. Dans ces conditions, les malades mènent une vie lamentable et finissent par succomber plus ou moins longtemps après leur attaque de rhumatisme, avec de l'anasarque, de l'ascite, un gros foie, etc., bref avec tout le cortège des accidents de l'asystolie vulgaire. Il n'est pas rare, surtout dans les formes à marche rapide, de noter la mort subite par syncope, accompagnée parfois de douleurs angoissantes rétrosternales, qui font songer à l'*angor pectoris*; avec des vomissements, des poussées congestives sur le poumon ou sur le foie.

Le gros danger de ces formes, c'est que bien souvent le *début est silencieux*; la *péricardite* s'organise sourdement et au bout d'un mois, de deux mois, alors que le rhumatisme est passé, et qu'on croit la partie gagnée, on voit tout à coup se dérouler les accidents cardiaques dont je parlais plus haut. C'est ce qu'a si bien exprimé Cadet de Gassicourt quand il a dit que : « lorsque les malades sont tués par une *péricardite* avec adhérences, ils meurent à une époque très rapprochée de la période aiguë, mais non pendant cette période ».

Chez certains malades, cependant, on peut voir de bonne heure se développer les signes locaux des adhérences *péricardiques* : dilatation du cœur, ondulation de la paroi, rétraction systolique de la pointe, persistance de la névralgie phrénique, etc. Ces signes méritent, comme nous venons de le voir, la plus grande attention, puisque la mort rapide peut être l'aboutissant de ces lésions. Malheureusement, le *diagnostic* n'en est pas toujours facile, et on peut, à cet égard, si les signes d'adhérences *péricardiques* ne sont pas suffisamment nets, accorder une réelle valeur à l'augmentation de volume du cœur (Cadet de Gassicourt) pour soupçonner une *péricardite* latente, surtout si l'on se trouve en présence de signes d'asystolie grave.

L'aspect clinique des malades est en réalité assez identique à celui qu'on leur décrit dans la *péricardite tuberculeuse* : gros cœur, gros foie avec ou sans ascite, phénomènes *asystoliques* variés, et le diagnostic avec cette localisation de la tuberculose devra toujours être envisagé et discuté.

La *péricardite avec épanchement* peut être également redoutable, mais elle cause la mort plus tôt, dans la période aiguë, et comme ses signes propres s'imposent plus facilement, on peut dire, à cet égard, que la mort surprend moins le médecin ou l'entourage du malade.

L'*épanchement* d'ailleurs peut être *modéré*, se montrer et disparaître en quelques jours, et n'amener d'abord aucun désordre grave dans le fonctionnement du cœur; mais un des dangers de cette forme consistera néanmoins dans l'évolution ultérieure possible d'une *péricardite adhésive*, comme dans la forme *sèche* d'emblée, puisqu'il n'y a pas d'*épanchement* sans fausses membranes. De telle façon qu'il y a deux *dangers* dans la *péricardite* avec *épanchement*, un *immédiat* dont je vais dire un mot, dû à l'*abondance* de l'*épanchement*, l'autre *retardé*, secondaire, dû à l'organisation des fausses membranes qui coexistent toujours avec le liquide.

Ces *épanchements* se font en général assez vite en s'accompagnant de

crises d'angoisse douloureuse, de tendance syncopale, de cyanose, de vomissements, etc. Si l'épanchement devient trop abondant, le malade peut succomber dans un délai très court, à moins qu'on ne vide le péricarde par une ponction. Heureusement, il n'en est pas toujours ainsi. Après avoir duré plusieurs jours, de 4 à 12 en moyenne, cet épanchement se résorbe, et les accidents menaçants s'éloignent, laissant le malade exposé, d'ailleurs, aux accidents plus retardés de la péricardite adhésive, comme nous l'avons vu plus haut. On voit donc que le pronostic de la péricardite rhumatismale avec épanchement est grave; il n'est pas absolument fatal, mais son pronostic éloigné est encore plein de réserves, toujours à cause de la symphyse cardiaque possible.

D'après Cadet de Gassicourt, la péricardite est une cause de *mort rapide* 6 fois sur 100. Ce chiffre représente assez bien le pronostic immédiat du rhumatisme chez l'enfant; chez l'adulte la mortalité est de 3 à 4 pour 100 (Besnier).

