

culaire aigu dans les autres muscles du bras, puis dans le triceps crural, une fois même dans le grand dentelé. L'explication donnée par CHARCOT, d'après laquelle une influence inhibitoire « réflexe » émanant de l'articulation et agissant sur les centres trophiques de la moelle épinière, serait la cause de l'atrophie musculaire, nous semble peu satisfaisante. Il est probable qu'il s'agit d'un trouble local de nutrition, parfois d'un transport direct du processus inflammatoire de l'articulation sur les muscles avoisinants. Disons encore que les muscles atrophiés obéissent promptement au courant faradique et ne donnent jamais lieu non plus à la réaction de dégénérescence.

Parmi les phénomènes nerveux spéciaux, il faut signaler la *chorée* (v. y.) comme consécutive à la polyarthrite aiguë. Cette complication se rencontre le plus souvent chez des enfants. L'endocardite peut exister en même temps que cette dernière, mais elle fait assez fréquemment défaut.

Cependant l'intérêt clinique le plus considérable est acquis à ces cas spéciaux de rhumatisme articulaire pendant lesquels se développent, parfois d'une manière suraiguë, les symptômes cérébraux les plus graves et qu'on désigne pour ce motif du nom de *rhumatisme cérébral* ou de *rhumatisme articulaire hyperpyrétique*, à cause de la surélévation extraordinaire de température qui les accompagne presque toujours. En ces cas, la maladie commence d'emblée par des symptômes nerveux intenses, surtout du délire, ou bien elle offre au début les apparences d'une évolution favorable, et ce n'est qu'après quelques jours, et plus tard encore, que se déclare subitement une exaspération marquée de l'état morbide. La chaleur monte à 40° et à 41° C., il se manifeste une violente agitation et des conceptions délirantes, parfois aussi des symptômes d'excitation motrice, des convulsions généralisées ou un spasme tonique des membres, du trismus, etc. La face devient d'une pâleur cyanosique, le pouls est petit et d'une fréquence excessive. La température continue sa marche ascensionnelle, sauf de très courtes interruptions, et atteint parfois, surtout dans le stade préagonique, une hauteur hyperpyrétique de 42 à 43° C., à laquelle vient encore se raccorder une poussée thermique *post mortem*. Comme il résulte de ce qui précède, l'issue en est le plus souvent funeste. Ce n'est que dans quelques cas exceptionnels que la guérison a eu lieu, en dépit d'un appareil symptomatique désespéré.

Notre propre expérience ne nous autorise pas à dire que les buveurs et les gens à système nerveux débilité sont les victimes privilégiées du rhumatisme cérébral. Aucun cas n'est à l'abri de l'invasion de l'hyperthermie. Heureusement c'est un événement très rare, qui ne se présente qu'une fois parmi plusieurs centaines de cas. Les *données anatomiques* fournies par le cerveau des malades qui ont succombé au rhumatisme cérébral sont com-

plètement négatives. On ne peut par conséquent voir dans cet état qu'un résultat d'une infection extraordinairement grave, d'une intoxication qui attaque de préférence les centres cérébraux, sensoriaux, moteurs et régulateurs de la chaleur vitale.

On a encore décrit des *complications* réellement anatomiques siégeant dans le cerveau, surtout la *méningite purulente*. Mais la plupart de ces cas ont probablement été faussement interprétés (confusion avec la méningite épidémique, la pyémie, etc.). On comprend que des *processus emboliques* puissent se former dans le cerveau, au cours d'une endocardite coexistante.

Il nous reste à rappeler en passant les *phrénopathies* qui peuvent naître pendant et un peu plus souvent après le rhumatisme articulaire. Elles revêtent le caractère de la mélancolie, parfois accompagnée d'agitations maniaques et de conceptions angoissantes ou l'image d'une hyperphrénie généralisée. Le pronostic en est ordinairement favorable.

