

Mais je m'empresse de dire qu'une partie de cette classification est artificielle, et à part le rhumatisme infectieux, ou pseudo-rhumatisme, dont l'origine et la nature nous sont connues, les variétés de rhumatisme aigu et de rhumatisme chronique qui paraissent parfois distinctes, quand on s'adresse aux types extrêmes, ont entre elles de tels liens de parenté qu'il faut bien les ranger dans une même famille.

§ 1. RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

Les manifestations *aiguës* du rhumatisme ont pour les articulations une prédilection bien marquée, c'est le *rhumatisme articulaire* proprement dit, et bien qu'elles atteignent souvent et en même temps un grand nombre d'organes (*rhumatisme viscéral*), il est d'usage de décrire toutes ces manifestations sous le nom de *rhumatisme articulaire aigu*. Habituellement la série morbide débute par les articulations et n'atteint les organes qu'en second lieu, mais il y a des exceptions et nous verrons, dans le cours de cet article, le rhumatisme dit articulaire frapper *d'abord* la plèvre, le poumon, le cœur, avant d'atteindre les jointures. L'étude du rhumatisme articulaire aigu comporte donc la destruction de toutes les manifestations aiguës de l'affection rhumatismale.

Étiologie. — Bien que se développant en tous pays et en toutes saisons, le rhumatisme articulaire aigu a une prédilection marquée pour les contrées tempérées et pour la saison d'été (Besnier)¹; Stoll a même décrit des *épidémies* de rhumatisme pendant la période estivale. Kelsch, en étudiant le rhumatisme dans l'armée française, a vu que les recrudescences coïncident surtout avec la fin de l'hiver et le commencement du printemps². Le froid, surtout le froid

1. Besnier. Art. RHUMATISME, in *Dict. encycl. des sc. méd.*

2. Kelsch. *Traité des maladies épidémiques*, 1894.

humide, est la cause occasionnelle la plus habituelle; tantôt le refroidissement agit brutalement sur le corps en sueur, et le rhumatisme éclate sans tarder, tantôt l'économie se laisse imprégner à *petite dose*, comme cela arrive chez les individus qui habitent des lieux humides, un appartement fraîchement replâtré, une maison récemment construite. Les fatigues, les excès sont des causes prédisposantes, le *traumatisme*, une entorse, une luxation a plusieurs fois été la cause d'une attaque de rhumatisme (Verneuil, Potain).

Chez les sujets qu'atteint le rhumatisme, faut-il admettre une prédisposition héréditaire ou acquise? La réponse à cette question supposerait connue la pathogénie des maladies rhumatismales; l'affinité pathologique que présente le rhumatisme avec la goutte, la gravelle, l'obésité, le diabète¹, laissent bien entrevoir que des troubles nutritifs de même famille président à l'évolution de ces états morbides, mais en admettant que le rhumatisme relève de la dyscrasie urique, cela n'avance pas beaucoup la question, et la nature intime de la maladie est encore inconnue.

Toutefois, le rhumatisme articulaire aigu a tous les attributs d'une maladie infectieuse microbienne : ses localisations sur l'endocarde, sur les séreuses, le rapprochent des autres rhumatismes, dits rhumatismes infectieux dans lesquels l'origine microbienne ou toxi-infectieuse est connue; mais, malgré le désir qu'ont plusieurs auteurs de classer le rhumatisme au rang des maladies microbiennes², son agent pathogène est encore à trouver, les agents microbiens constatés jusqu'ici, variétés de staphylocoques et de streptocoques, bacille anaérobie d'Achalme et de Thiroloix, diplocoque de Triboulet et Coyon, ne sont pas spécifiques (Triboulet³); ce sont des facteurs de complica-

1. Bouchard. *Maladies par ralentissement de la nutrition*, p. 529.

2. Triboulet. *Rev. de méd.*, août 1892. — Barbier. *Gaz. hebdom.*, 21 octobre 1895.

3. Triboulet. A propos de la bactériologie du rhumatisme articulaire aigu. *Congrès de Paris*, 1900.

tions secondaires La première attaque de rhumatisme se montre habituellement de 15 à 30 ans : les récidives sont fréquentes.

