

## RHUMATISME AIGU.

ÉTILOGIE. — Le rhumatisme aigu s'observe dans tous les climats, dans toutes les saisons, à tous les âges; on peut dire cependant, d'une façon générale, qu'il est plus commun dans les climats tempérés que dans les climats extrêmes et qu'il constitue surtout une maladie de l'âge adulte; aucune classe de la population n'est épargnée, contrairement à ce qui arrive pour la goutte, qui ne se rencontre pas chez les pauvres.

L'hérédité joue certainement un rôle important dans l'étiologie du rhumatisme, mais il est difficile d'apprécier exactement le nombre des cas développés sous cette influence, les statistiques faites à ce point de vue laissant beaucoup à désirer, la plupart des auteurs ayant confondu le rhumatisme et la goutte.

Parmi les causes qui peuvent provoquer l'apparition du rhumatisme, chez des personnes prédisposées d'ailleurs, il faut citer en première ligne les refroidissements. Le froid agit-il par l'intermédiaire du système nerveux ou bien en empêchant l'élimination par les sueurs de certains principes excrémentiels dont la présence dans le sang cause l'attaque de rhumatisme aigu? Nous l'ignorons complètement.

Les fatigues qui portent plus spécialement sur telle ou telle articulation sont une cause de la localisation de la diathèse; à moins de circonstances professionnelles spéciales, ce sont les grandes articulations des membres inférieurs qui fatiguent le plus, aussi le rhumatisme débute-t-il, en général, par ces articulations.

DESCRIPTION. — Les auteurs anglais ont donné parfois au rhumatisme aigu le nom de *fièvre rhumatismale*; en effet, l'intensité du mouvement fébrile, avant même l'apparition des douleurs articulaires, fait songer dans certains cas à une fièvre essentielle ou du moins à une maladie voisine de ces fièvres, à l'érysipèle par exemple, qui a été plus d'une fois comparé au rhumatisme aigu.

L'ascension thermique est en général progressive, sans frisson initial; la température, qui dépasse rarement 39 ou 40 degrés, atteint le maximum vers la fin de la première semaine, puis elle redescend progressivement. Dans les formes légères la température s'élève peu, bien que les lésions articulaires soient souvent assez prononcées. Le pouls est fréquent, fort; l'amplitude des pulsations est très grande.

Dans la plupart des cas, les douleurs articulaires apparaissent en même temps que la fièvre; elles se montrent d'abord dans les grandes articulations des membres inférieurs, dans les cous-de-pied et les genoux, puis elles envahissent les épaules, les coudes et les poignets; dans les attaques légères, les grandes articulations sont seules atteintes; dans les attaques très aiguës, les petites articulations des pieds et des mains se prennent, ainsi que les articulations de la clavicule, des côtes, des vertèbres, du maxillaire inférieur.

Le principal et quelquefois le seul caractère des arthropathies rhumatismales est la douleur qui, assez modérée au repos, est exaspérée par tous les mouvements; lorsque le rhumatisme s'est généralisé, les malades se tiennent immobiles dans leur lit et redoutent le moindre déplacement. Les arthropathies qui siègent dans les articulations vertébro-costales ou temporo-maxillaires sont particulièrement douloureuses, parce que l'immobilisation de ces articulations est difficile; les malades qui ont des arthrites vertébro-costales se plaignent de points de côté, de douleurs vives, augmentant dans les fortes inspirations, qui peuvent faire croire à une localisation plus profonde et plus grave.

Les douleurs s'exaspèrent souvent pendant la nuit, les malades ne peuvent trouver aucune position pour dormir et l'irritation produite par l'insomnie vient aggraver leurs souffrances.

Les articulations envahies se tuméfient le plus souvent; la tuméfaction est due, d'une part à l'infiltration œdémateuse des tissus péri-articulaires, d'autre part à un épanchement de synovie dans l'intérieur des articulations, ainsi qu'on peut s'en assurer facilement pour les genoux; en refoulant le liquide contenu dans le cul-de-sac supérieur et en pressant sur la rotule on détermine le choc caractéristique de l'hyarthrose du genou. La tuméfaction est aussi très apparente aux poignets et aux articulations des phalanges; les doigts sont dans la demi-flexion, les malades ne peuvent plus ni les fléchir complètement, ni les étendre sans éprouver de vives douleurs; on comprend que pour les articulations qui, comme celles des hanches ou des épaules, sont entourées d'une épaisse couche de parties molles, l'existence de l'épanchement soit beaucoup plus difficile à reconnaître.

La peau qui recouvre les articulations, même les plus superficielles, conserve souvent une coloration normale; il y a, comme l'a dit Trousseau, une *fluxion blanche des tissus*; d'autres fois on

constate une rougeur plus ou moins vive, disposée par traînées ou par plaques.

La rapidité avec laquelle ces arthropathies évoluent et se déplacent constitue un de leurs principaux caractères. Si, comme c'est la règle, les articulations des cous-de-pied et des genoux ont été prises les premières, au moment où le rhumatisme envahit les épaules et les coudes, les articulations des membres inférieurs cessent d'être douloureuses et reviennent peu à peu à l'état normal.

