

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^e 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⁽¹⁾ 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⁽²⁾, qu'il formula les lois si connues, dites lois de coïncidence des inflammations du cœur avec le rhumatisme articulaire :

1^o 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^o 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

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

(²) 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.

Cette proportion, du reste, n'a qu'une valeur très relative, tant sont grandes les divergences entre les différents auteurs.

Certaines conditions semblent prédisposer au développement des complications cardiaques chez les rhumatisants aigus. Il est ainsi non douteux que les enfants y sont plus sujets que les adultes; H. Roger, Claisse, Picot, Cadet de Gassicourt l'ont surabondamment démontré; Bouillaud ne disait-il pas, il y a déjà bien des années, que le cœur des enfants se comportait comme une articulation? L'âge est donc une cause qui, dans une large mesure, prédispose aux manifestations viscérales du rhumatisme et surtout aux complications cardiaques. Elles sont surtout fréquentes jusqu'à l'âge de 25 ans et s'observent beaucoup moins souvent après cette période de la vie.

Le sexe joue un rôle moins important et mal déterminé; ainsi Fuller admet que les femmes sont plus que les hommes prédisposées au développement de la péricardite, tandis que Church admet précisément le contraire.

D'autres causes plus ou moins obscures ont été invoquées, pour expliquer la prédisposition de certains sujets aux localisations cardiaques du rhumatisme; c'est ainsi que de Giovianni, puis Zaniboni ont remarqué que les rhumatisants à type anthropométrique particulier, ceux surtout dont la cage thoracique est courte et grosse sont plus sujets que les autres à ces complications cardiaques.

Enfin il faut reconnaître que les variations de fréquence des manifestations cardiaques du rhumatisme ne trouvent pas toujours d'explication suffisante et que l'on est autorisé, dans une certaine mesure, à invoquer un degré variable de virulence suivant les épidémies. Besnier, Senator ont ainsi remarqué que ces complications peuvent être notablement moins fréquentes et moins graves à un moment donné qu'à un autre.

Anatomie pathologique. — La phlegmasie rhumatismale des séreuses cardiaques se localise soit sur l'endocarde, soit sur le péricarde, soit sur les deux à la fois.

La *valvule mitrale* est le siège de prédilection de l'endocardite, puis viennent les *valvules sigmoïdes* de l'aorte, exceptionnellement la *valvule tricuspide* (Damaschino, Lebert); les valvules pulmonaires ne sont pour ainsi dire jamais prises.

Au niveau de la valvule mitrale, la lésion se caractérise par une tuméfaction légère du bord libre; c'est ainsi qu'on aperçoit, « un peu au-dessus du bord libre, à la limite du réseau vasculaire, sur la face auriculaire de la valvule mitrale, sur la face ventriculaire des valvules sigmoïdes, de nombreuses saillies villeuses, disposées de façon à figurer des guirlandes régulières et continues (1). »

Au niveau de ces saillies, se dépose fréquemment une petite couche de fibrine qui est susceptible parfois de former de petites embolies.

Ces végétations, ou plutôt ces saillies, presque microscopiques, constituées par du tissu embryonnaire et de la fibrine, peuvent se résoudre et disparaître, mais aussi, et le plus fréquemment, s'organiser et se transformer en tissu fibreux qui déforme les valvules, soude les valves les unes aux autres et crée ainsi des lésions valvulaires, stigmate indélébile d'une endocardite rhumatismale

(1) LANCEREAUX, *Traité d'anat. path.*, t. II, p. 754.

antérieure. Achalme (1) a récemment étudié l'anatomie pathologique de l'endocardite rhumatismale et décrit trois phases histologiques : une première phase, la phase œdémateuse, est caractérisée par un œdème interstitiel du bord de la valvule et par une infiltration microbienne massive; la seconde phase, phase proliférative, consiste surtout dans la prolifération active des cellules plates des parties les plus superficielles de la couche élastique auriculaire; puis dans l'apparition des vaisseaux de néoformation, et enfin des végétations au niveau du point de contact valvulaire; ces végétations seraient formées par un véritable bourgeon de tissu embryonnaire au niveau duquel se précipiterait la fibrine. La troisième phase est représentée par la période de cicatrisation.

La *péricardite*, dont on trouvera la description anatomique dans une autre partie de cet ouvrage, présente tous les caractères de la péricardite aiguë, réticulum fibrineux de la surface, exsudation séro-fibrineuse, etc.

