

Rhumatisme articulaire aigu. Endopéricardite. Pneumonie. - Homme de 20 ans.

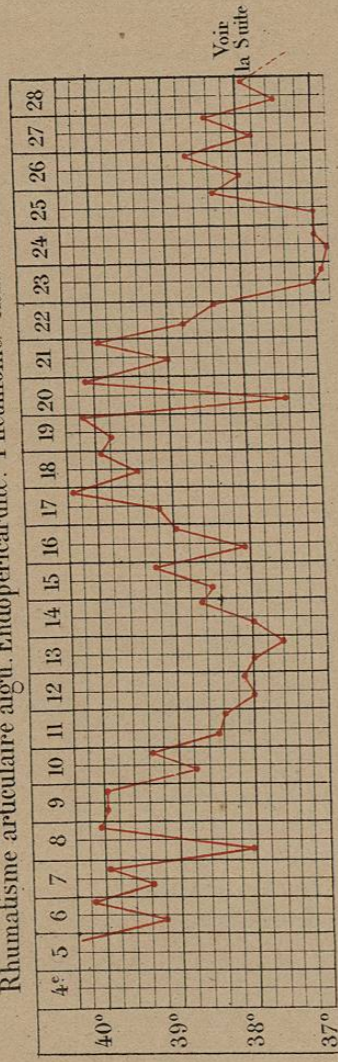


Fig. 43.

Rhumatisme articulaire Mort. (Rhumatisme cérébral)

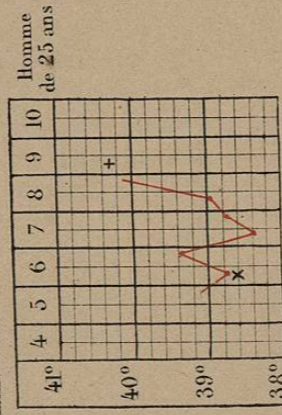


Fig. 44.

x Endocardite légère. Vent. Scarifiées.  
 † Douleurs bien moindres, presque nulles à 5 1/2 h. du soir.  
 Dans la nuit (4 h. du matin) délire et 1 h. après, mort.

Suite de la Fig. 43. →

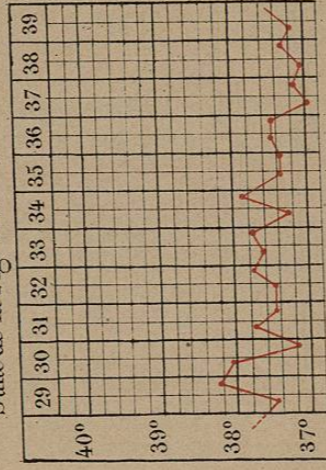


Fig. 45. Rhumatisme articulaire aigu. Rhum. cérébral, mort-Homme de 20 ans.

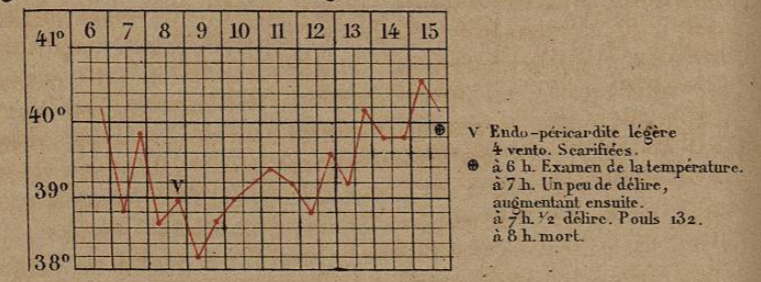


Fig. 46. Rhumatisme articulaire aigu. - Homme de 23 ans.

