

tains cas, le sédiment de l'urine renferme des débris cancéreux reconnaissables au microscope, et la sonde révèle la présence de fongosités inégales, molles et saignantes à la surface de la vessie; souvent aussi elle ramène quelques fragments du tissu morbide. En raison des prolongements dendritiques qu'il envoie dans l'intérieur de l'organe, c'est le cancer vilieux qui présente le plus souvent ces phénomènes, c'est lui aussi qui produit les hémorrhagies les plus fréquentes et les plus abondantes. — La MORT, qui est la terminaison constante de la maladie, est amenée par les progrès de la cachexie ou par l'ammoniémie, plus rarement par une rupture de la vessie avec infiltration urineuse ou épanchement péritonéal.

Le TRAITEMENT ne peut remplir que les indications symptomatiques, qui sont de calmer la douleur, de combattre les hémorrhagies, de soutenir les forces et d'assurer le libre écoulement de l'urine.

SIXIÈME CLASSE

MALADIES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR.

Les maladies que je décris sous ce chef ont pour cause une perturbation générale de la constitution organique, et à ce titre elles pourraient figurer dans la classe des DYSTROPHIES CONSTITUTIONNELLES. Un semblable groupement serait pourtant une faute de logique : ma classification anatomophysiologique est basée sur l'unité et la fixité des déterminations morbides apparentes, conséquemment le point de vue étiologique ne doit y être introduit que lorsque ce critérium fondamental fait défaut; or le rhumatisme et la goutte, quelles que soient d'ailleurs leurs causes et leurs variétés, présentent, dans leurs formes régulières, une localisation univoque dans l'appareil locomoteur, et par là s'éloignent des maladies à déterminations multiformes, dépourvues de localisation cliniquement appréciable. En d'autres termes, le rhumatisme, la goutte, le rachitisme, sont par leur cause des maladies générales ou constitutionnelles; mais par leurs manifestations cliniques, ce sont des maladies de l'appareil locomoteur; la situation est la même que pour la tuberculose pulmonaire par exemple, qui, par sa cause, est essentiellement une maladie constitutionnelle, tandis que par son expression clinique elle est essentiellement une maladie de l'appareil respiratoire.

CHAPITRE PREMIER.

RHUMATISME ARTICULAIRE.

Sans signification précise par elle-même, l'expression rhumatisme a donné lieu à d'interminables et stériles discussions; d'éminents pathologistes en sont arrivés à qualifier de ce nom toutes les inflammations, toutes les douleurs nées *a frigore*, et par une conséquence légitime ils ont admis à côté du rhumatisme de l'appareil locomoteur, un rhumatisme des séreuses viscérales, des muqueuses, des centres nerveux et de tous les organes parenchymateux. Je repousse cette interprétation arbitraire, et j'entends par rhumatisme une maladie primitive et spontanée, caractérisée anatomiquement par la fluxion ou l'inflammation des divers tissus

qui entrent dans la composition de l'appareil locomoteur. Les accidents que présente si souvent le rhumatisme articulaire aigu dans les séreuses viscérales et les viscères, ne sont à mes yeux que des complications dont la genèse n'est même pas toujours identique; quant aux phénomènes douloureux et inflammatoires produits par le froid dans les muqueuses ou les viscères, phénomènes qui constituent ce que l'on a appelé le *rhumatisme viscéral*, leur relation avec le rhumatisme n'est admissible que dans un cas, savoir lorsqu'ils coïncident ou alternent avec les manifestations communes et régulières de la maladie rhumatismale. En toute autre condition, la relation invoquée est une pure hypothèse, qui ramène directement à la confusion du rhumatisme avec toutes les maladies *a frigore*.

La définition que j'ai donnée du rhumatisme en exclut les arthrites traumatiques et les arthrites suites de pyémie ou d'autres maladies infectieuses; on peut augmenter la rigueur de cette définition en y introduisant les notions de la transmissibilité héréditaire et de l'altération du sang. Cette dyscrasie est constituée par l'*excès d'acide urique*; il y en a plus qu'à l'état normal, il y en a moins que dans la goutte (Edwards, Eisenmann); il serait prématuré d'affirmer la constance de cette altération, cependant elle a été trouvée dans la plupart des cas où elle a été recherchée, et, d'après Edwards, elle existe aussi bien dans les formes chroniques que dans les formes aiguës de la maladie. L'*excès d'acide lactique* signalé par Todd comme caractéristique de la dyscrasie rhumatismale est moins nettement démontré.

Le rhumatisme articulaire (1) est AIGU ou CHRONIQUE, et le RHUMATISME

(1) Voyez la bibliographie de la péricardite et des lésions valvulaires du cœur; en outre :

CHOMEL, *Essai sur le rhumatisme*. Paris, 1812. — WELLS, *Transact. of a Soc. for the improvement of med. and chir. Knowledge* (Aus dem Englischen von Choulant). Halle, 1816. — GASSER, *Aperçu sur le rhumatisme en général*. Montpellier, 1817. — DZONDI, *Die Hautschlacke oder skorischer Entzündungsreiz*. Leipzig, 1822. — Was ist Rheuma und Gicht? Halle, 1829. — DURINGE, *Monographie du rhumatisme*. Paris, 1830. — SCHÖNLEIN, *Vorlesungen*. Würzburg, 1832. — BOULLAUD, *Nouv. Recherches sur le rhumatisme articulaire aigu*. Paris, 1836. — *Traité sur le rhumatisme articulaire*. Paris, 1840. — CHOMEL et REQUIN, *Clinique méd.* Paris, 1837. — EISENMANN, *Die Krankheitsfamilie Rheuma*. Erlangen, 1841. — MACLEOD, *Treatise on Rheumatism in its various forms*. London, 1842. — FROBIEP, *Die rheumatische Schwiele*. Weimar, 1843. — EISENMANN, *Zur Nosologie der Rheumatosen und Typosen* (*Med. chir. Zeit.*, 1843). — H. GINTRAC, *Du rhumatisme, etc.* (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1844-1845). — VIRET, *Thèse de Paris*, 1847.

FULLER, *On rheumatism, rheumatic gout and sciatica*. London, 1852. — WISS, *Ueber Rheumatismus und Gicht*. Berlin, 1853. — TARUFFI, *Monografia del Reumatismo* (*Ann. univ. di Med.*, 1855). — HEGNER, *Der akute Gelenkrheumatismus und seine Behandlung*

CHRONIQUE présente deux formes distinctes, la *forme commune* et la *forme noueuse* ou *arthritide déformans*. — La *forme commune* est chronique d'emblée, ou bien elle succède à l'état aigu; en tout cas, elle présente le même siège et les mêmes lésions que le rhumatisme aigu; la *forme noueuse* est primitivement chronique, elle est spécialisée par ses lésions, par ses symptômes et par sa marche.

durch Citronensaft. Zürich, 1857. — MONNERET, *la Goutte et le Rhumatisme*, thèse de concours. Paris, 1857. — VALEIX, *Mém. Soc. méd. d'obs.*, 1856. — SKODA, *Clinique européenne*, 1859.

EISENMANN, *Die Pathologie und Therapie der Rheumatosen in genere*. Würzburg, 1860. — VOGEL, *Rheumatismus und Gicht*; in *Virchow's Handb.* Erlangen, 1854. — LEBERT, *Klinik des acuten Gelenkrheumatismus*. Erlangen, 1860. — PREYSS, *De rheum. arthrosi acuta*. Berolini, 1861. — ARAN, *Du rhumatisme à forme insolite* (*Gaz. hóp.*, 1861). — CEYSSENS, *Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, 1861. — PIDOUX, *Union méd.*, 1861. — BARWELL, *Case joint containing large deposits of urate of Soda, etc.* (*Med. Times and Gaz.*, 1862). — DICKINSON, *JACCOUD, Gaz. hebdom.*, 1862. — KAPPELER, *Ueber Purpura*. Zürich, 1863. — LOMBARD, *Lettres sur le rhumatisme* (*Gaz. méd. Paris*, 1862). — A. FLINT, *A contribution towards the natural history of articular Rheumatism* (*Americ. Journ. of med. Sc.*, 1863). — SKODA, *Ueber Rheumatismus* (*Wiener allg. med. Zeit.*, 1863). — LIÉGARD, *Sur la nature et le traitement des affections rhumatismales* (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 1864). — ROTH, *Beitrag zur Statistik des acuten Gelenk-Rheumatismus* (*Würzb. med. Zeits.*, 1864). — FALOT, *Symptômes du côté du cœur, de la plèvre et du cerveau dans quelques cas de rhumatisme articulaire aigu* (*Montpellier méd.*, 1864). — C. PAUL, *Contribution à l'histoire du rhumatisme hémorrhagique* (*Arch. gén. de méd.*, 1864). — BLACHEZ, *Du purpura rhumatismal* (*Gaz. hebdom.*, 1865). — CLAISSE, *Du rhumatisme articulaire aigu chez les enfants*, thèse de Paris, 1865.

