

Friedländer a voulu pousser les choses plus loin encore et il admet que le rhumatisme aigu présente une marche cyclique et que sa courbe thermométrique présente une régularité parfaite : une période d'augment, un stade d'état, une dernière phase de décroissance se faisant d'une façon graduelle, le tout évoluant en huit ou quinze jours. L'étude clinique du rhumatisme ne permet cependant pas d'admettre ces idées comme répondant à la majorité des faits.

Le *pouls* ne présente pas des caractères bien particuliers chez les individus atteints de rhumatisme aigu; il est plein, assez facilement dépressible, souvent dicrote et présente des variations parallèles à la température, battant, suivant les cas, de 90 à 120 par minute.

Les complications cardiaques ne modifient pas les caractères du pouls autant qu'on pourrait s'y attendre; une endocardite, une péricardite peuvent, au moment de leur évolution, déterminer une accélération du pouls, mais celle-ci n'est réellement marquée que lorsque la complication prend des allures particulières de gravité.

Les *sueurs* constituent un des phénomènes les plus remarquables du rhumatisme articulaire aigu; elles sont fréquemment abondantes, sont continues ou n'apparaissent que durant la nuit, couvrant de gouttelettes la face et les membres du malade. Leur odeur est bien connue : elle est fade, aigrelette et ce caractère a bien son importance diagnostique.

On a souvent écrit que la sueur des rhumatisants était acide, et c'était sur ce caractère que Todd avait fondé une pathogénie du rhumatisme : il pensait que l'acide lactique formé en excès dans l'organisme et qui s'éliminait par la sueur était la cause prochaine des accidents rhumatismaux. Or, on n'a pas retrouvé l'acide lactique dans la sueur des malades (Lehmann); bien plus, Besnier a constaté que la réaction de la sueur était bien plus souvent neutre qu'acide, lorsqu'on avait eu soin de nettoyer la peau au préalable et de n'examiner que la sueur récemment excrétée.

L'acidité qu'on constate parfois tient aux fermentations acétique, formique, butyrique qui se font au niveau de la peau au contact des produits épidermiques en voie de desquamation.

S'accompagnant souvent de *sudamina*, les sueurs, quand elles sont abondantes et que la température reste élevée, constituent un précieux élément de pronostic. Il faut se méfier des rhumatismes avec sueurs profuses, disent tous les cliniciens.

Les *épistaxis* sont assez fréquentes au cours du rhumatisme.

Les *troubles digestifs* sont peu prononcés; la langue est généralement large, étalée, saburrale, l'appétit très diminué, la constipation habituelle.

Les *urines* présentent les caractères des urines fébriles : elles sont peu abondantes, ne dépassent généralement pas la quantité d'un litre, au maximum, elles sont colorées, quelquefois jumenteuses, d'une densité de 1 020 à 1 050 et si la proportion des matières extractives, urée, acide urique, semble relativement augmentée, elle ne l'est pas d'une façon absolue; tout au plus constate-t-on une proportion d'urée un peu plus forte qu'à l'état normal.

Au moment de la convalescence, les urines deviennent plus claires, plus abondantes, de réaction plus faiblement acide; c'est un indice que la maladie est arrivée à sa période de crise.

On trouve, dans d'autres cas, des éléments anormaux dans les urines; c'est ainsi qu'on a signalé l'*albuminurie* comme assez fréquente (Chéron); tantôt elle est peu abondante : c'est l'indice d'une véritable congestion rénale d'origine

rhumatismale; tantôt elle existe en grande quantité et constitue un des principaux symptômes de la *néphrite rhumatismale*, complication rare mais sérieuse du rhumatisme.

Von Jaksck a signalé la *peptonurie* au cours de la maladie; Jaffé, Hayem et P. Tissier l'*urobilinurie*; dans aucune autre pyrexie, dit ce dernier auteur, l'urobilinurie n'est aussi abondante. « Il faut sans doute, ajoute-t-il, la rapporter à une modification nutritive des cellules hépatiques produite par le passage dans l'organe de matières pyrétogènes et peut-être d'organismes inférieurs. Si c'est le degré de la lésion du foie qui mesure la déviation de la fonction biliaire, c'est celui de la déglobulisation qui en règle l'intensité; or, on sait combien celle-ci est marquée dans le rhumatisme. »

Enfin M. Hayem<sup>(1)</sup>, puis M. Robin, ont rapporté des cas d'*hémoglobinurie* dans le rhumatisme, hémoglobinurie qu'ils attribuent, non pas à une dissolution de l'hémoglobine dans le sérum sanguin et à son passage, à travers le rein, dans les urines, mais à une congestion rénale, à une altération primitive du rein d'ordre rhumatismal. La pathogénie de cet accident serait donc bien différente de celle de l'hémoglobinurie paroxystique dite *a frigore*.