6. **Autres organes internes.** Abstraction faite du cœur, des séreuses et du cerveau dont nous venons de parler, les autres organes internes participent rarement d'une manière notable au rhumatisme articulaire. La *pneumonie lobaire* ne s'observe que dans les cas particulièrement graves; alors elle a d'ordinaire une assez grande étendue et provoque une dyspnée considérable. Sa guérison traîne le plus souvent en longueur. Dans quelques circonstances, il se développe aussi, au cours des rhumatismes articulaires graves, des pneumonies lobulaires par aspiration. La *néphrite aiguë* a certainement été rencontrée quelquefois, mais elle est en tout cas très rare. La *rate* se gonfle modérément quand la maladie est intense; cependant, en règle générale, l'intumescence splénique n'est pas aussi manifeste que dans les autres maladies infectieuses aiguës.

7. **Symptômes constitutionnels.** Si, dans nombre de cas, l'état général des malades est peu compromis, d'autre part le rhumatisme articulaire influe parfois sur l'ensemble de la constitution d'une façon particulière. Cette influence se traduit notamment par une *anémie* prononcée que nous avons rencontrée à diverses reprises, sans qu'il y eût de complication cardiaque. — Une autre complication, beaucoup plus dangereuse, mais très insolite, que nous devons mentionner encore une fois, c'est l'apparition d'une *diathèse hémorragique généralisée* qui conduit ordinairement à la mort, grâce à l'intensité de la fièvre et à la sévérité des symptômes généraux qui l'accompagnent presque toujours.

Marche, durée et pronostic. En général, le rhumatisme articulaire aigu doit être considéré comme une affection à issue *favorable*, puisque comme tel il se termine d'ordinaire par la guérison. Ce n'est que dans un

très petit nombre de cas que la *terminaison* est promptement *funeste*, soit par suite d'une complication cardiaque aiguë grave (péricardite), soit par le développement de l'une de ces formes rhumatismales rares et formidables, qui se rattachent à une *hyperpyrexie* ou à une *diathèse hémorrhagique généralisée*.

La *durée totale* de la maladie varie considérablement d'après l'intensité de l'état morbide. Il y a des cas légers qui passent après quelques jours, et des cas de très longue durée qui traînent des semaines et des mois et forment la phase de transition au rhumatisme articulaire chronique. Il arrive assez souvent que les manifestations initiales aiguës et intenses se dissipent rapidement, mais en laissant derrière elles pendant assez de temps quelques traces légères, un certain degré d'endolorissement et de raideur dans plusieurs jointures. En règle générale, la gravité et la durée du cas marchent parallèlement avec le nombre des articulations atteintes. Cependant cette règle a de nombreuses exceptions, étant donné que la maladie se cantonne quelquefois dans une *seule* jointure avec une remarquable obstination. Il est évident que la durée de la maladie se ressent beaucoup des complications éventuelles (affections cardiaques, etc.) et des maladies consécutives (atrophies musculaires, ankyloses, chorée, etc.). Parmi celles-ci les *lésions cardiaques qui survivent* occupent la toute première place et c'est là un point dont il faut toujours tenir compte, en ce qui concerne le pronostic de la polyarthrite aiguë. Car quoique la plupart du temps le rhumatisme comme tel se termine par la guérison, trop souvent, comme nous l'avons dit, il n'en inocule pas moins le germe d'une maladie du cœur, de longue durée et le plus souvent incurable. Il est incontestable que l'endocardite aiguë du rhumatisme articulaire peut rétrocéder entièrement. Mais il arrive beaucoup plus fréquemment que le travail réparateur n'est pas complet et que l'endocardite aiguë se transforme en endocardite chronique. Alors les symptômes de l'affection cardiaque succèdent immédiatement au rhumatisme articulaire, de façon qu'à partir de ce moment les malades souffrent constamment de palpitations, de dyspnée, etc. Parfois encore les malades se croient complètement rétablis, seulement l'oreille intelligente du médecin reçoit, par les souffles qui persistent au cœur, un commencement de révélation des désastres durables que l'économie a éprouvés. Les malades peuvent vivre encore pendant des années dans un plein sentiment de bien-être, jusqu'à ce que tôt ou tard les signes de la rupture de la compensation viennent à se déclarer (v. t. I).

