

table ami M. le docteur J. Bergson, et dont je vous parlais tout à l'heure, est une nouvelle preuve que dans quelques cas heureux et rares, la polyarthrite ne trouble pas gravement la santé, du moins elle résiste avec une opiniâtreté désespérante aux médications les plus diverses et les plus rationnelles.

LXVII. — DU RHUMATISME CÉRÉBRAL.

Si cette singulière affection a eu pour point de départ l'un des cas observés de rhumatisme cérébral chez un ivrogne et chez une femme qui avait été folle autrefois. — Accidents cérébraux ordinairement dus à une prédisposition personnelle. — Du délire dans les maladies. — Six formes de rhumatisme cérébral; apoplectique, délirante, méningitique, hydrocéphalique, convulsive et choréique. — Divisions un peu artificielles. — Description de ces formes. — Nature du rhumatisme. — Rareté de la méningite, absence habituelle des symptômes et des lésions de la phlegmasie des méninges. — Les accidents cérébraux ne sont pas le fait d'une métastase. — Tiennent ordinairement à une prédisposition cérébrale fâcheuse; antécédents d'ivrognerie ou de névrose. — Le sulfate de quinine ne doit pas être mis en cause. — Traitement.

MESSIEURS,

Il y a quelques jours à peine, vous avez pu voir couché au n° 16 de notre salle Sainte-Agnès un homme remarquablement robuste, qui était atteint de rhumatisme articulaire aigu.

A l'âge de douze ans, cet homme avait eu une première attaque de rhumatisme, qui avait surtout frappé les membres inférieurs et duré trois mois. Six ans plus tard, il avait une deuxième attaque, qui frappait toutes les articulations et durait encore trois mois environ. A vingt et un ans, nouvelle attaque qui touchait encore toutes les articulations successivement et durait quatre mois.

Il est difficile de voir la diathèse rhumatismale plus nettement et plus sévèrement accusée; et cependant cet homme dit n'avoir jamais éprouvé quoi que ce fût du côté du cœur : jamais il n'a eu de palpitations, d'essoufflement ni d'œdème. Or, nous verrons plus tard qu'il avait néanmoins de graves lésions cardiaques et que la loi de M. Bouillaud¹ s'était une fois de plus vérifiée dans ce cas.

Douze jours avant d'entrer dans notre service, cet homme éprouva de vagues douleurs dans les petites articulations des doigts, sans fièvre ni malaise marqués. Puis la fièvre survint, le poignet gauche se gonfla, devint très-douloureux et le malaise se généralisa. Le 19 février, jour de son entrée à l'hôpital, ce malade a une fièvre assez vive : nous comptons 118 pulsations par minute, la peau est couverte de sueur, le poignet gauche est très-tuméfié, il y a de la rougeur le long des gaines synoviales des extenseurs du pouce et du grand abducteur. Les petites articulations du

1. Bouillaud, *Traité clinique du rhumatisme articulaire et de la loi de coïncidence des inflammations du cœur avec cette maladie*, Paris, 1849.

carpe sont douloureuses. Les deux genoux sont douloureux, surtout le gauche, qui est pris depuis la veille seulement. Le genou droit, affecté depuis deux jours, contient une petite quantité de sérosité.

Je vous donne tous ces détails, afin qu'il soit certain pour vous que c'est bien d'un rhumatisme articulaire aigu qu'il s'agit ici, et afin que vous puissiez suivre la migration des accidents.

Il existe de plus un bruit de souffle remarquablement rude au premier temps du cœur et à la base, et un souffle doux au deuxième temps, également à la base. Ces bruits se propagent dans les gros vaisseaux.

En raison de la fréquence du pouls, de la chaleur de la peau, de l'intensité de la soif, de l'aspect général, je pronostique une attaque sévère de rhumatisme et la longue durée de cette attaque.

Je prescris 1 gramme de sulfate de quinine et, le soir, mon chef de clinique fait appliquer six ventouses scarifiées à la région du cœur.

Les jours suivants la fréquence du pouls reste la même. Quant aux articulations, voici ce qu'elles présentent : le 21, le poignet gauche s'est dégonflé, mais la rougeur persiste le long des gaines synoviales du poignet et de la main; le 22, l'articulation tibio-tarsienne et le pied droits sont douloureux; la main et le poignet gauches sont libres; la main droite est prise; — le 24, les membres inférieurs sont dégagés, la main droite est toujours rouge et gonflée; les coudes sont libres; les épaules sont douloureuses.

