

presses épaisses imbibées de cette même solution sur les meubles et aussi sur les murs, dont on sacrifiera le papier peint. On fera procéder, en dernier lieu, si la chose est possible, à une dernière désinfection des deux pièces avec l'aldéhyde formique, par des ouvriers spéciaux, qu'on pourra aussi charger, en ce cas, de la première désinfection. Nous touchons là, d'ailleurs, à des questions d'hygiène publique dont l'étude scientifique et administrative ne rentre pas dans le cadre de cet ouvrage; on la trouvera exposée dans les traités d'hygiène et les recueils spéciaux.

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

Par W. **GETTINGER**

Médecin des hôpitaux.

SYNONYMIE : Fièvre rhumatismale, polyarthrite aiguë fébrile.

Historique. — Le mot *rhumatisme* appartient à l'antiquité grecque; il signifie, ainsi que l'indique son étymologie, *rheuma* (de ῥέω et de ῥεύμα), le catarrhe, la fluxion; c'est dans ce sens qu'Hippocrate, Galien, Paul d'Égine, Cœlius Aurelianus, Alexandre de Tralles ont employé ce mot de *rheuma*, de *rhumatismus* pour désigner toute maladie à écoulement, à déplacement d'humeur.

Le mot *rhumatisme* ne s'appliquait donc pas, pour les anciens, à ce que nous sommes habitués à désigner aujourd'hui sous ce nom; pour eux, les douleurs articulaires, la goutte, le rhumatisme articulaire se confondaient sous la dénomination générale d'arthritisme.

C'est au xvii^e siècle que le mot rhumatisme est appliqué dans le sens où nous l'entendons actuellement, et c'est dans un travail de Baillou, travail posthume de 1655, que cette désignation est ainsi comprise pour la première fois; en même temps cet auteur différencie nettement la goutte du rhumatisme, maladies jusque-là entièrement confondues; puis Sydenham accentue encore cette différence: il parle de la tendance qu'a le rhumatisme de passer d'une articulation à une autre; puis Sauvages, dans sa *Monographie*, Stoll, dans sa *Médecine pratique*, parlent des rhumatismes, mais dans des termes assez vagues, et qui permettent de supposer que, pour eux, la maladie rhumatismale était encore bien mal déterminée.

Quelques années plus tard, Cullen décrit avec beaucoup de soin le rhumatisme articulaire aigu, et en indique les grands caractères, la mobilité des fluxions articulaires, les sueurs profuses, etc.; plus près de nous, c'est Haygarth, en 1806, puis Chomel, en 1815, qui publient tous deux des monographies sur la même question.

En 1836, puis en 1840, paraissent successivement les travaux de Bouillaud, qui marquent, dans l'histoire du rhumatisme articulaire aigu, une date d'une grande importance; c'est Bouillaud qui en fixe pour ainsi dire les limites, la nature, les lésions, et qui, le premier, appelle l'attention sur les complications cardiaques et péricardiaques; dès lors l'unité du rhumatisme articulaire aigu avec ses localisations viscérales diverses est définitivement établie. Depuis cette époque, un grand nombre de travaux ont été publiés relatifs à l'anatomie pathologique, aux complications viscérales, au traitement de cette maladie; nous aurons l'occasion de les citer en même temps que nous étudierons les diverses manifestations du rhumatisme aigu.

Délimitation du rhumatisme articulaire aigu. Des pseudo-rhumatismes. — L'expression de rhumatisme est loin d'avoir aujourd'hui la valeur que les anciens auteurs lui avaient donnée. Comprenant, en effet, sous ce nom des manifestations articulaires diverses, ils englobaient dans une seule classe le rhumatisme articulaire chronique, la goutte et le rhumatisme articulaire aigu; par extension même, le mot « rhumatisme » servait à désigner toute une variété de désordres qu'il était difficile de faire rentrer dans une classe nosologique bien définie. Ces doctrines ont, du reste, laissé une impression profonde dans l'esprit populaire, et c'est chose habituelle que d'entendre désigner sous le nom de « rhumatisme » une grande quantité de symptômes variés qui n'ont entre eux aucune analogie.