Symptômes. — Le *rhumatisme articulaire aigu*, fièvre rhumatismale des auteurs anglais, a rarement une invasion soudaine et violente. Souvent le sujet éprouve d'abord quelques douleurs erratiques avec ou sans frisson, la fièvre s'allume et la localisation articulaire se confirme. Assez souvent également, dans un tiers des cas, pour ne pas dire plus, le rhumatisme débute par une *angine* fébrile avec ou sans albuminurie¹. Cette angine, plus ou moins douloureuse, avec rougeur de la gorge, tuméfaction des amygdales, peut même précéder de plusieurs jours l'apparition des douleurs articulaires. Les cous-de-pied et les genoux sont habituellement pris les premiers, puis viennent les coudes, les épaules, le poignet. Lorsque les petites articulations, celles des mains, des pieds, du rachis, sont envahies, cela prouve en général que l'attaque de rhumatisme sera longue et intense.

Dès le début la *douleur* est le symptôme dominant; elle acquiert plus ou moins vite toute son intensité; elle se déplace avec la fluxion rhumatismale, elle passe d'une jointure à une autre, reparait sur une articulation qu'on croyait dégagée, se généralise parfois aux petites articulations du rachis, des côtes, de la mâchoire, et inflige au patient de véritables tortures. Le moindre mouvement de la jointure malade, la pression des couvertures, l'ébranlement du lit, tout réveille la douleur.

Les articulations frappées par le rhumatisme sont déformées et tuméfiées. Au niveau des grandes jointures, au genou par exemple, les tissus superficiels sont le siège d'une *fluxion blanche* (Trousseau), tandis qu'aux poignets, aux cous-de-pied, la peau est rosée et sillonnée de traînées rougeâtres qui indiquent le trajet des gaines

1. De Saint-Germain. *Étude clinique et expérimentale sur la pathogénie du rhumatisme articulaire aigu*. Th. de Paris, 1893.

tendineuses envahies par la fluxion rhumatismale. Aux mains, la face dorsale est *œdématisée* et arrondie, les doigts sont écartés, immobiles et tuméfiés en forme de fuseau. La température *locale* est plus élevée de quelques dixièmes au niveau des articulations malades. Les épanchements sont très abondants dans quelques articulations; au genou, l'hydarthrose peut dépasser 60 et 80 grammes, et quand elle atteint ces fortes proportions, elle devient elle-même une cause de vive douleur qu'on peut faire disparaître par l'aspiration du liquide¹.

Quand on étudie de près le rhumatisme articulaire, on voit que, dans bien des cas, les tissus *péri-articulaires*, les bourses séreuses, les gaines tendineuses, les tendons d'insertion des muscles sont au moins aussi envahis que l'articulation proprement dite. Ainsi, au genou, il existe de nombreux foyers douloureux péri-articulaires qu'on peut mettre en évidence par la plus légère pression à la partie interne de l'articulation, les trois tendons qui forment la patte d'oie s'unissent sur la crête du tibia après avoir contouronné la tubérosité interne de cet os; à ce niveau existent deux gaines tendineuses, l'une au-dessous du muscle couturier, l'autre au-dessous du tendon de la patte d'oie; cette région est un des foyers douloureux les plus fréquents. A la partie interne du genou on observe également un point douloureux sur la tête du péroné, où s'insère le muscle biceps dont le tendon glisse sur une bourse séreuse. Les points douloureux sont très fréquents dans le creux poplité; on trouve aussi un foyer de douleurs à l'insertion du tendon, du triceps sur la rotule; il y a là deux bourses séreuses : l'une entre les fibres superficielles et profondes du tendon, l'autre entre le tendon et l'aponévrose d'enveloppe. Ces divers points douloureux forment autour de l'articulation du genou une sorte de *couronne douloureuse*, bien propre à faire croire que l'articulation elle-même est malade, alors qu'elle est parfois indemne ou peu envahie. Même remarque

1. Dieulafoy. *Traité de l'aspiration*, p. 354.

pour le cou-de-pied; derrière la malléole passent les tendons des muscles péroniers latéraux dont la synoviale commune se bifurque pour accompagner ces tendons; on peut parfois suivre leur trajet douloureux jusqu'à l'apophyse du cinquième métatarsien, où s'insère le court péronier, et jusqu'à la base du premier métatarsien, où s'insère le long péronier.