Ces arthropathies, et c'est là encore un de leurs caractères, se terminent toujours par résolution, jamais par suppuration : ce ne sont pas des arthrites inflammatoires franches, pas plus que la tuméfaction des parotides dans les oreillons n'est une parotidite.

La fièvre persiste, plus ou moins forte, pendant toute la durée de la période d'état ; les malades ont en général des sueurs très abondantes qui imprègnent leur linge et qui en s'altérant dégagent une odeur caractéristique ; la peau se recouvre souvent de sudamina. Aux membres inférieurs il n'est pas rare d'observer, surtout au niveau des genoux et à la face interne des jambes, des plaques rosées ou d'un rouge vineux, saillantes, à base indurée, à bords irréguliers et frangés, auxquelles on a donné le nom d'*érythème noueux* ; ces plaques apparaissent quelquefois avant les douleurs articulaires, les localisations articulaires peuvent même manquer complètement, on a alors l'*érythème noueux fébrile*.

On voit quelquefois se développer chez les rhumatisants, soit pendant les attaques de rhumatisme aigu, soit en dehors de ces attaques, des nodosités sous-cutanées qui ont été décrites par MM. Meynet et Féréol. Il s'agit de petites tumeurs sous-cutanées sphériques ou ovoïdes, dont la grosseur varie du volume d'un petit pois à celui d'une noisette, assez consistantes, peu douloureuses à la pression, plus ou moins mobiles sous la peau. Ces nodosités se montrent de préférence au front, ou autour des articulations, sur le trajet des tendons ; leur évolution est très rapide, elles disparaissent souvent au bout de quelques heures et ne suppurent jamais. On ignore quelle est la nature exacte de ces petites tumeurs. Féréol pense qu'il s'agit simplement d'un œdème dur du tissu cellulaire et cette opinion paraît très vraisemblable, ce serait de l'*érythème noueux sans érythème*.

La fièvre rhumatismale détermine une anémie rapide, la puissance anémiant du rhumatisme aigu n'a de comparable que celle de la fièvre intermittente. D'après les recherches de M. Malassez

le chiffre des globules peut tomber en quelques jours de 4 500 000 par millimètre cube à 2 000 000 environ.

Les urines sont rares, elle renferment un excès d'urée, d'urates et de principes colorants provenant de la destruction des globules du sang.

Du côté des organes digestifs on n'a guère à noter que la soif, l'anorexie et la constipation. La langue reste en général blanche et humide.

A moins de complications, les symptômes nerveux ont peu d'intensité ; la céphalalgie est en rapport avec la fièvre, l'intelligence reste nette ; quant à l'insomnie, elle ne dépend pas, comme dans les maladies typhoïdes, de l'état général, elle est le résultat des douleurs articulaires.

La durée des attaques de rhumatisme aigu est assez variable : dans les cas légers et moyens, non compliqués, elle est de deux à quatre septénaires ; dans les cas graves, compliqués, elle peut être beaucoup plus longue.

COMPLICATIONS. — Le rhumatisme aigu peut se localiser sur les séreuses viscérales comme sur les séreuses articulaires, et il en résulte des complications très graves. Les inflammations du péricarde et de l'endocardie sont en particulier si fréquentes, qu'on pourrait les faire figurer parmi les symptômes de la maladie, si d'autre part il n'était indiqué de les réunir aux autres inflammations des séreuses, qui sont plus rares et qui méritent le titre de complications

C'est à Bouillaud que revient le mérite d'avoir démontré la fréquence de la péricardite et de l'endocardite dans le cours du rhumatisme aigu ; d'après les lois formulées par Bouillaud, dans le rhumatisme articulaire aigu, violent, généralisé, l'existence d'une péricardite ou d'une endocardite est la règle, tandis que dans le rhumatisme léger, partiel, apyrétique, ces complications sont presque toujours défaut. On peut dire d'une façon générale que la péricardite ou l'endocardite se rencontrent au moins dans la moitié des cas de rhumatisme articulaire aigu et que ces complications sont d'autant plus fréquentes que le rhumatisme est plus aigu ; l'endocardite est plus fréquente que la péricardite. Ces complications ne s'annoncent pas toujours par des symptômes bien caractéristiques, l'endocardite en particulier peut se développer d'une façon insidieuse ; le médecin appelé à soigner un rhumatisant doit donc toujours explorer le cœur et il doit répéter souvent cet examen, alors

même que les malades n'accusent aucune douleur, aucun trouble du côté du cœur.

La péricardite et l'endocardite apparaissent quelquefois dès le début de la maladie, le plus souvent elles surviennent à la période d'état ou de déclin; il y a une cause d'erreur au moins pour l'endocardite, nous ne pouvons pas apprécier le moment précis où l'inflammation commence, mais seulement celui où les altérations de l'endocarde sont devenues suffisantes pour donner lieu à des signes physiques appréciables à l'auscultation; les symptômes du début de la péricardite sont en général plus nets, plus faciles à saisir que ceux de l'endocardite.

