

épiphyse. Dans le rachitisme, les douleurs ne sont pas limitées aux articulations et les tuméfactions osseuses ont des localisations caractéristiques, elles se montrent aux extrémités sternales des côtes, par exemple; l'âge des petits malades est du reste l'indication la plus précieuse. Dans les abcès juxta-épiphyse, la douleur ne siège pas exactement au niveau de l'interligne articulaire, mais sur l'une ou l'autre des extrémités osseuses qui constituent l'articulation. Le diagnostic est ici d'autant plus important que la périostite aiguë épiphyse a une marche très-rapide et que l'incision prématurée de l'abcès constitue la seule chance de salut. (E. Besnier, art. Rhumatisme, *Diction. Encyclop. des sc. méd.*)

Pendant tout le cours du rhumatisme articulaire aigu, le médecin surveillera attentivement le cœur afin d'être en mesure de combattre l'endocardite et la péricardite dès leur apparition. Les moindres troubles psychiques doivent aussi éveiller l'attention.

PRONOSTIC. — M. le docteur E. Besnier fixe à 3 pour 100 la mortalité des cas de rhumatisme articulaire aigu traités dans les hôpitaux de Paris (*Op. cit.*). Ce chiffre représente la mortalité des atteintes de rhumatisme et non pas celle du rhumatisme lui-même. Un malade peut avoir dix attaques de rhumatisme articulaire aigu et succomber à la onzième; la statistique enregistre un décès sur onze cas, alors que ce rhumatisant ne devrait figurer que pour un dans la colonne des maladies comme dans celle des décès. D'autre part il est démontré que le rhumatisme est la cause la plus commune des maladies organiques du cœur, il faudrait donc augmenter le chiffre de mortalité donné plus haut de celui des décès par maladies du cœur consécutives au rhumatisme.

La gravité du rhumatisme aigu est le plus souvent en rapport avec l'intensité de la fièvre et des localisations articulaires.

Le pronostic des complications cérébrales du rhumatisme est extrêmement grave.

TRAITEMENT. — Après avoir employé dans le rhumatisme aigu les médications les plus énergiques : la saignée coup sur coup, le tartre stibié à haute dose, le sulfate de quinine, la digitale, les vésicatoires appliqués sur toutes les articulations malades, etc..., on en est arrivé aujourd'hui à reconnaître que tous ces moyens n'ont pas d'influence appréciable sur la durée et la gravité du rhumatisme, et que quelques-uns d'entre eux augmentent sans bénéfice l'anémie ou les douleurs. La propylamine et l'acide salicylique ont joui dans ces derniers temps d'une vogue qui s'est épuisée bien

vite pour la propylamine. L'acide salicylique et le salicylate de soude paraissent mériter plus de confiance. Le salicylate de soude doit être prescrit à la dose de 6 à 8 grammes, 10 grammes au plus par jour; sous l'influence de ce médicament les douleurs diminuent assez rapidement et la durée de la maladie est abrégée. Le colchique, si actif dans la goutte, ne produit dans le rhumatisme qu'un effet purgatif lorsqu'il est administré à dose suffisante.

La principale indication à remplir dans le rhumatisme aigu est de soulager les malades; le repos au lit, l'immobilité, l'enveloppement des jointures avec de la ouate, quelques doses de salicylate de soude, la diète, un purgatif quand il existe de la constipation, telles sont les prescriptions qui doivent être faites dans les cas non compliqués. Si les douleurs sont très-vives et ne cèdent pas au salicylate de soude, on donnera des préparations opiacées ou de l'hydrate de chloral.

L'endocardite et la péricardite seront combattues énergiquement et sans retard à l'aide d'émissions sanguines locales (sangsues, ventouses scarifiées) et de vésicatoires. Il ne faut pas hésiter à appliquer coup sur coup plusieurs vésicatoires sur la poitrine, alors même que l'endocardite ne se révèle qu'à l'auscultation et que les malades n'accusent aucun trouble fonctionnel, aucune douleur du côté du cœur; on arrive souvent à guérir ainsi des affections cardiaques qui, abandonnées à elles-mêmes, auraient continué à progresser et seraient devenues incurables.