En résumé, on peut dire que le rhumatisme cardiaque constitue le gros danger du rhumatisme chez l'enfant, et on peut admettre les chiffres de Cadet de Gassicourt, quand il dit que sur 100 *enfants* rhumatisants 29 seulement sortent *indemnes* de leur attaque, 6 meurent *rapidement* (ce sont les cas de péricardite). Quelques-uns ont eu le cœur *légèrement touché*, le *plus grand nombre* présentent des *lésions* endopéricardiques *incurables*, qui, chez quelques-uns, amènent ultérieurement la mort par asystolie avant que l'enfant ait atteint l'adolescence, et après une série d'accidents qui font de ces enfants de véritables infirmes cardiaques en leur rendant lamentable l'existence.

Rhumatisme pleuro-pulmonaire. — Les complications rhumatismales qu'on observe sur l'appareil pleuro-pulmonaire sont la *pleurésie* avec épanchement et la *congestion pulmonaire*.

L'épanchement pleural, comme celui de la péricardite, est toujours séro-fibrineux; en général, il n'est pas très abondant. Mais, par contre, il est souvent subit ou mobile et peut occuper les deux plèvres à la fois. Ces deux épanchements peuvent être contemporains ou bien se succéder à quelques jours d'intervalle. Dans tous les cas, ils ne sont pas solidaires l'un de l'autre, et évoluent, oscillent chacun pour son propre compte, souvent en sens inverse, et cela à plusieurs reprises, dans le cours du même rhumatisme.

Cadet de Gassicourt a vu la pleurésie *précéder* les arthropathies; comme les complications cardiaques, elle peut aussi se montrer dans le cours ou au déclin — plus rarement — du rhumatisme. La grande difficulté du diagnostic que présente cette pleurésie, c'est sa distinction avec la pleurésie tuberculeuse, distinction d'autant plus délicate parfois que l'évolution tuberculeuse peut s'accompagner de douleurs articulaires simulant le rhumatisme articulaire. L'examen cytologique et bactériologique du liquide pleural facilite aujourd'hui beaucoup ce diagnostic.

La pleurésie coexiste presque toujours avec l'endopéricardite. Elle guérit sans laisser de traces, et si elle ne s'infecte pas, elle ne suppure pas.

Enfin on a décrit des *congestions pulmonaires rhumatismales* surai-

guës, capables dans certains cas d'amener la mort des malades. Ces congestions, qui peuvent se montrer à plusieurs reprises dans le cours de la maladie, durent de un à quelques jours, semblant plutôt sous la dépendance des lésions endopéricardiques, avec lesquelles elles coïncident toujours (Cadet de Gassicourt). Elles se manifestent par des accès de suffocation avec cyanose et dyspnée: la respiration est accélérée, la face pâle, et à l'auscultation on entend des bouffées de râles fins disséminés, plus ou moins abondants. Elle n'a pas en général une bien grande gravité; on l'aurait vue cependant causer la mort par asphyxie (?).

Rhumatisme cérébral. — Les manifestations cérébrales dans le cours du rhumatisme articulaire de l'enfance sont réduites au minimum, c'est-à-dire que les malades conservent l'intégrité absolue de leurs fonctions psychiques, et qu'on n'observe, à moins de névrose concomitante, ni délire, ni insomnie, ni aucun phénomène du même ordre.

Les manifestations cérébrales aiguës, dites en clinique rhumatisme cérébral, sont également une exception. Ceci est intéressant, quand on songe à la gravité et à la fréquence des complications cardiaques. Et quand le rhumatisme frappe l'axe cérébro-spinal, il serait, d'après H. Roger, moins grave et plus facilement curable que celui de l'adulte. D'Espine et Picot ont pu réunir 15 observations de rhumatisme cérébral chez les enfants. Cadet de Gassicourt en a publié également une dans ses leçons cliniques. Elles concernent presque toutes la *forme délirante* et la *forme méningitique*, accompagnée ou non de symptômes d'irritation spinale (raideur de la nuque, contracture). L'enfant est pris subitement de délire, d'hallucinations, d'incohérence dans les idées et dans la parole, tandis que la température monte subitement et s'élève jusqu'aux environs de 41°. En même temps, la sensibilité générale s'émousse, et le malade cesse de percevoir les articulations douloureuses. Il ne tarde pas d'ailleurs à tomber dans le coma, avec le regard fixe, sans clignement des paupières, et la *mort* ne tarde pas à s'ensuire.

