

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. — FÖRER, *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, *Rheumatologie* (*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 epigastrici* (*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). — DOER, *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 périnysium 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

et dont les intervalles sont plus ou moins prolongés. Ces deux variétés reproduisent les deux formes types du rhumatisme chronique, la première répondant à la forme mono- ou polyarticulaire fixe, la seconde à la forme vague.

Dans la **FORME AIGUË**, les douleurs coïncident avec de la roideur musculaire ou même avec des contractures provoquées par l'excitation réflexe des rameaux nerveux moteurs; ces douleurs sont exaspérées par la pression, mais surtout par les mouvements; lorsque le muscle est accessible à la palpation, on observe souvent, mais non toujours, un certain degré de tuméfaction; mais alors même que le muscle est superficiel, il est très-rare que la coloration de la peau soit modifiée. Avec les douleurs il y a des troubles fonctionnels qui résultent de l'immobilité et de la contracture des muscles; ces troubles varient naturellement selon le rôle physiologique des muscles intéressés. A la tête (*rhumatisme épicerânien*), dans la région lombo-dorsale (*lumbago*), aux membres, le désordre ne consiste que dans la gêne ou l'abolition des mouvements normaux; au cou, il y a une inclinaison forcée de la tête vers le côté malade (*torticolis*), ou bien si par hasard les muscles cervicaux postérieurs sont pris des deux côtés à la fois, ce qui est rare, il y a une extension forcée de la tête en arrière avec saillie du cou en avant. Le rhumatisme des muscles intercostaux et thoraciques (*pleurodynie*) amène l'immobilité d'une moitié du thorax et une certaine gêne de la respiration; cette gêne est bien plus prononcée encore dans le rhumatisme du diaphragme (*phrénalgie*), lequel présente en outre cette particularité notable que la région épigastrique est déprimée au moment de l'inspiration.

Toutes ces variétés soulèvent d'importantes questions de **diagnostic**: aux membres et au cou, on ne confondra pas la myalgie rhumatismale avec celle qui est symptomatique d'une lésion du squelette; le rhumatisme céphalique, dont on abuse souvent, ne sera admis qu'après élimination fondée de la céphalée et de la périostite syphilitiques, sans parler des maladies de l'encéphale; on songera à la pleurésie avant d'affirmer une pleurodynie ou une phrénalgie; et en présence d'un lumbago on comptera avec les maladies des reins et avec celles de l'axe spinal. Les obligations du diagnostic sont les mêmes, que le rhumatisme soit aigu ou chronique.

Le début de la forme aiguë est souvent très-brusque, la **marche** est continue, et la **durée** ne dépasse pas cinq à dix jours quand la guérison doit avoir lieu; dans bon nombre de cas, les douleurs perdent un peu de leur violence au bout de quelques jours, mais elles ne disparaissent pas, l'**ÉTAT CHRONIQUE** est constitué. La durée de cette forme est indéterminée, mais elle peut guérir même après plusieurs années. — Il est rare que la diathèse ou disposition rhumatismale ne se manifeste que par les localisations névro-musculaires; cependant la chose est possible, et *cette limitation particulière ne met point à l'abri des accidents cardiaques.*

TRAITEMENT.

La forme chronique vague doit être traitée par les médications et par les eaux qui ont été indiquées à propos du rhumatisme articulaire; dans la forme chronique fixe, il est bon de répondre de la même manière à l'indication constitutionnelle; mais l'électrisation par courants constants est le meilleur moyen de prévenir et même de *réparer* les lésions intimes, qui peuvent conduire plus tard à l'atrophie et à la paralysie. — Dans la forme aiguë, les ventouses scarifiées, les bains de vapeur et les vésicatoires morphinés constituent le traitement le plus puissant; il répond par les actions topiques à l'indication tirée du processus local, et par la diaphorèse il obéit à l'indication causale. Dans les cas légers, les applications révulsives ou narcotiques suffisent souvent; je recommande expressément les injections hypodermiques de morphine, dont j'ai constaté maintes fois la rapide efficacité.

CHAPITRE IV.

GOUTTE.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

La goutte (1) est une **maladie constitutionnelle** souvent héréditaire, caractérisée par une **DYSCRASIE URIQUE** et par des attaques de **FLUXIONS ARTICULAIRES SPÉCIFIQUES** susceptibles de *métastase* et de *compensation*.

(1) SYDENHAM, *De podagra et hydrope*. Londonii, 1683. — BOERHAAVE et VAN SWIETEN, *Commentaires*. — MUSGRAVE, *De arthritide symptomatica*. Exest., 1703. — *De arthritide anomala*. Exest., 1707. — STOL, *De podagra nova pathologia*. Halæ, 1709. — ESCHENECH, *Obs. quædam anat. chir. med.* Rostochii, 1753. — COSTE, *Traité pratique sur la goutte*. Paris, 1759. — HOFFMANN, in *Opera omnia*, 1761. — PONSARD, *Traité de la goutte et du rhumatisme*, 1770. — DESAULT, *Dissert. sur la goutte*. Paris, 1780. — PARASCOVITZ, *De arthritide*. Viennæ, 1780. — GRANT, *Some obs. on the origine, progress, and method of treating the atrabillous temperament and the gout*. London, 1781. — ROWLEY, *A Treatise on the regular, irregular, atonic and flying Gout*. London, 1793. — HOPFENGÄRTNER, *Ueber die Verwandtschaft der Gicht mit dem Rheumatismus* (*Med. chir. Zeit.*, 1794). — WOLLASTON, *On gouty and urinary concretions*. London, 1796. — LENTIN, *Ueber Rheumatismus und Gicht*. (*Hufeland's Journal*, I, II). — ACKERMANN, *Ueber das Gichtfieber* (*Eodem loco*, XI). — FICINUS, *Ueber die Gicht und ihre nächste Ursache* (*Horn's neues Archiv*, VII). — WALLIS, *An Essay on the Gout*. London, 1798. — KINGLAKE, *A dissert. on arthri-*