Nous n'avons pas à faire ici l'histoire de l'endocardite et de la péricardite, nous nous contenterons de dire que l'endocardite rhumatismale se localise en général sur la valvule mitrale, qui devient insuffisante; il en résulte un bruit de souffle au premier temps et à la pointe facile à distinguer du souffle anémique qu'on rencontre souvent aussi chez les rhumatisants, mais qui a son maximum à la base et qui se prolonge dans les vaisseaux du cou.

On observe parfois dans le rhumatisme articulaire aigu des troubles fonctionnels du cœur en l'absence des symptômes ordinaires de l'endocardite et de la péricardite. D'après Peter et Letulle, ces troubles fonctionnels s'expliqueraient par une myocardite primitive ou par une névrite du plexus cardiaque; les preuves anatomiques, qui seules peuvent entraîner la conviction, font encore défaut presque complètement à cette ingénieuse théorie.

La pleurésie est une complication assez fréquente du rhumatisme aigu, quelquefois on observe la pleurésie double.

Tous les accidents cérébraux qui se produisent dans le cours du rhumatisme ont été confondus sous le nom de *rhumatisme cérébral*; une analyse exacte des faits démontre que la pathogénie et la symptomatologie de ces accidents varient beaucoup suivant les cas; le traitement qui leur convient est aussi très variable.

Le rhumatisme peut se localiser sur les méninges comme sur les autres séreuses; les symptômes de la *méningite rhumatismale*: céphalalgie, vomissements, délire, mouvements convulsifs, etc., rappellent ceux de la méningite de la convexité; la mort arrive presque toujours dans le coma.

Dans d'autres cas les accidents cérébraux paraissent se rattacher à une élévation tout à fait anormale de la température, qui atteint rapidement 42, 43 ou même 44 degrés; le pouls est petit, fréquent;

les malades sont pris de délire, puis ils tombent dans le coma et meurent le plus souvent quand on n'intervient pas à l'aide d'une médication énergique; à l'autopsie on ne trouve aucune lésion apparente des centres nerveux. C'est dans ces cas de *rhumatisme hyperpyrétique* que la médication par les bains froids a donné de très beaux succès (M. Raynaud, Féréol, Blachez).

Les accidents cérébraux, au lieu de prendre une forme aiguë et de se développer à la période d'état du rhumatisme aigu, peuvent se produire à la période de déclin sous une forme subaiguë ou chronique, caractérisée surtout par des troubles psychiques, qui méritent les noms de *folie*, de *manie* ou de *lypémanie rhumatismales* qui leur ont été donnés. Les choses se passent en général de la façon suivante: un malade, après avoir subi une atteinte de rhumatisme aigu compliqué ou non d'accidents cardiaques, paraît être entré en convalescence, la fièvre et les douleurs articulaires ont disparu, quand on s'aperçoit à divers indices que le caractère change: le malade devient sombre, soupçonneux, taciturne, il se renferme dans un mutisme absolu; s'il consent à répondre aux questions qu'on lui pose, on apprend qu'il a des hallucinations de la vue et de l'ouïe, il voit des animaux étranges, il se figure que des parents morts depuis longtemps viennent le visiter, il croit que les personnes chargées de le soigner et de le surveiller en veulent à sa vie, parfois il prétend qu'il est mort et il refuse de prendre de la nourriture. Le facies est celui des lypémaniques: les traits sont tirés, amaigris, les malades se retournent quand on s'approche d'eux et on les surprend souvent à verser des larmes sans aucun motif; quelques-uns tentent de se suicider.

L'agitation peut être considérable, comme dans la manie aiguë: les malades cherchent sans cesse à se lever et à tromper la surveillance de leurs gardiens, ils prononcent des phrases sans suite ou se répandent en cris et en gémissements. Après cette période d'excitation ils retombent dans la mélancolie. L'amaigrissement est d'autant plus considérable que les malades déjà affaiblis et anémiés par le rhumatisme aigu refusent en général de prendre des aliments.

Ces troubles psychiques se produisent indépendamment de toute influence alcoolique et de toute prédisposition héréditaire à l'aliénation mentale; on peut rencontrer à la suite d'autres maladies aiguës, de la fièvre typhoïde en particulier, des troubles analogues aux précédents, mais ce qui domine en général chez les malades qui ont eu des fièvres typhoïdes graves, c'est la diminution ou la perte

des facultés mentales, c'est la perte de la mémoire, l'idiotisme dans les cas les plus graves.

Nous ignorons à quelles lésions cérébrales il faut attribuer la manie et la lypémanie rhumatismales; il est probable qu'il existe une altération de l'écorce grise du cerveau. Les malades se rétablissent ou bien la folie passe à l'état chronique; dans quelques cas enfin, ils succombent à l'inanition, au marasme et à l'épuisement nerveux.