Une forme beaucoup plus intéressante, en pathologie infantile, est la coexistence de la *chorée*, et souvent d'une *chorée sévère*, avec le rhumatisme accompagné ou non de désordres cérébraux, mais se développant presque toujours conjointement avec des lésions endopéricarditiques. Ce sont des faits sur lesquels G. Sée et H. Roger ont depuis longtemps déjà attiré l'attention et auxquels Cadet de Gassicourt a consacré des pages fort intéressantes. Dans ces cas, les arthropathies, la chorée, les affections cardiaques et dans, certains cas la pleurésie, évoluent ensemble en tant que manifestations d'une même cause: le rhumatisme, et s'enchevêtrent de telle façon, que ces manifestations morbides dépendent bien nettement de cette seule et même cause pathologique.

Il faut cependant dans ces cas distinguer deux ordres de faits. Ce sont d'abord les plus démonstratifs: 1° ceux où dans *le cours d'un rhumatisme*, compliqué déjà d'endopéricardite, s'accompagnant ou non de quelques symptômes cérébraux, délire, hallucinations, on voit des mouvements choréiques se montrer à la face ou dans les membres et persister ensuite, tandis que le malade présente des symptômes infectieux qui peuvent dans certains

cas se terminer par la mort; ou bien, si la mort ne survient pas, les malades restent choréiques un temps plus ou moins long et ne guérissent souvent, disent d'Espine et Picot, qu'en gardant un léger affaiblissement intellectuel; 2° ceux qui consistent dans une *succession d'attaques de chorée et de rhumatisme* chez un même sujet indépendantes les unes des autres, et dans lesquels la chorée est considérée par un certain nombre d'observateurs comme une manifestation isolée du rhumatisme. Quant au rhumatisme spinal, il est extrêmement rare; on cite quelques cas de paraplégie passagère dus à Trousseau, Grisolle, Bouchut, et un cas avec chorée consécutive (d'Espine et Picot). Barthez et Sanné citent 5 cas de tétanie passagère et sans gravité.

Diagnostic. — Selon l'âge des enfants, il est possible de confondre à un examen superficiel le rhumatisme avec certaines maladies. Chez les *nourrissons*, avons-nous vu, le rhumatisme est exceptionnel. C'est pourquoi nous ne citerons que pour mémoire un certain nombre de maladies qui par leurs manifestations douloureuses peuvent grossièrement simuler le rhumatisme.

De ce nombre sont le *rachitisme*, et la *maladie de Barlow* d'abord, puis la *disjonction épiphysaire syphilitique* des nourrissons, les *lésions osseuses plus localisées de la syphilis* héréditaire, l'*arthrite purulente des nouveau-nés*, et dans certains cas rares le *rhumatisme blennorragique*. Chacune de ces maladies a des symptômes propres, et des conditions d'apparition particulières qu'il faut rechercher et savoir, pour ne pas commettre une pareille erreur. L'*ostéite juxta-épiphysaire*, que nous allons retrouver également dans la seconde enfance, offre cette particularité chez les jeunes enfants qu'elle peut atteindre plusieurs épiphyses en même temps (Lamotte, *Thèse de Paris*, 1898), et par conséquent simuler au début le rhumatisme, si on n'y prend garde.

Chez les enfants plus âgés, il y a deux maladies dont le développement peut simuler le rhumatisme, et qui ne sont rares ni l'une ni l'autre, ce sont: l'*ostéomyélite* au début, et le *rhumatisme tuberculeux*. Pour la première, les phénomènes généraux sont déjà par eux-mêmes assez importants, et dès le début, pour qu'on songe à *autre chose* qu'à du rhumatisme; et si on veut bien examiner avec soin les parties douloureuses, on trouve que les douleurs siègent au-dessus ou au-dessous des jointures, sur l'os même qu'on peut trouver empâté ou tuméfié. La formation, assez rapide dans certains cas, d'une collection purulente montrera quelle erreur grave un manque d'examen aurait pu faire commettre.