Diagnostic. Le diagnostic du rhumatisme articulaire ne souffre d'ordinaire aucune difficulté, vu que la maladie se caractérise suffisamment par l'apparition sous forme aiguë de douleurs et de gonflements articulaires

multiples. Cependant il ne faut pas oublier que des gonflements de jointures se rencontrent également au cours d'autres maladies, ce qui peut souvent induire en erreur. C'est principalement quand dès le début se déclarent des symptômes généraux hautement fébriles, qu'il y a lieu de songer à la possibilité d'une *affection pyémique*, d'une *ostéomyélite aiguë*, etc., maladies dans lesquelles les gonflements articulaires multiples constituent, comme on sait, un épiphénomène fréquent. Toutefois, dans des conditions semblables, une étude attentive de la marche morbide ultérieure apprendra le plus souvent qu'il n'est pas question d'un simple rhumatisme articulaire aigu. Il en est de même des gonflements articulaires propres à l'état puerpéral, qui sont fréquemment d'origine septico-putride et n'ont alors rien à faire avec le rhumatisme articulaire essentiel.

Le diagnostic a toujours un côté problématique, quand l'affection n'attaque d'emblée qu'une seule articulation. Ces *arthrites monoarticulaires* se démasquent quelquefois dans la suite et font voir qu'au lieu d'un rhumatisme, elles sont tout autre chose, notamment des *états fongueux* ou des affections qui sont en relation avec quelque *foyer ostéomyélique*, etc. L'arthrite consécutive à la *gonorrhée* est aussi parfois monoarticulaire (articulation du genou) ou se retranche tout au moins dans les extrémités inférieures. Enfin disons encore qu'au commencement de la période secondaire de la *syphtilis*, se déclarent parfois des douleurs musculaires et articulaires multiples qui peuvent simuler un rhumatisme articulaire aigu.

Le diagnostic demeure quelquefois en suspens en présence des cas compliqués d'*hémorrhagies cutanées* (purpura, péliose) ou d'*érythème noueux*, en ce sens qu'on peut hésiter sur la question de savoir ce qu'il faut envisager comme phénomène primaire et comme manifestation secondaire.

La *goutte* essentielle (v. y.) se distingue le plus facilement de la polyarthrite par sa localisation au gros orteil, en même temps que par les phénomènes gastriques et autres qui l'accompagnent.

Il nous reste à dire que la *névrite aiguë multiple* (v. y.) qui commence par de la fièvre et de violentes douleurs dans les extrémités, peut être confondue avec la polyarthrite, à défaut d'attention suffisante.

Traitement. Le rhumatisme articulaire aigu appartient à ce petit nombre de maladies contre lesquelles nous possédons un remède incontestablement spécifique et universellement reconnu : l'*acide salicylique*, introduit dans la thérapeutique par KOLBE et employé contre le rhumatisme articulaire depuis 1876, sur la recommandation de STRICKER, de BUSS et consorts. Quoique les avantages frappants de ce remède ne se manifestent pas toujours d'une manière également prompte et complète, son influence sur le

processus morbide n'en est pas moins évidente dans la plupart des cas. Cette influence est tellement constante, que l'inaction *complète* de l'acide salicylique dans un rhumatisme récent, suffit pour faire naître des doutes sur l'exactitude du diagnostic. C'est ainsi que dans l'arthrite monoarticulaire et dans l'inflammation articulaire due à des causes locales, on constate que l'acide salicylique ne produit guère de résultat avantageux, pas plus que dans les affections articulaires gonorrhéiques, pyémiques ou de nature similaire. Par contre, dans le rhumatisme articulaire aigu essentiel, le traitement salicylé l'emporte tellement sur toutes les autres méthodes thérapeutiques, qu'il est du *devoir* du médecin d'y recourir dès le début d'une façon appropriée.