Le malade se sent beaucoup mieux et il espère bientôt manger. Depuis deux jours la dose de sulfate de quinine a été portée à 2 grammes, après avoir été le 1^{er}, 50 le 22.

A la visite du soir du 24, mon chef de clinique ne constate rien d'inusité, sinon la diminution de la douleur des arthrites; le malade se félicite de son état. Cependant, une heure plus tard, cet homme se plaint de ne plus voir clair, puis bientôt après il vocifère, il crie « *au voleur* », s'élanche hors de son lit, tombe, est relevé, replacé dans son lit, lutte avec deux infirmiers, en déployant une force considérable, puis s'affaisse et meurt; toute cette scène ayant duré à peine un quart d'heure.

A l'autopsie, on trouve une injection assez vive de toute la pie-mère cérébrale. Mais les méninges ne sont nulle part épaissies, nulle part adhérentes à la substance corticale. Il n'y a pas trace d'exsudation séreuse dans l'espace sous-arachnoïdien. Les plexus choroïdes ne sont pas notablement plus rouges qu'à l'état normal. Il n'y a pas d'épanchement ventriculaire.

Le cerveau est remarquablement sain. Coupé par tranches assez minces, il n'est en aucun point plus vasculaire qu'à l'état normal; il n'y a même pas de piqueté interstitiel comme on en observe dans certains cas où les méninges sont injectées. Le corps calleux, les couches optiques, les corps striés sont fermes et ne présentent nulle part d'altération. Il en

est ainsi du cervelet et du bulbe dans toutes leurs parties. En un mot, il est difficile de voir un cerveau plus normal d'aspect et de texture.

Les artères basilaires et cérébrales sont absolument saines, il n'y a aucune altération des parois; nulle part on ne trouve de coagulation qui permette de croire à une thrombose ou à une embolie.

Je passe rapidement sur les lésions cardiaques; il vous suffira de savoir que les souffles entendus pendant la vie correspondaient, ainsi qu'on l'avait diagnostiqué, à une double lésion de l'orifice ventriculo-aortique, rétrécissement de l'orifice et insuffisance des valvules. Seulement, contrairement à ce qu'on aurait pu croire, d'après les assertions du malade, ces lésions étaient de date très-ancienne, bien qu'elles n'aient pas encore trahi leur existence par des troubles fonctionnels. Le péricarde adhérait intimement au cœur dans toute son étendue. Le cœur était très-volumineux, surtout à gauche; les cavités étaient vides. Il y avait une congestion comme asphyxique des poumons. Les reins étaient volumineux et violacés. Le foie était rouge et très-volumineux. On ne trouvait rien à noter dans les autres organes.

Il n'y avait pas trace d'épanchement dans les deux genoux; la synoviale n'était nullement injectée, sinon très-légèrement dans le cul-de-sac externe du genou gauche. Il n'existait ni rougeur de la synoviale ni épanchement dans les poignets et dans les autres articulations, envahies la veille encore.

Je ne crois pas qu'ici aucun détail soit superflu. Il s'agit d'un sujet controversé, qui soulève de nombreux points de doctrine: y a-t-il dans les cas de rhumatisme cérébral, métastase des articulations sur le cerveau, simple trouble fonctionnel de l'encéphale sans lésion, ou méningite rhumatismale? Et alors on comprend quel intérêt présente l'investigation anatomique.

Quoi qu'il en soit, et pour en revenir à notre malade, il avait eu antérieurement trois attaques de rhumatisme articulaire aigu, qui avaient duré chacune trois à quatre mois et avaient laissé d'ineffaçables traces sur le péricarde et le cœur. La quatrième et dernière n'était aiguë que depuis huit jours, quand, tout à coup, il y a amélioration dans les arthropathies et l'état général, et bientôt développement d'accidents cérébraux, qui débutent par un léger trouble de la vue pour se terminer par un délire d'un quart d'heure seulement de durée, à la suite duquel la mort arrive brusquement.

A l'autopsie on trouve à peine un peu d'injection des méninges pour expliquer les troubles cérébraux.