Quant au *rhumatisme tuberculeux*, sur lequel M. Poncet a fixé l'attention, son histoire se confond si bien avec celle du rhumatisme ordinaire qu'au début, du moins, il est permis d'hésiter, surtout si on s'en tient à cette habitude, mauvaise à mon avis, de considérer, en clinique, un seul symptôme, à l'exclusion des autres auxquels on n'attache pas toute l'importance qu'ils méritent. J'ai observé un certain nombre de rhumatismes tuberculeux⁽¹⁾, les arthropathies n'ont rien qui les distingue au premier abord de celles du rhumatisme franc: cependant on note parfois que la douleur est perçue non

(1) Voir *Bulletin méd.*, mars 1905.

au niveau des attaches ligamenteuses, comme dans le rhumatisme franc; mais au niveau même de l'interligne articulaire. Je crois ce signe assez fragile. On note quelquefois aussi une tendance aux hyarthroses subaiguës ou traînantes sans réaction douloureuse excessive. Mais le seul signe, à mon avis, qui ait jusqu'à nouvel ordre une valeur réelle, c'est que ces malades, *qui entrent à l'hôpital comme des rhumatisants, y évoluent comme des tuberculeux*: c'est-à-dire que les symptômes fonctionnels ou généraux de la tuberculose ne tendent pas à tenir le devant de la scène et à y retenir exclusivement l'attention, tandis que les phénomènes arthropathiques s'effacent et s'oublient. Tous les malades que j'ai observés avaient soit des adénopathies bronchiques indiscutables, soit des signes de germination du poulmon: quelques-uns ont fait des poussées pulmonaires successives.

Dans certains cas enfin, c'est non plus l'évolution des phénomènes généraux mais la marche de l'arthropathie, se terminant par une ankylose plus ou moins serrée, qui signera le rhumatisme.

L'existence d'une cardiopathie, surtout celle du rétrécissement mitral, n'exclut pas la possibilité du rhumatisme tuberculeux.

Le *rhumatisme blennorragique* peut aussi dans certains cas causer quelques hésitations, dans la forme généralisée surtout. L'examen des organes génitaux s'impose donc, surtout chez les filles.

Pronostic. — La manière dont nous avons envisagé le rhumatisme dans les pages précédentes nous permet, pensons-nous, de le considérer comme une maladie souvent redoutable chez les enfants. Sans doute le *rhumatisme articulaire* proprement dit est effacé, peu accusé; cependant, même si nous ne tenons pas compte des cas récidivants, traînants qui condamnent les malades à un séjour au lit pendant des semaines et quelquefois des mois et pendant lesquels ceux-ci s'anémient, maigrissent et présentent un état général mauvais, en dehors de ces cas, disons-nous, nous avons à *considérer en quel état le rhumatisme prend l'enfant et dans quel état il le laisse*. Dans un *cinquième* des cas seulement, dit Cadet de Gassicourt, les malades sortent indemnes de leur attaque: un groupe un peu moins nombreux comprend ceux dont le cœur a été peu touché, ou s'est guéri de son endocardite. Le reste, c'est-à-dire les *trois cinquièmes environ*, conserveraient une lésion orificielle incurable, associée, dans un nombre restreint de cas heureusement, à la péricardite chronique. Dans cette dernière éventualité, la mort peut survenir *tardivement* avant que les malades aient atteint l'âge adulte, ou au bout de quelques années pendant lesquelles les malades ont mené une existence lamentable, exposés à des attaques d'asystolie incessantes ou subintrantes. Ou bien, dans un certain nombre de faits, près de 7 pour 100 d'après Cadet de Gassicourt, l'évolution des troubles cardiaques est interrompue après la cessation du rhumatisme, et les malades *succombent dans les mois* qui suivent le rhumatisme. On peut donc dire que le rhumatisme a un pronostic parfois redoutable chez les enfants, et que cette gravité est liée à l'existence de la péricardite.

Traitement. — La gravité et la précocité des accidents cardiaques dans le rhumatisme des enfants nous indiquent assez qu'il n'y a pas, *a priori*, chez

ceux-ci, de rhumatisme, si léger qu'il soit, qu'on puisse négliger sous prétexte précisément que les arthropathies sont peu accusées. Donc, tous les rhumatismes doivent être soignés avec sollicitude et attentivement surveillés.

