

progressive, attribuable au *diabète vrai* chez un goutteux. Semblable division est du reste plutôt théorique. Le diabète goutteux est avant tout un diabète bénin, lent, compatible avec un état général relativement bon.

L'*albuminurie goutteuse* est celle qui accompagne momentanément l'accès de goutte aigu (par décharge urique). Elle est curable et distincte de l'albuminurie tardive, symptomatique du rein goutteux, qui comporte : la polyurie, l'hypertrophie du ventricule gauche et l'hypertension artérielle.

La *goutte saturnine* a été étudiée au chapitre *Intoxication saturnine*

#### IV. — RHUMATISMES EN GÉNÉRAL

**Préliminaires techniques. — Ponction des séreuses articulaires.** — Le diagnostic précis des arthropathies, même médicales, exige souvent l'examen du liquide articulaire extrait par ponction ; aussi la technique de la ponction des séreuses articulaires est-elle une introduction naturelle à l'étude clinique des rhumatismes.

**Technique.** — L'important est de pénétrer dans la cavité articulaire sans buter sur les surfaces osseuses. On ponctionne généralement le *cul-de-sac principal de la synoviale*. Au *genou*, c'est le *cul-de-sac sous-tricipital* qui fait saillie au-dessus de la rotule, dans l'extension, quand l'épanchement est notable. A l'*épaule*, c'est le cul-de-sac antérieur que l'on ponctionne.

La synovie normale est visqueuse ; les épanchements pathologiques contiennent des flocons fibrineux ; l'inflammation amplifie les franges synoviales, toutes causes capables d'obturer l'aiguille, au cours de l'aspiration. Celle-ci doit donc être lente. Si le liquide coule mal, on retire et on renforce légèrement l'aiguille.

**Liquides recueillis.** — Le liquide peut être *séreux, hémorragique* ou *purulent*, plutôt chocolat dans ce dernier cas. A l'examen direct sur lamelle, les *liquides séreux* contiennent souvent des agents pathogènes (streptocoque, staphylocoque, gonocoque, bacille d'Eberth) ; la présence du bacille de Koch n'est guère démontrée que par *inoculation* ou *inoscopie*.

Généralement d'origine traumatique, les *liquides hémorragiques* renferment, dans les cas rares où ils sont liés à une septicémie (*purpura*), l'agent de l'infection causale. Le streptocoque y a été rencontré.

Les *liquides louches* ou franchement *purulents* doivent toujours être soumis à l'examen bactériologique (direct sur lamelles, ou par les cultures sur milieux solides) dont le résultat décide du pronostic et du traitement. On y trouve le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque ; plus rarement, le gonocoque. Il arrive aussi que ces liquides soient *stériles*. Quoique le pus d'origine tuberculeuse présente souvent un aspect particulier, l'inoculation au cobaye permet seule d'en bien préciser la nature.

**Classification.** — Le terme *rhumatisme* a été longtemps appliqué à un ensemble d'affections disparates, aiguës ou chroniques, fébriles ou apyrétiques, ayant peut-être pour seul caractère commun la localisation de phé-

nomènes douloureux sur les articulations, les systèmes fibro-tendineux et musculaire, mais différant en bien des points, quant aux symptômes généraux et viscéraux.

On reconnaît encore actuellement trois grandes classes de rhumatismes : le *rhumatisme articulaire aigu franc*, poly-arthrite infectieuse spécifique, dont l'agent pathogène est encore imparfaitement précisé ; les *pseudo-rhumatismes infectieux* qui ne sont que des localisations articulaires d'infections bactériennes, classées ou non ; le *rhumatisme chronique*, terme qui embrasse un certain nombre d'arthropathies à évolution lente, dont la classification laisse encore à désirer, grâce à l'incertitude qui plane sur leur véritable nature.

#### A. — RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU FRANC

Le rhumatisme articulaire aigu, qui trouve place en ce chapitre pour des raisons purement traditionnelles, est une infection fébrile caractérisée par des arthropathies multiples, mobiles, et souvent aussi par des déterminations sur les séreuses viscérales ; en particulier, sur l'endocarde et le péricarde.