La goutte a été la première séparée du rhumatisme pour constituer une maladie bien définie, et cela depuis longtemps, par Baillou, Sydenham, Cullen; puis, à son tour, le rhumatisme articulaire chronique, grâce aux travaux de Landré-Beauvais, de Garrod, de Charcot, et surtout de Bouchard, de Lanceaux, en a été séparé d'une façon définitive; aujourd'hui il est classé et décrit avec les maladies générales de la nutrition; son étiologie, son anatomie pathologique, ses symptômes en font sans aucun doute une maladie de nature bien différente.

Il est possible que, dans certains cas, le rhumatisme articulaire aigu, surtout lorsque les attaques se sont rapidement succédé les unes aux autres ou bien lorsque la maladie n'a pas été traitée au début et que son évolution a été de longue durée, laisse après lui des lésions articulaires ou périarticulaires; il se peut aussi que le rhumatisant chronique ait été atteint dans sa jeunesse de rhumatisme articulaire aigu, mais ce ne sont pas là des raisons suffisantes pour admettre qu'il existe entre ces deux maladies une filiation quelconque ou pour nier l'individualité propre à l'une et à l'autre; il n'existe entre elles que de simples analogies de localisation.

Ce qui caractérise le rhumatisme articulaire aigu, ainsi que nous le verrons plus tard, c'est l'apparition brusque de douleurs articulaires avec fluxion, c'est la mobilité de ces fluxions, c'est le développement fréquent de complications viscérales multiples, en même temps que l'existence d'un état fébrile qui rappelle la maladie aiguë, la maladie infectieuse, et qui a fait, avec juste raison, donner au rhumatisme aigu le nom de *fièvre rhumatismale*, de *polyarthrite aiguë fébrile*.

Un grand nombre de recherches contemporaines, soit cliniques, soit expérimentales, ont cherché à réaliser l'isolement de ce type morbide qui se trouvait noyé au milieu du chaos de l'arthritisme. Nuls peut-être plus que M. Bouchard et ses élèves n'ont contribué, à diverses reprises, à accomplir cette tâche⁽¹⁾. Ils ont eu le grand mérite non seulement de l'isoler du rhumatisme chronique, mais aussi de nous faire comprendre qu'un grand nombre de manifestations articulaires, aux allures du rhumatisme aigu, qu'on observait au cours des maladies aiguës, devaient être à leur tour différenciées du vrai rhumatisme; ils leur ont donné le nom de *pseudo-rhumatismes* et nous ont montré qu'elles n'étaient qu'une manifestation ou une complication intercurrente de la maladie au cours de laquelle elles se produisaient. On peut aujourd'hui poser comme loi que *toutes les maladies infectieuses peuvent présenter parmi leurs manifestations*

⁽¹⁾ BOUCHARD, Maladies par ralentissement de la nutrition; *Cours de 1881*. — BOURCY, Pseudo-rhumatismes infectieux; *Th. Paris*, 1885. — DE LAPERSONNE, Des arthrites infectieuses, Paris; *Th. agrég.*, 1886.

contingentes des déterminations articulaires, absolument distinctes du vrai rhumatisme, et relevant de l'infection générale de l'économie (Bourcy), que cette infection générale soit la maladie première elle-même ou une infection secondaire surajoutée.

C'est ainsi que le rhumatisme blennorrhagique a été séparé du rhumatisme vrai et que l'on ne discute plus aujourd'hui, comme en 1866 à la Société médicale des hôpitaux de Paris, pour savoir si la blennorrhagie intervient pour réveiller la diathèse rhumatismale ou si les manifestations articulaires sont bien de nature blennorrhagique; il en est de même pour le rhumatisme scarlatineux.

On pourrait en dire autant des arthrites ou pseudo-rhumatismes qui surviennent au cours et le plus souvent pendant la convalescence des maladies aiguës telles que la variole, la pneumonie, la dysenterie, les oreillons, la fièvre typhoïde, etc. Enfin, on a séparé du rhumatisme certaines arthrites graves, s'accompagnant fréquemment de suppuration de l'article, de suppurations musculaires, et qui ne sont que des manifestations d'un état général infectieux, tel que la pyohémie. On peut même dire que la plupart des cas de rhumatisme supprimé décrits par Bouillaud doivent être considérés aujourd'hui comme devant rentrer dans cette classe désignée sous le nom de *pseudo-rhumatismes infectieux proprement dits*.

