

vu, l'anatomie pathologique est impuissante pour nous faire découvrir le siège précis du rhumatisme que nous avons nommé musculaire, il nous semble que l'analyse des symptômes ne nous permet pas d'avoir aucun doute à cet égard, et que la maladie réside incontestablement dans les muscles. Nous avons vu, en effet, que la douleur siège sur la place même occupée par ces organes, qu'elle s'exaspère par leur contraction, qu'elle diminue ou cesse tout à fait par le repos, et lorsqu'on met les parties malades dans le plus grand état de relâchement possible. Quelques personnes cependant se sont demandé si le rhumatisme siègeait plutôt dans la fibre musculaire que dans les parties fibreuses et tendineuses. Ces deux opinions ont trouvé des partisans; mais il est difficile, en l'absence de toute preuve anatomique, de se prononcer en connaissance de cause entre l'une et l'autre. Cependant, nous croyons plus probable, plus logique d'admettre que, dans le rhumatisme dit musculaire, c'est la fibre charnue qui est spécialement, sinon exclusivement affectée. Quelques auteurs pourtant, au nombre desquels on trouve M. Bouillaud, ont avancé que, dans le rhumatisme dont nous parlons, les fibres musculaires étaient intéressées moins immédiatement, moins primitivement que ne l'est le tissu cellulaire intermusculaire. Mais rien ne prouve la vérité d'une pareille assertion: aussi la rejetons-nous, bien qu'elle compte aussi en sa faveur l'imposante autorité de M. Cruveilhier. Cet éminent professeur a admis deux sortes de rhumatismes musculaires: l'un, qu'il nomme *inflammatoire*, dont il place le siège dans le tissu cellulo-séreux des muscles, qui alors serait souvent infiltré d'une matière purulente; l'autre, qu'il nomme *nerveux* ou *névralgique*, n'aurait, d'après lui, aucun caractère anatomique: aussi le place-t-il dans les nerfs. Mais nous ne saurions adopter ici la distinction établie par M. le professeur Cruveilhier; car les faits, la pratique journalière, démontrent que le rhumatisme musculaire est toujours un, toujours le même. Son début assez brusque, sa cessation souven prompte, son transport rapide d'un lieu dans un autre; l'absence de tumeur, de chaleur, de rougeur, de fièvre, et, à l'autopsie, l'absence de toute lésion appréciable, sont tout autant de caractères qui distinguent essentiellement le rhumatisme musculaire d'une inflammation. Pour s'en convaincre, on n'a qu'à comparer le rhumatisme à l'inflammation du tissu cellulaire et à celle des muscles. Le rhumatisme musculaire n'est pas non plus une névralgie comme l'ont admis quelques personnes. Il s'en distingue, en effet, par la nature des douleurs; parce que celles-ci ne suivent le trajet d'aucun nerf, parce qu'elles sont répandues sur une grande surface, et n'existent pas par points disséminés. Le rhumatisme est donc une affection spéciale, *sui generis*, tout à fait inconnue dans sa nature, distincte de toutes les autres maladies, et qui doit avoir une place à part dans le cadre nosologique.

3^o Du rhumatisme articulaire aigu.

Le *rhumatisme articulaire aigu* occupe, comme son nom l'indique, les articulations; il est caractérisé par une douleur plus ou moins vive dans une ou plusieurs jointures, s'accompagnant le plus souvent de gonflement et quelquefois de rougeur des parties malades, et coexistant presque toujours avec un appareil fébrile d'intensité variable.

Anatomie pathologique. — On a très-rarement l'occasion de faire l'autopsie d'individus morts dans le cours d'un rhumatisme articulaire; c'est ce qui explique les dissidences des auteurs sur les caractères anatomiques de la maladie. La plupart n'ont trouvé aucune lésion, ou n'ont rencontré, dans les parties qui avaient été