Le rhumatisme, durant tout le cours de son évolution, retentit peu sur l'état général, en ce sens que l'intelligence est absolument libre et intacte malgré l'élévation de la température, les vives douleurs articulaires. Par contre, plus que n'importe quelle maladie aiguë, il détermine rapidement une anémie souvent très prononcée qui rappelle celle que produisent les hémorragies abondantes; la fièvre, la décoloration des téguments avaient fait donner au rhumatisme par les anciens auteurs la dénomination de « fièvre blanche », de *febris pallida*.

#### MANIFESTATIONS VISCÉRALES DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

Le plus souvent, le rhumatisme se manifeste exclusivement par de la fièvre et par des arthrites, mais parfois aussi on voit en même temps survenir des complications viscérales diverses qui, à n'en pas douter, sont de réelles manifestations de l'infection rhumatismale.

Si elles ont, comme les arthrites, la plupart des caractères que nous connaissons, la mobilité, la fluxion, ces caractères sont cependant beaucoup moins accusés que pour les manifestations articulaires. Chauffard n'a-t-il pas dit, en parlant des cardiopathies rhumatismales, qu'en se fixant sur les séreuses cardiaques l'inflammation rhumatismale perdait de sa mobilité, de son inconstance fluxionnaire et de son innocuité relative? Lasègue, en des termes plus imagés, disait : « Le rhumatisme aigu lèche les jointures, la plèvre, les méninges même, mais il mord le cœur. »

En effet, autant la lésion articulaire du rhumatisme est bénigne en elle-même, autant les complications viscérales peuvent venir aggraver le pronostic, non seulement parce qu'elles sont l'indice d'une infection plus profonde de l'organisme, d'une virulence plus grande du poison rhumatismal, mais aussi parce que, en tant que lésions, elles peuvent par elles-mêmes déterminer la mort.

<sup>(1)</sup> HAYEM, Hémoglobinurie dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu; *Bull. Soc. méd.*, 10 février 1888.

C'est dire que le plus souvent les complications viscérales du rhumatisme appartiennent aux formes graves de cette maladie.

Dans la généralité des cas, elles accompagnent ou suivent de près les manifestations articulaires; beaucoup plus rarement elles les précèdent.

## I

## RHUMATISME CARDIAQUE

Les complications cardiaques du rhumatisme comptent parmi les plus fréquentes et les plus graves.

Avant la découverte de l'auscultation et de la percussion, l'existence de cardiopathies au cours du rhumatisme ne pouvant être démontrée que par les vérifications anatomiques ou lorsque l'affection cardiaque prenait des allures de gravité très exceptionnelles, il n'est point étonnant que, durant tout le siècle dernier, il ne soit pas question des manifestations cardiaques du rhumatisme.

Pitcairn (1788) cependant à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle avait, raconte Baillie (1797), l'habitude de faire remarquer aux élèves de l'hôpital Saint-Barthélemy la coexistence d'affections cardiaques au cours du rhumatisme; en 1808, sir David Dundas rapporte, de son côté, un grand nombre de cas de maladies de l'endocarde et du péricarde, développées au cours du rhumatisme articulaire aigu. Odier (de Genève), en 1805, attire également l'attention sur ce fait, soit dans ses cours, soit dans son *Manuel de médecine pratique*, puis Wells, puis Kreysig signalent implicitement cette coïncidence.

Un de ceux qui avant Bouillaud ont le mieux connu et le mieux décrit les complications cardiaques du rhumatisme articulaire aigu est certainement Mathey (de Genève) en 1815, mais il faut reconnaître que c'est réellement à Bouillaud que nous devons la connaissance la plus complète de tous ces faits. Auscultant systématiquement avec la plus grande attention tous les malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, il arriva à montrer que la coexistence de lésions endocardiques et péricardiques avec cette affection était bien plus fréquente qu'on ne le pensait; en 1855<sup>(1)</sup> il disait: « L'endocardite et la péricardite, ce double rhumatisme du tissu fibro-séreux du cœur, marchent presque toujours de compagnie. »

C'est en 1856, puis en 1840<sup>(2)</sup>, qu'il formula les lois si connues, dites lois de coïncidence des inflammations du cœur avec le rhumatisme articulaire:

1<sup>o</sup> Dans le rhumatisme articulaire aigu, violent, généralisé, la *coïncidence* d'une endocardite, d'une péricardite ou d'une endo-péricardite est la *règle*, la *loi*, et la non-coïncidence, l'*exception*;

2<sup>o</sup> Dans le rhumatisme articulaire aigu, léger, partiel, apyrétique, la *non-coïncidence* d'une endocardite, d'une péricardite ou d'une endo-péricardite, est la *règle*, et la *coïncidence*, l'*exception*.