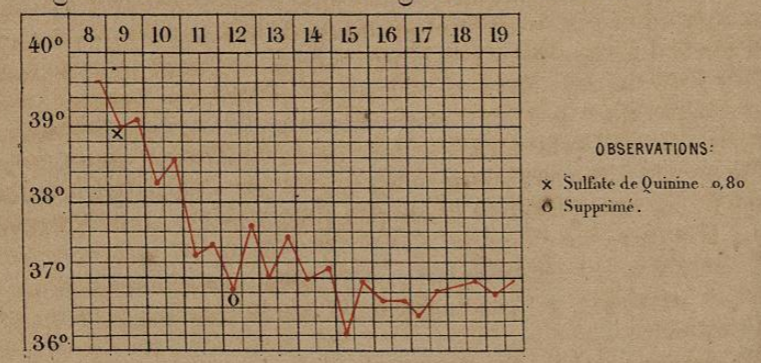
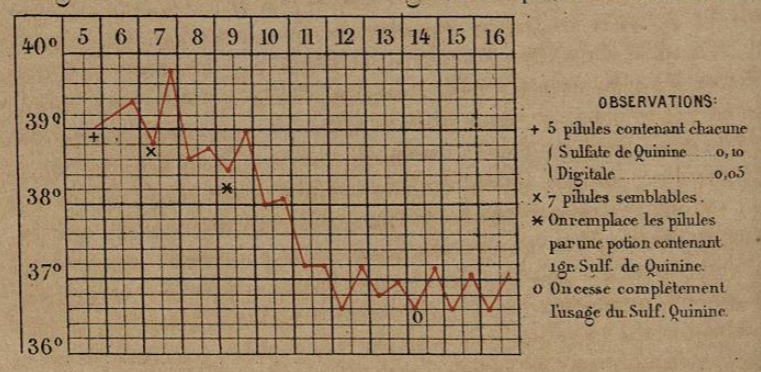


Fig. 47. Rhumatisme articulaire aigu. (4<sup>e</sup> attaque) Homme de 34 ans.)



matismes articulaires aigus jusqu'à un maximum annuel de 12,3 pour 100 (années 1864 et 1865). Les raisons de ce fait sont inconnues.

Dans quelques cas rares les accidents cérébraux s'atténuent graduellement, la guérison a lieu.

Dans d'autres circonstances les choses se passent autrement : l'encéphalopathie présente un développement plus lent et comme graduel; le malade est pris d'un délire tranquille qui, au début, peut être exclusivement nocturne, et qui devient ensuite continu, parfois même assez violent pour nécessiter l'emploi des moyens coercitifs; l'intensité des accidents varie d'un jour à l'autre, ils coïncident souvent avec une céphalalgie opiniâtre, et ils persistent ainsi sans présenter aucun rapport saisissable avec l'atténuation ou l'aggravation des symptômes articulaires. Quand la guérison du rhumatisme, en tant que maladie aiguë, est effectuée, les troubles cérébraux peuvent eux-mêmes disparaître sans laisser de traces; mais, dans quelques cas, ils subsistent plusieurs jours ou même plusieurs semaines après le retour définitif de la température normale et la cessation des douleurs. L'issue de cette phase est douteuse; la guérison peut avoir lieu, j'en ai vu un exemple concernant une femme de trente-neuf ans; le désordre cérébral peut persister sous forme d'aliénation mentale; des phénomènes inflammatoires aigus peuvent éclater au bout d'un certain temps et amener la mort. Je n'ai pas d'autopsie se rapportant à cette forme prolongée; mais d'après les caractères des symptômes au début, d'après leur persistance, d'après les diverses terminaisons que présente cette variété d'encéphalopathie, j'incline à croire qu'il s'agit ici d'une *méningite chronique de la convexité*.

On aura soin de ne pas confondre avec l'encéphalopathie rhumatismale le délire alcoolique, qui peut survenir ici comme dans toute autre maladie aiguë.

La *marche* du rhumatisme articulaire aigu n'est point renfermée dans un cycle défini; au point de vue de la *durée*, il faut *avant tout* tenir compte de l'intensité fort variable de l'attaque; les rhumatisants des courbes 41 et 42 n'ont eu aucune complication, ils ont été soumis au même traitement que les malades des courbes ci-jointes (fig. 46 et 47), et cependant, dans les deux premiers cas, la durée de la maladie a été comprise entre vingt-huit et trente jours; dans les deux autres elle a été terminée au quatorzième et au douzième jour. La terminaison n'est jamais brusque, elle se fait par *lysis*. Il est rare que la marche soit tout à fait continue; elle est interrompue par des *rémissions* plus ou moins marquées qui peuvent induire en erreur, si l'on n'a pas soin de prendre pour critérium le degré thermique; quel que soit l'apaisement des autres symptômes, la guérison n'est atteinte que lorsque la température est normale le soir aussi bien que le matin. C'est par ces rémissions et ces reprises successives que la maladie arrive à durer de quatre à six semaines et même davantage. Les

