

De nombre très variable, elles se développent très rapidement, mais disparaissent de même. Troisier et Brocq, Barlow et Warner ont décrit des cas analogues.

Elles sont constituées, ainsi que l'a montré Troisier, par du tissu conjonctif en voie de prolifération active; adhérentes aux ligaments, aux aponévroses, au périoste, elles sont indépendantes de la peau. Cheadle, qui a fait observer leur analogie de structure avec les végétations de l'endocardite, leur accorde une valeur pronostique importante : d'après lui, elles accompagneraient ou précéderaient l'évolution de lésions de l'endocarde ou du péricarde. Brissaud<sup>(1)</sup> a vu chez un jeune homme rhumatisant de 17 ans coïncider des nodosités de la nuque et du dos avec un gonflement des ganglions axillaires, gonflement qu'il désigne du nom de *bubon rhumatismal*. Il croit aussi que l'apparition de ces petites tumeurs fibreuses doit être considérée comme un signe de mauvais augure. Nepveu<sup>(2)</sup> pense que ces nodosités sont dues à de petites embolies capillaires; il a constaté, en effet, qu'elles étaient constituées par un véritable foyer nécrobiotique entouré d'une zone de globules blancs contenant des micro-organismes. On s'expliquerait alors leur signification pronostique, puisqu'elles seraient l'indice que le rhumatisme se manifeste comme une maladie infectieuse généralisée.

Il ne faut pas les confondre avec les *nodosités périostiques* décrites par Verneuil<sup>(3)</sup> qui se développent sur les os des membres, sur le crâne ou le maxillaire et que l'on pourrait facilement prendre pour des lésions de périostite syphilitique.

## V

## COMPLICATIONS RARES DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

Les complications viscérales du rhumatisme sont surtout des complications soit cardiaques, soit pleurales ou pulmonaires, soit enfin, mais plus rarement, des complications cérébrales. A côté de celles-ci, le rhumatisme peut quelquefois, dans des cas plus rares, il est vrai, présenter des manifestations sur d'autres viscères.

Telles sont, par exemple, les **complications du côté du tube digestif**. L'*angine* du début, dont nous avons déjà parlé, peut prendre parfois des allures plus accusées; la déglutition, dit Lasègue, est alors très pénible et nullement en rapport avec ce que l'on constate du côté de la gorge, qui présente seulement une rougeur diffuse. Elle apparaît en même temps que les douleurs articulaires ou les précède d'un jour ou deux; dans des cas plus rares, elle n'apparaît qu'après l'invasion des symptômes articulaires.

L'embarras des premières voies digestives est rarement accusé; quelquefois cependant on note des vomissements. L'*ictère* a été signalé à titre de rareté clinique (Lieblinger). La *diarrhée* est également exceptionnelle.

Il en est de même de la *péritonite rhumatismale* (Fuller, Blachez, Manou-

(1) BRISSAUD, *Rev. de méd.*, avril 1885.

(2) NEPVEU, *Soc. de biol.*, juin 1890.

(3) VERNEUIL, *Congrès de l'Ass. franç. pour l'Av. des sc.*, 1884.

(4) VOIR DE SAINT-GERMAIN, *Thèse Paris*, 1895.

vrier), dont les observations ne sont pas toutes concluantes. Contrairement aux autres séreuses, le péritoine reste presque toujours indemne.

Du côté des **voies urinaires et génito-urinaires** on a signalé la *cystite* (Senator), l'*hydrocèle*, l'*orchite* (Fernet, Duguet, Dhomont); l'orchite prendrait, dans ces cas, les allures de l'orchite ourlienne et pourrait être, comme celle-ci, suivie d'atrophie testiculaire.

L'*albuminurie* n'est pas fréquente au cours du rhumatisme, mais cependant on l'observe dans quelques cas comme un symptôme accessoire disparaissant après quelques jours; elle fait le plus souvent partie des manifestations du début de l'attaque et peut être regardée comme l'expression d'une sorte de fluxion rénale. Chéron<sup>(1)</sup> croit cette albuminurie moins rare qu'on ne l'admet généralement; quand elle est abondante, elle est symptomatique d'une *néphrite rhumatismale*, dans le vrai sens du mot, mais ces cas sont très rares. Elle peut alors s'accompagner d'anasarque, de douleurs lombaires et d'hématurie. Il s'agit presque toujours de rhumatisants avec complications cardiaques. Rosenstein et Dickinson ont rapporté des cas analogues. Ils demandent à être différenciés des lésions rénales qui sont consécutives à des infarctus, lésions décrites par Rayer, mais qui s'observent surtout dans les pseudo-rhumatismes avec endocardite végétante.