Les enfants doivent être tenus *au lit*, en dehors de toute cause de refroidissement ou de fatigue : et le séjour au lit doit être prolongé aussi longtemps que durent les phénomènes articulaires, et même quelques jours après que ceux-ci ont disparu ; il doit être repris si après avoir cédé quelques jours, les douleurs reparassent. Le traitement médicamenteux, et on pourrait dire spécifique, repose, comme chez l'adulte, sur l'emploi des sels ou éthers à base d'acide salicylique. Ceux-ci s'emploient à l'intérieur ou à l'extérieur.

On emploie comme topiques à l'extérieur les *éthers amylique* ou plus souvent *éthylque*¹ de l'acide salicylique, soit en nature, soit incorporés à la glycérine ou à des corps gras, qui devront être toujours de préparation récente. La jointure ou les jointures douloureuses sont ensuite recouvertes d'ouate et de taffetas gommé. Ce traitement local, renouvelé chaque jour, suffit quelquefois et peut être employé seul chez les enfants difficiles qui prennent mal les médicaments par la bouche. Sinon on emploie à l'intérieur le *salicylate de soude*. Bien qu'il ait la réputation d'être mieux toléré par les enfants que par les adultes, et de provoquer moins facilement des bourdonnements d'oreille, je crois qu'il est bon de l'associer à un sel soluble de *quinine*, dont l'action même a été vantée jadis contre le rhumatisme, dans la proportion de un décigramme de sel de quinine par chaque gramme de salicylate. Dans quelques cas on y ajoute du bicarbonate de soude.

La dose doit être rapportée comme d'habitude au poids. Si on considère qu'un sujet adulte de 70 kilos aurait besoin de 6 grammes de salicylate, un enfant de 55 kilos en demandera 5 grammes, un de 20 kilos environ 2 grammes et ainsi de suite. Ce qui revient aux doses proposées par les auteurs d'après l'âge : 1 gramme au-dessous de 2 ans, 2 grammes entre 2 et 5 ans, de 3 à 4 grammes au-dessus. Chaque dose devra être diluée dans une certaine quantité d'eau ou de tisane, ou bien on prescrit la dose journalière dans une potion alcoolisée, comme l'écrivent d'Espine et Picot. L'élimination du médicament doit être surveillée par l'examen des urines.

Il doit être *continué tant que durent* les phénomènes articulaires, mais encore *après la disparition* de ceux-ci ; surtout s'il existe, et c'est la règle, un rhumatisme viscéral. On ne peut sans doute espérer guérir les complications endopéricardiques une fois constituées, mais tout au moins peut-on espérer par son emploi les prévenir jusqu'à un certain point, comme le pensait Archambault, ou en atténuer les désastreux effets en en modérant l'étendue ou l'intensité. Je dois dire que cette action bienfaisante n'est guère admise par Cadet de Gassicourt ni par d'autres observateurs. Mais c'est toujours une question délicate à juger que celle-là, et comme nous n'avons pas d'autre moyen d'empêcher le rhumatisme de toucher le cœur, le mieux est d'en continuer l'administration, à moins de contre-indications, telles que la tendance au collapsus, l'anurie, l'albuminurie. Mais ce sont là, en somme, des éventualités rares.

(¹) LINOSSIER et LANNOIS. *Bulletin Acad. de Méd.*, 1896.

La durée de ce traitement pourra donc être fort longue et s'étendre à des semaines, même des mois. Le mieux alors sera d'alterner les préparations externes et internes. A défaut du salicylate non toléré, ou contre-indiqué, on pourra administrer soit les sels de quinine seuls, soit l'antipyrine. On ne devra pas oublier cependant l'action réelle de cette dernière substance sur la nutrition et sur les reins.

Les *complications* seront traitées par les moyens habituels et n'ont rien de particulier à l'enfance. La rareté du rhumatisme cérébral fait qu'on a rarement à discuter l'opportunité de la balnéation froide.

La convalescence, par contre, présente des indications plus impérieuses. Le rhumatisme laisse la plupart du temps les enfants anémiés et languissants. Si aucune complication cardiaque en évolution n'existe, on pourra envoyer les enfants à la campagne, dans les montagnes, pourvu que le climat y soit clair et sec. Certaines plages abritées, à température douce, à climat sec, ne sont même pas contre-indiquées. Les enfants s'y livreront à un exercice modéré et aux pratiques du massage, des frictions générales, de l'hydrothérapie.

Dans les formes tout à fait torpides, sans cardiopathie, on pourra même prescrire des eaux salées ou faiblement sulfurées.