le siège de la maladie, que des altérations presque insignifiantes; d'autres médecins, au contraire, disent avoir constaté des lésions de nature inflammatoire: celles-ci variant depuis la simple injection de la membrane synoviale jusqu'à la suppuration et à la destruction des surfaces articulaires. Il m'a été permis, depuis trente ans, d'examiner moi-même six fois les articulations d'individus qui, par suite de quelque complication, avaient succombé promptement dans le cours d'un rhumatisme articulaire. Or, dans tous les cas, les jointures, qui le jour même de la mort étaient encore le siège de douleurs plus ou moins violentes, ne m'ont cependant présenté ni injection ni rougeur; une seule fois la synoviale qui se réfléchit dans le cul-de-sac supérieur des articulations du genou était un peu injectée et peut-être légèrement épaissie; toujours les surfaces articulaires étaient blanches, lisses, polies, sans gonflement, et les parties fibreuses environnantes, de même que les parties molles, ne présentaient aucune lésion appréciable. Deux fois la synovie n'était ni plus ni moins abondante que de coutume; chez deux autres, sa quantité était légèrement augmentée: elle était en outre un peu plus fluide; chez un autre, elle était légèrement floconneuse. Sur un cadavre dont je fis l'autopsie avec mon ami M. Henri Gueneau de Mussy, les surfaces articulaires, blanches, sans injection, étaient un peu arides par suite d'une diminution dans la sécrétion de la synovie. Enfin, chez une jeune fille qui succomba à une péricardite, toutes les grandes articulations, également lisses et blanches, contenaient seulement un petit fragment d'albumine concrète, du volume d'une grosse lentille. Ces faits m'autorisent donc à conclure que le rhumatisme articulaire aigu ne laisse, du moins dans la grande majorité des cas, aucune lésion notable sur les surfaces articulaires, ou seulement des lésions qui sont sans aucun rapport avec les accidents inflammatoires observés pendant la vie.

Cependant beaucoup de médecins, trompés par quelques faits interprétés d'une manière inexacte, professent une opinion contraire. M. Bouillaud, entre autres, réunissant un grand nombre d'observations éparses çà et là dans la science, a cherché à prouver que les jointures étaient non-seulement enflammées dans le rhumatisme, mais qu'elles pouvaient même être le siège d'une suppuration abondante. Pour soutenir cette opinion, M. Bouillaud a réuni trente-sept observations particulières, auxquelles il n'accorde pas lui-même une égale valeur. Nous éliminerons d'abord les quinze qui forment sa seconde et sa troisième catégorie; car, admettant, et cela avec juste raison, qu'on peut élever des doutes sur la nature de la maladie, il les a frappées lui-même de nullité: aussi n'en parlons-nous point. Restent vingt-deux cas, dont treize surtout semblent à M. Bouillaud des exemples incontestables de rhumatismes terminés par suppuration. Cependant, en étudiant ces faits avec soin, il est impossible de partager les convictions de l'honorable professeur. Ainsi il y en a d'abord huit dans lesquels la suppuration articulaire coïncide avec une phlébite, avec une lymphite utérine, ou tout au moins avec une métro-péritonite puerpérale; de sorte qu'il est permis de se demander si la suppuration qu'on a trouvée dans les articulations était la conséquence du rhumatisme ou de l'infection purulente. Or, comme celle-ci produit, sinon ordinairement, du moins fréquemment, des abcès intra-articulaires, tandis que, de l'aveu de tout le monde, le rhumatisme n'a pas cet effet, ou ne l'a que très-rarement, il sera rationnel, dans les cas que nous supposons, de ne pas choisir, pour expliquer le fait, précisément celle des deux causes qui le détermine le plus rarement. M. Bouillaud cependant pense que, dans ces cas, le pus a été produit par l'inflammation articulaire plutôt que par l'infection du sang, et cela parce qu'il