Un certain nombre de caractères anatomiques et cliniques permettent, en effet, de différencier ces faux rhumatismes du rhumatisme articulaire aigu proprement dit.

Pour ce qui concerne les altérations anatomiques, les lésions de la synoviale et des cartilages, la suppuration de l'article, la constatation de microorganismes, sont des caractères importants; quant aux différenciations cliniques, on peut les résumer en quelques lignes: les pseudo-rhumatismes sont moins fréquemment polyarticulaires que le rhumatisme aigu; certaines articulations, l'articulation sterno-claviculaire par exemple, sont prises de préférence aux autres; les arthropathies infectieuses sont plus fixes; enfin, la lésion articulaire est plus grave, car si elle se manifeste parfois sous forme d'une simple hydarthrose, elle peut aussi aboutir à l'ankylose rapide de l'articulation ou bien à la suppuration avec toutes ses conséquences, chacune de ces formes s'observant avec un degré de fréquence variable suivant la maladie où elle s'est développée.

Enfin, un autre caractère sur lequel a insisté Senator, c'est que ces faux rhumatismes ne cèdent pas au salicylate de soude, qui est, pour ainsi dire, un médicament spécifique du vrai rhumatisme.

Ainsi isolé de tous ses compagnons de jadis, le rhumatisme articulaire aigu nous apparaît aujourd'hui comme une entité morbide parfaitement définie dans ses grands traits caractéristiques; on peut ajouter enfin que la bactériologie dans ces dernières années, ainsi que nous le verrons plus loin, a une tendance à venir confirmer ce que la clinique avait laissé prévoir depuis longtemps déjà.

ÉTILOGIE

Plusieurs facteurs peuvent être invoqués dans l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu; les uns sont régis par des influences extérieures, les autres

dépendent de l'individu lui-même. En un mot, il y a à considérer des *causes extérieures*, et des *causes individuelles*.

Causes extérieures. — Climats. — Si le rhumatisme en général s'observe sous tous les climats, sous toutes les latitudes, par contre le rhumatisme articulaire aigu proprement dit a une prédilection bien incontestée pour certaines régions; c'est une maladie des zones tempérées; il est rare sous les tropiques et ne s'observerait jamais dans les zones polaires.

Dans les zones tempérées même il existe des régions où cette maladie est exceptionnelle, où elle n'aurait même jamais été observée; on cite par exemple l'île de Wight, l'île de Guernesey, le comté de Cornouailles, le canton de Beauring, en Belgique, etc. Dans le reste de l'Europe on l'observe fréquemment; d'après E. Besnier, le rhumatisme aigu représente 3 à 4 pour 100 du nombre total des admissions dans les hôpitaux de Paris, et d'après Colin il figure pour le chiffre de 5 pour 100 dans la morbidité générale de l'armée française.

La plupart des auteurs arrivent également aux mêmes proportions: dans une statistique récente que Stoll⁽¹⁾ a faite de tous les malades atteints d'affections internes entrés à l'hôpital cantonal de Zurich, durant une période de 10 ans, ceux qui sont atteints de rhumatisme y figurent dans la proportion de 4 pour 100 environ.

L'*altitude* pour quelques auteurs jouerait un rôle important; Thoresen, qui a pratiqué pendant très longtemps à Eidesvoot, près du lac Mjösen, en Norvège, dit que la fréquence du rhumatisme décroît au fur et à mesure qu'on s'élève par rapport au lac; il n'en a jamais vu de cas dans les régions situées à plus de 150 pieds au-dessus du niveau de l'eau.

