

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 hémorrhagiques*, l'acide salicylique doit aussi

être employé tout d'abord. Les dispositions hémorrhagiques légères dans le rhumatisme articulaire (urticaire hémorrhagique) 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-*

litiques, moins bien connues encore que les arthrites tuberculeuses, et relativement moins fréquentes que ces dernières.

Quoi qu'il en soit, les arthrites chroniques dont l'étiologie est la plus claire, sont celles qui se développent immédiatement à la suite d'une ou de plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu. Nul doute alors que ce sont les mêmes agents spécifiques que ceux de la polyarthrite aiguë, qui se fixent à demeure dans les articulations pour y engendrer des altérations inflammatoires chroniques. Les états morbides qui méritent le plus l'appellation de rhumatismes articulaires chroniques, ne sont pas tellement rares. Ils appartiennent aux formes légères et aussi aux formes les plus graves, auxquelles la dénomination d'« arthrite déformante », d'ailleurs uniquement tirée de l'état anatomique extérieur, s'adapte parfaitement sous tous les rapports.

Rien qu'en les comparant à une foule d'autres processus morbides, il est vraisemblable qu'un grand nombre d'arthropathies à *allures primitivement chroniques*, ont la même origine étiologique que les arthrites aiguës, c'est-à-dire les mêmes ferments morbides. Cette supposition est d'autant plus probable que les causes occasionnelles qui agissent dans le rhumatisme aigu, jouent aussi un rôle incontestable dans l'arthrite chronique. Dans cet ordre de causes il faut classer toutes les *influences* dites *rhumatismales* : fréquents refroidissements, ondées froides, demeurer et travailler dans des locaux froids et traversés par des courants d'air, dans des maisons humides et récemment bâties, etc. De là vient que certaines professions (celle de buandière, par ex.) prédisposent plus à la maladie que d'autres et que ce n'est pas sans raison qu'on a opposé l'arthrite déformante, sous le nom d'« arthrite des pauvres », à l'arthrite urique, la goutte des riches. Disons pourtant en passant, et pour combattre une erreur encore répandue dans le public même médical, que la goutte n'a rien à faire avec l'arthrite déformante.

Cependant il est pour le moins très douteux qu'il faille imputer tous les cas d'arthrite chronique multiple aux causes que nous venons de nommer. Néanmoins la connaissance précise des autres causes pouvant éventuellement entrer en jeu, nous fait encore complètement défaut. Nous n'accordons aucune valeur à l'opinion émise de divers côtés, d'après laquelle l'arthrite déformante dépendrait quelquefois d'une *affection primordiale des centres nerveux*, surtout de la moelle épinière. Cette idée est née à une époque où l'on inclinait à attribuer toutes les maladies possibles à une altération des « centres trophiques » qui président aux parties atteintes. Il est de fait qu'on est allé beaucoup trop loin sous ce rapport, et nous

pouvons ajouter au surplus que l'examen microscopique le plus minutieux de la moelle dans un cas type d'arthrite déformante, nous a conduit à un résultat complètement négatif.

En ce qui concerne la prédisposition individuelle à l'arthrite chronique, disons qu'elle est avant tout une maladie *de vieillesse*. Certaines formes, le plus souvent monoarticulaires, d'une étiologie encore obscure, ont été désignées du nom d'*arthrite sénile*, comme par exemple le malum coxæ senile. La forme la plus fréquente et pour ainsi dire classique de l'arthrite déformante (v. y.) ne se déclare non plus qu'après la 35^{me} année. Cependant cette règle admet quelques exceptions ; nous-même avons pu voir chez des *enfants* entre 10 et 15 ans quelques cas parfaitement caractérisés d'arthrite déformante. Les *femmes* en général en sont atteintes beaucoup plus souvent que les hommes. Une assertion souvent émise, mais nullement fondée, c'est que les souffrances morales, les soucis et les peines, favoriseraient l'éclosion du mal. Les conditions héréditaires ne semblent pas non plus entrer réellement en cause.

Anatomie pathologique. Le processus est qualifié d'*arthrite chronique commune* tant que la maladie se limite rigoureusement à la *capsule synoviale* et au *tissu conjonctif périarticulaire*. Les parties susdites présentent un engorgement inflammatoire parfois très considérable, la séreuse articulaire est louche, le liquide synovial augmenté dans une légère proportion ou à un degré notable (hyarthrose chronique). Assez souvent des tractus de tissu connectif relient de part et d'autre la membrane synoviale, de manière à entraver la mobilité de l'articulation. Il peut même résulter de là une ankylose complète (épaule, genou).

Sans démarcation bien tranchée, la synovite chronique passe à l'état d'*arthrite déformante*, c'est-à-dire à cette forme d'arthropathie chronico-inflammatoire, dans laquelle, outre la capsule articulaire, le *cartilage* et les *extrémités osseuses* participent à la maladie, au point d'imprimer à l'articulation les déformations les plus frappantes. Le point de départ de ces altérations est presque toujours le *cartilage épiphysaire*. Celui-ci devient rugueux et s'use, commence à bourgeonner à ses bords libres et à sa surface, puis se désagrège ou s'amincit superficiellement, tandis que plus profondément les couches cartilagineuses de nouvelle formation subissent un travail d'ossification ou que la substance osseuse subchondrale s'enflamme et entre dans un processus de dégénérescence. Parfois aussi le périoste de l'extrémité de l'os prend part à la maladie, grâce à une *périostite ossifiante*. A l'examen microscopique, on constate une dissociation fibrillaire de la substance cartilagineuse fondamentale, outre des processus