Enfin il faut citer les *ostéites rhumatismales*, non pas celles décrites par Régnier et Legendre dans leur travail de 1885 et qui se rapportent à des ostéites de natures diverses, mais celles plus récemment observées par Hobbs<sup>(2)</sup> et Chatin<sup>(3)</sup>, véritables ostéopériostites du crâne, des membres, etc., et coïncidant avec un rhumatisme articulaire aigu ou lui succédant.

A titre de très grande rareté, la *thyroïdite* signalée par Molière (de Lyon), en 1875 et par Zoniovitch (Th. de Paris, 1885).

## ÉVOLUTION ET FORMES CLINIQUES; DIAGNOSTIC; PRONOSTIC

Le rhumatisme articulaire aigu n'a pas une marche cyclique et il présente, dans son évolution, des différences très considérables; de sorte qu'il est toujours difficile de prévoir la durée, même approximative, de la maladie. Friedländer cependant admet que le rhumatisme évolue en huit ou quinze jours, et que, comme la plupart des fièvres, la courbe thermométrique, avec sa phase d'augment, sa phase d'état et sa phase de décroissance, est aussi régulière que celle d'une maladie éruptive. L'étude clinique des faits ne semble pas corroborer l'opinion de cet auteur.

Parfois, en effet, le rhumatisme est abortif, et en quelques jours la maladie est terminée, mais ce n'est pas une raison pour qu'elle ait été légère; à ces formes abortives, en effet, peuvent appartenir des cas de rhumatisme avec manifestations très accusées, arthropathies généralisées, température très élevée.

De même l'on voit des rhumatismes dont les symptômes sont peu intenses

(1) CHÉRON, De l'albuminurie dans le rhumatisme articulaire aigu; *Thèse Paris*, 1885.

(2) HOBBS, *Journal de méd. de Bordeaux*, 28 janvier 1894.

(3) CHATIN, *Lyon médical*, 1894, p. 5.

et qui cependant traînent pendant longtemps sans perdre leur caractère de maladie bénigne.

Il n'y a donc pas de règles absolues à établir. Cependant, d'une façon générale, on peut diviser la plupart des cas de rhumatisme aigu en diverses variétés : le *rhumatisme articulaire aigu franc*, qui atteint généralement des sujets vigoureux, bien portants et chez lesquels la plupart des articulations sont prises; la fièvre est élevée, atteint facilement 39°, 39°,5, mais sans que — nous l'avons dit ailleurs — il y ait toujours corrélation entre le thermomètre et le nombre des arthropathies; cette variété de rhumatisme dure en moyenne de 9 à 12 jours.

Dans d'autres cas, le rhumatisme est dit *rhumatisme abortif*; les symptômes sont ou légers ou d'intensité moyenne, mais en quelques jours, 5 ou 6, la maladie est arrêtée dans sa marche et la guérison survient assez rapidement.

Dans d'autres circonstances, le rhumatisme prend le caractère d'une maladie à pronostic réservé, c'est le *rhumatisme grave*; d'emblée un grand nombre d'articulations sont prises, la température est élevée, les sueurs et les éruptions sont abondantes. Parfois même il présente toutes les allures d'une dothinérité : la prostration est grande, le délire prononcé; cette forme a mérité le nom de *variété typhoïde* du rhumatisme (Robin et Leredde). Le plus souvent cependant la gravité de la maladie est considérablement augmentée par l'apparition de complications viscérales diverses; c'est le *rhumatisme viscéral secondaire*, précoce ou tardif, ces complications ne survenant généralement que vers les 6<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup> ou 9<sup>e</sup> jours.

Certains caractères particuliers du rhumatisme permettraient de craindre, sinon d'affirmer l'apparition prochaine de ces manifestations du côté des viscères (Jaccoud). Dès le début, la température reste élevée, trop élevée même eu égard au nombre des articulations qui sont prises; en outre, la courbe thermique ne présente que de très faibles rémissions matinales; enfin, l'aspect du malade est celui d'un sujet atteint d'une affection grave, le faciès est altéré, l'abattement extrême, souvent aussi la langue est sèche et les sueurs font défaut. Voici ce que dit à ce propos M. Jaccoud (1) : « Lorsque ces différents caractères sont réunis, vous pouvez vous donner le plaisir d'être prophète et prédire qu'avant quarante-huit heures le cœur, la plèvre ou le poumon seront atteints. »

Dans d'autres circonstances, plus rares heureusement, les manifestations viscérales surviennent d'emblée, avant les poussées articulaires; c'est le *rhumatisme viscéral d'emblée* bien décrit également par M. Jaccoud. D'emblée les manifestations viscérales se sont produites; en pareil cas, les arthrites peuvent être nombreuses, mais, en général, elles ne sont pas très intenses; la température est élevée et les sueurs ne font pas défaut.

