

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 de 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<sup>er</sup> 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 véralrine de 0<sup>gr</sup>,01 chacune.

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

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 véralrine.

Le 30, la douleur du coude est moins forte.

Le 1<sup>er</sup> avril, le pied droit est enflé; le gauche l'est quelquefois, mais plus rarement. La malade prend toujours deux pilules de véralrine.

Le 16, les règles sont arrivées il y a quelques jours; depuis ce temps la malade n'a plus les pieds enflés et se trouve assez forte pour continuer régulièrement son service.

Vous voyez, messieurs, dans ce cas, l'arthrite rhumatismale précéder de quelques années les accidents paralytiques, et donner l'explication de leur pathogénie. Si d'ailleurs quelques doutes pouvaient subsister, l'analyse des accidents les ferait bientôt disparaître: ne voyez-vous pas, en effet, de la façon la plus significative, alterner les phénomènes de paralysie et ceux du rhumatisme articulaire proprement dit? Tantôt il y a de la céphalalgie et des troubles sensoriaux; tantôt de la rachialgie et de la faiblesse des extrémités inférieures; tantôt enfin les symptômes cérébraux et médullaires sont remplacés par des douleurs et du gonflement des articles.

Il y a donc alternativement chez cette femme du rhumatisme cérébral et médullaire; et les accidents cérébraux sont de nature apoplectiforme.

Nous avons encore dans nos salles une pauvre femme du nom de Marie: elle est remarquablement grasse, et rien ne pourrait faire soupçonner chez elle l'existence de phénomènes névropathiques. Et en effet ces phénomènes ne sont pas liés à une affection hystérique; ils se rattachent évidemment à la diathèse rhumatismale. Comme Séraphine, la malade commença par avoir un rhumatisme articulaire aigu, qui intéressa les poignets, puis quitta ces articulations pour envahir la tête et produire de la stupeur qui dura un ou deux jours. De là ce rhumatisme passa à la moelle et détermina de la paraplégie. Et c'est ainsi que, quatre mois durant, cette pauvre femme fut en proie à des accidents mobiles, allant soudainement d'un organe à l'autre, du cerveau à la moelle, et de celle-ci à un point de la périphérie.

L'autre jour, vous l'avez vue dans l'impossibilité absolue de marcher: elle avait de la titubation vertigineuse, son regard était vague, sa langue pâteuse; elle exprimait avec lenteur et difficulté des idées péniblement associées: on aurait dit une femme ivre. Aujourd'hui elle a eu tout à coup de la mydriase et un trouble subit de la vision. D'autres fois, elle souffre de névralgies horriblement douloureuses, et je vous en ai déjà parlé à propos des *névralgies*. Ces phénomènes sont assez accentués, et leurs relations avec le rhumatisme assez évidentes, pour qu'on puisse leur donner le nom d'*apoplexie rhumatismale* du cerveau et de la moelle.

C'est ainsi, croyons-nous, qu'on doit comprendre la forme apoplectique du rhumatisme cérébral, et non pas la rattacher, comme le font Musgrave et Sauvages, à un épanchement dans les centres nerveux.

Cela dit sur la forme apoplectique du rhumatisme, voyons ce qu'est la forme *délirante*. On l'observe plus souvent que la précédente. Le plus ordinairement, le délire n'a rien qui le distingue : il ressemble au délire d'une foule de maladies, à celui de la dothiéntérie ou de la variole, à cela près qu'il a une issue habituellement funeste. Le rhumatisme cérébral à forme délirante suit une marche ordinairement aiguë. Il se prolonge un, deux ou trois jours, aboutit à la stupeur et fait périr le malade dans le coma, c'est-à-dire au milieu de symptômes apoplectiformes; ce qui fait voir, pour le dire en passant, la faible valeur des divisions scolastiques. Mais d'autres fois le délire prend une allure lente et devient véritablement chronique.

