

CHAPITRE PREMIER.

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

(Fièvre rhumatismale, polyarthrite rhumatismale.)

Étiologie. Le rhumatisme aigu articulaire est une *maladie infectieuse*. Cette proposition découle de toutes les particularités cliniques et anatomiques de la maladie, et, quoiqu'à cette heure nous n'en connaissions pas positivement le principe toxique organisé, il n'y a guère que cette hypothèse, émise par HÜTER le premier, qui rende possible l'intelligence complète des symptômes et de la marche de cette affection.

A l'instar de beaucoup d'autres maladies infectieuses, le rhumatisme articulaire aigu se présente souvent sous une forme *endémique* et *épidémique* indéniable. D'après HIRSCH, cette maladie règne de préférence dans les *climats tempérés*, tandis qu'elle est d'une rareté remarquable dans les pays froids et les régions tropicales. En Europe même elle n'est pas uniformément répandue et dans certains districts d'Angleterre, de Belgique et de Russie, elle est pour ainsi dire entièrement inconnue. Des observations attentives permettent également d'établir à toute évidence que le nombre des cas *s'accumule* parfois de manière à constituer une véritable *épidémie*, comme nous le disions tout à l'heure. A Leipzig où la polyarthrite compte parmi les maladies aiguës les plus fréquentes, il nous a été donné de constater pendant des années, qu'à certains moments il n'y a que quelques cas isolés, tandis qu'à d'autres époques il s'en présente en quantité considérable. Le chiffre maximum des rhumatisants coïncide d'ordinaire avec la saison froide ou avec le printemps, quoiqu'inversement ce soient quelquefois les mois de grande chaleur qui se distinguent par un amoncellement remarquable de cas de polyarthrite.

Parmi les causes occasionnelles du rhumatisme articulaire aigu, on cite toujours en première ligne le *refroidissement*. En effet un observateur non prévenu doit convenir que les influences atmosphériques semblent fréquemment engendrer la maladie. Toutefois ce n'est pas tant l'action momentanée d'un froid vif qui est en cause, que l'influence persévérante des *agents* dits *rhumatismaux*, comme un temps froid et brumeux continu, certaines occupations, telles que celle de laver et d'écurer, le séjour dans des habitations délabrées et humides, etc. C'est ce qui explique comment des professions déterminées, celle de servante, de sommelier, de cocher, etc. prédisposent

particulièrement au rhumatisme articulaire. Au surplus, toutes les nocivités susdites s'interprètent en ce sens que les milieux humides et froids sont favorables au développement des micro-organismes qui président à la maladie. Néanmoins la polyarthrite se développe souvent sans qu'on puisse aucunement retrouver le refroidissement comme cause du rhumatisme.

Le *sexe* n'a aucune influence appréciable sur la prédisposition individuelle à la maladie. En ce qui concerne l'*âge*, le rhumatisme articulaire aigu se rencontre le plus souvent dans la *jeunesse*, de 15 à 35 ans environ. Plus tard, et surtout dans un âge avancé, il devient moins fréquent. Chez les *enfants*, à partir de 6 ans, il n'est pas rare du tout, mais chez les enfants plus jeunes il ne se montre qu'exceptionnellement. A titre d'exemple insolite et intéressant, qu'il nous soit permis de citer une observation faite à Leipzig d'un enfant mort quelques jours après sa naissance, dont la mère souffrait à ce moment d'un rhumatisme articulaire aigu grave, et chez lequel on trouva à l'autopsie un grand nombre d'articulations renfermant du pus.

