

DU RHUMATISME PYOHÉMIQUE.

(Leçon recueillie et rédigée par le D^r Legroux.)

Dans une de mes précédentes leçons, j'ai cherché à établir l'autonomie du rhumatisme articulaire aigu : je vous ai montré combien il s'écartait de certaines affections avec lesquelles on l'a longtemps confondu et on le confond encore. La personnalité du rhumatisme aigu vrai s'affirme par la mobilité et la symétrie de ses localisations articulaires, par les caractères de la douleur et son siège extra-capsulaire. D'autre part, le rhumatisme pur est le seul qui ne laisse pas traces de son passage dans les jointures, la plèvre ou les méninges, où cependant il a pu faire tant de tapage, tandis que, par une singulière anomalie, il laisse des lésions indélébiles au cœur sans y avoir traduit sa présence par la douleur, qui cependant est son signe fondamental.

Ce sont là de grands traits qui suffisent à le séparer nettement des rhumatismes chroniques et des rhumatismes suppurés.

Des anatomo-pathologistes, je le sais bien, ont cherché à démontrer que le rhumatisme aigu était capable de produire la suppuration articulaire. Quand ces suppurations existent, c'est qu'il s'est produit une déviation attribuable, soit à une cachexie antérieure ou à une cachexie engendrée par le rhumatisme lui-même, soit à l'endocardite ulcéreuse.

J'ai compulsé les observations de Bouillaud et je puis vous affirmer qu'aucune n'est un exemple indiscutable de rhuma-

tisme pur dans lequel la suppuration puisse être expliquée par le rhumatisme seul. La littérature étrangère n'offre pas des faits plus concluants que ceux de notre illustre compatriote.

Le rhumatisme articulaire aigu franc ne suppure pas.

Plus il est aigu, moins il a de chances de supurer.

Ne suppurent que les rhumatismes abâtardis.

Force est donc d'admettre des rhumatismes pouvant supurer et qu'on ne peut expliquer que par une infection de l'organisme, par un virus introduit, et portant action élective sur les jointures. Je vous ai dit déjà, dans mon essai de classification, que ces rhumatismes suppurants étaient intra-capsulaires, tandis que le rhumatisme aigu est extra-capsulaire quant à la lésion primordiale : autre caractère différentiel de grande importance.

Or quelles sont les arthropathies suppurées que le clinicien observe? C'est d'abord, dans les services de chirurgie, l'arthrite traumatique, les arthrites consécutives soit à une inflammation de voisinage, telle que les phlegmons profonds, les ostéo-périostites, soit à une pyohémie traumatique ou opératoire; c'est ensuite, dans le domaine de la clinique médicale, les arthrites *secondaires* des maladies infectieuses, telles que scarlatine, variole, fièvre puerpérale, blennorrhagie, etc..., auxquelles on donne improprement le nom de rhumatisme.

J'ai souligné le mot *secondaire*, parce que le rhumatisme est une maladie toujours première, une maladie autocratique, que vous ne verrez presque jamais, si ce n'est jamais, surgir pendant une convalescence ou dans le cours d'une autre maladie. C'est à ce point qu'une manifestation douloureuse des jointures survenant pendant un état pathologique quelconque ou à sa suite doit éloigner de vous la pensée d'un rhumatisme aigu et vous faire diagnostiquer une de ces arthropathies bâtardees qui n'ont de rhumatismal que l'apparence et peuvent conduire, grâce à leur nature inflammatoire, à l'infiltration plastique, à la nécrose cartilagineuse, à la suppuration de la synoviale, ou simplement à une raideur persistante ou aux craquements articulaires.

Si les arthrites des services de chirurgie sont le plus souvent déterminées par des infections purulentes d'une extrême gravité, ne peut-on pas soupçonner comme cause de nos arthrites médicales des pyohémies d'intensité moindre, des pyohémies atténuées, des pyohémies au petit-pied. Une suppuration existe en un point de l'organisme : c'est un petit panaris, une amygdalite, une vaginite, une métrite puerpérale ou non, un écoulement blennorrhagique de l'urèthre; la suppuration est médiocre, je le veux bien, mais elle est. Et c'est au cours ou au déclin de ces états morbides que nous voyons éclater une arthrite. Est-ce là simple coïncidence? Est-ce un accès de rhumatisme vrai? Certes non. Il faut y reconnaître une relation de cause à effet, et rapprochant ces cas fréquents de ceux que nous offre la chirurgie, y voir une manifestation articulaire de l'infection purulente.