Dans quelques cas, les douleurs péri-articulaires portent sur l'insertion d'un *muscle* sans qu'on puisse invoquer la présence d'un tendon et d'une bourse séreuse; c'est ce qu'on voit pour l'insertion du deltoïde à l'humérus. Du reste, les *muscles* eux-mêmes sont souvent endoloris au-dessus et au-dessous de l'articulation malade.

En somme, le rhumatisme dit articulaire n'atteint pas seulement la synoviale et les ligaments intra-articulaires, il atteint également les parties péri-articulaires, *tendons, bourses séreuses, gaines tendineuses, insertions musculaires, tissu cellulaire.*

Le rhumatisant a le visage d'un blanc mat, ce qui s'explique par la rapide et grande diminution des globules rouges du sang; cette *anémie rhumatismale* se traduit également par un bruit de souffle cardiaque. Les *sueurs* sont généralement très abondantes; elles sont persistantes et empreintes d'une *odeur* aigre qui est due à leur grande acidité. L'*œdème* est fréquent aux mains et aux pieds, parfois il est plus généralisé. La fièvre a une intensité variable; le pouls est large et résistant, et se maintient entre 90 et 100. Dans les cas intenses, la température vespérale atteint 30 et 40 degrés et la rémission matinale est faible; dans les cas plus légers, la température du soir est moins élevée et les rémissions sont plus accentuées; le cycle fébrile n'a du reste aucune régularité. Les *urines* sont rares, foncées, parfois albumineuses, riches en urée et en urates. Les fonctions digestives sont peu troublées, la langue reste humide, l'appétit est souvent conservé. Certains rhumatisants ont de la constipation, d'autres ont une diarrhée abondante, fluide, séreuse, comparable « à de véritables sueurs intestinales »

(Peter¹). Les fonctions cérébrales s'accomplissent normalement, le rhumatisant n'a pas de céphalalgie, il ne délire pas, il conserve l'entière liberté de son esprit. Les *épistaxis* sont fréquentes soit au début, soit dans le cours de l'attaque rhumatismale.

La *durée* des attaques de rhumatisme est subordonnée à l'intensité du mal et varie de deux à plusieurs semaines. Chaque articulation prise à part n'est malade que quelques jours, mais il n'est pas rare que la même jointure soit alternativement délaissée et reprise par la fluxion rhumatismale. Les jointures symétriques sont habituellement envahies simultanément ou l'une après l'autre. Quand la fièvre est tombée, quand la douleur a disparu, le malade éprouve encore une gêne notable à mouvoir ses articulations, ce qui tient en partie à l'impotence musculaire créée par le rhumatisme (*parésie rhumatismale*).

Localisations viscérales du rhumatisme aigu. — À côté des cas où l'attaque de rhumatisme reste limitée aux jointures, il en est d'autres où le rhumatisme atteint également les viscères et crée les modalités cliniques les plus diverses. Habituellement les articulations sont prises d'abord et quelques jours après apparaissent les localisations viscérales, telles que l'endocardite, la péricardite, la pleurésie, le rhumatisme des centres nerveux des voies digestives et urinaires, localisations viscérales qui sont, les unes fréquentes, les autres rares.

Mais parfois la marche habituelle de l'évolution rhumatismale est renversée, le malade a d'abord une angine rhumatismale, une pleurésie, une endocardite, et le rhumatisme des articulations n'éclate que quelques jours plus tard².

Rhumatisme du cœur. — Le cœur est l'organe de prédilection du rhumatisme et, chose remarquable, le rhumatisme, habituellement si fugace de sa nature, tend à se

1. Peter. *Clin. méd.*, t. I, p. 755.

2. Hallez. *Localis. rhumatismales qui peuvent précéder les localis. artic.* Th. de Paris, 1870.

fixer sur le cœur avec une ténacité qui crée la plupart des maladies de cet organe. Avant Bouillaud, l'histoire du rhumatisme cardiaque n'était qu'ébauchée; mais dès 1852, et en quelques années dans une série de mémorables travaux¹, Bouillaud crée l'*endocardite rhumatismale*; il démontre que cette endocardite, en passant à l'état chronique, devient l'origine de lésions organiques du cœur, et il pose les lois de coïncidence d'après lesquelles les altérations de l'endocardite ou du péricarde sont presque constantes quand le rhumatisme articulaire est violent et généralisé, et exceptionnelles quand le rhumatisme est partiel et léger. D'après différentes statistiques², il est admis que l'endopéricardite rhumatismale existe dans la proportion de 30, 40, ou 50 pour 100; au milieu de ces divergences l'opinion de Bouillaud reste vraie, et quand un rhumatisme articulaire est violent et généralisé, on a toutes les mauvaises chances de voir survenir l'endopéricardite. Chez l'enfant, les cardiopathies sont à redouter même dans les rhumatismes légers³.