Quelques auteurs ont décrit une *forme apoplectique* du rhumatisme cérébral. Il y a lieu de se demander s'il ne s'agit pas d'embolies cérébrales déterminées par la migration, soit de caillots fibrineux formés dans le cœur, soit de débris de végétations dues à l'endocardite.

Parmi les complications du rhumatisme aigu, il faut citer encore : les douleurs musculaires qui siègent plus particulièrement dans les muscles de la nuque (rhumatisme cervical), des régions latérales du cou (torticollis), du thorax (pleurodynie) ou dans les masses sacro-lombaires (lumbago), les névralgies, la chorée chez les enfants.

On voit quelquefois se développer chez les rhumatisants, en dehors de toute altération du cœur ou des reins, un œdème qui tantôt se limite à une partie du corps, tantôt se généralise et se présente alors sous l'aspect de l'anasarque; les urines ne sont pas albumineuses et l'œdème disparaît en général rapidement.

Enfin le rhumatisme peut passer à l'état chronique, la tuméfaction des articulations persiste, les douleurs perdent de leur intensité, mais ne disparaissent pas complètement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Lorsque la mort arrive dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, on constate que les articulations malades renferment de la synovie en assez grande quantité et que les synoviales présentent une injection plus ou moins vive.

L'examen histologique montre ce qui suit : le liquide exsudé dans l'intérieur des articulations tient en suspension des leucocytes, des flocons muqueux ou fibrineux et de grandes cellules arrondies, quelquefois chargées de globules graisseux qui paraissent être des cellules endothéliales modifiées par le processus inflammatoire.

Les cellules situées dans les franges de la synoviale sont en voie de prolifération, les cartilages articulaires eux-mêmes sont altérés; il se forme des capsules secondaires et les cellules se multiplient,

principalement au voisinage de la surface articulaire (Ollivier et Ranvier).

Le sang renferme de la fibrine en excès (inopexie). Lorsque le rhumatisme s'est compliqué d'endocardite, de péricardite ou de pleurésie, on trouve à l'autopsie les caractères anatomiques de ces inflammations, nous n'avons pas à les décrire ici. Dans les cas où les malades ont succombé à des accidents cérébraux, tantôt les méninges présentent des traces manifestes d'un processus inflammatoire : injection fine, œdème sous-arachnoïdien, exsudats; tantôt, au contraire, on ne découvre aucune altération microscopique des centres nerveux ni de leurs enveloppes, ce qui démontre une fois de plus que la pathogénie des accidents cérébraux du rhumatisme n'est pas toujours la même.

DIAGNOSTIC. — L'existence de la fièvre et des arthropathies multiples ne laisse aucun doute sur la nature de la maladie, surtout s'il y a eu déjà une ou plusieurs atteintes de rhumatisme ou s'il existe des antécédents héréditaires. Certains cas de goutte aiguë généralisée présentent une grande analogie avec le rhumatisme aigu; nous nous occuperons de ce diagnostic différentiel lorsque nous aurons fait l'histoire de la goutte.

La myélite aiguë s'accompagne souvent d'arthrites multiples, mais on observe alors des troubles de la sensibilité et de la motilité étrangers au rhumatisme, des eschares, des phlyctènes, des altérations musculaires, osseuses, etc.; contrairement à ce qui arrive pour les arthrites rhumatismales, les arthrites qui surviennent à la suite des myélites aiguës ont une grande tendance à suppurer.

Le rhumatisme blennorrhagique se localise presque toujours à un petit nombre d'articulations et il affectionne certaines d'entre elles, comme les articulations sterno-claviculaires, qui sont rarement prises dans le rhumatisme articulaire aigu; la fièvre est beaucoup moins vive et moins persistante dans le rhumatisme blennorrhagique que dans le rhumatisme aigu; enfin la coexistence de la blennorrhagie et des arthrites est facile à constater. Cette coexistence à elle seule n'est pas une preuve suffisante de la nature blennorrhagique de l'affection, le rhumatisme et la blennorrhagie sont des maladies trop communes pour qu'elles ne se rencontrent pas quelquefois chez un même malade.

La pyohémie donne lieu comme le rhumatisme à de la fièvre et à des arthrites multiples; mais elle succède toujours à des traumatismes, elle s'accompagne de frissons violents et d'un état général

grave, adynamique, qu'on ne rencontre pas d'ordinaire dans le rhumatisme. La pyohémie se produit parfois à la suite de traumatismes très légers, chez des malades dont les plaies sont en bonne voie de cicatrisation ou même presque complètement cicatrisées; c'est dans ces cas surtout que la confusion avec le rhumatisme est possible.

La morve aiguë présente à son début une certaine analogie avec le rhumatisme; l'éruption pustuleuse, les abcès musculaires, les ulcérations nasales, l'état typhoïde, ne laissent pas longtemps subsister le doute.

La tuberculose aiguë des synoviales est très rare et elle s'accompagne en général de complications thoraciques ou abdominales étrangères au rhumatisme.