Quant à l'*endocardite végétante* ou *ulcéreuse*, dont quelques cas ont été rapportés par Senhouse Kirkes, Charcot, Hérard et Desplats, etc., elle appartient bien plutôt à certains rhumatismes secondaires qui n'ont, en réalité, du rhumatisme articulaire aigu que l'apparence et qui rentrent dans la classe des rhumatismes infectieux.

Les cas d'endocardite dite « verruqueuse », décrits par Goldscheider et Leyden en 1894, appartiendraient pour ces auteurs au rhumatisme vrai. Leyden a constaté, dans des cas de ce genre et à diverses reprises, l'existence d'un petit diplocoque, dont la culture en liquide ascitique est difficile et qu'il considère comme étant peut-être le microbe spécifique de la polyarthrite rhumatismale aiguë.

En dehors de la myocardite compliquant l'endocardite, on pourrait observer la *myocardite rhumatismale* comme complication isolée du rhumatisme. MM. Weill et Barjon (2) en ont observé un cas il y a peu d'années. Ce sont là des faits exceptionnels, tout autant que les *coagulations intra-cardiaques*, pouvant parfois déterminer des embolies.

L'*aortite aiguë*, quoique rare, est moins exceptionnelle cependant.

Symptômes. — *Date d'apparition des cardiopathies.* — Les manifestations cardiaques du rhumatisme apparaissent à des époques variables; elles peuvent être *précoces* dans les cas graves ou *tardives*, ou bien enfin elles précèdent de quelques jours les manifestations articulaires (Graves, Stokes, Gubler, Trousseau, Jaccoud); c'est l'endo-péricardite *préarthropathique*; Martineau et Jaccoud ont chacun rapporté le cas curieux d'une endocardite ayant précédé de quinze jours les accidents articulaires.

Le plus souvent c'est dans la période d'état, pendant le premier ou le second septénaire de la maladie, qu'apparaissent les complications cardiaques.

Le début de l'*endocardite rhumatismale* n'a souvent rien de particulier; tantôt la maladie ne se manifeste que par des signes physiques d'auscultation, tantôt elle se caractérise par une *légère anhélation* ou par une certaine *gêne dans la région cardiaque*.

Les manifestations articulaires sont-elles calmées, la fièvre est-elle déjà

(1) P. ACHALME, Recherches sur l'anatomie pathologique de l'endocardite rhumatismale, *Arch. de méd. exp. et d'anat. path.*, mai 1898.

(2) WEILL et BARJON, Sur un cas de myocardite d'origine rhumatismale chez l'enfant. *Arch. de méd. exp. et d'anat. path.*, 1895, p. 205.

tombée, celle-ci se rallume au moment où se développe l'endocardite; ou bien encore, si la défervescence ne s'était pas produite, elle persiste, quoique les symptômes du côté des articulations aient disparu en grande partie.

Le *pouls* est plein, dur, fréquent, et c'est à peine si le malade se plaint d'une légère céphalalgie, d'insomnie, de rêves pénibles.

Les *signes physiques* sont de beaucoup les plus caractéristiques et, quoique nous n'ayons pas à insister ici sur leur description qu'on trouvera tout au long au chapitre qui traite de l'endocardite aiguë, nous en rappellerons seulement les caractères principaux : au début, les bruits cardiaques deviennent sourds, comme voilés; la durée des bruits et des silences tend à s'égaliser, en même temps que la contraction se modifie dans sa force. Tantôt, elle est comme exagérée; tantôt, au contraire, elle s'affaiblit.

Duclos a signalé un signe qui lui paraît caractéristique de l'imminence d'une endocardite : c'est le retard ($\frac{1}{3}, \frac{1}{4}$ de seconde) de la pulsation radiale sur la contraction ventriculaire.

Le *bruit de souffle* n'apparaît généralement pas avant quelques jours; c'est donc un symptôme tardif; la lésion se localisant le plus souvent au niveau de la valvule mitrale, on perçoit au niveau de la pointe du cœur un souffle doux, léger, commençant avec le choc de la systole ventriculaire, remplissant le petit silence et finissant à l'instant où apparaît le second bruit normal.

Si la lésion s'est localisée au niveau des valvules sigmoïdes de l'aorte, on entend alors un souffle doux diastolique au moment de la fermeture des sigmoïdes et dont le maximum siège à droite du sternum, vers le deuxième espace intercostal.

Il est assez fréquent de trouver, à l'examen du cœur, en même temps que des signes d'endocardite, des symptômes de péricardite: l'existence de l'endopéricardite n'est pas exceptionnelle en réalité. Parfois aussi la péricardite existe à l'état isolé.