L'endocardite est plus fréquente que la péricardite; ces phlegmasies cardiaques surviennent habituellement vers la deuxième semaine du rhumatisme articulaire, parfois elles sont plus tardives, dans quelques cas exceptionnels elles demandent les manifestations articulaires.

Je n'ai pas à décrire ici l'endocardite, j'ai traité ailleurs cette question⁴; je rappelle seulement que l'endocardite rhumatismale ménage habituellement les valvules sigmoïdes aortiques, frappe surtout la valvule mitrale, s'installe insidieusement et se révèle à l'auscultation par un bruit de souffle systolique dont le maximum est à la pointe du cœur. Il faut se garder toutefois de prendre pour un souffle d'endocardite les souffles anémiques, qui sont si

1. Bouillaud. Nouv. rech. sur le rhum. artic. aigu et spécialement sur la loi de coïncidence de la péricardite et de l'endocardite. Paris, 1856. *Traité clin. du rhum. artic. aigu.*

2. Ball. *Rhumatisme viscéral.* Th. d'agrég. Paris, 1866. — Besnier. *Loc. cit.* — Jaccoud. Art. ENDOCARDITE, *Dict. de méd. et de chir.*

3. R. Blache. *Mal. du cœur chez les enfants.* Th. de Paris, 1869.

4. Voy. t. I^{er}. *Endocardites simples, emboligènes et ulcéro-infectieuses.*

fréquents dans le cours de l'attaque rhumatismale. Après une durée qui ne dépasse pas deux semaines, l'endocardite peut guérir, mais la disparition du souffle n'est pas toujours un signe certain de guérison; dans tel cas où la guérison est apparente, le rhumatisant reste sous le coup d'une endocardite chronique à évolution lente et latente, et ce n'est parfois qu'après plusieurs années que se révèlent les lésions de la *maladie mitrale*.

Dans quelques cas, fort rares du reste, l'endocardite revêt les allures terribles de l'*endocardite emboligène*, ou de l'*endocardite ulcéreuse, infectieuse*; elle peut présenter alors un danger immédiat¹.

La *péricardite rhumatismale* est rarement accompagnée d'épanchement; elle se révèle à l'auscultation par des bruits de frottement qui prennent souvent le rythme d'un bruit de galop. La péricardite intense est fréquemment associée à une pleurésie gauche souvent suivie elle-même de pleurésie droite avec ou sans épanchement (*péricardo-pleurite*)². La péricardite isolée et légère ne présente pas de gravité; la péricardite intense, avec épanchement, ou associée à la pleurésie, est redoutable³.

La *phlébite rhumatismale* est bien connue; Trousseau en avait cité de remarquables observations. Cette phlébite apparaît dans le rhumatisme léger comme dans le rhumatisme intense; elle est localisée à une veine ou généralisée à plusieurs veines, elle peut simuler la *phlegmatia alba dolens* avec son cortège de symptômes. Le plus souvent, dit Vaquez⁴, le rhumatisme « choisit un segment veineux superficiel sans l'oblitérer; il frappe autour de la veine, plus encore qu'au dedans ».

Rhumatisme de l'appareil respiratoire. — La pleurésie apparaît habituellement vers la deuxième semaine du rhumatisme articulaire, parfois plus tard et dans quelques cas

1. Voy. au t. I^{er}. *Les endocardites aiguës.*

2. Duroziez. *Union méd.*, 1881, p. 469.

3. Voy. t. I^{er}. *Péricardites aiguës.*

4. Vaquez. Phlébite des membres. *Clin. de la Charité*, 1894, p. 839.

elle devance les manifestations articulaires. La pleurésie rhumatismale est tantôt insidieuse, tantôt bruyante et douloureuse; elle est simple ou double, très souvent associée à l'endocardite ou à la péricardite (*péricardo-pleurite*). L'épanchement est la règle; le liquide augmente rapidement et disparaît souvent avec la même brusquerie.

