

## LXXXIV. — DU RHUMATISME NOUEUX, DIT, A TORT, RHUMATISME GOUTTEUX.

Cette maladie est très-rare chez les hommes. — Plus commune chez les femmes. — Maladie ordinairement chronique *d'emblée*. — Quelquefois subaiguë au début. — Elle est une manifestation de la *diathèse rhumatismale*. — Douleurs et rétractions musculaires. — Cœur très-rarement affecté. — Cependant des *complications rhumatismales* ont été observées sur le cœur, les plèvres, le poumon, le cerveau et les reins. — Maladie essentiellement chronique par sa durée. — Traitée avec succès par divers médicaments. — La teinture d'iode, donnée à l'intérieur, doit être préférée.

MESSIEURS,

Le rhumatisme noueux est une maladie que vous observerez rarement dans les salles de la Clinique, aussi ne dois-je pas négliger de vous entretenir aujourd'hui de cette affection, puisque, dans les salles Saint-Bernard et Sainte-Agnès, vous pouvez sur deux de nos malades en étudier les principaux caractères. Je me hâte d'ajouter qu'à l'hôpital vous assisterez rarement au début de la maladie, et, dans les asiles d'incapables, à la Salpêtrière et à Bicêtre, vous ne pourrez encore étudier la maladie que dans sa période d'état, lorsque, déjà depuis plusieurs années, la maladie a pris droit de domicile et est devenue tout à fait incurable.

Au n° 3 de la salle Saint-Bernard se trouve une malade de quarante ans, qui se plaint de douleurs articulaires dans les doigts, les poignets, les coudes et les genoux. Les articulations douloureuses sont tuméfiées; mais la peau qui les recouvre a conservé sa couleur normale, et la main appliquée sur les parties malades n'y perçoit point de notable élévation de température. Ce qui frappe surtout, c'est la déformation des jointures affectées. La malade, du reste, est sans fièvre et a conservé de l'appétit, cependant elle est pâle, très-affaiblie. Elle nous apprend que les douleurs ayant successivement envahi la plupart des articulations de la main, il lui a été bientôt impossible de continuer son métier de couturière. La menstruation se fait encore avec régularité; jamais, dans sa famille, cette malade n'a connu de goutteux ni de rhumatisants.

Autrefois cette femme était bien portante; il y a huit ans cependant elle fut prise de scarlatine, et les jointures des mains et des poignets furent envahies par le rhumatisme scarlatin, qui ne dura que quelques jours.

Nous devons encore noter, dans les antécédents de cette malade, le

retour périodique de migraines avec vomissements, qui chaque fois la jetaient dans un abattement considérable. La migraine, vous le savez, est une maladie diathésique qui se rencontre souvent chez les membres d'une même famille; elle se montre dans la jeunesse, dans la période moyenne de la vie; puis à l'âge de quarante à cinquante ans les accès de migraine, devenus plus rares, disparaissent complètement à la grande satisfaction des malades; mais souvent d'autres manifestations morbides deviennent évidentes.

Chez notre malade de la salle Saint-Bernard, les migraines se sont montrées avec leur intensité habituelle jusqu'à l'âge de trente-huit ans; depuis deux ans, elles sont devenues plus rares, moins douloureuses, et c'est à partir de cette époque que se sont manifestées les premières atteintes d'une maladie nouvelle: les deux genoux sont devenus le siège de douleurs d'abord passagères, les genoux semblaient rouillés; cependant à la fin de la journée la douleur disparaissait, et le jeu des articulations se faisait avec plus de facilité.

Toutefois les souffrances devinrent peu à peu plus tenaces, puis l'embarras des jointures alla en augmentant. En même temps, la douleur envahit les deux poignets, sans abandonner les genoux; les douleurs revenaient par accès, et chaque fois quelque nouvelle articulation se prenait. D'abord les articulations métacarpo-phalangiennes, puis celles des phalanges entre elles; enfin après cinq à six mois, les épaules, les coudes, les articulations tibio-tarsiennes et plusieurs articulations des orteils furent envahis par la douleur, à ce point que la malade ne pouvait plus reporter, chez ceux qui la faisaient travailler, les grossiers ouvrages que ces doigts malhabiles avaient confectionnés à grand-peine.