Quelle que soit la forme de rhumatisme viscéral la maladie est toujours longue; le rhumatisme viscéral d'emblée dure fréquemment de 50 à 50 jours; le rhumatisme viscéral secondaire dure moins longtemps, et l'on peut après 18 ou 20 jours espérer voir survenir l'apyrexie définitive.

« L'une et l'autre forme, dit M. Jaccoud, ont une marche paroxystique, irrégulière; après vingt-quatre heures d'apyrexie on voit survenir des reprises et, chose tout à fait digne de remarque, les reprises viscérales sont toujours précédées d'une diminution considérable dans les fluxions articulaires. C'est un phé-

(1) JACCOUD, *Sem. méd.* p. 445.

nomène constant; jamais je ne l'ai vu manquer et, pour moi, il a une importance extrême, parce qu'il indique que dans ces rhumatismes si graves, il faut éviter toute médication capable de diminuer la douleur et le mouvement fluxionnaire du côté des articulations. »

Ces diverses variétés cliniques n'ont pas un caractère absolu; elles représentent la généralité des faits; car, ainsi que nous l'avons dit ailleurs, on peut voir survenir des complications viscérales chez des sujets atteints de manifestations articulaires légères; mais cependant l'exception n'infirmes pas la règle.

Le *rhumatisme infantile* présente quelques caractères particuliers que nous ont fait connaître H. Roger, West, etc., et plus récemment Vohsen, Smith, Perret, etc. Le rhumatisme des enfants est assez habituellement peu généralisé, se localise de préférence aux membres inférieurs ou aux doigts, et les douleurs durent peu de temps; enfin, si les éruptions, les nodules sous-cutanés s'observent assez souvent, les sueurs, la température élevée du rhumatisme des adultes ne sont presque jamais constatées. Par contre, quelle que soit la forme du rhumatisme, les complications viscérales sont d'une grande fréquence (Smith 43 : 75); le plus souvent, il s'agit d'endocardite. La péricardite, quoique plus fréquente que chez l'adulte, s'observerait moins souvent que l'endocardite. Quant aux manifestations cérébrales du rhumatisme, elles sont inconnues chez les enfants, mais tous les auteurs reconnaissent, quelle que soit l'interprétation que l'on donne à cette coïncidence, que la chorée est fréquente pendant la convalescence.

Pour quelques auteurs même cette névrose s'associerait parfois à l'endocardite alors qu'on ne note rien de particulier du côté des jointures. Cette coïncidence de la chorée et du rhumatisme que nous n'avons pas à discuter ici est à rapprocher également de ce fait signalé par Goodhart que les enfants rhumatisants sont toujours les plus nerveux de la famille et sont fréquemment sujets à des terreurs nocturnes. Il y a là une question de prédisposition intéressante à signaler.

La *convalescence* est caractérisée par la chute de la température et par la disparition des douleurs; elle est souvent traînante et longue : à la moindre fatigue, le thermomètre présente une élévation nouvelle et des douleurs réapparaissent; il n'est même point exceptionnel de voir survenir des *rechutes* qui, si elles ont habituellement un caractère de bénignité, peuvent cependant prendre en tous points les allures d'un véritable rhumatisme articulaire aigu, s'accompagnant même de complications viscérales alors qu'elles avaient fait défaut au cours de la première attaque.

La convalescence s'accompagne en même temps de troubles divers de la nutrition qui font rarement défaut; l'*anémie* est souvent très prononcée et ne disparaît que longtemps après; même après la guérison et pendant un temps plus ou moins long le malade reste débilité; il souffre encore de ses jointures malhables; les masses musculaires sont diminuées de volume ou même parfois considérablement atrophiées (Gubler); quelquefois enfin il se produit au pourtour des articulations des *rétractions aponévrotiques* ou *tendineuses* qui déforment les articulations et rappellent de loin le rhumatisme chronique.