Assurément il s'agit bien ici de rhumatisme articulaire aigu, et les accidents ultimes sont bien ceux du rhumatisme cérébral. Mais ils étaient survenus avec une telle brusquerie, ils nous avaient pris tellement au dépourvu, que mon attention une fois éveillée, je résolus d'envoyer aux ren-

seignements. Or, voici ce que j'appris: Notre malade était un grand buveur, c'est-à-dire, sans euphémisme, que c'était un ivrogne. Il pouvait boire beaucoup sans s'enivrer, mais il était alors *abruti*, disaient ses camarades. Depuis trois mois, d'ailleurs, il avait souvent des étouffements et des cauchemars pendant la nuit. En d'autres termes, cet homme avait de tristes antécédents alcooliques, et il se trouvait dans un état cérébral fâcheux quand, pour la quatrième fois, le rhumatisme fit explosion. Nous verrons plus tard ce qu'il en faut conclure au point de vue de l'étiologie du rhumatisme cérébral. En attendant, laissez-moi souligner certaines phrases, à savoir: que cet homme était un grand buveur; qu'il passait sa vie dans un état d'ébriété habituel, que depuis quelque temps il avait des cauchemars, et qu'il eut de l'obnubilation de la vue quelques minutes avant l'accident.

Passons à notre seconde observation: c'est une femme de soixante-trois ans, couchée au n° 2. Elle est femme de ménage et concierge; c'est-à-dire qu'elle est peut-être bien un peu adonnée aux liqueurs fortes. Quoi qu'il en soit, voici ce qu'elle raconte: Le dimanche qui précéda son entrée à l'hôpital, elle avait été faire un ménage, et de là s'était rendue à Notre-Dame pour y entendre la messe. Elle ne put suivre la messe comme d'habitude, elle ne comprenait plus rien aux diverses parties du sacrifice; en même temps qu'elle éprouvait ce trouble de l'intelligence, elle ressentait une vive douleur dans l'épaule droite. Elle quitta l'église alors pour aller faire un second ménage, bien qu'elle se sentit dans un état singulier. Elle accomplissait machinalement une partie de sa besogne, puis s'assseyait hébétée dans un coin obscur de sa cuisine et y restait immobile et silencieuse. Ses maîtres la firent charitablement monter en voiture pour la reconduire chez elle. Dans la voiture elle était à la fois tourmentée par une vive douleur dans l'épaule droite et par cet état singulier et indéfinissable de son intelligence. Elle se coucha, s'endormit et se réveilla le lendemain complètement aphasique. Elle voulait boire et ne pouvait faire comprendre ce désir à son mari. De la main gauche, elle désignait la carafe, mais elle ne pouvait même pas faire cette série de gestes élémentaires à l'aide desquels nous indiquerions notre intention d'avoir à boire, si nous avions affaire à des personnes qui ne comprissent pas notre langage. Elle s'impatientait comme font habituellement les aphasiques, de ce qu'elle était incapable de parler et de gesticuler et de ce qu'on était inhabile à la comprendre. Elle avait alors dans l'esprit la volonté bien arrêtée de manifester son impatience et sa colère en disant une grosse injure à son mari; et cette injure, parfaitement précise dans son esprit, ne pouvait s'échapper de ses lèvres. Elle resta toute la journée du lundi et une partie du mardi dans cette impuissance absolue d'articuler une parole ou de faire un geste intelligent. Un médecin fut enfin appelé, qui appliqua quelques sangsues et ordonna un purgatif. Dans la soirée

du mardi, elle commença à pouvoir bredouiller un peu, et entra chez nous le mercredi, bredouillant encore, mais pouvant néanmoins raconter assez bien les diverses particularités de sa maladie. Elle avait alors une violente douleur à l'épaule droite et au genou gauche.

Vivement intéressé par son état mental, je la pressai de questions à l'effet de savoir si elle n'avait pas autrefois éprouvé quelques troubles nerveux, et je finis par obtenir d'elle les renseignements suivants : Elle avait été, disait-elle, un peu *nerveuse* dans sa vie et cela datait surtout de la révolution de 1848. A cette époque, où les petits locataires étaient si récalcitrants à l'endroit du terme, son mari eut affaire, en sa qualité de concierge, à un locataire qui poussa la mauvaise volonté jusqu'à vouloir faire feu sur l'infortuné représentant du propriétaire; elle éprouva de cette scène de violence une émotion telle qu'elle en devint folle de terreur et qu'on dut la conduire trois jours plus tard à la Salpêtrière, où elle resta treize mois folle, mais folle furieuse. Or, je dis qu'il fallait bien qu'il y eût quelque chose d'anormal dans le cerveau de cette femme pour qu'elle devint aliénée à la suite d'une scène de violence, et surtout pour qu'elle restât aussi longtemps dans un état de manie furieuse.