L'existence d'une cardiopathie nécessite par contre la plus grande réserve, surtout s'il s'agit de péricardite chronique en évolution. La révulsion permanente et continue (cautères, pointes de feu) sur la région précordiale sera tout à fait indiquée. Il ne faudra, bien entendu, à ces malades ni hautes altitudes, ni plages, ni eaux excitantes quelconques. Je n'ai pas d'ailleurs à m'étendre plus longtemps ici sur le traitement de ces cardiopathies.

Rhumatisme chronique nouveau. — Ce rhumatisme, qui semble *a priori* être une maladie de l'âge adulte ou de la vieillesse, s'observe cependant chez les enfants.

La première observation a été publiée par Cornil en 1864 ; puis Beau, Laborde en citèrent de nouveaux cas. En 1880 parut le travail de Moncorvo, suivi des thèses de Lacaze-Dori (1882), Pelissié (1889), Diamantberger (1890) ; tandis que des cas isolés, dont un suivi d'autopsie (A. Delcourt, *Rev. des malad. de l'enfance*, 1898), étaient publiés dans différents recueils¹. Malgré tout, le petit nombre d'observations publiées jusqu'à ce jour semblerait indiquer que ce rhumatisme est rare chez les enfants. Cependant, depuis deux ans que je dirige mon service de l'hôpital Hérod, j'en ai déjà observé 2 cas. Le rhumatisme déformant ne s'observe qu'après l'âge de 2 ans, et surtout chez les enfants au-dessus de 10 ans. Il serait plus fréquent chez les filles que chez les garçons.

Parmi les *causes déterminantes*, on a invoqué le froid, l'humidité, les logements insalubres ou mal éclairés, enfin l'hérédité, chez les enfants issus de souche neuro-arthritique (?). Cette dernière influence n'est guère démontrée et on ne l'a expliquée et admise qu'en vertu d'idées purement théoriques, tandis qu'à côté (Olinto²), on invoque plutôt la misère physiologique

(¹) HAUSHALTER. *Rev. méd. de l'Est*, 1895. — KISSEL. *Vratch.*, 1895.

(²) *Rev. des Mal. de l'Enf.*, 1895.

des parents, surtout de la mère pendant la grossesse¹. Tout cela est bien hypothétique encore. Les relations avec le rhumatisme aigu ne sont pas plus démontrées; car si, dans certains cas, on a vu le rhumatisme chronique se montrer à la suite d'un rhumatisme aigu ou dénommé tel, car on peut observer des poussées aiguës dans le cours du rhumatisme chronique (Kissel, *l. c.*), il en est d'autres, au contraire, où il était bien *primitif*.

Une relation étiologique, plus importante peut-être, est celle qui unit le rhumatisme noueux à la *tuberculose*. Bérard et Destot² avaient attiré l'attention sur ce point qui a été repris par M. Poncet et ses élèves. On admet, en effet, depuis leurs travaux, que le rhumatisme chronique noueux avec déformation peut être la terminaison de certains rhumatismes tuberculeux. Cette manière de voir change du tout au tout l'aspect de la question.

Les lésions du rhumatisme chronique sont encore peu étudiées; nous n'avons qu'une autopsie due à Delcourt, mais nous pouvons aujourd'hui compléter cette étude par la radiographie. Dans le cas de Delcourt on ne trouva pas de lésions cartilagineuses, mais des lésions de la capsule et des tissus fibreux périarticulaires avec épaissement des extrémités épiphysaires osseuses. Le rhumatisme chronique de l'enfance appartiendrait donc au *rhumatisme chronique fibreux* de Jaccoud et les déformations viendraient de ce chef. Une radiographie que je possède montre également l'intégrité des surfaces articulaires et même des os, au niveau des mains. C'est ce que démontre également la radiographie du travail de Delcourt.

Le *début* du rhumatisme déformant est souvent insidieux et l'attention n'est attirée sur ce point qu'à l'occasion d'une poussée aiguë. Le fait est bon à retenir pour éviter de rattacher à cette poussée aiguë les déformations qui lui sont antérieures. Les malades se plaignent seulement de douleurs vagues, soit articulaires, soit dans la continuité des membres. D'autres fois le rhumatisme s'installe après une poussée aiguë survenue brusquement ou à la suite d'une série de poussées aiguës de ce genre.