aurait trouvé parfois la membrane synoviale rouge, altérée. Mais on sait aujourd'hui qu'une pareille lésion peut se rencontrer également dans les abcès articulaires consécutifs aux phlébites : ainsi, dans les nombreuses autopsies que j'ai faites dans les salles de Dupuytren et de Breschet, de 1831 à 1834, d'individus morts après des opérations, j'ai trouvé souvent sur le même sujet les membranes synoviales en contact avec le pus, les unes intactes, les autres rouges, ramollies, érodées. Poursuivant maintenant notre examen critique, nous croyons qu'on ne peut accorder aucune valeur à la deuxième observation rapportée par M. Bouillaud; car, si l'on considère la nature des symptômes observés pendant la vie et la coexistence d'abcès musculaires, il sera impossible de ne pas voir encore là un exemple de résorption purulente, bien que l'attention n'ait pas été éveillée du côté des veines. Je ne m'arrêterai pas sur les troisième et quatrième observations, car elles sont tellement incomplètes qu'on dirait vraiment qu'elles ont été rédigées de mémoire et d'après des souvenirs assez vagues. Quant à la quinzième, qui a été empruntée à Leroux, elle a été recueillie à une époque où l'on ne connaissait ni la phlébite ni les accidents des résorptions purulentes : aussi n'a-t-elle aucune valeur pour nous. Il en est de même de la seizième, due à Pinel, et dont M. Bouillaud se sert, bien qu'il la déclare très-défectueuse. Nous excluons aussi de toute discussion la douzième, qui est un exemple manifeste de phlegmon diffus de la cuisse avec inflammation du genou correspondant; et la dix-septième, qui est un cas de rhumatisme chronique, maladie dont nous ne nous occuperons pas pour l'instant. C'est probablement par suite d'une méprise, d'une erreur, que la cinquième observation figure dans ce chapitre à titre d'arthrite terminée par suppuration, puisqu'il y est dit que la synovie extraite était seulement *épaissie, trouble, semblable à du sperme un peu jaune*, c'est-à-dire que ce liquide ne ressemblait en rien à du pus. La même critique atteint encore plus la vingt-deuxième observation, qui est donnée comme un exemple d'abcès articulaire, quoique par la ponction on n'ait enlevé de l'articulation qu'un liquide ayant l'apparence de la synovie, mais plus épais et plus jaune (textuel). La sixième observation doit être regardée par nous comme non avenue, puisqu'il y est dit qu'on n'a trouvé dans les articulations que quelques flocons albumineux, comme on en trouve dans toute inflammation d'une membrane séreuse. M. Bouillaud cite encore comme exemples de rhumatismes suppurés cinq observations (18, 19, 20, 21, 22), qu'il signale comme des abcès articulaires, notamment comme des abcès du genou ouverts pendant la vie spontanément ou par l'instrument tranchant. Mais nous doutons que des chirurgiens expérimentés acceptent ces faits avec la même confiance que M. Bouillaud, et qu'ils leur donnent la même interprétation; nous en appellerons volontiers à leur témoignage. D'ailleurs, observons ici par anticipation que le rhumatisme fixé sur une jointure peut amener à la longue dans les tissus des lésions consécutives graves que le rhumatisme aigu ne produit pas; ce n'est pas par conséquent à des faits pareils qu'on doit recourir pour prouver la possibilité de la terminaison du rhumatisme articulaire par suppuration.

On voit donc, par cette revue, que de tous les faits si laborieusement réunis par M. Bouillaud, il n'en est aucun qu'on puisse accepter comme étant un exemple incontestable de rhumatisme articulaire terminé par suppuration. M. Bouillaud, qui a emprunté ces observations à diverses sources, les a acceptées avec une trop grande confiance et leur a donné une valeur qu'elles ne sauraient avoir.

Qu'on ne croie pas, d'après ce qui précède, que je nie d'une manière absolue

la possibilité de la suppuration d'une ou de plusieurs articulations dans le cours d'un rhumatisme simple, légitime; telle n'a jamais été ma prétention. Je soutiens seulement que c'est un accident infiniment rare, tellement rare, qu'il n'en existe peut-être pas encore de faits bien authentiques. Si donc on le constatait un jour, on devrait rechercher avec soin s'il ne se rattacherait pas à quelque circonstance accidentelle, à une complication. Ne confondons pas surtout avec le rhumatisme l'infection purulente et certaines arthrites spontanées. Acceptera-t-on, par exemple, comme un fait incontestable de rhumatisme le cas rapporté par M. Andral à l'Académie de médecine, d'une femme de soixante-sept ans, faiblement constituée, et qui, convalescente à peine d'une pneumonie grave, fut prise de douleurs dans les deux épaules, et succomba neuf jours après par l'aggravation des symptômes, sans aucune des complications qui surviennent si communément dans le rhumatisme? Les deux articulations scapulo-humérales étaient remplies d'un pus phlegmoneux et la synoviale était enflammée (1). Que de choses insolites si l'on veut admettre ici un rhumatisme! Mais, en concédant ce fait, il est impossible de méconnaître les conditions spéciales dans lesquelles se trouvait cette femme, affaiblie par l'âge et plus encore par une maladie grave qu'elle venait d'éprouver.

Symptômes. Marche. — Il est fort rare que le rhumatisme débute brusquement. Presque toujours, en effet, il est précédé de quelques prodromes généraux et locaux. Parmi les premiers sont des frissons irréguliers, un sentiment de courbature, l'inappétence, la soif, un appareil fébrile de médiocre intensité, etc. Parmi les seconds, nous citerons la gêne, la roideur des articulations, et la difficulté de les mouvoir. Au bout de quelques jours, la maladie éclate, et c'est la douleur qui, tout d'abord, fixe l'attention des malades.