Les deux seules préparations salicylées qui soient en usage, sont l'acide pur, l'*acide salicylique* et le *salicylate de soude*. Chacune d'elles a ses petits avantages particuliers, leur énergie spécifique étant à peu près la même. L'*acide salicylique* ne se prescrit jamais en solution, mais toujours en poudre, le plus souvent à la dose de 0,5 gramme qu'on administre d'ordinaire dans des pains azymes (dits *cachets Limousin*). De cette manière l'acide salicylique est pris par presque tous les malades sans grand inconvénient, surtout quand on le fait suivre d'une gorgée d'eau ou de lait. Chez l'adulte on renouvelle la dose de 0,5 gramme *d'heure en heure*, jusqu'à ce qu'on ait donné de 5 à 8 grammes environ. A ce moment on a le plus souvent obtenu déjà une détente marquée des douleurs et des gonflements articulaires, à moins que l'apparition des phénomènes toxiques qui d'ordinaire ne tardent pas à se produire, des « manifestations salicyliques » (v. plus bas), n'empêche de continuer le remède. Le *salicylate de soude* s'administre le mieux en quelques grandes doses de 4,0 à 6,0 grammes dissoutes dans 20,0 à 30,0 d'eau de menthe poivrée. Le goût réellement détestable de ce sel devient plus répugnant encore par l'addition de certains correctifs (jus de réglisse, sirop, etc.) tandis que l'eau de menthe poivrée comme véhicule est parfaitement acceptée par le plus grand nombre des malades. On recommande également d'administrer le salicylate de soude dans un verre de vin de Hongrie ou dans du café noir non sucré. Le salicylate de soude est préférable parce qu'on peut le donner en *une seule* bonne dose, qu'on se borne à répéter 2 à 3 fois par jour tout au plus. En général, la quantité employée dans les 24 heures ne dépassera pas 10 grammes, parfois même il suffira de 5 à 8 grammes par jour. Chez les *enfants* les doses sont naturellement moindres, 0,3 d'acide salicylique *par dose*, ou 2,0 à 4,0 de salicylate.

Comme nous l'avons dit, il est assez indifférent de se servir de l'une ou de l'autre préparation salicylée. Pour ce qui nous concerne, nous commen-

çons d'ordinaire par les cachets salicyliques, à prendre d'heure en heure, parce qu'ils sont mieux agréés par les malades. Mais si nous sommes appelé à traiter un cas dans la soirée, nous prescrivons une dose massive de 4 à 6 grammes de salicylate de soude en une fois, pour éviter au malade de prendre le remède à chaque heure de la nuit. Parfois aussi, à une étape plus avancée de la maladie, quand les malades ont déjà de l'aversion pour la saveur salicylée, on peut alterner avec les deux remèdes. On recommande encore, dans certaines circonstances données, d'administrer le *salicylate de soude en lavement*, 10 grammes environ dissous dans 60 d'eau pour une injection. Par cette voie l'influence salicylée peut naturellement aussi se produire d'une manière évidente.

L'action bienfaisante du remède se développe, dans nombre de cas récents et d'intensité légère, au bout de 10 à 18 heures, et on est parfois frappé de voir que les malades immobilisés jusque-là dans une raideur douloureuse, peuvent, après si peu de temps, mouvoir leurs extrémités librement sans éveiller de souffrance. Toutefois même en mettant à l'écart le mauvais goût de l'acide salicylique, il faut encore tenir compte des *effets accessoires* réellement désagréables du remède. Ce sont d'abord des *nausées*, une sensation pénible à l'estomac et même des vomissements, puis les *bourdonnements d'oreille* parfois très intenses et accompagnés de forts vertiges. Il est rare que le sensorium soit influencé d'une manière spéciale. Seulement, chez les jeunes filles se produit quelquefois un état d'excitation particulière, quoique généralement d'un caractère expansif, qui peut même, à la faveur de grandes doses, se transformer en un *délire salicylique* formel. On note aussi comme digne de remarque, l'action du remède sur la *respiration* qui devient quelquefois excessivement profonde et précipitée (*dyspnée salicylique*). Tous ces effets accessoires, surtout l'état nauséux et les bourdonnements, mettent obstacle à l'emploi du remède aux fortes doses ci-dessus, les seules efficaces. Et c'est cependant son usage *persévérant* qui est hautement à désirer.

