

sur tout le corps. Elles *siègent* de préférence sur le tronc et sur les membres inférieurs. Elles subissent naturellement l'évolution des taches purpuriques, peuvent se montrer à différents âges chez un même individu, et présentent avec le temps les transformations de couleur habituelles aux épanchements sanguins.

On peut observer plusieurs poussées successives pendant lesquelles les hémorragies muqueuses persistent au point d'inspirer des inquiétudes.

Les *phénomènes généraux* qui accompagnent l'éruption sont les suivants : absence de mouvement fébrile; absence de douleurs rhumatoïdes ou d'érythèmes infectieux; absence de phénomènes infectieux proprement dits. Ce qu'on observe, ce sont des symptômes, qu'on peut provisoirement, faute de mieux, rattacher aux hémorragies comme les anciens auteurs, c'est-à-dire une anémie rapide et profonde, des défaillances, des syncopes même, une faiblesse très grande avec refroidissement des extrémités, faiblesse et accélération du pouls (Werlhoff).

La terminaison se fait par la *guérison*. Les hémorragies cessent, les ecchymoses disparaissent au bout de deux ou trois semaines, et le retour des forces et des couleurs semble se faire assez vite, malgré l'état livide de la peau signalé dans la période active par les différents auteurs.

Cependant, dans certains cas, la durée de la maladie peut être beaucoup plus longue, et, en raison des *rechutes* successives, durer plusieurs mois. On peut donc considérer la maladie de Werlhoff dans certains cas comme une prédisposition hémorragique de l'organisme, les hémorragies cutanées ou muqueuses se reproduisant à la moindre cause ou au moindre choc, avec des intervalles de santé relativement bonne. Millard¹, Marfan², Apert et Rabé³ en particulier en ont publié des observations. J'ai observé pour ma part deux cas de ce genre, mais chez des personnes âgées, par conséquent en dehors de l'enfance.

La maladie de Werlhoff peut présenter un intérêt tout particulier dans certains cas : c'est qu'on peut la confondre avec des ecchymoses résultant de coups portés aux enfants, et qui sont quelquefois le point de départ de poursuites judiciaires. A cet égard on cite l'observation remarquable de Descouts⁴ où seule l'autopsie put mettre sur la voie du diagnostic en montrant la présence d'ecchymoses sur les viscères, et dans le tube digestif.

La terminaison est en général favorable. Cependant on peut voir quelquefois la mort survenir, précédée de collapsus périphérique, de refroidissement des extrémités, de défaillances et de syncopes.

Purpura fulminans d'Henoch. — Bien que distinct par certains caractères cliniques essentiels, mais n'entraînant cependant aucune distinction fondamentale de *nature*, le purpura fulminans d'Henoch me paraît devoir être placé à la suite de la maladie de Werlhoff, dont il se rapproche par le début brusque, l'étendue des hémorragies cutanées. Ses caractères, purement cliniques également, sont les suivants :

(¹) Soc. méd. des hôp., 1897.

(²) Médecine mod., 1895.

(³) Bull. méd., 1897.

(⁴) Annales d'hygiène, 1884.

Début brusque. Éruption purpurique formée d'ecchymoses énormes. Absence d'hémorragie des muqueuses. Absence de douleurs rhumatoïdes. Gravité précoce des phénomènes généraux. Pronostic presque toujours fatal.

Cette forme de purpura a été signalée en 1884 par Guelliot, puis par Henoch en 1886 qui, frappé de sa marche foudroyante, lui donna le nom de *purpura fulminans*. Des observations ont été publiées depuis par Lombard, Wolff, Rinonapoli, Hervé, Ausset, Boullouche.

La maladie se montre comme la maladie de Werlhoff, *sans cause* apparente, le plus souvent en pleine santé ou quelquefois dans le cours d'une gastro-entérite (Ausset), ou dans la convalescence de maladies (Henoch), chez des enfants très jeunes au-dessous de 5 ans, quelquefois même chez des nourrissons de 7 à 10 mois (Guelliot). Cliniquement, et par une ironie des mots, le purpura fulminans est un *purpura simplex*, c'est-à-dire sans hémorragie des muqueuses.