J'ajoute au point de vue de l'état actuel, que cette femme a de la fièvre, que sa langue est blanche; qu'elle a des envies de vomir chaque fois qu'elle essaye seulement de s'asseoir sur son lit. Les articulations de l'épaule et du coude droits, celle du genou gauche, sont douloureuses, mais non rouges ni tuméfiées. Il n'y a rien au cœur ni dans la poitrine. Ce qu'il y a surtout de remarquable dans l'état cérébral, c'est un assoupissement invincible, véritablement apoplectiforme : la malade commence une phrase, puis les mots deviennent de moins en moins intelligibles, de moins en moins rapides, puis elle se tait et s'endort. On la secoue vivement, elle se réveille, regarde autour d'elle d'un air étonné, répond avec lucidité, puis ne tarde pas à s'assoupir de nouveau.

Ainsi, messieurs, le premier de nos malades était un grand buveur; il éprouvait habituellement des accidents nerveux qui n'étaient autre chose au fond que des accidents cérébraux, et notre seconde malade était une femme éminemment nerveuse et quelque peu folle. Il y avait donc chez ces deux individus une *invitation* aux manifestations du rhumatisme vers la cervelle.

Mais, avant d'aller plus loin, je désire faire une digression qui me permettra de vous exposer ma façon de penser sur les divers modes de manifestation du délire et sur la différence de signification de ce trouble psychique.

Vous savez, messieurs, par expérience, que certaines personnes délirent à peu près pour rien; afin de vous faire voir jusqu'où peut aller cette prédisposition au délire, je vous raconterai le fait suivant : Il y a quelques années que je fis à l'Hôtel-Dieu une nécropsie avec mon chef de

clinique. Lui et moi nous nous piquâmes; or, voici ce qu'il advint de nos blessures. Mon chef de clinique, fils d'une mère nerveuse, et qui avait été lui-même somnambule dans son enfance, eut des furoncles avec accidents nerveux très-graves, et quelquefois délire épouvantable; tandis que cinq ou six jours après j'avais au niveau de ma piqûre un anthrax qui me fit beaucoup souffrir sans occasionner le moindre mouvement fébrile, et j'eus ainsi successivement un certain nombre de furoncles toujours sans fièvre et sans délire. Ainsi, une cause identique, une piqûre produite dans des conditions semblables, déterminait des accidents anatomiques absolument les mêmes, mais une réaction générale complètement différente, et cela très-évidemment par la différence de résistance vitale des deux individus contaminés. C'est ce que les anciens ont exprimé par le mot souvent raillé d'idiosyncrasie. Ainsi encore combien de personnes ne peuvent avoir de mouvement fébrile sans délire, combien d'enfants ne peuvent avoir de fièvre sans convulsions!

Le délire fébrile survient ordinairement au *début* des maladies. Le délire et les convulsions sont alors des phénomènes corrélatifs du frisson. Il faut ajouter maintenant qu'il y a certaines prédispositions acquises. Par exemple, Dupuytren avait signalé le délire nerveux des blessés, et l'avait justement comparé au *delirium tremens*. Or, ce délire on l'observe chez les blessés adonnés aux liqueurs fortes, sans qu'il y ait de relation entre la lésion et le trouble intellectuel, car il survient à l'occasion d'un traumatisme quelconque comme à la suite de l'opération la mieux faite. Vous savez aussi combien il est commun de voir chez les ivrognes le délire accompagner la pneumonie. Dans le premier cas, le traumatisme, dans le second, la phlegmasie, ont été la cause occasionnelle, en vertu de laquelle la prédisposition aidant, est survenue la perturbation de l'intelligence, prélude redoutable d'une funeste terminaison.

L'hérédité joue aussi un rôle des plus importants dans la production des troubles nerveux; c'est ainsi qu'il est fréquent de voir des filles nées de mère nerveuses ou aliénées, être prises d'accidents éclamptiques pendant le travail de l'enfantement.