Quoi qu'il en soit, si les symptômes morbides ont parfois presque complètement disparu après 1 à 2 jours, ce n'est que dans un petit nombre de cas que l'ensemble du processus fait son parcours en si peu de temps. Tôt ou tard la *récidive* ne tarde pas à se produire avec un nouveau cortège de douleurs et de gonflements dans une ou plusieurs jointures. Pour prévenir ces récidives toujours imminentes, on a recommandé, après les doses massives du début, de continuer encore pendant quelque temps l'acide salicylique à dose moindre. Nous sommes revenu de cette pratique dans ces derniers temps, pour le motif que les doses *réfractées* n'empêchent pas le

retour offensif de la maladie et ne sont propres qu'à donner au malade un dégoût invincible pour le remède dans lequel il perd confiance. C'est pour quoi nous ordonnons, dès que l'acide salicylique a supprimé la douleur, d'en suspendre l'usage totalement et de garantir le malade autant que possible contre les rechutes en évitant soigneusement les refroidissements (v. plus loin). Si, malgré tout, surgissent de nouvelles douleurs, on donnera de nouveau l'acide salicylique ou son composé sodique à grande dose, et on pourra très souvent couper d'abord la récurrence.

Malgré la remarquable efficacité de l'acide salicylique dans le rhumatisme articulaire, on ne peut contester que la guérison rapide et intégrale de la maladie ne suit pas toujours l'emploi du remède. Il y a des cas où dès le début on obtient manifestement le résultat désiré : dans d'autres cas se déclare récurrence sur récurrence ou bien la maladie semble s'acharner sur telle ou telle articulation et s'y fixer définitivement. Alors la continuation de la médication n'a presque plus d'effet et les malades ne savent plus se décider à la reprendre. C'est dans cette occurrence, et aussi quand les préparations salicylées sont mal tolérées ou occasionnent des effets désagréables, que l'*antipyrine* constitue le meilleur succédané de l'acide salicylique. Beaucoup de médecins d'ailleurs l'emploient dès le début, de préférence à ce dernier, quoique, à ce qu'il paraît, l'influence de l'acide salicylique sur le rhumatisme articulaire aigu surpasse celle de l'antipyrine. Celle-ci se prescrit à la dose de 1 gramm. plusieurs fois par jour dans de l'eau ou du vin. Ses effets accessoires (transpirations, nausées, parfois érythème morbilliforme) n'ont d'ordinaire pas d'importance spéciale, mais son action sur les douleurs articulaires est en tout cas d'une efficacité telle qu'elle a acquis une valeur inestimable dans le traitement des rhumatismes de longue durée. L'*antifébrine* (à la dose de 0,25 à 0,5 gramme) paraît également avoir une action avantageuse sur les affections articulaires, mais elle le cède sous ce rapport à l'antipyrine. Le *salol* (éther phénylique salicylé) préconisé par SAHLI mérite plus de confiance. On le donne en poudres de 1,0 plusieurs fois par jour (jusqu'à la dose journalière de 5,0 à 8,0). C'est surtout dans les rhumatismes qui récidivent constamment, qu'on est souvent obligé de recourir alternativement à ces divers médicaments.