RECHUTES sont très-fréquentes, la moindre imprudence durant la convalescence suffit pour les provoquer, et quelquefois la seconde atteinte dépasse la première en violence et en durée; ce n'est cependant pas le cas ordinaire. Dans d'autres circonstances, la rechute se fait d'une autre manière; ce n'est pas une attaque aiguë qui reparait; la fièvre reste éteinte, l'état général se maintient bon, mais les douleurs articulaires reviennent plus ou moins vives, la rechute a lieu sous la forme chronique. — Les RÉCIDIVES sont la règle; il peut s'écouler des années entre la première et la seconde attaque, mais rien n'est plus rare qu'une attaque isolée. La seconde en appelle ensuite une troisième, et les intervalles libres diminuent à mesure que les attaques se multiplient. Ce n'est pas toujours sous forme de polyarthrite aiguë que les récidives ont lieu; par le fait de la première attaque, l'individu est constitué RHUMATISANT et est sujet dès lors à toutes les formes, à toutes les localisations de la maladie; douleurs chroniques, rhumatisme musculaire, arthrite déformante, peuvent successivement représenter chez lui les effets de la dyscrasie constitutionnelle.

Eu égard à la mortalité, le **pronostic** n'est pas grave; sans complications, le rhumatisme articulaire ne tue pas, et même, dans les cas graves avec complications multiples, la guérison peut être obtenue (fig. 43). La mort est amenée par quelque-une des causes qui ont été précédemment indiquées, il est inutile d'en reproduire l'énumération. Mais au point de vue de l'état ultérieur de la santé, le pronostic est sérieux; non-seulement le malade est exposé aux récidives sous toutes formes, mais il tient trop souvent de son attaque aiguë une lésion cardiaque incurable.

Le **rhumatisme fixe** (monoarthrite rhumatismale) est caractérisé par les signes physiques de l'hydarthrose et de l'arthrite, et sa nature rhumatismale ne peut être affirmée que lorsqu'il survient comme reliquat d'une polyarthrite aiguë, ou bien lorsqu'il s'établit chez un individu qui a déjà éprouvé les manifestations ordinaires du rhumatisme articulaire ou musculaire. Cette forme n'est fébrile que dans les premiers jours, elle ne présente presque jamais de complications viscérales, mais elle est désespérante par sa ténacité, et laisse souvent après elle des lésions et des désordres fonctionnels graves dans la jointure. Les relevés de Lebert établissent que la durée minimum de cette forme est de six semaines, et qu'elle peut se prolonger jusqu'à quatre mois et plus. — Dans cette forme il faut toujours examiner attentivement les organes génitaux, l'arthrite fixe étant souvent sous la dépendance d'une *blennorrhagie*.

**Forme chronique.** — Cette forme est très-fréquent, et elle peut être observée chez des individus qui n'ont jamais éprouvé d'attaque aiguë; ce fait a une grande importance pratique, qui est la suivante: les complications cardiaques ne sont pas étrangères à cette forme chronique, mais elles ont alors un développement tout à fait silencieux; elles ne s'impo-

sent à l'attention que lorsqu'elles provoquent les accidents des lésions valvulaires constituées, et bon nombre d'endocardites ou de maladies organiques du cœur qui ont une spontanéité apparente, sont liées en réalité à des rhumatismes chroniques.

Cette forme diffère de la précédente par l'absence de fièvre et par l'absence de cet état général qui caractérise toute maladie aiguë; elle consiste uniquement en symptômes articulaires qui présentent plusieurs variétés. Dans certains cas, il existe un état morbide continu de plusieurs mois de durée, qui est caractérisé par des douleurs permanentes d'intensité variable dans une ou plusieurs grandes jointures; à certains jours, la locomotion est possible, parfois même elle est plus facile après quelques instants d'exercice qu'au début; à d'autres moments, la douleur confine le malade dans l'immobilité pour plusieurs jours, elle a des redoublements, l'urine devient rare et chargée d'urates, il se peut même qu'il y ait le soir un léger mouvement fébrile. Dans ces conditions, les articulations sont douloureuses à la pression, elles sont tuméfiées, et le gonflement tient à un épanchement liquide ou à l'épaississement des parties fibreuses; lorsqu'il n'y a pas de liquide, on constate souvent, pendant les mouvements, des craquements, ou de la crépitation articulaire. Ces espèces de paroxysmes se renouvellent à intervalles variables, et cet état, sans durée précise, aboutit ou à la guérison, ou à la production de lésions ostéo-articulaires définitives, semblables, au siège près, à celle de l'arthrite déformante des petites jointures. Au reste, les deux localisations peuvent coïncider, ainsi que j'en ai rapporté un exemple. Alors même que les extrémités osseuses ne sont pas tuméfiées, elles peuvent faire une saillie exagérée par suite de l'atrophie des muscles périarticulaires. — Une autre variété est caractérisée par des accès plus ou moins répétés de douleurs articulaires fixes ou vagues, dans l'intervalle desquels le malade ne souffre pas; le moindre changement de température, l'impression d'un courant d'air, suffisent pour provoquer un de ces paroxysmes qui sont *très-rarement* fébriles. On n'observe pas les lésions complexes auxquelles donne lieu la variété précédente, tout au plus y a-t-il parfois un peu de sécheresse et de crépitus articulaire. L'impressionnabilité des malades sous les influences atmosphériques dépasse toute croyance, et, l'imagination aidant, ils deviennent de véritables baromètres. Les douleurs articulaires alternent souvent avec du rhumatisme musculaire, et cet état de souffrances réelles ou imminentes a toute la ténacité d'un mal constitutionnel. Dans toutes ces variétés, le rhumatisme chronique peut être compliqué de névralgies et de paralysies limitées.