Tantôt l'attention est attirée du côté du cœur par une sensation de gêne ou de douleur, dont se plaint le malade, au niveau de la région précordiale, sensation qui s'exagère par la pression au niveau de l'épigastre, ou bien encore le malade se plaint de palpitations; tantôt, au contraire, l'auscultation seule permet de constater l'existence de bruits morbides. Le symptôme caractéristique, c'est l'existence d'un *bruit de frottement* superficiel, léger ou rappelant au contraire le bruit de craquement, de cuir neuf, frottement qui se perçoit surtout dans une zone restreinte de la région précordiale.

La péricardite persiste le plus souvent à l'état de péricardite sèche durant quelques jours, puis elle disparaît; c'est seulement dans quelques cas assez rares qu'il se produit un épanchement.

Enfin, exceptionnellement, l'inflammation se complique de symptômes de *myocardite* ou *d'aortite* ⁽¹⁾ (Bucquoy, Léger), ou de crises d'*angine de poitrine* (Peter, Martinet).

Le *diagnostic* de l'endocardite rhumatismale n'est pas toujours facile à faire à un examen superficiel, et c'est surtout avec les *souffles extracardiaques* si fréquents dans le rhumatisme articulaire aigu qu'on pourra confondre un souffle d'endocardite ou réciproquement.

Le souffle extracardiaque, ainsi que l'a bien montré M. Potain, est un souffle

⁽¹⁾ Voir dans un autre volume de ce traité, l'aortite aiguë rhumatismale.

mésosystolique qui s'entend un peu au-dessus de la pointe du cœur et qui ne se propage pas dans l'aisselle; ce souffle enfin disparaît ou du moins s'atténue beaucoup lorsqu'on fait asseoir le malade, tandis qu'il reprend son intensité dans le décubitus dorsal.

Les mêmes considérations s'appliquent également aux souffles constatés à la base du cœur, dits bruits de souffle anémiques, anémo-spasmodiques (Constantin Paul), et qui pourraient facilement être confondus avec un souffle lié à une lésion organique.

L'*évolution* du rhumatisme cardiaque, de l'endo-péricardite, est très variable; lorsqu'elle est peu accusée, celle-ci est susceptible de guérison; après quelques jours, les bruits du cœur reprennent leur timbre normal, mais fréquemment cette lésion ne régresse pas entièrement, l'endocarde reste atteint d'une façon définitive; la lésion valvulaire est constituée et le malade est devenu porteur d'une affection cardiaque dont l'évolution pourra durer parfois la vie presque tout entière. Les statistiques semblent prouver, si elles prouvent quelque chose, que 40 pour 100 des endocardites rhumatismales sont le point de départ de lésions organiques du cœur.

Rhumatisme vasculaire. — Les complications du rhumatisme du côté des vaisseaux sanguins sont exceptionnelles. On ne connaît pour ainsi dire pas d'exemple d'*artérite rhumatismale*, à part peut-être le cas de Legroux, qui soit bien incontestable.

Quant aux *phlébites rhumatismales* dont il sera parlé plus loin dans ce traité, et qui ont été étudiées par Trousseau, Peter, Schmitt, elles sont exceptionnelles; de nombreux cas qui en ont été rapportés sont sujets à caution, étant donné l'idée que nous nous faisons aujourd'hui du rhumatisme articulaire aigu. Dernièrement cependant Vaquez, puis de Saint-Germain dans sa thèse, puis F. Widal ⁽¹⁾, Achard ⁽²⁾ en ont rapporté des cas bien indiscutables; dans le cas de Widal il s'agissait d'une phlébite grave de l'axillaire qui fut suivie de mort; dans les deux observations d'Achard, la phlébite s'était localisée sur la fémorale et fut suivie de guérison.

II

RHUMATISME PLEURO-PULMONAIRE

Les manifestations rhumatismales des voies respiratoires ne sont pas exceptionnelles; elles viennent immédiatement après les complications cardiaques par leur fréquence.

On observe assez fréquemment du *coryza*, de la *trachéo-bronchite*, pendant toute la période assez vague qui précède l'apparition des douleurs articulaires. La *laryngite* est beaucoup plus rare; le plus souvent il s'agit de manifestations catarrhales superficielles, car presque tous les cas d'arthrites laryngiennes qui ont été publiés appartiennent aux rhumatismes secondaires; cependant un cas d'arthrite crico-aryténoïdienne d'origine rhumatismale a été rapporté par Ramon de la Sota y Lastra.

⁽¹⁾ F. WIDAL et SICARD, *Congrès de méd. interne*, Nancy, 1896.

⁽²⁾ ACHARD, *Ibid.*