En tous cas, si les articulations atteintes ne reprennent pas toujours au bout d'un certain temps leur mobilité, si elles peuvent parfois rester un peu tumé-

fiées ou douloureuses, il n'en est pas moins vrai que le rhumatisme articulaire aigu ne se transforme pas en rhumatisme chronique, maladie de nature essentiellement différente. Tout au plus, expose-t-il le malade à une période ultérieure à être atteint de polyarthrite déformante, mais alors au même titre que toute autre infection avec localisations articulaires.

Par contre, le malade qui a été atteint de rhumatisme aigu sera souvent, quelques mois ou plusieurs années après, atteint d'une nouvelle poussée de rhumatisme articulaire aigu, soit bénigne, soit grave, la première atteinte ne permettant nullement de présager ce que pourra être la seconde ou la troisième attaque.

**Diagnostic.** — Le diagnostic du rhumatisme articulaire aigu ne présente pas de difficulté réelle, lorsqu'il est bien caractérisé.

Dans la période de début cependant, surtout avant que les manifestations articulaires soient très manifestes, le diagnostic peut être hésitant entre une grippe, ou une fièvre typhoïde, mais l'hésitation ne sera pas de longue durée.

Quand les manifestations articulaires sont apparues on pourra hésiter lorsqu'elles ne présentent pas tous les caractères que nous leur avons décrits, et il faut reconnaître que l'erreur est parfois facile. Il est, en effet, un grand nombre de maladies qui s'accompagnent de manifestations articulaires qui simulent le rhumatisme; c'est ainsi que la *blennorrhagie* provoque fréquemment des douleurs vives au niveau des articulations, mais celles-ci sont plus fixes, moins généralisées et moins mobiles que dans le rhumatisme articulaire aigu; la fièvre est généralement moins élevée, les sueurs font défaut, et les complications viscérales sont exceptionnelles. Nous retrouvons du reste la plupart de ces caractères dans les arthrites succédant aux maladies aiguës, ou survenant dans leur cours, telles que les arthrites de la *dysenterie*, du *choléra*, de la *fièvre typhoïde*, des *oreillons*, etc.

Enfin, il existe un certain nombre d'états infectieux décrits surtout par M. Bouchard et par ses élèves sous le nom de *rhumatismes pseudo-infectieux proprement dits*, états infectieux qui se caractérisent par des manifestations articulaires souvent très accusées et par des phénomènes généraux graves, température élevée, abattement extrême. Assez fréquemment ces arthrites se terminent par suppuration; elles avaient été considérées par beaucoup d'auteurs comme des cas de rhumatisme suppuré, tandis que nous les considérons aujourd'hui comme des cas de pyohémie ou de septicémie avec manifestations articulaires; le point de départ de l'infection n'étant pas toujours facile à reconnaître, on comprend qu'on puisse les confondre durant plusieurs jours avec le rhumatisme articulaire proprement dit.

Rappelons encore que la *syphilis* peut, dans ses manifestations articulaires, simuler le véritable rhumatisme; Ziehl<sup>(1)</sup>, dans deux cas de syphilis secondaire méconnue, crut avoir affaire à un rhumatisme vrai; les douleurs articulaires étaient vives, généralisées à plusieurs jointures, mais ne s'amélioraient pas sous l'influence du traitement salicylé. Lorsque l'existence de la syphilis fut reconnue, le traitement spécifique fit disparaître rapidement tous les accidents.

C'est chez les jeunes enfants atteints de douleurs articulaires qu'il faudra

(1) ZIEHL, *Deuts. med. Wochens.*, n° 28, 1884.

surtout penser, soit à la syphilis, soit à la pyohémie, car le rhumatisme articulaire est exceptionnel chez eux.

Citons enfin l'*ostéite juxta-épiphysaire*, la *tuberculose miliaire aiguë* avec localisations articulaires (Laveran), comme pouvant simuler le rhumatisme, et nous aurons énuméré le plus grand nombre des causes d'erreur qui pourront se présenter.

**Pronostic.** — La mortalité du rhumatisme articulaire aigu est généralement très faible; E. Besnier pense qu'elle est représentée par le chiffre de 5 à 4 pour 100; la moyenne des auteurs donnent des chiffres à peu près semblables. Le rhumatisme est donc, au point de vue du pronostic immédiat, plus bénin que l'immense majorité des affections aiguës.

