

de prolifération et de multiplication des cellules cartilagineuses; et d'autre part la disparition des cellules de nouvelle formation par fonte ordinaire ou graisseuse. Des processus proliférants et destructeurs de même nature se passent aussi dans le tissu osseux. La synoviale est toujours compromise dans les cas les plus avancés. Ce qu'il y a de plus marquant, c'est le bourgeonnement excessif des villosités synoviales qui, comme de larges franges, recouvrent les parois des cavités articulaires.

Il va sans dire que la configuration normale de l'articulation finit par disparaître presque totalement par suite de tous ces processus. Les extrémités articulaires s'effondrent de plus en plus, prennent une position nouvelle les unes vis-à-vis des autres, en même temps que par l'usure des parties qui se touchent, se forment de nouvelles surfaces articulaires. A l'extérieur l'articulation se tuméfie de plus en plus, ce qui est d'autant plus apparent que *le manchon musculaire enveloppant subit une atrophie considérable*. Souvent il n'y a plus de synovie (arthrite sèche), quoiqu'elle puisse parfois s'amasser en quantité notable (par ex. dans l'articulation du genou).

Symptômes cliniques et marche morbide. Les symptômes cliniques de l'arthrite chronique présentent généralement un tableau très simple et uniforme. Ils se rapportent presque exclusivement à des troubles locaux et en dépendent immédiatement.

Abstraction faite des cas qui succèdent à une polyarthrite aiguë, la maladie commence presque toujours d'une manière graduelle et insidieuse. Des *douleurs* articulaires, notamment sous la pression et à l'occasion des mouvements, de même que de la *raideur*, constituent les premiers phénomènes morbides. La raideur apparaît le plus quand l'articulation a été quelque temps au repos, et elle est par conséquent le plus prononcée le matin au réveil. Les douleurs s'irradient souvent le long des extrémités et ont un caractère cuisant, rarement névralgique. Dans les phases plus avancées de la maladie, les douleurs violentes ne se déclarent que lors des mouvements imprimés à l'articulation malade, tandis qu'elles s'apaisent d'ordinaire et cessent entièrement quand le corps est complètement en repos. Outre les douleurs proprement dites, on observe quelquefois au début de la maladie des *paresthésies* particulières, surtout dans les doigts. — De très bonne heure la *mobilité* se supprime dans l'articulation atteinte, d'abord à raison des douleurs et d'une certaine suspension réflexe et indécision de l'action musculaire, plus tard par suite d'entraves purement mécaniques et de l'atrophie musculaire qui se forme.

Peu après le début des malaises susdits, on voit dans tous les cas un peu

intenses se développer *dans les articulations malades des altérations objectives*. Ces articulations se tuméfient et semblent plus volumineuses et, lors des mouvements passifs qui sont pénibles et ne peuvent s'exécuter que dans un rayon restreint, on entend et on sent des *craquements* et des *crépitations* provoqués par le frottement des surfaces articulaires rugueuses et inégales les unes contre les autres et que les malades perçoivent quelquefois eux-mêmes. A mesure que la maladie progresse, elle donne lieu à certaines *difformités caractéristiques* qui sont le plus marquées aux mains (v. fig. 55).

Les articulations métacarpo-phalangiennes sont gonflées, saillantes et proéminent d'autant plus que le dos de la main est creusé par l'atrophie des interosseux. Par cela même que la base des premières phalanges incline obliquement en arrière, les doigts prennent de plus en plus la position de subluxation, sont penchés par rapport au dos de la main et ramenés dans le sens cubital, de manière à se recouvrir en partie les uns les autres. Le creux de la main est parfois évidé en forme de gouttière, et aux articulations phalangiennes on constate des déplacements, au point que la première et la deuxième phalange par exemple forment un angle obtus ouvert du côté de la face dorsale, tandis que les phalanges terminales ont de la tendance à se fléchir, les deuxièmes phalanges demeurant en extension. Malgré ces déformations, beaucoup de malades, surtout à raison de l'intégrité relative des mouvements du pouce, peuvent néanmoins, quoique à grand'peine et avec lenteur, exécuter de fins ouvrages manuels, écrire proprement, etc.