La *fluxion pulmonaire* d'origine rhumatismale existe tantôt à l'état d'hyperémie simple, tantôt à l'état d'hyperémie phlegmasique; cette dernière forme est souvent décrite sous le nom de *pneumonie rhumatismale*, bien qu'il n'y ait pas de pneumonie dans le vrai sens du mot. En effet, ces pneumonies n'ont qu'une faible tendance à passer à l'hépatisation, l'élément fluxionnaire l'emporte toujours sur l'élément phlegmasique. La fluxion pulmonaire est plus ou moins intense, plus ou moins généralisée. Habituellement fugace et peu grave, souvent associée à la pleurodynie ou à la pleurésie (*fluxion de poitrine*), elle revêt dans quelques cas les allures terribles du catarrhe suffocant, elle envahit les deux poumons et peut tuer le malade en quelques jours et presque en quelques heures¹.

La pneumonie rhumatismale peut apparaître et disparaître plusieurs fois dans le cours d'un rhumatisme articulaire; elle alterne quelquefois avec les douleurs des jointures².

Rhumatisme cérébral. — Le rhumatisme articulaire, quelle que soit l'intensité des douleurs et de la fièvre, ne détermine habituellement aucun trouble intellectuel, *il n'éveille pas volontiers les sympathies cérébrales*³; aussi, lorsque des troubles cérébraux se manifestent chez un rhumatisant, faut-il aussitôt se méfier de quelque complication.

Le rhumatisme cérébral revêt plusieurs formes. Dans quelques cas, qui sont les plus rares, puisqu'on n'en trouve que 5 observations sur les 79 qui forment la statistique de Ball, les accidents cérébraux sont foudroyants et surviennent

1. Bull. Loc. cit. — Houdé. Th. de Paris, 1881.

2. Lépine. Art. PNEUMONIE. Dict. de méd. et de chir.

3. Trousseau. Clin. méd., t. II, p. 778.

sans prodromes. C'est le rhumatisme cérébral dit *apoplectiforme*, dont voici un exemple (Trousseau) : Un homme robuste et grand buveur est atteint de rhumatisme cérébral au dix-huitième jour de son rhumatisme articulaire; il se plaint tout à coup de ne plus voir clair, il vocifère, crie au voleur, s'élance hors de son lit, lutte avec deux infirmiers, est replacé dans son lit, s'affaisse et meurt, la scène entière ayant duré à peine un quart d'heure.

Plus habituellement le rhumatisme cérébral est annoncé par quelques prodromes; céphalalgie, hallucinations, incohérence des idées; ces prodromes durent quelques heures ou quelques jours, puis les accidents éclatent avec toute leur intensité. Le malade n'a plus conscience de ses douleurs articulaires, qui dans quelques cas ont véritablement disparu. La température atteint ou dépasse 40 ou 41 degrés; le délire, plus ou moins violent, ressemble à celui de la variole confluyente ou de la fièvre typhoïde intense; il dure deux ou trois jours; il est parfois entrecoupé de rémissions, il peut être accompagné de convulsions, ce qui est un signe fâcheux, et dans les cas malheureux il aboutit à la stupeur et au coma.

Parfois le délire suit une marche lente et chronique, il dure plusieurs semaines, le malade devient taciturne, mélancolique, lyémanique, mais il finit généralement par guérir.

Les accidents cérébraux sont souvent préparés par l'état antérieur du rhumatisant; les fatigues intellectuelles, les chagrins et les émotions dépressives, l'alcoolisme, l'hérédité nerveuse, paraissent être des conditions favorables à l'explosion du rhumatisme cérébral. En se portant sur l'encéphale, le rhumatisme y produit ses désordres habituels, tantôt de simples fluxions dont on ne retrouve pas trace à l'autopsie, tantôt des hyperémies persistantes qui se traduisent par une injection vasculaire des méninges et de la substance cérébrale, avec hydropisie ventriculaire et sous-arachnoïdienne.