Türck, M. Raynaud, Féréol, Blachez, Vallin ont publié des faits qui démontrent l'efficacité des bains froids dans le traitement du rhumatisme aigu hyperpyrétique; les objections qui ont été faites à l'emploi de cette médication dans la fièvre typhoïde ne s'appliquent plus ici; le rhumatisme hyperpyrétique avec accidents cérébraux se termine presque toujours par la mort lorsqu'on abandonne les malades à eux-mêmes ou qu'on les traite par les méthodes anciennes; d'autre part, il s'agit d'une maladie rare et de courte durée, ce qui supprime en grande partie les difficultés pratiques si considérables dans l'application de la méthode réfrigérante à la fièvre typhoïde. Lorsque sans complication inflammatoire apparente la température s'élève à 40, 41 degrés ou au-dessus, et qu'il se produit des accidents cérébraux : délire, agitation, etc..., l'indication des bains froids est formelle. Le malade sera placé dans un bain à 25 ou 30 degrés qu'on refroidira progressivement en y ajoutant de l'eau à la température ordinaire.

La durée du bain ne doit pas, en général, dépasser vingt-cinq à trente minutes, on retirera le malade dès qu'il sera pris de frissonnements, et on le remettra dans son lit après l'avoir essuyé. Il ne faut pas chercher à obtenir trop rapidement une défervescence complète; mieux vaut renouveler les bains chaque fois que la température tend à reprendre son degré primitif.

Si les accidents cérébraux prennent la forme méningitique, on prescrira le traitement ordinaire de la méningite : glace sur la tête, sangsues aux apophyses mastoïdes, etc... Dans la folie rhumatismale il faut surveiller les malades afin qu'il ne nuisent ni à eux mêmes, ni aux autres; la principale indication consiste souvent à les nourrir.

RHUMATISME CHRONIQUE.

ÉTIOLOGIE. — L'influence de l'hérédité est manifeste dans le rhumatisme chronique comme dans le rhumatisme aigu, cependant les circonstances extérieures ont ici une action plus directe, et parmi ces circonstances il faut noter surtout l'action prolongée du froid humide. Le rhumatisme chronique se développe avec une grande fréquence chez les personnes qui habitent des appartements froids et humides ou qui, par leur profession, sont obligées de plonger sans cesse leurs mains dans l'eau froide. Les pauvres, plus exposés aux refroidissements que les riches, sont plus éprouvés qu'eux par le rhumatisme chronique. Tandis que le rhumatisme aigu a sa plus grande fréquence de vingt à quarante ans, le rhumatisme chronique s'observe surtout de quarante à soixante ans; les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes.

DESCRIPTION. — Le rhumatisme chronique peut se présenter sous plusieurs formes cliniques; la plus importante de ces formes est le *rhumatisme nouveau*, puis viennent le *rhumatisme chronique simple* et les *nodosités d'Héberden*. L'arthrite chronique sèche a été décrite par différents auteurs comme une variété du rhumatisme chronique; sa localisation dans une seule articulation, dans celle de la hanche en particulier, *morbus coxae senilis*, l'âge auquel on l'observe, l'absence de prédisposition héréditaire et des causes qui président d'ordinaire à l'apparition du rhumatisme, tout démontre que cette maladie doit être rangée parmi les arthrites sèches et non parmi les manifestations de la diathèse rhumatismale.

Rhumatisme nouveau. — Il débute d'ordinaire dans les petites articulations des mains; tout d'abord les malades éprouvent seulement de la gêne et de la roideur dans les mouvements des doigts; à certains moments les douleurs deviennent plus vives, il y a des poussées aiguës. Des déformations caractéristiques ne tardent pas à se produire, les doigts se renflent au niveau des articulations malades, d'où le nom de *rhumatisme nouveau*. La tuméfaction articulaire ne dépend pas, comme dans le rhumatisme aigu, d'un épanchement de synovie ou d'un œdème périarticulaire, elle est due à une augmentation de volume des têtes osseuses; aussi présente-t-elle une grande dureté et une grande persistance. En faisant mouvoir les articulations malades on détermine la production de craquements, qui s'expliquent, comme nous le verrons, par l'altération des surfaces articulaires. Après avoir envahi les petites articulations des doigts, le rhumatisme nouveau s'étend aux petites articulations des pieds, aux coudes et aux épaules; dans les cas graves il finit par se généraliser. Les articulations sont presque toujours atteintes d'une façon symétrique.

