

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* <sup>(1)</sup> (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

<sup>(1)</sup> 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 <sup>(1)</sup>, Achard <sup>(2)</sup> 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.

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

<sup>(2)</sup> ACHARD, *Ibid.*



Dans quelques cas on a signalé, au cours du rhumatisme articulaire aigu, des accidents laryngés graves; telle est, par exemple, l'observation de Raymond (1) : il s'agit d'une femme de trente et un ans qui, au cours d'un rhumatisme articulaire aigu, fut prise de gêne et de douleurs dans la déglutition et d'enrouement. Le lendemain, la dyspnée était si intense qu'on fut obligé de pratiquer la trachéotomie. Les douleurs articulaires qui avaient disparu au moment de la dyspnée réapparurent, une fois celle-ci calmée.

Les manifestations pleuro-pulmonaires proprement dites sont beaucoup moins exceptionnelles.

**A. Manifestations pulmonaires.** — Elles prennent des allures cliniques variables; suivant les différents cas, qui permettent d'en décrire deux types principaux : 1° la *forme œdémateuse*; 2° la *forme pneumonique*.

I. — L'œdème pulmonaire a été décrit au cours du rhumatisme articulaire aigu par Houdé, par Ball et par Bernheim.

Subitement, souvent pendant la nuit, le malade est pris de suffocation; l'anxiété, la dyspnée sont intenses; la toux est fréquente et s'accompagne d'une expectoration abondante de crachats aérés, spumeux, contenant quelques stries sanguinolentes.

L'auscultation révèle dans la poitrine l'existence de râles nombreux de bronchite généralisée, au niveau des deux poumons, mais prédominant fréquemment d'un seul côté.

En quelques heures, la situation du malade devient extrêmement grave; la face est pâle, couverte de sueurs, les lèvres sont violacées et le malade peut succomber rapidement. Aran, puis surtout Bernheim (2) ont rapporté plusieurs exemples de cas d'œdème suraigu.

L'œdème pulmonaire rhumatismal n'a que rarement cette extrême gravité; tout se borne parfois à une dyspnée modérée et à la constatation d'un foyer peu étendu de râles fins dans un seul ou dans les deux poumons.

Ces accidents, favorisés, semble-t-il, par l'existence de complications cardiaques, peuvent s'observer cependant en dehors d'elles.

Survenant habituellement au cours d'une attaque de rhumatisme ils peuvent, dit Lebreton (3) qui en a fait une très bonne étude, survenir en dehors de toute arthrite et exister en tant que manifestation isolée.

II. — La pneumonie survenant au cours du rhumatisme est un fait relativement rare; Lebreton donne la proportion de 1 pneumonie sur 10 rhumatisants. D'après lui, cette forme de rhumatisme pulmonaire peut survenir au cours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, mais elle peut aussi exister à l'état isolé et dans ce cas alors, le traitement salicylé vient, par l'amendement rapide qu'il détermine dans les symptômes, démontrer la vraie nature de l'affection pulmonaire.

Dans le premier cas, le début est souvent insidieux, il se confond avec tout l'ensemble morbide présenté par le malade, et ce n'est pas d'emblée que l'attention est attirée du côté du poumon. Dans le second cas, très exceptionnel du reste, le début ne saurait passer inaperçu.

(1) RAYMOND, *Gaz. méd. de Paris*, 17 juillet 1886.

(2) BERNHEIM, *Clinique médicale*, 1877.

(3) LEBRETON, Manifestations pulmonaires chez les rhumatisants et les arthritiques; *Thèse Paris*, 1884.

Le rhumatisme pulmonaire à forme pneumonique, qu'il soit essentiel ou secondaire, se caractérise par un certain nombre de symptômes importants. La face n'est pas vultueuse, ni congestionnée comme dans la pneumonie franche; elle est pâle, au contraire, le corps est baigné de sueurs abondantes, sueurs ayant cette odeur empyreumatique si caractéristique du rhumatisme.

Les signes fournis par l'auscultation ont, comme toutes les manifestations rhumatismales, un caractère de fugacité et de mobilité très particulier : un souffle constaté la veille, dans une région localisée d'un des poumons, a disparu le lendemain, tandis qu'on trouve des signes nouveaux dans un point jusque-là indemne.

Le souffle est généralement large, sans rudesse, et s'entend sur une grande étendue du poumon. Ces signes étaient des plus caractérisés chez un malade que nous avons observé, il y a peu d'années, et qui présenta successivement des lésions des deux poumons. Râles peu nombreux, souffle très étendu, très mobile, crachats peu abondants ou nuls, disparition rapide des symptômes malgré leur gravité apparente, tels nous semblent être les principaux symptômes de cette forme de rhumatisme pulmonaire.