En 1861, nous avons au n° 7 de notre salle des hommes un jeune garçon atteint de rhumatisme articulaire aigu, et qui resta dans le délire pendant un mois. Il guérit néanmoins. Dans d'autres circonstances le malade a un délire analogue à la manie, absolument comme chez certaines femmes en couches qui conservent pendant huit, quinze, trente jours et davantage un délire qui disparaît tantôt spontanément, tantôt sous l'influence d'un purgatif ou du quinquina. Tel était le cas du malade dont mon collègue dans les hôpitaux, M. Mesnet, a rapporté l'intéressante observation (1). Un jeune homme de vingt-trois ans, qui venait de faire des pertes d'argent considérables, et qui s'était livré à de nombreux excès, c'est-à-dire qui se trouvait dans des conditions de dépression morale et de débilitation physique, éprouve d'abord quelques vagues douleurs articulaires; puis il présente des signes d'une pleurésie, qui reste stationnaire; puis reparaissent des douleurs vers les grandes articulations, celles des genoux, des bras, plus tard des cous-de-pied. Ces douleurs, brusques dans leur apparition, rendent les mouvements impossibles et sont accompagnées de rougeurs diffuses autour des jointures, sans épanchement articulaire. Il n'y a pas de doute quant à la nature rhumatismale de ces symptômes. Au moment où les articulations des genoux d'abord, puis les épaules, se fluxionnèrent, l'intelligence subit comme une sorte d'engourdissement, caractérisé par l'hébétude, la lenteur des réponses, la difficulté de trouver les mots, de rassembler les idées, l'indifférence aux choses du monde extérieur. Quelques jours plus tard, une relation évidente s'établit entre l'état cérébral et les douleurs articulaires: quand celles-ci disparaissaient, l'intelligence était plus lente et plus obscure; quand elles envahissaient de nouveau les jointures, le malade était moins taciturne; puis l'affaissement fut remplacé par de l'agitation, de la violence, des hallucinations de la vue, de l'ouïe, des illusions, des conceptions délirantes: ce jeune homme se croyait soupçonné, poursuivi, victime de machinations, etc. A quelques jours de là, il se joignit au délire un désordre des mouvements véritablement choréique: il y avait des mouvements incessants de flexion et d'extension des doigts, impossibilité de porter la main à la bouche; la parole était brève, entrecoupée, la déglutition rapide et convulsive. Le délire d'abord

(1) Mesnet, *Archives générales de médecine*, juin 1856.

paroxystique, devint permanent dès que se montrèrent les symptômes de chorée. Alors le malade, cédant à ses hallucinations, voulait sans cesse se lever pour éviter les gens malintentionnés dont il se disait entouré, ou fuir les voix importunes qu'il entendait. On administra le sulfate de quinine à doses progressives, et il survint une amélioration remarquable. Les mouvements choréiques, l'agitation, les hallucinations des sens, les conceptions délirantes disparurent; mais l'intelligence resta obtuse près de quinze jours encore. Puis l'état de stupidité se dissipa de lui-même peu à peu; la santé et les forces revinrent, et la guérison fut enfin complète après deux mois et demi de maladie.

Je reviendrai tout à l'heure sur cette coïncidence de la chorée et du rhumatisme, je me borne à vous citer ce fait pour vous démontrer que la forme délirante du rhumatisme cérébral peut offrir deux variétés bien distinctes: 1° la forme aiguë, qui est grave et mortelle; 2° la forme chronique, qui est beaucoup moins redoutable. On pourrait admettre une troisième variété, c'est celle qui accompagne l'arthrite suppurée. Mais alors il n'y a pas de rhumatisme cérébral proprement dit. Le délire est la conséquence de la suppuration: il est analogue à celui qu'on observe dans l'infection purulente ou dans les affections typhoïdes. Il commence par un léger trouble de l'intelligence, puis le délire devient plus marqué et plus continu; il y a de la mussitation et de la carphogogie. Or, cet état diffère grandement de celui qui caractérise le rhumatisme cérébral.

Nous arrivons maintenant à la forme *méningitique*. C'est là une aussi mauvaise dénomination que celle de délirante ou d'apoplectique: j'espère le démontrer tout à l'heure. Étudions cependant cette nouvelle forme.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler que, dans la méningite ordinaire, on observe comme phénomènes d'invasion les vomissements, une céphalalgie quelquefois horrible, des convulsions chez les enfants et de la constipation. Eh bien! on n'observe jamais cet ensemble de symptômes dans la prétendue forme méningitique du rhumatisme cérébral. Ainsi les vomissements font le plus habituellement défaut, et il n'y a que du délire, lequel est remarquable par sa soudaineté et aboutit rapidement à la stupeur. Telle est la marche des phénomènes, alors même qu'à l'autopsie on trouve les lésions propres à la méningite. La forme méningitique se confondrait donc, symptomatiquement, avec la forme délirante, dont il est impossible de la distinguer au début.