FIEDLER, *Statistische Mittheil. über Rheumatismus articularum acutus* (*Archiv der Heilk.*, 1866). — KREUSER, *Die Complicationen des acuten Rheumatismus* (*Med. Corresp. Blatt des Würtemb. ärztlichen Vereins*, 1866). — LANGE, *Studien over den acute Lederrheumatisme*. Kjöbenhavn, 1866. — MACARIO, *Mém. sur la diathèse rhumatismale* (*Gaz. méd. Paris*, 1866). — FERNET, *Du rhumatisme aigu*, thèse de Paris, 1866. — OLLIVIER et RANVIER, *Contributions à l'étude histologique des lésions qu'on rencontre dans l'arthropathie et l'encéphalopathie rhumatismales aiguës* (*Gaz. méd. Paris*, 1866). — COSTA, *Rheumatic arthritis* (*New-York med. Record*, 1866). — BALL, *Du rhumatisme viscéral*, thèse de concours, 1866. — HÉMEY, *Rhumatisme viscéral* (*Gaz. hóp.*, 1866). — CHARCOT, *Gaz. hóp.*, 1867. — REGNARD, *Gaz. hebdom.*, 1867. — JOHNSON, *the Lancet*, 1867. — FERNET, *Exanthème rhumatismal* (*Arch. gén. de méd.*, 1867).

DESGUIN, *Du rhumatisme et de la diathèse rhumatismale* (*Ann. Soc. méd. de Gand*, 1868). — KASTUS, *Étude sur l'étiologie et la pathogénie du rhumatisme aigu*, thèse de Montpellier, 1868. — FULLER, *On the nature of rheumatic inflammation and the cause of its migratory character* (*Brit. med. Journ.*, 1868). — PALMER, *Erysipelas coexisting with acute rheumatism, with peritonitis supervening* (*Boston med. and surg. Journ.*, 1868). — HANDFIELD JONES, *Clinical Lectures, etc.* (*Med. Press and Circular*, 1868). — HUE, *Étude critique des observations données comme preuves de rhumatisme articulaire aigu suppuré*, thèse de Strasbourg, 1868. — GULL and SUTTON, *Remarks on*

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

L'étiologie du rhumatisme est des plus nettes, elle est réduite à deux conditions, savoir une prédisposition qui est héréditaire ou acquise, et

the natural history of rheumatic fever (Med.-chir. Transact., 1869). — OPPOLZER, *Wiener med. Wochen.*, 1869. — PETER, *Gaz. hôp.*, 1869. — RIEDEL, *Ueber den akuten Gelenkrheumatismus*. Berlin, 1869. — ROGER, *Gaz. hôp.*, 1869. — OPPERT, *Med. Times and Gaz.*, 1869. — RIGAL, *Rhumatisme aigu à déterminations successives et multiples (Gaz. hôp., 1869)*. — PASTIA, *Thèse de Paris*, 1869. — WIRTZ, *Ueber Peliosis rheumatica*. Berlin, 1869. — MÖLLER, *Ein Fall von Peliosis rheumatica (Berlin. klin. Wochen., 1869)*.

HALLEZ, *Des localisations rhumatismales qui peuvent précéder la localisation articulaire aiguë*. Paris, 1870. — RUSSELL, *Cases of acute rheumatism and of rheumatic pericarditis (Med. Times and Gaz., 1870)*. — MOLITOR, *Arch. méd. belges*, 1870. — RODEFER, *Rheumatism. Extensive organic disease of the heart with rupture of the organ (Philad. med. and surg. Rep., 1870)*. — GUÉNEAU DE MUSSY, *Traitement du rhumatisme articulaire aigu par l'association du colchique et du bromure de potassium (Gaz. hôp., 1870)*. — VERGELY, *De l'emploi de la belladone à haute dose dans le rhumatisme articulaire aigu*. Bordeaux, 1870. — HOFFMANN, *Ein besonderer Fall von Rheumatismus articul. acutus (Berlin. klin. Wochen., 1870)*.

FERBER, *Rheumatismus, Chorea, Herzaffectionen (Arch. der Heilk., 1871)*. — CORNE, *Trois obs. de rhumat. artic. aigu généralisé (Rec. de mém. de méd. milit., 1871)*. — PELLOUX, *Quelques considérations sur les principaux traitements du rhumatisme artic. aigu, etc.*, thèse de Strasbourg, 1870. — ESMARCH, *Ueber die Behandlung des acuten Gelenkrheumatismus mit Eis (Berlin. klin. Wochen., 1871)*. — GUÉNEAU DE MUSSY, *Sur la pathogénie et le traitement du rhumat. artic. (Gaz. hôp., 1871)*. — WILSON FOX, *Obs. on the treatment of hyperpyrexia as illustrated in acute rheumatism by the external application of cold (The Lancet, 1871)*. — RIDGE, *Med. Times and Gaz.*, 1871. — HANDFIELD JONES, *Summary of five cases of acute rheumatism, etc. (The Lancet, 1871)*. — FOSTER, *The synthesis of acute rheumatism (Brit. med. Journ., 1871)*. — BANG, *Anti-rheumatica (Ugeskrift f. Læger, 1871)*.

MAYER, *Ueber die Complicationen des acuten Gelenkrheumatismus*. Berlin, 1872. — RUSSELL, *Hyperpyrexia on acute rheumatism; hydrotherapeutic treatment (Brit. med. Journ., 1872)*. — WEBER, *A case of hyperpyrexia in rheumatic fever successfully treated by cold baths and affusions (Clin. Soc. Trans., 1872)*. — WHITE, *Chorea following acute rheumatism (Brit. med. Journ., 1872)*. — CONCATO, *Il rheumatismo articolare acuto e l'apparecchio inamovibile (Rivista clin. di Bologna, 1872)*. — TAMBURINI, *Même sujet (Eodem loco, 1872)*. — TODD, *Treatment of rheumatism by sedatives (Philad. med. and surg. Rep., 1872)*. — RUSSELL, *Death from obstruction of the pulmonary artery, etc. (The Lancet, 1872)*. — HEYMANN, *Zur Therapie des chronischen Rheumatismus (Berlin. klin. Wochen., 1872)*. — HUTCHINSON, *Specimens of chronic rheumatic arthritis (Trans. of the path. Soc., 1872)*. — LOCKHART CLARKE, *Severe chronic rheumatism mistaken for disease of the spinal cord (Brit. med. Journ., 1872)*. — BRADBURY

une influence déterminante toujours la même, qui met en jeu la prédisposition; cette influence est le froid. Quelque puissante que soit cette dernière cause, elle n'est ni nécessaire ni suffisante; la prédisposition peut à elle seule provoquer l'explosion du mal, ainsi que le prouvent les faits de rhumatisme sans refroidissement antérieur; et, d'un autre côté, l'impression du froid n'est pas suffisante, car, malgré la fréquence de la

Case of peliosis rheumatica (Eodem loco, 1872). — KALTENBACH, *Ueber den Fieberverlauf bei Peliosis rheumatica (Jahresh. f. Kinderheilk., 1872)*. — BENEKE, *Zur Therapie des Gelenkrheumatismus und der ihm verbundenen Herzkrankheiten*. Berlin, 1872. — HEATON, *Brit. med. Journ.*, 1872. — MARMONIER FILS, *De la péritonite et de la pneumonie de nature rhumatismale (Lyon méd., 1873)*. — DESCLAUX, *De l'ascite rhumatismale (Montpellier méd., 1873)*. — CHARCOT, *Des déformations produites par le rhumat. artic. chronique (Mouvement méd., 1873)*. — MEYNET, *Lyon méd.*, 1873. — FÉREOL, *Gaz. hôp.*, 1873. — GIRARD, *Eodem loco*, 1873. — HADDON, *Edinb. med. Journ.*, 1873. — LUTHER, *Lichenoid eczema of the face connected with the arthritic diathesis (Med. Press and Circular, 1873)*. — THOMPSON, *Two cases of high temperature in acute rheumatism (Med. Times and Gaz., 1873)*. — MACNAB, *Même sujet (The Lancet, 1873)*. — WEBER, *A case of hyperpyrexia in rheumatic fever successfully treated by cool baths and affusions (Clin. Soc. Trans., 1873)*. — IMMERMANN, *Rheumatismus acutus mit terminaler Hyperpyrexie (Deutsch. Arch. f. klin. Med., 1873)*. — BUCKEL, *Acute rheumatism and chorea (The Lancet, 1873)*. — JONES, *Three cases of anomalous rheumatism (Med. Times and Gaz., 1873)*. — RUSSELL, *Eodem loco*, 1873. — RAYMOND, *Gaz. hebdom.*, 1873. — GUÉNEAU DE MUSSY, *Leçons clin. sur le traitement du rhumat. (Union méd. et Gaz. hôp., 1873)*. — OERME, *Die Behandlung des Rheumatismus acutus mit festen Verbänden (Arch. der Heilk., 1873)*. — DEJARDIN-BEAUMETZ, *Traitement du rhumat. art. aigu par la propylamine et la triméthylamine (Union méd., Bullet. therap., Gaz. hebdom., Gaz. hôp., 1873)*. — CANTANI, *Il Morgagni*, 1873.

