

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. thérap.*, 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).

mais surtout par le siège des accidents dans les petites jointures, et par le développement de lésions ostéo-articulaires qui ont pour conséquences des déformations, des attitudes vicieuses et l'infirmité. Cette maladie est chronique d'emblée, plus rarement elle est consécutive à un rhumatisme aigu vulgaire; lorsqu'elle est secondaire, elle peut être observée avant trente ans; quand elle est primitive, elle a son maximum de fréquence de trente-cinq à cinquante ans; elle est inconnue chez l'enfant et l'adolescent. Le rhumatisme nouveau est beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme, plus fréquent aussi dans les classes pauvres (*arthritis pauperum*); il est de tous les pays et de tous les temps, ainsi que l'a prouvé l'étude d'ossements anciens exhumés dans diverses contrées. — La transmission héréditaire n'est pas sans influence sur le développement de la maladie, dont la seule cause déterminante est le froid; non pas le refroidissement brusque et momentané, mais l'impression prolongée qui résulte de l'habitation ou du séjour dans les lieux bas et humides. Dans bon nombre de cas, une semblable étiologie n'est pas saisissable, et la spontanéité du mal est complète. — La dyscrasie urique, qui n'est peut-être pas constante, mais qui a été constatée par les observateurs les plus compétents, notamment par Lebert, établit une certaine affinité entre l'arthrite nouvelle et la goutte.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Dans la forme primitive, les lésions sont bornées aux petites jointures des mains et des pieds, exceptionnellement à celles de la colonne vertébrale; dans la forme secondaire, ces altérations typiques peuvent coïncider avec des désordres semblables dans de grandes articulations, notamment dans les coudes et les genoux. L'inflammation chronique porte sur tous les tissus articulaires; la synoviale est épaissie, végétante; s'il y a au début des épanchements liquides, ils sont peu abondants et ne persistent pas, de sorte que la sécheresse de la jointure a pu être donnée comme caractéristique (*arthrite sèche*); les franges et les replis de la synoviale sont épaissis, il peut s'y former des exsudats circonscrits qui plus tard se détachent et produisent des corps étrangers articulaires; les ligaments sont augmentés de volume; les cartilages sont usés et peuvent disparaître; enfin les extrémités osseuses, atteintes au centre d'ostéite raréfiante (ostéoporose), présentent à leur pourtour une ostéite végétante avec ostéophytes et stalactites épiphysaires. Toutes ces lésions concourent à produire un gonflement considérable des jointures malades, gonflement sec, si je puis ainsi dire, sans infiltration des tissus périarticulaires.

Une seconde période est constituée par la luxation ou la subluxation des os; ces déplacements, qui ont pour conséquences une déformation bien

plus notable que la précédente, et une impuissance motrice à peu près complète, sont produits par des causes multiples qui peuvent être réunies ou isolées : ce sont les épanchements liquides initiaux qui peuvent écarter les extrémités osseuses de vive force, et les laisser, après résorption, dans leur position vicieuse; — le gonflement même des têtes osseuses qui en modifie les rapports; — les végétations osseuses qui agissent de la même manière; — la rétraction permanente de certains muscles; — le gonflement et la rétraction des ligaments articulaires; — enfin l'hyperplasie et la rétraction des lames cellulo-fibreuses voisines des jointures. C'est à la région plantaire et palmaire que cette altération est le plus remarquable; non-seulement le tissu sous-cutané est hypertrophié et induré, non-seulement l'aponévrose plantaire ou palmaire proprement dite est épaissie et rétractée, mais il y a des brides de formation nouvelle étendues soit de l'aponévrose à la gaine des tendons fléchisseurs et aux bords des phalanges, soit d'un point de cette gaine à un autre, soit enfin des bords de la première phalange à ceux de la deuxième; on peut observer en même temps la rétraction des aponévroses du biceps. Ces morbidités, qui sont de la classe des scléroses, sont une des variétés de la lésion décrite par Froriep, d'un point de vue général, sous le nom d'*induration* ou *nodosité rhumatismale*. — Le plus ordinairement, les lésions des tissus fibreux et aponévrotiques coïncident avec les lésions osseuses, qui ont la part la plus importante dans la production des déplacements articulaires; mais j'ai montré que les altérations cellulo-fibreuses peuvent exister seules, sans ostéite, sans gonflement épiphysaire, sans végétations, et déterminer néanmoins les luxations caractéristiques; dans ce cas, on le conçoit, il y a bien des déformations et des déplacements articulaires, mais il n'y a pas de nodosités; les saillies qu'on observe au niveau des jointures ne sont formées que par les extrémités osseuses luxées. C'est à cette variété que j'ai donné le nom de RHUMATISME CHRONIQUE FIBREUX (1). — Dans quelques cas, Lebert a vu des dépôts d'urates dans les cartilages et dans la synoviale; ailleurs il a observé autour de la jointure de véritables tophus, il regarde ces faits comme des exemples de complication de l'arthrite déformante avec la goutte véritable. — Dans le fait de Rotter, fait que je crois sans analogue jusqu'ici, une arthrite déformante de l'articulation atloïdo-axoïdienne a déterminé une dégénérescence granuleuse du cordon latéral droit de la moelle cervicale; les autres cordons étaient altérés, mais à un beaucoup moindre degré. Le malade était un homme de 84 ans, et l'arthrite vertébrale coïncidait avec une arthrite huméro-cubitale.