Aux pieds on rencontre des déformations analogues à celles des mains, quoiqu'elles soient rarement développées au même degré. Les genoux et les coudes se tuméfient de la même façon. La hanche est quelquefois le

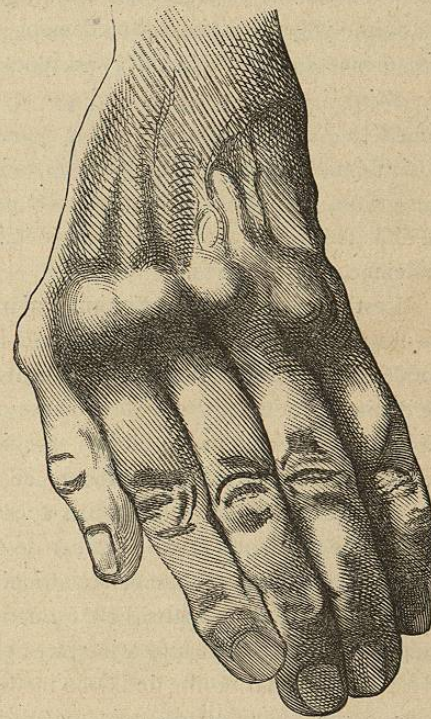


Fig. 55. Aspect de la main dans un cas d'arthrite déformante de longue durée.

siège de subluxations qui repoussent la tête du fémur vers le haut. L'épaule est de moins en moins mobile et les mouvements des bras sont de plus en plus restreints. Si les articulations des extrémités inférieures sont raidies à un plus haut degré, le redressement du corps et la marche coûtent naturellement de plus en plus de peine et d'efforts et ne peuvent à la fin plus se réaliser qu'avec le secours d'autrui ou à l'aide de béquilles.

D'après son étendue, la maladie se distingue en *mono* et en *polyarticulaire*. La première qui relève plutôt de la chirurgie, siège le plus fréquemment à la *hanche* (*malum senile coxae*), plus rarement au *genou* et à l'*épaule*. La forme polyarticulaire est réellement caractéristique de la maladie. Elle commence dans la plupart des cas types aux *petites jointures de la main et des doigts*. Ce n'est que plus tard que les grandes articulations se prennent tour à tour et en général par ordre symétrique de part et d'autre du corps, mais de manière cependant que la maladie prédomine d'un côté. Dans les cas graves, les articulations *vertébrales* participent aussi à la maladie, d'où la difficulté de bouger la tête. En général l'*articulation de la mâchoire* reste indemne ou à peu près.

Il est plus rare que l'affection articulaire se limite aux extrémités inférieures, les membres thoraciques restant intacts encore longtemps ou même totalement. Ce sont ces cas principalement qui, sous le rapport étiologique, se distinguent de l'arthrite déformante commune, de même que ceux qui se bornent à la colonne vertébrale et qui sont désignés du nom de *spondylite déformante*. Mentionnons encore en passant, à titre de forme morbide curieuse et autonome, selon toute apparence, cet état particulier qui se transforme peu à peu et sans éveiller de douleurs en une ankylose complète de toute la colonne spinale et des articulations de la hanche, de façon que la tête, le tronc et les cuisses ne forment qu'un bloc parfaitement rigide, tandis que toutes les autres jointures conservent leur mobilité normale. Il est évident qu'il résulte de là une modification particulière de l'attitude et de la marche. Nous avons eu l'occasion de voir deux exemplaires tout à fait identiques de cette singulière affection.