HARTMANN, *Der acute und chronische Gelenkrheumatismus*. Erlangen, 1874. — BUCQUOY, *Gaz. hebdom.*, 1874. — DEREINE, *Arch. méd. belges*, 1874. — PYE-SMITH, *Analysis of the cases of rheumatism and other diseases of joints, which have occurred in the Hospital during three consecutive years (Guy's Hosp. Rep., 1874)*. — GERHARDT, *Die Rheumatoiderkrankung der Bronchiastatiker (Deutsch. Arch. f. klin. Med., 1874)*. — HERTZKA, *Die Erkrankungen der Brustorgane beim Rheumatismus articularum acutus (Wien. med. Presse, 1874)*. — SABOURIN, *Du rhumatisme scapulaire atrophique, etc. (Arch. de méd., 1874)*. — SMITH SHINGLETON, *The Lancet*, 1874. — HEATON, *Clinical lect. on a case of fatal hyperpyrexia occurring in acute rheumatism (Brit. med. Journ., 1874)*. — FÉREOL, *Gaz. hebdom.*, 1874. — RAYMOND, *Progrès méd.*, 1874. — BAYLEY, *Philad. med. and surg. Rep.*, 1874. — BAUM, *Zur Behandlung des acuten Gelenkrheumatismus mit besonderer Berücksichtigung der Hydrotherapie (Wien. med. Presse, 1874)*. — LUCAS, WILKS, *Traitement par les acides (The Lancet, 1874)*. — SCARPARI, *Gli apparecchi inamovibili nel reumatismo articolare acuto (Rivista clin. di Bologna, 1874)*. — ARICÒ, *Même sujet (Gazz. clin. di Palermo, 1874)*. — RAMSKILL, *Brit. med. Journ.*, 1874. — COPEMAN, *Eodem loco*, 1874. — DA COSTA, *Acute articular rheumatism (New-York med. Rec., 1874)*. — CALASTRI, *Gazz. med. ital. Lomb.*, 1874. — KORCZINSKY, *Ueber Polyarthritis dysenterica (Przeglad lekarski, 1874)*.

maladie, le nombre des rhumatisants est en définitive hors de proportion avec le nombre des individus qui, par leurs travaux, leur manière de vivre, leur imprudence, sont journellement exposés au refroidissement. Cette prédisposition définie est en soi aussi inconnue que toutes les autres; en admettant même que la dyscrasie urique, c'est-à-dire la combustion imparfaite des matières azotées en soit le signe constant, ce phénomène est déjà un effet dont la cause ne reste pas moins obscure.

La prédisposition transmise par hérédité peut se manifester de très-bonne heure déjà dans l'enfance; mais la prédisposition acquise est bien plus tardive, et le rhumatisme non héréditaire, qui est de beaucoup le plus commun, a son maximum de fréquence de vingt à quarante-cinq ans; cette période est celle durant laquelle l'homme est le plus exposé aux impressions atmosphériques; c'est cette dernière condition, et non point une prédisposition spéciale, qui explique la prédominance de la maladie dans le sexe masculin. L'influence très-variable des diverses professions se conçoit d'elle-même; quant aux constitutions et aux tempéraments, ils sont tous également menacés. Enfin, toutes les conditions qui diminuent les forces et la résistance de l'organisme peuvent être considérées comme des causes adjuvantes, en ce sens qu'elles rendent l'individu prédisposé plus impressionnable à l'action de la cause occasionnelle, et créent ainsi l'état d'OPPORTUNITÉ MORBIDE.

Quelque variée que soit dans les cas particuliers l'ACTION DU FROID, elle peut être réduite à deux modes principaux; tantôt le froid agit brusquement, en une fois, sur le corps plus ou moins échauffé, et c'est le *changement subit de température* qui constitue l'impression nocive; tantôt le froid agit lentement, à la longue; il n'y a pas dans l'organisme la modification instantanée qui résulte de l'alternance thermique soudaine, il y a une *modification graduelle* qui ne se révèle qu'au bout d'un temps souvent fort long. Ce dernier type étiologique est celui qui est si fréquemment réalisé par l'habitation de logements froids et humides.

Le rhumatisme articulaire récidive très-fréquemment, à ce point que chaque attaque peut vraiment être considérée comme cause d'une attaque ultérieure (Eisenmann); mais il est à remarquer que la récidive n'implique point la similitude des formes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Forme aiguë. — Les TISSUS PÉRIARTICULAIRES ne sont pas modifiés, ou bien ils présentent un gonflement plus ou moins prononcé dû à l'*infiltration séreuse* du tissu conjonctif; l'*hyperémie* qui avait produit la rougeur visible pendant la vie a ordinairement disparu, mais dans quelques cas on trouve des petites *ecchymoses* sous-cutanées, et, par exception, on

observe l'*infiltration purulente* des couches sous-dermiques; les GAINES TENDINEUSES sont alors le siège d'une inflammation suraiguë. Cette altération est extrêmement rare, mais elle a été vue dans des rhumatismes articulaires parfaitement légitimes, et indépendants de toute maladie infectieuse.

L'état des ARTICULATIONS est variable; la première étape de la lésion est une simple *fluxion*; or, les traces de l'hyperémie active disparaissent après la mort, et si le processus anatomique n'a pas été plus loin, l'intérieur des jointures peut présenter son aspect normal tant au point de vue de la coloration que du contenu. Ces faits mal interprétés ont donné lieu à l'étrange opinion qui nie le caractère inflammatoire des déterminations rhumatismales. — Dans une autre série de cas, la fluxion sanguine a bien disparu, mais l'un de ses effets persiste sous forme d'un *épanchement séreux* qui distend plus ou moins la cavité synoviale. Ailleurs, le liquide épanché n'est pas seulement anormal par sa quantité, il l'est par sa qualité, en ce sens qu'il est *opalescent, trouble, floconneux*; souvent alors il renferme, indépendamment de *débris albumino-fibrineux*, les éléments cellulaires du *pus*. Les remarquables observations de Lebert ont établi que, dans bon nombre de cas où le liquide semble à peu près normal à l'œil nu, le microscope y décèle la présence de globules purulents. — Dans ces conditions, la SYNOVIALE elle-même est altérée; elle présente une *injection* générale ou limitée à quelques replis, elle n'a plus son aspect lisse et poli; sa surface articulaire est opaque, sans éclat; l'*épithélium* est en grande partie tombé, sur d'autres points il est en état d'infiltration granuleuse. Ces lésions ne sont pas toujours généralisées, sur certains points la synoviale peut être parfaitement saine. A un degré plus avancé, les altérations sont plus prononcées; la surface de la synoviale est *inégale, finement végétante*, par suite d'un *processus parenchymateux actif* qui ne peut être mieux comparé qu'à celui de la pleurésie aiguë. Ces lésions forment par leur ensemble une série ascendante depuis la fluxion simple jusqu'à l'inflammation confirmée, avec exsudat libre et parenchymateux; dans quelques cas, l'épanchement est complètement purulent, il présente tous les caractères du *pus phlegmoneux*.

L'état anatomique est loin d'être le même dans toutes les jointures qui ont été pendant la vie le siège des douleurs; à côté d'articulations d'apparence normale on en trouve d'autres qui sont fluxionnées avec ou sans épanchement, et l'on peut observer sur d'autres points la phase la plus avancée du processus. Les raisons de ces variétés sont multiples; toutes les jointures ne sont pas affectées en même temps; dans bon nombre de cas, la détermination rhumatismale est essentiellement mobile, et, se déplaçant à peine fixée, elle ne peut, faute de temps, dépasser la fluxion; dans d'autres circonstances, les allures sont en quelque sorte mixtes: tandis que le mal s'en va parcourant successivement un certain nombre

d'articulations qu'il effleure à peine, il reste fixé sur une ou deux autres depuis le début jusqu'à la fin, et à l'autopsie on trouve là des lésions qui contrastent d'étrange sorte avec l'intégrité à peu près complète des autres articles. Enfin certaines jointures ont une tendance particulière à subir, sous l'influence du processus rhumatismal, les altérations de l'inflammation commune; les articulations du genou et de l'épaule peuvent être placées au premier rang.