Dans la forme secondaire, on peut rencontrer les mêmes lésions cardiaques que dans le rhumatisme articulaire commun; mais dans la forme

(1) Mon savant ami le docteur Todeschini (de Milan) a observé un cas parfaitement net de cette forme de rhumatisme chronique.

primitive, ces complications sont très-souvent absentes, et lorsqu'elles existent ce ne sont pas des lésions valvulaires qui sont ordinairement observées; c'est la péricardite, c'est l'athérome artériel, et sa suite ordinaire l'hypertrophie du cœur.

SYMPTOMES ET MARCHE.

Lorsque la maladie succède à une attaque aiguë, les douleurs persistent dans les petites jointures après la terminaison des phénomènes fébriles et la disparition des symptômes qui occupent les grandes articulations; parfois cependant les coudes et les genoux restent affectés. Lorsque l'arthrite déformante est primitive, elle a un début graduel et ne donne lieu à aucun symptôme général. Les DOULEURS n'occupent pas tout d'abord la totalité des articulations qu'elles doivent envahir, elles sont limitées à quelques-unes des jointures des doigts, du métacarpe, plus rarement au poignet et aux orteils, et à ce moment elles peuvent avoir une certaine mobilité qui n'existe plus dans la période d'état, pour la raison que les parties articulaires sont le siège de lésions fixes et persistantes. Ces douleurs, qui sont térébrantes, dilacérantes, contusives ou lancinantes, sont en tout cas d'une extrême acuité; elles procèdent par attaques de quelques jours à quelques semaines de durée; au commencement, l'intervalle des paroxysmes n'est marqué par aucun phénomène morbide, mais bientôt le gonflement produit par les poussées initiales persiste, s'accroît même après l'apaisement des douleurs, et il devient facile de constater que si la fin du paroxysme douloureux est un soulagement pour le malade, elle n'est point un arrêt pour la maladie. Dans son siège primitif, aussi bien que dans son extension ultérieure, le processus est bilatéral et symétrique, les pieds sont généralement atteints plus ou moins longtemps après les mains. Les douleurs augmentent par la pression, par les mouvements, et dans ces circonstances on perçoit assez souvent, par la main et par l'oreille, des frottements ou du crépitus articulaire.

Dans les premiers temps, le GONFLEMENT est le seul changement notable dans les jointures; ce gonflement porte sur l'ensemble de l'article; il est parfois imputable en partie à un épanchement liquide, mais le plus ordinairement il est dû tout entier à la tuméfaction des tissus, et lorsque la turgescence additionnelle qui accompagne chaque paroxysme est dissipée, on constate aisément que la tumeur est due en grande partie à l'augmentation de volume des têtes osseuses. Dans la forme fibreuse, elle procède simplement de l'épanchement liquide ou de l'hyperplasie des tissus fibreux. Dans bon nombre de cas, on observe des CONTRACTURES MUSCULAIRES au niveau des jointures malades; ce phénomène n'a [pas