On a beaucoup parlé autrefois des rapports du rhumatisme articulaire aigu avec d'autres affections aiguës. A cet égard nous devons faire remarquer ici que l'affection mono- ou polyarticulaire qui se déclare après la *scarlatine*, la *gonorrhée* (*rhumatisme blennorrhagique*), au cours des *processus puerpéraux* et *septiques*, dans la *syphilis secondaire* de date récente, n'a rien à faire avec le rhumatisme articulaire aigu proprement dit. En cette occurrence il ne s'agit que d'une localisation particulière de ces divers facteurs morbides qui se sont portés simultanément sur les jointures, et la circonstance même que les articulations sont généralement un siège de prédilection des maladies infectieuses, peut être invoquée comme un argument en faveur de la nature également infectieuse du rhumatisme articulaire aigu. Il n'y a qu'une seule maladie qui ne soit pas dans les mêmes conditions, c'est l'*endocardite chronique*. Comme celle-ci est certainement, en beaucoup de cas (*pas toujours* cependant), identique, en ce qui concerne l'étiologie, à l'*endocardite aiguë* et par suite au rhumatisme aigu (v. plus bas), on peut considérer comme une preuve en faveur de la dépendance pathogénique des deux affections, que des malades portant des *lésions cardiaques chroniques éprouvent quelquefois des atteintes de rhumatisme articulaire aigu*. Alors la polyarthrite essentielle n'est en réalité qu'un élément partiel dans l'ensemble du complexe morbide et en quelque sorte une exacerbation nouvelle à caractère aigu, et avec prédominance articulaire de la maladie.

Enfin il est digne de remarque que le rhumatisme articulaire aigu n'appartient pas à la classe des maladies infectieuses qui ne frappent qu'une seule fois le même individu. Tout au contraire, il a cela de particulier, qu'à l'in-

star de la pneumonie, de l'érysipèle, etc., il attaque avec une fréquence marquée *la même personne*, à telle enseigne qu'une première atteinte de polyarthrite, même en l'absence de tout reliquat articulaire, semble avoir laissé après elle une tendance virtuelle à la récurrence.

Tableau morbide général. Le symptôme capital de la polyarthrite est une *synovite aiguë, fébrile*, se déclarant presque toujours *dans plusieurs articulations à la fois*, et accompagnée des phénomènes locaux ordinaires de turgescence et d'endolorissement des jointures atteintes. Cette affection articulaire d'ailleurs est souvent la première et même l'unique manifestation morbide. Il arrive pourtant quelquefois qu'elle est précédée, comme cela a lieu pour d'autres maladies infectieuses, de quelques *signes prodromiques* ou *initiaux*. Ceux-ci consistent, tantôt en un malaise général de faible intensité, tantôt en certains désordres locaux, tels qu'une *angine* ou une *laryngite*, ainsi que nous l'avons observé à diverses reprises. En tout cas ces signes précurseurs sont d'ordinaire anodins de leur nature, et font quelquefois, comme il a été dit, complètement défaut.

L'*affection articulaire* se développe presque toujours avec une grande rapidité. Le plus souvent ce sont plusieurs *grandes* articulations qui sont frappées tout d'abord, celles des extrémités inférieures un peu plus fréquemment que celles des membres thoraciques. Presque jamais toutes les jointures que la maladie doit parcourir ne sont atteintes simultanément. C'est presque un caractère distinctif du rhumatisme articulaire aigu de « sauter d'un article à l'autre », de toucher telle jointure aujourd'hui et demain telle autre, soit que l'articulation primitivement frappée reste imperturbablement malade, soit qu'elle se dégage immédiatement. De cette manière et d'après la nature du cas, la maladie se promène à travers un petit nombre d'articulations ou la plupart d'entre elles, avec des allures tantôt rapides et tantôt plus traînantes. Dans beaucoup de cas d'intensité moyenne, l'affection est de nature très fugace, tandis qu'en d'autres circonstances elle se fixe opiniâtrément dans une ou plusieurs jointures.

Indépendamment de l'affection articulaire, il existe le plus souvent de la *fièvre*. Celle-ci n'est généralement pas très élevée, de sorte que la température dépasse rarement 39,5°. Elle suit d'ordinaire une marche parallèle à l'invasion successive d'articulations nouvelles, n'affecte aucun rythme déterminé, mais est irrégulièrement rémittente. Nous n'avons presque jamais pu constater de frisson initial. De plus, les soi-disant symptômes fébriles généraux (céphalalgie, assoupissement, sensation de chaleur interne) ne sont communément pas très accusés dans la polyarthrite, preuve que l'infection générale de l'organisme n'atteint pas un haut degré. Il n'y a que la forte

tendance aux *transpirations cutanées* qui mérite d'être signalée, les sueurs ne dépendant pas, comme dans d'autres affections, de la chute subite de la température.