Ainsi une, et le plus souvent plusieurs grandes articulations deviennent le siège de douleurs dont la nature et l'intensité varient. Les malades les comparent parfois à de l'engourdissement; le plus souvent elles sont contusives, ou bien lancinantes et térébrantes; elles peuvent avoir une violence telle qu'elles arrachent des cris aux plus courageux. Elles s'exaspèrent toujours par la pression, mais surtout par les mouvements, qu'elles rendent ordinairement tout à fait impossibles. Les articulations affectées sont gonflées, la peau qui les recouvre est souvent rouge et tendue, et la fluctuation qu'on perçoit quelquefois indique qu'un épanchement séreux s'est formé dans la membrane synoviale: cependant la tuméfaction, aussi bien que la rougeur, n'est perceptible qu'aux articulations superficielles, comme les poignets, les genoux et les pieds; mais on observe très-rarement ces phénomènes aux épaules, et jamais on ne les voit aux hanches. La rougeur, dans tous les cas, n'est jamais très-vive; elle ressemble plutôt à la teinte de la roséole qu'à celle de l'érysipèle.

Le gonflement des jointures doit s'expliquer non-seulement par l'épanchement intra-articulaire, mais encore par la congestion et par la fluxion des parties molles. Pour terminer ce qui concerne les symptômes locaux, nous dirons que, d'après la remarque de M. Bouillaud, en imprimant certains mouvements aux articulations rhumatisées, on entend un bruit de craquement, de raclement plus ou moins marqué, que ce professeur compare aux bruits de frottement de la plèvre et du péricarde. C'est là pourtant un phénomène assez rare.

Lorsque plusieurs articulations sont prises simultanément, il y a un appareil fébrile plus ou moins intense, constituant la *fièvre rhumatismale* des auteurs. Le pouls est alors fréquent, large, dur, vibrant; la peau est chaude, halitueuse,

(1) *Bulletin de l'Académie*, t. XV, p. 1019.

souvent baignée d'une sueur abondante et nauséabonde; la face est rouge, animée, la soif vive, la langue blanchâtre, l'appétit nul; les selles sont rares, l'urine est peu abondante, foncée; il y a souvent une céphalalgie gravative, le sommeil est agité ou perdu; le sang enfin extrait de la veine ou obtenu par les ventouses est pour le moins aussi riche en fibrine que celui des pneumoniques, et se recouvre promptement, comme ce dernier, d'une couenne épaisse et dense. La fièvre précède quelquefois les douleurs d'un ou de plusieurs jours; mais le plus souvent elle leur est consécutive ou du moins elle débute en même temps qu'elles.

Le rhumatisme, qui n'occupe d'abord qu'une ou deux jointures, s'étend ensuite à plusieurs autres. Il arrive quelquefois que la maladie, en envahissant de nouvelles articulations, abandonne celles qu'elle avait primitivement occupées. Ces migrations se font communément pendant la nuit. Le plus souvent pourtant, dans le rhumatisme intense, la plupart des articulations sont prises à la fois; il arrive même quelquefois qu'elles le sont presque toutes; ainsi, non-seulement les jointures des membres sont atteintes, mais celles de la mâchoire inférieure, celles de l'atlas et de l'axis, ainsi que celles des vertèbres cervicales et lombaires, peuvent l'être de même: alors le patient, aussi immobile dans son lit qu'une statue, reste dans le décubitus dorsal, ne pouvant exécuter aucun mouvement ni s'aider d'aucune manière, même pour satisfaire ses besoins les plus pressants; il tient les jointures dans une position qui met dans le relâchement le plus complet les muscles et les ligaments qui s'y insèrent. Les douleurs et la tuméfaction sont ordinairement limitées aux articulations malades. Quelquefois cependant les individus se plaignent de douleurs aiguës dans la continuité des membres, ce qui indique la coïncidence d'un rhumatisme musculaire; mais ces parties ne sont jamais ni tuméfiées ni œdémateuses, à moins de quelque complication du système circulatoire (comme endocardite, péricardite ou phlébite). Cependant, lorsque le rhumatisme affecte simultanément des articulations très-voisines les unes des autres, la tuméfaction qui occupe chacune d'elles envahit aussi l'espace intermédiaire; c'est ce qu'on voit notamment pour les mains et pour les pieds, qui sont tuméfiés uniformément lorsque les petites articulations qui s'y trouvent sont prises à la fois.