L'influence des *saisons* aurait, pour beaucoup d'auteurs, une très grande importance; malheureusement il faut reconnaître qu'il ne sont pas tous d'accord. C'est ainsi que M. Besnier, par l'analyse de 8651 cas de rhumatisme articulaire aigu traités dans les hôpitaux de Paris, arrive à conclure que le maximum de fréquence s'observe au mois de juillet; Lange, Edlefsen admettent que c'est au mois de janvier que l'on voit le plus grand nombre de rhumatismes; Stoll pense que c'est au mois d'avril (12.6 pour 100), puis en mai (12.4 pour 100), en mars (10.9 pour 100), et en février (10.8 pour 100). De même Lebert, Hirsch, Kopff, Schott, étaient, de leur côté, arrivés à des résultats différents. Il y aurait donc lieu, à ce point de vue, de refaire une statistique, en élaguant tous les cas qui n'appartiennent réellement pas au rhumatisme articulaire aigu.

Nous retrouvons les mêmes divergences d'opinion pour ce qui concerne l'influence de la *température, des conditions météorologiques*. C'est ainsi que, pour les uns, les températures froides amènent une recrudescence de la maladie, tandis que, pour les autres, ce facteur est de nulle importance. Gabbett admet que, à Londres du moins, la proportion des cas de rhumatisme suit parallèlement celle de la pluie tombée, et c'est l'opinion générale des médecins anglais, tandis que Edlefsen et Hirsch sont d'un avis contraire. Les recherches de Lewis (de Philadelphie) sur l'influence des cyclones sur l'apparition du rhumatisme articulaire aigu et de la chorée ne nous semblent pas non plus avoir une très grande valeur.

(1) STOLL, *Zeits. f. klin. Med.*, LI, 1.

On le voit, les causes générales du rhumatisme articulaire aigu sont assez obscures encore, et il n'est guère permis de poser des lois absolues. Une des conditions qui faussent très probablement les statistiques faites sur une période de plusieurs années et portant sur un grand nombre de cas, c'est que le rhumatisme articulaire aigu apparaît parfois sous forme d'une véritable *épidémie*. Chomel et Hirsch avaient déjà tenté de montrer que le rhumatisme présente de temps à autre de véritables explosions épidémiques; Lange, de Copenhague, en 1886, a repris cette question et a montré que tandis que le nombre des cas restait pendant assez longtemps stationnaire ou au-dessous de la moyenne, on voyait subitement la maladie sévir avec intensité et se diffuser rapidement pour décroître de nouveau après quelques semaines.

Lebert avait déjà parlé de l'épidémie de Zurich en 1857, de la Harpe de celle de Lausanne en 1846; Warrentrap, à Francfort, en 1865, a également observé une épidémie analogue. Il y aurait, à cet égard, bien des rapprochements à faire avec ce que nous savons des épidémies de grippe, de pneumonie, quoique la diffusion de la maladie soit moins grande que dans ces derniers cas.

Enfin, de même que la pneumonie, la grippe, les épidémies de rhumatisme se différencient beaucoup les unes des autres au point de vue de leur gravité, de la fréquence de leur complications; c'est là un caractère important qu'ont reconnu tous les cliniciens. Lange, Warrentrap ont surtout bien mis ce fait en lumière; A. Garrod⁽¹⁾ cite le rapport du comité nommé par la Société clinique de Londres pour étudier l'hyperpyrexie dans le rhumatisme et dans lequel on voit que la fréquence de cette complication et de la péricardite a varié dans des proportions très notables. Sur les courbes de Lange établies d'après les statistiques recueillies à Copenhague, on voit de même que, en 1852, par exemple, le nombre des cas de rhumatisme articulaire aigu est de 120 pour une population de 150 000 habitants, et que dans 17 pour 100 des cas on note des complications de péricardite ou de pleurésie; par contre en 1859, dans cette même population, on observe 195 cas de rhumatisme, et dans 14 pour 100 des cas seulement il existe des complications semblables.

Ces différentes statistiques montrent que le rhumatisme a une malignité variable suivant les épidémies, suivant les années. N'est-ce pas là, en dehors d'autres raisons, un argument à invoquer en faveur de sa nature infectieuse?

D'un autre côté, ces épidémies de rhumatisme sont souvent locales; ce sont des *épidémies de maison, de rue*, mais nous n'insisterons pas sur les conclusions prématurées qu'on pourrait être tenté, sans preuves suffisantes, de tirer de ces différents faits⁽²⁾.