A la faveur d'alternatives d'amélioration et d'aggravation des symptômes locaux et fébriles, la maladie, surtout quand elle est abandonnée à elle-même, se prolonge pendant une ou plusieurs semaines, parfois plus longtemps encore. Alors se déclare généralement un amendement graduel des phénomènes morbides, et la guérison vient d'ordinaire à pas lents, souvent interrompue par des rechutes.

A l'encontre de cette simplicité d'évolution, le tableau morbide peut dans d'autres circonstances se diversifier d'une façon multiple, le rhumatisme étant précisément une des affections qui se distinguent par la variété des complications et des particularités qui la détournent de son cours ordinaire. Cette versatilité d'allures ressortira clairement de l'exposé détaillé des symptômes fournis par chaque organe en particulier et que nous allons aborder maintenant.

Symptômes de la part des organes en particulier et modalités spéciales de la marche morbide. I. Articulations et gaines tendineuses. Quoique, grâce au caractère bénin du rhumatisme articulaire aigu, on soit rarement en état de faire l'examen anatomique d'une articulation malade, il est incontestable cependant que la plupart du temps il ne s'agit que d'une *synovite séreuse simple*, c'est-à-dire d'une inflammation de la membrane synoviale donnant lieu à l'effusion dans la cavité articulaire d'un exsudat avant tout séreux, et qui ne contient qu'une minime quantité de fibrine et de corpuscules de pus. La synoviale elle-même ne présente le plus souvent, quand on peut l'examiner sur la table d'autopsie, que des altérations très légères ; elle est un peu plus injectée que d'habitude, trouble et épaissie. La nécrose du cartilage ne se rencontre que bien rarement et dans les cas chroniques.

Sous le rapport clinique, l'affection articulaire se révèle tout d'abord par la *douleur* que les malades ressentent, pour peu qu'ils bougent l'articulation ou qu'on exerce sur elle une légère pression. Cette exquise sensibilité est quelquefois en discordance frappante avec les apparences anodines de la lésion anatomique, étant donné que nombre d'articulations qui à l'extérieur ne semblent guère malades, sont cependant vivement endolories. Le plus souvent pourtant on constate dans les jointures les *caractères objectifs de la synovite*. L'effusion intraarticulaire fait manifestement *gonfler* l'articulation atteinte, comme cela se voit notamment au *genou*, puis à la *main*, au *piéd*, à l'*épaule* et au *coude*, parfois aussi aux *doigts* et aux *orteils* (surtout au gros

orteil), plus difficilement à la hanche. Remarquons toutefois que la tuméfaction de la région articulaire, surtout aux mains et aux pieds, tient quelquefois moins à l'épanchement de synovie qu'à l'*œdème inflammatoire périarticulaire* qui envahit quelquefois toute la face dorsale de la main. D'ailleurs, dans le rhumatisme articulaire aigu, ce ne sont pas les articulations seules qui sont lésées, mais on rencontre des états inflammatoires analogues dans les *gaines tendineuses* et les *bourses muqueuses*; peut-être même les fascias et les muscles prennent-ils part à la maladie. La peau qui recouvre l'articulation malade présente très souvent une *rougeur inflammatoire* manifeste, sous forme de larges taches rosées, qui se montrent principalement au pied, au genou et à la main. La *sensibilité cutanée* n'est pas constamment émoussée aux endroits malades, comme on l'a prétendu.

Il est évident que le nombre et la série des articulations successivement frappées varie considérablement d'après les cas ; disons cependant que la *dissémination* morbide est tellement caractéristique du rhumatisme articulaire aigu, que toute arthrite mono-articulaire ne doit être rangée qu'avec beaucoup de réserve sous cette rubrique (v. le diagnostic). Dans les cas légers, il n'y a en effet que deux ou trois articulations et encore les plus grosses articulations des extrémités, qui soient douloureuses ; quoique souvent, à la suite d'un interrogatoire minutieux et d'une exploration attentive, on parvienne à découvrir qu'outre *une* articulation particulièrement atteinte, d'autres jointures sont légèrement touchées. Dans les cas graves, au contraire, le nombre des articulations malades est parfois très considérable. Il en résulte que les malades sont dans un état d'impotence tel que les moindres mouvements leur sont impossibles ou ne s'exécutent qu'au prix des plus vives souffrances. Ils sont couchés les jambes fléchies, les pieds en flexion plantaire et chaque tentative de changer de position éveille de vives souffrances. Ce n'est que dans des cas de cette gravité, qu'indépendamment des jointures des membres, les *articulations du tronc* participent également à la maladie, et notamment les articulations des vertèbres, l'articulation sterno-claviculaire, celle de la mâchoire, les symphyses du bassin, etc.