En général, les souffrances, vives à toute heure du jour, s'exaspèrent assez habituellement pendant la nuit. S'il y a du sommeil, il est court et souvent interrompu brusquement par une douleur vive, excitée par un de ces mouvements automatiques que nous exécutons si souvent en dormant. La réaction fébrile est assez habituellement en raison directe du nombre des articulations affectées. Les sueurs redoublent; elles soulagent rarement, et deviennent, pour les malades, une nouvelle cause de malaise et d'anxiété. Lorsqu'elles ont persisté plusieurs jours, il n'est pas rare de voir, surtout sur la peau du tronc, une abondante éruption miliaire rouge ou blanche.

Le rhumatisme articulaire a, comme toutes les maladies aiguës, une période d'accroissement et une de déclin. Cependant il n'y a rien de bien régulier dans sa marche: il est assez commun, par exemple, de voir la maladie, après avoir décliné, reprendre avec une nouvelle violence, et les articulations tout à fait débarrassées être prises de nouveau avec la même intensité qu'auparavant, et cela à plusieurs reprises différentes.

A mesure que les douleurs perdent de leur violence et qu'elles se circonscrivent à un plus petit nombre d'articulations, l'appareil fébrile diminue et cesse ensuite; il n'est même pas rare de voir la fièvre tout à fait tombée et l'appétit revenu, bien qu'il y ait encore quelques jointures de prises, mais à un faible degré cependant.

Il peut arriver, par contre, que les articulations soient devenues tout à fait libres, et que la fièvre persiste seule avec une certaine intensité; dans ce cas, les douleurs articulaires ne tardent pas à apparaître de nouveau. C'est un point important de pratique sur lequel Chomel insiste avec beaucoup de raison. La fièvre qui persiste ainsi en l'absence des douleurs articulaires a été regardée par M. Bouillaud comme étant entretenue constamment par quelque phlegmasie viscérale, spécialement par une inflammation du péricarde ou de l'endocarde. Certainement cela a lieu dans un grand nombre de cas, mais non assurément dans tous. D'ailleurs, cette persistance de la fièvre pendant la suspension éphémère des douleurs, et en l'absence des signes positifs de quelque phlegmasie intérieure, n'a rien de bien surprenant; car, comme Requin l'observe, ne voit-on pas souvent la fièvre, et une fièvre intense, précéder d'un et parfois de deux ou trois jours la phlegmasie articulaire, sans que l'appareil fébrile ait alors pour origine aucune inflammation appréciable ni à l'extérieur ni à l'intérieur?

Nous venons de parler du rhumatisme qui court d'une articulation à une autre, et qui, en raison de cette marche, est nommé *ambulant*. Cependant quelquefois le rhumatisme peut n'occuper qu'une jointure, soit que d'emblée il se fixe sur une seule articulation, soit qu'après en avoir occupé faiblement quelques-unes, il se concentre sur une seule: c'est le *rhumatisme fixe*. Cette forme de la maladie a appelé depuis longtemps l'attention des médecins. Genest a publié sur elle (*Archives*, 1830) un mémoire intéressant. Le rhumatisme fixe se distingue du rhumatisme ambulant par sa persistance, par sa ténacité, parce qu'il s'accompagne plus rarement de complication du côté des autres organes; mais, en revanche, il devient quelquefois l'origine de tumeurs blanches. On a enfin voulu établir une différence, suivant que le rhumatisme occupait les grandes ou les petites articulations, telles que celles des phalanges des doigts. Dans ce dernier cas, on a donné au rhumatisme la qualification de *goutteux*; cette distinction est sans importance.