Depuis trois mois, cette malade était réduite à garder le lit, elle ne pouvait plus se mouvoir. Aujourd'hui, bien que le traitement ait sensiblement modifié l'état de ses jointures, vous pouvez encore constater ces déformations bizarres qui font ressembler ses doigts à des siliques. Les genoux sont gonflés, il y a dans les hanches une grande roideur, ainsi que dans les coudes et les épaules; les déformations les plus importantes ont pour siège les articulations des poignets. Ces articulations, très-douloureuses lorsqu'on veut leur imprimer quelque mouvement, présentent des bosselures molles, empâtées, sans rougeur; le poignet droit, sur sa face dorsale, offre une bosselure de la grosseur d'un œuf de poule.

Cette tumeur semble composée de tissu fibreux, à larges mailles, remplies elles-mêmes d'une substance semi-liquide. La pression sur la tumeur n'est pas très-douloureuse; du reste, si elle en modifie un peu la forme, elle n'en change en rien le volume; il est donc probable que le liquide contenu dans la tumeur ne communique point directement avec les gaines tendineuses du poignet, non plus qu'avec l'articulation radio-carpienne, ou bien que le liquide est trop visqueux, trop épais pour être

facilement déplacé. Peut-être cette tumeur a-t-elle pour siège le tissu cellulaire qui double la synoviale articulaire et acquiert quelquefois, dans des circonstances analogues, une épaisseur considérable. Disons immédiatement que, sous l'influence du traitement général et après l'application de bains locaux de sable chaud, cette tuméfaction si considérable a presque complètement disparu.

Ne croyez pas, messieurs, que les nouères articulaires du rhumatisme goutteux soient toujours de nature cellulo-fibreuse; il en est d'autres, de nature osseuse, qui sont dues à la tuméfaction des têtes osseuses, tuméfaction qui peut être telle que les rapports des surfaces articulaires n'existent plus et qu'il y a des luxations presque complètes. Chez notre malade, les articulations phalangiennes présentaient des tuméfactions osseuses peu marquées à la vérité, mais qui toutefois contribuaient à donner aux doigts cet aspect de silique auquel Sydenham avait déjà fait allusion en traitant du *rhumatisme chronique*.

Notre malade, percluse par la douleur des jointures, présentait une coloration anémique très-accusée, les muscles étaient émaciés par l'inaction. Il n'existait point de rétractions musculaires, jamais la malade n'avait eu de crampes dans les membres; et le cœur, observé plusieurs fois avec grand soin, ne nous a jamais offert de modifications dans le rythme de ses battements, non plus que dans le timbre de ses bruits. Il est de règle, en effet, que le rhumatisme noueux ne touche point le cœur.

Je vous ai déjà dit que l'état de cette malade avait été grandement amélioré par le traitement auquel nous l'avons soumise; en effet, les articulations ont recouvré quelques-uns de leurs mouvements, les nouères ont perdu beaucoup de leur volume et de leur sensibilité. La santé générale est devenue meilleure, une bonne alimentation a fait disparaître l'anémie, et cette malade pourra bientôt sortir de l'hôpital, reprendre en partie ses occupations; mais tôt ou tard de nouvelles douleurs se manifesteront, et, quoi qu'on fasse, il est à craindre que les améliorations obtenues ne soient que passagères.

Le rhumatisme noueux, surtout fréquent chez les femmes, se rencontre quelquefois chez les hommes. Salle Sainte-Agnès, vous avez certainement remarqué un malade qui, tant bien que mal, remplit les fonctions d'infirmier auxiliaire. Pour gagner son droit de séjour dans l'hôpital, il aide les gens du service, et vous le voyez, avec une démarche singulière, aller de lit en lit près des autres malades. Il y a sept ans qu'il est entré à l'hôpital, il était vannier, gagnait très-bien sa vie et nous a dit n'avoir jamais fait d'excès. Dans sa famille, il ne comptait point de goutteux ni de rhumatisants. Peu à peu, les genoux, les pieds, les épaules, puis les poignets, enfin les mains furent le siège de douleurs qui duraient quelques jours et revenaient par accès. Les articulations bientôt se tuméfièrent, se déformèrent, et le malade fut obligé de garder le lit. Lorsqu'il

entra dans notre salle Sainte-Agnès, il était courbé en deux, il y avait sept mois qu'il ne s'était levé de son lit.