Les déformations siègent d'abord et de préférence aux mains, mais elles n'y restent pas cantonnées; les pieds, les genoux, les poignets, les coudes, les épaules, la colonne vertébrale, surtout dans la portion cervicale, sont envahis successivement et simultanément. Chez certains il y a un élargissement de la région comme une ébauche de spondylose ryzomélique avec ou sans nodosités douloureuses sur les apophyses vertébrales; Haushalter a vu se prendre l'articulation temporo-maxillaire.

La forme générale de ces déformations est le gonflement de la jointure et des extrémités osseuses, avec atrophie des muscles voisins. Il en résulte des *déformations*, qui aux mains peuvent prendre l'aspect des deux types décrits par Charcot chez le vieillard, avec la main déjetée sur le bord cubital. J'ai noté dans mes observations la déviation latérale des phalanges du petit doigt et de l'index vers l'axe de la main, de façon que l'opposition de ces deux doigts simule les pinces du homard (déformation en pince de homard). Les déformations sont souvent symétriques et toujours

⁽¹⁾ Dans sa thèse, PÉLISSÉ note que sur 15 malades, 15 appartiennent à la classe pauvre

⁽²⁾ Congrès de Chirurgie, 1897.

inégalement réparties sur les différents doigts de la main. Là se bornent souvent les lésions. Sinon, on trouve les articulations du poignet, du coude, du genou tuméfiées avec ou sans hydarthrose et fléchies. L'atrophie des muscles du voisinage rend encore plus sensible la tuméfaction de la jointure.

La gêne des mouvements suit naturellement, soit spontanée, soit provoquée; dans certains cas les malades sont confinés au lit (Haushalter, *l. c.*), et les déformations dues aux arthrites combinées à l'atrophie musculaire déterminent des attitudes vicieuses persistantes; mais en général on peut dire qu'on observe ces cas extrêmes moins souvent chez l'enfant que chez l'adulte. La *marche* de la maladie est également moins fatalement progressive que chez l'adulte. De temps en temps surviennent des poussées aiguës suivies d'accalmie et, par un traitement approprié, on peut voir les symptômes s'atténuer et même disparaître. Mais il est d'autres malades qui s'aggravent et chez qui au bout de quelques années on peut voir l'état général devenir mauvais, les jointures s'ankyloser, tandis que l'atrophie musculaire devient extrême.

Y a-t-il à redouter des complications cardiaques? Il semble que la réponse soit affirmative et qu'elles seraient plus fréquentes que chez l'adulte. On a signalé l'endocardite et encore la péricardite, sous sa forme adhésive, et la pleurésie. C'est un argument sérieux en faveur de la théorie infectieuse, et bien souvent la notion de la tuberculose viendra compliquer les choses. Dans le cas de M. Delcourt il y avait de l'ostéomyélite.

Le *diagnostic* sera en général facile.

La *tumeur blanche* est mono-articulaire, et son évolution est tout autre. L'*arthropathie blennorragique* coïncide avec la vaginite de même nature, son début est plus aigu, et les phénomènes locaux sont très accusés. Les *arthropathies secondaires* ou *pseudo-rhumatismes* ont pour eux précisément les conditions dans lesquelles ils se développent; cependant ils peuvent aboutir au rhumatisme chronique, comme Richardière l'a vu dans la scarlatine. La *goutte* est exceptionnelle et sera facilement distinguée. Les *nodosités de Bouchard* ont leur siège sur l'axe transversal de la 2^e phalange, et ne sont pas douloureuses.

Le *massage* et l'électrothérapie semblent avoir donné dans quelques cas d'assez bons résultats de *traitement* (Moncorvo, Dally, Chéron). A cet égard les eaux minérales pourront être très utiles, salées ou sulfureuses légères.

Dans les poussées aiguës c'est encore aux salicylates qu'il faut avoir recours: mais une fois celles-là passées, c'est à l'iode, aux iodures qu'on devra s'adresser comme médication interne. Quant au traitement hygiénique il comprend un climat chaud et sec, de l'exercice en plein air, des frictions généralisées, des exercices rythmés avec appareils élastiques.

L'huile de foie de morue a été préconisée par Grancher. Les iodures, le sirop d'iodure de fer ont été prescrits tantôt avec succès, tantôt en vain.