

disent avoir reconnu ce facteur étiologique dans plus de la moitié des cas.

C'est à la suite d'une averse reçue alors qu'il avait chaud, à la suite d'une nuit passée sur la terre humide, que le malade raconte avoir été pris d'une attaque de rhumatisme. On s'explique facilement ainsi pourquoi certaines professions prédisposent manifestement au rhumatisme articulaire aigu.

A côté de cela, la *fatigue*, le *surmenage physique* entrent souvent en ligne de compte et viennent joindre leur action à celle du froid humide; c'est alors que le corps est en sueur après une grande fatigue musculaire, que l'on semble contracter le plus facilement une attaque de rhumatisme articulaire aigu, et, remarque digne d'intérêt, elle se localise assez fréquemment d'emblée dans le lieu de moindre résistance, c'est-à-dire dans les articulations qui ont été soumises à une fatigue immodérée.

Enfin, le *traumatisme* (Brugière-Villeneuve, Charcot, Potain, Verneuil) est souvent l'occasion du développement d'un rhumatisme articulaire. Potain rapporte le cas d'un serrurier qui, s'étant donné un coup de marteau sur un doigt, eut une arthrite phalangienne, puis une arthrite de l'articulation symétrique, puis enfin un rhumatisme aigu généralisé. Senator admet aussi qu'une vive émotion morale peut agir à la façon d'un traumatisme et cite comme exemple le fait d'une jeune femme qui fut prise de rhumatisme aigu le lendemain du jour où, dans un bal, elle avait été très effrayée par le début d'un incendie qui, du reste, avait été rapidement éteint.

SYMPTÔMES

Le rhumatisme articulaire aigu débute le plus souvent d'une façon insidieuse par du malaise, de la fatigue, des douleurs articulaires vagues, puis celles-ci augmentent d'intensité et de véritables fluxions articulaires apparaissent alors.

Siégeant fréquemment au début dans les articulations des cous-de-pied, elles gagnent les genoux, puis les membres supérieurs et se généralisent plus ou moins. Ce n'est pas seulement cette généralisation des fluxions articulaires qui caractérise le rhumatisme articulaire aigu, mais c'est aussi leur extrême mobilité; elles sautent du jour au lendemain d'une articulation à une autre avec une grande rapidité.

Les articulations atteintes sont tuméfiées; à leur niveau, la peau est fréquemment boursouflée, ou parfois légèrement rosée, et la synoviale articulaire apparaît distendue par un épanchement, généralement peu abondant.

Les douleurs sont vives, se réveillent à la moindre pression ou à l'occasion du plus léger mouvement; plus intenses la nuit que le jour, elles arrachent souvent des cris au malade qui présente alors un aspect bien caractéristique. Il est enfoncé dans son lit, le corps immobile, incapable de tout mouvement, alors que le regard conserve toute sa lucidité et toute son intelligence; la tête, le front, le corps, sont couverts de sueurs d'une odeur acidule, aigrelette, très spéciale au rhumatisme articulaire aigu.

La fièvre est vive, intense, atteint le plus souvent 38°,8, 39° ou davantage dans les cas aigus; le pouls est plein, souvent dicrote, modérément fréquent. La respiration est large, facile, la langue humide, le plus souvent saburrale, la

constipation habituelle, les urines rares et sédimenteuses. A part de violentes douleurs du côté des articulations, le malade ne se plaint de rien, ni de céphalalgie ni d'angoisse respiratoire.

L'évolution varie suivant les cas; tantôt en effet la maladie est aiguë; toutes les grandes articulations se prennent, non pas simultanément, mais les unes après les autres; tantôt la maladie est bénigne, abortive, ne dure que peu de jours et se borne à quelques douleurs localisées dans une ou deux articulations.

Peu à peu, les phénomènes articulaires s'amendent, la température diminue progressivement et la convalescence s'établit lentement, souvent interrompue, quand la maladie n'est pas traitée ou ne l'est pas suffisamment longtemps, par des retours offensifs; presque toujours elle est assez longue et traîne durant plusieurs semaines, car, plus que toute autre maladie, le rhumatisme détermine très rapidement un degré prononcé d'anémie.

