

réalité, le malade ne souffre plus de ses articulations, c'est parce que les centres nerveux sont déjà touchés; il se trouve dans la situation, disent Ollivier et Ranvier, du blessé délirant qui arrache les pièces de son pansement et agite son membre fracturé.

Cette théorie de la métastase a été également invoquée pour expliquer certains accidents cérébraux survenus au cours d'une médication énergique; tour à tour, on a incriminé les différentes substances que l'on a, les unes après les autres, utilisées dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, le sulfate de quinine, la vératrine, le salicylate de soude, etc.

Il est possible que, dans quelques cas, une médication trop longtemps prolongée, surtout quand les émonctoires fonctionnent insuffisamment, ait pu avoir une influence nocive, mais en réalité ces cas sont très exceptionnels, et l'analyse des faits observés ne prouve nullement que l'usage des différents médicaments énumérés puisse avoir déterminé l'apparition d'accidents nerveux.

La théorie de Bamberger, Friedreich, Jaccoud, qui veulent subordonner le rhumatisme cérébral au développement d'une lésion cardiaque, ne se base pas sur des preuves suffisantes; qu'il y ait fréquemment coïncidence, le fait n'est pas douteux, nous l'avons déjà dit, mais qu'il existe là un rapport de cause à effet, cette opinion est peu défendable. Le fait seul que dans quelques cas il n'y ait pas coïncidence d'une endocardite ou d'une péricardite suffit pour démontrer qu'elle n'est pas exacte.

Il n'est pas possible non plus de considérer exclusivement l'hyperthermie comme la cause réelle des accidents cérébraux; d'un côté, il n'y a pas toujours de l'hyperthermie, et de l'autre celle-ci peut exister sans qu'apparaissent des troubles nerveux. On peut même, avec vraisemblance, se demander si l'hyperthermie n'est pas aussi une conséquence du rhumatisme cérébral, ou n'est pas due du moins à une localisation du virus rhumatismal sur les centres nerveux (Desnos, Andrew).

En réalité, ce que nous savons de la nature du rhumatisme articulaire aigu, ce que nous savons de l'étiologie de cette maladie et des conditions qui favorisent le développement des complications cérébrales, nous fait supposer que celles-ci sont le résultat direct de l'action du virus du rhumatisme sur les centres nerveux.

C'est le plus souvent dans les formes aiguës, graves du rhumatisme qu'on observe ces accidents, alors que cette maladie se manifeste comme une affection générale et porte son action sur la plupart des viscères, cœur, poumon, rein, etc. Que les troubles circulatoires cérébraux déterminés par la coexistence d'une affection cardiaque concomitante jouent un certain rôle, que les embolies microbiennes ou autres à point de départ endocardique aient une certaine importance, la chose est possible, mais elle n'est pas la cause réelle du rhumatisme cérébral.

Il faut pour que celui-ci se réalise un poison rhumatismal virulent, puis pour qu'il se développe, un terrain favorable d'évolution; c'est alors qu'il faut invoquer cette cause qui ne fait presque jamais défaut, la tare nerveuse, héréditaire ou non, du rhumatisant.

Rhumatisme spinal. — D'après la plupart des auteurs, Ollivier et Ranvier, Besnier, Homolle, les manifestations de rhumatisme articulaire aigu du côté de la moelle épinière ne seraient pas douteuses.

On constaterait, dans quelques cas, des phénomènes d'irritation méningée, de l'hyperesthésie rachidienne, suivis ou non de parésie ou de paralysie des membres inférieurs et faiblesse du sphincter vésical.

Vallin, puis Trousseau, ont rapporté des observations dans lesquelles il s'agissait de personnes qui brusquement furent atteintes de *rachialgie* intense, puis de *parésie* des membres inférieurs, d'*engourdissement*, quelquefois d'incontinence d'urine; tous ces phénomènes disparurent brusquement pour faire place à des accidents articulaires.

Dans d'autres cas, les troubles du côté des membres inférieurs étaient apparus au cours d'un rhumatisme articulaire aigu ou bien ils alternaient avec les arthropathies (1).

Quelques-unes de ces observations semblent être parfaitement probantes, d'autres sont certainement à revoir, car elles n'entraînent pas la conviction. En effet, il a pu s'agir soit de myélites avec arthropathies, soit d'arthrites de la colonne vertébrale, et l'on comprend que le diagnostic en soit souvent difficile. Tel est le cas rapporté par MM. Spehl et Vandam (2) relatif à un jeune homme qui fut pris de douleurs spontanées au niveau du rachis et des membres inférieurs en même temps que de paraplégie spasmodique avec exagération des réflexes. Le diagnostic porté fut celui de méningo-myélite; puis apparurent des manifestations articulaires dans les membres inférieurs; la disparition de tous ces accidents par le traitement salicylé montra qu'en réalité il s'était agi d'arthropathies rhumatismales de la colonne vertébrale.