Malheureusement ce pronostic est bien loin de répondre à la réalité des faits si l'on songe aux complications viscérales si fréquentes dans le rhumatisme et à leurs conséquences éloignées. Combien d'endocardites chroniques, de symphyses cardiaques qui ne sont en réalité que des suites lointaines mais directes de la polyarthrite aiguë! Ce qui est vrai, c'est que le rhumatisme articulaire aigu est une maladie dont la gravité réelle, en raison de ses complications éloignées, est pour le moins aussi grande que celle de la plupart des maladies infectieuses.

Pour établir le pronostic d'une attaque de rhumatisme, chose toujours délicate, il faudra tenir compte de l'intensité des manifestations articulaires, de l'absence ou de l'existence de complications viscérales, de la marche de la maladie, toujours plus grave dans les formes anormales, enfin de la température qui donne des indications pronostiques de grande valeur. Malgré tout cela, en raison des complications impossibles à prévoir, les prévisions les plus rationnelles peuvent être parfois trompées.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

**Anatomie pathologique.** — Les caractères cliniques de l'arthrite, si mobile, si fugace, du rhumatisme aigu permettent déjà de supposer que les lésions anatomiques seront surtout et avant tout des lésions de congestion et d'hyperémie. En effet, elles ont parfois disparu après la mort.

Les altérations anatomiques des articulations ne diffèrent pas sensiblement, disent Cornil et Ranvier, des articulations traumatisées expérimentalement.

**Épanchement articulaire.** — Ouvre-t-on une articulation enflammée, on voit s'en écouler un liquide filant, visqueux, semblable à la synovie, mais plus abondant. Ce liquide se coagule par la chaleur quand on y ajoute de l'acide acétique. Au microscope on y trouve des cellules semblables aux cellules du pus, cellules arrondies contenant un ou plusieurs noyaux, des granulations graisseuses, plus ou moins abondantes; celles-ci sont quelquefois si abondantes que la cellule prend tout à fait l'apparence d'un corpuscule de Gluge.

Ces divers éléments sont fréquemment emprisonnés dans un véritable réticulum de fibrine ou de mucine; ce sont ces flocons qui apparaissent dans la

synovie « comme des crachats de consistance muqueuse ou parfois presque purulente, ou même analogues aux crachats de la pneumonie ».

De coloration variable suivant la quantité d'éléments histologiques qu'il contient, l'épanchement articulaire, du moins dans le véritable rhumatisme, ne se transforme jamais en pus; il n'est qu'une synovie modifiée par la présence d'un exsudat muco-fibrineux.

La *synoviale* est rouge, épaissie, recouverte quelquefois d'un enduit fibrineux très léger. Les tissus périphériques eux-mêmes sont parfois aussi œdématiés. Les franges synoviales sont turgescents, grâce aux capillaires qu'elles contiennent et qui sont dilatés et gorgés de globules sanguins.

Si l'on examine histologiquement la synoviale, ainsi que l'ont fait Cornil et Ranvier, on voit que les cellules sont en voie de multiplication; leurs noyaux contiennent plusieurs nucléoles brillants, en même temps que ces noyaux sont eux-mêmes ou déjà divisés ou en voie de division. Il n'est point rare de compter dans une cellule de 10 à 12 noyaux; les cellules elles-mêmes sont plus ou moins volumineuses, déformées et contiennent des granulations graisseuses ou des gouttelettes fines de mucine.

La *surface cartilagineuse*, malgré son apparence, est le plus souvent atteinte; « dans les fluxions rhumatismales même légères, disent Cornil et Ranvier, on trouve constamment des modifications du cartilage diarthrodial. » Bouillaud les avait déjà signalées. Ces lésions consistent macroscopiquement en un léger dépoli de la surface cartilagineuse, quelquefois en de fines fissures séparant les unes des autres quelques villosités.

Histologiquement cette lésion se caractérise par une multiplication des cellules cartilagineuses; à l'état normal, les capsules cartilagineuses les plus superficielles de la surface diarthrodiale sont arrondies et contiennent une cellule unique. Dans l'arthrite rhumatismale cette cellule prolifère se divise et les cellules nouvelles ainsi formées s'entourent à leur tour d'une nouvelle capsule.

Ce processus localisé par ilots à la surface se retrouve également dans les parties profondes du cartilage, de telle sorte que les capsules apparaissent non plus ovoïdes, mais sous forme de boyaux allongés remplis de capsules secondaires. En même temps la substance fondamentale perd son apparence hyaline, transparente et elle se segmente suivant un plan de clivage parallèle au grand axe des cellules cartilagineuses; de là, cette fragmentation du cartilage en petits lambeaux qu'on observe parfois dans certains cas de rhumatisme aigu ayant duré un certain temps.