Le *début* est brusque toujours, et surprend parents et médecins. L'enfant est pris de frissons, ou de convulsions; quelquefois d'abattement avec pâleur; symptômes rapidement suivis de perte de connaissance, et d'état semi-comateux menaçant. On note également des vomissements; l'enfant semble dans certains cas souffrir, il pousse des cris, et accuse des douleurs lombaires. Mais ce ne sont là que symptômes de second ordre. Ce qui caractérise cette variété de purpura, bien nommée *fulminans* par Henoch, c'est la marche effrayante des accidents locaux — les ecchymoses — ou généraux, marche telle qu'un enfant tombant malade à 10 heures du matin peut être mort à minuit (Guelliot¹).

L'éruption, qui siège de préférence aux membres supérieurs et inférieurs, et aux reins, se compose de pétéchies et d'ecchymoses. Ce qui les caractérise, c'est la rapidité de leur extension et leur confluence.

En quelques heures, précédées ou non d'une éruption pétéchiale, les ecchymoses peuvent envahir tout un membre, ou toute la région lombaire.

En même temps que se montrent les ecchymoses, on constate que le membre pris est le siège d'un œdème dur, qu'il est comme *infiltré de sérosité*; quelquefois dès les premières heures, quelquefois plus tard, la peau se couvre de *phlyctènes à contenu séro-sanguinolent*, qui peuvent, dans les cas *exceptionnels* où la maladie *guérit*, être le point de départ de *gangrène* cutanée.

Pendant que ces phénomènes hémorragiques se passent du côté de la peau, on peut être surpris, à juste titre, de n'observer aucune hémorragie par les muqueuses. Dans deux cas seulement on a noté une hémorragie très légère sur la conjonctive. Comme je le disais plus haut, le purpura fulminans, toujours mortel, est un *purpura simplex*.

Les phénomènes généraux, graves dès le début, ne tardent pas à devenir menaçants. Ce qui domine, c'est une sorte de sidération des fonctions ner-

(¹) GUELLIOT. Union méd. du N.-E., 1884. — HENOCH. Berlin. klinische Wochens., 1887. — WOLFF. Berlin. klin. Woch., 1888. — RINONAPOLI. Arch. di Path. inf. 1887. — HERVÉ. Revue des mal. de l'enf., 1888. — AUSSET. Écho méd. du Nord, 1899. — BOULLOUCHE. Soc. méd. des hôp., 1899.

veuses, laissant l'enfant anéanti et sans connaissance; quelquefois accompagnée de phénomènes convulsifs, avec refroidissement précoce des extrémités, pâleur terreuse de la face, cyanose très accentuée.

L'évolution est extrêmement rapide. Habituellement, la mort survient en moins de 24 heures dans le collapsus et sans que les enfants reprennent connaissance. Le cas de M. Bouloche terminé par la guérison fait jusqu'ici seul exception à cette règle.

La pathogénie de cette variété de purpura est complètement inconnue. L'examen anatomique fait dans 5 cas, l'examen bactériologique fait dans un cas (Ausset), n'ont donné aucun résultat. On a simplement observé que les 5 cas de Guelliot s'étaient montrés avec l'allure d'une petite épidémie. D'autres observateurs, pure opinion d'ailleurs, ont songé à des fièvres éruptives hémorragiques, ou à une manifestation de l'impaludisme.

Purpura rhumatoïde. — Synonymes : purpura exanthématique, rhumatismal, péliose rhumatismale (Schönlein); purpura myélopathique primitif (Faisans).