toujours la même origine : la contracture peut être un acte réflexe provoqué et entretenu par la douleur et les lésions articulaires; elle peut être l'effet direct de douleurs musculaires causées par une myosite, celle-ci étant elle-même une des terminaisons du processus rhumatismal; enfin elle peut être apparente et tenir simplement à l'atrophie des muscles antagonistes. Quelle qu'en soit la cause, les contractures musculaires concourent puissamment à la production des déplacements. — Ces LUXATIONS se font presque toujours dans le même sens, de sorte que les mains et les pieds présentent une difformité tout à fait caractéristique; aux mains, les segments osseux prennent la disposition suivante : les phalanges sont luxées les unes sur les autres dans l'extension droite ou forcée, très-rarement dans la flexion; le déplacement des phalanges sur le métacarpe a lieu dans le sens de la flexion, et les quatre derniers doigts sont déviés en masse vers le bord cubital, de sorte qu'ils sont imbriqués à la manière des tuiles d'un toit; le pouce peut rester libre. Les désordres sont analogues aux orteils, mais ils sont d'ordinaire moins prononcés. J'ai vu ces luxations-types dans un cas de forme fibreuse pure, sans lésion osseuse d'aucune sorte, et chez ce même malade les coudes, libres dans la flexion, étaient arrêtés à angle obtus dans l'extension, par suite de la rétraction de l'expansion aponévrotique du biceps. La DIFFORMITÉ ainsi produite est au maximum lorsque les extrémités osseuses déplacées sont gonflées et entourées de végétations épiphysaires.

A mesure que les désordres articulaires s'accroissent, les douleurs diminuent, et les luxations sont le signal d'une PHASE TORPIDE de durée indéterminée qui est caractérisée par une irrémédiable INFIRMITÉ. Cette période ultime, souvent très-précoce, fait toute la gravité de la maladie.

TRAITEMENT.

C'est à prévenir la phase d'infirmité que le médecin doit appliquer tous ses soins, et dans ce but il faut agir sans relâche tant que le processus inflammatoire n'est pas éteint, tant que les luxations ne sont pas effectuées. A une période encore voisine du début, deux médications offrent certaines chances de succès; c'est la médication iodée (par l'iodure de potassium ou la teinture d'iode), et la médication arsenicale (liqueur de Fowler, arséniate de soude, acide arsénieux), dans laquelle rentrent les bains arsenico-alcalins conseillés par Gueneau de Mussy, selon la formule suivante : carbonate de soude, 100 grammes; arséniate de soude, 1 à 2; eau, 500; pour un bain. On peut aussi faire des badigeonnages de teinture d'iode pure sur les jointures, ou bien recourir aux bains de vapeur térébenthinés, qui sont réellement utiles. Parmi les eaux minérales, celles d'Aix en Savoie, de Néris, du Mont-Dore, celles de Wildbad, de Töplitz,

de Pfäfers, sont les plus recommandables. Tant qu'on en est encore aux douleurs, au gonflement paroxystique transitoire, tant qu'on constate sous l'influence de ces médications une amélioration positive, on peut persévérer dans cette voie, il n'y a pas péril imminent; mais dans les conditions opposées, lorsque l'amélioration s'arrête ou manque, lorsqu'il y a déjà du gonflement osseux et fibreux, des nodosités ou des stalactites, il serait dangereux de perdre du temps avec des méthodes dont l'impuissance en pareil cas est parfaitement démontrée; il faut sans retard faire intervenir la seule médication qui offre alors quelque chance de succès, c'est l'électrisation méthodique des jointures au moyen des courants constants.

CHAPITRE III.

RHUMATISME MUSCULAIRE.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

La dénomination de cette forme morbide n'est pas exactement conforme à la réalité; car sous le nom de *rhumatisme musculaire* on entend, à vrai dire, toutes les manifestations douloureuses rhumatismales qui n'occupent pas les jointures; les muscles, les aponévroses et les cloisons musculaires, les gaines des nerfs et des vaisseaux, les fascias, le périoste, peuvent être le siège de ces douleurs (1).