Manifestations diverses du rhumatisme sur le système nerveux. — En dehors du rhumatisme cérébral, les complications nerveuses du rhumatisme sont assez rares; quelques-unes cependant méritent d'être signalées. Telle est la *chorée*. Quelle que soit l'opinion qu'on se fasse sur la nature de cette affection, qu'on admette sa nature rhumatismale ou qu'on considère que le rhumatisme ne joue là qu'un rôle secondaire, occasionnel, — discussion que nous n'avons pas à soulever ici — il n'en est pas moins vrai qu'on l'observe fréquemment dans la convalescence du rhumatisme articulaire aigu et que, d'un autre côté, l'existence d'antécédents rhumatismaux est fréquemment notée dans l'histoire pathologique des choréiques.

On a encore signalé des troubles d'ordre divers, tels par exemple que l'observation de Foxwell (3), relative à un homme qui conserva pendant longtemps, à la suite d'un rhumatisme avec hyperthermie, des troubles nerveux rappelant de tous points la *sclérose en plaques*. Un an après, le malade était amélioré, mais non entièrement guéri; on sait que des accidents analogues ont été signalés à la suite des maladies aiguës, la pneumonie par exemple.

Du côté des nerfs, on a rapporté des exemples fréquents de *névralgies*, surtout dans le domaine du sciatique; nous avons nous-même observé un cas de sciatique double avec fièvre qui céda très rapidement en quelques jours au traitement salicylé et dont la nature rhumatismale ne semblait guère douteuse. Brieger, Bury, Hadden, Gordinier (4) ont signalé la *polynévrite* à la suite du rhuma-

(1) CHEVREAU, Manifestations médullaires du rhumatisme articulaire aigu; *Th. Paris*, 1889; *RENDU, Clin. méd.*, t. I, p. 100.

(2) SPEHL et VANDAM, *La Clinique belge*, 6 mai 1897.

(3) FOXWELL, *The Lancet*, 29 mai 1886, analysé in *Rev. des sc. méd.*, XXX, 151.

(4) GORDINIER, *New-York med. Journ.*, 1^{er} août 1891.

tisme articulaire aigu; l'examen histologique, dans le cas de Gordinier, démontra l'intégrité de la moelle et l'existence de lésions très accusées dans les nerfs périphériques.

Dans un article récent⁽¹⁾, Kahane a étudié les *manifestations neuro-musculaires* du rhumatisme articulaire aigu; il rappelle les cas de Hoffa, de Strümpell, de Darkschewitsch relatifs à des paralysies localisées avec atrophie musculaire survenues à la suite du rhumatisme, articulaire aigu, puis il rapporte à son tour une observation de névrite du nerf péronier.

En un mot, le rhumatisme produit du côté du système nerveux les mêmes accidents que la plupart des maladies infectieuses.

Enfin, dans sa thèse, Roi⁽²⁾ a étudié la *névrite optique rhumatismale*, mais le rôle joué par le rhumatisme articulaire aigu n'est pas toujours parfaitement démontré. On a signalé encore, au cours du rhumatisme des troubles du côté des yeux, mais d'une autre nature, la *conjonctivite* (Perrin), l'*ophtalmie* (Terrier), c'est-à-dire des troubles simultanés du côté de la conjonctive, de la cornée, de la membrane irio-choroïdienne.

IV

MANIFESTATIONS CUTANÉES DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

Les manifestations cutanées du rhumatisme articulaire aigu sont assez rares, si l'on fait abstraction des symptômes que nous avons énumérés, tels que la *rougeur des téguments* qui recouvre les articulations malades, les éruptions de *miliaire* ou de *sudamina*.

Beaucoup d'auteurs, anciens et modernes, décrivent cependant un très grand nombre de manifestations cutanées, érythèmes, purpura qui s'accompagnent, en effet, d'arthropathies. Or, la preuve de la nature rhumatismale de ces manifestations cutanées et de ces arthrites est loin d'être faite, du moins si nous restreignons le sens du mot de rhumatisme aigu à la polyarthrite rhumatismale.

C'est ainsi que l'*érythème polymorphe*, avec ses formes multiples, depuis la plaque arrondie ou sinueuse, jusqu'au nodule vrai de l'érythème noueux, a été pendant longtemps considéré comme une manifestation du rhumatisme. En effet, la règle est que ces éruptions cutanées s'accompagnent de complications articulaires et fréquemment aussi de complications cardiaques, endocardite ou péricardite; l'identité de nature semblait absolue.