Bien que le purpura rhumatoïde soit une variété de purpura toxi-infectieux, on a l'habitude de le décrire comme une variété clinique à part, et cela en raison de ses caractères symptomatiques. Il se caractérise :

Par des *poussées* analogues à celles qui caractérisent les exanthèmes cutanés (d'où son nom : *purpura exanthématique*);

Par une *éruption* le plus souvent *pétéchiale*, accompagnée ou non d'*ecchymoses*, et symétrique;

Par l'existence de *douleurs articulaires* simulant le rhumatisme;

Par des phénomènes généraux plus ou moins marqués, accompagnés de *troubles digestifs*;

Par un *pronostic bénin*.

Il peut être — selon la formule, un purpura hémorragique.

Le purpura rhumatoïde ou exanthématique, contrairement aux précédents, ne s'observe pas chez les jeunes enfants. Il serait surtout fréquent chez ceux de 6 à 7 ans, et de 10 à 12 ans. Sanné pense qu'il serait plus fréquent chez les garçons que chez les filles. Il s'observe de préférence chez les enfants de souche arthritique, blonds, à peau fine et blanche.

Les causes déterminantes, quand on les trouve, sont surtout la fatigue physique, la station debout prolongée, les marches forcées, etc. Dans quelques cas on ne trouve aucune cause déterminante; mais, ce qui est beaucoup plus net parfois, c'est l'action bien certaine des infections ou des intoxications.

La plupart des purpuras toxiques (iode, phosphore, arsenic, acide borique, etc.) (Féré), signalés plus haut, prennent cette forme, quand il s'agit d'intoxications aiguës.

Les infections à la suite desquelles on l'observe sont souvent, comme le fait remarquer Apert, peu importantes; ce sont : des angines, des furoncles, la blennorragie, la pleurésie, l'infection intestinale.

Dans quelques cas il faut incriminer un coup de froid, ou une émotion violente; enfin on peut l'observer chez des sujets parfaitement sains, chez

les enfants de souche neuro-arthritique; et en particulier à l'occasion de l'établissement des règles, que le purpura pourrait remplacer (Trousseau); ou au moment de poussées de croissance. On l'a signalé particulièrement chez les malades atteints de néphrite chronique, et sous l'influence d'une crise aiguë de diarrhée (S. Gee¹, in thèse d'Apert, p. 75).

La pathogénie de cette forme de purpura n'est pas mieux connue que celle des autres purpuras infectieux. En raison de la symétrie des lésions et de quelques autres particularités, Faisans en avait fait un purpura myélopathique. Mais il est probable qu'il est de même nature et mécanisme que les autres. Se basant sur ce fait que les taches purpuriques de cette forme ne subissent pas toujours les différences de couleur qui caractérisent les transformations du sang extravasé, Apert pense que c'est un purpura *ectasique* et non hémorragique. Mais la démonstration de cette différence anatomique n'est pas faite.

Le purpura exanthématique est le plus souvent précédé de prodromes : *endolorissement des membres inférieurs* non localisé aux articulations, *courbature*, *hyperesthésie* à la pression du membre des masses musculaires et des os. Quelques malades présentent en plus de la *fièvre*, toujours légère, et quelques *troubles digestifs* : vomissements, diarrhée, et un peu de céphalée avec absence d'appétit.

Deux ou trois jours après, ou dès le premier jour, l'éruption apparaît. Elle est caractérisée par une éruption souvent très confluyente et *symétrique de fines* pétéchies, d'apparence parfois vésiculeuse; leur coloration est rose vif à teinte purpurique. Elles *siègent* surtout aux membres inférieurs, au pourtour de l'articulation tibio-tarsienne, au-devant du tibia, sur le dos du pied, au genou, à la face externe des cuisses. Elles peuvent s'y cantonner; sinon on les trouve également au coude, aux avant-bras, sur le dos de la main, respectant presque toujours le tronc et la face. Elles pâlisent rapidement, prennent successivement des colorations jambonnées ou rouillées plus ou moins marquées et disparaissent en 8 à 10 jours.

La caractéristique de cette forme de purpura est qu'elle procède par *poussées* successives, *subintrantes*, ou *séparées* par des intervalles de temps suffisants pour que la première éruption ait eu le temps ou non de disparaître : il en résulte que, à un certain moment, l'éruption purpurique est formée d'éléments d'âges différents. Les nouvelles poussées peuvent d'ailleurs occuper un siège différent des premières.