Chez les enfants, on peut confondre avec le rhumatisme les douleurs du rachitisme suraigu et fébrile et surtout la périostite aiguë épiphysaire. Dans le rachitisme, les douleurs ne sont pas limitées aux articulations et les tuméfactions osseuses ont des localisations caractéristiques, elles se montrent aux extrémités sternales des côtes, par exemple; l'âge des petits malades est du reste l'indication la plus précieuse. Dans les abcès juxta-épiphysaires, la douleur ne siège pas exactement au niveau de l'interligne articulaire, mais sur l'une ou l'autre des extrémités osseuses qui constituent l'articulation. Le diagnostic est ici d'autant plus important que la périostite aiguë épiphysaire a une marche très rapide et que l'incision prématurée de l'abcès constitue la seule chance de salut. (E. Besnier, art. RHUMATISME, *Diction. encyclop. des sc. méd.*)

Pendant tout le cours du rhumatisme articulaire aigu, le médecin surveillera attentivement le cœur afin d'être en mesure de combattre l'endocardite et la péricardite dès leur apparition. Les moindres troubles psychiques doivent aussi éveiller l'attention.

PRONOSTIC. — M. le docteur E. Besnier fixe à 3 pour 100 la mortalité des cas de rhumatisme articulaire aigu traités dans les hôpitaux de Paris (*op. cit.*). Ce chiffre représente la mortalité des atteintes de rhumatisme et non pas celle du rhumatisme lui-même. Un malade peut avoir dix attaques de rhumatisme articulaire aigu et succomber à la onzième; la statistique enregistre un décès sur onze cas, alors que ce rhumatisant ne devrait figurer que pour un dans la colonne des maladies comme dans celle des décès. D'autre part, il est démontré que le rhumatisme est la cause la plus commune des maladies organiques du cœur, il faudrait donc augmenter

le chiffre de mortalité donné plus haut de celui des décès par maladies du cœur consécutives au rhumatisme.

La gravité du rhumatisme aigu est le plus souvent en rapport avec l'intensité de la fièvre et des localisations articulaires.

Le pronostic des complications cérébrales du rhumatisme est extrêmement grave.

TRAITEMENT. — Après avoir employé dans le rhumatisme aigu les médications les plus énergiques : la saignée coup sur coup, le tartre stibié à haute dose, le sulfate de quinine, la digitale, les vésicatoires appliqués sur toutes les articulations malades, etc., on est arrivé aujourd'hui à reconnaître que tous ces moyens n'ont pas d'influence appréciable sur la durée et la gravité du rhumatisme, et que quelques-uns d'entre eux augmentent sans bénéfice l'anémie ou les douleurs. La propylamine et l'acide salicylique ont joui dans ces derniers temps d'une vogue qui s'est épuisée bien vite pour la propylamine. L'acide salicylique et le salicylate de soude paraissent mériter plus de confiance. Le salicylate de soude doit être prescrit à la dose de 6 à 8 grammes, 10 grammes au plus par jour; sous l'influence de ce médicament les douleurs diminuent assez rapidement et la durée de la maladie est abrégée. Le colchique, si actif dans la goutte, ne produit dans le rhumatisme qu'un effet purgatif lorsqu'il est administré à dose suffisante.

La principale indication à remplir dans le rhumatisme aigu est de soulager les malades; le repos au lit, l'immobilité, l'enveloppement des jointures avec de la ouate, quelques doses de salicylate de soude, la diète, un purgatif quand il existe de la constipation, telles sont les prescriptions qui doivent être faites dans les cas non compliqués. Si les douleurs sont très vives et ne cèdent pas au salicylate de soude, on donnera des préparations opiacées ou de l'hydrate de chloral.

L'endocardite et la péricardite seront combattues énergiquement et sans retard à l'aide d'émissions sanguines locales (sangsues, ventouses scarifiées) et de vésicatoires. Il ne faut pas hésiter à appliquer coup sur coup plusieurs vésicatoires sur la poitrine, alors même que l'endocardite ne se révèle qu'à l'auscultation et que les malades n'accusent aucun trouble fonctionnel, aucune douleur du côté du cœur; on arrive souvent à guérir ainsi des affections cardiaques qui, abandonnées à elles-mêmes, auraient continué à progresser et seraient devenues incurables.

Türk, M. Raynaud, Féréol, Blachez, Vallin ont publié des faits

qui démontrent l'efficacité des bains froids dans le traitement du rhumatisme aigu hyperpyrétique; les objections qui ont été faites à l'emploi de cette médication dans la fièvre typhoïde ne s'appliquent plus ici; le rhumatisme hyperpyrétique avec accidents cérébraux se termine presque toujours par la mort lorsqu'on abandonne les malades à eux-mêmes ou qu'on les traite par les méthodes anciennes; d'autre part, il s'agit d'une maladie rare et de courte durée, ce qui supprime en grande partie les difficultés pratiques si considérables dans l'application de la méthode réfrigérante à la fièvre typhoïde. Lorsque sans complication inflammatoire apparente la température s'élève à 40, 41 degrés ou au-dessus, et qu'il se produit des accidents cérébraux: délire, agitation, etc., l'indication des bains froids est formelle. Le malade sera placé dans un bain à 25 ou 30 degrés qu'on refroidira progressivement en y ajoutant de l'eau à la température ordinaire.