Le plus souvent ces accidents surviennent au cours d'un rhumatisme articulaire, mais ils peuvent aussi précéder les déterminations du côté des jointures; tel était le cas dans les observations de J. Besnier, Herzog et de Hirsch (4).

L'anatomie pathologique de la pneumonie rhumatismale est encore à étudier; on peut supposer qu'elle est constituée plus par des lésions d'hyperémie et de congestion que par une véritable hépatisation.

**B. Manifestations pleurales.** — La pleurésie est incontestablement plus fréquente que la pneumonie au cours du rhumatisme et comme celle-ci elle s'observe plus souvent lorsque le cœur, l'endocarde ou le péricarde sont pris, que lorsqu'ils restent indemnes. La statistique montre en effet que la prédisposition à la pleurésie est surtout grande lorsque le péricarde est touché; elle montre encore que, en pareil cas, la pleurésie est surtout fréquente à gauche et cela s'explique aisément par les rapports anatomiques du péricarde beaucoup plus étendus avec la plèvre du côté gauche qu'avec celle du côté droit.

Lange a constaté que sur 128 cas de pleurésie, 49 fois la plèvre gauche était prise, 19 fois la droite; 60 fois les deux plèvres étaient touchées.

La pleurésie débute habituellement au cours du rhumatisme, mais elle peut être tardive ou précéder au contraire les manifestations articulaires; c'est la *pleurésie préarthropathique*.

Elle est souvent insidieuse et on ne la constate que par l'existence de signes physiques; de là la règle qui s'impose d'ausculter fréquemment le rhumatisant au cours d'une attaque.

L'épanchement est généralement peu abondant; il se produit avec une très grande rapidité; limité au fur et à mesure de sa production par des fausses membranes, il ne suit pas les lois de l'hydrostatique et se collecte en arrière du poumon; Lasègue qui a merveilleusement décrit la pleurésie rhumatismale l'appelait la pleurésie en « galette ».

Dans aucune pleurésie le souffle voilé, lointain, l'égophonie ne s'entendent avec plus de netteté.

(4) HIRSCH, *Berl. klin. Wochens.*, n° 52, 1888.



Son évolution est rapide et après 5 à 8 jours l'épanchement a disparu à moins que le côté opposé ne soit pris à son tour, ce qui est pour ainsi dire la règle.

Peut-on admettre, en dehors de toute poussée articulaire, une pleurésie rhumatismale, autrement dit une pleurésie manifestation exclusive du rhumatisme, ainsi que le veulent Lasègue, Seux? La chose est possible, mais elle n'est pas encore absolument démontrée.

### III

#### MANIFESTATIONS DU RHUMATISME SUR LE SYSTÈME NERVEUX

Au cours ou dans la convalescence du rhumatisme articulaire aigu peuvent survenir des manifestations nerveuses d'ordre variable; les unes prennent des allures rapidement graves et semblent alterner avec les poussées articulaires, les autres, d'allures plus bénignes, ne se rattachent peut-être pas directement au rhumatisme proprement dit et surviennent surtout pendant la convalescence. Parmi les premières, la complication la plus commune est celle que l'on désigne, en France du moins, sous le nom de rhumatisme cérébral.

**Rhumatisme cérébral.** — La possibilité d'accidents cérébraux graves au cours du rhumatisme articulaire aigu est connue depuis longtemps; Bœrhave, van Swieten, puis Stork, Stoll, Scudamore les ont déjà décrits; mais, en réalité, l'histoire du rhumatisme cérébral date de 1845, époque à laquelle Hervez de Chégoïn<sup>(1)</sup> publia trois observations de rhumatisme cérébral. En 1850, puis en 1852, Gosset, Valleix, Bourdon, Vigla, etc., reprennent cette question à la Société médicale des hôpitaux de Paris; puis ce sont les travaux de Mesnet, de Griesinger, de Fuller, de Fernet, de Ball, d'Ollivier et Ranvier, de W. Fox qui le premier préconise les bains froids dans l'hyperpyrexie rhumatismale, méthode qui a donné de remarquables succès à Thompson et à Andrew en Angleterre, à Maurice Raynaud et à Féréol en France.

**Symptômes.** — Les accidents cérébraux du rhumatisme apparaissent le plus habituellement au cours même de l'attaque et ce n'est que très exceptionnellement qu'ils surviennent dès le début de la poussée articulaire. Quand ils surviennent plus tardivement ils n'ont pas le caractère aigu intense qu'ils prennent au cours même de la maladie; ils ont plutôt les allures d'une véritable vésanie.