**Mode de début.** — Le début est généralement précédé de *prodromes* : courbature, lumbago, pleurodynie, coryza, angine ou trachéobronchite légère (G. Weber) <sup>(1)</sup>. Les douleurs siègent habituellement d'abord aux extrémités. Quelquefois elles succèdent à plusieurs jours de *fièvre rhumatismale* (hyperthermie, malaise général).

**Arthrite rhumatismale.** — Les articulations prises sont légèrement teintées de rose, en particulier celles que recouvre une peau fine (poignet, phalanges, cou-de-pied, faces dorsale et interne du pied) ; la rougeur est parallèle à l'interligne articulaire et aussi aux gaines tendineuses. La jointure elle-même est plus ou moins tuméfiée, grâce à la congestion des parties molles et à un léger épanchement ; sa température locale présente une élévation notable.

Le phénomène dominant est la *douleur*, souvent atroce, réveillée par le moindre ébranlement, la moindre pression, condamnant le malade à l'immobilité absolue dans une attitude propre à relâcher muscles et ligaments (membres supérieurs légèrement écartés du corps, avant-bras un peu fléchis, doigts écartés ; segments du membre inférieur en demi-flexion et rotation externe). Plutôt péri-articulaire, la douleur occupe surtout les parties fibreuses de l'articulation, les points d'insertion des tendons et des lames tendineuses.

La *sensibilité cutanée* (au tact et à la douleur) des parties malades est réduite ou exaltée ; la *sensibilité faradique* peut être diminuée ou abolie. La *sensibilité au froid* est diminuée, la *sensibilité au chaud* exaltée. Les *mouvements communiqués* à la jointure peuvent être indolents, si le membre est dans la résolution complète (Lasègue). Chaque arthrite ne dure guère que

<sup>(1)</sup> G. WEBER, *Soc. de thérap.*, février, mars 1895.



4 à 8 jours et disparaît brusquement pour frapper une autre jointure, elle peut du reste reparaitre du jour au lendemain.

Le nombre des articulations prises en même temps est généralement restreint. Le rhumatisme frappe de préférence les grandes, mais n'en épargne aucune, pas même la symphyse pubienne, l'articulation sacro-iliaque, les articulations laryngées.

L'invasion des articulations s'opère en général dans l'ordre suivant : pieds, genoux, hanches; puis, épaules, coudes, poignets. Cette règle n'a pourtant rien d'absolu. Les jointures le plus souvent atteintes sont, par ordre de fréquence : le genou, le cou-de-pied, l'épaule, le poignet, le coude, la hanche. Les membres inférieurs, les jointures surmenées sont plus éprouvées.

**État général.** — La fièvre est constante, d'autant plus élevée que le nombre des arthrites est plus grand et que les complications viscérales sont plus marquées. Quand l'hyperthermie coïncide avec des arthropathies légères, elle annonce souvent des localisations viscérales.

La température atteint peu à peu son apogée, en quelques jours. Dans les cas moyens, elle s'élève à 39°,5 ou 40°, mais s'y tient rarement et tombe souvent, le jour, à 38°,5, 38° ou 37°,5. Quand elle demeure constamment haute (40°), le rhumatisme cérébral est à craindre.

Dans les formes légères, la température oscille entre 37°,5 et 38°, n'atteignant que très momentanément 39°. En résumé, la courbe est irrégulière, nullement cyclique, sujette à des caprices souvent inexplicables.

Le pouls, plein, souvent dicrote, bat de 90 à 120 suivant la température, peu modifié dans son rythme par les complications cardiaques.

Les sueurs, presque constantes, souvent profuses, continues ou seulement nocturnes, inondent les membres et la face. D'une odeur fade et aigrelette, elles offrent, grâce à la fermentation des produits épidermiques et sébacés, une réaction acide.

L'épistaxis n'est pas rare. Quoique très réduit, l'appétit subsiste.

La langue est large et saburrale; la constipation est habituelle.

Les urines, peu abondantes (un litre au plus), denses (1020-1050), sont colorées (urines fébriles), riches en urée. Elles contiennent parfois un peu d'albumine (albuminurie dite fébrile), rarement beaucoup (néphrite rhumatismale). L'urobilinurie est abondante et constante (Hayem et Tissier). L'hémoglobulinurie peut s'observer.