La durée du bain ne doit pas, en général, dépasser vingt-cinq à trente minutes, on retirera le malade dès qu'il sera pris de frissonnements, et on le remettra dans son lit après l'avoir essuyé. Il ne faut pas chercher à obtenir trop rapidement une défervescence complète; mieux vaut renouveler les bains chaque fois que la température tend à reprendre son degré primitif.

Si les accidents cérébraux prennent la forme méningitique, on prescrira le traitement ordinaire de la méningite: glace sur la tête, sangsues aux apophyses mastoïdes, etc. Dans la folie rhumatismale il faut surveiller les malades afin qu'ils ne nuisent ni à eux-mêmes, ni aux autres; la principale indication consiste souvent à les nourrir.

## RHUMATISME CHRONIQUE.

ÉTILOGIE. — L'influence de l'hérédité est manifeste dans le rhumatisme chronique comme dans le rhumatisme aigu, cependant les circonstances extérieures ont ici une action plus directe, et parmi ces circonstances il faut noter surtout l'action prolongée du froid humide. Le rhumatisme chronique se développe avec une grande fréquence chez les personnes qui habitent des appartements froids et humides ou qui, par leur profession, sont obligées de plonger sans cesse leurs mains dans l'eau froide. Les pauvres, plus exposés aux refroidissements que les riches, sont plus éprouvés qu'eux par le rhumatisme chronique. Tandis que le rhumatisme aigu a sa plus

grande fréquence de vingt à quarante ans, le rhumatisme chronique s'observe surtout de quarante à soixante ans; les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes.

DESCRIPTION. — Le rhumatisme chronique peut se présenter sous plusieurs formes cliniques; la plus importante de ces formes est le *rhumatisme nouveau* puis viennent le *rhumatisme chronique simple* et les *nodosités d'Heberden*. L'arthrite chronique sèche a été décrite par différents auteurs comme une variété du rhumatisme chronique; sa localisation dans une seule articulation, dans celle de la hanche en particulier, *morbus coxae senilis*, l'âge auquel on l'observe, l'absence de prédisposition héréditaire et des causes qui président d'ordinaire à l'apparition du rhumatisme, tout démontre que cette maladie doit être rangée parmi les arthrites sèches et non parmi les manifestations de la diathèse rhumatismale.

*Rhumatisme nouveau*. — Il débute d'ordinaire dans les petites articulations des mains; tout d'abord les malades éprouvent seulement de la gêne et de la roideur dans les mouvements des doigts; à certains moments les douleurs deviennent plus vives, il y a des poussées aiguës. Des déformations caractéristiques ne tardent pas à se produire, les doigts se renflent au niveau des articulations malades, d'où le nom de *rhumatisme nouveau*. La tuméfaction articulaire ne dépend pas, comme dans le rhumatisme aigu, d'un épanchement de synovie ou d'un œdème périarticulaire, elle est due à une augmentation de volume des têtes osseuses; aussi présente-t-elle une grande dureté et une grande persistance. En faisant mouvoir les articulations malades on détermine la production de craquements, qui s'expliquent, comme nous le verrons, par l'altération des surfaces articulaires. Après avoir envahi les petites articulations des doigts, le rhumatisme nouveau s'étend aux petites articulations des pieds, aux coudes et aux épaules; dans les cas graves il finit par se généraliser. Les articulations sont presque toujours atteintes d'une façon symétrique.

La gêne des mouvements est augmentée par les déformations que subissent les membres, déformations qui sont presque toujours les mêmes et qui semblent obéir à des lois régulières. Pour la main, on peut reconnaître un *type de flexion* et un *type d'extension* (Charcot). Dans bon nombre de cas les doigts sont rapprochés les uns des autres et inclinés en masse vers le bord cubital de la main. Lorsque les articulations du coude et de l'épaule sont malades, l'avant-bras est maintenu dans la flexion et dans la pronation, l'épaule

est rigide et le bras ne se laisse plus écarter du tronc. D'après Charcot, les déformations sont dues le plus souvent à des *contractions musculaires spasmodiques*. L'atrophie de certains groupes de muscles paraît jouer aussi un rôle important; cette atrophie est manifeste dans tous les cas graves de rhumatisme nouveau, elle porte en particulier sur les muscles interosseux et elle s'étend parfois à une partie des muscles de l'avant-bras et du bras. Les muscles antagonistes de ceux qui sont atrophiés produisent des déformations par le même mécanisme que dans l'atrophie musculaire progressive, et de fait les déformations de la main dans le rhumatisme nouveau et dans l'atrophie musculaire progressive présentent une grande analogie; les altérations des têtes osseuses sont aussi un élément dont il faut tenir grand compte.