Les articulations de la colonne vertébrale, dans les régions dorsale et lombaire, paraissaient soudées, les articulations coxo-fémorales étaient rigides. Avant de prendre le lit, ce malade, sur le conseil de beaucoup de médecins, était allé à Wiesbaden, à Aix-la-Chapelle, à Bourbonne. Son séjour dans ces différentes stations n'avait fait que procurer un soulagement passager, et le rhumatisme avait continué à tenir la plupart des articulations.

Pendant trois ans, nous avons soumis ce malade à un traitement complexe par la teinture d'iode à haute dose, les bains de vapeur, les bains sulfureux, les bains de sublimé et l'application de sachets de sable chaud sur la plupart des articulations. L'affection parut arrêtée au bout de ce temps, et le malade pouvait sortir de son lit.

Il souffre bien encore quelquefois, surtout lors des changements de temps; mais la douleur est devenue supportable, à la condition de ne point exiger de ce malade des efforts qui irritent ses jointures. Le mal était seulement enrayé; en effet, la colonne vertébrale est toujours restée roide, les hanches et les genoux n'ont point recouvré l'amplitude de leurs mouvements, les articulations tibio-tarsiennes et celles des orteils sont presque entièrement immobiles, aussi le malade marche-t-il en décrivant avec chaque jambe des arcs de cercle, il ne peut courir, il marche à la façon des canards. Les mouvements des épaules et des coudes sont partiellement conservés, ainsi que ceux des poignets; mais les phalanges digitales sont soudées entre elles, les doigts à demi fléchis et incapables de tout mouvement précis.

Quoi que nous fassions encore, jamais ce malade ne guérira complètement; les nouères osseuses et les subluxations ne disparaîtront jamais; c'est beaucoup d'avoir obtenu que les douleurs aient à peu près complètement cessé. L'état général restera toujours relativement mauvais, et les conditions hygiéniques dans lesquelles il se trouve, par son séjour prolongé à l'hôpital, le disposeront à contracter tôt ou tard de nouvelles attaques de son rhumatisme.

Lorsque je vous exposais les principaux détails de l'observation de ce malade, j'étais loin de prévoir que bientôt il devait mourir. Dans l'hiver de 1863 ce malade se plaignit de douleurs dans la poitrine, il conserva de la bronchite pendant plusieurs mois, et, lorsqu'il nous demanda de l'examiner, nous constatons l'existence d'une tuberculisation pulmonaire déjà avancée à laquelle il succomba.

A l'autopsie nous trouvâmes des lésions beaucoup moins graves que nous ne l'eussions cru. Ainsi les articulations n'étaient pas luxées, à proprement parler, il y avait seulement flexion forcée de quelques-unes d'entre elles, et relâchement avec amincissement des ligaments dans le

sens de l'extension, par suite du tiraillement qu'ils subissaient depuis longtemps. Les cartilages articulaires étaient érodés, usés, au niveau des points où la pression des surfaces articulaires avait été la plus forte et la plus prolongée. Enfin les têtes osseuses étaient en partie déformées par la production d'ostéophytes, grenus, très-peu volumineux, au pourtour des points où les cartilages avaient disparu. A ce niveau, il y avait d'autres points où la substance osseuse était raréfiée, amincie, friable et se laissait couper au couteau. Il y avait évidemment eu là un travail de phlegmasie chronique. Les nodosités des jointures étaient dues à la forte saillie des têtes osseuses en partie déplacées, mais non pas, comme on l'aurait cru pendant la vie, à la tuméfaction des os; car, je le répète, il n'y avait que de très-petits ostéophytes, grenus, à peine saillants à la surface de l'os.

Il convient encore de vous rappeler l'observation de cette femme qui était couchée au dernier lit de la salle Saint-Bernard, et qui vous a présenté les symptômes de début du rhumatisme noueux. Cette malade, âgée de quarante-cinq ans, mal réglée depuis plusieurs mois et ayant vécu dans des conditions hygiéniques favorables jusqu'au jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu, avait été prise, après s'être refroidie, de douleurs dans les genoux et dans la hanche du côté droit. Elle avait pu cependant continuer sa profession de dame de magasin dans un établissement de nouveautés; toutefois les douleurs devinrent plus vives, plus continues, et bientôt les poignets et les articulations du coude furent envahis par des douleurs. Elle demandait alors son entrée à l'Hôtel-Dieu; nous constatons un engorgement notable des genoux et des poignets, tout mouvement réveillait de vives douleurs en ces parties, ainsi que dans la hanche droite. Chaque soir, pendant une quinzaine de jours, il y avait exacerbation des douleurs en même temps qu'un léger mouvement fébrile.