Si d'une part le *caractère fugace de l'affection articulaire* est donné comme signe distinctif de la polyarthrite, vu qu'en réalité des gonflements articulaires parfois considérables cèdent en peu de temps pour faire place à de nouvelles atteintes dans des jointures différentes, d'autre part on observe aussi quelquefois que *la maladie se fixe* d'une manière opiniâtre sur une *seule* articulation. Alors cette *seule* articulation (rarement un plus grand nombre) est malade d'emblée ou après que l'inflammation a disparu dans des jointures moins fortement atteintes ; elle est particulièrement frappée

et reste gonflée et douloureuse pendant des semaines entières, après que tout le reste est rentré depuis longtemps dans l'état normal.

2. **Symptômes du côté du cœur.** Après les articulations, c'est l'état du cœur, qui, dans le rhumatisme articulaire aigu, présente de loin le plus d'intérêt; c'est donc un devoir pour le médecin d'avoir constamment l'œil ouvert de ce côté, même en présence du rhumatisme articulaire le moins intense.

C'est surtout après les minutieuses recherches stéthoscopiques instituées par BOUILLAUD (en 1836), qu'il fut généralement admis qu'au cours du rhumatisme articulaire aigu, l'*endocardite* et parfois aussi la *péricardite*, se développent avec une fréquence remarquable. Cette complication peut se développer dans *tous* les cas, qu'ils soient légers ou graves, tandis qu'inversement elle peut faire défaut, également dans tous les cas, même les plus sérieux. Elle se manifeste dès le début ou seulement dans une phase plus avancée de la maladie. Son entrée en scène n'est parfois signalée par *aucun symptôme subjectif*, de sorte qu'elle n'est susceptible d'être reconnue que par une exploration objective attentive du cœur. Dans d'autres circonstances, au contraire, l'affection cardiaque s'annonce par une *exacerbation fébrile*, quelquefois aussi par des *palpitations*, des sensations douloureuses dans la région précordiale, des angoissés respiratoires, et ainsi de suite.

En ce qui concerne l'*endocardite* rhumatismale, il s'agit presque toujours de la *forme verruqueuse* et bénigne de cette complication (v. t. I). Elle siège beaucoup plus souvent à la valvule mitrale qu'aux valvules aortiques, et par conséquent se traduit de préférence par un souffle systolique à la pointe. On a parfois de la peine à la diagnostiquer, parce que c'est précisément dans le rhumatisme articulaire aigu, que des *bruits accessoires* naissent souvent à la pointe du cœur. Nous avons eu l'occasion nous-même, dans un cas de rhumatisme hyperpyrétique qui, pendant la vie, avait manifestement présenté un souffle semblable (v. plus loin), de nous convaincre à l'autopsie de la parfaite intégrité des valvules cardiaques. Or, comme l'interprétation d'un grand nombre de bruits au cœur peut, pendant un certain temps, faire concevoir des doutes, même à une oreille exercée, il n'est pas étonnant que les données relatives à la fréquence proportionnelle des complications cardiaques dans la polyarthrite, soient si divergentes. En général on peut fixer cette proportion à $\frac{1}{4}$ ou $\frac{1}{3}$ des cas. Nous n'avons pas besoin d'insister de nouveau en cet endroit sur les conséquences éventuelles de l'*endocardite* (v. t. I). Cette affection peut rétrocéder complètement. Mais très souvent elle constitue malheureusement le point de départ d'une endo-

cardite chronique, c'est-à-dire d'une *lésion valvulaire* qui dure autant que la vie.