Les auteurs modernes professent généralement d'autres idées sur la nature de l'érythème polymorphe et la plupart s'accordent à considérer l'érythème polymorphe comme une entité morbide, comme une maladie infectieuse s'accompagnant d'arthropathies. Roger, Gubler, G. Sée avaient déjà émis l'idée qu'il s'agissait d'une fièvre éruptive spéciale. De Molènes-Mahon⁽³⁾ dans une excellente thèse, s'est fait le défenseur de l'entité des érythèmes polymorphes; qu'ils se présentent sous des allures bénignes ou sous l'apparence d'une maladie

(1) KAHANE, *Centr.-Bl. f. klin. Med.*, 10 déc. 1892.

(2) ROI, *Th. Paris*, 1886.

(3) DE MOLÈNES-MAHON, De l'érythème polymorphe; *Th. Paris*, 1884.

infectieuse grave, avec complications viscérales, la maladie est toujours la même; les manifestations articulaires qu'on observe au cours de cette affection ne sont en réalité que des *pseudo-rhumatismes*.

Cette manière de voir que semble justifier l'étude des faits cliniques et qui est vraie, croyons-nous, dans la plupart des cas, ne va pas cependant jusqu'à nier la possibilité de lésions érythémateuses au cours du rhumatisme aigu. Ne sait-on pas, en effet, que la plupart des maladies infectieuses, la fièvre typhoïde, la fièvre puerpérale en particulier, peuvent s'accompagner d'éruptions cutanées érythémateuses? Mais alors l'évolution de la maladie, les manifestations articulaires sont bien celles du rhumatisme aigu et n'ont pas les allures du rhumatisme secondaire.

La preuve de la possibilité d'éruptions cutanées au cours du rhumatisme aigu, c'est que, dans des cas non douteux, on a signalé l'existence d'*éruptions scarlatiniformes* (Hallopeau).

On pourrait en dire autant à propos du *purpura* et de ce que l'on a appelé le *rhumatisme hémorragique*, la *pélieuse rhumatismale* de Schönlein. Un malade présente du purpura aux membres inférieurs, purpura plus ou moins accusé; tantôt ce sont de petites pétéchies ou de petites ecchymoses, tantôt, au contraire, des hémorragies cutanées étendues avec gonflement et œdème; en même temps surviennent des douleurs articulaires ou légères, ou assez prononcées pour s'accompagner d'un peu d'épanchement dans les grandes articulations.

Souvent aussi, dans les cas graves, se font des hémorragies par diverses voies, épistaxis, melæna, etc.

Considérée par les auteurs comme une forme clinique de rhumatisme, cette variété de *purpura rhumatoïde* (Mathieu) est aujourd'hui regardée comme étant entièrement distincte de la polyarthrite fébrile⁽¹⁾, sans qu'on puisse encore utilement lui donner une place définitive dans la nosographie.

En un mot, l'existence du rhumatisme hémorragique est loin d'être démontrée; si cela est vrai, il n'en est cependant pas moins exact que le purpura, comme d'autres hémorragies, l'épistaxis en particulier, peut être observé au cours du rhumatisme aigu. Ces accidents sont cependant rares; le rhumatisme aigu, dit M. E. Besnier, n'est pas une affection dont l'hémorragie fasse partie intégrante.

L'œdème est souvent associé aux éruptions diverses que nous venons de passer en revue, et ne saurait être considéré comme un œdème rhumatismal. Dans quelques cas cependant il semble pouvoir accompagner le rhumatisme comme manifestation isolée sous forme d'œdèmes localisés ou de véritables plaques d'œdème dur (Léger, Davaine). Quant à l'œdème chronique et aux pseudo-lipomes sus-claviculaires décrits par Potain et Verneuil, ils appartiennent surtout au rhumatisme chronique.

Les *nodosités cutanées* ont été décrites par Jaccoud et par Meynet (de Lyon) en 1875, et elles portent souvent le nom de nodosités de Meynet; ce sont de petites tumeurs sous-cutanées, sphériques ou ovoïdes, généralement bien circonscrites; mobiles sous la peau, de petit volume, elles sont peu douloureuses à la pression. On les trouve surtout au voisinage des articulations malades, au pourtour du coude, des tendons extenseurs des doigts, sur les bords de la rotule ou bien à la tête au niveau du front ou de l'occiput.

(1) Voir MATHIEU, Purpuras hémorragiques; *Thèse de Paris*, 1885. — DU CASTEL, Des diverses espèces de purpuras; *Th. agrég.*, 1885.