Dans d'autres cas, le rhumatisme articulaire aigu ne se termine pas aussi favorablement; c'est surtout dans les formes graves, avec température élevée, que l'on voit survenir des complications diverses; l'endocarde, le péricarde, les plèvres, le poumon, le cerveau, etc., peuvent être pris à leur tour, et donnent lieu à des manifestations graves qui, mieux que n'importe quelle autre maladie, font comprendre ce que les anciens désignaient sous le nom de métastases. Voyons maintenant d'un peu plus près comment se présentent ces différents symptômes.

Mode de début. — L'invasion du rhumatisme est rarement soudaine, et ce n'est que dans des cas exceptionnels que la maladie débute brusquement, à la façon par exemple d'un accès de goutte aiguë.

Ce sont tantôt les phénomènes locaux, tantôt les phénomènes généraux qui ouvrent la scène des accidents. C'est ainsi qu'un malade ressentira durant quelques jours un peu de fatigue musculaire ou de la raideur dans les membres, de la gêne dans les mouvements, ou bien des douleurs vagues apparaissant sous forme de lumbago ou de pleurodynie.

Dans le second cas, le malaise a été général et on aurait pu croire à l'apparition d'une grippe, d'une fièvre synoque, d'un embarras gastrique; c'est ainsi que le malade, avant l'apparition des douleurs, a souffert, durant quelques jours, d'un coryza ou d'une légère bronchite.

L'existence d'une angine est fréquemment notée au début ou plus souvent encore comme précédant les manifestations articulaires. C'est l'*angine rhumatismale*, signalée par Stoll, Trousseau, Lasègue, et récemment étudiée par de Saint-Germain⁽¹⁾, qui l'a notée dans environ le 1/3 des cas. En règle générale, elle précède de 2 à 5 jours les manifestations articulaires; c'est, disait Lasègue, « la première manifestation, le plus souvent négligée ou méconnue ».

Cette angine est presque toujours une angine rouge, simplement érythémateuse; mais elle s'accompagne aussi parfois d'un léger exsudat blanchâtre, à forme de pellicule opalescente et translucide (Saint-Germain). Elle est douloureuse, sans cependant présenter un caractère de grande acuité, ainsi que les observateurs l'avaient tout d'abord prétendu. Elle s'accompagne de fièvre, de malaise, de courbature et persiste souvent encore après l'apparition des douleurs articulaires.

(1) L. DE SAINT-GERMAIN, Étude clinique et expérimentale sur la pathogénie du rhumatisme articulaire aigu, *Thèse de Paris*, 1895.

S'agit-il là d'une manifestation primitive de l'agent encore problématique de la polyarthrite fébrile sur les amygdales?

Est-ce à ce niveau que pénètre le virus rhumatismal, ainsi que l'admet Buss? Ce sont là des questions auxquelles il n'est pas possible de répondre.

Quoi qu'il en soit, à bien étudier les symptômes du début, l'angine et la fièvre ne sont pas les manifestations les plus habituelles des premiers jours du rhumatisme articulaire aigu; c'est par des douleurs dans les extrémités que s'annonce généralement l'apparition prochaine du rhumatisme articulaire aigu, douleurs souvent bien vagues, bien légères et qui ne peuvent, en aucune façon, faire prévoir quelle sera la gravité ultérieure de la maladie. Tel malade qui, souffrant légèrement, vaquait encore à ses occupations, un jour, deux jours avant son entrée à l'hôpital, présente à ce moment-là une température très élevée et des manifestations articulaires intenses.

Notons enfin que, d'après quelques auteurs, cette période de début peut être assez prolongée; durant plusieurs jours on a constaté une élévation considérable de la température, du malaise général, avant l'apparition des symptômes articulaires; en un mot, la *fièvre rhumatismale* pourrait, dans une certaine mesure, être indépendante des manifestations articulaires. Ces cas sont à la vérité très exceptionnels.