A part les articulations, les autres organes sont le plus souvent entièrement indemnes dans l'arthrite déformante. Il n'y a que les *muscles* qui fassent exception, puisque les *atrophies musculaires* arthrogenétiques (p. 625) que nous avons décrites plus haut, se rencontrent toujours d'une manière nettement caractérisée dans l'arthrite déformante (muscles interosseux, de l'épaule, du mollet et de la cuisse, etc.). La *peau* également qui recouvre les jointures atteintes, surtout celle de la main, paraît particulièrement relâchée et flétrie. Par contre, les *organes internes* continuent de fonctionner

comme à l'ordinaire. L'appétit et la digestion se maintiennent, sauf un léger degré de constipation habituelle. Les *lésions valvulaires* concomitantes sont rares et n'existent d'ordinaire qu'en tant que conséquences d'une polyarthrite aiguë antécédente. Cependant on les observe aussi indépendamment d'elle, et dans les cas chroniques d'emblée, ce qui n'est pas sans intérêt au point de vue de l'étiologie. Certains phénomènes nerveux qu'on constate parfois, comme de la céphalalgie, des tendances congestives, de l'abattement moral, etc., n'ont pas de relation immédiate avec la maladie, mais constituent des états consécutifs qui s'expliquent aisément.

La *marche* de l'arthrite déformante est excessivement chronique. La maladie peut durer des années et même des périodes décennales. Parfois elle semble s'arrêter, et pendant des mois et même plus longtemps on ne voit se produire aucun changement. Des rémissions et des exacerbations nouvelles se présentent quelquefois dans l'état général ou dans l'une ou l'autre articulation. Généralement le cours morbide est fatalement progressif.

Le *pronostic* par conséquent doit être considéré comme défavorable dans l'arthrite déformante vraie. La guérison, si tant est qu'elle a lieu, est excessivement rare et n'est réalisable qu'au début du mal. Mais c'est un grand avantage que la maladie, surtout quand elle est convenablement soignée et traitée, marche avec tant de lenteur, et que l'état général, abstraction faite des malaises locaux, reste si longtemps sans atteinte. Jamais la vie n'est immédiatement mise en danger. La terminaison funeste est une conséquence de l'affaiblissement général progressif ou d'une complication incidente.

Le pronostic est un peu meilleur dans les cas légers de « rhumatisme articulaire chronique » où les altérations anatomiques sont moindres et se bornent à la synoviale. Toutefois la guérison, même en ces cas, n'est pas fréquente et le développement graduel de lésions articulaires plus graves et déformantes est toujours à craindre.

Traitement. Au point de vue *diététique général* il faut d'abord prendre toutes les mesures qui tendent à écarter les influences nocives extérieures. Pour autant que les ressources du malade le permettent, il faut lui conseiller une habitation sèche et chaude. Même, dans certaines conditions climatiques, un changement de résidence peut être désirable. Les malades s'habilleront chaudement, sans pourtant, comme cela arrive, se rendre trop délicats sous ce rapport. L'alimentation devra être bonne et solide. A cet égard il n'y a pas de prescriptions spéciales à donner.

Le traitement proprement dit peut se baser en partie sur l'usage de remèdes internes, mais il doit en outre s'adresser principalement à l'état

local et attaquer directement les articulations. Parmi les moyens internes, il y en a deux surtout qui entrent en ligne de compte, l'iode et l'arsenic. Le premier se prescrit pur, sous forme de teinture (plusieurs fois par jour quelques gouttes dans un véhicule mucilagineux), ou mieux d'iodure de potassium. Jusqu'ici l'iode ne nous a procuré aucun résultat bien notable. Par contre, dans plusieurs circonstances, l'emploi persévérant de l'arsenic nous a donné d'excellents effets. On le donne de préférence en pilules de 0,002 à 0,004 d'acide arsénieux, 2 à 3 par jour. Pour avoir un succès, il est indispensable de continuer le remède pendant des mois, sauf de courtes interruptions. L'acide salicylique et l'antipyrine n'ont pas d'action durable et ne sont indiqués qu'en cas d'exacerbations aiguës. On peut tenter un essai avec les préparations de colchique qui restent d'ordinaire inefficaces. Le fer, le quinquina et l'huile de morue sont parfois réclamés par la constitution générale du malade.