Je ne veux pas vous décrire la grande pyohémie chirurgicale à gros frisson initial, avec sécheresse de la langue, délire, phlébites, érysipèle, suppurations multiples. A ce groupe se rattachent les graves fièvres puerpérales avec leur cortège de péritonite, de phlébite, d'embolies, de fièvre intense, de délire et d'arthropathies suppurées, parfois indolentes, pouvant n'être découvertes qu'à l'autopsie. Là, le doute n'est pas permis : de rhumatisme il n'est pas question; il n'y a que des arthrites infectieuses.

Mais, si nous descendons d'un degré, nous arrivons aux formes de pyohémie subaiguës, traînantes, sans cesser cependant de pouvoir être fatales, et dont je vous citerai un exemple qui a évolué sous mes yeux.

M. C..., cinquante et un ans, atteint depuis six ans d'une suppuration fistuleuse due à une ostéo-arthrite du cou-de-pied droit, est pris, le 1^{er} février, après une courte promenade, de frissons, et de nausées. La langue se sèche bientôt, le pouls s'élève. Le 2, après une légère amélioration, les frissons se répètent vers le soir. Le 3, à la même heure, mêmes frissons qui font supposer une fièvre intermittente pernicieuse : sulfate de quinine. Le 4 au matin, amélioration, mais vers le soir, subdélirium, langue

plus sèche encore, pas de douleurs articulaires. — Le 7, après deux journées sans changement notable, on voit, à la face interne du mollet droit, une traînée d'angioleucite partant de la région fistuleuse, sans douleur : en même temps une plaque érythémateuse apparaît sur la rotule. Pouls à 120, 130, avec deux frissons dans le courant de la journée.

Le 9 au matin, œdème autour de la plaie, empâtement du poignet gauche avec douleur vive à la pression et aux mouvements actifs ou communiqués. OEdème du dos de la main, tandis que sur l'avant-bras on constate des traînées rouges peu ou point douloureuses, suivant les tendons des extenseurs. Indolence de la flexion ou de l'extension des doigts. Coude, épaule gauches, légèrement douloureux, sans gonflement. Peau et langue sèches, abdomen ballonné. Auscultation du thorax normale, délire incessant. — Le 10, même état, délire persistant, mots répétés sans suite; ne se plaint de rien. — Le 13, rémission le matin, intelligence présente : poignet tuméfié mais presque indolent; gaine synoviale de l'extenseur du médium épaissie et douloureuse; empâtement du coude droit, rougeur au genou droit, sans œdème; langue plus sèche, tympanisme énorme, déglutition pénible, puis bientôt délire marmottant. Le malade parle à peine, ne reconnaît pas et ne demande rien; conjonctivite suppurante, regard atone, face grippée, pouls saccadé, incomptable : mort.

Il faut reconnaître là une infection purulente à lente évolution, à petit fracas, à diffusion purement articulaire et synoviale, fatale néanmoins, sorte de type intermédiaire subaigu entre la grande forme précédente, et celles plus atténuées, infiniment moins graves, que je tiens à mettre en évidence.

Un exemple encore fixera vos idées à l'égard de cette troisième espèce.

Une femme est prise, en décembre 1870, d'un abcès pharyngien, lequel s'ouvrit spontanément. L'état général, sans être grave, fut celui d'un phlegmon péri-amygdalien. Peu après, un panaris survient, puis quelques pustules ecthymateuses parais-

sent à la peau ; le genou droit devient douloureux et oblige à une immobilisation complète ; quelques autres jointures moins atteintes sont le siège de souffrances pénibles, exagérées par les mouvements. Enfin les signes d'une péricardite sont reconnus. Le tout, après un traitement de plusieurs semaines, rentre dans l'ordre, sans laisser de traces autres qu'une raideur du genou qui a duré quelques mois.

Voilà une infection purulente atténuée avec manifestation articulaire sans parité avec le rhumatisme articulaire aigu. Ce sont ces infections que l'on voit survenir dans les petites suppurations, qu'elles siègent dans la gorge, sur un doigt, dans le poumon, au pourtour de l'anus, ou dans l'urèthre. Ceci m'amène à vous exposer mon sentiment sur le rhumatisme dit blennorrhagique, dont vous avez eu de récents exemples dans nos salles.

Il y a bientôt un siècle que la coïncidence du rhumatisme et de la blennorrhagie a été reconnue par Swédiaur, puis confirmée par Hunter. Elle fut étudiée ensuite par Ricord et par de nombreux observateurs qui presque tous n'ont vu là que le rhumatisme ordinaire, mis en jeu par l'écoulement de l'urèthre.