Jadis la *relation étroite qui existe entre l'endocardite et l'affection articulaire* devait certainement être incompréhensible, malgré toutes les hypothèses au moyen desquelles on a voulu s'en rendre compte. Mais si l'on considère le rhumatisme articulaire aigu comme une maladie infectieuse, cette relation ne paraît plus si obscure, elle est au contraire très facile à expliquer. Le rhumatisme articulaire aigu n'est évidemment pas une affection purement locale, c'est une maladie infectieuse générale, en ce sens que les agents phlogogènes spécifiques du rhumatisme ne siègent pas seulement dans les jointures atteintes, mais, qui plus est, circulent avec le sang. Il arrive alors (comme pour tant d'autres maladies infectieuses (v. t. I), que ces germes adhèrent avec facilité aux valvules du cœur où, en vertu des propriétés spécifiques de ces micro-organismes, se développe fréquemment une *endocardite formelle*. Cette *endocardite* n'est donc à proprement parler pas une « complication », elle est un *épiphénomène* de la polyarthrite.

La *péricardite* rhumatismale n'est pas rare non plus, quoiqu'elle soit moins fréquente que l'*endocardite*. Elle ne peut être reconnue avec certitude qu'à la faveur d'un *bruit* caractéristique de *frottement*, et même, dans ces conditions, un doute peut surgir quant à la signification à attacher à un bruit d'intensité légère, puisqu'à la base du cœur on perçoit quelquefois des bruits accessoires. Selon la forme anatomique qu'elle affecte, la *péricardite* est séro-fibrineuse, parfois seulement d'un faible degré, parfois aussi très intense, avec un exsudat fluide abondant, une dyspnée des plus violentes, etc. (v. t. I). Dans quelques cas, par bonheur assez rares, la *péricardite* peut donner la mort. D'ordinaire elle guérit, mais quelquefois, quand la *péricardite* a été grave, elle entraîne l'*oblitération du sac péricardique* avec toutes ses conséquences (t. I).

Quant au *mode pathogénique de la péricardite*, une infection directe du péricarde par la voie sanguine ne serait pas impossible. Mais nous présumons à bon droit que la plupart du temps l'infection du péricarde a lieu par l'endocarde et, selon toute apparence, le plus souvent par les valvules aortiques (v. t. I). La circonstance que la lésion antécédente de ces dernières ne saurait pas toujours être objectivement démontrée, n'est pas un argument à l'encontre de notre manière de voir, vu qu'un grand nombre d'*endocardites* aiguës ne se révèlent par aucun bruit stéthoscopique appréciable.

Disons encore pour finir, qu'abstraction faite des lésions anatomiques graves du cœur, on observe parfois des *troubles fonctionnels* de cet organe,

Outre les bruits accidentels dont nous venons de parler, on range dans cette catégorie l'accélération et l'irrégularité du pouls, puis les attaques de sténocardie d'apparence purement nerveuse, qu'on observe en quelques rares circonstances.

3. **Membranes séreuses et muqueuses.** Indépendamment de la péricardite, on rencontre aussi dans le rhumatisme articulaire, des inflammations de la plèvre et du péritoine, au point qu'autrefois on a posé en principe que dans la maladie à l'état aigu, toutes les séreuses du corps étaient atteintes en même temps que les articulations. Aujourd'hui il est admis que la *pleurésie* et surtout la *péritonite rhumatismales* sont infiniment plus rares que l'endo- et la péricardite. Au surplus la pleurésie, au moins dans la plupart des cas, est incontestablement *le résultat de la propagation directe de la péricardite*, de même que le péritoine peut être infecté *par la plèvre* à travers le diaphragme. Ces cas graves avec *atteinte simultanée et combinée de la plupart des membranes séreuses* nous rappellent l'époque *antérieure* au traitement salicylique. Nous ne disons pas que la pleurésie et la péritonite rhumatismales n'existent pas à l'état isolé ; mais en tout cas cela doit être très rare.