Le purpura peut dans certains cas être *accompagné* d'autres manifestations cutanées, telles que des érythèmes d'aspects divers, érythème polymorphe hémorragique, et quelquefois de papules urticariennes (purpura ortié). Dans certains cas, on a vu les éruptions purpuriques de ce genre prédominer sur un membre atteint de paralysie infantile, d'hémiplégie, etc. Ce sont des curiosités.

Dans certains cas, on observe des *œdèmes* fluxionnaires, analogues aux œdèmes rhumatismaux, de préférence sur le dos de la main, gênant les

(¹) *St-Bartholomew's hospital reports*, t. XVI.

mouvements des doigts ; plus rarement et ressemblant à l'érythème noueux par leur dimension plus restreinte, au niveau des crêtes du tibia et du cubitus. On les observe également sur le dos du pied, au genou, aux coudes. Contrairement au purpura, ces plaques d'œdème ne sont pas symétriques, elles durent en général de deux à trois jours, laissant parfois sur la peau une coloration chamois (Mathieu-Soyer, *De l'œdème pourpre fébrile*, 1878).

Un des caractères fondamentaux du purpura rhumatoïde semblerait être l'existence d'arthropathies ; mais celles-ci ne sont pas constantes et sont souvent confondues avec les œdèmes périarticulaires dont nous venons de parler. En tout cas, elles semblent occuper de préférence les articulations du membre inférieur, en particulier celles du cou-de-pied, mais elles ne sont pas mobiles comme celles du rhumatisme franc, et ne se terminent jamais par suppuration ou par ankylose comme celles du pseudo-rhumatisme. Ce sont de simples arthralgies, ou bien quelquefois la jointure, sans rougeur à la peau, est le siège d'un léger épanchement. Les douleurs, d'ailleurs, sont assez modérées. Le purpura rhumatoïde peut être *hémorragique*, mais ce n'est pas son caractère fondamental et ces hémorragies sont peu accusées. On a observé des épistaxis, exceptionnellement des hématuries, des hémartémèses, ou le retour prématuré des règles. Les grosses hémorragies viscérales ou méningées ne s'observent pas.

Les *phénomènes généraux* sont peu accusés : un peu de fièvre, de courbature. Dans quelques cas il y a des *troubles gastro-intestinaux*, diarrhée, vomissements, qui dans certains cas peuvent prendre une violence insolite (forme pseudo-péritonéale). C'est dans ces cas qu'on peut observer des vomissements sanglants ou du sang dans les selles. Quelquefois il y a une légère *albuminurie*. Les complications viscérales sont exceptionnelles, on a cependant mentionné la néphrite¹. Mais on peut dire que le *pronostic* du purpura rhumatoïde est bénin. La seule ombre au tableau est la fréquence et la facilité des *rechutes* successives sous l'influence de la moindre fatigue. L'inconvénient en est que la maladie *peut durer des mois*.

Le *diagnostic* de cette forme est donc facile quand le type est pur. Malheureusement il existe tant de formes morbides où on peut observer en même temps des purpuras, des arthropathies, des érythèmes, le tout accompagné de phénomènes infectieux, formes dont le classement précis est encore à faire, qu'il nous paraît prématuré de nommer des caractères différenciels, dont la valeur est fort discutable. La meilleure preuve en est que chez un même malade on peut voir évoluer à quelque temps de distance un purpura rhumatoïde, et un autre type de purpura dit infectieux primitif, dont il nous reste à parler.