**Mode de début.** — Souvent soudains, les accidents cérébraux du rhumatisme peuvent ne s'annoncer par aucun phénomène insolite; toutefois, un certain nombre de symptômes peuvent permettre, sinon de prédire, du moins de redouter leur apparition.

Le rhumatisme a-t-il pris les allures d'une fièvre grave, la température atteint-elle un chiffre très élevé, les sueurs sont-elles profuses et l'éruption de miliaire confluyente, est-il survenu rapidement des complications cardiaques? il

<sup>(1)</sup> HERVEZ DE CHÉGOÏN, *Gaz. des hôp.*, 1845.

faudra craindre l'apparition d'accidents cérébraux; en d'autres termes ces accidents sont toujours à redouter dans les formes graves de cette maladie.

L'hyperpyrexie, symptôme toujours menaçant, n'annonce cependant pas fatalement l'éclosion prochaine d'accidents cérébraux; tel le cas de Rosenthal<sup>(1)</sup> qui a observé un cas de rhumatisme hyperpyrétique avec température de 42° 7, terminé il est vrai par la mort, mais sans qu'il soit survenu le moindre trouble cérébral.

Quelques symptômes insolites peuvent, en outre, éveiller l'attention du médecin: c'est ainsi que l'on a noté parfois une vive *céphalalgie*, de l'*insomnie*, des *préoccupations morales excessives*, de l'angoisse, une crainte exagérée de la mort. Quand survient un *délire* tranquille, le plus souvent nocturne, disparaissant le matin au réveil, l'imminence des accidents cérébraux est presque certaine.

Signalons encore un signe indiqué par Hermann, Weber, la *fréquence des mictions*.

Assez fréquemment enfin, les malades sentent une amélioration dans leur état, les *douleurs articulaires* sont moins vives ou disparaissent, alors que peu de temps après vont éclater des accidents redoutables.

**Période d'état.** — Les accidents cérébraux se manifestent sous des formes différentes et les auteurs en ont décrit un grand nombre de types.

On peut, à l'exemple de M. E. Besnier, décrire trois types principaux qui correspondent à la plupart des formes décrites, le *rhumatisme cérébral suraigu*, le *rhumatisme cérébral aigu*, le *rhumatisme cérébral subaigu ou chronique*.

Le *rhumatisme cérébral suraigu* a été décrit par Stoll sous le nom d'*apoplexie rhumatismale*, et la plupart des auteurs lui ont conservé ce nom-là. La brusquerie avec laquelle il se développe, la rapidité avec laquelle il évolue jusqu'à la mort en sont les caractères principaux. Un malade, atteint depuis plusieurs jours de rhumatisme, ne présente rien d'insolite; il semble même aller mieux, lorsque subitement il est pris d'une agitation extrême; il se lève, alors que quelques instants auparavant, il était cloué dans son lit; il s'agite, se débat en poussant des cris, et meurt subitement. Voici, par exemple, le fait rapporté par Trousseau<sup>(2)</sup>, relatif à un malade que venait de voir son chef de clinique une heure auparavant, sans que rien pût faire prévoir des accidents: « Cet homme se plaint de ne plus voir clair, puis bientôt après il vocifère, il crie « au voleur », s'élance hors de son lit, tombe, est relevé, replacé dans son lit, lutte avec les deux infirmiers en déployant une force considérable, puis s'affaisse et meurt; toute cette scène avait duré à peine un quart d'heure. »

La forme la plus fréquente du rhumatisme cérébral est la *forme aiguë* proprement dite. Dans la période d'état d'un rhumatisme articulaire aigu, fréquemment compliqué d'une lésion cardiaque (52 : 57, Ball), le plus souvent accompagné d'une température élevée, de sueurs abondantes, d'insomnie, de céphalalgie, on voit survenir du délire, d'abord tranquille, intermittent; puis bientôt le malade s'agite, s'inquiète, la respiration devient fréquente, la face est vultueuse, les yeux sont injectés. Tous ces symptômes s'aggravent, le délire devient plus bruyant, le malade parle constamment à haute voix, d'une façon brève et saccadée, les membres sont animés de mouvements incessants, de trémulations et de soubresauts, puis surviennent parfois de véritables convul-

<sup>(1)</sup> ROSENTHAL, *Deuts. med. Wochens.*, n° 11, 1891.

<sup>(2)</sup> TROUSSEAU, *Clin. méd.*, t. II, p. 817.