La gêne des mouvements est augmentée par les déformations que subissent les membres, déformations qui sont presque toujours les mêmes et qui semblent obéir à des lois régulières. Pour la main, on peut reconnaître un *type de flexion* et un *type d'extension* (Charcot). Dans bon nombre de cas les doigts sont rapprochés les uns des autres et inclinés en masse vers le bord cubital de la main. Lorsque les articulations du coude et de l'épaule sont malades, l'avant-bras est maintenu dans la flexion et dans la pronation, l'épaule est rigide et le bras ne se laisse plus écarter du tronc. D'après M. le professeur Charcot, les déformations sont dues le plus souvent à des *contractions musculaires spasmodiques*. L'atrophie de certains groupes de muscles paraît jouer aussi un rôle important; cette atrophie est manifeste dans tous les cas graves de rhumatisme nouveau, elle porte en particulier sur les muscles interosseux et elle s'étend parfois à une partie des muscles de l'avant-bras et du bras. Les muscles antagonistes de ceux qui sont atrophiés produisent des déformations par le même mécanisme que dans l'atrophie musculaire progressive, et de fait les déformations de la main dans le rhumatisme nouveau et dans l'atrophie musculaire progressive présentent une grande analogie; les altérations des têtes osseuses sont aussi un élément dont il faut tenir grand compte.

Les déformations consécutives au rhumatisme nouveau sont par-

fois si prononcées que les malades ne peuvent plus se servir de leurs membres ni pour marcher, ni même pour manger; l'impotence est absolue; cet état peut se prolonger assez longtemps, les malades finissent par succomber à quelque complication, la pneumonie est une des plus fréquentes.

La maladie n'aboutit pas toujours à ces déformations graves, elle peut s'arrêter dans sa marche; les lésions restent stationnaires, parfois même elles rétrogradent, mais il est rare qu'elles disparaissent complètement.

L'état général est presque toujours satisfaisant, il n'y a pas de fièvre, sauf dans les cas où la maladie prend une marche aiguë.

Rhumatisme chronique simple. — Le rhumatisme chronique simple est tantôt primitif, tantôt consécutif au rhumatisme aigu; il envahit les grandes articulations aussi bien que les petites, s'accompagne de douleurs et de tuméfactions articulaires qui portent sur les synoviales et le tissu conjonctif périarticulaire, plutôt que sur les extrémités osseuses; ces arthrites sont sèches et donnent lieu à des craquements lorsqu'on fait exécuter des mouvements, ou bien il existe des hydarthroses. On n'observe pas dans cette variété des déformations aussi caractéristiques que dans le rhumatisme nouveau.

La marche du rhumatisme chronique simple est paroxystique; les malades ont des périodes de tranquillité pendant lesquelles les douleurs et les tuméfactions articulaires s'atténuent sans disparaître complètement. Les changements brusques de température apportent presque toujours une aggravation dans l'état des malades.

Nodosités d'Héberden. — Cette variété du rhumatisme chronique est très-souvent confondue avec la goutte; elle est caractérisée par des douleurs qui siègent dans les petites articulations des doigts et qui s'accompagnent de temps à autre de rougeur et de tuméfaction des parties molles périarticulaires. Les nodosités qui constituent le principal caractère de la maladie, comme le nom l'indique, siègent au niveau des articulations des phalanges; il existe un nodule de chaque côté de la jointure qui paraît un peu élargie (Charcot); les articulations des phalanges avec les phalanges sont raides, les mouvements sont gênés, il n'y a pas de craquements articulaires. Les autres jointures des mains sont en général affectées, mais à un bien moindre degré.

Complications. — Les complications du côté des séreuses viscérales, si communes dans le rhumatisme aigu, sont très-rares dans le rhumatisme chronique; l'endocardite et la péricardite ont été

rencontrées, cependant, dans quelques cas de rhumatisme chronique simple et de rhumatisme nouveau; elles se développent de préférence à l'époque des exacerbations de la maladie (Charcot).