Un diagnostic assez délicat dans certaines circonstances devra être fait avec les *arthropathies hémophiliques*, surtout lorsque celles-ci sont accompagnées d'ecchymoses cutanées ou d'hémorragies des muqueuses. Ces arthropathies se reconnaîtront en tenant compte des caractères suivants : hérédité hémophilique, âge des enfants, de préférence entre 4 et 10 ans, rare-

(¹) MOUSSOUS. *Revue des mal. de l'enf.*, 1891.

ment au-dessous de deux ans, tuméfaction brusque d'une jointure, le plus souvent le genou, généralisation à peu près constante aux autres jointures, épanchement articulaire notable, sans signes inflammatoires, poussées antérieures semblables ; et dans ce cas déformation articulaire ; hémorragies des muqueuses toujours prédominantes, tendance hémorragique des moindres érosions cutanées, et constatation de stigmates hémophiles antérieurs. D'ailleurs, c'est une maladie rare, plus fréquente en Allemagne et en Angleterre qu'en France, mais qui a son importance cependant par ce fait qu'elle peut exister chez les jeunes enfants et qu'elle y comporte un pronostic assez sérieux.

Purpura infectieux primitif. — Tout ce qui n'appartient pas aux formes précédentes *en tant que purpura primitif* est un *purpura infectieux primitif*. Cette définition par exclusion me paraît seule possible, et laisse entrevoir la complexité pathogénique de ces purpuras, dont la caractéristique clinique est peut-être plus précise, si on la limite au pronostic, qui est en effet plus sévère. On lui reconnaît deux formes : l'une dite *forme typhoïde*, en raison des phénomènes généraux qui l'accompagnent ; l'autre *forme pyohémique*, en raison des manifestations septiques qui la rapprochent de l'infection purulente.

Il se caractérise : par une *éruption nettement purpurique* évoluant par poussées, mais sans symétrie, accompagnée d'ecchymoses parfois très étendues, et se terminant parfois par *suppuration* ou *gangrène* ; par des *hémorragies muqueuses et viscérales*, mais surtout par des *phénomènes généraux* de la plus haute gravité, accompagnés ou non d'arthropathies, et enfin par des *phénomènes septiques* qui se manifestent en particulier par des *abcès* et par de la *gangrène* ; par un *pronostic grave*.

Nous n'avons pas le loisir de discuter ici les rapports qui peuvent exister entre le purpura rhumatoïde et le purpura infectieux. Disons seulement qu'il y a des formes qu'il est impossible de classer nettement dans l'une ou l'autre forme, et que tout ce qu'on peut faire c'est de conserver une division, qui n'a pas plus d'importance que celle qui consiste à appeler scarlatine maligne une scarlatine qui offre des symptômes graves, et scarlatine bénigne une scarlatine qui n'en offre pas.

Ce purpura d'ailleurs est très souvent un purpura *secondaire*, comme nous le verrons plus loin, et les véritables purpuras dits primitifs ne le sont que parce qu'ils se développent dans le cours d'états infectieux dont nous n'avons pas encore classé la nature. Voilà ce que nous savons sur l'*étiologie* de ce purpura, en dehors, bien entendu, de la fatigue, du surmenage, *causes banales* communes à tous les états infectieux graves.

Ce qui est plus précis, c'est que ce purpura représente bien un *état plus prononcé d'infection*, puisqu'on *retrouve* à peu près toujours un *microbe pathogène dans le sang des malades*. Et je pense, avec Apert, que le nom de purpura *septicémique* lui conviendrait beaucoup mieux, et aurait une signification plus exacte.

Mais, ainsi que nous l'avons vu, l'existence de microbes dans le sang et au niveau des taches purpuriques ne permet pas d'expliquer l'hémorragie par capillarité ou par embolie microbienne. Et la pathogénie de ce purpura

reste aussi obscure que celle des autres variétés, si ce n'est que la gravité des phénomènes septiques peut provoquer des altérations humorales ou viscérales préalables, qui peuvent avoir pour résultat l'hémorragie cutanée.

En fait, le purpura, en tant qu'éruption, est souvent précédé de PRODRÔMES qui imposent l'idée d'un état infectieux en évolution; et le *début* dans certains cas ressemblerait assez à celui d'une fièvre typhoïde : céphalée, courbature, inappétence, troubles digestifs, anorexie, constipation ou diarrhée, accompagnés d'épistaxis et de fièvre; cependant celle-ci, beaucoup plus irrégulière que dans la fièvre typhoïde, ne présente pas la courbe régulièrement ascendante de cette dernière maladie. Le diagnostic reste forcément en suspens jusqu'au moment où les hémorragies se montrent, du premier au huitième ou neuvième jour.