La malade était pâle, anémique, il y avait peu d'appétit. Le cœur présentait un bruit de souffle, doux à la base, qui se prolongeait dans les vaisseaux du cou, mais il n'y avait point de signes de lésion organique des valvules.

La malade fut soumise au traitement par la teinture d'iode, et bientôt on put observer une notable amélioration dans l'état local et dans l'état général.

Chez ces trois malades, vous avez vu l'affection débiter par des douleurs soudaines dans de grandes articulations, douleurs qui, après un temps variable, étaient accompagnées de l'engorgement, de l'empatement de ces mêmes articulations. Puis la maladie se manifestant par accès, par paroxysmes, les jointures primitivement envahies devenaient le siège de douleurs et d'engorgements plus marqués, en même temps que d'autres jointures, grandes et petites, étaient envahies par la douleur. Puis, la douleur et les modifications de rapport des surfaces articulaires ren-

daient tout mouvement impossible, et les malades étaient alors condamnés à l'immobilité des membres affectés.

Dès le début, les malades pâlisent et s'affaiblissent, cependant chaque accès est à peine marqué par une légère accélération du pouls, l'appétit est conservé. Nous n'avons jamais négligé d'examiner le cœur, et jamais nous n'avons constaté de lésion organique; c'est là un fait important à noter et qui a été généralement constaté.

L'affection a une marche essentiellement chronique, progressivement envahissante, et, quoi qu'on fasse, si l'on n'intervient pas dès les premières attaques, elle condamnera tôt ou tard les malades à une impotence presque absolue.

Les observations que je viens de vous exposer ne sont certes pas suffisantes pour vous fournir une connaissance complète de la maladie dite *rhumatisme noueux*, aussi devrai-je, pour vous donner une description générale du rhumatisme noueux, mettre à contribution les travaux qui ont été publiés depuis le commencement de ce siècle sur le même sujet.

Cette maladie est rare, elle sévit beaucoup plus souvent sur les femmes, surtout à l'âge de la ménopause; cependant on l'observe chez des jeunes filles lors de l'établissement de la menstruation et chez des jeunes femmes dans le cours de la grossesse. Depuis plus de trente ans que mon attention est éveillée sur cette maladie, je ne l'ai encore observée qu'une seule fois sur un jeune garçon de seize à dix-sept ans.

Sydenham, qui s'était beaucoup occupé des maladies goutteuses et rhumatismales, avait fort bien remarqué qu'il est une façon de rhumatisme chronique, apyrétique, laquelle diffère essentiellement de la goutte, bien qu'elle revienne, comme la goutte, par accès, et puisse durer toute la vie. Sydenham ajoute: « Il arrive aussi quelquefois que les douleurs, après avoir duré longtemps et s'être fait sentir cruellement, cessent enfin d'elles-mêmes. Toutefois les articulations affectées demeurent entièrement privées de mouvement. Les jointures des doigts sont, pour ainsi dire, renversées, et il y a, comme dans la goutte, des *nodosités*, surtout au côté interne des doigts. Du reste, l'appétit est bon et le malade se porte bien d'ailleurs<sup>1</sup>. » « Les jointures des doigts sont pour ainsi dire *renversées*, » dit Sydenham, et vous voyez que l'autopsie dont je viens de vous citer les principales particularités, confirme pleinement les assertions de l'illustre observateur.

Je tenais à vous montrer, ainsi que l'a déjà établi mon savant ami M. Lasègue, que Sydenham avait parfaitement reconnu que cette variété de rhumatisme chronique, avec déformation et douleurs articulaires, devait être différenciée de la maladie goutteuse. Aussi est-il fâcheux que

1. Sydenham, *Opera omnia* (Sydenh. Soc., édit. 1844, p. 260), et Sydenham, traduction de Jault, 1816, t. I, p. 422.

Garrod<sup>1</sup> et Fuller, en Angleterre, et M. Trastour, en France, aient conservé à la maladie que nous étudions le nom de *rhumatisme goutteux*<sup>2</sup>. Il est juste cependant de faire remarquer que Garrod, dans la dernière édition de son *Traité de la goutte*, propose de remplacer la dénomination de *rhumatisme goutteux* par celle d'*arthrite rhumatoïde*.