La forme méningitique est par conséquent plutôt anatomo-pathologique que clinique. Cependant il est certaines circonstances rares, comme dans le cas observé par M. Marrotte, où il se forme rapidement un épanchement considérable et où se montrent les symptômes propres à la compression du cerveau, c'est-à-dire l'hébétude, la dilatation des pupilles et le coma. Il y a véritablement alors hydrocéphale aiguë.

Il nous reste à étudier maintenant la forme *choréique*, qui n'a pas été suffisamment indiquée par les auteurs et mérite d'avoir une place distincte à côté

des précédentes. Je vous ai dit déjà à propos de la chorée que M. Germain Sée (1) avait le premier tenté de rattacher cette affection à la diathèse rhumatismale, agissant sur l'encéphale ou la moelle. Cette doctrine s'appuie sur des faits authentiques, aussi doit-elle être adoptée, bien qu'avec une certaine réserve; car à l'exemple de tous les novateurs, M. Germain Sée a exagéré l'importance des faits observés par lui et des conséquences qui en découlaient; son exagération même avait pour but de frapper plus vivement le public médical.

Par exemple, M. Germain Sée prétend que quand un enfant a eu une ou plusieurs atteintes de rhumatisme articulaire aigu, il aura plus ou moins prochainement la danse de Saint-Guy. Vous savez que le rhumatisme se montre assez souvent dans la convalescence de la scarlatine. Eh bien! à la suite de ce rhumatisme, la chorée survient fréquemment. Réciproquement, chez l'enfant qui a eu une ou plusieurs attaques de chorée on peut pronostiquer tôt ou tard le rhumatisme. Il arrive même, dans quelques cas rares, que dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, on voie survenir tout à coup une attaque de chorée. Rappelez-vous cette jeune fille dont nous vous avons déjà parlé à propos de la danse de Saint-Guy, et qui fut inopinément saisie à bras le corps dans un escalier obscur; elle fut prise aussitôt de chorée unilatérale; peu après le rhumatisme articulaire aigu remplaça cette chorée; puis, le rhumatisme passé, la chorée reparut. Mais ce n'est pas tout; l'expérience a démontré que l'endocardite chronique est assez commune chez les enfants choréiques, que la péricardite l'est également chez les enfants et chez les adultes atteints de la danse de Saint-Guy; or, vous savez que l'endocardite et la péricardite sont deux maladies qui relèvent du rhumatisme.

Ainsi les relations qui existent entre le rhumatisme articulaire et la danse de Saint-Guy sont prouvées directement et indirectement.

Enfin on peut observer des attaques de rhumatisme articulaire aigu dans le cours desquelles se manifeste d'emblée une attaque de chorée. Ici la relation n'est pas douteuse. Je vous rappellerai, à ce sujet, l'histoire que je vous ai déjà racontée dans nos conférences sur la danse de Saint-Guy, de la petite fille d'un tailleur de la rue de Richelieu, auprès de laquelle j'étais appelé par mon regrettable confrère Legroux. Cette jeune fille avait depuis quinze jours un rhumatisme articulaire aigu, et depuis deux jours une chorée furieuse avec délire, impossibilité de boire ni manger, tant les vomissements étaient continus et tumultueux. Elle succomba à la violence des accidents choréiques.

Nous pouvons donc induire de ces faits que, dans quelques circonstances, le rhumatisme articulaire aigu se transforme en danse de Saint-Guy, c'est-à-dire en une affection cérébrale tantôt grave, tantôt légère. On doit donc admettre, ainsi que nous l'avons proposé, une forme choréique du rhumatisme cérébral.

(1) Germain Sée, *De la chorée. Rapports du rhumatisme et des maladies du cœur avec les affections nerveuses et convulsives* (Mém. de l'Acad. de méd., t. XV, 1850).

Cela dit sur les formes que nous nous proposons d'étudier, abordons une importante question qui est celle de la *nature* du rhumatisme cérébral.

Quand on considère la facilité avec laquelle le rhumatisme en général migre sur les membranes séreuses et les enflamme, la première idée qui se présente à l'esprit, c'est que le rhumatisme cérébral n'est autre chose qu'une méningite, une arachnoïdite. Nous voyons, en effet, l'affection rhumatismale se porter très-fréquemment des articulations au péricarde, fréquemment encore à la plèvre, plus rarement au péritoine. Or, si l'on songe que l'arachnoïde est une membrane identique avec le péricarde et avec la plèvre, il n'y a pas de raison pour se refuser à admettre qu'elle puisse être envahie dans le rhumatisme articulaire comme le péricarde et la plèvre. De sorte que, lorsqu'on observe de grands troubles cérébraux dans le cours du rhumatisme, on est tenté de dire qu'il y a arachnoïdite, absolument comme on dirait qu'il y a pleurite. Le raisonnement est donc pour ceux qui soutiennent la similitude de nature entre la pleurésie et la méningite rhumatismales. Mais voyons si l'observation anatomo-pathologique confirme ces vues un peu théoriques.