LES GAINES TENDINEUSES, les BOURSES SÉREUSES qui avoisinent les jointures malades peuvent être intactes, mais souvent aussi elles sont enflammées, et le contenu est séro-purulent ou tout à fait phlegmoneux; le fait est observé, d'après Lebert, dans la moitié des cas mortels. Les CARTILAGES sont plus rarement altérés, mais ils peuvent l'être de très-bonne heure, après dix ou douze jours de maladie; ils sont turgescents, infiltrés, ramollis par place ou bien ils présentent une sorte de bourgeonnement papillaire qui fait ressembler leur surface à celle du velours (*état velvétique*), ou bien ils sont érodés et la perte de substance peut être assez profonde pour mettre l'os à nu (Bouillaud). — Dans quelques cas, la SUBSTANCE OSSEUSE des épiphyses est injectée, et Hasse a démontré que, dans les rhumatismes anciens, le TISSU MÉDULLAIRE est le siège d'une hyperplasie notable.

Lorsque le rhumatisme, au lieu d'être polyarticulaire, reste fixé sur une seule jointure (*rhumatisme fixe ou monoarticulaire*), les lésions anatomiques sont les mêmes; mais à durée égale elles sont toujours plus avancées que dans la polyarthrite, surtout en ce qui concerne les cartilages et les os.

Le SANG présente des altérations complexes; j'ai déjà signalé l'excès d'acide urique et d'acide lactique; mais à côté de ces modifications, dont la constance n'est pas certaine, d'autres sont invariables; ce sont l'accroissement colossal de la fibrine, qui peut atteindre le chiffre de dix pour mille (*hyperinose*), et qui a souvent une tendance anormale à la coagulation (*inopexie*); la diminution de la densité du sérum, la diminution de l'albumine et des globules blancs et rouges, l'augmentation des matières extractives, des graisses et de la cholestérine. L'hypoalbuminose et l'hypoglobulie, qui constituent l'anémie rhumatismale, sont d'autant plus précoces et d'autant plus marquées que les articulations sont prises en plus grand nombre; le processus morbide local suspend la fonction hématopoïétique (genèse de leucocytes) des tissus connectifs qui entrent dans la composition des jointures, de là, même chez les individus robustes, une anémie hypoglobulaire qui apparaît après quelques jours de maladie.

L'hyperinose et l'inopexie rendent compte des *coagulations fibrineuses* qu'on trouve si souvent dans le cœur, les gros vaisseaux et jusque dans les artères de l'encéphale, ainsi que je l'ai déjà constaté plusieurs fois; mais il importe de noter que chez les rhumatisants qui sont tués par les accidents

cérébraux sans lésion matérielle des méninges ni de l'encéphale, le sang a souvent d'autres caractères; il a une fluidité anormale, il se coagule incomplètement, il colore en rouge l'endocarde et la tunique interne des artères, et dans une de ses analyses, Lebert a constaté, entre autres modifications chimiques, un accroissement du chiffre de l'urée. Telles sont les lésions propres de la forme aiguë; dans bon nombre de cas, on observe en outre des inflammations dans le cœur, le péricarde, la plèvre, les poumons, les méninges, ou bien des embolies pulmonaires, des infarctus viscéraux; mais ces altérations ne présentent rien de particulier au point de vue anatomique.

Forme chronique. — Les autopsies sont extrêmement rares, et les altérations anatomiques ne sont pas parfaitement connues. Dans ce rhumatisme chronique vague, qui ne consiste qu'en douleurs fugaces revenant plus ou moins fréquemment, tantôt sur une jointure, tantôt sur une autre, il n'y a probablement aucune lésion appréciable; dans le rhumatisme plus intense, qui est caractérisé déjà pendant la vie par des modifications articulaires positives, on trouve avec un épanchement liquide peu abondant ou nul, un épaississement considérable de la synoviale et des ligaments, l'hypertrophie et parfois la dégénérescence graisseuse des replis articulaires, l'usure et l'érosion des cartilages, dans quelques cas une ostéite épiphysaire avec hyperplasie de la substance médullaire (Hasse). Ces lésions occupent les *grandes articulations*, et par là elles diffèrent de l'arthrite noueuse ou déformante. — La *mono-arthrite chronique* conduit à des désordres plus profonds, souvent à l'arthrite fongueuse et à la tumeur blanche; elle est du domaine de la chirurgie.

SYMPTOMES ET MARCHE.

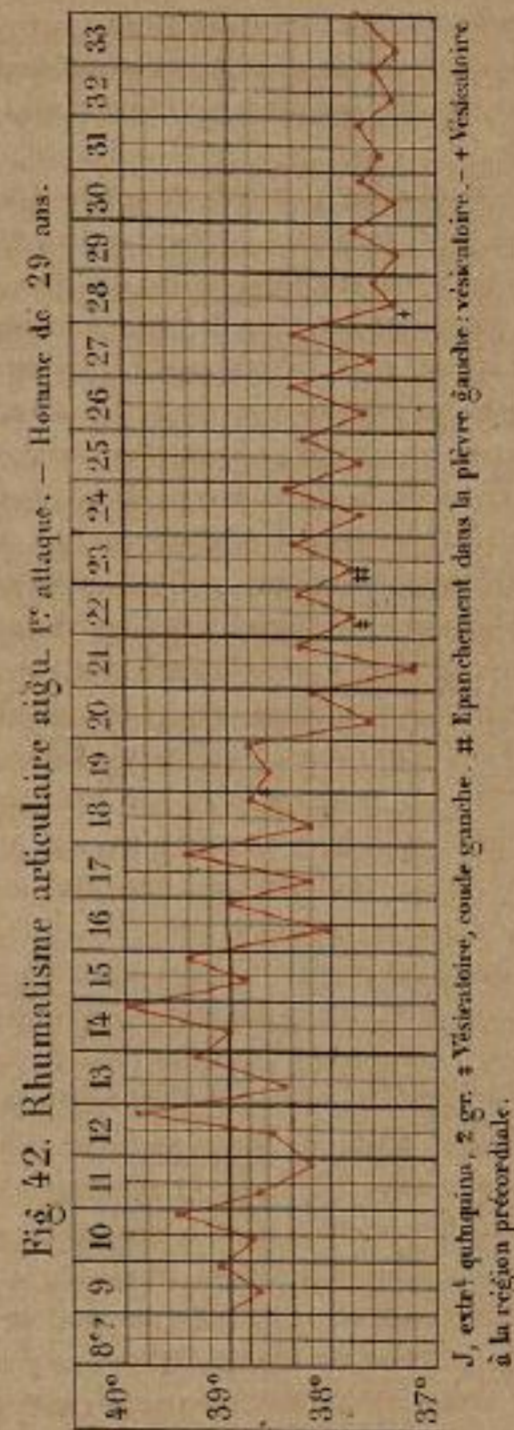
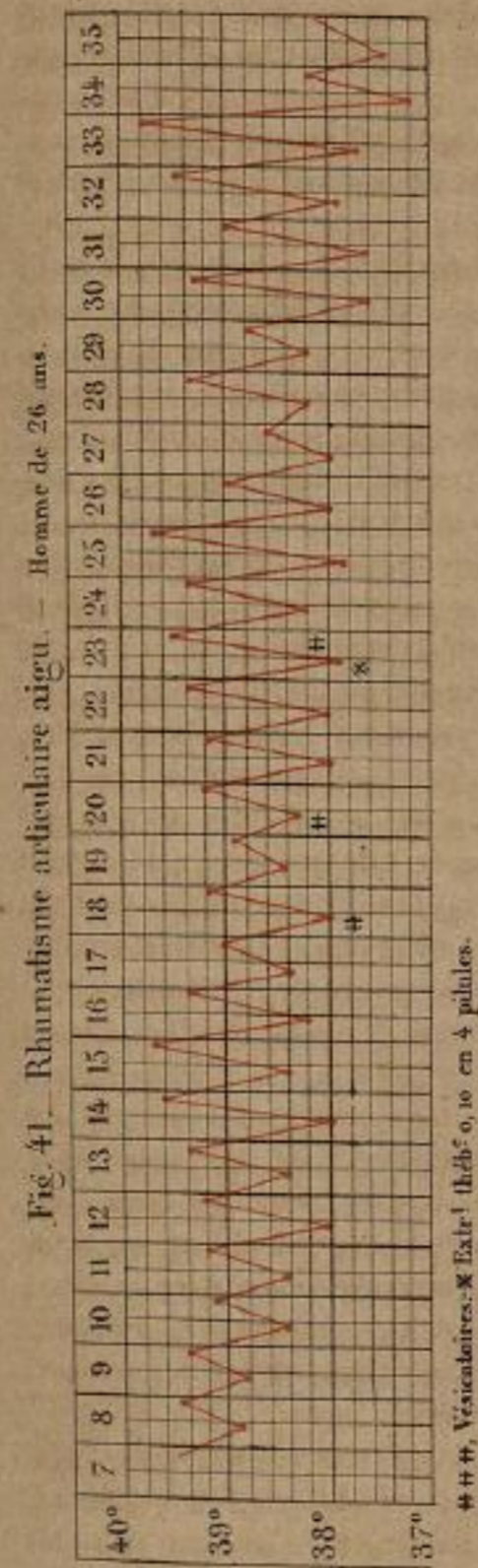
Forme aiguë. — Le mode de DÉBUT varie; le plus ordinaire est celui dans lequel des douleurs musculaires ou articulaires vagues précèdent d'un ou quelques jours le développement de la fièvre et des accidents violents qui obligent le malade à prendre le lit. — Une proposition différente a été formulée; on a dit que, dans le plus grand nombre des cas, la fièvre précède les douleurs, et sur ce fait on a édifié l'hypothèse d'une fièvre rhumatismale pouvant évoluer sans manifestations articulaires; l'hypothèse n'a d'autre mérite que celui de la singularité; quant au fait sur lequel elle prétend se baser, il est rare; le rhumatisme peut débiter de la sorte, cela est vrai, mais ce mode d'invasion est moins commun que le précédent. — Dans d'autres cas, la maladie éclate brusquement par un frisson plus ou moins marqué que suivent de près les douleurs, et dès le premier jour le mal est constitué avec l'ensemble de ses symptômes. — Enfin les accidents articulaires peuvent être précédés, durant plusieurs