Mon intention, messieurs, ne saurait être de faire avec vous une revue rétrospective de tous les ouvrages qui ont été composés sur le *rhumatisme noueux*, les *nodosités des jointures*, la *goutte molle asthénique* et le *rhumatisme chronique primitif*; qu'il vous suffise de savoir que Fuller, Garrod, puis MM. Lasègue, Charcot<sup>3</sup>, Trastour et Plaisance nous ont fourni sur la question les meilleurs documents historiques et les notions les plus précieuses sur les symptômes, l'anatomie pathologique et le traitement du rhumatisme noueux.

Garrod et Fuller admettent qu'il existe une forme aiguë de rhumatisme goutteux, à début fébrile intense avec inflammation aiguë de plusieurs articulations. Mais cette forme ne tarde pas à revêtir la forme chronique à une époque ultérieure; et plus tard apparaissent les déformations spéciales au rhumatisme goutteux.

Le plus souvent, il est vrai, la maladie se montre d'emblée sous forme chronique. Cependant, si vous interrogez les malades avec soin, vous apprendrez qu'à une époque antérieure, ils ont présenté les symptômes du rhumatisme articulaire subaigu ou aigu; d'autres fois ils se rappelleront que, plus jeunes, ils ont éprouvé des douleurs musculaires, de la pleurodynie, du lumbago. Quelques femmes vous diront avoir beaucoup souffert de migraines périodiques.

Ces antécédents sont importants à constater, parce qu'ils établissent que le rhumatisme noueux peut se montrer chez des malades qui, antérieurement, ont eu diverses manifestations de la diathèse rhumatismale.

Les douleurs du rhumatisme noueux ont le plus souvent pour siège les genoux, les poignets et les doigts. Au début de la maladie, les jointures, pendant un jour ou deux seulement, resteront douloureuses et tuméfiées; puis quinze jours, trois semaines, ou cinq à six mois après, de nouvelles douleurs se manifesteront. Vous pourrez constater alors qu'il n'y a plus seulement engorgement des parties molles, mais gonflement des épiphyses. Les os, à cette période de la maladie, ont subi une modification spéciale dans leur nutrition, laquelle a pour conséquence le gonflement et la raréfaction du tissu osseux épiphysaire.

Dans les grandes articulations, cette tuméfaction osseuse est très-marquée et distincte de la tuméfaction qui porte sur les parties molles des

1. Garrod, *Nature and treatment of Gout and rheumatic Gout*, 2<sup>e</sup> édit., 1863.

2. Trastour, *Du rhumatisme goutteux*, thèse inaugurale, 1858.

3. Charcot, thèse inaugurale, 1853.

jointures. Souvent la synoviale est distendue par l'hydarthrose, et ses parois épaissies semblent jeter des prolongements en dehors de l'articulation, comme vous avez pu le constater sur la partie externe du poignet de la malade qui était couchée au n° 3 de la salle Saint-Bernard. Ces paquets synoviaux s'observent aussi sur les parties latérales des genoux; mais au bout d'un temps variable, ces nodosités molles, pâteuses, disparaissent par résorption, et il ne reste plus que des nodosités épiphysaires.

Les déformations articulaires sont surtout remarquables à la main et au poignet: les doigts présentent des saillies au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes; les premières phalanges sont dans la flexion, ce qui rend plus saillantes encore les têtes des métacarpiens. La phalangine est dans l'extension, et la phalangette, comme la phalange, est dans la flexion. De cette position des métacarpiens et des phalanges entre elles, il résulte une forme bizarre de la main qui se traduit par des lignes brisées et des saillies alternativement opposées. L'articulation métacarpo-phalangienne proémine sur le dos de la main, tandis que l'articulation de la phalange avec la phalangine fait saillie du côté de la face palmaire. La main tout entière est le plus souvent dans une demi-flexion et inclinée en même temps sur le bord cubital.