Le rhumatisme musculaire, l'asthme, la migraine, les névralgies, certaines affections de la peau, telles que l'eczéma, le psoriasis, le lichen, viennent souvent compliquer le rhumatisme articulaire chronique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le rhumatisme chronique simple ne donne lieu qu'exceptionnellement à des lésions osseuses, d'où le nom de *rhumatisme chronique synovial* qui a été proposé par M. E. Besnier; le rhumatisme nouveau et les nodosités d'Héberden prendraient par opposition le nom de *rhumatisme chronique osseux*. Les synoviales s'épaississent, ainsi que les tissus fibreux sous-jacents; les ligaments, les tendons et leurs gânes participent plus ou moins à l'inflammation, d'où la gêne des mouvements d'abord, puis l'ankylose et les rétractions fibreuses.

Les lésions du rhumatisme nouveau sont caractérisées: 1° par un état vilieux ou velvétique des cartilages articulaires; 2° par une hypertrophie des franges synoviales; 3° par la production de tissu cartilagineux ou osseux autour des surfaces articulaires.

Les capsules cartilagineuses et les cellules qu'elles renferment se multiplient sous l'influence du processus inflammatoire et viennent s'ouvrir dans l'intérieur de l'articulation; la substance fondamentale du cartilage, dissociée en quelque sorte par la chute des capsules et de leur contenu, apparaît sous forme de filaments, d'où la comparaison qui a été faite de la surface articulaire avec le velours et le nom d'*aspect velvétique*. Eorsque la maladie est très-ancienne, le cartilage disparaît complètement et les surfaces articulaires présentent l'*aspect éburné* qui tient, d'une part, à une ostéite condensante des têtes osseuses, d'autre part, à l'action mécanique, aux frottements naturels que subissent les os après la disparition des cartilages; les parties éburnées sont sillonnées de rainures dont le sens est déterminé par celui des mouvements articulaires. Tandis que les parties centrales des cartilages subissent ces altérations, du tissu cartilagineux se forme à la périphérie des têtes articulaires et s'ossifie progressivement, telle est l'origine des nodosités que l'on rencontre au niveau des articulations dans le rhumatisme nouveau et dans la variété décrite par Héberden. Les franges synoviales s'hypertrophient, se couvrent de végétations dendritiques dans lesquelles se développe quelquefois du tissu cartilagineux ou osseux; les pédi-

cules des végétations peuvent se rompre et la masse devenue libre forme alors un corps étranger articulaire (Cornil et Ranvier).

Les altérations du rhumatisme chronique d'Héberden sont analogues à celles du rhumatisme noueux; il n'y a pas trace de dépôts d'urate de soude (Charcot).

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — Nous nous occuperons du diagnostic différentiel du rhumatisme et de la goutte chroniques, lorsque nous aurons fait l'histoire de la goutte.

Les déformations des mains produites par le rhumatisme chronique sont faciles à distinguer de celles de l'atrophie musculaire progressive et de la paralysie agitante, car dans ces dernières maladies les douleurs et les tuméfactions articulaires font défaut. Les arthropathies consécutives aux myélites chroniques siègent plus souvent dans les grandes articulations que dans les petites; ce sont aussi des arthrites sèches, mais en général elles ne donnent pas lieu à des douleurs vives et elles se caractérisent par l'usure rapide des têtes osseuses, par la tendance aux luxations et aux fractures spontanées, enfin par la coexistence des autres symptômes d'une maladie des centres nerveux.

Les douleurs qui se produisent au début des myélites chroniques, et en particulier de l'ataxie locomotrice, sont souvent confondues avec des douleurs rhumatismales; il suffit du reste d'être prévenu de la possibilité de cette erreur pour être à même de l'éviter; les douleurs fulgurantes de l'ataxie, en particulier, n'ont aucune analogie avec les douleurs rhumatismales.

Le rhumatisme chronique ne menace pas directement la vie des malades; ce qui fait la gravité de son pronostic, c'est la persistance des douleurs et des lésions auxquelles il donne lieu, c'est la tendance incessante des déformations à s'accroître. Les nodosités d'Héberden constituent la variété la moins grave du rhumatisme chronique, à cause de leur localisation.