jours, de l'une des maladies qui apparaissent d'ordinaire dans la période d'état du rhumatisme; le catarrhe laryngo-bronchique, la pleurésie, la péricardite, l'endocardite, ont été observés dans ces conditions; ce sont là des maladies *a frigore*, et toute l'anomalie consiste dans le changement chronologique des phénomènes.

Quel que soit le début, le rhumatisme aigu sans complications est constitué par des *symptômes articulaires*, par de la *fièvre* et par une *anémie rapide*.

Les DOULEURS peuvent acquérir promptement, dès le premier ou le second jour, leur plus grande violence, mais le fait est assez rare; ordinairement leur développement est plus graduel, ce sont d'abord des douleurs sourdes plus gênantes que pénibles, qui occupent une ou plusieurs articulations et en restreignent les mouvements; quelquefois même ce ne sont pas les jointures atteintes les premières qui deviennent les plus douloureuses, et quand ce symptôme arrive à son acmé, il y a déjà eu un déplacement de la fluxion articulaire; cette mobilité, je le rappelle, est un des caractères les plus remarquables de la polyarthrite rhumatismale. Il n'existe aucun rapport entre la gravité de la maladie et la rapidité du développement des douleurs; des rhumatismes qui, dès le troisième ou le quatrième jour, font subir aux patients les tortures les plus lamentables, évoluent rapidement et favorablement; d'autres qui vont traînant pendant huit à dix jours sans grandes souffrances, et même avec des phénomènes généraux peu accusés, n'en ont pas moins ensuite une extrême acuité et une durée opiniâtre. Quand elles ont atteint leur maximum, les douleurs sont véritablement atroces; non-seulement elles empêchent tout mouvement, mais la moindre pression, le simple poids des couvertures les exaspèrent au point que les malades poussent des cris, et l'approche du médecin, dont ils redoutent l'exploration, leur cause de profondes angoisses. Lorsque les douleurs présentent cette violence au même moment dans un grand nombre d'articulations, le patient est condamné à une immobilité absolue; il ne peut s'aider en rien, et les mouvements communiqués nécessités par la miction, la défécation, redoublent ses souffrances. Les choses n'en arrivent là que lorsque le rhumatisme occupe à la fois les membres et le tronc, ce qui est assez rare; car alors même qu'il doit envahir la totalité du système articulaire, il est exceptionnel qu'il ait partout en même temps une égale intensité.

Les articulations malades sont gonflées, mais cette *tuméfaction* est très-variable quant à son degré; elle n'est pas seulement due à l'épanchement, elle résulte aussi de l'œdème cutané et sous-cutané, souvent aussi les gaines tendineuses y prennent part; suivant donc que ces conditions diverses sont présentes ou absentes, la tumeur offre de notables différences; dans les grandes jointures superficielles (genou, poignet), l'épanchement, pour peu qu'il soit abondant, est facilement appréciable par la palpation.



Il n'y a dû reste aucun rapport entre la violence de la douleur et le degré du gonflement. La peau peut garder sa coloration normale, et alors elle est lisse et luisante, ou bien elle a une *teinte rouge vif* ou rouge-violacé; cette fluxion locale qui tranche sur la pâleur générale du tégument est surtout observée dans le rhumatisme des petites articulations des doigts et des orteils, et je ne l'ai jamais vue jusqu'ici sur la face palmaire ou plantaire des jointures, elle est limitée à la face dorsale. Les genoux, les coudes, les cous-de-pied, les épaules, sont le *siège* ordinaire du rhumatisme aigu; cependant les articulations de la hanche, des doigts et des orteils sont assez souvent atteintes; par exception, celles du pubis, de la colonne vertébrale peuvent être prises; enfin quelques localisations plus rares encore doivent être signalées en raison des erreurs auxquelles elles peuvent donner lieu: je veux parler de l'articulation sterno-claviculaire et de la temporo-maxillaire.

Le gonflement peut être limité à la région articulaire, mais souvent il la dépasse, et quand le rhumatisme occupe le cou-de-pied ou le poignet, il n'est pas rare d'observer un œdème de tout le dos du pied ou de la main. Les douleurs peuvent également s'étendre à une certaine distance au delà de la jointure; ce phénomène dénote la participation des gaines tendineuses, des fascias ou des muscles eux-mêmes.

Dans quelques cas, on trouve sous la peau, et y adhérant, des indurations aplaties ou sphériques bien limitées, du volume d'un pois ou d'une noisette, qui sont dues à l'infiltration et à l'hyperplasie circonscrites des éléments connectifs. Ces *nodosités* sont en nombre variable, et elles peuvent siéger assez loin des jointures; dans un cas où le rhumatisme occupait le coude et le poignet, j'ai vu toute la face dorsale de l'avant-bras parsemée de ces saillies. Ces nodosités n'apparaissent pas à simple vue, il faut les chercher par la palpation; elles donnent à la main la même sensation que les saillies de l'érythème noueux, elles n'en diffèrent vraiment que par le volume moindre et l'absence de rougeur. Chez trois autres malades, j'ai retrouvé ce phénomène; mais, malgré l'autorité de Froriep qui l'a signalé le premier, je persiste à le regarder comme exceptionnel.

La *fièvre* est proportionnée à l'intensité et à la diffusion des déterminations locales; elle est rémittente, mais sans régularité, c'est-à-dire que pendant quelques jours la rémission du matin peut n'être que de quelques dixièmes de degré, tandis que les jours suivants, sans modification morbide ou thérapeutique qui rende compte du fait, elle arrive à un degré et plus; dans d'autres cas, on observe une certaine périodicité, en ce sens qu'une rémission forte alterne avec une rémission faible; dans le tracé ci-contre (voy. fig. 41), les jours 11 à 17 montrent nettement ce phénomène qu'on retrouve encore du 23^e au 26^e. Indépendamment de ces rémissions quotidiennes, la fièvre du rhumatisme en présente souvent d'autres qui impriment à ses allures une irrégularité caractéristique; elle baisse soudaine-

ment, atteint même le chiffre thermique normal, puis le lendemain ou le surlendemain elle reprend son degré primitif; si l'on n'est prévenu du fait, on peut tenir pour prochaine une guérison encore éloignée; dans la figure 42, les jours 20 et 21 donnent un exemple remarquable de ce phénomène trompeur. La température n'arrive pas ordinairement aux degrés extrêmes qu'elle présente dans les maladies infectieuses, mais cependant des degrés thermiques très-élevés peuvent être observés, et cela en l'absence de toute complication appréciable; qu'elle soit liée, ou non, à des accidents cérébraux éclatants, cette *hyperthermie* ou *hyperpyrexie* est un phénomène des plus redoutables. — Le pouls se maintient d'ordinaire entre 90 et 100, il est ample et mou.