Brandes, de Copenhague, a communiqué en 1854 aux *Archives générales de médecine* un important mémoire sur la question, mais il méconnaît les caractères principaux qui distinguent les arthropathies blennorrhagiques du rhumatisme articulaire aigu. Dans la mémorable discussion qui agita pendant plusieurs mois la Société des hôpitaux (1866-1867), des opinions nouvelles se firent jour.

Pour les uns le rhumatisme qui nous occupe ne se produisait que grâce à la prédisposition rhumatismale, à l'arthritisme ; pour d'autres la scrofule, l'herpétisme y jouaient un rôle prépondérant ; quelques-uns, M. A. Fournier en tête, n'y voient que la résultante d'un acte réflexe ; enfin Lorain l'englobait dans ce qu'il a appelé le rhumatisme génital. Aucun, quoique dans cette discussion il ait été fait de nombreux rapprochements entre les arthrites chirurgicales ou par infection purulente et l'arthrite

blennorrhagique, n'a songé à ne voir là que l'expression d'une pyohémie atténuée.

Et cependant l'état général qui accompagne certaines blennorrhagies et précède la manifestation articulaire rentre bien dans ce que nous savons des pyohémies atténuées. On a inventé une diathèse blennorrhagique ; n'est-ce pas là une faute de pathologie générale que de décorer du nom de diathèse un état passager, incapable de se reproduire spontanément, capable par contre de se produire par inoculation sur un autre sujet. Il n'y a là aucune diathèse, mais seulement un état secondaire à une infection locale, infection plus ou moins intimement pénétrante, suivant l'intensité du virus et selon la résistance du sujet qui la porte.

Le rhumatisme dit blennorrhagique, se répétant sur le même sujet à l'occasion de chacune de ses blennorrhagies, établit une relation indéniable de cause à effet.

D'autre part, ces arthrites se montrent bien souvent chez des individus qui n'ont jamais eu la moindre atteinte de rhumatisme articulaire aigu, pendant qu'à l'inverse les rhumatisants avérés n'ont pas toujours, à l'occasion de leurs chaude-pisses, une poussée d'arthropathie.

Si la première proposition est suffisamment démontrée par la statistique de Rollet, la seconde n'en est pas moins vérifiée par l'observation suivante :

Le 12 août 1871, entré dans nos salles de la Pitié un homme de trente-six ans. A trente ans, il avait eu une première chaude-pisse de trois mois sans complications. Six mois après la guérison, il a une attaque de rhumatisme polyarticulaire qui dura trois mois et guérit complètement. En 1869, nouvelle blennorrhagie de cinq mois. Six mois après la guérison, nouvelle attaque de rhumatisme articulaire aigu.

Bien plus, il est des cas authentiques dans lesquels les malades affectés antérieurement d'accès même répétés de rhumatisme vulgaire ont cessé d'en souffrir après avoir contracté une blennorrhagie. Tel est le cas cité par Diday, dans lequel un ma-

lade de cinquante-cinq ans, ayant eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu, contracta une chaude-pisse, laquelle dura quatre ans, et pendant ces quatre années il fut exempt de rhumatisme.

Je ne crois pas avoir besoin d'insister sur la non-parenté du rhumatisme blennorrhagique avec le rhumatisme articulaire aigu, et vous êtes convaincus maintenant que l'un ne résulte pas fatalement de l'existence antérieure de l'autre, et que ce dernier n'entre pour aucune part dans les arthropathies blennorrhagiques.

Quittant l'étude des relations de cause à effet, et le côté étiologique dans lequel j'ai omis la question du froid sur lequel je vous ai avoué mon scepticisme, voyons si dans les deux cas, rhumatisme articulaire aigu et rhumatisme blennorrhagique, il n'y a pas des différences symptomatiques marquées qui les séparent encore.

L'arthrite blennorrhagique débute au milieu de l'affection uréthrale et surtout au deuxième ou troisième septénaire. A ce moment, il n'est pas rare de voir l'écoulement se suspendre ou diminuer, mais sans que cela réponde à une loi, car bon nombre de ces écoulements ne semblent nullement influencés. Un peu de fièvre, de l'inappétence, de l'embarras gastrique avec diarrhée, quelques légers frissons, tels sont les symptômes généraux qui précèdent la complication. Encore est-il des cas où ces symptômes généraux sont nuls ou passent inaperçus.

L'état local offre un intérêt plus direct. La douleur débute dans une jointure, ne tarde pas à en envahir une seconde, puis une troisième sans s'accompagner d'aucun autre désordre local. Bientôt, c'est-à-dire du premier au troisième jour, la douleur, ayant épuisé sa mobilité dans les premiers points, se fixe sur la troisième ou sur la quatrième jointure et s'y installe définitivement. Parfois la manifestation reste mono-articulaire ; souvent elle attaque un petit nombre de jointures, particulièrement les genoux, les poignets, les coudes, les articulations tibio-tarsiennes.