L'intelligence reste absolument intacte, mais l'anémie est très rapide et très prononcée.

**Déterminations viscérales.** — Les plus communes et les plus graves se localisent sur le cœur.

**Complications cardiaques.** — Les complications cardiaques sont la règle dans le rhumatisme aigu généralisé, l'exception dans les formes légères peu fébriles (lois de Bouillaud). Elles frappent davantage les enfants et les jeunes sujets (avant 25 ans); la péricardite s'observe dans 10 pour 100 des cas, l'endocardite dans 50 pour 100, l'endo-péricardite dans 15 pour 100

des cas. Elles éclatent durant la première ou deuxième semaine, sans aucun signe fonctionnel, ou à peine annoncées par du mal de tête, de l'insomnie, un peu d'anhélation ou de gêne précordiale. La fièvre persiste ou augmente, malgré la régression des arthropathies. Le pouls est plein, dur et fréquent. Les bruits cardiaques deviennent sourds et voilés (voy. Endocardite aiguë); la systole est tantôt exagérée dans son éclat, tantôt amoindrie. Le souffle, généralement mitral, est un signe inconstant et tardif (sauf en cas de lésion valvulaire ancienne). La péricardite, quand elle survient, se traduit par : de la gêne ou de la douleur précordiale qu'exaspère la pression sur l'épigastre; des palpitations; enfin, un frottement péricardique (voy. Péricardite aiguë) pouvant faire place, en cas d'épanchement (rare), à l'effacement du choc de la pointe, à l'éloignement des bruits du cœur avec extension de la matité précordiale. Les signes de myocardite, d'aortite, d'angine de poitrine sont exceptionnels.

Légère, l'endopéricardite peut guérir; mais, souvent (40 pour 100 des cas), une régression incomplète laisse se constituer une lésion valvulaire organique.

Les bruits anormaux doivent être distingués des souffles extra-cardiaques communs dans le rhumatisme (mésosystoliques; foyer un peu au-dessus de la pointe; très atténués, ou supprimés, par la position assise ou debout).

**Rhumatisme pleuro-pulmonaire.** — La période prodromique du rhumatisme est souvent marquée par du coryza et de la trachéo-bronchite. On cite quelques cas de laryngite grave, au début ou au cours du rhumatisme.

**Complications pulmonaires.** — Les accidents pulmonaires revêtent deux formes : œdème pulmonaire et pneumonie rhumatismale.

a. **Œdème pulmonaire.** — Subitement, souvent la nuit, le malade, en proie à une vive oppression, est pris d'une toux fréquente et quinteuse déterminant le rejet de mucosités spumeuses abondantes, quelquefois striées de sang; les deux poumons sont envahis par de nombreux râles vibrants et sous-crépitaux fins. La face est pâle, baignée de sueurs, les lèvres sont cyanosées; en quelques heures l'asphyxie peut devenir imminente.

Un type atténué, plus fréquent, se traduit par une dyspnée modérée liée à la présence d'un foyer circonscrit de râles fins uni ou bilatéral.

Les accidents congestifs pourraient se produire indépendamment des arthropathies (Lebreton).

b. **Pneumonie rhumatismale.** — Anatomiquement, il s'agit d'une congestion pulmonaire intense, également susceptible d'éclater isolément (exceptionnel). Secondaire au rhumatisme, elle débute insidieusement. La face est pâle et baignée de sueur. Les signes d'auscultation, mobiles et fugaces d'un jour à l'autre, consistent en un souffle doux, étalé, associé à quelques râles. L'expectoration est nulle ou insignifiante. Ces accidents, qui peuvent devancer les arthropathies, se dissipent rapidement.

c. **Pleurésie rhumatismale.** — Plus fréquente à gauche, la pleurésie est souvent associée à l'endo-péricardite. Elle est précoce (avant la polyarthrite), intercurrente ou tardive, souvent insidieuse, se collectant en arrière et en



nappe, limitée, à mesure, par des fausses membranes (pleurésie *en galette*, de Lasègue). Le souffle et l'égophonie y sont toujours très nets. La distinction est souvent malaisée, avec la congestion pulmonaire ou la péricardite (à gauche). Elle passe souvent d'un côté à l'autre et marche rapidement (2 à 8 jours). Quant à l'existence d'une *pleurésie rhumatismale primitive*, elle est encore discutée.