## TRAITEMENT.

**Forme aiguë.** — Je passerais en revue toute la pharmacopée, si je voulais énumérer les nombreuses médications qui ont été proposées; je me bornerai donc à indiquer celles auxquelles je me suis arrêté après de nombreuses observations comparatives. — Dans les **cas intenses** avec douleurs violentes et *fièvre au-dessus de 39 degrés*, je débute, chez les *individus robustes*, par le tartre stibié à hautes doses, selon les règles que j'ai formulées à propos de la péricardite; la sédation est d'autant plus marquée que les évacuations ont été plus abondantes. Le lendemain, je laisse le malade au repos, mais le troisième jour je réitère la potion stibiée, si les douleurs ou la fièvre ont repris une vivacité voisine de celle du premier jour; la médication est pénible, j'en conviens, mais on ne peut se faire une idée de la détente salutaire qu'elle produit; en comparant des cas similaires, je me suis assuré que ce traitement abrège la durée de la maladie; en outre, les complications viscérales sont moins fréquentes et moins graves, la péricardite en particulier ne s'accompagne pas d'épanchement, tout au moins n'en ai-je pas vu un exemple chez les malades soumis à cette médication. Elle est d'autant plus efficace qu'elle est instituée à une époque plus voisine du début de la fièvre. Après cette intervention initiale, je continue le traitement suivant l'une des méthodes ci-après, le choix étant subordonné au degré de la sédation obtenue par l'émétique.

Dans les cas de **moyenne intensité**, si le malade est robuste, il y a encore avantage à commencer par le tartre stibié; il suffit alors, en général, de l'administrer une seule fois; si la gravité des symptômes ne justifie pas cette médication, ou bien si je trouve quelque contre-indication (constitution faible, diarrhée spontanée dès le début de la maladie, épistaxis), alors je donne le sulfate de quinine à la dose de 60 centigrammes à 1 gramme par jour, et plus souvent encore des pilules composées de sulfate de quinine (10 centigr.) et poudre de digitale (5 centigr.), au nombre de six à dix le premier jour, autant le second, et ensuite à doses décroissantes suivant l'effet produit; cette médication mixte m'a paru plus avantageuse que le sulfate de quinine pur, surtout au point de vue de l'état du cœur. Pour boisson, je fais prendre la limonade au jus de citron, de telle manière que le malade consomme chaque jour de 60 à 100 grammes de suc citrique. Je n'ai pas essayé la médication par le suc de citron seul, qu'ont préconisée plusieurs observateurs, mais je puis affirmer que cette limonade concentrée est un adjuvant utile et agréable du traitement. — Les articulations malades sont badigeonnées de laudanum et enveloppées d'ouate recouverte d'un taffetas gommé, de manière à y

entretenir une sudation abondante. — Du moment que les symptômes aigus commencent à s'apaiser définitivement, la médication antipyrétique est suspendue, et pour peu qu'il y ait quelque indice de faiblesse, je donne le quinquina et le vin. Durant la phase d'acuité, je ne laisse pas les malades à la diète absolue, je fais constamment prendre du bouillon.

Chez les **INDIVIDUS DÉBILITÉS**, quelle que soit l'acuité des accidents, je combats les symptômes articulaires par les topiques, et je donne la médication stimulante, vin, quinquina, alcool au besoin.