Arthrite rhumatismale. — Lorsqu'apparaissent les symptômes articulaires, ils présentent les caractères propres aux arthrites inflammatoires.

La *rougeur* des téguments périarticulaires est assez généralement peu accusée; il s'agit d'une coloration rosée, un peu diffuse, qui se localise surtout au niveau des articulations recouvertes par des téguments d'épaisseur peu considérable; on l'observe ainsi au niveau des poignets, des articulations des phalanges entre elles, au niveau du cou-de-pied, surtout à la face interne et à la face dorsale du pied.

Limitée le plus habituellement aux parties qui correspondent à l'interligne articulaire, cette rougeur se diffuse également le long des synoviales péri-tendineuses, en particulier au niveau des tendons des muscles extenseurs des doigts.

L'articulation elle-même est le siège d'une *tuméfaction* plus ou moins prononcée en rapport avec le degré de la fluxion, tuméfaction qui tient à la congestion des parties molles et aussi à l'*épanchement* qui s'est produit dans la cavité de la synoviale. Le plus souvent cet épanchement est très modéré, et ce n'est guère que dans les articulations très superficielles telles que le genou, qu'on peut en reconnaître la présence.

Applique-t-on la main au niveau de l'articulation, on constate que celle-ci présente une élévation très sensible de la température locale pouvant dépasser la température de l'articulation symétrique de plusieurs dixièmes de degré.

Le signe dominant dans le rhumatisme aigu, c'est la *douleur*; elle est souvent intolérable, atroce, dit Sydenham, et le moindre mouvement que veut exécuter le malade, la moindre pression exercée sur les articulations atteintes la réveille à un haut degré. Aussi celui-ci cherche-t-il à se maintenir dans une immobilité absolue, seul moyen de calmer ses souffrances.

Si l'on étudie de près l'attitude du patient, on voit qu'il cherche instinctivement à placer ses articulations dans une situation telle que les muscles et les ligaments soient dans le relâchement le plus complet. Il reste étendu dans son

lit, les membres supérieurs légèrement écartés du corps, les avant-bras un peu fléchis, les doigts écartés les uns des autres. Quant aux membres inférieurs, ils prennent cette situation particulière aux maladies articulaires de la hanche ou du genou, la flexion et la rotation de la cuisse en dehors et la flexion de la jambe sur la cuisse.

En analysant de près les caractères de la douleur, ainsi que l'a si bien fait Lasègue, on constate que le maximum de la douleur siège, non pas au niveau de l'articulation proprement dite, mais au niveau des parties fibreuses, au niveau des tendons ou lames tendineuses insérés sur les extrémités osseuses. « Il n'y a pas de douleur intra-articulaire dans le rhumatisme aigu », dit Lasègue, et ce distingué clinicien ajoute : « En voulez-vous des preuves? Lorsqu'on vient à heurter le lit d'un rhumatisant, quand en passant près de lui on fait vibrer le sol sous ses pas, si, à plus forte raison, on frôle par inadvertance un des membres malades, cela peut suffire pour arracher des cris; le patient, dans la crainte d'une souffrance plus aiguë, cherche par une contraction des muscles à immobiliser les jointures, et dès lors il souffre davantage. »

La remarque si judicieuse de Lasègue se vérifie encore de la façon suivante : si, avec beaucoup de précautions et à condition que le malade soit absolument passif, on imprime des mouvements divers à l'articulation atteinte, — en ayant soin, bien entendu, de ne pas en exagérer l'amplitude, — on constate que tous ces mouvements s'exécutent sans la moindre douleur. C'est là un caractère qui avait pour Lasègue une grande importance clinique, puisque les mêmes manœuvres étaient inapplicables aux arthrites d'autre nature, telles que les arthrites chirurgicales ou les arthrites blennorrhagiques.