**Rhumatisme cérébral.** — C'est une des plus graves complications du rhumatisme; il éclate au cours ou au déclin de l'attaque; plus particulièrement dans les formes sévères avec localisations cardiaques précoces. Les accidents sont annoncés, plus ou moins, par: une *hyperthermie* continue et anormale, de l'*insomnie*, de la *céphalée*, une anxiété morale inexplicée, de la *pollakiurie*, un *délire tranquille*; parfois, par une rémission dans les phénomènes articulaires. Ils se déroulent, à la période d'état, sous trois formes: *suraiguë*, *aiguë* et *subaiguë ou chronique*.

1° Le *rhumatisme cérébral suraigu* (*apoplexie rhumatismale*) est rare; il consiste en une agitation extrême à début soudain et en un délire d'actes, avec vociférations, aboutissant très rapidement (quelques minutes ou quelques heures) à la mort subite.

2° La *forme aiguë* débute par un délire, d'abord tranquille et intermittent, qui, bientôt, fait place à une vive agitation, avec parole bruyante et saccadée, mouvements incessants, tremblement, soubresauts des tendons, et même crises épileptiformes. Cet état, malgré quelques courtes rémissions, aboutit finalement à la torpeur et au coma terminal (cyanose, extrémités froides, pouls incomptable).

L'*hyperpyrexie* est constante. La température atteint 39°, 40°, 41° et plus (43°, 44°), dans la forme aiguë. Le *pouls* bat 120 à 150. La dysphagie, l'angoisse épigastrique, la tachycardie, la bradycardie peuvent trahir le désarroi des centres bulbaire. La forme aiguë dure 2 à 5, 10 à 12 jours; souvent mortelle, elle laisse, dans les cas favorables, une grande lassitude cérébrale et un amaigrissement marqué.

3° La *forme subaiguë ou chronique* se déclare plutôt durant la convalescence; elle comporte souvent des signes de mélancolie: abattement, silence, découragement, refus d'aliments, amaigrissement, quelquefois hallucinations et véritable lypémanie. Ces accidents peuvent se prolonger des mois. Cette *folie* ou *manie rhumatismale* est généralement préparée par le terrain névropathique.

Le *rhumatisme cérébral* peut surtout prêter à confusion avec le *delirium tremens* chez un rhumatisant (commémoratifs, hallucinations surtout visuelles, fièvre modérée); avec l'*acétonémie* (apyrexie, haleine chloroformique, réaction de Gerhardt) et le *délire provoqué par le salicylate de soude*.

**Rhumatisme spinal.** — Quelques auteurs admettent une localisation du rhumatisme sur la moelle se traduisant par: de la rachialgie, de l'hyperesthésie rachidienne; de l'engourdissement, de la parésie ou de la paralysie des membres inférieurs; quelquefois de l'incontinence d'urine. Ces faits répondent

peut-être à des myélites compliquées d'arthropathies ou à des arthrites de la colonne vertébrale.

**Autres troubles nerveux.** — La *chorée* est commune à la suite du rhumatisme ou chez d'anciens rhumatisants; il en est de même des *névralgies*; la sciatique en particulier. On a noté également des troubles nerveux rappelant la *sclérose en plaques* ou attribuables à des *polynévrites*.

**Manifestations cutanées.** — On peut observer: de la *miliaire*, des *sudamina*, des *plaques d'œdème localisé* de la peau; des *nodosités cutanées* (Jaccoud et Meynet), petites tumeurs sphériques ou ovoïdes, mobiles sous la peau, peu douloureuses, avoisinant les jointures malades (coude, bords de la rotule), les tendons extenseurs des doigts, ou occupant soit le front, soit l'occiput. Apparaissant et disparaissant très rapidement, ces nodosités ne doivent pas être confondues avec les *adénopathies* souvent liées aux arthrites rhumatismales. Quant au *purpura* et à l'*érythème polymorphe*, malgré leur fréquente association à des phénomènes articulaires, leur nature rhumatismale n'est plus actuellement admise.

**Complications rares.** — L'*angine rhumatismale*, quelquefois intense, est habituellement érythémateuse, rarement exsudative (exsudat blanchâtre, léger et fugace), très dysphagique. Elle débute avec les arthrites ou un à deux jours avant.