Le type que nous venons de décrire, et dans lequel domine la flexion, est le plus fréquent. Il faut noter que toutes les articulations de la main ne sont pas également prises. L'index, le médius et l'annulaire sont souvent le siège des modifications les plus accusées, tandis que le petit doigt et le pouce paraissent quelquefois presque indemnes de toute altération.

Il est un autre type, dit d'extension, où la phalange et la phalangette sont étendues, tandis que la phalangine seule est fléchie; dans ces cas, la saillie des têtes des métacarpiens a lieu du côté de la face palmaire de la main.

Enfin dans plusieurs observations, et pour s'en convaincre il suffit de jeter les yeux sur les planches qui se trouvent dans la thèse inaugurale de M. Charcot, les doigts présentent l'aspect de griffes. Dans d'autres cas, il existe des déformations telles, qu'elles échappent à toute description méthodique. Il nous faut cependant remarquer que parfois les doigts sont tout entiers dans l'extension et un peu écartés les uns des autres; c'est surtout dans cette variété que les doigts sont mouilliformes.

Si le pouce paraît souvent respecté par la maladie et conserve la plupart de ses mouvements, il n'en est pas de même du gros orteil qui, au contraire, présente les modifications de rapports les plus accusées; l'articulation métatarso-phalangienne offre une saillie considérable, surtout marquée en dedans, et le gros orteil, porté au-dessus, ou au-dessous de l'orteil voisin, est dans l'extension ou la flexion forcée. Les autres doigts du pied peuvent présenter des altérations analogues à celles de la main, mais en général elles y sont beaucoup moins marquées.

Nous devons maintenant passer en revue les altérations des grandes articulations. Le plus souvent l'avant-bras est dans la demi-flexion ainsi que la jambe; cette position, une fois acquise, est persistante; les hanches et les épaules conservent presque toujours un certain degré de mobilité. Notez, messieurs, que les membres supérieurs peuvent être seuls envahis par la maladie et que les malades conservent alors l'usage des membres inférieurs; mais, par contre, il n'est pas rare de voir les articulations de la colonne vertébrale ankylosées dans différentes régions, et alors les malades ne peuvent ni fléchir, ni tourner la tête, et lorsque la région dorso-lombaire est envahie, ils sont souvent courbés en avant et ne peuvent se redresser. Enfin l'articulation temporo-maxillaire peut être le siège du rhumatisme chronique d'emblée, ainsi que M. Charcot l'a constaté sur six malades de la Salpêtrière.

J'ai déjà insisté sur les douleurs articulaires dont la forme, l'acuité et le mode de retour peuvent varier pour chaque malade. Ces douleurs sont dues aux altérations de la synoviale, des cartilages et des épiphyses.

De plus, il existe quelquefois des douleurs dans la continuité des membres; elles sont spasmodiques, elles ont lieu principalement au moment des crises articulaires, et les malades savent très-bien les distinguer des douleurs qui accompagnent la fatigue musculaire; ils les comparent à des crampes. Elles ont pour siège les muscles de la jambe, de la cuisse, du bras et de l'avant-bras. Quelle est leur cause, quelle est leur nature?

Vous avez remarqué, messieurs, que les malades savent donner aux membres douloureux des positions qui diminuent la douleur. Ainsi, dans l'inflammation du psoas, les malades se couchent sur le côté correspondant au muscle affecté, et la cuisse en demi-flexion sur le bassin. De cette manière, le muscle psoas se trouve dans le relâchement, et ses fibres enflammées ne sont point tirillées; mais pour que cette flexion fût produite, il a fallu que les muscles fléchisseurs de la cuisse sur le bassin aient été mis en contraction, ou bien que le malade, laissant la cuisse immobile, ait fait descendre le bassin de façon que la cuisse fût légèrement fléchie. De même, dans le torticolis musculaire, lorsque le trapèze est affecté de rhumatisme, on voit le muscle sterno-mastoïdien entrer en contraction pour éviter les tiraillements au muscle malade. Ainsi encore, dans le lumbago, pour empêcher les muscles sacro-lombaires d'être tirillés par le poids du tronc, les muscles obliques et droits de l'abdomen se contractent et tiennent le tronc immobile ou légèrement fléchi en avant.

Les muscles sains viennent donc en aide aux muscles malades pour éviter à ces derniers les tiraillements qui pourraient rappeler et exaspérer leur douleur. De même, lorsque les articulations sont douloureuses,

les muscles entrent en action pour diminuer la douleur et maintenir l'articulation dans l'immobilité.