Parmi les autres remèdes auxquels on peut encore s'adresser dans les cas de longue durée, il y en a peu dont on doive attendre de bons effets. Les plus recommandables sont l'*iodure de potassium* et les *préparations de colchique* (vin et teinture de colchique, 15 à 25 gouttes plusieurs fois par jour), tandis que la plupart des moyens, jadis si fréquemment usités à l'intérieur, ne sont à juste titre que rarement employés (alcalins à grande dose,

20 à 30 gr. de bicarbonate de soude par jour, puis la triméthylamine, la véraltrine, la quinine, etc.). Par contre, le *traitement local de l'articulation malade* est beaucoup plus important et plus efficace en ces cas, et principalement le *massage* méthodique dont les succès sont hautement vantés. Le traitement électrique des jointures, surtout la *galvanisation*, est quelquefois suivi d'un excellent effet symptomatique. En revanche, il faut se garder de l'emploi prématuré des *bains chauds* à la suite desquels les douleurs s'accroissent parfois davantage, au lieu de diminuer. Les *bains de vapeur* sont quelquefois très utiles, mais ils peuvent aussi agir défavorablement, et ne doivent d'ailleurs être prescrits qu'après que les manifestations inflammatoires aiguës se sont entièrement dissipées et qu'il ne reste dans les jointures qu'un peu de raideur et d'endolorissement.

Parmi les autres applications locales, la *vessie de glace* est rarement indiquée dans le rhumatisme articulaire essentiel, quoiqu'elle puisse être avantageusement employée contre les manifestations violentes et rebelles d'un caractère *aigu* inflammatoire. Les cataplasmes chauds sont inutiles et mal appropriés aux cas aigus. Au contraire, dans les phases avancées des rhumatismes à marche subaiguë, les *applications chaudes* ou les *draps mouillés de Priessnitz* ont parfois un certain effet palliatif. Les *badigeonnages à la teinture d'iode* à l'entour des articulations sont de nulle valeur dans les cas aigus, et, dans les cas chroniques, doivent être considérés plutôt comme un remède de patience. Par contre, les *injections d'acide phénique* (tous les jours 1 à 3 seringues de Pravaz d'une solution à 1 %) *sous la peau* de l'articulation malade, ont été préconisées par quelques observateurs comme propres à calmer la douleur. Nous manquons d'observations personnelles sur ce point.

Dans tous les cas graves, la *position convenable* et parfois l'*immobilisation de la jointure dolente* sont de la plus grande importance. Avant le règne de l'acide salicylique, le « traitement du rhumatisme articulaire à l'aide de bandages inamovibles » était une méthode très répandue et très appropriée, qui, malgré que l'acide salicylique l'ait détrônée en partie, ne doit pas être totalement négligée. En appliquant un bon appareil ouaté et amidonné au genou et au pied, ou en enveloppant le bras d'un bandage bien fait, on peut quelquefois procurer un grand soulagement aux malades. En *tout* état de chose, il faudra, dès le principe, veiller à mettre la *jointure malade* dans une *position convenable*.

Le *traitement hygiénico-diététique* général du malade est également d'une valeur inappréciable. Avant tout on doit faire en sorte que la température de la chambre soit uniforme, puisque l'expérience apprend que le froid, les

courants d'air, l'humidité, etc., exercent souvent une influence pernicieuse sur la maladie dont ils réveillent les souffrances. Les malades doivent par conséquent être tenus chaudement et les manchons d'ouate autour des jointures font quelquefois le plus grand bien. Il importe surtout que, même dans les cas légers, les malades gardent constamment le lit et *ne le quittent pas trop tôt*. Nous avons l'habitude de les y tenir huit jours encore après que les douleurs ont cessé. En les laissant se lever prématurément, on provoque souvent la récurrence. — En ce qui concerne le régime, le lait a la préférence, puis les potages légers, les œufs et un peu de viande. En France, le régime exclusivement lacté a été préconisé comme remède curatif contre la polyarthrite; cependant ce rigorisme n'est pas à recommander.