En dehors des phénomènes douloureux localisés aux tissus articulaires ou péri-articulaires, on observe encore des *troubles de la sensibilité cutanée*. C'est ainsi que la sensibilité au tact ou à la douleur peut être notablement diminuée ou bien au contraire exaltée. Il y a de même perversion dans les sensations thermiques; le plus souvent la sensibilité au froid est diminuée, tandis que la sensibilité à la chaleur est exagérée.

Plus encore que ces diverses sensibilités, la sensibilité électrique est notablement diminuée; c'est ainsi que Barbillon (*) a montré que la sensibilité faradique est très diminuée ou entièrement abolie, non seulement au voisinage de l'articulation malade, mais encore sur toute la surface du membre rhumatisé. Drosdoff affirme même que ces troubles de la sensibilité faradique peuvent s'observer avant que ne survienne aucun signe d'inflammation articulaire.

C'est à une action du virus rhumatismal sur les téguments et sur les nerfs périphériques qu'il faudrait attribuer ces différents troubles de la sensibilité générale (Barbillon).

À côté de la douleur, l'arthrite rhumatismale possède encore un autre caractère important, c'est la *mobilité et la rapidité d'évolution* de la fluxion. En effet, d'après E. Besnier, la durée de chacune des arthropathies ne dure guère que de 4 à 8 jours. Toutefois, malgré la disparition des douleurs vives, malgré la guérison apparente, il persiste presque toujours un peu d'endolorissement et de gêne et une fluxion nouvelle peut subitement se produire avec une intensité pareille à la première. Quoi qu'il en soit, cette disparition brusque de la douleur, du gonflement et de la tuméfaction articulaires, disparition qui peut se

(*) BARBILLON, De l'état de la sensibilité cutanée dans le rhumatisme articulaire aigu; *Th. de Paris*, 1887.

produire du jour au lendemain, ne constitue pas un des caractères les moins importants de l'arthrite du rhumatisme.

Le plus habituellement un nombre relativement restreint de jointures sont simultanément prises; le fait le plus commun c'est que la fluxion rhumatismale se produit successivement sur un grand nombre de points.

Toutes les articulations ne sont pas prises avec la même fréquence et, d'une façon générale, ce sont les grandes articulations qui sont atteintes de préférence aux autres; à cet égard tous les auteurs sont d'accord, mais aucune jointure, pas même la symphyse pubienne ou les articulations sacro-iliaques ou même les articulations du larynx (Schützenberger, Hirsch) ne sont respectées.

Friedländer a cherché à préciser l'ordre suivant lequel les articulations seraient atteintes: ce serait d'abord les pieds, puis les genoux, les hanches, au membre inférieur; au membre supérieur, les épaules, les coudes, les poignets, les mains, mais cet ordre d'envahissement est bien loin de se présenter avec une régularité toujours la même. Souvent les articulations symétriques sont prises simultanément, mais il n'y a pas de règle absolue à établir.

Peut-être faut-il voir dans la localisation particulière d'un rhumatisme antérieur une prédisposition spéciale à l'apparition d'une nouvelle attaque et à sa localisation dans la même jointure? peut-être aussi que les articulations qui se fatiguent plus que les autres sont exposées davantage à une localisation du virus rhumatismal à leur niveau? (Peter, Simpson.) Il semble qu'il en soit parfois ainsi.

Le *degré de fréquence* suivant lequel sont habituellement envahies les jointures est le suivant d'après Lebert: genou, cou-de-pied, épaule, poignet, coude, hanche. D'après Hirsch les cou-de-pied seraient plus fréquemment atteints que les genoux; c'est aussi l'opinion de A. Stoll. D'après cet auteur, voici la proportion suivant laquelle furent atteintes les différentes articulations dans une longue série de cas de rhumatisme dont il a dressé la statistique:

Cou-de-pied	27,8	pour 100.
Genou	17,9	—
Poignets	9,6	—
Épaule	6,2	—
Hanche	4,1	—
Métatarse	5,7	—
Coude	2,2	—
Métacarpe	1,2	—
Orteils	0,8	—
Doigts	0,8	—

On le voit, les articulations des membres inférieurs ont une tendance très marquée à être atteintes par le rhumatisme si on les compare à celles du membre supérieur. Ajoutons enfin que, dans cette même statistique, 55.16 fois le côté droit était atteint, 48.45 il s'agissait du côté gauche.