A l'égard du délire et de sa signification pronostique, il importe surtout de considérer la nature et l'intensité de la maladie dans le cours de laquelle il survient. Voici, par exemple, la dothiéntérie et le choléra, d'une part; la scarlatine et la rougeole, d'autre part. La stupeur, le délire sont des faits, pour ainsi dire, normaux dans la dothiéntérie, laquelle requiert des accidents nerveux, tels que l'insomnie, la stupeur, les vertiges, la faiblesse et le délire. Ces phénomènes vous semblent alors très-simples, ils rentrent dans le plan morbide et vous ne vous en préoccupez pas autrement que comme moyen de confirmer votre diagnostic. Mais que des accidents de cette nature surviennent dans le cours d'une affection dont ils ne sont pas le cortège obligé, dans le rhumatisme arti-

culaire ou la pneumonie, par exemple, et alors votre sollicitude est éveillée et vos alarmes commencent.

Prenons le choléra dans sa plus grande véhémence : l'intelligence reste saine, et si le malade crie dans la torture des crampes, il n'en répond pas moins pertinemment aux questions qu'on lui adresse. Ici encore il n'y a donc rien du côté du cerveau, si ce n'est dans la période dite typhoïde du choléra. Voici d'autre part une péritonite atroce ; le mal occupe tout le ventre, il se propage par voie de contiguïté aux parois mêmes de l'intestin ; et cependant il n'y a pas de délire, pas d'accidents nerveux. Ces accidents ne tiennent donc pas au siège du mal, mais à la nature de la maladie. J'ajoute qu'en plaçant un moment, pour les besoins de la démonstration, le choléra et la dothiéntérie dans les affections de l'abdomen, j'ai suivi l'habitude, bien que cette habitude soit mauvaise.

Voyons maintenant le délire en rapport avec ce qu'on appelle les affections de la peau, avec les fièvres éruptives, qui ne sont pas plus des maladies cutanées que le choléra et la dothiéntérie ne sont des maladies abdominales.

Dans la scarlatine le délire est pour ainsi dire la règle, comme dans la dothiéntérie. Il en est autrement de la rougeole. Aussi doit-on s'alarmer si, au cinquième ou sixième jour de l'affection morbilleuse, on voit survenir le délire. C'est qu'en effet cet accident nerveux ne fait pas partie du plan morbide de la rougeole.

D'autres fois, le délire est en rapport avec l'intensité du mal, bien que les accidents nerveux ne fassent pas partie intégrante de l'affection. Ainsi on ne délire pas dans la variole discrète, tandis que le délire est à peu près constant dans la variole confluente. On délire également dans l'érysipèle de la face, alors que la face et le cuir chevelu sont simultanément envahis.

On doit donc considérer attentivement les allures habituelles d'une affection, avant d'établir son pronostic ; se préoccuper médiocrement d'un accident nerveux quand il est propre à cette affection ; compter sérieusement avec lui, au contraire, quand il est insolite dans l'espèce. Par exemple, le délire qui se montre chez un saturnin fait aussitôt penser à l'encéphalopathie et modifier le pronostic ; et l'éclampsie qui survient chez un albuminurique fait songer aux accidents dits urémiques et indique la gravité du mal.

Voyons maintenant quelle relation existe entre le rhumatisme et les accidents nerveux.

Le rhumatisme articulaire n'éveille pas volontiers les sympathies cérébrales, voilà une phrase qu'il importe de souligner. Quelle que soit l'intensité de la fièvre et des douleurs, le rhumatisme articulaire ne provoque habituellement ni ataxie, ni délire, ni somnolence ; les malades conser-

vent l'intégrité de leur intelligence. Et cependant, il est certains cas où le rhumatisme se complique d'accidents cérébraux, lesquels sont indépendants de l'intensité du mal, de sa gravité comme de son extension.

Rappelez-vous, en effet, les deux cas que vous avez observés dans nos salles, et qui ont été l'occasion de ces conférences. La femme du n° 2 avait un rhumatisme d'une bénignité extrême et qui n'avait pas même éveillé de réaction fébrile notable. L'intensité du mal n'était donc pour rien dans l'explosion des troubles cérébraux ; et cependant, dès le deuxième jour, il existait des phénomènes comme apoplectiformes, lesquels ont débuté par une aphasie de quarante-huit heures de durée. L'homme du n° 16 avait un rhumatisme articulaire prononcé, mais non pas excessif ; les articulations simultanément prises n'étaient pas très-nombreuses, la fièvre était modérée, et néanmoins de formidables accidents cérébraux sont survenus qui l'ont enlevé en moins d'une heure. — Mais cet homme était un grand buveur, habituellement abruti par les excès bachiques ; mais la femme dont nous venons de parler était éminemment nerveuse et elle avait été folle. Tenez grand compte de ces circonstances ; elles jettent, suivant moi, la lumière la plus vive sur l'étiologie du rhumatisme cérébral.