Causes individuelles. — Tous les sujets placés dans des conditions d'existence identiques ne sont pas également prédisposés à être atteints de rhumatisme articulaire aigu; telle cause qui, chez l'un, déterminera l'apparition de la maladie, par exemple le refroidissement, ne produira aucun malaise chez un autre ou bien sera l'occasion du développement d'une maladie d'ordre différent. C'est cette prédisposition qu'on a voulu désigner du nom de diathèse rhumatismale; malheureusement, on est loin d'être fixé sur la valeur réelle de cet état constitutionnel, car on englobe le plus souvent sous ce titre toutes les manifestations du rhumatisme articulaire aigu, de l'arthrite déformante, du

(1) A. GARROD, *Traité du rhumatisme et de l'arthrite rhumatoïde*, 1891.

(2) ZWEIFEL, *Épidémie de rhum. art. aigu*, *Corresp.-Bl. f. Schweizer-Aertzte*, 15 octobre 1895.

rhumatisme chronique qui sont, à n'en pas douter, des maladies d'ordre essentiellement différent.

Ce que nous savons, c'est que le rhumatisme articulaire aigu s'observe de préférence chez certains sujets qu'on pourrait faire rentrer dans la catégorie des lymphatiques ou lymphatico-sanguins, chez ceux dont la peau est blanche et fine, dont les cheveux sont blonds ou roux; mais c'est encore là une proposition qui n'a rien d'absolu, car aucun tempérament ne semble réfractaire à la maladie. Durand-Fardel ne dit-il pas : « Il n'est pas d'état constitutionnel qui domine et il n'en est point qui fasse défaut. On trouve des sujets vigoureux et des sujets faibles, des lymphatiques, des scrofuleux, des rhumatisants manifestes, très peu de goutteux. On n'a pas signalé particulièrement d'herpétiques. Il n'est pas, en définitive, d'état diathésique ou constitutionnel qui soit réfractaire au rhumatisme articulaire aigu. »

L'âge joue un rôle considérable dans la prédisposition au rhumatisme; ce n'est pas qu'on ne puisse observer cette maladie à tous les âges de la vie, depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse, mais la plupart des auteurs sont d'accord pour reconnaître sa plus grande fréquence dans la jeunesse; le rhumatisme articulaire aigu est une maladie de la période d'évolution.

L'enfance n'est pas absolument épargnée, mais la maladie ne s'observe guère qu'à partir de l'âge de 5 ans; dans la première enfance, elle est très exceptionnelle, si tant est qu'elle existe, car il est difficile d'en faire le diagnostic d'avec les arthrites infectieuses, fréquentes à cet âge, et qui sont encore fort mal étudiées.

Rauchfuss signale 2 cas de rhumatisme sur 15 000 nourrissons, Wiederhofer 1 cas sur 70 000. Bouchut, Demme, Hensch, Koplik ont rapporté des cas de cette maladie chez de tout jeunes enfants, Schaefer chez un nouveau-né dont la mère était atteinte de rhumatisme articulaire aigu. Abrahams⁽¹⁾ a dernièrement encore — et c'est là une preuve qui plaide singulièrement en faveur de la nature infectieuse du rhumatisme articulaire aigu — rapporté deux cas de rhumatisme aigu chez des enfants nouveau-nés de mères atteintes, au moment de leur accouchement, de fièvre rhumatismale; ils guérissent très rapidement sous l'influence du traitement salicylé.

A partir de l'âge de 5 ans, le rhumatisme est beaucoup moins rare, mais les périodes de plus grande fréquence sont entre 10 et 15 ans, puis de 15 à 20, et surtout enfin de 20 à 25. Stoll dans une statistique récente⁽²⁾ arrive à des résultats identiques : sur 100 cas de rhumatisme articulaire aigu, 0,4 s'observent au cours du premier décennaire de la vie, 16,9 au cours du second, 48,2 au cours du troisième, 18,5 durant le quatrième. Lebert et Schott avaient déjà trouvé des proportions presque semblables. La statistique de M. Besnier qui place le maximum de fréquence de rhumatisme articulaire aigu entre 30 et 40 ans ne concorde pas avec toutes les autres; cela tient probablement à ce que beaucoup de cas de rhumatisme subaigu ou chronique ont été englobés sous la dénomination vague de rhumatisme pendant le séjour du malade à l'hôpital; c'est avec cette épithète que celui-ci a été consigné, au moment de sa sortie, sur les registres de l'administration.