Symptômes généraux. — La *fièvre* est un symptôme constant du rhumatisme articulaire aigu; elle est en rapport habituel avec l'intensité et le nombre des fluxions articulaires ainsi qu'avec le développement ou les progrès des complications viscérales.

Cette dépendance de la fièvre rhumatismale des manifestations locales de la

maladie n'est cependant pas absolue et pour plusieurs auteurs, pour Kahler⁽¹⁾ en particulier, la fièvre rhumatismale pourrait se manifester à l'état isolé, soit avant, soit après le développement de manifestations articulaires ou viscérales. Kahler rapporte ainsi l'observation d'une jeune fille chez laquelle, en raison de l'intensité des symptômes fébriles, on avait porté le diagnostic de fièvre typhoïde lorsque apparurent, après huit jours, une tuméfaction du genou et du pied gauches; la médication salicylée fit rapidement disparaître tous les accidents.

Sans nier la possibilité de pareils faits, il faut reconnaître qu'ils sont très exceptionnels et qu'ils n'infirmant point la loi générale qui subordonne la fièvre aux manifestations articulaires ou viscérales. Il faudra donc se rappeler que, chaque fois que les manifestations articulaires sont ou peu nombreuses ou peu intenses, alors que la fièvre se maintient à un niveau élevé, on doit craindre le développement d'une lésion viscérale, latente peut-être au moment de l'examen du malade.

Le température s'élève à partir du début de la maladie d'une façon graduelle et en quelques jours atteint son maximum, à moins qu'au cours du rhumatisme n'apparaissent de nouvelles poussées articulaires ou des complications viscérales graves.

Dans les cas simples, dépourvus de complications viscérales, la température atteint 39°,5 ou même 40°, mais elle se maintient rarement à ce niveau et présente au contraire des rémissions diurnes pouvant abaisser la température jusqu'à 38°,5 ou 38° ou même 37°,5. Le pronostic est d'autant plus favorable et l'issue de la maladie sera d'autant plus courte que ces rémissions seront plus prononcées. C'est donc là un élément d'une grande importance et chaque fois que le thermomètre se maintient aux environs de 40° sans rémission, il y aura danger, car les complications viscérales, en particulier les accidents cérébraux, sont à redouter.

Lorsque le rhumatisme prend une forme légère, lorsqu'un très petit nombre d'articulations sont prises ou lorsqu'elles le sont à un faible degré, la température peut alors se maintenir à un chiffre peu élevé, 38°, 37°,5 et n'atteindre que d'une façon très exceptionnelle et par hasard, une ou deux fois au cours de la maladie, le chiffre de 39°.

En réalité, la courbe thermométrique du rhumatisme aigu est irrégulière, sujette à des variations parfois inexplicables; elle n'a rien de cyclique comme celle de la fièvre typhoïde ou de toute autre maladie infectieuse, et si le plus souvent elle offre des rapports intimes avec les manifestations viscérales ou articulaires, il n'en est pas moins vrai qu'on peut dire avec Charcot qu'il y a dans la maladie une inconnue échappant à toute appréciation sérieuse. L'idée que nous nous faisons aujourd'hui de la nature infectieuse du rhumatisme aigu nous fait comprendre, dans une certaine mesure, cette fièvre qui n'est pas toujours et nécessairement en rapport avec les manifestations articulaires ou viscérales. Ce que l'on peut dire, c'est que la gravité des phénomènes articulaires ou viscéraux est un indice de l'intensité du processus morbide, c'est que l'élévation de la température est un autre facteur important du pronostic et que, si généralement on voit ces deux phénomènes marcher de pair, il ne s'ensuit cependant pas qu'ils doivent toujours présenter un parallélisme absolu.

(1) KAHLER, *Soc. imp.-roy. des méd. de Vienne*, 24 oct. 1890, in *Sem. méd.*, 1890, p. 400.