Complications. — Le rhumatisme articulaire aigu se complique fréquemment de phlegmasies diverses, surtout du côté des organes pectoraux, et notamment du côté du péricarde et du cœur. Ces complications avaient presque de tout temps fixé l'attention des médecins. Chomel, dans sa thèse et dans d'autres écrits, avait parlé surtout de la péricardite qui survenait dans le cours des rhumatismes, et je l'ai entendu bien des fois, il y a de cela trente-cinq ans, insister sur la nécessité qu'il y avait, chez les rhumatisants, à explorer fréquemment le thorax pour saisir, dès leur apparition, les phlegmasies de la plèvre et du péricarde, si souvent latentes. Un médecin anglais, J. Johnson, dans sa dissertation sur le rhumatisme, ouvrage traduit en français dans l'année 1820, à la suite du traité de Guilbert sur la goutte, avait aussi parlé d'une manière toute spéciale, et fort longuement, des complications cardiaques. On voit donc que la connaissance de ce fait n'est pas de date récente; cependant, quelque ancien qu'il soit, on ne saurait contester à M. Bouillaud l'honneur d'avoir fixé, plus qu'on ne l'avait fait avant lui, l'attention des médecins sur ces complications, et d'avoir démontré surtout qu'elles sont beaucoup plus communes qu'on ne l'avait cru jusqu'à lui. M. Bouillaud a en effet établi dans plusieurs de ses ouvrages que, dans le rhumatisme aigu, violent, généralisé, la coïncidence d'une endocardite, d'une péricardite ou d'une endopéricardite était la règle, et la non coïncidence, l'exception; tandis que dans le rhumatisme articulaire aigu, léger, partiel, apyrétique, on devait admettre une proposition inverse. J'ai recherché, par l'étude clinique, si l'opinion de M. Bouillaud était fondée,

et je me suis convaincu, en analysant environ cent observations de rhumatismes articulaires aigus fébriles, que, chez plus des trois quarts, il avait existé quelques phénomènes morbides du côté du centre circulatoire (1). Ainsi, chez un septième, il y avait eu des signes évidents de péricardite; chez tous les autres, j'ai constaté des bruits morbides dans le cœur, depuis l'enrouement, l'état voilé, confus, de bruits naturels, jusqu'à la production des bruits de soufflet et de râpe existant presque toujours au premier temps seulement. Ces bruits morbides n'indiquent pas nécessairement par eux-mêmes une endocardite; car, comme M. Bouillaud l'a lui-même remarqué avec juste raison, pour établir l'existence de cette affection, il faut le concours de plusieurs autres symptômes. Dans quelques cas, en effet, les bruits dont nous parlons nous ont paru être complètement indépendants d'un travail inflammatoire. Ainsi, parfois ils semblaient se rattacher à la formation spontanée de caillots fibrineux sans endocardite, c'est ce que l'autopsie nous a d'ailleurs révélé. Enfin, il faut se rappeler que chez les sujets anémiques qui ont été saignés trop vigoureusement, le bruit de souffle cardiaque peut aussi se lier à une diminution des globules du sang. Redisons encore combien sont communes les complications inflammatoires du péricarde et de l'endocarde : elles le sont en tout temps, mais certainement elles l'ont été exceptionnellement dans ces dernières années, c'est à peine, en effet, si je les ai vues manquer chez le dixième des rhumatisants.

La péricardite ou l'endocardite ne sont pas les seules phlegmasies qui puissent compliquer les rhumatismes; c'est ainsi qu'on observe assez fréquemment l'inflammation des plèvres, qui, presque toujours, à l'instar des inflammations cardiaques, suivent d'une manière obscure, latente, sans exciter de douleur. La pneumonie est au contraire fort rare, la péritonite l'est davantage encore; mais les complications encéphaliques se rencontrent bien plus fréquemment. Par leur gravité, par les formes diverses qu'ils affectent, les accidents cérébraux méritent d'arrêter quelques instants notre attention.

On voit certains rhumatisants être emportés rapidement par une méningite intercurrente, d'autres sont comme sidérés, et succombent en peu d'instants dans le coma ou au milieu de convulsions, sans que l'autopsie révèle l'existence d'une lésion suffisante pour expliquer les troubles observés pendant la vie et la terminaison fatale.

Les accidents cérébraux, devenus incontestablement plus communs aujourd'hui qu'ils ne l'étaient autrefois, ont fixé l'attention de médecins habiles. MM. Boudon (2), Vigla surtout (3), puis M. Gubler (4), sont ceux qui, dans ces derniers temps, ont le plus éclairé l'histoire de ces complications redoutables. Celles-ci se présentent sous différentes formes. Quelques malades sont pris de céphalgie, de délire, ils meurent en quelques jours dans le coma, et, à l'autopsie, on trouve les caractères d'une méningite (*méningite rhumatismale*). D'autres malades, pris tout à coup d'un délire calme, parfois violent, sont en quelques heures, en moins de temps encore, emportés dans un accès convulsif épileptiforme, ou bien, après quelques instants d'inquiétude, d'agita-

(1) La proportion des complications cardiaques varie peut-être suivant le genre de traitement qu'on applique; c'est ce que nous dirons plus bas. Les résultats indiqués ici ne peuvent servir à résoudre cette question, car ils sont fondés sur des notes prises seulement en vue des complications cardiaques, sans tenir compte du mode de traitement employé.