L'éruption purpurique de ces formes est tout à fait conforme à celle dont nous avons donné plus haut la description à propos des purpuras en général. Les taches confluent parfois de manière à former des plaques noirâtres, mélangées ou non à des ecchymoses. Exceptionnellement on note l'existence de bulles ou de pustules hémorragiques, quelquefois les taches sont décolorées au centre avec menace de gangrène, ou entourées d'une zone inflammatoire. L'éruption n'est pas *symétrique*, elle est disséminée, et peut même se montrer sur la face, mais elle est toujours plus abondante sur les membres inférieurs. Elle est discrète, ou au contraire confluyente, en particulier sur un segment de membre, où les éléments éruptifs prennent parfois l'aspect de larges placards.

L'éruption purpurique se fait comme d'habitude par *poussées successives*, de façon qu'on trouve sur le même sujet des pétéchies ou des extravasations sanguines d'âge différent. La durée des pétéchies est d'environ 5 semaines, la teinte noire violette durant environ 8 jours.

Les hémorragies *muqueuses* se montrent *avant, pendant ou après* l'éruption cutanée : ce sont l'épistaxis, la stomatorragie, le méléna, les hématuries, les métrorragies. Elles peuvent se faire également dans les *séreuses* : plèvres, péricarde, *articulations, méninges*; ou dans les *tissus* : muscles, cerveau, viscères. Chacune de ces localisations hémorragiques est le point de départ de symptômes particuliers — paralysie, apoplexies, arthropathies — en rapport avec le *siège* de ces hémorragies.

Dans certains cas, nous l'avons vu, les taches purpuriques présentent des phlyctènes ou des traces de nécrose. Ces gangrènes, étudiées par Martin de Gimard (th. 1889), sont parfois assez étendues pour donner lieu à une forme spéciale de la maladie. Dans ce cas, tantôt le foyer gangreneux est limité, et se trouve constitué par l'élimination d'une sorte de bourbillon sanguinolent, laissant une perte de substance sanieuse (*purpura nécrotique*); tantôt il s'agit de *gangrènes diffuses* qui peuvent frapper non seulement la peau, mais les muqueuses, et en particulier celle de la bouche. Lorsque les foyers, gangreneux ou non, subissent l'influence des microbes de la suppuration, on peut observer des phénomènes inflammatoires et même des soulèvements épidermiques à contenu purulent (*purpura ethymateux*).

Dans d'autres cas, ce sont des sortes de *phlegmons diffus*, et des *lym-*

phangites, des *adénites*, des *phlébites* (Hutinel). Les *mêmes transformations* purulentes peuvent s'observer dans les *épanchements sanguins des séreuses*, et en particulier, ce qui est le cas le plus fréquent, dans les *articulations*. Ces arthrites suppurées peuvent être telles primitivement, et alors leur début est brusque, ou au contraire ne se développer qu'à la suite d'un épanchement sanguin préalable, le début dans ces cas est plus insidieux (Apert, p. 79). Dans ce cas, les arthrites ont nettement l'allure du rhumatisme infectieux, ce qui les distingue de celles du purpura rhumatoïde.

Les *phénomènes généraux* concomitants sont des plus graves : phénomènes typhoïdes, stupeur, délire, etc. La température, toujours élevée, a une marche irrégulière : ses rapports avec les hémorragies ne sont pas encore bien précisés. Les urines sont rares, uratiques, parfois albumineuses.

Selon la prédominance ou non des phénomènes septiques ou pyoémiques, on décrit une forme *typhoïde* (typhus angéiohématique de Landouzy et Gomot) et une *forme pyoémique*. Celle-ci serait plus grave.