Dès que la fièvre est établie, le malade commence à suer, et bientôt la *diaphorèse* arrive à une abondance et à une persistance qu'on ne retrouve dans aucune autre maladie; ces sueurs, d'odeur fort pénétrante, de réaction fortement acide, n'ont aucune signification critique, loin de là, car c'est pendant l'augment et l'acmé qu'elles sont le plus profuses. Elles contribuent à l'affaiblissement du patient, dont les téguments ne tardent pas à pâlir sous l'influence de l'ANÉMIE; cette pâleur, remarquable au milieu d'une fièvre à sueurs abondantes, est éminemment caractéristique; le fait, non expliqué pour eux, avait frappé les anciens, qui ont souvent appliqué à cet état la désignation de *febris pallida*. — L'anémie, ainsi que je l'ai dit, est en rapport, pour sa précocité et son degré, avec le nombre des manifestations articulaires; en même temps qu'elle se traduit par la pâleur des téguments, elle donne lieu à un *bruit de souffle* cardio-vasculaire, bruit systolique, généralement à maximum aortique, qui a souvent été pris bien à tort pour l'indice d'une endocardite.

L'URINE présente des modifications qui résultent en grande partie de la déperdition d'eau par les sueurs; elle est peu abondante, foncée, et dès qu'elle se refroidit elle laisse déposer une grande quantité d'acide urique et d'urates; la proportion de ces éléments est accrue du fait de la fièvre, elle est accrue vraisemblablement aussi du fait de la dyscrasie urique inhérente au rhumatisme, et l'urine ne contient plus assez d'eau pour maintenir ces sels dissous à froid. — Cette même cause, la diaphorèse, rend compte de la *soif* qui est vive, et de la *constipation* qui est à peu près constante; la langue est blanche, la bouche sèche, mais la tête reste libre, les douleurs sont la seule cause de l'insomnie, qui vient ajouter aux souffrances du malade.

La peau est souvent le siège d'ÉRUPTIONS diverses dont l'époque varie suivant leur nature; — le processus inflammatoire circonscrit qui donne lieu à l'*érythème noueux* peut être très-précoce, devancer même les douleurs articulaires, et en revanche on peut l'observer, notamment aux membres inférieurs, alors que la convalescence est proche ou établie; — le processus plus complexe, constitué à la fois par l'exsudation intrader-

mique et le soulèvement de l'épiderme au niveau des plaques, *urticaire*, est plus rare et appartient surtout à la période d'état; — la saillie diffuse de l'épiderme en vésicules séreuses, transparentes ou opaques, *miliaire*, suit de près l'apparition des sueurs auxquelles elle est subordonnée, et cesse avec elles; c'est la plus fréquente de ces éruptions; — l'hémorragie cutanée sous forme de petites taches circonscrites, *purpura*, ou de plaques diffuses, *pétéchies*, *pétélose*, n'est pas commune, elle apparaît dans la période d'état ou dans le déclin de la maladie; en dépit des conclusions *a priori*, ces éruptions hémorragiques sont très-rarement liées à la dyscrasie grave qui engendre les hémorragies adynamiques (*rhumatisme scorbutique* des anciens). Le plus ordinairement elles sont sans relation aucune avec un état général quelconque, et elles résultent simplement de troubles mécaniques dans la circulation cutanée, vraisemblablement d'*embolies capillaires*.

La relation entre le processus rhumatismal et ces phénomènes cutanés est donc anatomique bien plutôt que nosologique; ceux qui, après Eisenmann, ont cru résoudre le problème en englobant tous ces symptômes sous le chef *rhumatoses de la peau*, ont donné un mot, et non pas une interprétation pathogénique.

COMPLICATIONS. — Le rhumatisme articulaire aigu peut accomplir son évolution sans présenter d'autres phénomènes que les symptômes fondamentaux qui viennent d'être étudiés; mais les complications sont fréquentes et variées, et ce sont elles, à vrai dire, qui font la gravité actuelle et ultérieure de la maladie. Les plus importantes de ces complications sont les *inflammations du cœur et de ses enveloppes*; j'ai indiqué antérieurement leur fréquence et le moment de leur développement, je n'ai pas à revenir sur ce sujet. On a souvent attribué à ces phlegmasies un caractère métastatique en se fondant sur la disparition concomitante des accidents articulaires; je ne puis laisser passer cette proposition; s'il y a réellement dans quelques cas un déplacement de la fluxion articulaire et une congestion réflexe compensatrice sur un autre point, il faut que ce fait soit bien rare, car je n'en ai pas encore vu *un seul exemple*; j'ai toujours vu, en dépit de l'endocardite ou de la péricardite, les symptômes articulaires persister de manière à éloigner absolument toute idée de métastase. Je veux bien, par déférence pour nos devanciers, ne pas nier la possibilité du fait, mais je ne puis le signaler que comme une exception des plus insolites. Les inflammations du cœur ou de l'aorte sont de simples complications, et leur fréquence spéciale dans le rhumatisme n'a pas d'autre cause que le consensus qui unit, en l'état de santé comme en l'état de maladie, les tissus analogues (*partes similes* d'Aristote); aussi, selon la juste remarque de Bamberger, dont j'ai maintes fois vérifié l'exactitude, la disposition aux complications cardiaques est-elle en raison directe du nombre des articulations affectées.

L'endocardite rhumatismale peut comme toute autre donner lieu aux embolies, aux infarctus, aux coagulations intracardiaques; ces complications de deuxième étape sont les principales causes de la mort rapide ou subite qui est parfois observée dans le cours du rhumatisme. Lorsque l'action du cœur est affaiblie pour une cause quelconque, l'hyperinose et l'inopexie peuvent déterminer une thrombose cardiaque mortelle sans endocardite; j'ai vu deux faits qui justifient cette assertion.

Les autres complications sont beaucoup plus rares; parmi elles la pleurésie est la plus commune, la péritonite est déjà moins fréquente, la pneumonie l'est encore moins, enfin la méningite cérébrale ou spinale est exceptionnelle.

On observe parfois dans la période d'état du rhumatisme articulaire aigu, des accidents cérébraux subits qui le plus souvent sont rapidement mortels (1); l'embolie cérébrale et la méningite que je viens de signaler comme

(1) STOLL, *Ratio medendi*. — CHOMEL, BOULLAUD, EISENMANN, GENTRAC, loc. cit.

SENDELIN, *Ueber die rheumatische Entzündungen innerer edler Gebilde* (Horn's Archiv, 1824). — VILLENEUVE, *Dict. des sc. méd.*, t. XLVIII. — GOSSET, *Soc. méd. hôp. Paris*, 1851. — BOURDON, *Union méd.*, 1851. — ARTAUD, *Trois cas de rhumatisme nerveux atonique* (Revue thérap. du Midi, 1852). — SCHWARZ, *Melastatisches Hirnleiden bei Rheumatismus* (Med. Zeit. Russlands, 1853). — VICLA, *Arch. gén. de méd.*, 1853. — COSSY, *Arch. gén. de méd.*, 1854. — DURRANT, *Associat. med. Journal*, 1854. — TARUFFI, *Monogr. del Reumatismo* (Ann. univ. di med., 1855). — MESNET, *Arch. gén. de méd.*, 1856. — ROCHE, *Thèse de Strasbourg*, 1856. — THORE fils, *Gaz. hôp.*, 1856. — LETELIER, *Gaz. hôp.*, 1856. — STROMEYER, *Ueber das Parietalblatt der Arachnoidea cerebri* (Deutsche Klinik, 1856). — LUNEL, *Abeille méd.*, 1857. — MILLARD, *Monit. des hôp.*, 1857. — MARROTTE, *Union méd.*, 1857. — HERZOG, *Wiener med. Wochen.*, 1857. — BECQUEREL, *Union méd.*, 1857. — GUBLER, *Arch. gén. de méd.*, 1857. — SÉE, *Union méd.*, 1857. — BOURDON, WOILLEZ, *Eodem loco*. — LORREY, *Jahresbericht aus dem Frankfurter Bürger-Hospital*. Frankfurt a. M., 1857. — FISCHER, *Gaz. hôp.*, 1858. — FORGET, *Gaz. méd. Strasbourg*, 1858. — MOUTARD-MARTIN, *Monit. des hôp.*, 1858. — PETIT, *Gaz. hôp.*, 1858. — MURNEY, *Dublin Hosp. Gaz.*, 1858. — LEGROUX, *Union méd.*, 1859. — DUMONT, *Thèse de Paris*, 1859. — TROUSSEAU, *Clinique européenne*, 1859. — KUHN, *Gaz. méd. Paris*, 1859. — BONIFAZ et MAZET, *Eodem loco*, 1859. — REUSS und PALM, *Würtemb. med. Corresp. Blatt*, 1859.