Nous pouvons nous abstenir de parler du *traitement des complications* et des *maladies consécutives*, attendu qu'il a lieu d'après les règles décrites dans les chapitres qui les concernent. On a beaucoup discuté l'*influence qu'exerce l'acide salicylique sur la production éventuelle des complications*, notamment des complications cardiaques. Une chose est certaine, c'est que celles-ci ne sont généralement pas prévenues par le traitement salicylé et que même elles éclatent en dépit de lui. D'un autre côté, nous estimons que, étant donné que l'acide salicylique écourte notablement la durée totale du processus, les chances de production de l'endocardite diminuent d'autant. Mais une fois la complication cardiaque en voie de formation, l'acide salicylique ne paraît plus avoir sur elle d'action appréciable.

Un point qui a aussi son importance, c'est celui de l'efficacité de l'acide salicylique contre les formes graves du rhumatisme articulaire, surtout contre la *forme cérébrale*. A cet égard, il est à remarquer qu'à Leipzig le rhumatisme cérébral semble être devenu beaucoup plus rare depuis l'introduction du traitement salicylé. Dans notre clinique du moins, parmi plusieurs centaines de cas, il ne s'en est pas rencontré un seul d'hyperpyrexie dans les rhumatismes articulaires aigus, traités méthodiquement dès le début par l'acide salicylique. D'autre part, chez un malade atteint de manifestations hyperpyrétiques, qui fut soumis à notre observation, n'ayant pas été traité auparavant par l'acide salicylique, nous n'avons constaté aucun effet de l'emploi de larges doses du remède. Malgré cela, nous n'en continuerons pas moins de recourir à lui en toute première ligne, sauf à employer en outre d'une manière énergique les *bains froids* qui d'ailleurs combattent le plus rapidement le formidable péril de l'hyperthermie. Les *excitants*, le *camphre* surtout, ne doivent pas être épargnés non plus dans cette dangereuse éventualité.

Dans les *formes gravement hémorragiques*, l'acide salicylique doit aussi

être employé tout d'abord. Les dispositions hémorragiques légères dans le rhumatisme articulaire (urticaire hémorragique) ne demandent pas de traitement spécial.

L'état aigu se transforme-t-il dans quelques jointures en une *raideur* et une *tuméfaction chroniques* (poignet, épaule), le traitement est le même que celui du rhumatisme articulaire chronique. Les meilleurs succès sont dus au *massage*. En outre, les *eaux thermales* (Teplitz, Wiesbaden) entrent également en ligne de compte (v. le chap. suiv.). Les *atrophies* et les *paralysies musculaires* cèdent le plus promptement au *traitement électrique*.

La *prophylaxie du rhumatisme articulaire* consiste avant tout à éviter toutes les « influences rhumatismales » (refroidissement, humidité) dont l'action morbide est reconnue. Les personnes qui ont payé un premier tribut à la polyarthrite, doivent se prémunir particulièrement à cet égard, attendu que, par là, leur prédisposition aux rhumatismes est notablement accrue, ainsi qu'il a été dit. Ces précautions ne doivent pas les empêcher de faire usage de lotions froides pour rendre l'enveloppe cutanée moins sensible aux refroidissements.

CHAPITRE DEUXIÈME.

RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE (POLYARTHRITE CHRONIQUE) ET ARTHRITE DÉFORMANTE.

Étiologie. Nous décrivons sous la même rubrique les deux affections désignées sous le nom de « rhumatisme articulaire chronique » et « arthrite déformante », attendu qu'il n'y a entre elles qu'une nuance peu tranchée. Il est évident néanmoins que les termes susdits sont parfois usités pour désigner des états morbides essentiellement différents. Mais comme à cette heure nous manquons encore de notions sur l'essence propre et l'étiologie d'un grand nombre d'affections chroniques des articulations, nous devons pour le moment ne considérer que les conditions anatomiques extérieures et comprendre tous les processus inflammatoires chroniques qui ont pour siège les jointures, sous la dénomination commune d'arthrite chronique. Réservons toutefois, outre l'arthrite traumatique, d'abord les arthropathies chroniques, manifestement de nature *tuberculeuse*, habituellement appelées *arthrites fongueuses* et qui sont rangées dans le cadre de la chirurgie; en second lieu les arthropathies chroniques *syphi-*