Il faudrait bien se garder d'ailleurs de confondre ces cas avec d'autres dans lesquels les accidents cérébraux sont constants, attendu qu'ils dérivent alors d'un véritable état typhoïde : je veux parler des arthrites suppurées de l'infection purulente ou de la fièvre puerpérale. Vous vous souvenez de ce malade qui était naguère couché au n° 2 de notre salle Sainte-Agnès. En déchargeant une voiture, il avait reçu un sac pesant sur la partie antérieure de la poitrine. Le jour de son entrée, il se plaignait d'une vive douleur dans le côté droit. Nous y constatons une fluctuation profonde. Le surlendemain les genoux se tuméfièrent, puis les poignets et les épaules. Il survint de la mussion, du tremblement des lèvres, de la carphologie, du délire. Nous conclûmes à une infection purulente avec arthrites symptomatiques. A l'autopsie nous trouvâmes une énorme collection de pus à la poitrine, et de l'inflammation dans chacune des articulations qui avaient été prises, ce qui ressemblait grossièrement à du rhumatisme. Mais ce n'est pas là du rhumatisme articulaire aigu ordinaire. Je ne saurais trop vous le répéter, dans cette dernière maladie l'accident cérébral est l'exception, tandis qu'il est la règle dans les maladies infectieuses ou purulentes.

Avant d'aborder la description des accidents et des formes du rhumatisme cérébral, je veux vous dire quels peuvent en être les phénomènes prémonitoires. Dans quelques cas, ces phénomènes sont nuls. Ils ont certainement fait défaut chez notre femme du n° 2 ; quant à l'homme du n° 16, l'accident prodromique a été un léger trouble de la vue de quelques

minutes de durée. Si court qu'il ait été, nous l'acceptons néanmoins en tant que phénomène prémonitoire, attendu que dans certaines circonstances il a devancé d'un jour ou deux l'explosion des accidents cérébraux.

On a également cité l'inquiétude exagérée des malades comme phénomène mental propre à nous mettre en garde; car, en général, le rhumatisme articulaire aigu ne provoque nullement la terreur chez celui qui en est atteint. Les hallucinations, la stupeur sont donc des symptômes indiquant une complication cérébrale possible.

M. Vigla et d'autres observateurs ont encore signalé l'extrême profusion des sueurs et avec elles l'éruption miliaire. Cependant les sueurs profuses sont habituelles chez les rhumatisants et n'impliquent pas la venue d'accidents cérébraux. Et comme la miliaire n'est que la conséquence de la sueur, nous ne pouvons pas voir dans celle-ci ni dans celle-là rien qui ressemble à un phénomène prémonitoire.

Voyons maintenant quelles sont les formes du rhumatisme cérébral; celles qu'on a admises sont : 1° l'*apoplectique*; 2° la *délirante*; 3° la *méningitique*; 4° l'*hydrocéphalique*, signalée par M. Marrotte; 5° la *convulsive*; 6° enfin la *choréique*, dont nous avons cité des exemples. Toutes ces formes ne sont pour nous que des modifications de l'état cérébral, et rien ne les justifie que le besoin de la description. Elles sont, au fond, l'expression de la même cause et de la même lésion anatomique, s'il y en a une, et elles ne méritent pas plus d'être considérées comme espèces distinctes que ne le feraient la forme délirante ou convulsive pour la dothiéntérie ou la scarlatine.

Cela dit, nous allons examiner successivement ces six formes scolastiques du rhumatisme cérébral.

Commençons par la forme *apoplectique*: les anciens l'avaient déjà acceptée. L'apoplexie rhumatismale est indiquée par Storck, Musgrave, Sauvages. Mais quelle confusion, à cette époque, à propos du mot *apoplexie*! C'est à l'apoplexie qu'on attribuait toute mort rapide. Aussi sommes-nous autorisés à croire que ce terme de rhumatisme cérébral apoplectique a été appliqué à des accidents, qui n'intéressaient pas tout le cerveau.