Dans les **cas subaigus** enfin, à fièvre légère, à douleurs peu intenses, à symptômes généraux peu accusés, je prescris les alcalins (nitrate ou bicarbonate de soude) à hautes doses, 12 à 20 grammes par jour, dans la tisane, et j'ai recours à la médication topique, c'est-à-dire aux applications de vésicatoires volants sur les jointures affectées; c'est également là le moyen le plus efficace contre les douleurs qui persistent après la cessation complète des accidents aigus. — Dans toutes les circonstances on peut employer avec grands avantages les injections sous-cutanées de morphine pour calmer les douleurs, et procurer au malade un peu de sommeil.

Les **COMPLICATIONS VISCÉRALES** phlegmasiques ne présentent du fait du rhumatisme aucune indication particulière; elles seront traitées selon les principes exposés dans l'histoire de chacune d'elles. Quant à l'**ENCÉPHALOPATHIE**, elle ne laisse souvent pas le temps d'agir; lorsqu'il en est autrement, les vésicatoires multiples sur les membres, à la nuque ou sur la tête, et les dérivatifs intestinaux sont des moyens utiles; si le patient est déjà anémié par la maladie, on ne doit pas hésiter à prescrire le vin et les stimulants. — La pathogénie de l'encéphalopathie indépendante des phlegmasies méningées et des altérations vasculaires de l'encéphale indique l'emploi des *bains froids* et des *affusions froides*, et depuis cinq ans, cette méthode compte en effet un certain nombre de succès, qui démontrent la justesse de l'indication thérapeutique, et partant la vérité de la théorie qui l'a inspirée.

Lorsque la **MONOARTHRITE** est fébrile et accompagnée d'épanchements liquides, le tartre stibié est le moyen par excellence (sauf contre-indication); j'ai vu plusieurs fois de vastes épanchements du genou disparaître du jour au lendemain. Lorsque la maladie est toute récente, cette perturbation peut être suivie de guérison; dans le cas contraire, ou bien lorsqu'il n'y a pas lieu de donner l'émétique, les révulsifs cutanés et l'iode de potassium à l'intérieur sont la base du traitement; l'action peut en être secondée par les douches et les bains sulfureux, par le massage après la disparition des douleurs; dans certains cas enfin, la cautérisation transcurrente au fer rouge fait justice d'arthrites rebelles. Le membre doit être placé dans une gouttière, et dès que les accidents aigus sont dissipés, il faut procéder à la mobilisation méthodique de la jointure, afin d'éviter les ankyloses.

**Forme chronique.** — Les malades, vêtus de flanelle, doivent prendre de sévères précautions contre le froid et l'humidité; ils éviteront par-dessus tout d'habiter des maisons humides ou mal exposées; ces règles doivent être suivies d'une manière constante, alors même qu'il n'y a pas de douleurs actuelles. Lorsque le mal, fixé dans une ou plusieurs jointures, peut faire craindre le développement de lésions articulaires, il faut insister sur la médication topique qui vient d'être indiquée, et donner à l'intérieur l'iodure de potassium à hautes doses, seul ou uni au vin de colchique. Les douches de vapeur simple ou térébenthinée qu'on fait administrer dans le lit sont d'une grande utilité. Quand la convalescence rend le malade à la vie commune, la conduite à suivre est la même que dans la forme primitivement vague caractérisée par des attaques transitoires de douleurs légères et mobiles; il faut modifier la disposition constitutionnelle qui perpétue les accidents. Cette indication fondamentale est remplie par le traitement thermal; si la dyscrasie urique est manifeste, on s'adressera aux eaux alcalines (Vichy, Carlsbad, Ems); dans le cas contraire, on a le choix entre des eaux fort nombreuses, dont la composition est variable, dont la minéralisation pour quelques-unes est à peine appréciable, et qui pourtant ont toutes une efficacité positive; il ressort de là que c'est vraisemblablement à la température et à l'état électrique de l'eau d'une part, aux installations balnéaires de l'autre, que les résultats curateurs doivent être attribués. Parmi les eaux sulfureuses et sulfatées, celles d'Aix et des Pyrénées en France, celles d'Aix-la-Chapelle en Prusse, de Louèche et de Bade en Suisse, sont les plus estimées; parmi les eaux à minéralisation faible, celles de Plombières, de Bourbonne, de Wiesbaden, de Wildbad, de Ragatz, légitiment par leurs succès leur antique réputation. Lorsqu'il existe des lésions articulaires, les eaux de Ragatz, ou bien les bains de boue de Saint-Amand ou de Nauheim méritent la préférence. — L'hydrothérapie sous toutes ses formes, douches froides, bains russes, bains de vapeur térébenthinés, rend aussi d'importants services. — Les malades auront avantage à passer l'hiver dans un climat chaud et sec.