Il ne faut pas confondre avec le rhumatisme cérébral

les accidents cérébraux (embolie, hémiplegie, aphasie) qui ont pour origine une endocardite aiguë ou chronique de nature rhumatismale.

Le rhumatisme peut également se porter sur la *moelle épinière et sur ses enveloppes*. Il se traduit par des douleurs rachidiennes lombaires atteignant les membres inférieurs, avec symptômes de paraplégie et de contracture (opisthotonos). Les sphincters sont intacts, on ne constate ni anesthésie ni troubles trophiques. Ce rhumatisme spinal présente cette particularité qu'il peut *précéder* de plusieurs jours les manifestations articulaires du rhumatisme¹; on comprend que le diagnostic pathogénique soit difficile en l'absence des douleurs articulaires. Le rhumatisme spinal se termine par la guérison².

La *chorée*, la sclérose en plaques, les névrites sont autant de manifestations nerveuses du rhumatisme.

Rhumatisme des voies digestives. — L'*angine* est une manifestation fréquente du rhumatisme; elle précède fréquemment les localisations articulaires (Lasègue). Les déterminations rhumatismales de l'estomac et de l'intestin sont fort rares³; elles se manifestent sous forme de catarrhe gastrique, de coliques, de flux intestinal abondant, de diarrhée séreuse ou d'évacuations dysentériques (Stoll). La fluxion hépatique avec ou sans ictère est également fort rare.

Rhumatisme des voies génito-urinaires. — L'albuminurie survenant dans le cours d'un rhumatisme aigu, est l'indice d'une *néphrite* habituellement légère et superficielle; dans quelques cas cependant on a consigné des néphrites graves, mais le fait est exceptionnel. D'une façon générale, on peut dire que le rhumatisme, qui, à la façon des maladies infectieuses, atteint si volontiers plusieurs autres viscères, ménage habituellement les reins. On a signalé l'*hémoglo-*

1. Chevallereau. *Manifestations médullaires du rhumatisme articulaire aigu*. Th. de Paris, 1889.

2. Rendu. *Clin. méd.*, 1890, t. I, p. 107.

3. Lacot. Th. de Paris, 1882.

binurie rhumatismale (Hayem et Robin). Je serais tenté de croire qu'il y a également des *hématuries* rénales rhumatismales, d'après le cas suivant que j'ai observé à Necker : un homme arrive dans mon service, avec une attaque de rhumatisme articulaire aigu et une hématurie. Rhumatisme et hématurie ont apparu en même temps et durent depuis une quinzaine de jours. Le rhumatisme est aigu, fébrile, généralisé et l'hématurie est assez importante; les urines sont fortement teintées et laissent déposer du sang en assez grande quantité. Ce malade nous raconte que, lors de sa première attaque de rhumatisme articulaire aigu, il y a dix ans, il fut pris également d'une hématurie qui persista plusieurs semaines, aussi longtemps que le rhumatisme. Quelques années plus tard, il fut atteint d'une nouvelle attaque de rhumatisme subaigu, qui fut soigné dans le service de Rigal, et pendant neuf mois l'hématurie fut persistante et disparut avec les douleurs rhumatismales. Il s'agit bien, chez cet homme, d'hématurie au vrai sens du mot, et non pas de néphrite avec hématurie, car, tant que durent l'attaque de rhumatisme et l'hématurie, il n'existe aucun symptôme de néphrite, et une fois l'hématurie terminée, on ne peut constater aucun reliquat de néphrite, aucun symptôme de brightisme; le rein saigne pendant l'attaque de rhumatisme et c'est tout; il n'en conserve pas le souvenir.

Le rhumatisme peut aussi se porter sur la vessie (ténisme, dysurie) et sur le testicule.

Manifestations cutanées du rhumatisme. — Les dermatoses qui s'observent le plus habituellement dans le cours du rhumatisme articulaire aigu sont l'érythème, le purpura et l'urticaire¹, mais ces manifestations cutanées sont surtout le fait de pseudo-rhumatismes.