Les déformations consécutives au rhumatisme nouveau sont parfois si prononcées que les malades ne peuvent plus se servir de leurs membres ni pour marcher, ni même pour manger; l'impotence est absolue; cet état peut se prolonger assez longtemps, les malades finissent par succomber à quelque complication, la pneumonie est une des plus fréquentes.

La maladie n'aboutit pas toujours à ces déformations graves, elle peut s'arrêter dans sa marche; les lésions restent stationnaires, parfois même elles rétrogradent, mais il est rare qu'elles disparaissent complètement.

L'état général est presque toujours satisfaisant, il n'y a pas de fièvre, sauf dans les cas où la maladie prend une marche aiguë.

*Rhumatisme chronique simple.* — Le rhumatisme chronique simple est tantôt primitif, tantôt consécutif au rhumatisme aigu; il envahit les grandes articulations aussi bien que les petites, s'accompagne de douleurs et de tuméfactions articulaires qui portent sur les synoviales et le tissu conjonctif périarticulaire, plutôt que sur les extrémités osseuses; ces arthrites sont sèches et donnent lieu à des craquements lorsqu'on fait exécuter des mouvements, ou bien il existe des hydarthroses. On n'observe pas dans cette variété des déformations aussi caractéristiques que dans le rhumatisme nouveau.

La marche du rhumatisme chronique simple est paroxystique; les malades ont des périodes de tranquillité pendant lesquelles les douleurs et les tuméfactions articulaires s'atténuent sans disparaître complètement. Les changements brusques de température apportent presque toujours une aggravation dans l'état des malades.

*Nodosités d'Héberden.* — Cette variété du rhumatisme chronique est très souvent confondue avec la goutte; elle est caractérisée par des douleurs qui siègent dans les petites articulations des doigts et qui s'accompagnent de temps à autre de rougeur et de tuméfaction des parties molles périarticulaires. Les nodosités qui constituent le principal caractère de la maladie, comme le nom l'indique, siègent au niveau des articulations des phalanges; il existe un nodule de chaque côté de la jointure qui paraît un peu élargie (Charcot); les articulations des phalanges avec les phalanges sont raides, les mouvements sont gênés, il n'y a pas de craquements articulaires. Les autres jointures des mains sont en général affectées, mais à un bien moindre degré.

*Complications.* — Les complications du côté des séreuses viscérales, si communes dans le rhumatisme aigu, sont très rares dans le rhumatisme chronique; l'endocardite et la péricardite ont été rencontrées, cependant, dans quelques cas de rhumatisme chronique simple et de rhumatisme nouveau; elles se développent de préférence à l'époque des exacerbations de la maladie (Charcot).

Le rhumatisme musculaire, l'asthme, la migraine, les névralgies, certaines affections de la peau, telles que l'eczéma, le psoriasis, le lichen, viennent souvent compliquer le rhumatisme articulaire chronique.

*ANATOMIE PATHOLOGIQUE.* — Le rhumatisme chronique simple ne donne lieu qu'exceptionnellement à des lésions osseuses, d'où le nom de *rhumatisme chronique synovial* qui a été proposé par E. Besnier; le rhumatisme nouveau et les nodosités d'Héberden prendraient par opposition le nom de *rhumatisme chronique osseux*. Les synoviales s'épaississent, ainsi que les tissus fibreux sous-jacents; les ligaments, les tendons et leurs gaines participent plus ou moins à l'inflammation, d'où la gêne des mouvements d'abord, puis l'ankylose et les rétractions fibreuses.

Les lésions du rhumatisme nouveau sont caractérisées : 1° par un état vilieux ou velvétique des cartilages articulaires; 2° par une hypertrophie des franges synoviales; 3° par la production de tissu cartilagineux ou osseux autour des surfaces articulaires.

Les capsules cartilagineuses et les cellules qu'elles renferment se multiplient sous l'influence du processus inflammatoire et viennent s'ouvrir dans l'intérieur de l'articulation; la substance fondamentale du cartilage, dissociée en quelque sorte par la chute des capsules et de leur contenu, apparaît sous forme de filaments, d'où la

comparaison qui a été faite de la surface articulaire avec le velours et le nom d'*aspect velvétique*. Lorsque la maladie est très ancienne, le cartilage disparaît complètement et les surfaces articulaires présentent l'*aspect éburné* qui tient, d'une part, à une ostéite condensante des têtes osseuses, d'autre part, à l'action mécanique, aux frottements naturels que subissent les os après la disparition des cartilages; les parties éburnées sont sillonnées de rainures dont le sens est déterminé par celui des mouvements articulaires. Tandis que les parties centrales des cartilages subissent ces altérations, du tissu cartilagineux se forme à la périphérie des têtes articulaires et s'ossifie progressivement, telle est l'origine des nodosités que l'on rencontre au niveau des articulations dans le rhumatisme noueux et dans la variété décrite par Héberden. Les franges synoviales s'hypertrophient, se couvrent de végétations dendritiques dans lesquelles se développe quelquefois du tissu cartilagineux ou osseux, les pédicules des végétations peuvent se rompre et la masse devenue libre forme alors un corps étranger articulaire (Cornil et Ranvier).