L'articulation atteinte est tuméfiée tant par l'épanchement capsulaire que par l'œdème péri-articulaire qui peut être considérable et s'étendre assez loin de la jointure. La peau garde sa coloration normale ; parfois elle est rouge, chaude.

La douleur spontanée est vive dans les premiers jours, peut-être même excessive, mais elle ne tarde pas à se modérer.

La pression sur les parties accessibles de la synoviale est très pénible, tandis que celle exercée sur les tissus fibreux péri-articulaires est indolente, caractères bien différents de ceux constatés dans le rhumatisme vrai. Les mouvements passifs augmentent la souffrance ainsi que la pression des surfaces articulaires l'une contre l'autre, obtenue par le refoulement du membre selon son axe. C'est encore le contraire dans le rhumatisme aigu.

Si les synoviales tendineuses sont atteintes en même temps, chose fréquente, alors la palpation péri-articulaire devient douloureuse, mais vous êtes avertis de l'origine de cette douleur par le gonflement localisé.

Tous ces caractères démontrent, ce me semble, la vérité de l'assertion de Rollet qui affirma que l'arthropathie est ici intra-articulaire bien plus que dans le rhumatisme aigu. Il y a là pour moi un signe clinique fondamental qui trace une séparation absolue entre les deux affections.

Le rhumatisme blennorrhagique n'étant pas de même essence que le rhumatisme aigu, nous ne devons pas y retrouver les mêmes complications viscérales.

Les cardiopathies sont si rares dans l'arthrite blennorrhagique que Trousseau, Grisolles soupçonnaient toujours la nature blennorrhagique d'un rhumatisme d'après l'absence de souffle cardiaque. Rollet, Fournier, disent n'avoir jamais rencontré de complications cardiaques dans ces cas.

La rareté de la pleurésie au cours de la blennorrhagie (3 cas sont cités par Ricord, Sée et Tixier, et combien ces médecins n'ont-ils pas vu de chaudes-pisses !) exclut toute idée de corrélation et n'y fait voir qu'une simple coïncidence.

De méningite, il n'est point question.

Les autres complications constatées dans l'arthrite blennorrhagique, telles que la synovite tendineuse, l'atrophie musculaire, l'inflammation des bourses séreuses, l'ophtalmie, l'iritis, se rencontrent-elles dans le rhumatisme aigu? non, mille fois non! Et encore la conjonctivite n'est-elle que le résultat d'un transport direct du pus dans la conjonctive; c'est une auto-inoculation.

Il n'est pas jusqu'à la marche et la terminaison de l'arthrite blennorrhagique qui ne constituent des arguments péremptoires contre la théorie rhumatismale. Phénomènes généraux fugaces, éphémères; fièvre médiocre, peu prolongée; absence de sueurs; phénomènes locaux articulaires fixes et prolongés, souvent accompagnés de synovites tendineuses, résolution lente, souvent incomplète, avec raideur, hydarthrose chronique, ankylose même, parfois suppuration, n'est-ce pas là le contre-pied de ce que nous savons du rhumatisme aigu? Mais n'y voit-on pas les points communs qui les rapprochent des arthrites observées dans les infections purulentes subaiguës dont je vous parlais plus haut.

Le rhumatisme blennorrhagique, a-t-on dit, est rare chez la femme. C'est vrai, mais il faut tenir compte de la différence grande qu'il y a dans la localisation de la lésion originelle. Chez l'homme la chaude-pisse occupe un long canal plein de glandes où le pus séjourne, à muqueuse délicate, à épithélium très fragile, n'opposant qu'une bien mince barrière à l'absorption du pus. Chez la femme au contraire, la blennorrhagie reste peu dans le canal urétral qui est court, elle gagne le vagin dont la muqueuse, profonde il est vrai, est solide, à nombreux replis, mais à épithélium épais, habitué à la résistance envers les leucocytes et les petites cellules, et défendant mieux l'organisme féminin contre l'infection purulente. Si la femme est moins sujette que l'homme à l'arthropathie blennorrhagique, cela ne veut pas dire qu'elle ait pour ces arthropathies une immunité spéciale. Car dans quelques affections des muqueuses génitales à

petite suppuration, telles que métrites, vaginites non spécifiques, ulcérations du col, grossesse, allaitement, état puerpéral en un mot, nous la voyons frappée d'arthrites de gravité variable ayant comme caractères communs avec l'arthropathie blennorrhagique, la fixité, l'unilatéralité, la nature de la douleur, la tendance à la chronicité et aux lésions persistantes. Je vais même plus loin, et je dis qu'il est certaines affections articulaires dont les caractères me font diagnostiquer avant tout examen une leucorrhée persistante. Vous m'avez vu à la salle Saint-Charles faire souvent et avec succès ce diagnostic.