## CHAPITRE II.

## RHUMATISME NOUEUX. — POLYARTHRITE DÉFORMANTE.

## GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Cette forme de rhumatisme chronique (1) est caractérisée non-seulement par la lenteur de sa marche et l'absence des phénomènes fébriles,

(1) LANDRÉ-BEAUVAIS, *Doit-on admettre une nouvelle espèce de goutte sous la dénomination de goutte asthénique primitive?* thèse de Paris, an VIII. — HAYGARTH, *A clinical History of the nodosity of the Joints.* London, 1813. — ADAMS, *Cyclopædia of Anat. and Physiol.* London, 1839. — FRORIEP, *Die rheumatische Schwiele.* Weimar, 1843. — SMITH, *A Treatise of fractures in the vicinity of the Joints.* Dublin, 1847. — ROMBERG, *Klinische Ergebnisse.* — *Klinische Wahrnehmungen.* Berlin, 1844-1851. — DEVILLE, BROCA, *Bullet. Soc. anat.*, 1851. — CHARCOT, *Thèse de Paris*, 1853. — TRASTOUR, *Thèse de Paris*, 1853. — VIDAL, *Thèse de Paris*, 1855. — GARROD, *The Nature and Treatment of Gout and rheumatic Gout.* London, 1859. — PLAISANCE, *Thèse de Paris*, 1858. — EISENMAN, *loc. cit.* — COLOMBEL, *Thèse de Paris*, 1862. — LEBERT, *Handb. der Pathologie.* Tübingen, 1863. — MENJAUD, *Thèse de Paris*, 1861. — FULLER, *The Lancet*, 1863. — NEFFE, *Bullet. Soc. méd. de Gand*, 1863. — BEAU, *De l'arthrite noueuse* (*Gaz. hôp.*, 1864). — BULLEY, *Contraction of the Fingers, the Result of chronic rheumatic Affection* (*Med. Times and Gaz.*, 1864). — CORNIL, *Sur les coïncidences pathologiques du rhumatisme articulaire chronique* (*Gaz. méd. Paris*, 1864). — TROUSSEAU, *Bullet. therap.*, 1865. — BEREND, *Ueber die durch Gicht und Rheuma bedingten Gelenkverkrümmungen* (*Berlin. klin. Wochen.*, 1866).

VERGELY, *Essai sur l'anatomie pathologique du rhumatisme articulaire chronique primitif*, thèse de Paris, 1866.

JACCOUD, *Clinique méd.* Paris, 1867. — CHARCOT, *Gaz. hôp.*, 1867. — *Leçons sur les maladies des vieillards.* — BOUSAING, *Zur Therapie des acuten und chronischen Gelenk-Rheumatismus* (*Wiener med. Presse*, 1868). — RUNGE, *Ueber den Anwendungs-Modus der Electricität beim Rheumatismus* (*Deutsche Klinik*, 1868). — VIRCHOW, *Zur Geschichte der Arthritis deformans* (*Virchow's Archiv*, 1869). — CHÉRON, *Du traitement du rhumatisme chronique, etc., par les courants constants* (*Journ. des conn. méd.-chir.*, 1869).

FOTHERGILL, *Chronic rheumatism and its counterfeits* (*Edinb. med. Journ.*, 1870).

PONFICK, *Arthritis deformans* (*Berlin. klin. Wochen.*, 1872). — HITZIG, *Ueber die Frage nach dem Ursprung der Arthritis deformans* (*Eodem loco*, 1872). — BARTH OTTO, *Epiphysenlösung im späteren Alter; arthritis deformans* (*Arch. der Heilk.*, 1872). — GROSS, *Contrib. à l'hist. des corps libres articulaires dans l'arthrite déformante* (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1873). — ADAMS, *Treatise on rheumatic gout.* London, 1873. — DRACHMANN, *Arthritis deformans* (*Norsk. med. Arkiv*, 1873). — ROTTER, *Arthritis deformans der Articulatio epistropheoatlantica mit consecutiver Degeneration des Rückenmarks* (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1874).