Je n'admets pas non plus, avec Musgrave et Sauvages, que toute hémiplégie qui surviendra chez un goutteux ou un rhumatisant, soit le fait même du rhumatisme apoplectique. Il est cependant des cas dans lesquels on voit survenir, pendant la durée de l'attaque rhumatismale, des hémiplégies transitoires qu'il est impossible de ne pas rattacher à cette affection; alors l'hémiplégie est bien et dûment rhumatismale. Je vous ai raconté autrefois l'histoire de cette jeune fille qui entra à l'hôpital avec une fièvre véhémence, une rachialgie intense, comme celle des prodromes de la variole, et de la paraplégie. Pendant trois jours nous attendons

l'éruption varioleuse; le quatrième jour, nous faisons appliquer des ventouses: la paralysie cesse; mais aussitôt surviennent une amaurose et une hémiplégie. Nous appelons alors cet état *hémiplégie rhumatismale* ou *rhumatisme cérébral*. Quelques sangsues sont appliquées derrière les oreilles, et deux jours après, des douleurs apparaissent dans les articulations; l'amaurose se dissipe alors ainsi que l'hémiplégie. Pour cette hémiplégie essentiellement transitoire, et qui, par la façon dont elle alterne avec d'autres phénomènes, se rattache si évidemment à la diathèse rhumatique, j'accepte la dénomination d'*apoplexie rhumatismale*.

L'hémiplégie peut aussi dépendre, dans le cours du rhumatisme, d'une embolie cérébrale. En effet, qu'un exsudat, formé sur les valvules du cœur, par le fait de l'endocardite, se détache tout à coup et s'engage dans une branche artérielle du cerveau, il en résulte une asphyxie immédiate de cet organe, due à l'oblitération artérielle. Maintenant, si la circulation collatérale y supplée, l'hémiplégie peut disparaître, et l'on aura eu affaire à une apoplexie rhumatismale, dans le sens étroit du mot; mais c'est une apoplexie indirectement rhumatismale, bien différente de celle dont nous venons de parler, où le rhumatisme frappait directement l'axe nerveux ou ses enveloppes, comme il aurait frappé les articulations. Ainsi, nous sommes disposé à admettre deux espèces de rhumatisme apoplectique: l'un dû à une congestion, l'autre à une embolie.

Reste à expliquer l'apoplexie rhumatismale des anciens avec mort subite. Le plus souvent, la cause de la mort n'est pas alors dans le cerveau, mais dans le péricarde, dans le cœur ou dans les vaisseaux. Ainsi, la péricardite avec épanchement rapide et considérable peut entraîner la mort par obstacle brusquement porté aux mouvements du cœur. Ainsi, l'endocardite aiguë peut produire le même accident, le cœur étant matériellement ou dynamiquement entravé. Ainsi, enfin, en vertu de la remarquable disposition aux coagulations spontanées dans le rhumatisme, une coagulation peut s'effectuer dans les veines cardiaques, dans le cœur droit ou dans l'artère pulmonaire; et cette thrombose déterminera une asphyxie à laquelle le malade succombera rapidement, sinon subitement, au milieu d'une stupeur qui fera croire faussement à un état cérébral.

L'analyse moderne permet donc de restreindre beaucoup l'apoplexie rhumatismale, c'est à peine si nous dirions que notre homme du n° 16 a succombé à une attaque de cette nature. Il a bien eu de l'obnubilation de la vue et pendant quinze jours un délire violent; mais je ne vois pas là l'*ictus apoplectique* proprement dit.

D'autres fois, il y a des phénomènes jusqu'à un certain point apoplectiques. Tels étaient ceux de la femme couchée au n° 2. Vous vous rappelez cet assoupissement invincible qui la faisait s'asseoir dans un coin obscur de sa cuisine, et plus tard s'endormir en nous parlant; vous vous

rappelez aussi cette aphasie transitoire, il est vrai, mais qui n'en persista pas moins près de quarante-huit heures. Cet accident violent, subit, du côté du cerveau et qui simule l'hémorrhagie ou la congestion, nous le considérons volontiers comme un cas de rhumatisme cérébral apoplectique.

Je ne fais que mentionner, à propos de l'apoplexie rhumatismale, ces cas de stupeur profonde succédant au délire dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, ou encore l'attaque d'éclampsie survenant tout à coup et suivie de la stupeur habituelle.

Mais j'insisterai davantage sur les accidents de la nature de ceux dont je vous ai parlé à propos de cette jeune fille qui eut successivement de la rachialgie avec paraplégie, de l'hémiplégie avec amaurose, et enfin des douleurs articulaires. Il est bien évident qu'ici le rhumatisme, quelque idée qu'on s'en fasse, a successivement frappé la moelle, le cerveau et les jointures, intéressant probablement en chaque point des éléments anatomiques semblables, mais produisant chaque fois des symptômes bien différents. Toutefois les lésions ont été trop fugitives pour qu'on puisse dire qu'il y ait eu apoplexie, ainsi que l'entendaient Musgrave et Sauvages.