POSNER, *Encephalopathia rheumatica* (Med. Centr. Zeit., 1859). — ARAN, *Gaz. hôp.*, 1860. — LEBERT, *Klinik des acuten Gelenkrheumatismus*. Erlangen, 1860. — TÜNGEL, *Klin. Mittheilungen*. Hamburg, 1860. — KORDECKI, *Deutsche Klinik*, 1860. — LEYER, *Union méd.*, 1860. — ROUET, *Gaz. hôp.*, 1860. — BOURDON, *Union méd.*, 1860. — GRIE-SINGER, *Die protrahirte Form des rheumatischen Hirnleidens* (Arch. der Heilk., 1860). — BEAU, *Gaz. hôp.*, 1860. — LEGROUX, *Gaz. hôp.*, 1860. — OPPENHEIMER, *Verhandl. des natur. hist. med. Vereins zu Heidelberg*, 1861. — PREYSS, *De Rheumarthrosi acuta*. Berolini, 1861. — KOPS, *Bullet. Soc. méd. de Gand*, 1861. — BOULLAUD, *Gaz. hôp.*, 1862. — TÜNGEL, *Klin. Mittheil.* Hamburg, 1862. — SANDER, *Mittheil. aus der Spitalpraxis* (Deutsche Klinik, 1862). — ARDOUIN, *Thèse de Strasbourg*, 1861. — COLLIN, *Monit. des sc. méd.*, 1862. — LOMBARD, *Gaz. méd. Paris*, 1863. — KUHN, *Eodem loco*, 1863. — BER-

complications possibles, rendent compte de quelques-uns de ces faits; d'autres sont explicables par des hémorragies méningées punctiformes, ou de l'hydrocéphalie; mais dans un certain nombre de cas l'autopsie est muette, elle ne montre aucune lésion suffisante de l'encéphale ou de ses enveloppes. Le tableau clinique est toujours le même dans ses traits fondamentaux; le malade est pris d'agitation, de délire bruyant d'une violence variable, puis il tombe dans le coma, et il meurt quelques heures ou un ou deux jours après le début des accidents; quelquefois le délire manque ou dure à peine, et le coma est le fait initial; la mort est plus rapide encore.

TRAND, *Thèse de Strasbourg*, 1863. — FISCHER, *Annalen der Charité*, X, 1863. — PALOT, *Montpellier méd.*, 1864. — TROUSSEAU, *Gaz. hôp.*, 1864. — MARTINY, *Ann. Soc. méd. d'Anvers*, 1863.

FLAMY, *Ueber meningitische Symptome beim Rheumatismus acutus*. Tübingen, 1865. — HERPAIN, *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1865. — GINTRAC, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1865. — ELLISTON, *British med. Journ.*, 1865. — KREUSER, *Med. Corresp. Blatt des Würtemb. ärztlichen Vereins*, 1866. — FERNET, *Thèse de Paris*, 1866. — BALL, *Thèse de concours*. Paris, 1866. — LELOUTRE, *Thèse de Paris*, 1866. — DUMOLARD, *Thèse de Paris*, 1866. — DESGUIN, *Ann. Soc. méd. d'Anvers*, 1867. — PEYSER, *Ueber die protrahirte Form der rheumatischen Hirnaffection*. Berlin, 1867. — JOHNSON, *The Lancet*, 1867. — LEDRU, *Gaz. hôp.*, 1867. — RINGER, *Med. Times and Gaz.*, 1867. — RAMSKILL, *The Lancet*, 1868. — FOSTER, JENNER, WEBER, *The Lancet*, 1868. — GREISSEL, *Thèse de Strasbourg*, 1868. — DESGUIN, *Ann. Soc. méd. d'Anvers*, 1868, 1869. — OPFOLZER, *Wiener med. Wochen.*, 1869. — LEMOINE, *Thèse de Paris*, 1869. — FERBER, *Die nervösen Erscheinungen im Rheumatismus acutus* (Arch. f. Heilk., 1869). — RIEDEL, *Ueber den acuten Gelenkrheumatismus*. Berlin, 1869.

FAUVEL, *Gaz. hôp.*, 1870. — MURCHISON, *The Lancet*, 1870. — PRIESTLEY, *Notes of a fatal case of metastasis to the dura mater of the brain during acute rheumatism* (The Lancet, 1870). — DESGUIN, *Bullet. Soc. de méd. de Gand*, 1870. — HIRTZ, *Des accidents nerveux dans le rhumatisme et de leur rapport avec la dégénérescence du muscle cardiaque* (Gaz. hôp., 1870). — BRADBURY, *The Lancet*, 1870. — BARCLAY, *Eodem loco*, 1870.

SCHUEER, *Un cas de rhumatisme cérébral à forme céphalalgique* (Journ. de méd., 1871). — DESGUIN, *Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, 1871. — MOXON, *Case of cerebral rheumatism treated by cold bath* (Med. Times and Gaz., 1871). — ANDERSON, *Cerebral rheumatism* (Brit. med. Journ., 1871).

WILSON FOX, RIDGE, RUSSELL, WEBER, IMMERMANN, BAUM, loc. cit. 1871-1874. — SOUTHEY, *Acute rheumatism with cerebral symptoms and high temperature treated successfully by cold affusion* (The Lancet, 1872). — THOMPSON, *On a case of acute rheumatism with head-symptoms and high temperature successfully treated with baths* (Brit. med. Journ., 1872). — LOCKHART CLARKE, *The relation of acute rheumatism to delirium tremens* (Eodem loco, 1872). — BLACK, *Cerebral rheumatism* (The Lancet, 1873). — WOOD, *On a case of cerebral rheumatism; use of cold bath* (Philad. med. Times, 1874). — RAYNAUD, *Application de la méthode des bains froids au traitement du rhumatisme cérébral* (Journ. de thérap., 1874). — RAYMOND, *Traitement par le chloral* (Gaz. méd. Paris, 1874).

On n'a pas manqué d'invoquer ici le déplacement métastatique de la phlegmasie articulaire; mais cette interprétation repose sur une observation insuffisante; que la douleur diminue ou disparaisse lors du développement de l'encéphalopathie, cela n'a rien de surprenant et prouve simplement que le trouble cérébral anéantit les perceptions; mais l'observation anatomique démontre après la mort la persistance du travail inflammatoire dans les jointures, et ce fait positif ruine l'hypothèse de la métastase. La vérité est que la genèse de ces accidents n'est pas entièrement élucidée; Lebert, qui a soumis la question à une complète et remarquable étude, conclut à une intoxication, en se fondant sur la présence de l'urée en excès dans le sang, et sur les caractères physiques de ce liquide, mais il n'a pu déceler l'agent toxique. Pour moi je crois que cette encéphalopathie doit être attribuée à l'accroissement extrême de la calorification, le début des accidents étant toujours précédé d'une élévation notable du thermomètre; mais, quelque juste que soit cette interprétation pour un bon nombre de cas, les deux faits dont je donne ici les courbes (voy. fig. 44 et 45) enseignent qu'elle ne doit pas être absolument généralisée: on voit bien ici l'ascension brusque, d'autant plus significative qu'elle a lieu le matin; mais on voit aussi que la chaleur n'atteint pas 41 degrés, et l'observation d'un grand nombre de maladies aiguës démontre que ce chiffre, même persistant, est compatible avec la vie. — L'anémie cérébrale simple ne peut être invoquée, car elle ne tue pas aussi rapidement, et la théorie de l'intoxication me semble passible de la même objection; une hypothèse plus vraisemblable serait celle d'une modification dans la quantité d'eau d'interposition et de composition du tissu cérébral, altération dont les recherches de Buhl ont démontré l'importance pour les accidents encéphaliques graves de la fièvre typhoïde. — Les malades dont les courbes sont ci-jointes sont des exemples terrifiants de la rapidité que présente parfois l'encéphalopathie rhumatismale; l'un (fig. 44) est pris de délire dans la nuit et meurt à quatre heures du matin; l'autre (fig. 45) est pris de délire à six heures et demie du soir et meurt le même soir à huit heures. Chez tous deux l'ascension thermique anormale du matin a précédé de dix à douze heures le début des accidents; cette particularité est entièrement favorable à mon opinion touchant la relation qui unit l'encéphalopathie à la calorification. Au surplus cette relation a été nettement confirmée par les observations assez nombreuses publiées depuis cinq ans au sujet de l'*hyperpyrexie rhumatismale*.