Parmi les méthodes de traitement local, le massage occupe le premier rang, quoique les effets ne s'en maintiennent pas. Il a pour résultat d'activer la résorption des exsudats inflammatoires, d'élargir l'angle d'excursion des jointures, et finalement, en renforçant les muscles, d'en augmenter la souplesse et l'énergie. En tout cas il importe beaucoup d'instituer de bonne heure des *exercices méthodiques et persévérants de gymnastique hygiénique*, en vue de sauvegarder, autant que possible, la mobilité articulaire. Le courant électrique a également un excellent effet palliatif. Le traitement galvanique des articulations malades, tout comme la faradisation des muscles atrophiés, est parfois suivi d'un bon résultat.

Les bains sont d'un usage généralement répandu dans le traitement de l'arthrite chronique. Quoique leur influence ne doive pas être prise trop haut, leur bienfaisant effet n'en est pas moins incontestable en beaucoup de cas. Dans presque tous les ménages on peut installer un bain d'eau chaude commune ou un bain salin (5 à 10 livres de sel par bain). Parmi les sources thermales éprouvées, on estime le plus, dans le traitement de l'arthrite déformante : les *thermes indifférents* (Teplitz, Wildbad, Ragaz, Baden en Suisse), les bains chlorurés alcalins chauds à Wiesbaden, les eaux minérales acidules de Eynhausen et de Nauheim, etc. Les bains de boue (Elster, Marienbad, Franzensbad, Schmiedeberg) et surtout les bains de vapeur de toute sorte ne doivent être employés que dans les premières phases de la maladie, chez des personnes fortes d'ailleurs et en toute prudence.

Nous avons observé à diverses reprises un effet réellement avantageux de l'usage des bains de sable chaud, qui peuvent être pris à domicile, surtout quand il s'agit des mains et des pieds. Il existe des installations de ce

genre à Kostritz et à Blasewitz. Il paraît que les bains de sable chaud agissent favorablement, non seulement par leur température, mais encore par la compression uniforme et continue qu'ils exercent.

Les frictions opérées localement sur les jointures à l'aide de moyens excitants (spiritueux) ou narcotiques (huile de chloroforme), agissent par le massage qui les accompagne. Il n'y a pas moyen de s'en passer entièrement dans la pratique. Par contre, les badigeonnages à la teinture d'iode sont le plus souvent sans utilité. On doit être aussi réservé que possible en ce qui concerne l'administration des narcotiques (morphine) dans une maladie de si longue durée. C'est malheureusement dans cette classe d'arthritiques qu'on trouve un assez grand nombre de morphinistes.

Somme toute, il importe de retarder, autant que faire se peut, la marche progressive de la maladie, et cela à l'aide des remèdes indiqués qu'on doit alterner de diverses manières. Grâce à la persévérance dans le traitement, on pourra dans quelques cas du moins se flatter d'obtenir un succès temporaire qui n'est pas à dédaigner.

CHAPITRE TROISIÈME

RHUMATISME MUSCULAIRE AIGU ET CHRONIQUE.

(Myosite ou myalgie rhumatismale.)

Définition et étiologie. Les muscles sont le siège d'affections aiguës, primitives de leur nature, qui selon toute apparence ont un caractère inflammatoire. Ces affections qui se montrent quelquefois à la suite d'une « influence rhumatismale », d'un refroidissement, etc. ont été désignées, par analogie avec le rhumatisme articulaire aigu, du nom de *rhumatismes musculaires aigus* ou de *myosites rhumatismales*. Ces affections sont-elles également d'origine infectieuse, c'est possible, mais très incertain. L'analogie avec le rhumatisme articulaire aigu ne porte pas bien loin, attendu que les deux processus se combinent rarement, qu'au surplus la myosite aiguë n'est jamais « polymusculaire », mais se retranche le plus souvent dans un seul muscle ou un seul groupe musculaire, et qu'enfin elle ne donne jamais lieu à l'endocardite aiguë. Il n'y a de commun aux deux affections qu'une certaine ressemblance de symptômes (douleur, impotence) et l'origine rhumatismale qui n'est d'ailleurs pas toujours facile à démontrer.

En dehors de la myosite aiguë franche, il existe encore de nombreux cas de douleurs musculaires également aiguës (myalgies) où il n'y a presque pas moyen de trouver d'altération musculaire objective et dont l'interpréta-