Nous avons actuellement comme infirmière une femme qui a présenté un exemple de ces fluctuations rapides des troubles fonctionnels. Voici son intéressante histoire :

Cette femme, nommée Séraphine, est arrivée à l'âge critique; elle n'a plus ses règles depuis quelque temps. Il y a trois ans, elle a été atteinte d'une arthrite rhumatismale du poignet gauche, arthrite aiguë avec gonflement notable et rougeur de la peau. Tout à coup elle a éprouvé de la pesanteur de tête avec sentiment de vertige, puis ses membres se sont paralysés de façon qu'il lui a été impossible de continuer son service. La douleur de la tête et de la nuque diminua, et en même temps les membres supérieurs recouvrèrent leurs mouvements, mais les inférieurs restèrent considérablement affaiblis pendant que la malade ressentait d'une manière permanente une vive douleur vers la partie inférieure de la colonne vertébrale. Le traitement a surtout consisté dans l'administration de la vératrine, puis de l'essence de térébenthine. La maladie fut longtemps rebelle à la médication; plusieurs fois cette femme essaya vainement ses forces; ce ne fut qu'au bout de quinze mois qu'elle put reprendre son travail. Depuis ce temps, elle s'est assez bien portée, tout en gardant toujours un peu de faiblesse dans les jambes, et en éprouvant parfois quelques maux de tête et de l'engourdissement dans les membres.

C'est dans le courant de l'été 1859 qu'elle a eu les articulations des doigts douloureuses et gonflées. En même temps, le pied droit présentait un gonflement qui a persisté jusqu'au moment où parurent de nouveaux accidents.

Dans la nuit du 11 janvier 1860, elle fut prise d'une violente céphalalgie et de douleurs dans l'épaule droite; le mal de tête s'apaisa, mais il fut remplacé par de vives douleurs à la partie inférieure du rachis, avec engourdissement des jambes, le gonflement du pied n'existait plus. Huit jours après, les mêmes symptômes se manifestèrent. La malade accusa des douleurs de tête très-intenses avec obscurcissement de la vue, pendant que les bras, surtout le droit, étaient paralysés et engourdis, puis les douleurs se fixèrent dans le dos, et les membres inférieurs principalement restèrent paralysés.

Du 20 au 31 janvier, on fait trois applications successives de ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale et l'on prescrit des capsules de térébenthine. La maladie est notablement amendée par ce traitement; les douleurs de tête reviennent quelquefois, mais elles n'ont plus ce caractère d'intensité qu'elles avaient au début; les douleurs du dos sont également moins fortes, mais les jambes restent très-faibles.

Le 7 février, l'amélioration dans les accidents survenus du côté des jambes coïncide avec la diminution de la douleur du dos; les douleurs des mains s'exaspèrent quand la nuque et la tête sont douloureuses.

Le 8, les jambes sont moins engourdies et plus fortes, les bras demeurent engourdis; principalement le droit: nous prescrivons huit capsules de térébenthine.

Le 10, les forces reviennent; il y a moins d'engourdissement dans les membres.

Le 16, la malade va de mieux en mieux et elle peut tricoter. On continue la térébenthine.

Le 23, elle n'éprouve plus rien du côté de la colonne vertébrale, mais on constate quelques légères douleurs articulaires.

Le 1^{er} mars, cette fille peut reprendre son service.

Le 8, à midi, elle est prise d'un violent frisson; mais après avoir éprouvé quelques douleurs dans les bras, elle est accablée d'une céphalalgie très-intense, accompagnée de battements fatigants dans l'intérieur du crâne, et en même temps elle ressent quelques douleurs le long de la colonne vertébrale.

Le 9, la céphalalgie diminue, mais les douleurs du rachis sont devenues plus vives. Nous ordonnons deux pilules de vératrine de 0^{gr},01 chacune.

Les jours suivants, la malade est toujours faible. Nous continuons la vératrine.

Le 29, la jambe droite est toujours faible, et des douleurs surviennent, pour la première fois, dans le coude gauche. Nous insistons sur les pilules de vératrine.

Le 30, la douleur du coude est moins forte.

Le 1^{er} avril, le pied droit est enflé, le gauche l'est quelquefois, mais plus rarement. La malade prend toujours deux pilules de vératrine.