La *mort* survient le plus habituellement et cela, entre la 2^e et la 4^e semaine, par aggravation des phénomènes infectieux, quelquefois hâtée par une hémorragie intestinale ou autre. Cependant la *guérison* est possible, même dans les cas accompagnés de gangrène étendue (Martin de Gimard). Mais elle s'observe de préférence dans les formes atténuées, et dans celles en particulier qui traînent en longueur avec des rechutes successives. Encore le malade est-il à chaque instant exposé à une recrudescence de la maladie.

Le pronostic est donc en somme très grave et, dans les cas où la guérison s'observe, elle n'est obtenue qu'après des évacuations purulentes spontanées ou provoquées, des suppurations prolongées, des pertes de substance gangreneuses à réparer, et souvent aussi après des *rechutes* hémorragiques qui remettent passagèrement tout en question.

Enfin la convalescence proprement dite est extrêmement pénible, tant la faiblesse des malades est grande et c'est par mois que se chiffre le temps nécessaire à leur complet rétablissement.

L'origine infectieuse de la forme de purpura que nous étudions est pleinement démontrée par la transmission de la maladie de la mère au fœtus; et par les accouchements prématurés qu'il provoque chez la mère, l'enfant étant ou non viable. On connaît quelques observations de ce genre (Hanot et Luzet).

D'autre part, Koplik a vu survenir le purpura chez des enfants dont la mère était atteinte d'infection puerpérale, ce qui rapproche ces cas des faits observés par Babès et dont nous avons parlé plus haut.

Les *purpuras secondaires* n'ont pas de symptomatologie propre : tantôt, et le plus souvent en particulier, quand ils surviennent pendant la convalescence des maladies, ils prennent l'aspect du purpura rhumatoïde, tantôt ils prennent celui du purpura infectieux. Mais, entre ces formes, combien d'autres se rangent, qu'il est difficile ou impossible de faire rentrer dans un de ces types, et à qui, certains même, dans un esprit de scolastique poussé à l'extrême, refusent la dénomination de purpura. Dans ce cadre se range ce qu'Apert désigne dans sa thèse sous le nom de *purpura maculeux*, se rapprochant de la maladie de Werlhoff par l'étendue des taches

sanguines, mais s'en écartant par sa gravité et par sa longue durée. Il se différencie également du purpura rhumatoïde par l'absence de douleurs et d'œdème, et du purpura infectieux primitif par l'absence de fièvre et de phénomènes septicémiques. Cette forme de purpura s'observerait de préférence chez les malades atteints d'affection hépatique et chez les cardiaques.

Traitement. — Il n'y a pas de traitement spécifique du purpura, on devine pourquoi. L'action médicale se borne donc à tenir compte des médications symptomatiques qui se présentent, comme dans tous les états infectieux, et à favoriser l'élimination des toxines que l'on suppose, en surveillant et en activant les émonctoires naturels de l'organisme, et en particulier le rein.

La médication dite anti-hémorragique est habituellement employée : on prescrit de l'eau de Rabel, des potions acides, etc., de la quinine, de l'hamamélis, de l'ergotine. Il est bon de rappeler à propos de l'ergotine qu'Henoch a accusé les injections sous-cutanées de cette substance de provoquer des infiltrations sanguines étendues, pouvant même se terminer par suppuration. Le perchlorure de fer en potion, le tanin, me paraissent avoir une action bien hypothétique.

Dans le cas d'hémorragies très abondantes, surtout s'il s'agit d'hémorragies du tube digestif, on aura recours aux tisanes acides glacées : citron, acide citrique, limonade sulfurique, etc., et aux solutions chaudes de chlorure de calcium ou de gélatine. Le chlorure de calcium peut être employé en solution étendue comme moyen de lavage dans certaines hémorragies des muqueuses, celles de l'intestin en particulier. Mais on le prescrit également à l'intérieur à la dose de 1 à 2 grammes par jour, en solution étendue à 2 pour 100, au moment des repas. Reverdin préconise également le sulfate de soude à la dose de 0,10 toutes les heures.