De ces arthropathies féminines à la grande arthrite suppurée et souvent indolente survenant au cours de la fièvre puerpérale il y a loin, direz-vous; mais ce sont deux points extrêmes entre lesquels tous les intermédiaires sont possibles.

Il en est de même pour le rhumatisme dit urétral. Un homme subit un cathétérisme, et dans la même journée, ou les jours suivants, il a, avec accès de fièvre, une ou plusieurs arthrites qui offrent des analogies frappantes avec l'arthrite blennorrhagique tant dans leur marche que dans leur gravité. Cela s'explique par une plaie faite à l'urèthre, lequel suppure facilement et résorbe vite le pus produit à sa surface; parfois encore c'est la vessie malade antérieurement et lésée par la sonde, qu'il faut incriminer.

Ici nous retrouverons tous les degrés depuis la simple douleur rhumatoïde jusqu'à la suppuration articulaire, et ces différences dans la gravité, tout en étant soumises au même processus pathogénique, empruntent leur variabilité soit à la suppuration productrice, soit à la résistance individuelle.

De toute cette discussion, Messieurs (et je n'ai certes pas épuisé le sujet), retenez les notions suivantes: Le rhumatisme articulaire aigu est (et vous m'excuserez d'employer ici une formule chère aux politiciens) une maladie une et indivisible. Je vous en ai dit autant de l'épilepsie, si différente des maladies à convulsions épileptiformes. Je pourrais reprendre les mêmes arguments pour la pneumonie. Ce sont là des maladies qui

peuvent prêter quelques-uns de leurs symptômes, mais qui pour être vraiment constituées ont besoin de toute leur homogénéité symptomatique. Les maladies qui leur empruntent certains de leurs caractères donnent le change aux observateurs superficiels. C'est ainsi qu'on a appelé rhumatismes des arthropathies secondaires nullement rhumatismales, qui ne sont que des pseudo-rhumatismes, comme les convulsions causées par une tumeur cérébrale ne sont que des pseudo-épilepsies.

Ces pseudo-rhumatismes, arthrites secondaires, désignés sous le nom de rhumatismes blennorrhagique, urétral, puerpéral, génital, etc., qui ont entre eux des caractères communs symptomatiques, mais pouvant différer par l'intensité de la douleur, indice d'une intégrité variable du système nerveux, se rencontrent toujours chez les sujets qui suppurent, qu'ils suppurent peu ou beaucoup, et qui sont en état de résorption purulente.

Si l'on s'en réfère au signe douleur pour caractériser ces pseudo-rhumatismes, on peut établir comme loi que : *Plus la pyohémie est petite, plus le rhumatisme est gros ; plus la pyohémie est grave, plus le rhumatisme est léger.*

DU RHUMATISME NOUEUX.

Le but de ce travail essentiellement incomplet n'est pas de décrire la maladie à laquelle on a donné le nom de rhumatisme noueux, ce n'est pas davantage d'exposer une médication sanctionnée par des succès assez nombreux pour interdire le doute et exclure de nouvelles recherches. J'ai cherché seulement à indiquer un mode de traitement inusité jusqu'à présent et qui a réussi dans des cas où les remèdes les mieux vantés avaient échoué malgré la persévérance des malades et des médecins.

Quand il s'agit d'augmenter le nombre des prescriptions applicables à une affection aiguë et guérissable de sa nature, il convient d'attendre un informé suffisant. Lorsqu'au contraire la maladie qu'on a chance de soulager est au nombre des plus rebelles, quand son progrès, incessamment fatal, conduit à d'intolérables infirmités, quand les moyens les plus actifs restent impuissants, et que le plus sage est devenu de se condamner à l'inaction, il n'y a plus lieu à la même réserve. Le premier essai qui a réussi en appelle d'autres qui jugent le remède ; n'eût-il d'ailleurs que le mérite de réveiller le zèle en faisant entrevoir un avenir un peu moins désespérant, il aurait rendu quelques services. Enfin la thérapeutique gagne toujours aux tentatives d'applications inaccoutumées de médicaments connus. Si la curation de la maladie à laquelle le remède était destiné n'en retire pas tout ce que les premières guérisons avaient fait espérer, on apprend à mieux connaître les ressources ou les effets de la médication, et à étendre le cercle de son emploi.