L'*embarras gastrique* est rarement accusé. L'*ictère*, la *diarrhée* sont exceptionnels.

On a cité des cas de *cystite*, d'*hydrocèle*, d'*orchite rhumatismales*, cette dernière susceptible d'aboutir à l'atrophie testiculaire.

Rare, l'*albuminurie* est tantôt initiale, fugace et légère (*néphrite congestive*), tantôt abondante, accompagnée d'hématuries, de douleurs lombaires, d'anasarque (*néphrite rhumatismale*, très rare), coïncidant alors, presque toujours, avec des complications cardiaques.

**Évolution. — Diagnostic.** — La *marche* du rhumatisme aigu n'a rien de cyclique; sa *durée* est très variable, 8 à 15 jours en moyenne. Il est des *formes abortives* qui tournent court au bout de 5 à 6 jours. Les *formes franches généralisées*, avec fièvre élevée (39°-39°2), chez des sujets vigoureux, durent 9 à 12 jours. Le *rhumatisme grave*, à localisations viscérales, procède par paroxysmes irréguliers; celles-ci peuvent être initiales, d'abord isolées. Cette forme dure au moins 18 à 20 jours, quelquefois 30 à 50.

Le *rhumatisme infantile* offre quelques particularités (Roger). Peu généralisé, il siège surtout aux membres inférieurs, aux doigts, évolue le plus souvent sans hyperthermie ni sueurs, toujours sans accidents cérébraux, mais est très souvent compliqué d'endo-péricardite, et, à son déclin, de chorée.

Le rhumatisme laisse derrière lui une *anémie* parfois durable, des atrophies musculaires réflexes et des raideurs articulaires. Les *rechutes* ne sont pas rares, les *récidives* sont habituelles.

Le *diagnostic* est facile. Avant les arthralgies, on peut songer à la grippe,



à la fièvre typhoïde. La distinction la plus importante est à établir avec le *pseudo-rhumatisme infectieux* (douleurs en général moins diffuses, plus fixes, moins fébriles, pas de sueurs), surtout si l'infection causale (blennorragie, dysentérie, choléra, fièvre typhoïde, tuberculose aiguë, oreillons, angines, purpura, syphilis, etc.), n'est pas évidente (*rhumatisme infectieux dit primitif*).

#### B. — RHUMATISME INFECTIEUX

**Signes étiologiques.** — La plupart des infections septicémiques sont susceptibles d'offrir des déterminations articulaires. Plus communes chez les jeunes sujets, celles-ci frappent plutôt les jointures dépréciées par : un traumatisme, la fatigue, le froid, une phlegmasie antérieure ou un trouble nerveux des membres. Ces arthrites sont souvent *amicrobiennes*; l'exsudat contient cependant quelquefois des germes divers (gonocoque, streptocoque, pneumocoque, staphylocoque, colibacille, bacilles d'Eberth ou de Koch), identiques ou non à ceux de l'infection primitive. Le rhumatisme infectieux est habituellement *secondaire* aux maladies suivantes : *blennorragie, streptococcies, staphylococcies, pneumococcies, scarlatine, variole, fièvre typhoïde, oreillons, diphtérie, grippe, dengue, morve, dysenterie, infection urinaire, choléra, tuberculose, syphilis*. Il se montre isolément, dans quelques cas rares (infection indéterminée). Il peut revêtir toutes les formes, depuis l'arthralgie simple jusqu'à l'arthrite purulente la plus aiguë.

**Caractères généraux.** — Le rhumatisme infectieux se reconnaît d'habitude à quelques *caractères propres* : tendance à se cantonner dans un petit nombre de jointures et à s'y fixer, pour y créer des lésions profondes et rebelles, aboutissant souvent à l'ankylose; atrophies musculaires précoces; accidents généraux plutôt antérieurs que consécutifs aux arthropathies.

**Formes.** — *Forme arthralgique.* — Elle ne se traduit que par des *douleurs articulaires* très vives, exaspérées par la pression et le mouvement, pouvant rester isolées dans certaines infections : blennorragie, streptococcies atténuées, pneumococcie, grippe, dengue, diphtérie, érythème polymorphe.