Aussi a-t-on essayé d'expliquer les douleurs musculaires dans le rhumatisme noueux, par la fatigue résultant de la contracture instinctive et tutélaire des muscles. Mais ce qui combat cette interprétation, c'est que les rétractions musculaires se montrent parfois avant que les jointures soient profondément affectées, et il n'est pas rare de voir ces rétractions augmenter à une époque où, depuis longtemps, les jointures ont cessé d'être douloureuses.

La contraction musculaire, dans ces cas, est donc indépendante de l'arthrite rhumatoïde chronique et n'en est point la conséquence; aussi, dans les circonstances où les douleurs musculaires et articulaires semblent marcher d'une manière parallèle, serions-nous au contraire disposé à penser que la douleur articulaire est quelquefois augmentée par la contraction spasmodique des muscles.

Quant à la cause, à la nature de ces douleurs musculaires, bientôt suivies de rétraction persistante, puisqu'il n'est pas possible de les considérer comme une conséquence de l'arthrite, il nous paraît plus rationnel de les regarder comme une manifestation de l'état morbide général, — manifestation qui peut manquer, — mais qui quelquefois est un phénomène prédominant de la maladie.

On n'a encore trouvé aucune lésion du système nerveux central ou périphérique dans le rhumatisme noueux; mais dans une maladie où l'élément douleur joue un rôle si important, en dehors même des articulations affectées, n'est-il pas permis d'émettre l'hypothèse que le système nerveux périphérique est lésé d'une façon telle que la contracture en serait la conséquence? Déjà en 1853 M. Charcot avait, sous toutes réserves, hasardé l'hypothèse d'une action réflexe comme cause de la contraction, et il supposait que le point excito-moteur était dans les articulations malades. Cette hypothèse doit au moins être rejetée dans les cas où la douleur musculaire précède la lésion articulaire ou persiste lorsque l'articulation n'est plus douloureuse.

Je crois donc plutôt que la douleur musculaire, bientôt suivie de rétraction persistante et indépendante de la lésion articulaire, doit être considérée comme une manifestation de la maladie. De plus, cette manifestation a son siège probable dans les troncs nerveux qui desservent un même ordre de muscles, ou dans les ramifications nerveuses de chacun des muscles contracturés. Plus tard, lorsque je discuterai la nature du rhumatisme noueux, nous verrons si cette manifestation nerveuse, ainsi que l'arthrite, est de nature rhumatismale.

Revenons, messieurs, à la partie vraiment clinique de notre conférence. Lorsque la maladie est bien confirmée, c'est-à-dire lorsque, après plusieurs mois d'invasion, la fluxion s'est jetée, à plusieurs reprises, sur

un grand nombre d'articulations, il est très-rare de voir la maladie rétrocéder. Au contraire sa marche est en général progressive; de nouvelles articulations sont envahies, et les déformations deviennent de plus en plus accusées. Les jointures sont ankylosées, et si l'on cherche à leur imprimer des mouvements, la main perçoit de nombreux craquements, qui sont dus à la déchirure des parties fibreuses et au frottement des surfaces osseuses ou cartilagineuses érodées. Les mouvements imprimés aux articulations sont toujours très-douloureux, et la rupture de ces ankyloses n'a jamais donné de résultats avantageux.

Sous l'influence d'un traitement général, il arrive quelquefois, non-seulement que la maladie cesse de faire des progrès, mais encore que l'arthrite peut être assez modifiée pour qu'à l'examen anatomique on ne constate plus que de faibles lésions articulaires. Tel était le cas du vannier dont je vous ai parlé tout à l'heure.

Quoi qu'il en soit, lorsque les principales articulations des membres supérieurs et inférieurs ont été le siège de la maladie, il y a impossibilité presque absolue de se mouvoir, et les malades, désormais infirmes, sont condamnés à rester couchés ou assis.

Il est un fait sur lequel M. Charcot a très-judicieusement appelé l'attention, c'est le mode d'envahissement des articulations. Dans le rhumatisme noueux, la *symétrie* est la règle, c'est-à-dire que les articulations homologues sont simultanément frappées, et les exceptions à cette loi sont très-rares. Déjà Budd et Romberg avaient fait la même observation.