TRAITEMENT. — La première chose à faire est de soustraire les malades aux conditions de milieu qui paraissent avoir occasionné les douleurs; à cet effet on les interrogera avec soin sur leur habitation, sur leur profession, etc.; malheureusement la condition sociale des malades atteints de rhumatisme chronique et leur insouciance à braver un mal qui ne se traduit d'abord que par des douleurs intermittentes et une gêne peu considérable des mouvements, font qu'il est rarement possible de remplir cette indication causale dès le début des accidents; lorsque le rhumatisme chronique s'est bien

établi dans l'organisme et qu'il a donné lieu à des altérations osseuses, les mesures d'hygiène ne peuvent plus que ralentir sa marche.

Un grand nombre de médications ont été préconisées sans beaucoup de succès dans le traitement du rhumatisme chronique. Les alcalins, la teinture d'iode à l'intérieur, l'arsenic (deux à six gouttes de liqueur de Fowler peu de temps après les repas), l'iodure de potassium, déterminent quelquefois une amélioration notable dans l'état des malades, mais plus souvent ils restent impuissants. Les badigeonnages iodés sur les articulations malades et les vésicatoires agissent contre la douleur bien plutôt que contre les tuméfactions osseuses, ces applications locales sont surtout indiquées dans le rhumatisme chronique simple, lorsque les lésions articulaires portent principalement sur la synoviale et les tissus périarticulaires.

BOUILLAUD. Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire aigu en général et spécialement sur la loi de coïncidence de la péricardite et de l'endocardite avec cette maladie. Paris, 1836. — Du même. Traité clinique du rhumatisme articulaire aigu, 1840. — VIDAL. Considérations sur le rhumatisme articulaire chronique primitif. Paris, 1855. — GUBLER. Etudes et observations cliniques sur le rhumatisme cérébral (Soc. méd. des hôpitaux, 1857). — FERRAND. Les exanthèmes du rhumatisme, thèse, Paris, 1862. — TROUSSEAU. Clinique méd., 1865, t. III, p. 361. — OLLIVIER et RANVIER. Contribution à l'étude des lésions histologiques que l'on a rencontrées dans l'arthropathie et l'encéphalopathie rhumatismales (Mém. de la Soc. de biologie, 1865). — B. BALL. Du rhumatisme viscéral, thèse d'agrégation. Paris, 1866. — VERGELY. Essai sur l'anat. pathol. du rhumatisme artic. chronique primitif, thèse, Paris, 1866. — MALHERBE. Des affections viscérales dans la goutte et le rhumatisme chronique, thèse, Paris, 1866. — GARROD. La goutte, etc., traduction française par A. Ollivier. Paris, 1867. — VIGLA. Rhumatisme cérébral (Bull. Acad. de méd., 1867, t. XXXII). — CORNIL et RANVIER. Mannel d'histol. pathol. — CHARCOT. Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les malad. chroniques. Paris, 1874. — M. RAYNAUD. Application de la méthode des bains froids au traitement du rhumatisme cérébral (Journ. de thérapeutique, 1874). — DUJARDIN-BEAUMETZ, FÉRÉOL, BLACHEZ. Même sujet (Soc. méd. des hôpitaux, 1875). — E. BESNIER. Article *Rhumatisme* in Dictionn. encyclop. des sc. méd., 1876. — A. LAVERAN. De la manie rhumatismale (Société médicale des hôpitaux, 1876). — VAILLARD. De l'aliénation mentale consécutive au rhumatisme articulaire aigu (Gaz hebdom., 1876 et Rec. mém. méd. milit., 1876). — L. MARECHAL. De la manie rhumatismale, thèse, Paris, 1876. — FÉRÉOL, VALLIN. Traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids (Soc. méd. des hôpitaux, 1877). — H. MASSON. De la médication réfrigérante dans le traitement du rhumatisme cérébral hyperpyrétique, thèse, Paris, 1877. — P. COUDERC. Des complications rénales du rhumatisme articulaire aigu, thèse, Paris, 1877. — G. SÉE. Traitement du rhumatisme articulaire par l'acide salicylique (Académie de médecine, 1877. Discussion). — FÉRÉOL. Du rhumatisme ostéo-hypertrophique des diaphyses et des os plats (Soc. clinique, 1877). — VALLIN. Du rhumatisme spinal (Soc. méd. des hôpitaux, 1878).

GOUTTE.

La goutte a été confondue pendant longtemps avec le rhuma-