(2) *Actes de la Société médicale des hôpitaux*, année 1854.

(3) *Ibid.*, année 1855.

(4) *Archives générales de médecine*, année 1857.

tion, de délire, ils s'affaissent et meurent tout d'un coup. A l'autopsie, on peut ne trouver rien d'anormal; le plus souvent le cerveau est fortement injecté; il y a parfois une infiltration séreuse dans les mailles de la pie-mère; on a donné à cette forme le nom impropre d'*apoplexie rhumatismale*.

Je viens de parler des deux formes les plus graves sous lesquelles se montrent, dans le cours du rhumatisme, les accidents cérébraux; mais, ainsi que M. Vigla le remarque, on peut voir survenir dans le cours de l'affection un délire simple analogue au délire sympathique qu'on observe si communément dans le cours des affections aiguës. Ce délire se distingue en général du précédent par son peu de violence, par sa durée, par l'absence de tout autre symptôme grave; néanmoins il constitue toujours un signe sérieux et qui doit préoccuper au plus haut degré, parce que des accidents plus graves encore peuvent tout à coup faire explosion. Un médecin des plus judicieux, le docteur Mesnet, a encore fixé l'attention sur une autre forme de délire, sur une véritable aliénation mentale coexistant avec un rhumatisme et en suivant les phases diverses (1). Le fait cité par M. Mesnet est encore unique et susceptible peut-être d'une interprétation différente; il est digne néanmoins de fixer l'attention.

Les accidents cérébraux dont je viens de parler n'éclatent pas toujours dans le cours des rhumatismes les plus violents. Si, parfois, les symptômes graves sont survenus après la cessation des douleurs, le plus ordinairement rien n'indique une métastase; les méninges et le cerveau se prennent comme le font le péricarde et la plèvre. Des émotions morales, le refroidissement, ont joué parfois le rôle de cause efficiente; mais, le plus communément, les accidents cérébraux surviennent sans cause appréciable et viennent surprendre le médecin. Le traitement suivi peut-il avoir quelque influence sur la détermination des troubles nerveux? On a surtout accusé le sulfate de quinine: je ne sais, en effet, si l'on pourrait, pour tous les cas, innocenter ce médicament; quoi qu'il en soit, l'accusation doit nous porter à administrer le remède avec plus de prudence. J'ai remarqué chez plusieurs de mes malades deux phénomènes assez fréquents pourtant dans le rhumatisme articulaire fébrile, des sueurs profuses et une éruption miliaire, mais je ne les ai jamais rencontrés aussi intenses que chez les malades qui ont eu des accidents cérébraux.

Les méninges rachidiennes et la moelle peuvent-elles être affectées par la diathèse rhumatismale, comme le sont les organes encéphaliques? Les faits que j'ai rapportés plus haut (page 794) le démontrent. Le docteur Hutchinson cite en outre, dans la *Lancette anglaise* de 1830, l'histoire de trois paraplégies survenues dans le cours d'un rhumatisme articulaire: à l'autopsie, on trouva la moelle intacte; le liquide céphalo-rachidien était en quantité plus considérable.

On a signalé bien d'autres accidents pouvant être la conséquence du rhumatisme fébrile. M. Bouillaud parle, par exemple, de la phlébite comme n'étant pas très-rare; mais cette proposition nous paraît fort contestable. Enfin, dans certaines constitutions, comme on l'a vu surtout à la fin du dernier siècle, le rhumatisme s'est compliqué quelquefois de dysenterie. Plus souvent on voit des érythèmes, de l'urticaire, etc., affections qu'on a parfois considérées comme l'effet de la même diathèse, opinion que, pour ma part, je considère encore comme étant fort controversable.

Comment ces complications surviennent-elles? Les anciens ne voyaient là que les effets d'une rétrocession ou d'une métastase du rhumatisme sur des organes intérieurs. C'est ce qui semble, en effet, avoir lieu quelquefois. Ainsi

(1) *Archives générales de médecine*, année 1855.