Mais les indications principales sont fournies, comme dans toutes les toxi-infections, par l'état du cœur et par celui du système nerveux. C'est à ce point de vue que l'hydrothérapie tiède, ou même froide, pourra être employée.

Lorsque des suppurations ou des menaces de gangrène se montreront, l'indication formelle est d'éviter la septicémie, en ayant recours à l'antisepsie la plus rigoureuse et aux interventions opératoires que l'état des parties nécessite.

En même temps, on devra soutenir les forces du malade par une alimentation en rapport avec l'état de ses voies digestives, et qui devra être associée aux médicaments toniques et réparateurs : quinquina, kola, vin de Bordeaux, etc.

Dans les formes rhumatoïdes, le repos au lit fera assez souvent disparaître les douleurs, qu'on pourra calmer également par les enveloppements salicylés. On ne devra pas oublier que les rechutes sont fréquentes, ni dans quelles conditions elles le sont, pour prescrire au malade des précautions et une hygiène convenable. Le séjour au lit et le repos peuvent être nécessaires pendant plusieurs semaines.

VI

SCORBUT INFANTILE ¹

PAR sir THOMAS BARLOW, Bart.

Médecin à l'University College Hospital et médecin honoraire à l'Hôpital d'Enfants de Great Ormond Street (Londres), Médecin de la maison du roi.

Définition. — Le scorbut infantile est une affection caractérisée par une anémie marquée et de fortes douleurs rapportées aux os. Anatomiquement, il est essentiellement caractérisé par la présence d'épanchements sanguins sous-périostiques, siégeant, en principe, autour des os des membres inférieurs. Pendant la période antérieure à la dentition, les hémorragies peuvent siéger exclusivement dans les régions sous-périostiques, mais, après l'éruption des dents, on rencontre, comme dans le scorbut des adultes, des ecchymoses gingivales; en général elles sont moins importantes. Ce qui distingue le scorbut infantile des autres anémies, est son arrêt immédiat sous l'influence du lait frais et du jus de légumes et fruits frais.

Symptomatologie. — Le début du scorbut infantile est généralement brusque : on voit un enfant nourri au biberon, souvent pourvu d'une quantité suffisante de tissu adipeux sous-cutané, mais présentant, au niveau des côtes et des épiphyses des os longs, des signes évidents de rachitisme, devenir quelque peu pâle et manifester des signes de douleur lorsqu'on touche un de ses membres inférieurs.

Dans l'espace d'un jour ou deux, l'autre membre inférieur devient sensible à son tour, et tous deux s'affaiblissent de telle sorte que, si l'enfant a antérieurement essayé de mettre les pieds à terre, il ne renouvelle plus ses tentatives. Les articulations coxo-fémorales peuvent être à demi fléchies, mais les jambes pendent dans un état de pseudo-paralysie. Une gardienne attentive peut avoir déjà remarqué que la sensibilité est surtout accusée dans les jambes, ou au voisinage des genoux et des chevilles. Mais maintenant apparaît là une légère tuméfaction portant sur l'un ou sur les deux membres inférieurs. Cette tuméfaction est symétrique des deux côtés, mais non d'une façon exacte. Ainsi, le tiers inférieur d'une jambe peut en être affecté en même temps que le tiers supérieur de l'autre, et le tiers inférieur d'une cuisse, en même temps que le tiers supérieur de la jambe du côté opposé. La tuméfaction ne s'accompagne pas du changement de coloration de la surface. Il n'y a non plus aucune élévation de la température de la peau à ce niveau. L'œdème, quand il existe, est peu intense, quoique les veines aux environs des chevilles paraissent un peu gonflées, et que la peau paraisse luisante et quelque peu tendue. En un jour ou deux, l'enflure s'étend, de

(¹) Cette maladie est encore désignée sous le nom de notre collaborateur, qui l'a le premier décrite : *Maladie de Barlow, Barlow's disease, Barlow'sche Krankheit*, etc. (J. C.).