(1) FRORIEP, HASSE, EISENMANN, VOGEL, *loc. cit.*

GOTTSCHALK, *Darstellung der rheumat. Krankheiten auf anatomische Grundlage*. Köln, 1845. — VALLEIX, *Études sur le rhumatisme musculaire* (Bulletin thérap., 1848). — VIRCHOW, *Archiv f. path. Anat.*, IV. — FÜHRER, *Eodem loco*, V. — KUSSMAUL, *Archiv f. physiol. Medicin*, 1852. — ARAN, *Gaz. hôp.*, 1860. — OPPOLZER, *Ueber Muskelschwiele* (Allg. Wiener med. Zeits., 1861). — *Ueber Muskel-Rheumatismus* (Eodem loco, 1871). — MOLL, *Rheumatalgie* (Berliner med. Zeit., 1860). — LEARED, *On acupuncture in the treatment of Muscular-Rheumatism* (Med. Times and Gaz., 1861). — ARDOUIN, *Essai sur le rhumatisme*, thèse de Strasbourg, 1861. — ESPAGNE, *Rhumatisme du diaphragme* (Montpellier méd., 1861). — POSTEL, *Diaphragmalgie rhumatismale* (Gaz. hôp., 1862). — BEAU, *Arch. gén. de méd.*, 1862. — HOLLSTEIN, *Ödema acutum des Zellgewebes und der Muskeln* (Deutsche Klinik, 1863). — DUPUY, *Traité du rhumatisme*. Paris, 1864. — CHAPMAN, *Rhumatisme du diaphragme* (Journ. de méd. de Bordeaux, 1864). — BIERBAUM, *Acuter Gelenk- und Muskelrheumatismus* (Deutsche Klinik, 1866).

TOPINARD, *Rhumatisme musculaire aigu et généralisé* (Gaz. hôp., 1870). — BETZ, *Rheumatismus epigastrii* (Memorabilien, 1870). — GLOVER, *On the use of quinine in acute lumbago* (The Lancet, 1870).

MATTISON, *Myalgia and its treatment* (Philad. med. and surg. Rep., 1872). — DOAE, *Epidemi i Drangedal af acut Muskelrheumatisme* (Norsk. Magaz. f. Lægevidensk., 1873). — HOMANN, *Om eni Kragerø Logedistrikt herskende, smitsem Fehersydom* (Eodem loco, 1873).

D'après l'absence ou la présence de lésions appréciables dans les tissus intéressés, ce rhumatisme a été divisé en *rhumatisme nerveux* et *rhumatisme vasculaire*; on admet généralement que cette dernière variété est très-rare, exceptionnelle même; je ne puis me ranger à cette opinion. Qu'il y ait des degrés dans les lésions, que certaines soient tellement légères qu'elles s'effacent après la mort (lorsque celle-ci est fortuitement amenée par quelque maladie intercurrente), cela va de soi; mais qu'il y ait des cas sans lésion aucune, il est illogique de l'admettre. La fluxion est le point de départ de tout processus rhumatismal; quand elle existe seule, elle est mobile, se déplace ou disparaît; à un degré de plus, elle provoque dans le tissu qu'elle occupe une transsudation séreuse, qui peut être ou ne pas être constatée à l'autopsie; plus intense, elle marche avec une exsudation fibrineuse coagulable, et alors, elle se présente, suivant son âge, sous forme d'une infiltration diffuse (Hasse) ou de nodosités circonscrites (Froriep, Virchow) substituées au tissu musculaire; dans d'autres circonstances, ce n'est point le périmysium qui est le siège de l'altération, c'est le névrilème que l'on trouve épaissi, induré et adhérent (Vogel). Il y a là une série ascendante qui répète dans les tissus musculo-nerveux, sous des dimensions moindres, l'ensemble des lésions articulaires propres au rhumatisme. Les altérations légères et réparables appartiennent aux rhumatismes musculaires aigus, à ceux qui, étant chroniques, sont mobiles et fugaces; les altérations plus profondes résultant de la persistance d'un exsudat coagulable appartiennent au rhumatisme chronique fixe; on conçoit facilement que ces lésions peuvent, dans certains cas, compromettre par compression la nutrition des éléments musculaires ou nerveux, et en amener l'atrophie; de là, après une période plus ou moins longue de douleurs, des atrophies secondaires et des paralysies qui ont tous les caractères des paralysies périphériques. C'est dans les muscles du cou et des membres que ces conséquences ultimes sont observées.

L'étiologie ne diffère pas de celle du rhumatisme articulaire, avec lequel celui des muscles alterne ou coïncide très-fréquemment.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC.

La maladie présente une forme aiguë et une forme chronique. La forme aiguë est constituée par des douleurs lancinantes, constrictives ou dilacérantes qui occupent un muscle ou un groupe musculaire, et qui disparaissent au bout de quelques jours. La forme chronique présente deux variétés: tantôt elle est constituée par la persistance du rhumatisme sur un ou plusieurs muscles, et l'on peut voir se dérouler toute la série de modifications anatomiques et fonctionnelles précédemment indiquées; tantôt elle consiste en des accès subaigus dont le siège varie incessamment