Le rhumatisme noueux ne porte pas seulement ses manifestations sur les jointures et les muscles; dans le cours de la maladie, on a observé des douleurs sciatiques, de durée et d'intensité variables. On peut même observer tout un ordre de lésions sur lesquelles l'attention a été appelée seulement dans ces dernières années. En général, avons-nous dit, le rhumatisme noueux n'a point d'action sur le cœur; à la vérité on n'observe guère, chez ces rhumatisants, de lésions valvulaires; cependant l'auscultation a permis de constater quelquefois des bruits de souffle durs, râpeux, qui paraissent avoir leur siège sur les valvules mitrale et aortique. MM. Romberg en 1846, et plus tard Trastour, Charcot et Peter ont observé d'incontestables exemples d'affection organique du cœur, chez des individus affectés de rhumatisme noueux et qui n'avaient jamais eu d'attaque de rhumatisme articulaire aigu. De plus, les autopsies ont démontré que le péricarde pouvait être le siège de lésions inflammatoires très-étendues. Ainsi, sur neuf autopsies faites à la Salpêtrière avec le docteur Cornil, M. Charcot a trouvé quatre fois la péricardite, et le premier de ces médecins a rapporté les observations de deux malades qui présentaient les signes de la péricardite aiguë : l'examen anatomique a fait voir

que ces malades avaient succombé à cette complication ultime de la diathèse rhumatismale<sup>1</sup>.

Déjà Landré-Beauvais et Pinel avaient constaté des complications du côté du poumon; leurs malades, observés aussi à la Salpêtrière, avaient succombé à cet état ataxo-adyamique si fréquent dans les pneumonies des vieillards. Mais si ces complications pulmonaires pouvaient être considérées comme des maladies indépendantes de la diathèse rhumatismale, il nous semble qu'il ne peut plus en être de même des complications pleurétiques, surtout quand la pleurésie avec épanchement se montre en même temps que la péricardite, et que, comme cette dernière, elle réunit tous les caractères d'une phlegmasie aiguë.

Enfin, et c'est encore au mémoire de M. Cornil que nous empruntons ce renseignement clinique, souvent dans les dernières années de la vie, des malades affectés de rhumatisme noueux deviennent albuminuriques. Il est vrai que souvent l'albuminurie n'est alors qu'un symptôme d'une phlegmasie chronique de la vessie, des bassinets et des reins; toutefois, dans quelques faits, il a été démontré par l'autopsie qu'il existait des altérations rénales caractéristiques de la maladie de Bright.

Désormais vous devrez donc rechercher avec soin chez les malades affectés de rhumatisme noueux s'il ne survient point quelques complications du côté du cœur, de la plèvre et des reins, complications qui pourraient être rapportées à la diathèse rhumatismale.

Vous savez, messieurs, qu'il n'est pas rare d'observer, dans les cas de rhumatisme articulaire aigu, des accidents cérébraux qu'on a décrits sous le nom générique de rhumatisme cérébral. Dans nos précédentes conférences, je vous ai longuement entretenu de cette localisation du rhumatisme sur l'encéphale; il est bien rare d'observer semblable complication dans le rhumatisme noueux; cependant je dois vous rappeler que M. Vidal a relaté<sup>2</sup> l'observation d'un homme âgé de soixante-treize ans qui, après avoir offert pendant plusieurs années tous les symptômes du rhumatisme noueux, a succombé à des accidents encéphaliques.

Disons encore que M. Charcot a vu coïncider avec le rhumatisme noueux quelques affections du système nerveux, telles que la paralysie agitante, ou tout au moins le tremblement, et l'ataxie locomotrice<sup>3</sup>. Mais ces cas sont fort rares et rien ne prouve la corrélation pathogénique de ces maladies nerveuses et du rhumatisme noueux.

Lorsqu'il ne survient point de complication, le rhumatisme noueux ne

1. Cornil, *Mémoire sur les coïncidences pathologiques du rhumatisme articulaire chronique* (Comptes rendus des séances et Mémoires de la Société de biologie, 4<sup>e</sup> série, t. I, année 1864).

2. E. Vidal, thèse inaugurale, 1855.

3. Charcot, *Leçons sur le rhumatisme articulaire chronique* (Gazette des hôpitaux, 1867).