En un mot, ces diverses lésions sont celles de l'arthrite aiguë; elles sont l'expression d'une réaction violente de l'organisme vis-à-vis d'un agent pathogène dont la connaissance est encore incomplète.

Au niveau des séreuses, telles que l'endocarde, le péricarde, les lésions, ainsi que nous l'avons vu, sont avant tout des lésions inflammatoires aiguës, n'allant jamais, en aucun point du corps, jusqu'à la suppuration.

*Altérations du sang.* — On a décrit depuis très longtemps les caractères particuliers que présente le sang des rhumatisants; Sydenham le comparait au sang couenneux des pleurétiques; en effet, le sang de la saignée se prend en un caillot de petit volume recouvert par une membrane résistante, de coloration jaunâtre.

La fibrine est augmentée de quantité, 4 à 10 pour 1 000 (Andral et Gavarret), tandis que les matériaux solides du sérum descendent jusqu'à 80 ou même 60

pour 1 000; l'hémoglobine est également diminuée de quantité et tombe, dans les cas graves, jusqu'à 7 pour 100, au lieu de 15, chiffre normal. L'analyse chimique n'a jamais démontré dans le sérum ni acide lactique, ni urée, ni acide urique.

A l'hématimètre, on trouve le nombre des globules rouges diminué, diminution assez sensible puisqu'elle peut aller jusqu'à un million par millimètre cube (Arch. Garrod); cette diminution des globules est à peu près parallèle à la diminution de l'hémoglobine; de sorte qu'on peut dire que chaque globule a conservé sa proportion normale d'hémoglobine, sauf cependant au début de la convalescence où, la quantité de globules rouges augmentant, leur valeur propre diminue nécessairement.

En même temps que les hématies diminuent, le chiffre de globules blancs augmente et peut aller jusqu'à 20 000 par millimètre cube, tandis que le chiffre normal est de 6 à 7 000; ce n'est pas du reste un processus spécial au rhumatisme, car on l'observe dans un assez grand nombre de maladies aiguës; c'est un argument à invoquer par ceux qui font du rhumatisme articulaire aigu une maladie infectieuse. On sait, en effet, d'après Metchnikoff, le rôle phagocytaire que joueraient les leucocytes dans les maladies microbiennes.

Hayem, à qui nous devons la plupart de ces détails, a constaté encore un caractère important au sang du rhumatisant, c'est l'augmentation considérable de la fibrine qui se montre sous forme de réseaux abondants, lorsqu'on examine une goutte de sang au microscope.

Ce caractère seul aurait permis à M. Hayem de reconnaître, avant l'apparition d'arthropathies, un cas de rhumatisme grave dont le diagnostic sans ce fait aurait été impossible (1).

**Pathogénie.** — Diverses théories ont été émises pour expliquer la pathogénie du rhumatisme articulaire aigu; elles peuvent se réduire à quatre principales, la théorie humorale, la théorie névrotrophique, la théorie embolique, la théorie parasitaire.

Dans la *théorie humorale* on attribuait le rhumatisme à la prédominance des acides. Tous les auteurs avaient fait remarquer, en effet, que les sueurs du rhumatisant, que l'urine, la salive étaient acides à l'excès; pour les uns ce devait être l'acide urique (Haig), pour les autres l'acide lactique (Prout, Williams, Todd, Fuller, Richardson, etc.). Foster, en 1874, n'avait-il pas provoqué expérimentalement l'apparition du rhumatisme chez deux diabétiques en leur faisant ingérer de l'acide lactique? Or, ni l'une ni l'autre de ces hypothèses ne semblent pouvoir être soutenues; elles ne se basent sur aucun fait probant; Garrod n'a pas retrouvé l'acide urique en excès dans le sang, et Bartels n'a pas davantage constaté ce fait pour les urines.

Quant à l'acide lactique, ce n'est pas seulement dans le rhumatisme qu'on le trouve en excès, et rien ne prouve qu'il soit susceptible de produire des arthrites ou des lésions des séreuses viscérales.

La *théorie névrotrophique* a été soutenue par Heymann, Mitchell, Froriep, Canstatt; pour eux le refroidissement, en agissant sur le système nerveux, produirait, par une sorte d'action réflexe trophique, des arthrites comparables à

(1) Bull. Soc. méd. des hôp., janvier 1886.