L'*érythème* revêt plusieurs formes, il est papuleux, noueux ou polymorphe; il précède parfois les manifestations articulaires. L'*urticaire* existe seule ou coïncide avec

1. Ferrand. *Exanthèmes du rhumatisme*. Th. de Paris, 1892.

Pérythème. Le *purpura* est un *purpura simplex* et ne rentre pas dans la description du purpura hémorrhagique et cachectique; il a pour siège de prédilection les avant-bras, les jambes et la partie interne des cuisses. Cette éruption purpurique est souvent nommée *pélioze rhumatismale* (πέλιος, livide). On en trouvera la description au chapitre concernant le purpura.

Dans le tissu cellulaire cutané, la fluxion rhumatismale se traduit par des œdèmes plus ou moins localisés, qui forment des plaques, des *nodosités* (Jaccoud), dont la disparition est aussi rapide que l'apparition. Parfois cependant ces nodosités rhumatismales sous-cutanées ont une longue durée¹. Certains œdèmes rhumatismaux envahissent la paupière, la joue² (Fernet), le scrotum (Ferrand), une portion de membre³; ils sont, à l'état aigu, ce que sont à l'état chronique d'autres œdèmes d'origine rhumatismale (Potain) que nous étudierons plus loin.

Chez les *jeunes enfants* l'affection rhumatismale présente quelques particularités (Roger). Les symptômes généraux ont peu d'intensité, la fièvre est légère, les sueurs sont très modérées, les troubles cérébraux sont extrêmement rares, et peu de jointures sont envahies. Mais, en dépit de cette apparente bénignité, le cœur est souvent touché chez l'enfant, les troubles cardiaques peuvent se manifester, alors même qu'une seule articulation serait prise.

Marche. — Pronostic. — Dans ces formes légères, le rhumatisme articulaire aigu dure deux à trois semaines; il y a même des formes très légères où le rhumatisme ne fait qu'effleurer quelques articulations et se termine en huit jours; il se prolonge au delà de cinq semaines dans les formes intenses. Une fièvre vive, l'envahissement des petites articulations sont des signes d'intensité. Souvent la maladie se fait par poussées; ainsi, après une amélioration

1. *Ann. de dermatol. et syphiliog.*, 1885, p. 173. — Brissaud. *Rev. de méd.*, avril 1885.

2. *Rhumatisme aigu*. Th. de Paris, 1865.

3. Hanot. *Arch. de méd.*, novembre 1885.

momentanée, la fièvre augmente et d'autres jointures sont envahies. La défervescence est lente et, pendant la première période de la convalescence, la fièvre revient parfois le soir. Après la disparition des douleurs et de la fièvre, le rhumatisme conserve encore une extrême *faiblesse musculaire* et une *anémie* profonde.

Dans quelques cas, il n'y a pas seulement parésie musculaire, il y a une véritable *amyotrophie aiguë* (Gubler) qui peut durer deux ou trois mois. Les craquements, les froissements articulaires sont assez fréquents après l'attaque de rhumatisme aigu. Les *rechutes* ne sont pas rares et surviennent en dépit de toute précaution hygiénique.

Le convalescent n'est pas absolument à l'abri des complications viscérales, c'est même à une époque plus ou moins éloignée qu'apparaît la *chorée* chez les jeunes sujets (G. Sée, Roger).

Ce qui fait la gravité la plus habituelle du rhumatisme, ce sont les troubles viscéraux. Dans quelques cas ces troubles constituent un danger immédiat (endocardite ulcéreuse, embolie cérébrale, rhumatisme cérébral, endopéricardopleurite, fluxion pulmonaire); mais habituellement le danger est plus lointain et ce n'est qu'après quelques années d'*immunité apparente* qu'éclatent les troubles cardiaques. Les lésions du cœur à échéance plus ou moins éloignée constituent le péril le plus redoutable de l'attaque de rhumatisme.

Dans quelques cas l'affection rhumatismale ne suit pas la forme franche et légitime que je viens de décrire. La vivacité de la fièvre et l'élévation de la température, l'apparition simultanée d'une endopéricardite, d'une pleurésie ou d'une fluxion pulmonaire, tout cela peut constituer un état grave, mais ce n'est pas une anomalie. Ce qui est une *anomalie* c'est le rhumatisme dont les symptômes généraux revêtent rapidement des allures *ataxiques* et *adynamiques* à la façon des *fièvres typhoïdes* graves; c'est le rhumatisme qui touche à peine les jointures pour frapper à coups redoublés sur les viscères; c'est le rhumatisme qui aboutit à la *suppuration* des jointures, tandis que le rhumatisme

franc et légitime ne suppure pas; aussi ces différentes anomalies, qui sont généralement l'indice d'une extrême gravité, doivent-elles rentrer pour la plupart dans le cadre des pseudo-rhumatismes ou rhumatismes infectieux, que l'infection soit étrangère au sujet, ou que le rhumatisant ait puisé en lui-même (état antérieur) les germes de cette auto-infection.