Dans le plus grand nombre des autopsies qu'on a faites on n'a rien trouvé, sinon parfois un peu de congestion de la pie-mère, comme chez notre homme du n° 16; mais le plus souvent, je le répète, on ne trouve absolument rien, pas même de liquide dans la cavité ventriculaire ni dans la grande cavité arachnoïdienne, pas d'injection davantage dans la substance cérébrale.

En présence de cette absence d'altération matérielle, les partisans de la méningite invoquent alors la nature rhumatismale de la méningite et s'autorisent de ce fait que le rhumatisme est une affection dans laquelle il n'y a pas de tendance à la suppuration. Je conviens, en effet, que le rhumatisme articulaire ne tend pas à la suppuration, et qu'il ne se produit pas ordinairement de dépôts fibrineux dans les articulations par le fait du rhumatisme. Eh bien! il s'ensuit, pour les partisans de la méningite, que du moment que le rhumatisme se porte sur les méninges, il y a méningite, absolument comme il y a arthrite lorsqu'il sévit sur une articulation: et comme dans cette arthrite rhumatismale il n'y a aucune tendance à la production de dépôts fibrineux, de même il ne s'en formera pas davantage dans la méningite rhumatismale.

A ce raisonnement par analogie, qui est purement théorique, nous opposerons un raisonnement également par analogie, mais pratique cette fois.

Les deux membranes séreuses du péricarde et de la plèvre sont identiques au point de vue anatomique. Or, tous les jours nous voyons le rhumatisme se porter sur le péricarde et sur la plèvre, et à peine l'une de ces membranes est-elle atteinte depuis quelques heures, que déjà des signes physiques viennent révéler l'existence de lésions matérielles incontestables. Ainsi l'auscultation de la poitrine permet d'entendre le souffle voilé, et celle du cœur, le bruit de cuir neuf. Vingt-quatre heures de plus sont à peine écoulées, qu'on trouve tous les signes d'un épanchement ou de l'existence de fausses membranes plus ou moins épaisses.

Or, puisque l'arachnoïde est anatomiquement identique avec la plèvre et avec le péricarde, on se demande par quel privilège elle échapperait à la loi commune, et pourquoi on n'y trouverait pas des lésions telles que les dépôts fibrineux et les épanchements que l'on rencontre dans le péricarde et dans la plèvre. Et comme ces altérations ne s'observent pas chez les individus morts par le fait d'un rhumatisme cérébral, nous sommes autorisés à conclure qu'il n'y a pas eu de méningite.

C'est en vain qu'on prétendrait que l'absence des lésions propres à la méningite tient à la rapidité de la mort, et qu'il en serait bien certainement de même pour la plèvre et le péricarde, si l'individu succombait au début de l'une de ces deux affections. Cette raison est tout au plus admissible pour notre malade du n° 16, lequel mourut si rapidement; mais on ne peut l'étendre à tous les cas qui s'offrent à l'observation.

Il arrive, en effet, que cette prétendue arachnoïdite dure deux, quatre et six jours; or, comme alors on ne trouve pas plus de lésion que dans le cas de tout à l'heure, nous sommes forcés de revenir à cette idée, qu'il n'y a pas eu de méningite.

Ainsi, dans le rhumatisme cérébral, il n'y a ni les symptômes ni les lésions anatomiques ordinaires de la phlegmasie des méninges.

Que se passe-t-il donc, et quelle est, selon notre opinion, la nature du rhumatisme cérébral, sinon dans tous les cas, du moins dans les cas les plus nombreux? Pour me bien faire comprendre, permettez-moi une digression.

En général, lorsqu'il s'agit de l'encéphale et du système nerveux central et périphérique, on se contente d'explications beaucoup trop faciles. Ainsi, à propos d'une paralysie survenue brusquement, on invoque, soit une congestion, soit une hémorrhagie ou un ramollissement cérébral. Pour l'hémorrhagie et le ramollissement, la constatation est fréquente; mais il n'en est pas ainsi de l'hypérémie, que nous admettons avec trop de complaisance, et, sans autre raison que l'impossibilité d'un autre acte morbide.