Ce n'est pas seulement par sa genèse que cette encéphalopathie est obscure, elle ne l'est pas moins sous le rapport de sa fréquence, extrêmement variable d'une année à l'autre; c'est un point qui a été bien mis en lumière par les intéressantes statistiques de Lange; elles nous montrent que pour une série de seize années la proportion centésimale du rhumatisme cérébral a varié depuis un minimum annuel de 1,3 pour 100 rhu-

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

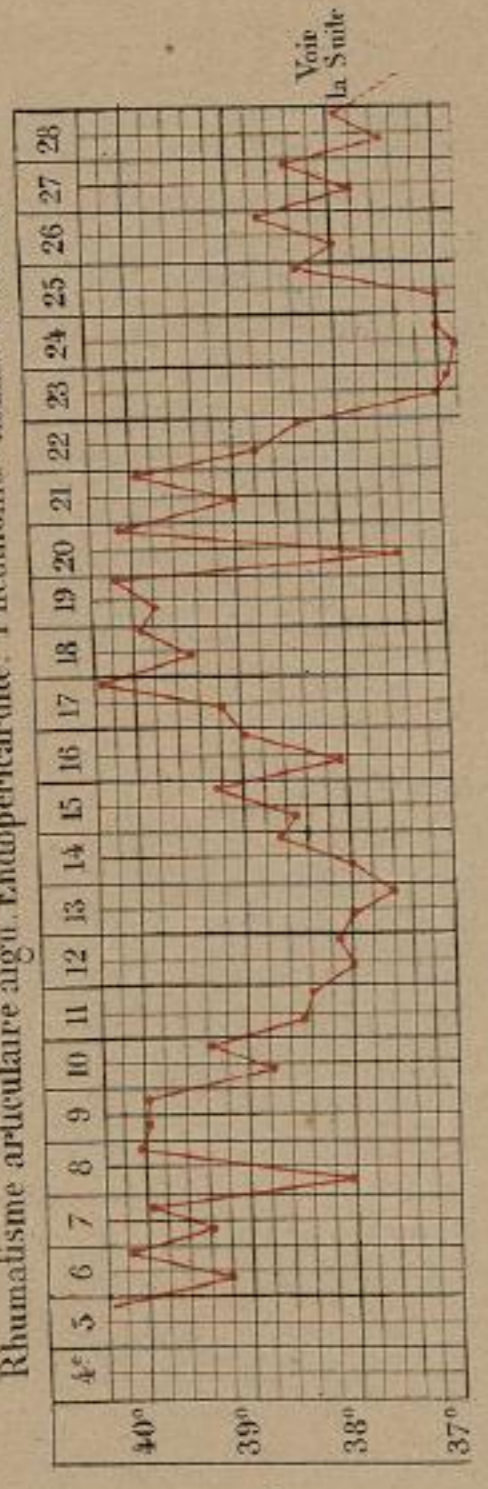


Fig. 43.

Voir la Suite

Rhumatisme articulaire Mort. (Rhumatisme cérébral)

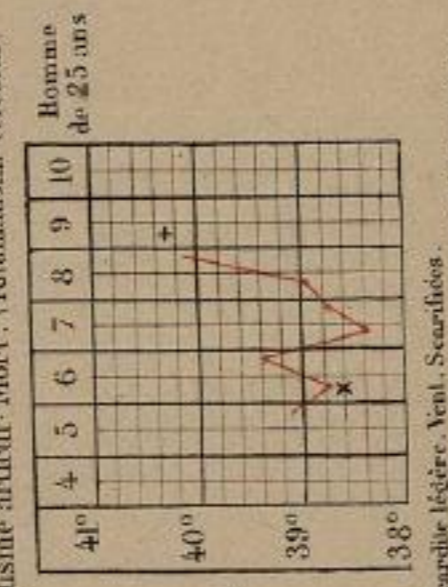


Fig. 44.

x Endocardite légère. Vent. Scandées.
 + Douleurs dans les articulations, presque nulles à 5 1/2 h. du soir.
 Dans la nuit (à 8 h. du matin) délire et 1 h. après, mort.

Suite de la Fig. 43. →

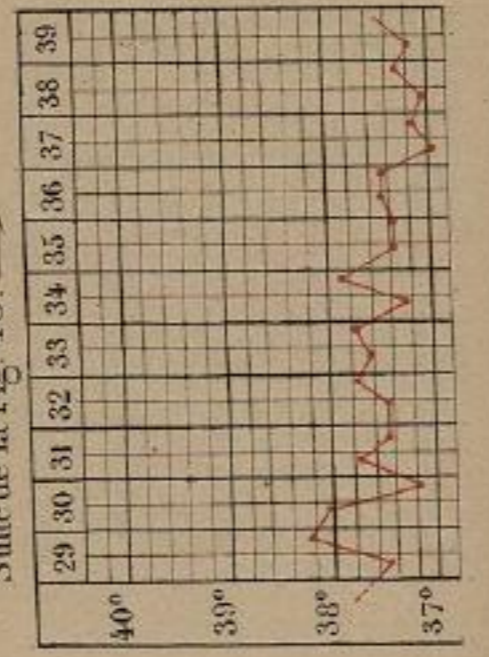
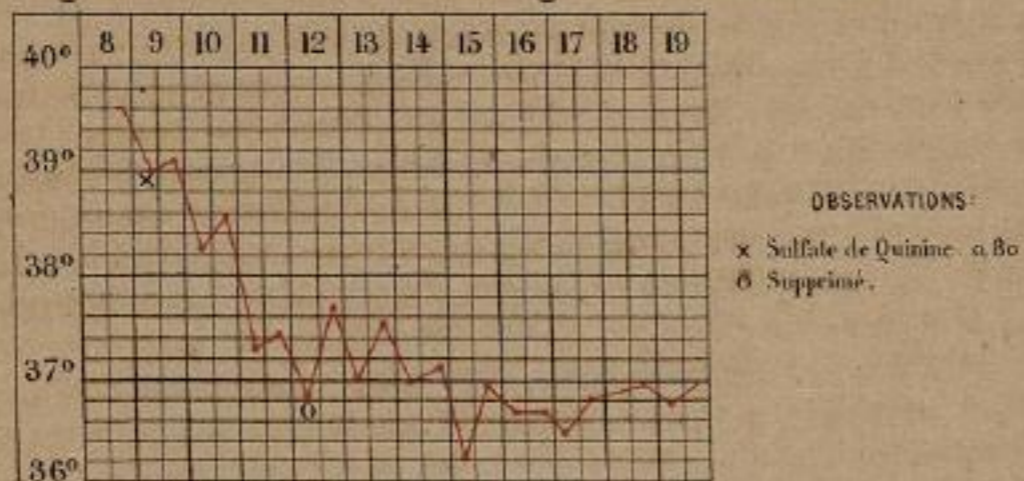
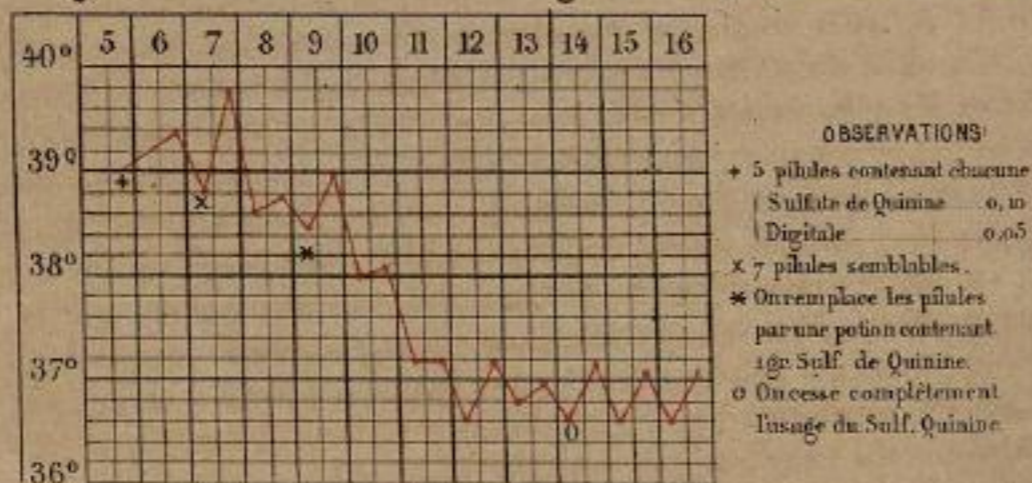


Fig. 45. Rhumatisme articulaire aigu. Rhum. cérébral, mort. Homme de 20 ans.



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

Fig. 47. Rhumatisme articulaire aigu. (4^e 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'iodure 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 athénique 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, 1833. — FROBIEP, *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. hóp.*, 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. hóp.*, 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). — CHERON, *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).