Pour ce qui concerne le *sexe*, les hommes (67,4 pour 100) semblent plus sujets que les femmes (52,58 pour 100) du moins durant les trente premières

(1) ABRAHAMS. *Med. Record.*, 17 octobre 1896.

(2) STOLL, *loc. cit.*

années de la vie. Il faut cependant ne pas oublier que les femmes sont moins souvent traitées à l'hôpital que les hommes et que cette donnée peut, dans une certaine mesure, fausser la statistique.

L'hérédité, pour la plupart des auteurs, joue un rôle important dans l'étiologie du rhumatisme; le fait cependant ne nous semble nullement démontré, du moins si on veut admettre une hérédité directe; ne s'agit-il pas plutôt d'une prédisposition générale de l'organisme, d'une prédisposition à contracter plus facilement une maladie aiguë telle que le rhumatisme? En quoi consisterait cette prédisposition? Nous l'ignorons entièrement. « Faut-il admettre que le sujet apporte en naissant une impressionnabilité spéciale du système nerveux à certaines actions extérieures, un mode particulier d'activité du système vasculaire cutané, des glandes sudoripares ou des appareils nerveux vaso-moteurs et sécréteurs, qui le prédisposent aux affections *a frigore* en général? » (Homolle.)

Fuller admettait que l'hérédité s'observait 28 fois sur 100 cas de rhumatisme articulaire aigu; mais, d'un autre côté, A. Garrod et Hunt Cooke, interrogeant avec soin 500 malades entrés à l'hôpital Saint-Barthélemy pour des affections totalement étrangères au rhumatisme, ont constaté que 105, soit 21 pour 100, avaient eu des parents, pères, mères, frères ou sœurs atteints de rhumatisme aigu! Cette proportion qui n'est pas très éloignée de celle de Fuller ne permet guère de trancher la question.

En un mot, l'hérédité, au vrai sens du mot, ne nous semble nullement démontrée. Que des familles soient prédisposées au rhumatisme articulaire aigu, que frères et sœurs en soient atteints successivement, la chose n'est pas douteuse, mais on peut l'interpréter autrement que par l'hérédité directe. Ce qui est héréditaire, ce n'est point le rhumatisme lui-même, mais c'est le terrain qui en favorise l'écllosion; on comprend ainsi pourquoi le rhumatisme aigu est noté comme étant un antécédent pathologique fréquent dans certaines familles à tempérament spécial. Il est, par exemple, difficile de nier la prédisposition des sujets arthritiques au rhumatisme articulaire aigu, quoique cette prédisposition soit, croyons-nous, moindre qu'on ne l'admet généralement; aucun tempérament n'est réfractaire au développement de cette maladie.

En tout cas, un fait bien certain, c'est qu'une première attaque prédispose à une seconde, de telle sorte qu'on peut se demander non sans raison, si, malgré l'absence de poussées articulaires, le malade n'est pas et ne reste pas pendant longtemps un rhumatisant, en un mot si le rhumatisme n'agirait pas à la manière de certaines maladies infectieuses telles que l'impaludisme ou la syphilis (A. Garrod).

La *profession et les habitudes* ne sont pas sans jouer un certain rôle dans l'apparition du rhumatisme articulaire aigu. Senator a admis la plus grande fréquence du rhumatisme chez les cochers, les employés de chemin de fer, les forgerons, les facteurs de la poste, les cuisiniers. Les domestiques, les garçons épiciers, les garçons marchands de vins constituent, à n'en pas douter, la classe la plus habituelle où l'on observe, dans les hôpitaux de Paris, le rhumatisme articulaire aigu.

A côté de ces causes générales et individuelles, il y a encore à considérer des *causes prédisposantes* de l'attaque. On ne peut douter que le *refroidissement* et surtout le refroidissement par l'eau ou par un courant d'air, alors que le corps est en sueur, joue, à cet égard, un rôle très important. Lebert et Bouillaud