Examinons cependant des faits analogues. Un individu prend une chorée qui résiste quatre mois, et qui, ainsi qu'il arrive toujours, se complique de phénomènes paralytiques et convulsifs. Vous savez, en effet, qu'un des côtés du corps est toujours alors plus faible que l'autre, affaibli même au point que quelquefois il ne donne que 1 au dynamomètre, tandis que l'autre côté donne 19. Il y a donc à la fois paralysie musculaire, convulsion, et souvent même trouble de la sensibilité périphérique, anesthésie ou hyperesthésie. Certes, il y a bien alors assez de troubles nerveux pour faire penser et croire à l'existence d'une lésion de la moelle et du cerveau lui-même, car l'intelligence est souvent frappée.

Eh bien! faites l'autopsie de malades morts par suite de l'exagération de tous les phénomènes qui constituent la chorée grave, ouvrez et fouillez le cerveau comme la moelle, et vous n'y trouverez ni congestion extrême, ni ramollissement, ni épanchement, rien, en un mot, qui légitime l'idée d'une

lésion sérieuse en rapport avec les troubles observés. Au moins jusqu'à présent n'a-t-on pas constaté ces lésions.

Il en est de même pour d'autres névroses, telles que le tétanos. Un individu a subi, il y a un mois, je suppose, une opération de médiocre importance; il est presque guéri; tout au plus reste-t-il un bourgeon charnu à cauteriser légèrement pour que la cicatrisation soit complète; tout à coup cet individu accuse de la roideur dans la mâchoire, puis dans le cou, sans fièvre aucune, et bientôt éclatent les convulsions terribles, la rigidité qui caractérisent le tétanos, et qui durent quatre, huit jours, jusqu'à ce que la mort termine cette scène affreuse.

Voilà une névrose bien puissante, bien sérieuse, frappant les mouvements, et finalement l'intelligence, puisque le malheureux qui en est atteint achève sa vie dans la stupeur. Eh bien! à l'autopsie, on ne trouve rien, absolument rien.

Voyez encore l'hydrophobie. Jamais on n'a découvert à l'autopsie rien qui expliquât les troubles qui caractérisent cette effrayante maladie.

Nous avons en ce moment dans nos salles une femme affectée de tétanie, c'est-à-dire de cette affection bizarre dans laquelle la main ou les deux mains sont crispées, les doigts allongés et rapprochés les uns des autres à leur extrémité de manière à former ce que l'on a justement appelé la *main du pauvre* qui demande l'aumône. Cette maladie paroxystique n'est autre chose, à tout prendre, qu'un tétanos local, frappant l'avant-bras et la main; maladie nerveuse s'il en fut. Croyez-vous qu'elle corresponde à une lésion bien déterminée, à une phlegmasie, à une hémorrhagie des centres nerveux? Évidemment non. Pensez-vous qu'elle dérive d'une hypérémie passagère, paroxystique? Le fait est possible, mais il est plus facile de l'affirmer que de le démontrer. En tous cas, il est certain qu'il doit y avoir une modalité quelconque du système nerveux.

De même encore, on a observé à l'asile Fénélon une amaurose épidémique et subite, sans que l'ophthalmoscope révélât rien d'appréciable au fond de l'œil. Dans les grandes casernes, à bord de certains navires, il survient fréquemment des héméralopies épidémiques, sans que l'hygiène ait été modifiée, sans que les yeux affectés présentent rien d'anormal; et ces héméralopies guérissent à peu près toutes seules, disparaissent comme elles ont apparu, et nous laissant tout aussi ignorants de leur cause productrice que de leur raison d'être anatomique. Dira-t-on encore ici qu'il y a eu congestion? Vraiment, c'est se payer de mots!

Pour en revenir à la méningite franche, nous savons que quand le malade a des troubles de l'innervation, ce n'est pas parce qu'il a une inflammation des enveloppes immédiates du cerveau, c'est parce que le mouvement fluxionnaire ou inflammatoire a gagné la pulpe cérébrale. Et de cette propagation de la phlegmasie nous trouvons des traces anatomiques après la mort. Qu'il est loin d'en être ainsi dans le rhumatisme cérébral, dans le cours duquel nous n'observons pas les véritables symptômes de la méningite, non plus qu'après