Anatomie pathologique¹. — Les altérations du *sang* ont, chez le rhumatisant, une grande importance. La fibrine atteint 5, 8 et 10 pour 1000 (Andral et Gavarret) comme dans les phlegmasies franches; aussi le caillot de la saignée est-il fortement rétracté (Bouillaud). Les éléments solides du sérum peuvent descendre à 60 pour 1000 (Quinquaud). L'hémoglobine et, par conséquent, le pouvoir oxydant du sang, diminue fortement; le nombre des globules rouges diminue de 1 000 000 par millimètre cube.

L'*arthrite rhumatismale* présente les lésions suivantes: Toutes les parties de la jointure, tissus intra-articulaires et extra-articulaires, sont plus ou moins intéressées. Le *liquide* épanché dans les articulations est limpide, il tient en suspension des flocons muqueux ou fibrineux; on y trouve très peu de leucocytes. La *synoviale* est rouge, épaissie, quelquefois veloutée; les franges synoviales sont injectées, et les cellules de ces franges présentent une prolifération abondante (Cornil et Ranvier). Le *cartilage* offre les signes d'une irritation nutritive; il y a prolifération des cellules cartilagineuses. Le périoste et l'os présenteraient, suivant quelques auteurs, des altérations encore mal étudiées. Les lésions des différents organes atteints par le rhumatisme ne doivent pas trouver ici leur description.

Traitement. — Chez un individu atteint de rhumatisme articulaire aigu de vive intensité, voici le traitement à mettre en usage: le salicylate de soude rend de réels services (G. Sée); le malade prend en 24 heures 5 à 8 grammes de salicylate de soude en plusieurs fois, la médication est re-

1. Homolle. Art. RHUMATISME. *Dict. de méd. et de chir.*, t. XXXI, p. 548.

commencée plusieurs jours, et on diminue progressivement les doses aussitôt que l'amélioration se manifeste. Une autre médication qui a donné de bons résultats consiste à donner l'antipyrine à la dose de 2 grammes par jour associée au salicylate.

L'aspirine (acide acétyl-salicylique) a été employée avec quelques succès contre le rhumatisme articulaire aigu; c'est un bon succédané du salicylate, dont il ne présente pas les inconvénients, intolérance gastrique, bourdonnements d'oreille, etc. (Growitz, Rénon).

Le salicylate de méthyle en application locale (Linossier), peut donner aussi de bons résultats. On l'applique sous forme de pommade composée de 10 grammes de vaseline pour un gramme de salicylate de méthyle.

En fait de boisson on prescrit la limonade, l'eau vineuse, le lait coupé avec l'eau de Vichy. Les douleurs articulaires sont calmées par des injections sous-cutanées d'eau pure pratiquées au niveau des jointures malades, auxquelles on peut ajouter matin et soir de *très légères* injections morphinées.

Les articulations sont badigeonnées avec un liniment ainsi composé: huile de camomille 24 grammes, chloroforme 8 grammes, laudanum 2 grammes.

Chez les rhumatisants qui ont une hyperthermie excessive, avec accidents cérébraux menaçants, il faut recourir sans hésiter à la médication par les *bains froids* qui a donné de si beaux résultats (Raynaud). Le malade est placé dans un bain à la température de 20 à 22 degrés centigrades; on l'y laisse dix minutes, un quart d'heure, vingt minutes, à moins que la violence des frissons ne force à limiter la durée du bain. Sous l'influence du bain les accidents cérébraux diminuent d'intensité, et la température s'abaisse; on recommence la même médication, trois, quatre, cinq fois en 24 heures, plusieurs jours de suite si c'est nécessaire; par cette méthode on a pu rappeler à la vie des individus atteints de rhumatisme cérébral certainement destinés à périr.