*Polyarthrite aiguë séreuse.* — C'est la forme simulant le mieux le rhumatisme franc; elle frappe à la fois plusieurs jointures qui deviennent le siège de *douleurs* souvent vives et d'une *tuméfaction* plus ou moins marquée. Fébrile et mobile, cette forme peut compliquer : la blennorragie (pas de sueurs, cardiopathies exceptionnelles), l'érysipèle, la fièvre typhoïde (*arthrotyphus*, polyarthrite contemporaine de l'infection), les oreillons, la variole (à la période de desquamation), la scarlatine (articulations découvertes, prises du huitième au dixième jour), la dysentérie (période d'état), la tuberculose aiguë ou chronique (pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire).

*Polyarthrite subaiguë.* — Plus commune, cette forme diffère, par quel-

ques particularités cliniques, du rhumatisme franc. Moins nombreuses, plus fixes, souvent accompagnées de tuméfaction, d'œdème, de rougeur, les arthropathies offrent, suivant l'infection causale, des *sièges de prédilection* : poignet, genou, articulation sterno-claviculaire, dans la *blennorragie*; petites articulations des doigts dans la *scarlatine*; aux arthrites, sont fréquemment associées des *synovites* (gaines synoviales du poignet, du dos de la main, des péroniers latéraux, etc.), et des *hygromas* (bourses séreuses du coude, de la rotule, du talon) qui, dans la blennorragie, par l'œdème pseudo-phlegmoneux qui les accompagne, peuvent donner l'illusion de la suppuration. Ces formes comportent encore des *périostoses douloureuses*; telle est la *périostose calcanéenne* occupant le point d'insertion de l'aponévrose plantaire et du tendon d'Achille, cause habituelle de la *talalgie* (L. Jacquet) propre à la blennorragie et à la grippe.

Tous ces accidents se dissipent d'habitude, sans laisser de traces. Parfois, pourtant, le processus se concentre sur une ou deux jointures qui restent impotentes, ankylosées ou atteintes d'hyarthrose rebelle.

*Polyarthrite déformante.* — La polyarthrite déformante, exactement comparable au rhumatisme chronique progressif, a été reproduite par diverses infections : *blennorragie, scarlatine, grippe*.

*Hyarthrose.* — Occupant généralement un genou ou les deux, l'hyarthrose est une arthrite infectieuse à forme hydropique, à développement rapide et à résolution lente (plusieurs semaines). Elle est tantôt isolée, tantôt associée à l'un des autres types polyarticulaires. Prolongée, elle entraîne le *relâchement des ligaments articulaires*, ou même la *luxation spontanée*. Elle est aussi susceptible de se terminer par ankylose. Ses principales causes possibles sont : la blennorragie, les streptococcies atténuées (érysipèle), la scarlatine, la syphilis, la tuberculose.

*Monoarthrite séreuse pseudo-phlegmoneuse.* — Appelée encore *monoarthrite aiguë plastique ankylosante*, cette forme est soit consécutive à une arthrite subaiguë ou à une hyarthrose, soit primitive (Brun). Elle est caractérisée par un œdème rouge violacé débordant largement la jointure et simulant l'aspect d'un phlegmon (mais il n'y a ni chaleur, ni fluctuation, et l'incision ne donne que du sang mêlé à de la sérosité). Cette forme frappe surtout le genou et le poignet; elle aboutit presque constamment à l'ankylose.

*Arthrite purulente.* — L'arthrite franchement purulente est relativement rare; l'*arthrite séro-purulente* est bien plus fréquente, limitée d'habitude à une seule grande jointure (le genou, la hanche ou l'épaule). La suppuration est tantôt primitive, tantôt consécutive à un exsudat séreux. La pyarthrose complique principalement les *septicémies streptococciques* (érysipèle, septicémie d'origine chirurgicale ou puerpérale) ou la *pyohémie* secondaire à la fièvre typhoïde, à la variole, à la grippe, à la diphtérie; ou encore, la *gonococcie*. Dans la grande infection purulente, les pyarthroses, multiples, éveillent peu de réaction locale; au cours des pyémies atténuées, une seule jointure atteinte devient le siège d'une phlegmasie intense (rougeur, œdème