Les altérations du rhumatisme chronique d'Héberden sont analogues à celles du rhumatisme noueux; il n'y a pas trace de dépôts d'urate de soude (Charcot).

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — Nous nous occuperons du diagnostic différentiel du rhumatisme et de la goutte chroniques, lorsque nous aurons fait l'histoire de la goutte.

Les déformations des mains produites par le rhumatisme chronique sont faciles à distinguer de celles de l'atrophie musculaire progressive et de la paralysie agitante, car dans ces dernières maladies les douleurs et les tuméfactions articulaires font défaut. Les arthropathies consécutives aux myélites chroniques siègent plus souvent dans les grandes articulations que dans les petites; ce sont aussi des arthrites sèches, mais en général elles ne donnent pas lieu à des douleurs vives et elles se caractérisent par l'usure rapide des têtes osseuses, par la tendance aux luxations et aux fractures spontanées, enfin par la coexistence des autres symptômes d'une maladie des centres nerveux.

Les douleurs qui se produisent au début des myélites chroniques, et en particulier de l'ataxie locomotrice, sont souvent confondues avec des douleurs rhumatismales; il suffit du reste d'être prévenu de la possibilité de cette erreur pour être à même de l'éviter; les douleurs fulgurantes de l'ataxie, en particulier, n'ont aucune analogie avec les douleurs rhumatismales.

Le rhumatisme chronique ne menace pas directement la vie des malades; ce qui fait la gravité de son pronostic, c'est la persistance des douleurs et des lésions auxquelles il donne lieu, c'est la tendance incessante des déformations à s'accroître. Les nodosités d'Héberden constituent la variété la moins grave du rhumatisme chronique, a cause de leur localisation.

TRAITEMENT. — La première chose à faire est de soustraire les malades aux conditions de milieu qui paraissent avoir occasionné les douleurs; à cet effet on les interrogera avec soin sur leur habitation, sur leur profession, etc.; malheureusement la condition sociale des malades atteints de rhumatisme chronique et leur insouciance à braver un mal qui ne se traduit d'abord que par des douleurs intermittentes et une gêne peu considérable des mouvements, font qu'il est rarement possible de remplir cette indication causale dès le début des accidents; lorsque le rhumatisme chronique s'est bien établi dans l'organisme et qu'il a donné lieu à des altérations osseuses, les mesures d'hygiène ne peuvent plus que ralentir sa marche.

Un grand nombre de médications ont été préconisées sans beaucoup de succès dans le traitement du rhumatisme chronique. Les alcalins, la teinture d'iode à l'intérieur, l'arsenic (deux à six gouttes de liqueur de Fowler peu de temps après les repas), l'iodure de potassium, déterminent quelquefois une amélioration notable dans l'état des malades, mais plus souvent ils restent impuissants. Les badigeonnages iodés sur les articulations malades et les vésicatoires agissent contre la douleur bien plutôt que contre les tuméfactions osseuses, ces applications locales sont surtout indiquées dans le rhumatisme chronique simple, lorsque les lésions articulaires portent principalement sur la synoviale et les tissus périarticulaires.

BOULLAUD. Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire aigu en général et spécialement sur la loi de coïncidence de la péricardite et de l'endocardite avec cette maladie. Paris, 1836. — Du même. Traité clinique du rhumatisme articulaire aigu, 1840. — VIDAL. Considérations sur le rhumatisme articulaire chronique primitif. Paris, 1855. — GUBLER. Etudes et observations cliniques sur le rhumatisme cérébral (Soc. méd. des hôp., 1857). — FERRAND. Les exanthèmes du rhumatisme, thèse, Paris, 1862. — TROUSSEAU. Clinique méd., 1865, t. III, p. 361. — OLLIVIER et RANVIER. Contribution à l'étude des lésions histologiques que l'on a rencontrées dans l'arthropathie et l'encéphalopathie rhumatismales (Mém. de la Soc. de biol., 1865). — B. BALL. Du rhumatisme viscéral, thèse d'agrégation. Paris, 1866. — VERGELY. Essai sur l'anat. pathol. du rhumatisme artic. chronique primitif, thèse, Paris, 1866. — MALHERBE. Des affections viscérales dans la goutte et le rhumatisme chronique, thèse, Paris, 1866. — GARROD. La goutte, etc., trad. franç. par A. Ollivier. Paris, 1867. — VIGLA. Rhumatisme cérébral (Bull. Acad. de méd., 1867, t. XXXII). — CORNIL et RANVIER. Manuel d'histol. pathol. — CHARCOT. Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les malad. chroniques. Paris, 1874. — M. RAYNAUD.

L. et T. — Path. et clin. méd.

II. — 18