Les *muqueuses* ne jouent pas un grand rôle dans le rhumatisme articulaire aigu. Nous avons déjà fait remarquer que la maladie débute parfois par une *pharyngite* ou une *laryngite* catarrhales. La *bronchite* a été signalée par les anciens observateurs. Cependant il est probable que le plus souvent celle-ci ne dépend pas immédiatement de la maladie fondamentale, mais qu'elle se produit à titre de complication, comme chez toutes les personnes gravement malades qui gardent le lit. C'est une exception aussi que de voir *l'estomac* et *l'intestin* être particulièrement intéressés.

4. **Peau.** Les manifestations cutanées ne sont pas rares au cours de la polyarthrite. Citons en premier lieu la *tendance* remarquable *des rhumatisants* aux *transpirations* qui se distinguent souvent par une odeur aigrelette et une réaction fortement acide. Chez beaucoup de malades se forment sur la peau une infinité de *sudamina* et le dos, notamment dans les cas graves, se couvre d'une forte éruption *miliaire*. On rencontre encore d'autres exanthèmes cutanés. Mentionnons comme digne de remarque *l'érythème noueux* que nous avons observé dans toute une série de cas, surtout aux extrémités inférieures, plus rarement aux bras. *L'urticaire* n'est pas rare non plus, tandis que *l'herpès labial*, d'après notre expérience, se présente très exceptionnellement. Vu les rapports multiples qui existent entre les affections articulaires et les « maladies » dites « hémorragiques », il importe de retenir que dans le rhumatisme articulaire aigu essentiel, comme il nous a

été donné de le voir, il se présente des *affections hémorragiques* étendues *de la peau*. Plusieurs fois nous avons vu *l'urticaire hémorragique*, c'est-à-dire un exanthème qui commençait par la formation d'élevures, au centre desquelles se faisait une extravasation sanguine, allant toujours grandissant. On observe aussi dans les cas graves de simples *hémorragies cutanées*, éléments composants de la *diathèse hémorragique généralisée* (hémorragies des muqueuses, etc.). Tous ces symptômes parlent de nouveau de la manière la plus évidente en faveur de la nature infectieuse de la polyarthrite.

5. **Muscles et système nerveux.** En beaucoup de cas de polyarthrite aiguë la *manière d'être des muscles* mérite d'attirer l'attention. Autour des articulations qui ont été entreprises pendant un laps de temps considérable, ils sont souvent eux aussi manifestement douloureux à la pression et légèrement gonflés. Mais ce qui importe particulièrement, ce sont les *atrophies* et les *paralysies musculaires* qui persistent quelquefois après la guérison de l'inflammation de l'articulation.

Conformément à une *loi d'application générale*, il règne entre les articulations et les muscles qui les desservent, des rapports trophiques déterminés, à telle enseigne que *toute* affection grave et persistante d'une articulation doit nécessairement avoir pour conséquence une atrophie de son revêtement musculaire. Ce sont surtout les *extenseurs* de l'articulation qui sont atteints d'atrophie. Cette atrophie connue d'ancienne date a été considérée autrefois (surtout par les chirurgiens) comme un simple résultat du repos forcé des muscles, comme une « atrophie par inaction », ce qui est évidemment une erreur. La cause véritable en est complètement ignorée ; ce qui est certain, c'est qu'elle dépend de la maladie articulaire comme telle, et que dès lors elle peut être désignée du nom d'*atrophie musculaire d'origine articulaire*. Si un rhumatisme aigu a été longtemps fixé dans une articulation, il en résulte également une atrophie musculaire consécutive. Cet état se montre le plus souvent et avec les caractères les plus prononcés, dans les affections rebelles de *l'articulation de l'épaule*, qui entraînent fréquemment une *atrophie* considérable du *deltoïde*. Cette atrophie musculaire contribue pour une large part à aggraver le trouble fonctionnel. Nous avons constaté à diverses reprises qu'après le décours d'une inflammation de l'articulation de l'épaule, nonobstant que le bras pouvait être soulevé passivement à une certaine hauteur et que par conséquent il n'existait *pas* d'ankylose, les malades étaient incapables de lever activement le bras, ce qui dépendait uniquement de l'inertie du deltoïde atrophie. On peut donc parfaitement bien qualifier cet état de *paralysie musculaire rhumatismale*. Nous avons observé de semblables paralysies musculaires à la suite du rhumatisme arti-