Ces deux lois, quoique trop absolues peut-être, ne sont pas moins l'expression assez vraie de l'immense majorité des cas, et l'on peut dire, sans crainte de

(<sup>1</sup>) BOUILLAUD, *Traité clinique des maladies du cœur*, 1855, t. II, p. 251.

(<sup>2</sup>) BOUILLAUD, *Traité clinique du rhumatisme articulaire*, 1840.

se tromper, que chez la moitié des rhumatisants aigus environ le cœur est touché à un degré quelconque.

D'autres auteurs ont encore poussé plus loin la loi de Bouillaud; Pidoux, entre autres, ne dit-il pas: « Je ne me rappelle pas avoir vu un rhumatisme aigu et généralisé sans un degré quelconque d'affection cardiaque, et je regarde cette affection comme aussi essentielle à la maladie que les arthrites elles-mêmes. »

Besnier pense aussi que le cœur est toujours frappé à un degré quelconque dans le rhumatisme articulaire aigu fébrile.

Ainsi que le fait remarquer Homolle dans son article « Rhumatisme » du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, il y a dans cette manière de juger les faits une très large part d'interprétation, car il est souvent absolument impossible de démontrer dans le rhumatisme articulaire aigu l'existence certaine d'une complication cardiaque quelconque, à moins d'attribuer à l'excitabilité cardiaque une valeur sémiologique qu'elle ne doit pas avoir.

Si maintenant nous nous adressons aux statistiques pour fixer la fréquence des complications cardiaques au cours du rhumatisme aigu, nous trouvons des contradictions nombreuses entre les divers auteurs; cela ne tient-il pas à ce que l'on ne s'entend pas toujours sur la valeur du mot rhumatisme, à ce que sous cette dénomination l'on comprend peut-être des cas bien différents, ou enfin à ce que l'on n'est pas toujours d'accord sur ce qu'il faut considérer comme la preuve absolue de l'existence de l'endocardite?

Quoi qu'il en soit, les divergences sont grandes, puisque Lebert et Kopff n'admettent qu'une proportion de complications cardiaques, l'un de 25.6 pour 100, l'autre de 25.8, tandis que Hirsch en a constaté l'existence dans 51.7 pour 100 et Schott dans 42.9 pour 100 des cas.

Dans une statistique récente, Stoll arrive à la proportion minime de 18.84 pour 100.

Pour ce qui concerne la fréquence relative de l'endocardite et de la péricardite, les divergences sont au moins aussi grandes; pour l'endocardite la fréquence varie de 50 pour 100 (Bouillaud, Fuller, Latham, etc.) à 20 à 28 pour 100 (Bamberger, Jaccoud) jusqu'à 9 pour 100 (Wunderlich).

La péricardite s'observerait sur 100 cas 15 fois (Chambers), 20 fois (Hache, Wunderlich, Leudet, Sibson), 44 et 75 fois (Willams, Ormerod, Taylor).

Voici la statistique récente de Stoll:

Endocardite d'une seule valvule. . . . .	2,4	pour 100.
Endocardite de plusieurs valvules. . . . .	9,2	—
Endocardite et péricardite. . . . .	4,04	—
Péricardite. . . . .	3,2	—

Cette statistique nous semble être bien certainement au-dessous de la vérité et nous croyons que les proportions de Hirsch (endocardite: 56.6 pour 100; endo-péricardite 12.5; péricardite: 26.6) et de Schott (endocardite: 50.4 pour 100; endo-péricardite: 9.2; péricardite: 5.5) se rapprochent davantage de la réalité des faits et de ce que nous admettons en France, où l'on considère l'endocardite comme étant notablement plus fréquente que la péricardite.

En faisant la moyenne des diverses statistiques publiées en France et à l'étranger, on peut d'une façon générale dire que la péricardite s'observe environ dans 10 pour 100 des cas, l'endocardite dans 50 pour 100, l'endo-péricardite 15 fois environ sur 100 cas.